

Impressum

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist Eigentum der BARMER GEK. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der BARMER GEK unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Im Sinne der besseren Lesbarkeit wurde überwiegend die grammatikalisch männliche Sprachform gewählt. Wenn im Text die männliche Sprachform genannt ist, ist damit sowohl die männliche als auch die weibliche Sprachform gemeint.

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2010

© 2010 BARMER GEK

herausgegeben von

Uwe Repschläger, Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

ISBN 978-3-9812534-2-9

Realisation und Design: 37 Grad GmbH, Düsseldorf

Redaktion: 37 Grad GmbH, Düsseldorf

produziert und gedruckt in Deutschland

Alle Rechte vorbehalten

Änderungen und Irrtümer vorbehalten

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	8
Editorial.....	10

I. Systemfragen und Wettbewerb

Preisregulierung von patentgeschützten Arzneimitteln. Welchen Beitrag kann die Kosten-Nutzen-Bewertung leisten?	16
Mathias Kifmann	
QALYs in der Kosten-Nutzen-Bewertung. Rechnen in drei Dimensionen.....	32
Klaus Koch, Andreas Gerber	
Die Erstellung der Ambulanten Kodierrichtlinien	50
Ingolf Berger	
Vom Zusatzbeitrag zur Gesundheitspauschale. Das niederländische Gesundheitssystem als Vorbild?	70
Frank Schulze Ehring	
Frühwarnsysteme in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Rahmenbedingungen	90
Falk König, Patrick Florath, Uwe Repschläger, Frank Romeike	
Zur Rolle und Funktion der alten Spitzenverbände. Perspektive für eine zukunftsfähige Verbändelandschaft in einem wettbewerbsorientierten GKV-System	106
Uwe Repschläger	

Die Abbildung von Multimorbidität im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich	126
Claudia Schulte	

II. Gestaltung der Versorgung

Kollektivverträge und selektive Vollversorgungsverträge in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Die Frage nach dem „Entweder-oder“	148
Andreas Köhler	

Bereinigung der vertragsärztlichen Vergütung. Stand der Verfahrensentwicklung und Relevanz für einen fairen Wettbewerb zwischen kollektiv- und selektivvertraglicher Versorgung	160
Antje Schwinger, Hans-Dieter Nolting	

Achtzehn Arztkontakte im Jahr. Hintergründe und Details.....	176
Boris von Maydell, Thilo Kosack, Uwe Repschläger, Christoph Sievers, Rebecca Zeljar	

Der deutsche Arzneimittelmarkt. Reform- oder neuordnungsbedürftig?	192
Detlef Böhler, Karl-Heinz Neumann	

Das Fibromyalgiesyndrom. Dilemma zwischen Leitlinie und Versorgungsrealität	212
Ursula Marschall, Andreas Wolik	

Adipositaschirurgie – notwendige Therapie oder Lifestyle? Spannungsfeld zwischen Medizin und Krankenkasse	240
Hans Hauner, Ursula Marschall, Michael Lex, Andreas Wolik, Henrik Schwandrau	

Berechnung von Hospitalisierungswahrscheinlichkeiten. Die Methode der Zufallswälder und der Vergleich mit gängigen statistischen Klassifikationsverfahren	266
Thilo Kosack, Andreas Wolik	

III. Anhang

Abkürzungsverzeichnis	290
Autorenverzeichnis	292

Bereinigung der vertragsärztlichen Vergütung

Stand der Verfahrensentwicklung und Relevanz für einen fairen Wettbewerb zwischen kollektiv- und selektivvertraglicher Versorgung

Der Entwicklung von kollektivvertraglichen hin zu selektiven Versorgungsformen muss auch die vertragsärztliche Vergütung folgen. Im Zentrum des Beitrags stehen die gesetzlichen Bereinigungsvorgaben und die Folgen dieser Regeln. Es wird gezeigt, dass die Ausgestaltung des Verfahrens die Anreize für Krankenkassen und Ärzte zum Abschluss von Selektivverträgen stark beeinflussen kann. Wettbewerbsverzerrungen zwischen dem kollektiv- und selektivvertraglichen Versorgungssystem sollten vermieden werden.

Einleitung

Im Jahr 2009 hat erstmals eine Bereinigung der vertragsärztlichen Vergütung und damit eine Verlagerung von Honorarvolumen aus dem Kollektivvertrag hin zu selektiven Versorgungsformen stattgefunden. Zwar besteht die Möglichkeit hierzu seit dem Jahr 2000; aufgrund der bis Ende des Jahres 2008 bestehenden pauschalen Anschubfinanzierung für Verträge zur Integrierten Versorgung, der faktisch fehlenden Bereinigungsmöglichkeiten der „alten“ Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV-Verträge), aber sicherlich auch aufgrund fehlender verbindlicher Verfahrensregeln für die Durchführung der Bereinigung wurde die Option der Bereinigung bis dahin jedoch nicht vordringlich verfolgt.

Dies hat sich seit dem GKV-WSG grundlegend geändert: So wurden zum einen die selektivvertraglichen Handlungsspielräume mit der Neufassung der hausarztzentrierten Versorgung sowie der Einführung von ergänzenden Verträgen der „besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ deutlich ausgebaut. Daneben wurden die Bereinigungsvorgaben gesetzlich konkretisiert und auf die Verträge nach § 73b und § 73c SGB V

ausgeweitet. Gleichzeitig haben sich durch die Umsetzung der vertragsärztlichen Vergütungsreform die technischen Voraussetzungen für eine Bereinigung erheblich verbessert.

Trotz – oder auch gerade wegen – der aus wettbewerbstheoretischer Sicht stark kritisierten Verpflichtung zum Abschluss von § 73b-Verträgen hat das selektivvertragliche Geschehen seitdem erheblich an Dynamik gewonnen (siehe dazu auch Rürup et al. 2009: 60). Im Juli 2008 hatten die AOK Baden-Württemberg, die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG) und der MEDIVERBUND erstmals einen bereinigungsrelevanten HzV-Vertrag vereinbart, womit der Handlungsdruck bezüglich konkreter Bereinigungsregelungen erheblich wuchs.

Vor diesem Hintergrund wurde Ende 2009 ein bundesweit verbindliches Bereinigungsverfahren durch den Erweiterten Bewertungsausschuss (E-BA) beschlossen (Erweiterter Bewertungsausschuss 2010). Dem vorangegangen war eine konfliktreiche Auseinandersetzung der Krankenkassen- und Ärzteseite um die Ausgestaltung des Verfahrens. Eigentlich war bereits ein Jahr zuvor für die Bereinigung der Gesamtvergütung ein Verfahren vereinbart worden. Das ebenfalls notwendige und kurz darauf beschlossene Verfahren zur Aufteilung des Bereinigungsbetrags auf die einzelnen Ärzte und damit die Bereinigung der individuellen ärztlichen Honorare wurde durch die KBV jedoch vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg angefochten.

Letztlich konnte ein Kompromiss nur im Erweiterten Bewertungsausschuss, also mithilfe der unparteiischen Schlichter gefunden werden. Verkürzt dargestellt lehnt die KBV ein Bereinigungsverfahren ab, bei dem auch nicht am Selektivvertrag teilnehmende Ärzte Kürzungen ihrer Honorare hinnehmen müssen. Dagegen wird von der Krankenkassenseite argumentiert, dass es zu einer ungerechtfertigten Benachteiligung der am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte führe, wenn die Bereinigung ausschließlich bei diesen Ärzten durchgeführt werde (siehe dazu auch Graf 2009; Weiß 2010). Nun ist dies keineswegs ein Disput

über technische Detailfragen, vielmehr ist er in seiner Motivation exemplarisch für die Interessenkonflikte zwischen Selektiv- und Kollektivakteuren. Die Ausgestaltung des Bereinigungsverfahrens beeinflusst in starkem Maße die Anreize für Krankenkassen und Ärzte zum Abschluss von Selektivverträgen, weshalb das Thema nicht zu unterschätzende Auswirkungen auf die Entwicklung des selektivvertraglichen Geschehens haben dürfte.

Warum braucht es Bereinigung?

Seit der Einführung der Krankenkassenwahlfreiheit Mitte der 1990er-Jahre hat der Wettbewerb als ordnungspolitisches Leitbild der GKV zunehmend an Bedeutung gewonnen. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass wettbewerbliche Such- und Entdeckungsprozesse einen präferenzgerechten und effizienten Ressourceneinsatz sichern und Innovationsanreize setzen. Trotz anerkannter Marktunvollkommenheiten (wie etwa Informationsasymmetrien sowie der Spaltung der Nachfrage in Patienten und Kostenträger) wird der Wettbewerb als zentrales Instrument zur Erhöhung von Wirtschaftlichkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung anerkannt, beziehungsweise sein weiterer Ausbau regelmäßig gefordert (Cassel et al. 2008).

Vor diesem Hintergrund haben Krankenkassen und Leistungserbringer insbesondere in der ambulanten Versorgung mehr und mehr wettbewerbliche Gestaltungsspielräume erhalten, was zu einer zunehmenden Parallelität von kollektiv- und selektivvertraglichen Versorgungsformen geführt hat. Das Problem der Bereinigung wurde aus den eingangs genannten Gründen häufig durch „Add-on-Verträge“, das heißt durch Zahlung von Zusatzvergütungen für die selektivvertraglich vereinbarten Leistungen, vermieden. Nicht zuletzt durch die Neuregelungen des GKV-WSG, mit dem die Krankenkassen verpflichtet wurden, eine flächendeckende hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V anzubieten, hat sich der Schwerpunkt jedoch verschoben (auf eine Diskussion der KBV-Forderung, Kollektivverträgen wieder Priorität einzuräumen und Selektivverträge grundsätzlich nur als „Add-on-Verträge“ zu gestalten,

muss hier aus Platzgründen verzichtet werden (siehe dazu auch KBV 2010)). Sobald Leistungsbereiche aus der vertragsärztlichen in die selektivvertraglich organisierte Versorgung übergehen, hat heute zwingend eine Bereinigung der Gesamtvergütung stattzufinden (siehe § 73b Absatz 7 SGB V).

Eine Bereinigung ist deshalb notwendig, weil die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) eine im Voraus vereinbarte Gesamtvergütung zahlen, mit der alle zum Bereich der gedeckelten, also der sogenannten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) zählenden Leistungen der Vertragsärzte pauschal abgegolten sind. Bildlich gesprochen vergüten die Krankenkassen der KV zuerst den gesamten „kollektiven Kuchen“. Werden kollektive Leistungen durch den Selektivvertrag substituiert, werden diese wieder aus dem „Kuchen“ herausgeschnitten. Die Bereinigung für einen Selektivvertrag gliedert sich dann in zwei Teilprobleme: zum einen die Frage, wie groß das herauszuschneidende Stück insgesamt sein darf (Bereinigung der Gesamtvergütung beziehungsweise MGV). Zum anderen die Frage, wie die KV den Verlust des Stücks auf die einzelnen Ärzte verteilen soll (Bereinigung der arztindividuellen Regelleistungsvolumina (RLV)).

Welche Kriterien sollte ein Bereinigungsverfahren erfüllen?

Damit wird deutlich, was ein Bereinigungsverfahren leisten muss. Es muss schätzen,

- welcher Versorgungsumfang für die eingeschriebenen Versicherten durch den Selektivvertrag substituiert wird und wie dieser im Kollektivsystem bepreist worden wäre sowie
- bei welchen Leistungserbringern dieser Versorgungsumfang entfällt.

Ziel der Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen ist die Erschließung von Effizienzpotenzialen in der Versorgung. Daraus kann abgeleitet werden, dass die Vertragsparteien (das heißt sowohl Krankenkassen als auch Leistungserbringer), die den Selektivvertrag schließen, durch

das Bereinigungsverfahren keine ungerechtfertigten Vorteile gegenüber Dritten erhalten dürfen, welche die Versorgung über kollektive Verträge gestalten, und umgekehrt. Dies gilt sicher in verstärktem Maße auch für die Patienten und Versicherten, denen bei einer Nicht-Teilnahme an einem Selektivvertrag keine Nachteile entstehen dürfen, etwa weil durch das Bereinigungsverfahren dem Kollektivsystem mehr Mittel entzogen würden, als gerechtfertigt ist. Anders formuliert: Das Bereinigungsverfahren muss fair sein. Fairness bedeutet aber auch, dass diejenigen, denen es gelingt, durch Konzeption oder Teilnahme an einem Selektivvertrag Effizienzreserven zu mobilisieren, nicht um diesen Ertrag gebracht werden dürfen.

Als übergeordnetes Kriterium kann damit formuliert werden, dass das Bereinigungsverfahren keine Verzerrungen des Wettbewerbs zwischen kollektiv- und selektivvertraglichem Versorgungssystem bewirken darf. Konkret lässt sich dies in die folgenden Aspekte herunterbrechen:

(a) Vermeidung von (morbiditätsbedingten) Fehlschätzungen und damit Anreizen zur Risikoselektion

Wie dargestellt ist im Zuge der Bereinigung der substituierte Leistungsumfang zu schätzen. Fehlschätzungen könnten beispielsweise bewirken, dass die Ist-Inanspruchnahme der Selektivvertragsversicherten unter dem bereinigten Vergütungsvolumen liegt und damit dem Kollektivsystem überproportional Ressourcen entzogen werden (oder eben umgekehrt). Hierbei sind nicht Fehlschätzungen auf der Ebene eines einzelnen Versicherten gemeint – diese sind nicht zu vermeiden –, sondern systematische Verzerrungen des Verfahrens. Diese treten beispielsweise auf, wenn die Morbidität der Versicherten nicht angemessen berücksichtigt wird.

(b) Abbildung von Versorgungssteuerung

Das Ziel vieler Selektivverträge sind Prozessoptimierungen in der Versorgung. Die Versicherten binden sich beispielsweise an einen Leistungserbringer der Primärversorgung, dem unter anderem die Steuerung der Facharztinanspruchnahme obliegt. Selektivverträge haben somit vielfach die beabsichtigte oder unbeabsichtigte Wirkung, die Inanspruchnahme von Ärzten beziehungsweise Arztgruppen zu beeinflussen, die selbst gar nicht an dem Vertrag teilnehmen. Solche externen Effekte eines Selektivvertrages müssen durch das Bereinigungsverfahren sachgerecht erfasst werden. Das bedeutet konkret, dass Versorgungsaufgaben, die als Folge des Selektivvertrages bei vertragsexternen Ärzten entfallen oder substituiert werden, nicht bei den Selektivvertragsärzten, sondern bei den externen Ärzten bereinigt werden sollten.

(c) Gewährleistung der Wahlfreiheit (sowohl zwischen kollektiven und selektiven, aber auch unter den selektiven Versorgungsangeboten)

Wahlfreiheit ist eine elementare Voraussetzung für die Verwirklichung des beabsichtigten Wettbewerbs. Nur hierdurch ist sichergestellt, dass sowohl Krankenkassen und Leistungserbringer als auch Versicherte das Versorgungskonzept wieder verlassen und den „Suchprozess“ als nicht effizient (sei es nun aus Kosten- oder Qualitätsgesichtspunkten) beenden können. Das Bereinigungsverfahren muss deshalb so gestaltet sein, dass auch bei einer Rückkehr des Versicherten in den Kollektivvertrag dort angemessene Ressourcen für dessen Versorgung bereitgestellt werden.

(d) Gewährleistung der Wettbewerbsordnung

Gleichzeitig bedarf es geeigneter Instrumente und institutioneller Verfahren, damit beteiligte Parteien bei Verletzung der Wettbewerbsneutralität ihre Interessen geltend machen können. Dies bezieht sich zum einen auf die Transparenz des Verfahrens als auch auf Interventionsbeziehungsweise Sanktionsmöglichkeiten.

Wie ist das heutige Bereinigungsverfahren vor dem Hintergrund dieser Kriterien zu bewerten?

Bemessung und Bepreisung des substituierten Versorgungsumfangs

Die Krankenkassen vereinbaren mit den Kassenärztlichen Vereinigungen prospektiv für das Folgejahr einen Behandlungsbedarf in Punkten je Versichertem und vergüten diesen zu einem festen Punktwert. Dieser Behandlungsbedarf umfasst alle „budgetierten“ Leistungen und ist damit bereinigungsrelevant. Im Zuge der Umstellung des Vergütungssystems im Jahr 2009 wurde der Behandlungsbedarf aus den durchschnittlichen Ist-Leistungsmengen (nach Kürzungen aufgrund von mengenbegrenzenden Maßnahmen) des Jahres 2008 je Krankenkasse und Kassenärztlicher Vereinigung berechnet. Damit ist die Vergütung pro Versichertem an dessen Inanspruchnahme des Vor(vor)jahres und nicht an dessen Morbidität, das bedeutet seinen Diagnosen, orientiert. Eine direkte Morbiditätsorientierung je Versicherten – wenn auch weiterhin in der Diskussion – ist heute nicht umgesetzt. Allein die Anpassung des Behandlungsbedarfs erfolgt nach Morbiditätsaspekten und damit nicht mehr analog der Grundlohnsummensteigerung (also den Einnahmen der Krankenkassen) (siehe dazu auch Nolting und Schwinger 2009).

Für die Bereinigung muss im ersten Schritt der den Kollektivvertrag ersetzende Versorgungsauftrag in Form von Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschrieben werden. Der Umfang ergibt sich aus der Häufigkeit, mit der die im Jahr 2010 eingeschriebenen Versicherten diese Leistungspositionen im entsprechenden Quartal des Jahres 2008 in Anspruch genommen haben. Auf diese Leistungsvolumina aus dem Jahr 2008 werden Anpassungsfaktoren angewandt (zum einen die Kürzung der Leistungsmenge aufgrund Mengen begrenzender Maßnahmen (HVV-Quote) sowie die Morbiditätsfortschreibung). Das so ermittelte Bereinigungsvolumen in Punkten wird mit dem regionalen Punktwert bepreist und von der ursprünglich für das betreffende Quartal in 2010 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) abgezogen.

Dieser Ansatz ist erst einmal als sachgerecht einzustufen, da für einen Versicherten sowohl bei der Ermittlung der MGV als auch des Bereinigungsvolumens jeweils das identische Ist-Volumen der Vergangenheit herangezogen wird; für Versicherte mit überdurchschnittlicher Morbidität wird genau der assoziierte Leistungsbedarf, der vorher für die Berechnung der MGV herangezogen wurde, nun dem Bereinigungsvolumen zugeordnet. Auch die Bepreisung mit dem regionalen Punktwert erzeugt keine Verzerrung.

Das beschriebene Verfahren der Ableitung des Bereinigungsvolumens aus dem faktischen Inanspruchnahmevermögen einer Vorperiode funktioniert jedoch nur in befriedigender Weise bei Selektivverträgen, die sich auf Versorgungsleistungen mit zeitlich relativ konstanter individueller Inanspruchnahme beziehen – also vor allem bei Hausarztverträgen.

Bei indikationsbezogenen oder facharztspezifischen Verträgen werden die eingeschriebenen Versicherten unter Umständen in der Vorperiode (2008) gar keine Inanspruchnahme der in Rede stehenden Leistungen aufweisen; das auf diesem Wege ermittelte Bereinigungsvolumen wäre gleich null. Das Bereinigungsverfahren sieht deshalb die Möglichkeit vor, für Verträge eine „situative Einschreibung“ zu vereinbaren. In diesem Fall werden nicht die versicherten-spezifischen, sondern die durchschnittlichen Leistungsmengen der Krankenkasse in der Region in der Vor(vor)periode für die Ermittlung des Bereinigungsvolumens herangezogen. Dies birgt jedoch Anreize zur Risikoselektion, da in diesem Fall stets dieselbe – nämlich die durchschnittliche – Inanspruchnahme unterstellt wird.

Das Bereinigungsverfahren bedarf somit, sobald neben den HzV-Verträgen auch fachärztliche oder indikationsbezogene Verträge bereinigt werden sollen, dringend einer Korrektur (Ansätze hierzu beispielsweise bei Albrecht, Fürstenberg und Loos 2008). Ein weiteres Defizit des beschlossenen MGV-Bereinigungsverfahrens ist, dass es letztlich nur für das Jahr 2010 funktioniert. Es ist offen, ob der

Behandlungsbedarf je Versicherten in den Folgejahren weiter durch Ist-Leistungsmengen ermittelt werden wird. Wahrscheinlich ist, dass entweder der heutige Behandlungsbedarf mithilfe eines Morbiditätsfaktors fortgeschrieben oder dass eine „echte“ morbiditätsorientierte Vergütung je Versicherten gezahlt wird. Letzteres bedürfte offensichtlich einer Anpassung des Bereinigungsverfahrens, da der Behandlungsbedarf dann gänzlich anders, nämlich auf Grundlage von Diagnosen geschätzt wäre und nicht den Ist-Leistungsmengen entspräche (siehe Schulze und Schwinger 2008).

Ermittlung des substituierten Versorgungsumfangs auf Ebene der Leistungserbringer

Über das Verfahren zur Bereinigung der MGV haben Krankenkassen- und Ärzteseite weitgehend Einigkeit erzielt. Strittig ist vor allem der zweite Teil, nämlich die Verteilung des Bereinigungsverfahrens auf die vom selektivvertraglichen Versorgungsauftrag betroffenen Ärzte. Dies mag dazu beigetragen haben, dass der Beschluss des E-BA in Bezug auf diesen zweiten Schritt in mehreren Punkten die wünschenswerte Präzision vermissen lässt.

Dabei werden die arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina erst einmal so gebildet, als gäbe es keine Bereinigung: Das heißt, das insgesamt zur Verfügung stehende Honorarvolumen (je KV) wird auf den hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich aufgeteilt und es werden jeweils Vorwegabzüge für Kostenpauschalen, abgestaffelte Punkte, Rückstellungen etc. getätigt. Anschließend wird das verbleibende Volumen auf Fachgruppen aufgeteilt und jeweils ein Volumen für die RLV im engeren Sinne als auch ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV) gebildet.

Anschließend wird mithilfe der Anzahl der Fälle ein Eurobetrag je Fall – der sogenannte Fallwert – ermittelt. Ohne Bereinigung ergibt sich das RLV des einzelnen Arztes aus der Multiplikation der Zahl seiner (gegebenenfalls ab einem Schwellenwert abgestaffelten) Vorjahresfälle mit dem

Fallwert sowie seinem qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen, der Vergütung seiner gestaffelten Punkte sowie gegebenenfalls Erstattungen aus den Vorwegabzügen (beispielsweise Kostenpauschalen, Bereitschaftsdienste und so weiter).

Bereinigt werden muss also, da sich das RLV des Arztes an den Vorjahresfällen orientiert. Ohne eine Fallzahlkorrektur stünde dem Arzt in Relation zu seinem verbleibenden kollektiven Versorgungsauftrag ein überproportionales RLV zur Verfügung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Fallzahlenanpassung entsprechend dem Umfang des Versorgungsauftrags zu gewichten ist. Umfasst der Selektivvertrag lediglich einen Teil der üblicherweise erbrachten Versorgungsinhalte, so sind die Fälle jeweils nur anteilig zu bereinigen. Trotz Fallzahlbereinigung wird jedoch immer ein Fehlbetrag zum MGV-Bereinigungsverfahrens verbleiben. Dieser soll laut Beschluss des E-BA nicht durch eine weitere Bereinigung von Fällen, sondern durch eine Absenkung des Fallwertes bereinigt werden. Diese pauschale Kürzung der RLV, die sich für alle Ärzte der Arztgruppe honorarmindernd auswirkt, wird jedoch auf zweieinhalb Prozent beschränkt. Das gegebenenfalls darüber hinaus noch verbleibende Volumen ist dann wiederum ausschließlich bei den am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten zu bereinigen.

Wieso aber verbleibt überhaupt ein Fehlbetrag und wie ist der gewählte Schwellenwert begründet? Hierfür gibt es im Wesentlichen drei Ursachen:

Erstens: Manche eingeschriebenen Versicherten haben die selektivvertragsrelevanten Leistungen vormals mehrfach und zwar auch bei anderen als den Selektivärzten in Anspruch genommen. Die entsprechenden Leistungsmengen sind im Bereinigungsverfahrens enthalten und werden von der Gesamtvergütung abgezogen. Durch eine Bereinigung von Fällen bei den Selektivvertragsärzten werden diese nicht bereinigt. Das verbleibende Volumen kann, da verfahrenstechnisch nur schwer einzelnen Ärzten zuzuordnen, durch eine Absenkung des Fallwerts pauschal über alle Ärzte bereinigt werden.

Grundsätzlich ist die Berücksichtigung der Versorgungssteuerung als fair einzustufen, problematisch ist jedoch die pauschale Umlage auf alle Ärzte. Dies ist insbesondere hinsichtlich regional implementierter Selektivverträge (etwa in Ballungsräumen) kritisch zu hinterfragen, da die Versorgungssteuerung ausschließlich bei Ärzten dieser Region, die Fallwertabsenkung aber bezogen auf die gesamte KV stattfände. Hierbei stößt die Bereinigung jedoch auch an die Grenzen der RLV-Bemessung, in welcher solche Differenzierungen nicht vorgesehen sind.

Zweitens: Die eingeschriebenen Versicherten sind neue Patienten beim Selektivarzt. Hierbei ist zu unterscheiden, wie die Bereinigungsfälle des Selektivarztes ermittelt werden (dies ist im Beschluss leider nicht ausgeführt): analog zum RLV, das heißt auf den Vorjahresdaten basierend und damit nur für solche Patienten, die auch im Vorjahr der Einschreibung schon bei ihm in Behandlung waren, oder bezogen auf das aktuelle Bereinigungsquartal und damit für jeden heute Eingeschriebenen. Im ersten Fall verbliebe ein Restvolumen, da die Fälle der neuen Patienten bei den Selektivärzten nicht gekürzt, diese aber im Bereinigungsvolumen enthalten wären. Damit wäre eine Bereinigung der Selektivvertrags-RLV allein mithilfe der historischen Fallzahlen zu gering.

Andererseits stellt aber auch eine Kürzung auf Grundlage der Daten des aktuellen Quartals nicht unbedingt eine wettbewerbsneutrale Lösung dar. Zwar erscheint es sachgerecht, die Fälle dort zu kürzen, wo die Eingeschriebenen heute versorgt werden. Der Ansatz greift aber nicht, wenn eine überproportionale Patientenwanderung stattgefunden hat, also der Arzt im aktuellen Quartal aufgrund des Selektivvertrags zusätzliche Patienten versorgt. Ist dies der Fall und das RLV des Selektivarztes wird analog der heute bei ihm eingeschriebenen Versicherten bereinigt, so führt dies dazu, dass dem Arzt für seine übrigen „kollektiven“ Patienten ein zu geringes RLV verbliebe.

Die Schwierigkeit besteht darin, dass das RLV nicht an individuelle Versicherte gebunden ist, sondern vielmehr einem „anonymen Versor-

gungsvolumen“ entspricht. Letztlich müsste ermittelt werden, ob aufgrund des Selektivvertrags eine über die normale Fluktuation hinausgehende Patientenwanderung stattgefunden hat. Werden durch den Selektivarzt mehr Patienten als zuvor versorgt, wäre dieses „Mehr“ – mit denselben Einschränkungen wie oben formuliert – über den Fallwert zu kollektivieren.

Drittens: Die eingeschriebenen Versicherten können eine über-, aber auch unterdurchschnittliche Morbidität gegenüber den übrigen Versicherten der KV aufweisen: Der Fallwert ist das durchschnittlich je Fall und Arztgruppe zur Verfügung stehende Versorgungsvolumen. Sind im Selektivvertrag überwiegend Versicherte mit überdurchschnittlicher Morbidität, so übersteigt das Bereinigungsvolumen, welches die durchschnittliche Ist-Inanspruchnahme dieser Versicherten widerspiegelt, den Fallwert (im umgekehrten Fall, das heißt der Selektion von Gesunden, würde der Fallwert sogar steigen, da mehr Fälle als Volumen bereinigt würden).

Bei einer Absenkung des Fallwerts zur Umlage dieses Restbetrags wäre die übersteigende Morbiditätslast des Selektivvertrags kollektiviert. Oder anders formuliert: Schrieben sich tendenziell kränkere Patienten ein (was wahrscheinlich erscheint, da sich Versorgungsoptimierung insbesondere an diese richten sollte), würden die RLV der Selektivärzte lediglich mit dem durchschnittlichen Versorgungsbedarf bereinigt. Damit bestünde aus Sicht des teilnehmenden Arztes ein erheblicher Anreiz zur Risiko-selektion, da dieser sein RLV „entlasten“ könnte. Andererseits erhält der Arzt bei der RLV-Ermittlung immer das gleiche Volumen je Patient – unabhängig davon, welche Morbidität dieser aufweist. Bei alleiniger Umlage des Restbetrags auf die Selektivärzte erhielten diese bei der RLV-Ermittlung jeweils einen pauschalen Betrag, welcher dann überproportional bereinigt würde. Auch dies erscheint nicht sachgerecht, womit das Verfahren wiederum an die Grenzen der eigentlichen RLV-Bemessung stößt, welches die Morbidität der Patienten nur ansatzweise abbildet.

Um ein wettbewerbsneutrales Verfahren zu gewährleisten, müssten Mehrfachinanspruchnahme, Patientenwanderung sowie Morbiditätslast quantifiziert und den jeweiligen Akteuren zugeordnet werden. Hiervon wurde im beschlossenen Verfahren jedoch abgesehen und die Beteiligung der nicht am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte auf zweieinhalb Prozent des Fallwertes begrenzt. Das darüber hinausgehende Restvolumen wird auf die am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte verteilt. Auch die Bereinigung der QZVs erfolgt heute ausschließlich bei den Selektivvertragsärzten. Einerseits erkennen die Parteien des Beschlusses damit die externen Effekte der Selektivverträge an. Gleichzeitig werden diese nicht konkret ermittelt, sondern durch einen pragmatisch gewählten Schwellenwert pauschal begrenzt.

Welche Schlussfolgerungen lassen sich ziehen?

Die äußerst konfliktreiche Auseinandersetzung zwischen Krankenkassen- und Ärzten um die Ausgestaltung des durch den Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossenen Bereinigungsverfahrens zeigt, welche Bedeutung dies für die weitere Entwicklung des selektivvertraglichen Geschehens haben dürfte. Vor diesem Hintergrund wurde untersucht, inwieweit das für das Jahr 2010 gültige Verfahren mögliche Wettbewerbsverzerrungen zwischen Kollektiv- und Selektivakteuren minimiert. Es wurde aufgezeigt, dass das beschlossene Verfahren diesem Anspruch nur zum Teil gerecht wird. Insgesamt trägt der Beschluss eine pragmatische Handschrift (wodurch sicherlich überhaupt eine zeitnahe Lösung gefunden werden konnte): So stellt beispielsweise die MGVBereinigung eine wettbewerbsneutrale Lösung dar; dies jedoch ausschließlich für das Jahr 2010 und primär für den heute relevanten HzV-Kontext. Bei der RLV-Bereinigung erkennen die Parteien des Beschlusses externe Effekte und damit Kürzungen bei nicht am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten prinzipiell an. Auf eine konkrete Ermittlung dieser externen Effekte wird jedoch verzichtet beziehungsweise sie werden auf einen pauschal gesetzten Schwellenwert von zweieinhalb Prozent begrenzt.

Auch die „Gewährleistung der Wahlfreiheit“ ist im Verfahren letztlich noch nicht gelöst, da diesbezügliche Probleme im ersten Bereinigungsverfahren und damit der Gültigkeitsdauer des Beschlusses keine große Relevanz haben werden. Kernproblem wird sein, sowohl auf MGV- als auch auf RLV-Ebene einen geeigneten „Rückkehrer-Betrag“ zu finden, nachdem die Versicherten gegebenenfalls schon vor mehreren Jahren das Kollektivsystem verlassen haben und somit auch diesbezüglich keine Daten mehr vorliegen. Vor dem Hintergrund der „Gewährleistung der Wettbewerbsordnung“ stellt der Beschluss jedoch einen enormen Fortschritt dar. Erstmals ist in Form einer untergesetzlichen Norm (relativ) konkret geregelt, wie Bereinigung umzusetzen ist. Der letztlich erst mit einem Jahr Verzögerung und nur mithilfe der Unparteiischen Mitglieder des E-BA gefundene Kompromiss hinsichtlich der RLV-Bereinigung macht aber auch die institutionellen Grenzen des Bewertungsausschusses deutlich. Anders als bei der MGVBereinigung sind für die RLV keine Bereinigungsgrundsätze im Gesetzestext expliziert (beziehungsweise die Bereinigung der RLV wird im Gesetz nicht erwähnt), sodass keine Richtschnur für die Ausgestaltung vorlag. Will der Gesetzgeber den Vertragswettbewerb weiter fördern, wäre eine diesbezügliche Stellungnahme sicherlich hilfreich.

Alles in allem befindet sich das Thema „Bereinigung“ im Jahr 2010 aber auf dem richtigen Weg. Für die folgenden Jahre sind sowohl das MGV- als auch das RLV-Bereinigungsverfahren weiterzuentwickeln. Dies betrifft einerseits eine risikoadjustierte Bereinigung von indikations- und facharztbezogenen Verträgen beziehungsweise gegebenenfalls eine diagnosebezogene Bereinigung der MGVBemessung. Darüber hinaus wären Mehrfachinanspruchnahme, Patientenwanderung sowie Morbiditätslast zu quantifizieren. Ausserdem wäre zu evaluieren, inwieweit auch ein Schwellenwert eine gute Schätzung darstellen kann und wie hoch dieser – je nach Vertragstyp – anzusetzen wäre. Auch die Rückkehrerproblematik wäre zu lösen. Angesichts dieser Aufgaben könnte natürlich die Frage auch andersherum gestellt werden: Welche Veränderungen des vertragsärztlichen

Vergütungssystemen wären anzustreben, damit eine Bereinigung erst gar nicht mehr nötig oder aber mindestens in einem überschaubaren Verfahren zu lösen wäre.

Literatur

- Albrecht, M., T. Fürstenberg und S. Loos (2008): Budgetbereinigung in Folge von Selektivverträgen in der GKV. In: Die Ersatzkasse. Nummer 88. S. 67-68.
- Cassel, D., I. Ebsen, S. Gress, K. Jacobs, S. Schulze, J. Wasem und Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.) (2008): Vertragswettbewerb in der GKV. Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. Bonn.
- Erweiterter Bewertungsausschuss (2010): Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Absatz 3 Satz 2 SGB V bei Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß § 73b, 73c und 140d SGB V sowie zur Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Absatz 2 und 3 SGB V sowie zu Übergangsbestimmungen für die Quartale 1 und 2/2010 in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 mit Wirkung zum 1. Januar 2010 bis zum 31. Dezember 2010. In: Deutsches Ärzteblatt 107(3): A-102 / B-86 / C-86.
- Graf, J. (2009): Vertragswettbewerb braucht faire Bereinigungsregeln. In: Monitor Versorgungsforschung. Ausgabe 2. S. 36-38.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV (2010): Neuausrichtung der ambulanten medizinischen Versorgung. www.kbv.de/25545.html (Download 12. Juli 2010).
- Nolting, H., und Schwinger, A. (2009): Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems – Eine Zwischenbilanz. In: Gesundheits- und Sozialpolitik. Nummer 63 (1). S. 12-22.
- Rürup, B., IGES Institut GmbH, DIW Berlin und E. Wille (2009): Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland. Forschungsvorhaben für das Bundesministerium der Finanzen.

- Schulze, S., und A. Schwinger (2008): Verfahren zur Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. Verhinderung von Doppelfinanzierung bei Selektivverträgen. In: Gesundheits- und Sozialpolitik. Nummer 62 (1/2). S. 61-72.
- Weiß, I. (2010): Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen. In: Monitor Versorgungsforschung. Ausgabe 3. S. 30-32.