Jürgen Graf

Vertragswettbewerb braucht faire Bereinigungsregeln

Während mit dem Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den Krankenkassen bereits seit 1994 ein - mit dem Morbi-RSA zwischenzeitlich auch methodisch gut ausgereiftes - Konzept für einen wettbewerblichen Ordnungsrahmen vorliegt, ist dies für den Wettbewerb auf der Leistungserbringerseite noch zu entwickeln. Im Fokus der Wahrnehmung steht aktuell im Zusammenhang mit der vom Gesetzgeber verbindlich aufgegebenen hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V die Bereinigung der ärztlichen Vergütung auf Ebene der Gesamtvertragspartner (Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung – MGV) sowie der einzelnen Ärzte (Regelleistungsvolumen – RLV).

>> Die Vergütungs- und Honorarsystematik der ärztlichen Leistungen wurde ab 2009 weitestgehend zentralisiert. Relevante Akteure für die Gestaltung der ärztlichen Versorgung im Kollektivsystem sind damit nur noch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband (GKV-SpiV), ggf. „angeleitet" durch den Erweiterten Bewertungsausschuss im Sinne einer Konfliktlösung. Die Gesamtvertragspartner auf Landesebene wurden zum Abschluss von gemeinsamen und einheitlichen Honorarverträgen verpflichtet. Angesichts der engen Regelungsdichte auf Bundesebene verbleibt ihnen selbst im Rahmen des „Gemeinsam und Einheitlich" kaum noch eigener Gestaltungsspielraum. Für kassenartenindividuelle Gestaltungen der Versorgung bleibt im Rahmen des Kollektivvertrages kein Raum mehr. Mit den Vorschriften zur hausarztzentrierten Versorgung (§73b SGB V), der besonderen ambulanten Versorgung (§73c SGB V) sowie der integrierten Versorgung (§140a SGB V) hat der Gesetzgeber den Krankenkassen jedoch weitgehende Instrumente für selektive Vertragsgestaltungen im Bereich der ärztlichen Versorgung eingeräumt. Damit scheint klar, dass relevante Innovationen in der Versorgungsgestaltung, wie sie nicht zuletzt auch vom Sachverständigenrat gefordert werden, viel eher im Wege der wettbewerblichen Suchprozesse durch Selektivverträge denn im Rahmen der zentralistischen Kollektivversorgung zu erwarten sind. Vor diesem Hintergrund bedarf es im Sinne der Innovationsfähigkeit der Versorgungsstrukturen sachgerechter Verfahren, die ein faires und produktives Nebeneinander von Kollektivsystem und Selektivverträgen gewährleisten. Dies bezieht sich grundsätzlich auf verschiedene Themen, etwa die sektorenübergreifende Qualitätssicherung gem. § 137a SGB V oder die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V. Aufgrund der herausgehobenen Bedeutung und der Aktualität der Diskussion steht im Folgenden jedoch nur die Auseinandersetzung mit der Bereinigung der Kollektivvergütung beim Abschluss von Selektivverträgen zur hausarztzentrierten Versorgung.

Abstract

Seit 2009 müssen die im Versorgungswettbewerb zueinander stehenden Krankenkassen auf der Grundlage sehr enger zentralistischer Vorgaben gemeinsame und einheitliche Kollektivverträge zur Vergütung ärztlicher Leistungen schließen. Ein Ausweg, um dennoch Innovation in die Versorgung zu tragen, ist der Abschluss von kassenindividuellen Selektivverträgen. Gleichzeitig besteht seit 2009 die Pflicht für alle Krankenkassen, ihren Versicherten eine besonders qualifizierte hausarztzentrierte Versorgung auf freiwilliger Basis anzubieten. Um eine Doppelfinanzierung von Leistungen zu verhindern, erfordern diese Selektivverträge eine Bereinigung der gemeinsam und einheitlich festgelegten Kollektivvergütung. Der Beitrag zeigt auf, welche Verfahren hier zweckmäßig sind, um ein faires Nebeneinander von Kollektivsystem und Selektivverträgen mit dem Ziel der Innovationsfähigkeit für die Versorgungsstrukturen zu erreichen.

Schlüsselbegriffe

Bereinigung, Gesamtvergütung, Hausarztzentrierte Versorgung, Selektivverträge, Vertragswettbewerb, Regelleistungsvolumina

Bereinigung der Gesamtvergütung

Vereinfacht dargestellt bezahlen die Krankenkassen im Bereich des Kollektivsystems eine ex ante definierte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) mit befreiender Wirkung an die Kassenärztliche Vereinigung (KV). Damit sind durch die KV im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages nach § 75 SGB V alle medizinisch notwendigen Leistungen zu erbringen. Die hausarztzentrierte Versorgung beinhaltet, ebenso wie andere Selektivvertragstypen, der Art nach im Wesentlichen die gleichen Leistungen. Soweit der Selektivvertrag eine direkte Bezahlung dieser Leistungen vorsieht (entweder direkt von der Krankenkasse an den Arzt oder die Krankenkasse an eine Managementgesellschaft und diese an den Arzt) ist die ex ante definierte morbiditätsbedingte KV-Gesamtvergütung (MGV) um den entsprechenden Anteil zu verringern bzw. bereinigen. Grundsätzlich besteht dieses „Bereinigungsproblem" schon seit Beginn der gesetzlichen Möglichkeiten der integrierten Versorgung im Jahr 2000. Faktisch gelebt wurde die Bereinigung bislang nicht. Dies lag zum einen daran, dass die Selektivvertragspartner in der 1. Generation der Selektivverträge so genannte Add-on-Vergütungen vereinbart haben. Diese sahen lediglich eine zusätzliche Vergütung für bestimmte Leistungen vor, ohne jedoch in die Vergütungsstruktur insgesamt einzuwirken – mit entsprechend geringem Steuerungserfolg. Daneben wurde in zahlreichen Verträgen – dies funktioniert sinnhaft allerdings nur, wenn die KV auch Vertragspartner beim Selektivvertrag ist – ein paralleler Abrechnungsausschluss einzelner Gebührenordnungsziffern in der Kollektivversorgung vereinbart. Zum anderen dürfte das Aussetzen der Bereinigungsproblematik daran gelegen haben, dass der Gesetzgeber auf die Umsetzungsprobleme in sehr besonderer Weise reagiert hatte: Von 2004 bis 2008 bestand mit §140d SGB V die Möglichkeit des pauschalierten Abzugs in Höhe von 1 % der KV-Gesamtvergütungen und der Krankenhausrechnungen. Die Wirkung dieser Regelung ist allerdings ebenfalls ernüchternd, angesichts der damit von vielen Krankenkassen finanzierten wenig innovativen Verträgen. Diese beschränkten sich häufig darauf, normale Leistungen an denen üblicherweise mindestens zwei Sektoren beteiligt sind, in ein „IV-Deckmäntelchen" zu kleiden und damit umsonst zu finanzieren (z.B. Vergütung von Komplexpauschalen für Krankenhaus und Rehaeinrichtung bei Hüft- oder Knie-OPs). Aus dem Ende bzw. Scheitern dieser „Bereinigungsansätze" sowie neuer gesetzlicher Anforderungen an Selektivverträge in Verbindung mit der neuen Honorar- und Vergütungsstruktur des Kollektivsystems folgt nun unabwendbar die Notwendigkeit echter Bereinigungen.

Die AOK Baden-Württemberg hat als erste Krankenkasse in Deutschland zum 1. Juli 2008 einen Vertrag mit Übernahme des Sicherstellungsauftrages und mit Bereinigung der Gesamtvergütung geschlossen. Dem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung mit der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft und Medi sind mit Stand Oktober 2009 rund 3.200 Ärzte

und 700.000 Versicherte der AOK Baden-Württemberg beigetreten.

Eng am Wortlaut von § 73b SGB V „... ist der Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 4 (HZV-Verträge) vereinbarten Inhalt der HZV zu bereinigen ...“ orientiert, haben die AOK Baden-Württemberg und die KV Baden-Württemberg rechtzeitig vor Bereinigung des ersten Vertragsquartals (IV./2008) einen Vertrag zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) geschlossen. Dieser Bereinigungsvertrag sieht leicht verkürzt vor, dass alle Gebührenordnungsziffern, die der HZV-Vertrag (HZV-Ziffernkranz) als Versorgungsinhalt definiert, bereinigt werden. Dabei handelt es sich um das vollständige typische hausärztliche Versorgungsspektrum. In die Bereinigung fallen diejenigen so definierten Leistungen, die von den konkreten an der HZV teilnehmenden Versicherten in einer definierten Vorperiode in Anspruch genommen und – soweit im Einzelfall nicht anders geregelt - durch einen an der hausärztlichen Versorgungsebene teilnehmenden Arzt erbracht worden waren. Dieses Verfahren wird seit 5 Quartalen angewandt und ist weitgehend unumstritten. Während somit die Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zwischen Krankenkasse und KV zur Routine wird, treten massive Schwierigkeiten und Meinungsverschiedenheiten im Bereich der Bereinigung der arztindividuellen Vergütung, also der Regelleistungsvolumina auf. Hierzu konnte auch auf regionaler Ebene noch keine Lösung vereinbart werden.

Bundesweite Umsetzung

Dieses Problemmuster spiegelt sich in den Diskussionen und Regelungen zwischen KBV und GKV-SpiV wider. Obwohl das Sozialrecht in den einschlägigen Paragraphen (§§ 73b, 73c, 140a sowie 82-87c SGB V) keinerlei Kompetenzzuweisung an die Träger des Bewertungsausschusses aufweist, haben sich diese des Themas bemächtigt. Dies erscheint schon grundsätzlich problematisch, da die KBV hier Regelungen mit zu treffen hat, die ihren von ihr gerne verteidigten monopolistischen Bestand potentiell gefährden. Im Bereich des RSA wäre wohl niemand ernsthaft darauf verfallen, diesen die Krankenkassen untereinander regeln zu lassen. Somit wäre evtl. das Gesundheitsministerium der geeignetere unmittelbare Adressat für die Regelung von Bereinigungsgrundsätzen. Unter Zurückstellung erheblicher grundsätzlicher sowie rechtlicher Bedenken und gleichzeitiger Berücksichtigung der auf regionaler Ebene bestehenden Verweigerungshaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen erscheint eine sachgerechte klarstellende Festlegung in bereinigungstechnischen Grundsatzfragen durch den Bewertungsausschuss auf Bundesebene gleichwohl wünschenswert.

Ohne die einzelnen Beschlussteile des Bewertungsausschusses bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses, diesbezüglicher gegenseitiger Klagen und aufsichtsrechtlicher Auflagen und Vorbehalte sowie erfolglosem Verstreichen selbst gesetzter Fristen im Einzelnen nachzuzeichnen, ist doch fast erwartungsgemäß festzuhalten, dass nach weit über einem Jahr Prozedere bis heute im November 2009 keine rechtlich klaren, geschweige denn sachgerechten Regelungen vorliegen, die den regionalen Vertragspartnern oder Schiedsämtern als belastbare Orientierung dienen könnten. Diese Feststellung gilt insbesondere für die arztindividuelle Bereinigung der Regelleistungsvolumina, während im Bereich der Gesamtvergütung (MGV) die Auseinandersetzung bei inhaltlichem Grundkonsens gem. des oben für Baden-Württemberg skizzierten Verfahrens lediglich noch die Grundzüge eines – lösbaren – „Detailhakelns“ um Fristen, Daten und grenzübergreifende Besonderheiten etc. trägt. Diese Einschätzung soll allerdings nicht außer Acht lassen, dass gerade dieses „Detailhakeln“ auch als administrative Blockade eines insgesamt ungeliebten Themas interpretiert werden kann.

Bereinigung der Regelleistungsvolumina

Während der Gesetzgeber zur Bereinigung der MGV in den Selektivvertragsregelungen der §§ 73b, 73c und 140a SGB V unmittelbar einen Auftrag sowie methodische Anhaltspunkte an die Gesamtvertragspartner gegeben hat, gibt es für die Bereinigung der Regelleistungsvolumina weder einen unmittelbaren Auftrag geschweige denn methodische Vorgaben oder Hinweise durch den Gesetzgeber. Dies kann man so interpretieren, dass sich eine Bereinigung der MGV gar nicht unmittelbar und sofort auf die RLV der Ärzte auswirken soll. In der Tat spricht einiges für diese Sichtweise. Damit würden Selektivvertragsversicherte etwa genau so behandelt wie z.B. PKV-Abwanderer oder Verstorbene: Die Krankenkasse bezahlt keine Vergütung mehr für diese Versicherten (entspricht MGV-Bereinigung) mit der Folge, dass aufgrund des verminderten Verteilungsvolumens alle RLV aller Arztgruppen und Ärzte homogen proportional sinken - unabhängig davon, bei wem und wie umfangreich diese Versicherten in der Vergangenheit in Behandlung waren. Dieses Prinzip ist sachgerecht und systemadäquat, wenn die homogene Kürzung nur in dem jeweiligen Umfang des Bereinigungsanteils auf die von einem Selektivvertrag betroffenen Arztgruppen bezogen wird. Während es im ersten Jahr der Bereinigung bei diesem Verfahren zu Unwuchten kommen kann, würde sich im 2. Bereinigungsjahr automatisch eine korrekte RLV-Zuordnung des Leistungsbedarfs im Kollektivsystem ergeben. Diese Mechanik ergibt sich aus dem Vorjahresfallbezug bei der Berechnung der RLV. Diese bürokratiearme Variante der RLV-Bereinigung konnte sich erwartungsgemäß auf Bundesebene allerdings nicht durchsetzen.

Vielmehr befördert die gesetzliche Regelungsenthaltsamkeit die bisherige Unvereinbarkeit der jeweiligen Vorstellungen zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft. Im Kern der Auseinandersetzung geht es darum, ob und in welcher Höhe auch Ärzte von einer RLV-Bereinigung betroffen sein sollen, die nicht an dem Selektivvertrag teilnehmen.

Die KBV bemüht dabei alle denkbaren Argumente, die Selektivverträge gegenüber dem Kollektivsystem möglichst unattraktiv zu machen und vertritt reflexhaft den Standpunkt, dass eine Bereinigung bei nicht am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten nicht durchzuführen sei. Der GKV-SpiV muss dagegen aufgrund der unterschiedlichen Präferenzen seiner Mitglieder eine Position finden, die ein gedeihliches Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen ermöglicht.

In dieser Situation liegt es nahe, sich auf sozialrechtliche Grundsätze zu stützen und diese auf die vorliegende Fragestellung anzuwenden. Ein solcher Grundsatz lautet etwa „Was wäre wenn“. Er findet sowohl im Bereich der Kostenerstattung Anwendung, aber auch direkt im Bereich der MGV-Bereinigung. Dieser Grundsatz besagt, dass die Krankenkasse genau das bezahlen muss bzw. bereinigen darf, was ihr an Kosten im Sachleistungssystem bzw. bei Verbleib ihrer Versicherten im Kollektivsystem entstanden wäre.

Der GKV-SpiV hat zwischenzeitlich einen Beschlussantrag in den Bewertungsausschuss eingebracht, der diesem „Was-wäre-wenn-Prinzip“ weitgehend gerecht wird und sich damit sehr eng an der für das Kollektivsystem gültigen Systematik der RLV-Zuweisung orientiert. Dieser Vorschlag weist folgende Grundsätze auf:

1. Die Unterstellung des Kollektivsystems, dass im Sinne einer Mischkalkulation alle Ärzte vergleichbare Patientenkollektive haben, wird sinngemäß auf die RLV-Bereinigung übertragen. Jeder Patient, egal ob er mit Schnupfen kommt oder multimorbid chronisch krank ist, weist in der (Kollektivvertrags) RLV-Logik den selben „Vergütungswert“, d.h. einen durchschnittlichen RLV-Fallwert auf. Folgerichtig wird auf der Bereinigungsseite diese Systematik übernommen, indem für einen durch Teilnahme am Selektivvertrag wegfallenden Kollektivfall maximal ein RLV-Fallwert bereinigt wird, unabhängig davon, wie leistungsintensiv dieser Patient in der Vergangenheit war. Würde von dieser systematischen

Contract Competition in Germanys health care system requires faire adjustment of doctors total payment.

Since 2009 all statutory health insurances have to contract together and uniformly the doctors total payment with the association of statutory providers of ambulant medical services. However besides that, they can offer their costumers spezial providings to improve quality and efficiency of medical care by contracting individual and voluntarily with individual or groups of doctors. Also since 2009 every statuatory health insurance has to offer their Insured a voluntarily rate for high quality services of general practioners. Both developments requires a fair adjustment of the docters total payment to avoid double financing of medical services. The article shows an appropriate procedere of adjustment to gain a fair side by side of collectice system an individual contracts

Keywords

total payment, adjustment, individual contracts, general practioner, contract competition

Fiktion der einheitlichen Fallschwere des Kollektivsystems nun bei der Bereinigung willkürlich abgewichen, stünde das ganze System der RLV in der Kollektivversorgung unmittelbar zur Disposition. Es ist auch nicht davon auszugehen, dass eine solche Vorgehensweise einer gerichtlichen Überprüfung Stand halten würde.

2. Um den Wechsel von am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten vom Kollektivsystem in einen Selektivvertrag auf der RLV-Ebene zeitlich unmittelbar abzubilden, wird dem Selektivvertragsarzt bei der Berechnung seines RLV je ein Fall bereinigt, sofern ein am Selektivvertrag teilnehmender Versicherter bereits im Vorjahresquartal einen Behandlungsfall bei diesem Selektivvertragsarzt aufwies.

3. Folgerichtig müsste auch bei Ärzten, die nicht am Selektivvertrag teilnehmen, ein RLV-Fallwert bereinigt werden, sofern sich dieser „Vorjahresquartals-Patient" zwischenzeitlich bei einem anderen Arzt in den Selektivvertrag eingeschrieben hat. Dies auch deshalb, weil der Kollektivvertragsarzt eine extrabudgetäre Vergütung erhält, sollte dieser Patient trotz Selektivvertragsverpflichtung weiterhin bei ihm zur Behandlung sein. Diese Konsequenz weist der Antrag des GKV-SpiV allerdings nicht auf. Dagegen werden diese Patientenwanderungen bzw. Leistungskonzentrationen (sofern der Patient in der Vergangenheit innerhalb eines Quartals bei mehreren Ärzten war) über eine Absenkung des RLV-Fallwertes der Arztgruppe für die Kollektivfälle berücksichtigt. Dies bedeutet aus der Vergütungssystematik betrachtet eine unsachgemäße Benachteiligung der Selektivvertragsärzte, die diesen Effekt über ihre verbleibenden Kollektivfälle mittragen müssen. Wenngleich systematisch verfehlt scheint diese Vorgehensweise aufgrund der eher geringen Effektgröße gleichwohl tragbar.

4. Sofern der arztgruppenspezifische Versorgungsauftrag eines Selektivvertrages nicht vollständig dem RLV-adäquaten Leistungsspektrum entspricht, ist ein entsprechender Anpassungsfaktor anzuwenden.

5. Weist die Bereinigungssumme auf der Ebene der Gesamtvergütung (MGV) eine vom kollektiven Durchschnitt abweichende Morbidität auf, schlägt sich dies in einer entsprechenden Anpassung des RLV-Fallwertes für alle Kollektivfälle nieder. Dieser Effekt kann sich sowohl in einer Erhöhung oder einer Absenkung des RLV-Fallwertes nieder schlagen.

6. Die RLV-Bereinigung findet jeweils auf der Ebene der Arztgruppen statt, für die eigene RLV gebildet werden und nur insoweit, wie sie anteilig von einer Bereinigung des MGV-Leistungsbedarfs betroffen sind.

7. An der kassenartenübergreifenden Einheitlichkeit der RLV wird festgehalten, d.h. es werden keine kassenspezifischen RLV festgesetzt.

Bei der Diskussion von RLV-Bereinigungsvarianten sind die jeweiligen Folgen zu berücksichtigen. Erfolgt z.B. eine insofern unsachgemäße Bereinigung, dass nicht am Selektivvertrag teilnehmende Ärzte grundsätzlich keine RLV-Kürzung erhalten, kann dies zu unwirtschaftlichem Verhalten führen, da das RLV relativ zu groß bemessen sein kann für den verbleibenden Versorgungsbedarf. Wird andererseits den am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten ein unsachgemäß zu hoher Bereinigungsanteil zugeordnet, laufen diese Gefahr, dass ihr RLV für ihre verbleibenden Kollektivpatienten (auch von Krankenkassen, die nicht am Selektivvertrag teilnehmen) relativ zu klein (im Extremfall null oder negativ) bemessen wird, d.h. kleiner ist als das durchschnittliche RLV je Behandlungsfall.

Fazit

Ohne Selektivverträge wird nur wenig Innovation für die Versorgungsstrukturen in der GKV zu erwarten sein. Eine sachgerechte Methode der Bereinigung insbesondere auf RLV-Ebene ist entscheidend für die Akzeptanz zur Teilnahme an Selektivverträgen für Ärzte. Der hier skizzierte Ansatz stellt ein sachgerechtes und ausgewogenes Verfahren dar. Auf dieser Grundlage erscheint ein produktives Nebeneinander von Kollektivsystem und Selektivverträgen möglich. Die darauf gerichteten Beschlussbestrebungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses richten sich zunächst auf das Jahr 2010 (ggf. auch mit Rückwirkung auf 2009). In den Folgejahren werden kontinuierliche Anpassungen an eine veränderte Kollektivhonorarsystematik erforderlich sein. Die hier vorgestellten Grundsätze sind dabei auch für die Zukunft notwendig und anwendungsfähig. <<

Literatur

Cassel et. al (2006), Zu kurz gesprungen, in: Gesundheit und Gesellschaft 10/06, 9. Jahrgang Seite 42-45

Hermann, C. (2009), Wir wollen die Versorgung partnerschaftlich und aktiv mitgestalten, in: Hausärztliche Versorgung – Bestandsaufnahmen & Perspektiven; Hg. AOK Baden-Württemberg, KomPart Verlagsgesellschft, Seite 62-70, : http://www.aok.de/baden-wuerttemberg/presse/statistiken-studien-zahlen-36196.php

Schulze, S. ; Schwinger, A. (2008), Verfahren zur Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung – Verhinderung von Doppelfinanzierung bei Selektivverträgen; in: Gesundheits- und Sozialpolitik Heft 1/2008, Seite 34-45

Beschlüsse des (Gemeinsamen) Bewertungsausschusses zur Bereinigung der MGV und RLV in den Sitzungen 7, 164, 170, 180, veröffentlicht auf der Homepage der KBV: http://www.kbv.de/8157.html

Jürgen Graf

ist Projektleiter HZV bei der AOK Baden-Württemberg / Jahrgang 1967

1996 Abschluss Diplom-Verwaltungswissenschaft (Schwerpunkt Gesundheitspolitik / Gesundheitsökonomie) an der Universität Konstanz. 2000 Abschluss 2-jähriger berufsbegleitender Lehrgang „Gesundheitswissenschaft" an der Universität Bielfeld. Seit 13 Jahren bei verschiedenen Krankenkassen im Bereich „ärztliche Vergütung" sowie „Selektivverträge und Versorgungsinnovationen (DMP, Praxisnetze, HZV etc.)" tätig. 2009 Fachbereichsleiter „Integratives Leistungsmanagement" bei der AOK Baden-Württemberg. Kontakt: Juergen.Graf@bw.aok.de

