

**Die Neuordnung der vertragsärztlichen  
Vergütung - Darstellung und Zielsetzung  
der gesetzlichen Regelungen  
von Franz Knieps / Christian Leber \***

\* Der Beitrag folgt einem Vortrag auf dem Symposium der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht am 6. März 2008 in Berlin. Die Vortragsform wurde beibehalten. Der Beitrag ist keine Äußerung des Bundesministeriums für Gesundheit, sondern gibt die persönliche Auffassung der Verfasser wieder.

## 1. Vorgeschichte der Vergütungsreform 2009

Das bestehende Vergütungssystem der Vertragsärzte hat in den vergangenen Jahrzehnten wesentlich dazu beigetragen, die Entwicklung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die ambulante ärztliche Versorgung der Versicherten und die damit verbundene Beitragsbelastung der Mitglieder und der Arbeitgeber in volkswirtschaftlich vertretbaren Grenzen zu halten. Insbesondere wurde das Risiko einer finanziellen Überforderung der Krankenkassen durch eine über das medizinisch notwendige Maß hinaus gehende Ausweitung der Menge der abgerechneten ärztlichen Leistungen begrenzt.

Der Effektivität dieses Vergütungssystems hinsichtlich der Begrenzung der Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung und damit der Beitragsbelastung in der gesetzlichen Krankenversicherung, stehen jedoch Steuerungsdefizite gegenüber, die negative Auswirkungen auf die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung haben können. So wird insbesondere kritisiert, dass

- die Gesamtvergütungen (auf Basis sog. Mitglieder-Kopfpauschalen) nicht mehr dem aktuellen Versorgungsbedarf der Versicherten entsprechen,
- es beim Krankenkassenwechsel von Kassen mit hoher zu Kassen mit niedriger Kopfpauschale zu einem Absinken der Summe der Gesamtvergütungen kommt, obwohl sich an der Zahl und dem Versorgungsbedarf der Versicherten nichts geändert hat,
- die Ärzte oftmals erst nach langem Zeitverzug erfahren, welche Vergütung sie für eine erbrachte Leistung tatsächlich erhalten und
- einige Arztgruppen bei der Vergütung benachteiligt werden.

Schon mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) sollte eine weitreichende Neugestaltung der vertragsärztlichen Vergütungssystems inklusive der Abschaffung der geltenden Budgetierung zum 1. Januar 2007 erfolgen. Grundlegende Elemente dieser Vergütungsreform beruhten

dabei auf Vorschlägen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Dennoch ist es nicht zur fristgerechten Umsetzung dieser Reform die gemeinsame Selbstverwaltung gekommen. Dies lag sowohl an der hohen Komplexität der Regelungen, als auch an den massiven Interessen- und Vertretungskonflikten zwischen Krankenkassen und Ärzten sowie innerhalb der Ärzteschaft.

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) an den wesentlichen Zielen, insbesondere

- Transparenz und Planungssicherheit
- Leistungs- und Verteilungsgerechtigkeit
- Praktikabilität der Umsetzung
- Zielgenauigkeit der Steuerung
- Finanzierbarkeit

festgehalten. Die geltende Budgetierung wird aufgehoben, auch wenn es kein ungebundenes Mengenwachstum geben kann. Es bleibt schließlich dabei, dass die Regelungen durch die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen umgesetzt werden sollen.

Die inhaltliche Konkretisierung der Vergütungsreform wird weitgehend von der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkasse auf Bundesebene im Bewertungsausschuss gemacht, der dabei durch ein professionelles Institut unterstützt wird, dessen volle Arbeitsfähigkeit bis zum 31. Oktober 2008 sicherzustellen ist. Zukünftig soll es nicht mehr möglich sein, diese Vorgaben auf regionaler Ebene –beispielsweise durch Honorarverteilungsverträge- zu unterlaufen. Vielmehr soll der Verteilungsmechanismus flächendeckend wirken. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist permanent an diesem Umsetzungsprozess beteiligt. Kommen gesetzlich vorgegebene Umsetzungsbeschlüsse ganz oder teilweise nicht zustande, greifen entsprechende Konfliktlösungsmechanismen, wie die Entscheidung im Erweiterten Bewertungsausschuss oder aber als Ultima Ratio die Ersatzvornahme durch das BMG.

## 2. Zentrale Zielvorstellungen

Die zentralen politisch strategischen Zielsetzungen der Vergütungsreform lassen sich wie folgt umschreiben:

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen vergüten den einzelnen Ärzten die erbrachten vertragsärztlichen Leistungen grundsätzlich mit den festen Preisen der regionalen **Euro-Gebührenordnung**.
- Die bisherigen **Budgets werden abgelöst**, und das sog. **Morbiditätsrisiko** - Ausgabensteigerungen aufgrund einer erhöhten Krankheitshäufigkeit oder einer veränderten Morbiditätsstruktur der Versicherten - wird auf die Krankenkassen **übertragen**.
- Die **finanziellen Lasten zwischen den Krankenkassen werden leistungsgerecht aufgeteilt**. In einer Region zahlen alle Krankenkassen den gleichen Preis pro Leistung (Punktwert). Die Krankenkassen, deren Versicherte im Vergleich zu den Versicherten anderer Krankenkassen einen relativ höheren Behandlungsaufwand (Leistungsmenge) benötigen, haben **höhere Gesamtvergütungen** an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu entrichten.
- Zwischen den Ärzten wird eine transparente **Verteilungsgerechtigkeit** angestrebt.
- Es wird ein finanzielles **Anreizsystem** zum Abbau von Über- und Unterversorgung etabliert, das in einer längerfristigen Perspektive die heutige Bedarfsplanung ablösen könnte.

### **3. Regelungen der Vergütungsreform des GKV-WSG**

#### **3.1. Einheitlicher Bewertungsmaßstab (§ 87 SGB V)**

Eine maßgebliche Grundlage der regionalen Euro-Gebührenordnung ist weiterhin der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), in dem insbesondere der Inhalt sowie die Bewertungsrelationen für die vertragsärztlichen Leistungen festgelegt werden. Zuständig für die Ausarbeitung des EBM ist der Bewertungsausschuss. Mit Wirkung zum 1. Januar 2008 wurde im Bewertungsausschuss sowie im Erweiterten Bewertungsausschuss als erster grundlegender Schritt der Vergütungsreform ein neuer EBM beschlossen. Damit werden – wie gesetzlich vorgegeben - die vertragsärztlichen Leistungen weitgehend als Pauschalvergütungen abgebildet und Zuschläge für besondere Qualität bzw. Qualifikationen eingeführt. Im GKV-WSG wurde klargestellt, dass die im EBM enthaltenen Leistungsbewertungen auf der Grundlage sachgerechter Stichproben bei Ärzten und auf betriebswirtschaftlicher Basis zu ermitteln sind (§ 87 Abs. 2 SGB).

Bis zum 31. Oktober 2010 beschließt der Bewertungsausschuss auch über fachärztliche arztgruppenspezifische diagnosebezogene Fallpauschalen. Diese dienen der Vergütung der Behandlung von Versichertengruppen, die mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten verbunden sind. Längerfristig sollen diese mit DRG-Fallpauschalen kompatibel werden, um einen fairen Wettbewerb von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern zu ermöglichen.

#### **3.2. Punktwertvereinbarung für die regionale Euro-Gebührenordnung (§ 87a Abs. 2 SGB V)**

Wesentliches Element des neuen Vergütungssystems ist die Schaffung einer Gebührenordnung mit festen Preisen in Euro, die dem Arzt vorab bekannt zu geben sind und auf deren Grundlage

die vertragsärztlichen Leistungen in der Region zu vergüten sind. Diese Euro-Gebührenordnung ergibt sich aus den Bewertungen der Leistungen im EBM und aus den regional, d.h. von den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesorganisationen der Krankenkassen, für das jeweils folgende Jahr vereinbarten Punktwerten. Die Punktwerte sind dabei kassenartenübergreifend zu vereinbaren, um eine Gleichbehandlung der Krankenkassen bei der Finanzierung der ärztlichen Vergütung herbeizuführen. Grundlage dieser regionalen Vereinbarung sind die vom Bewertungsausschuss bestimmten und jährlich anzupassenden Orientierungswerte zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen. Der Gesetzgeber verfolgt damit grundsätzlich das Ziel, gleiche Leistungen auch unabhängig vom Ort der Leistungserbringung auch gleich zu vergüten und das erhebliche Leistungsgefälle von Bayern nach Mecklenburg-Vorpommern einzuebnen.

Auf diese bundeseinheitlichen Orientierungswerte können jedoch auf der regionalen Ebene entweder ein Zuschlag oder ein Abschlag vereinbart werden, um landesbezogenen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur Rechnung zu tragen. Diese können in für Arztpraxen unterschiedlichen Kostenniveaus der Löhne und Gehälter sowie der Mieten bestehen. Relevant kann auch sein, dass die regionale Angebotsstruktur sich von der bundeseinheitlichen Struktur, beispielsweise in stark abweichenden Haus- und Facharzt-Anteilen, unterscheidet. Die regionalen Gegebenheiten sind nach Maßgaben des Bewertungsausschusses zu operationalisieren, der hierfür objektive Indikatoren zu entwickeln hat. Ziel dabei ist, dass durch das neue Vergütungssystem regionale Preisunterschiede, die sachlich nicht zu rechtfertigen sind, abgebaut werden. Auf Landesebene dürfen die Punktwerte aber weder nach Arztgruppen noch nach Kassenarten differenziert werden, damit bundeseinheitliche Bewertungsgrundlagen regional nicht unterlaufen werden können. Eine Ausnahme gilt nur für kassenbezogene Differenzierungen nach Qualitätsparametern (vgl. § 136 a Abs. 4 a SGB V in der Fassung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes).

### **3.3 Ablösung der bisherigen Budgetierung und Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen (§ 87 a Abs. 3 f. SGB V) – Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung**

Wie bereits mit dem GMG geplant, wird die bisherige Budgetierung, d.h. die Anknüpfung der Gesamtvergütungen an die Entwicklung der Grundlohnsumme beendet. Die Krankenkassen müssen künftig höhere Finanzvolumina für die vertragsärztliche Versorgung bereit stellen, wenn

- im Zeitablauf zusätzliche Leistungen aufgrund einer erhöhten Krankheitshäufigkeit oder einer veränderten Morbiditätsstruktur der Versicherten zu finanzieren sind oder
- wenn Leistungen aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich verlagert werden und
- es im Zeitablauf einen Anstieg bei den für Arztpraxen relevanten Kosten gibt, der nicht durch Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeglichen werden kann.

Die erforderlichen Honoraranpassungen werden jährlich verhandelt. Anders als heute gibt es dabei keine Begrenzung der jährlich maximal möglichen Honorarsteigerungen, d.h. die Honorare werden nicht mehr durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität "gedeckt". In § 87 a Abs. 4 SGB V werden die Kriterien aufgeführt, die bei der jährlichen Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zu berücksichtigen sind. Wie das konkret zu geschehen hat, bestimmt der Bewertungsausschuss. Dieser Katalog (Zahl und Morbidität der Versicherten, Art und Umfang der Leistungen, Verlagerungseffekte zwischen den Versorgungssektoren, Rationalisierungsreserven) ist nicht abschließend. Die genannten Anpassungskriterien stellen sicher, dass Veränderungen der Menge der medizinisch erforderlichen Leistungen, die sich im Zeitablauf ergeben, bei der Vergütung der Vertragsärzte angemessen berücksichtigt werden.

Wie im bisherigen Recht ist vorgegeben, dass der Bewertungsausschuss ein Verfahren zur Bestimmung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur der Versicherten festlegt. Das Verfahren wird mit Hilfe eines zur Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung geeigneten Klassifika-

tionsverfahrens bestimmt. Die Messung der Morbiditätsveränderungen von Jahr zu Jahr basiert weiterhin auf diagnosebezogenen Risikoklassen für versicherten mit vergleichbarem Behandlungsbedarf. Die Diagnosen werden nach dem sog. ICD-Schlüssel erfasst.

Neu ist, dass die Honorarvereinbarungen für die Kollektivverträge zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassenseite künftig gemeinsam und einheitlich zu treffen sind. Für Einzelverträge in wettbewerblich ausgestatteten Versorgungsformen (§§ 73 a – 73 c, 136 Abs. 4 a, 140 a ff SGB V) kann jede Kasse abweichende Vergütungsvereinbarungen treffen. In den künftigen Kollektivverträgen wird für jede Krankenkasse nach dem Wohnortprinzip die an die KV zu zahlende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung vereinbart. Diese errechnet sich für jede Kasse, in dem der zu vereinbarende morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf für ihre Versicherten, d.h. die Leistungsmenge in EBM-Punkten, mit den regional geltenden Punktwerten bewertet wird. Die Krankenkasse vergütet der Kassenärztlichen Vereinigung die von den Ärztinnen und Ärzten tatsächlich erbrachten Leistungen innerhalb des Rahmens des vereinbarten Behandlungsbedarfs mit festen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. Zudem haben die Krankenkassen zeitnah auch Nachzahlungen an die KV für Mehrleistungen aus einem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs der Versicherten zu leisten. Maßgeblich hierfür sind ebenfalls die Preise der Euro-Gebührenordnung. Hierunter fallen nur die medizinisch erforderlichen und nicht vorhersehbaren ärztlichen Mehrleistungen, wie beispielsweise bei einer Epidemie.

Diese Vorgaben sorgen dafür, dass auch künftig die Vergütungsvolumina nicht unbegrenzt wachsen dürfen, sondern innerhalb einer Mengenbegrenzung zu vereinbaren sind. Einen "offenen Himmel" kann es nicht geben. Die Vertragspartner können jedoch eigenverantwortlich vereinbaren, dass bestimmte vertragsärztliche Leistungen außerhalb dieser Mengenbegrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Dies könnte etwa für antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen erfolgen, da hier ohnehin zur Steuerung der Leistungsgeschehens ein Genehmigungsverfahren durch die

Krankenkasse vorgesehen ist. Weitere Beispiele wären Präventionsleistungen oder Dialyseleistungen.

### **3.4 Vergütung des einzelnen Arztes (§ 87b SGB V)**

Mit der Bekanntgabe der regionalen Euro-Gebührenordnung verbessert sich die Kalkulierbarkeit des Honorars für die einzelnen Ärzte bzw. Praxen erheblich. Aus Sicht des einzelnen Arztes bzw. der Arztpraxis werden mit den in der Gebührenordnung enthaltenen Preisen alle Leistungen bis zu einer bestimmten – im vorab bekannt zu gebenden - Obergrenze bezahlt. Überschreitet der Arzt diese Grenze, so wird er in der Regel mit abgestaffelten Preisen vergütet. Die Obergrenzen für die einzelnen Ärzte (**Regelleistungsvolumina**) ergeben sich aus dem vereinbarten morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf der Versicherten in einer Region. Sie umfassen damit die medizinisch erforderlichen Leistungen. Zusätzliche Leistungen, die medizinisch nicht erforderlich sind (z.B. Leistungen, die auf die Zunahme der Arztzahlen zurückzuführen sind, ohne dass der Behandlungsbedarf der Versicherten gestiegen wäre – hierfür wird auch der Begriff der angebotsinduzierten Nachfrage verwendet), sollen dagegen nicht finanziert werden. Mit der Abstufung bei Mengenüberschreitung soll eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes unterbunden werden. Das Verfahren zur Anwendung der Regelleistungsvolumina sowie der Abstufung erfolgt aus Transparenzgründen künftig in jeder Region zwingend nach den einheitlichen Regelungen des Bewertungsausschusses. Die heutigen Honorarverteilungsverträge entfallen. Die regionalen Vertragspartner sind künftig dafür verantwortlich, dass gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses die konkrete Berechnungsformel unter Verwendung der regionalen Daten zur Zuweisung der Regelleistungsvolumina festgestellt wird.

Durch dieses Verfahren ist zu gewährleisten, dass ein Großteil der mit den Krankenkassen insgesamt vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die Vergütung im Rahmen der Regelleistungsvolumina und damit zur festen Leistungsvergütung verwendet wird. Weitere Vorgaben sollen verhindern, dass ein Arzt, der medizinisch erforderliche Leistungen erbringt

(z.B. bei Zunahme der Patientenzahl im Vertretungsfall), in die Abstufung rutscht. Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen bestimmter Arztgruppen sind weiterhin außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüten. Weitere vertragsärztliche Leistungen können außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Entsprechende Ausnahmen sind eigenverantwortlich von den Vertragspartnern in der Selbstverwaltung zu vereinbaren.

### **3.5 Finanzielles Anreizsystem zum Abbau von Über- und Unterversorgung**

In der Euro-Gebührenordnung wird mit Wirkung ab dem 1. Januar 2010 die Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens über Preisanreize vorgegeben. Der Bewertungsausschuss hat neben dem Orientierungswert für den Regelfall gleichzeitig besondere Orientierungswerte zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen festzulegen, die von Ärzten in von Unterversorgung bzw. in von Überversorgung betroffenen Gebieten erbracht werden. Diese besonderen Orientierungswerte sollen von dem Regelfall-Orientierungswert soweit abweichen, dass eine steuernde Wirkung auf das ärztliche Niederlassungsverhalten entfaltet wird. Eine Differenzierung der Orientierungswert nach Versorgungsgraden, d.h. nach dem Ausmaß der in den Planungsbereichen festgestellten Über- bzw. Unterversorgung, ist zulässig. Nach einer begrenzten Übergangszeit ist der Orientierungswert im Falle der Überversorgung einheitlich für die sog. Alt- und Neufälle festzulegen, so dass auch die bereits zugelassenen Ärzte in überversorgten Bereichen mit einem niedrigeren Vergütungspunktwert rechnen müssen. Die Anwendung dieses Preisanreizsystems obliegt grundsätzlich der regionalen Ebene mit Ausnahme von bestimmten Fällen, die der Bewertungsausschuss vorgibt. Da somit Ärzte in unterversorgten Gebieten künftig höhere Vergütungen erhalten, haben sie einen Anreiz, sich dort niederzulassen; umgekehrt sinkt der Anreiz, sich in überversorgten Gebieten niederzulassen, da die Ärzte dort niedrigere Vergütungen als im Regelfall erhalten. Diese Preisdifferenzierung kann dazu beitragen, regional bestehende Versorgungsengpässe effizient abzubauen.

Eine Übergangsregelung für die Jahre 2007 bis einschließlich 2009 stellt dabei sicher, dass bereits ab dem Jahr 2007 sinnvolle finanzielle Maßnahmen zum Abbau von regionalen Versorgungsengpässen getroffen werden können: Vorgegeben wird, dass die Krankenkassen die für die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen bei Unterversorgung benötigten finanziellen Mittel nicht wie bisher nur zur Hälfte sondern voll zu tragen haben. Die Zahlung der Sicherstellungszuschläge geht in diesen Jahren also nicht mehr zu Lasten der Gesamtvergütungen und damit der übrigen Ärzte. Zudem wird die im bisherigen Recht enthaltene Begrenzung der für Sicherstellungszuschläge aufgewendeten Finanzvolumina auf 1 v.H. der Gesamtvergütungen aufgehoben, und die Möglichkeiten zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen werden erweitert.

#### **4. Umsetzungsschritte im Jahr 2008**

Der gesetzliche Zeitplan schreibt vor, dass zentrale Elemente der Vergütungsreform zum **1. Januar 2009** erstmals wirksam werden und damit das bisherige Vergütungssystem ablösen.

Dazu sind in diesem Jahr von der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundes- und auf regionaler Ebene eine Reihe von Regelungen zu treffen:

So hat der Bewertungsausschuss bis spätestens zum 31. August 2008 Beschlüsse zu treffen über

- die erstmalige Festlegung des bundeseinheitlichen Punktwertes als Orientierungswert in Euro sowie von Indikatoren zur Messung von regionalen Besonderheiten bei der Kosten und Versorgungsstruktur, auf deren Grundlage in den regionalen Punktwertvereinbarungen von diesem bundeseinheitlichen Euro-Orientierungswert abgewichen werden kann,
- die Berechnung des erstmaligen Behandlungsbedarfs für die regionalen Vereinbarungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen sowie
- die Vorgaben zur Mengensteuerung, d.h. insbesondere die Berechnung der arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina.

Auf Basis dieser Beschlüsse treffen bis zum 15. November 2008 die regionalen Vertragspartner, d.h. die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen auf Landesebene gemeinsam und einheitlich, Vereinbarungen über

- den Punktwert, der zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Jahr 2009 anzuwenden ist und
- die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, einschließlich des Behandlungsbedarfs.

Bei der Punktwertvereinbarung auf der Ebene der KV können die Vertragspartner einen Zu- oder einen Abschlag von dem erstmaligen bundesweiten Euro-Orientierungswert vereinbaren, um regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Aus diesem vereinbarten regionalen Punktwert und dem EBM ist dann eine regionale Gebührenordnung mit Euro-Preisen (regionale Euro-Gebührenordnung) zu erstellen und bekanntzugeben. Ebenfalls bis zum 15. November 2008 stellen die regionalen Vertragspartner gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses unter Verwendung der erforderlichen regionalen Daten die für die Zuweisung der Regelleistungsvolumina konkret anzuwendende Berechnungsformel fest.

Die KV weist dem Arzt bzw. der Arztpraxis die Regelleistungsvolumina bis zum 30. November 2008 zu. Gleichzeitig ist dem Arzt mitzuteilen, welche Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden und welche regionalen Preise gültig sind.

## **5. Besonderheiten im Übergangsjahr 2009**

Für das Jahr 2009 ist auf regionaler Ebene jeweils nur ein einziger Punktwert zu vereinbaren. Erst ab dem Jahr 2010 wird es neben diesem sog. Regelfallpunktwert auch Punktwerte geben, die im Falle von Über- bzw. Unterversorgung zu zahlen sind, um das ärztliche Niederlassungsverhalten über Preisanreize zu steuern.

Der Gesetzgeber sieht einmalig für das Einführungsjahr eine Berechnungsvorgabe vor, wie der bundeseinheitliche Punktwert als Orientierungswert in Euro zu ermitteln ist. Diese gesetzliche Berechnungsvorgabe führt im Jahr 2009 zu einem Orientierungswert, den bundesdurchschnittlichen rechnerischen Punktwert des Jahres 2008 überschreitet. Dies ergibt sich daraus, dass in die Rechnung ein im Vergleich zum Jahr 2008 höheres Finanzvolumen (Finanzvolumen 2008 gesteigert um die Grundlohnrate für 2009) und eine niedrigere Leistungsmenge (Leistungsmenge 2008 vermindert um Leistungsmengen, die auf Grund der Honorarverteilungsregelungen nicht zum vollen Preis vergütet werden.) einfließen. Die Mitglieder des Bewertungsausschusses können jedoch einvernehmlich, d.h. ohne die Möglichkeit der Anrufung des Erweiterten Bewertungsausschusses, beschließen, den erstmaligen Orientierungswert in anderer Höhe festzulegen. Damit eröffnet der Gesetzgeber ihnen einen zusätzlichen Verhandlungsspielraum.

Eine weitere Besonderheit für das Jahr 2009 besteht darin, dass die Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge je Versicherten, die zur Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen benötigt wird, vom Bewertungsausschuss in einer bundesdurchschnittlichen Rate zu schätzen ist.

## **6. Anmerkungen zum Ausmaß der Honorarzuwächse – Wunsch und Wirklichkeit**

Im Rahmen des GVK-WSG konnten nicht die von Ärzteseite aufgestellten finanziellen Forderungen erfüllt werden. Nicht übernommen wurden die von den Ärzten in diesem Zusammenhang immer wieder geforderten pauschalen Honorarsteigerungen von 30 v.H. oder mehr. Die Erfüllung solcher Forderungen würde zu geschätzten Mehrausgaben für die GKV von mind. 8 Mrd. Euro führen, ohne dass von den Ärzten dadurch eine ärztliche Leistung zusätzlich oder zu einer zusätzlichen Qualität erbracht würde. Auch nicht erfüllt wurden Forderungen, auf jegliche Instrumente zur Mengensteuerung zu verzichten und alle von den Ärzten in Rechnung gestellten Leistungen ohne Preisabschlag und ohne Mengenbegrenzung zu vergüten.

Im GKV-WSG ist dagegen offen gehalten und nicht konkret beziffert worden, in welchem Ausmaß die Finanzvolumina für die vertragsärztliche Versorgung ab dem Jahr 2009 steigen dürfen. Dies wird auch von Kassenseite kritisiert, die im Zusammenhang mit der für das Jahr 2009 vorgesehenen Einführung des Gesundheitsfonds und des bundeinheitlichen Beitragssatzes Planungssicherheit für die Krankenkassen einfordern. Hierzu ist darauf hinzuweisen, dass der Gesetzgeber in erster Linie die gemeinsame Selbstverwaltung in der Pflicht sieht, im erforderlichen und angemessenen Umfang über die Fortentwicklung der Finanzierungsvolumina für die vertragsärztlichen Leistungen zu entscheiden.

Das BMG sieht zudem keine Veranlassung für eine gesetzgeberische Konkretisierung des zugestandenen Ausmaßes einer Vergütungsanhebung. Die Beratungen im Bewertungsausschusses einschließlich gegebenenfalls erforderlicher Konfliktlösungsprozesse sind im Rahmen der vorgegebenen gesetzlichen Fristen und durch Einbeziehung des eingerichteten Instituts des Bewertungsausschusses zu gestalten und durchzuführen. Hier ist die gemeinsame Selbstverwaltung in der Pflicht. Ein Scheitern der Honorarreform würde wohl das Aus für die gesamte Steuerungsphilosophie im ambulanten Sektor bedeuten.

## **7. vorläufige Schlussfolgerung**

Noch nie waren die Chancen für die niedergelassenen Ärzte so gut wie heute, die heftig kritisierte geltende Budgetierung zu überwinden und eine deutliche Verbesserung der Vergütungssituation mit hoffentlich positiven Auswirkungen auf die Versorgungssituation zu erzielen. Derzeit ist zwar nicht prognostizierbar, wie viel zusätzliches Honorar ab dem Jahr 2009 an die Ärzte fließen wird. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen im GKV-WSG sind jedoch so angelegt, dass Vertragsärzte ab dem 1. Januar 2009 deutliche Honorarzuwächse erzielen dürften als im geltenden System, da die im Gesetz vorgesehenen Regelungen zum „Systemeinstieg“ die Finanzierung höherer Preise und größerer Leistungsmengen als heute erlauben. Weitere Hono-

rarsteigerungen sind dann von Jahr zu Jahr entsprechend der Entwicklung von Praxiskosten und Morbidität der Versicherten möglich. Voraussetzung dafür ist aber, dass die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen die weiteren einzelnen Reformschritte zügig umsetzt, denn der Zeitplan bis zum 1.1.2009 ist ehrgeizig.