

Zur Frage der Sachgerechtigkeit einer Basisanpassung der regionalen Gesamtvergütungen (Konvergenz der Vergütungen)

Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbands

Kontakt:

Hans-Dieter Nolting
T +49 30 230 809 0
Hans-Dieter.Nolting@iges.de

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180
10117 Berlin

www.iges.de

Berlin, 23. Juni 2014

Inhalt

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Kurzzusammenfassung | 8 |
| Zusammenfassung | 11 |
| 1. Hintergrund und Fragestellungen | 19 |
| 1.1 Zur Vorgeschichte der Diskussion über eine Basisanpassung | 19 |
| 1.2 Fragestellungen des vorliegenden Gutachtens | 24 |
| 2. Ist-Leistungsmengen als Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs | 26 |
| 2.1 Kritik an der Verwendung von Ist-Leistungsmengen | 26 |
| 2.2 Zum gesetzlichen Kontext der Vorgabe von Ist-Leistungsmengen als Aufsatzwerten des Behandlungsbedarfs | 27 |
| 2.3 Eignung verschiedener Verfahren zur Morbiditätsmessung und Risikoadjustierung | 29 |
| 2.4 Erfahrungen mit diagnosebasierten Verfahren der Morbiditätsmessung im Kontext der ambulanten vertragsärztlichen Vergütung | 31 |
| 2.5 Ist-Leistungsmengen als Indikator sowohl der Morbiditäts- als auch der Versorgungsstrukturen | 34 |
| 2.6 Ein bundesweites Aufteilungsmodell kollidiert mit den normativen Vorgaben der Bedarfsplanung | 40 |
| 2.7 Fazit | 42 |
| 3. Übernahme des Morbiditätsrisikos durch die Krankenkassen | 44 |
| 3.1 Erfordert die Übernahme des Morbiditätsrisikos durch die Krankenkassen eine Anpassung der Aufsatzwerte nach Maßgabe von Morbiditätsmessungen? | 44 |
| 3.2 Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass der Behandlungsbedarf in einigen KVn seit der Vergütungsreform systematisch zu niedrig bemessen ist? | 45 |
| 3.3 Entwicklung von Leistungsgeschehen und Gesamtvergütung in der KV Sachsen-Anhalt | 52 |
| 3.4 Fazit | 58 |
| 4. Führt eine Konvergenz der Gesamtvergütungen zu einer Optimierung der ambulanten Versorgung? | 59 |
| 4.1 Vermeidung von Fehlschätzungen der Effekte einer Berechnung der MGV mit Hilfe von Modellen zur Morbiditätsmessung | 59 |
| 4.2 Auslastung der ambulanten Versorgungskapazitäten in Sachsen-Anhalt | 60 |
| 4.3 Relevanz monetärer Anreize für das Niederlassungsverhalten von jungen Ärzten/innen | 61 |
| 4.4 Fazit | 65 |

| | | |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 5. | Ist eine Entsprechung zwischen den Zuweisungen einer Krankenkasse aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und der von ihr entrichteten Gesamtvergütung sinnvoll? | 67 |
| 5.1 | Zielsetzungen des Risikostrukturausgleichs | 68 |
| 5.2 | Gefährdung des Wirtschaftlichkeitsanreizes für die Krankenkassen im Bereich der ambulanten Versorgung | 69 |
| 5.3 | Potenzielle Beeinträchtigung der Funktion des RSA als Wettbewerbsordnung | 71 |
| 5.4 | Fazit | 72 |
| 6. | Schlussfolgerungen | 74 |
| | Abbildungen | 5 |
| | Tabellen | 5 |
| | Abkürzungsverzeichnis | 7 |

Abbildungen

| | | |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Abbildung 1: | MGV pro Versicherter (blau) und Auszahlungsquote in 15 KVn im Jahr 2010 | 49 |
| Abbildung 2: | MGV pro Versicherter (blau) und Auszahlungsquote in 15 KVn im Jahr 2011 | 50 |
| Abbildung 3: | MGV pro Versicherter (blau) und Auszahlungsquote in 15 KV im Jahr 2012 | 50 |
| Abbildung 4: | Auszahlungsquoten der 17 KV und im Bundesdurchschnitt in den Jahren 2007 und 2010 bis 2012 | 51 |
| Abbildung 5: | Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner in Sachsen-Anhalt und der Bundesrepublik insgesamt (Bettendichte) | 57 |

Tabellen

| | | |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabelle 1: | Entwicklung der Gesamtvergütungen: KV Sachsen-Anhalt im Vergleich zu 15 KVn (Bund ohne KV Baden-Württemberg, KV Bayerns) | 52 |
| Tabelle 2: | Entwicklung Brutto-Leistungsbedarf in Punkten in der KV Sachsen-Anhalt | 53 |
| Tabelle 3: | Brutto-Leistungsbedarf je Versicherten: KV Sachsen-Anhalt im Vergleich zu 15 KVn (Bund ohne KV Baden-Württemberg, KV Bayerns) | 55 |
| Tabelle 4: | Fälle je Versicherten: KV Sachsen-Anhalt im Vergleich zu 15 KVn (Bund ohne KV Baden-Württemberg, KV Bayerns) | 55 |
| Tabelle 5: | GKV-Versicherte je Arzt nach Hausärztlichem bzw. Fachärztlichem Versorgungsbereich: KV Sachsen-Anhalt im Vergleich zu 15 KVn (Bund ohne KV Baden-Württemberg, KV Bayerns) | 56 |
| Tabelle 6: | Behandlungsfälle je Arzt nach Hausärztlichem bzw. Fachärztlichem Versorgungsbereich: KV Sachsen-Anhalt im Vergleich zu 15 KVn (Bund ohne KV Baden-Württemberg, KV Bayerns) | 61 |
| Tabelle 7: | Honorare je Arzt nach Hausärztlichem bzw. Fachärztlichem Versorgungsbereich: KV Sachsen-Anhalt im Vergleich zu 15 KVn (Bund ohne KV Baden-Württemberg, KV Bayerns) | 62 |

Abkürzungsverzeichnis

| Abkürzung | Erläuterung |
|----------------------|-------------------------------------------------|
| <i>BT-Drucksache</i> | Bundestags-Drucksache |
| <i>GKV</i> | Gesetzliche Krankenversicherung |
| <i>GKV-FinG</i> | GKV-Finanzierungsgesetz |
| <i>GKV-SV</i> | GKV Spitzenverband |
| <i>GKV-VStG</i> | GKV-Versorgungsstrukturgesetz |
| <i>GKV-WSG</i> | GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz |
| <i>i.d.F.</i> | in der Fassung |
| <i>KBV</i> | Kassenärztliche Bundesvereinigung |
| <i>KV</i> | Kassenärztliche Vereinigung |
| <i>MGV</i> | Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung |
| <i>Morbi-RSA</i> | Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich |
| <i>RSA</i> | Risikostrukturausgleich |

Kurzzusammenfassung

Fragestellung

Die von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu entrichtenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) werden durch jährliche Anpassung der beiden Bestimmungsgrößen „Orientierungswert“ (Preiskomponente) und „morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf“ (Mengenkomponente) fortentwickelt. Im Hinblick auf die Mengenkomponente wird von einigen KVn die Forderung nach einer Neuberechnung der KV-spezifischen Basiswerte des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs erhoben, die als Aufsatzwerte für die jährlichen Anpassungsfaktoren dienen. Zur Stützung dieser Forderung wurde kürzlich ein Gutachten vorgelegt (Drösler et al. 2013), das vorschlägt, die MGV nach Maßgabe der Ergebnisse von Morbiditätsstrukturmessungen zu bestimmen, d.h. unter Einsatz von Verfahren wie sie bspw. für die Ermittlung der auf Behandlungsdiagnosen beruhenden Veränderungsrate (§ 87a Abs. 5 SGB V) oder im Rahmen des Risikostrukturausgleichs zum Einsatz kommen.

Das vorliegende Gutachten geht zum einen der Frage nach, inwiefern eine Bemessung der Gesamtvergütungen nach Maßgabe von Morbiditätsstrukturmessungen grundsätzlich gegenüber der heutigen Vorgehensweise zu bevorzugen wäre. Zum anderen wird die These einer zu niedrig bemessenen MGV in bestimmten Regionen – insbesondere in der von dem Gutachten von Drösler et al. (2013) fokussierten KV Sachsen-Anhalt – untersucht, die u.a. als Begründung angeführt wird, warum eine Basiskorrektur erforderlich sei.

Ist-Leistungsmengen sind ein wissenschaftlich anerkannter Morbiditätsindikator und weisen gegenüber anderen Verfahren bedeutende methodische und praktische Vorteile auf

Die Verwendung von Ist-Leistungsmengen, um den mit einer gegebenen Morbiditätsstruktur verbundenen Behandlungsbedarf zu schätzen, kann sich auf wissenschaftliche Studien stützen, die bspw. gezeigt haben, dass die „Vorjahresausgaben“ etwa genauso gut geeignet sind, um die Leistungsausgaben des Folgejahres vorherzusagen, wie diagnosebasierte Modelle der Risikoadjustierung.

Die bisherigen Erfahrungen im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung zeigen, dass Morbiditätsstrukturmessungen im Vergleich zur Verwendung von Ist-Leistungsmengen als Risikomaß methodisch sehr voraussetzungsvoll sind. Angesichts der starken Abhängigkeit von methodischen Gestaltungsentscheidungen sind die Ergebnisse tendenziell uneindeutig, daher konflikträchtig und für die Aufgabe der Festlegung der Aufsatzwerte der MGV somit nicht geeignet. Darüber hinaus sind die diagnosebasierten Klassifikationsverfahren im Kontext der ambulanten Vergütungssystematik wegen der Anfälligkeit für Kodiereffekte als grundsätzlich problematisch zu bewerten.

Die Verwendung von Ist-Leistungsmengen als Aufsatzwert ist wegen der Abbildung von regionalen Unterschieden der Angebots- und Versorgungsstrukturen sachgerecht

Für die Ist-Leistungsmengen als Aufsatzwerte für die Bestimmung der MGV spricht vor allem die Tatsache, dass sie auch ein Abbild der spezifischen regionalen Versorgungsstrukturen geben. Zahlreiche Studien zeigen, dass das vertragsärztliche Kapazitätsangebot (Arztdichte), die Aufgabenverteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie das Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung erhebliche regionale Unterschiede aufweisen, die sich auf das vertragsärztliche Leistungsgeschehen auswirken.

Natürlich spiegeln sich in den Ist-Leistungsmengen je nach Region auch als suboptimal einzustufende Versorgungsrealitäten im Sinne von Über-, Unter- oder Fehlversorgung. Insofern sind Ist-Leistungsmengen nicht normativ, also im Sinne einer „richtigen“ Versorgung zu verstehen. Für die Bemessung der Vergütung ist relevant, dass sie die tatsächliche Versorgungsrolle der vertragsärztlichen und – psychotherapeutischen Versorgung – d.h. den realen Anteil dieses Sektors an der Wahrnehmung der Gesamtheit der Versorgungsaufgaben – in der betreffenden Region abbilden.

Bei einer Bemessung der MGV nach Maßgabe von Morbiditätsstrukturmessungen würden dagegen bundesweite Kostengewichte verwendet. Diese wirken im Hinblick auf die Versorgungsstrukturen wie Normwerte. Dies wäre nur sachgerecht, wenn gleichzeitig gelten würde, dass auch die tatsächliche vertragsärztliche Versorgung einer gegebenen Morbiditätslast in allen Regionen mehr oder weniger identisch erfolgte. Da dies nicht der Fall ist, wäre bei einer am Bundesdurchschnitt orientierten Bemessung zu erwarten, dass es zu einer die tatsächlichen regionalen Versorgungsrealitäten ignorierenden finanziellen Über- oder Unterausstattung der KV-Regionen käme.

Es spricht wenig dafür, dass eine Erhöhung der MGV pro Versicherten geeignet ist, um die Attraktivität von strukturschwachen Regionen für niederlassungswillige Ärzte zu erhöhen

Bereits gegenwärtig erzielen die Vertragsärzte in den eher strukturschwachen Regionen weit überdurchschnittliche GKV-Honorarumsätze. Auch die beträchtlichen Unterschiede bspw. zwischen den Honoraren pro Arzt in den KVn Berlin und Sachsen-Anhalt reichen offenbar nicht aus, um die Nachwuchsprobleme in Sachsen-Anhalt und vergleichbaren KV Regionen zu mildern. Dies zeigt, dass Vergütungsreize nicht ausreichen, um das Problem der mangelnden Niederlassungsbereitschaft in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu beheben. Dies bestätigen auch Studien zur Relevanz verschiedener Faktoren für das Niederlassungsverhalten.

Schlussfolgerungen

Der bestehenden Vergütungssystematik liegt die sachgerechte ordnungspolitische Vorstellung zugrunde, dass grundsätzlich Leistungen vergütet werden sollen,

die medizinisch notwendig sind und die von dem regionalen ambulanten Versorgungssystem auch tatsächlich erbracht werden (können). Der Vorschlag einer Bemessung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf Basis von Morbiditätsstrukturmessungen und bundesweiten Durchschnittsausgaben als Kostengewichten verlässt diesen ordnungspolitischen Rahmen: Die MGV würde hier den Bezug zum faktischen Leistungspotenzial des regionalen Versorgungssystems verlieren und sich stattdessen an von bundesweiten Durchschnittswerten abgeleiteten Normwerten orientieren.

Im Rahmen der aktuellen Vergütungssystematik werden vermutlich auch regionale Strukturen finanziert, die versorgungspolitisch wenig sinnvoll sind. Um notwendige Strukturveränderungen realisieren zu können, sind jedoch primär Maßnahmen auf planerischer (z.B. Bedarfsplanung, Krankenhausplanung) sowie gesetzlicher Ebene erforderlich, die durch die Vergütungssystematik nicht konterkariert werden sollten. Eine Induktion von Strukturänderungen primär durch Anpassungen der morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfe erscheint wenig aussichtsreich. Und es ist auch nicht zu erwarten, dass durch eine Anpassung der Vergütungen ohne vorgängige Schaffung der geeigneten Strukturen eine Verbesserung der Versorgung erzielt werden kann.

Zusammenfassung

Fragestellung

Die von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu entrichtenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) werden durch jährliche Anpassung der beiden Bestimmungsgrößen „Orientierungswert“ (Preiskomponente) und „morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf“ (Mengenkomponente) fortentwickelt. Im Hinblick auf die Mengenkomponente wird von einigen KVn die Forderung nach einer Neuberechnung der KV-spezifischen Basiswerte des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs erhoben, die als Aufsatzwerte für die jährlichen Anpassungsfaktoren dienen. Zur Stützung dieser Forderung speziell im Hinblick auf die Situation in der KV Sachsen-Anhalt wurde kürzlich ein Gutachten vorgelegt (Drösler et al. 2013). Dort wird vorgeschlagen, die MGV nach Maßgabe der Ergebnisse von Morbiditätsstrukturmessungen zu bestimmen, d.h. unter Einsatz von Verfahren wie sie bspw. für die Ermittlung der auf Behandlungsdiagnosen beruhenden Veränderungsrate (§ 87a Abs. 5 SGB V) oder im Rahmen des Risikostrukturausgleichs zum Einsatz kommen.

Zur Begründung wird angeführt, dass bei der Umstellung auf die neue Vergütungssystematik im Jahr 2009 die vom Gesetzgeber des GKV-WSG beabsichtigte „Morbiditätsorientierung“ der vertragsärztlichen Vergütung bei der Festlegung der Basiswerte seinerzeit unzureichend berücksichtigt worden sei. Die vom Gesetz vorgesehene Verwendung von Ist-Leistungsmengen der Vergangenheit als Aufsatzwerte für die erstmalige Berechnung der morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfe (vgl. § 87c SGB V i.d.F. des GKV-WSG) sei nur aus pragmatischen Gründen erfolgt, aber eigentlich nicht sachgerecht gewesen. Die Folge sei, dass Regionen mit besonders hoher Morbiditätslast bis in die Gegenwart ein zu geringer Behandlungsbedarf zugestanden werde. Dies müsse korrigiert werden, um zu verhindern, dass die medizinische Versorgung in diesen KV-Bezirken gefährdet wird bzw. dass die dort tätigen Vertragsärzte entgegen der Intention des Gesetzgebers weiterhin einen Teil des Morbiditätsrisikos zu tragen hätten.

Das vorliegende Gutachten geht zum einen der Frage nach, inwiefern eine Bemessung der Gesamtvergütungen nach Maßgabe von Morbiditätsstrukturmessungen grundsätzlich gegenüber der heutigen Vorgehensweise zu bevorzugen wäre. Zum anderen wird die These einer zu niedrig bemessenen MGV in bestimmten Regionen – insbesondere in der von dem Gutachten von Drösler et al. (2013) fokussierten KV Sachsen-Anhalt – untersucht.

Gliederung des Gutachtens

In Abschnitt 1 werden einleitend die durch das GKV-WSG eingeleitete Reform des Vergütungssystems nachgezeichnet und die Hintergründe der Diskussion über eine Basisanpassung herausgearbeitet. In Abschnitt 2 werden die Vor- und Nachteile der Verwendung von Ist-Leistungsmengen als Aufsatzwerten im Vergleich zu Verfahren zur Morbiditätsstrukturmessung untersucht. In Abschnitt 3 wird die These geprüft, dass es im Rahmen der Vergütungsreform zu einer unvollständigen

gen Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen gekommen sei. Abschnitt 4 diskutiert die Frage, wie stichhaltig die These einer zu niedrig bemessenen MGV in bestimmten KV-Regionen ist bzw. inwieweit bei einer Anpassung Verbesserungen der Versorgung zu erwarten wären. Die Forderung nach einer Bemessung der MGV nach Maßgabe von Morbiditätsstrukturmessungen geht teilweise einher mit dem Vorschlag einer Verknüpfung zwischen der zu entrichtenden MGV und den morbiditätsadjustierten Zuweisungen, die die Kassen aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Abschnitt 5 diskutiert die Frage, ob eine Verbindung zwischen MGV und Morbi-RSA sinnvoll wäre.

Ist-Leistungsmengen sind der unmittelbare Indikator für den mit einer gegebenen Morbiditätsstruktur verbundenen Behandlungsbedarf

Es ist nicht erkennbar, dass der Gesetzgeber des GKV-WSG der Auffassung war, dass die beabsichtigte Einführung einer „Morbiditätsorientierung“ in das ambulante Vergütungssystem die Festlegung der Gesamtvergütungen unter Einsatz von Methoden der Morbiditätsmessung erfordert hätte. So verlangt das Gesetz auch keineswegs, dass der vereinbarte Behandlungsbedarf der Morbiditätsstruktur der Versicherten „entsprechen“ oder diese „abbilden“ müsse. Vielmehr soll der mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundene Behandlungsbedarf“ (§ 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V, Hervorh. IGES) vereinbart werden. Die tatsächlich erbrachten Behandlungsleistungen sind der unmittelbare Indikator des mit einer gegebenen Morbiditätsstruktur „verbundenen“ Behandlungsbedarfs. Das seit dem GKV-WSG geübte und durch das GKV-VStG nochmals explizit gemachte Verfahren der Ermittlung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur und der Anwendung der ermittelten Veränderungsfaktoren auf den vereinbarten Behandlungsbedarf der Vorperiode folgt somit einer widerspruchsfreien und dem Gesetzeswortlaut entsprechenden Logik.

Historische Leistungsanspruchnahmen bzw. Ausgaben sind ein wissenschaftlich anerkannter Morbiditätsindikator

Die Verwendung von Ist-Leistungsmengen, um den mit einer gegebenen Morbiditätsstruktur verbundenen Behandlungsbedarf zu schätzen, kann sich auf wissenschaftliche Studien stützen, die bspw. gezeigt haben, dass die „Vorjahresausgaben“ etwa genauso gut geeignet sind, um die Leistungsausgaben des Folgejahres vorherzusagen, wie diagnosebasierte Modelle der Risikoadjustierung. Die Eignung von historischen Inanspruchnahme- bzw. Ausgabengrößen als Morbiditätsmaß wird ferner auch durch das vom Bewertungsausschuss beschlossene Verfahren für die Bereinigung der Gesamtvergütungen bei Selektivverträgen bzw. Modellvorhaben unterstrichen.

Zwiespältige Erfahrungen mit diagnosebasierten Verfahren zur Morbiditätsstrukturmessung im Kontext der vertragsärztlichen Vergütungssystematik

Bereits die Versuche der Einführung einer Morbiditätsorientierung in der vertragsärztlichen Vergütung im Kontext des GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GKV-GMG) aus dem Jahr 2003 haben ge-

zeigt, dass vor allem diagnosebasierte Verfahrensansätze je nach technisch-methodischer Ausgestaltung zu stark differierenden Ergebnissen führen. Auch das vom GKV-WSG eingeführte Verfahren zur Ermittlung einer Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur mit Hilfe eines diagnosenbasierten Klassifikationsverfahrens hat zu regional und im Zeitverlauf sehr unterschiedliche Veränderungsdaten geführt, die Zweifel daran weckten, dass es sich dabei tatsächlich um zuverlässige Messungen von Veränderungen der Morbiditätslast handelte. Aus diesem Grund wurde zusätzlich die demografische Veränderungsrate eingeführt. Die Instabilität der mit dem diagnosebasierten Verfahren ermittelten Morbiditätsveränderungen ist wenig überraschend, da diese Verfahren erwiesenermaßen anfällig für Kodiereffekte sind. Insbesondere in der Einführungsphase treten „Richtigstellungen“ (Right-Coding) von bis dahin inadäquat dokumentierten Diagnosen auf, wodurch fälschlicherweise der Eindruck eines Morbiditätszuwachses entsteht. Diese Gefahr ist umso größer, als auf die Einführung von ambulanten Kodierrichtlinien verzichtet wurde.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass Morbiditätsstrukturmessungen im Vergleich zur Verwendung von Ist-Leistungsmengen als Risikomaß methodisch sehr voraussetzungsvoll sind. Angesichts der starken Abhängigkeit von methodischen Gestaltungsentscheidungen sind die Ergebnisse tendenziell uneindeutig, daher konfliktträchtig und für die Aufgabe der Festlegung der Aufsatzwerte der MGV somit nicht geeignet. Darüber hinaus ist festzuhalten, dass die diagnosebasierten Klassifikationsverfahren im Kontext der ambulanten Vergütungssystematik wegen der Anfälligkeit für Kodiereffekte als grundsätzlich problematisch zu bewerten sind.

Die Verwendung von Ist-Leistungsmengen als Aufsatzwert ist wegen der Abbildung von regionalen Unterschieden der Angebots- und Versorgungsstrukturen sachgerecht

Bei der Bemessung der MGV nach Maßgabe von Morbiditätsstrukturmessungen werden bundesweite Kostengewichte verwendet. Ein solches Modell der Zumesung von Behandlungsbedarf bei gegebener Morbiditätsstruktur nach Maßgabe des Bundesdurchschnitts wäre nur sinnvoll, wenn gleichzeitig gelten würde, dass auch die tatsächliche vertragsärztliche Versorgung einer gegebenen Morbiditätslast in allen Regionen mehr oder weniger identisch erfolgte. M.a.W., dass es zwischen den KV-Regionen keine nennenswerten Unterschiede in Angebot und Struktur der vertragsärztlichen Leistungserbringer, in der Verteilung der Versorgungsaufgaben zwischen dem vertragsärztlichen und den übrigen Sektoren und im Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten gäbe. Anderenfalls bestünde bei einer am Bundesdurchschnitt orientierten Bemessung das Risiko, dass es im vertragsärztlichen Bereich zu einer die tatsächlichen regionalen Versorgungsrealitäten ignorierenden finanziellen Über- oder Unterausstattung der KV-Regionen käme.

Von einer solchen regionsübergreifenden Einheitlichkeit der gesundheitlichen Versorgung kann jedoch keine Rede sein. Zahlreiche Studien zeigen, dass sowohl

das vertragsärztliche Kapazitätsangebot, als auch die Aufgabenverteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erhebliche regionale Unterschiede aufweisen, die sich auf das vertragsärztliche Leistungsgeschehen auswirken.

In den Ist-Leistungsmengen spiegeln sich je nach Region auch als suboptimal einzustufende Versorgungsrealitäten im Sinne von Über-, Unter- oder Fehlversorgung. Insofern sind Ist-Leistungsmengen nicht normativ, also im Sinne einer „richtigen“ Versorgung zu verstehen. Für die Bemessung der Vergütung ist relevant, dass sie die tatsächliche Versorgungsrolle der vertragsärztlichen und – psychotherapeutischen Versorgung – d.h. den realen Anteil dieses Sektors an der Wahrnehmung der Gesamtheit der Versorgungsaufgaben – in der betreffenden Region abbilden, weshalb sie als Aufsatzwerte für die Weiterentwicklung der MGV eher geeignet sind. Ein bundesweites Aufteilungsmodell auf Grundlage einer Morbiditätsmessung sowie mit bundesweiten Kostengewichten wäre den versorgungsstrukturellen Einflüssen gegenüber weitgehend ignorant.

Ein Aufteilungsmodell ist mit den Regelungen der Bedarfsplanung nicht kompatibel

Die Bedarfsplanungsrichtlinie berücksichtigt unterschiedliche Aufgabenverteilungen zwischen den Sektoren, indem sie bspw. wegen der überdurchschnittlichen stationären Angebotskapazitäten im Ruhrgebiet eine geringere Arztdichte vorsieht. Eine Bemessung der MGVn nach einem bundesweiten Aufteilungsmodell wäre mit diesen normativen Vorgaben nicht kompatibel, d.h. es könnte z.B. zu Erhöhungen der MGV kommen, ohne dass die KV die Möglichkeit hätte, die vertragsärztlichen Kapazitäten entsprechend anzupassen.

Das Ziel der Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen wurde durch die Regelungen zur Fortentwicklung des Behandlungsbedarfs realisiert

Bis zum Inkrafttreten der Reform durch das GKV-WSG wurden die budgetierten Gesamtvergütungen lediglich proportional zur Entwicklung der Grundlohnsumme, aber ohne Bezug zur tatsächlichen Entwicklung der morbiditätsbedingten Leistungsnachfrage angepasst. Dadurch trugen die Vertragsärzte das Risiko einer vor allem durch die demografische Alterung bedingten Zunahme der Leistungsnachfrage. Durch die Abschaffung der Bindung an die Grundlohnsummenentwicklung und die Vorschriften zur jährlichen Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in § 87a Abs. 4 SGB V sowie ergänzend die Bestimmungen zur Vergütung eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs (§ 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V) ist das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übertragen worden.

Aus einer unter dem Bundesdurchschnitt liegenden MGV pro Versicherten lässt sich nicht schließen, dass die Vertragsärzte das Morbiditätsrisiko tragen

Wenn die Ärzte in einer KV-Region aufgrund einer zu niedrig bemessenen MGV mit dem eigentlich von den Kassen zu tragenden Morbiditätsrisiko belastet wären, müsste sich dies in einer den vereinbarten Behandlungsbedarf übersteigen-

den Leistungsnachfrage zeigen. Die Auszahlungsquoten müssten entsprechend niedrig sein.

Die durchgeführten Analysen zeigen, dass sich die Auszahlungsquoten der KVn seit der Umstellung des Vergütungssystems – abgesehen von Ausreißern – in einem Band zwischen ca. 90 und 95 Prozent angenähert haben. Ferner besteht kein Zusammenhang zwischen der Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung pro Versicherten und der Auszahlungsquote einer KV. Das bedeutet, dass eine unter dem Bundesdurchschnitt liegende MGV pro Versicherten keineswegs darauf hindeutet, dass die Ärzte in der betreffenden KV mit einem eigentlich von den Kassen zu tragenden Morbiditätsrisiko belastet wären.

Es ergeben sich keine belastbaren Hinweise, dass die MGV in der KV Sachsen-Anhalt angesichts der tatsächlichen Versorgungsrolle des vertragsärztlichen Sektors zu niedrig bemessen ist

Die Analyse der Entwicklung von Leistungsgeschehen und Gesamtvergütung in der KV Sachsen-Anhalt zeigt, dass der ambulante Versorgungssektor – gemessen an der Arztdichte sowie den Fällen und dem Brutto-Leistungsbedarf pro Versicherten – eine im Vergleich zum Bundesdurchschnitt geringer ausgeprägte Rolle wahrnimmt. Entsprechend der ordnungspolitisch sinnvollen Logik des ambulanten Vergütungssystems - welches sich bezüglich der Basiswerte an dem Anteil dieses Sektors an der Wahrnehmung der Gesamtheit der Versorgungsaufgaben orientiert – erscheint damit auch eine unter dem Durchschnitt liegende Höhe der MGV gerechtfertigt.

Die überproportional ausgeprägte Rolle des stationären Sektors in Sachsen-Anhalt spricht dafür, dass in diesem Bundesland offenbar eine von der bundesweiten Situation abweichende Verteilung der Versorgungsaufgaben vorliegt. Inwieweit mit dieser Aufgabenverteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor ggf. Nachteile für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung insgesamt verbunden sind, lässt sich im Kontext dieses Gutachtens nicht beantworten.

Vermeidung von Fehlschätzungen der Wirkungen einer Berechnung der MGV mit Hilfe von Modellen zur Morbiditätsmessung

Abgesehen von der nicht sachgerechten Gesamtkonzeption des Vorschlags von Drösler et al. (2013) stellen die berichteten Effekte eine Überschätzung dar. Bei der Quantifizierung der Effekte einer alternativen Bemessung der MGV werden aus Bruttomengen abgeleitete Kostengewichte eingesetzt. Die Ergebnisse werden den aktuell vergüteten Netto-Leistungsmengen gegenüber gestellt. Durch diese methodisch fehlerhafte Vorgehensweise werden die Effekte einer Berechnung der MGV mit Hilfe von Modellen zur Morbiditätsmessung deutlich überschätzt.

Angesichts der Auslastung der Versorgungskapazitäten in Sachsen-Anhalt erscheint es fraglich, dass eine weitere Ausweitung der Versorgungsaufgaben möglich und sinnvoll wäre

Ohne eine Zunahme der Arztzahl würde eine Erhöhung der MGV in KVn wie Sachsen-Anhalt primär dazu führen, dass der Honorarumsatz der bereits ansässigen Ärzte weiter steigen könnte. Das bedeutet, dass Praxen, deren Auslastung – gemessen an der Fallzahl pro Arzt - bereits aktuell um mehr als 25% über dem Bundesdurchschnitt liegt noch zusätzliche Leistungsmengen erbringen könnten. Abgesehen davon, dass die Auszahlungsquoten in diesen KVn keinen Hinweis liefern, dass ein im Vergleich zu anderen KVn erheblich größerer zusätzlicher Leistungsbedarf der Versicherten besteht, stellt sich die Frage, wie diese zusätzlichen Leistungsmengen erbracht werden können, ohne das Risiko zunehmender Qualitätseinbußen.

Es spricht wenig dafür, dass eine Erhöhung der MGV pro Versicherten geeignet ist, um die Attraktivität von strukturschwachen Regionen für niederlassungswillige Ärzte zu erhöhen

Bereits gegenwärtig erzielen die Vertragsärzte in den eher strukturschwachen Regionen weit überdurchschnittliche GKV-Honorarumsätze. Auch die beträchtlichen Unterschiede bspw. zwischen den Honoraren pro Arzt in den KVn Berlin und Sachsen-Anhalt reichen offenbar nicht aus, um die Nachwuchsprobleme in Sachsen-Anhalt und vergleichbaren KV Regionen zu mildern. Dies zeigt, dass Vergütungsreize nicht ausreichen, um das Problem der mangelnden Niederlassungsbereitschaft in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu beheben. Dies bestätigen auch Studien zur Relevanz verschiedener Faktoren für das Niederlassungsverhalten.

Bei einer Verknüpfung der Bemessung der MGV mit den Zuweisungen der Kassen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich sind negative Auswirkungen zu erwarten

Die Einführung einer Proportionalität von zu entrichtender Gesamtvergütung und den Zuweisungen, die eine Krankenkasse für ihre im Bezirk der KV wohnhaften Versicherten erhält, würde die beiden zentralen Ziele des Risikostrukturausgleichs beschädigen: Zum einen würden für die Krankenkassen die Anreize vermindert, auf eine möglichst wirtschaftliche ambulante Versorgung hinzuwirken, da der Einfluss der tatsächlichen Inanspruchnahme auf die zu zahlende Gesamtvergütung reduziert würde. Zum anderen würden neue Selektionsanreize eingeführt, denn bei einer Bindung der Gesamtvergütung an die RSA-Zuweisungen würden sich regionale Unterschiede der tatsächlichen Versorgungsrollen der Sektoren bzw. die resultierenden Substitutionseffekte nicht mehr in Form entsprechend unterschiedlicher sektorspezifischer Ausgaben für die Krankenkassen niederschlagen. Disparitäten zwischen dem tatsächlichen Anteil des vertragsärztlichen Sektors an der Wahrnehmung der gesamten Versorgungsaufgaben und der dann entsprechend der RSA-Morbidität zu zahlenden Gesamtvergütung würden dazu führen, dass KV-Regionen für die Krankenkassen entweder unattraktiv oder besonders attraktiv würden. Dadurch würde die zentrale Funktion des Risikostrukturausgleichs – nämlich die möglichst wirksame Beseitigung von Selektionsanreizen für die Krankenkassen – konterkariert.

Schlussfolgerungen

Der bestehenden Vergütungssystematik liegt die sinnvolle ordnungspolitische Vorstellung zugrunde, dass grundsätzlich Leistungen vergütet werden sollen, die medizinisch notwendig sind und die von dem regionalen ambulanten Versorgungssystem auch tatsächlich erbracht werden (können). Der Vorschlag einer Bemessung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf Basis von Morbiditätsstrukturmessungen und bundesweiten Durchschnittsausgaben als Kostengewichten verlässt diesen ordnungspolitischen Rahmen: Die MGV würde hier den Bezug zum faktischen Leistungspotenzial des regionalen Versorgungssystems verlieren und sich stattdessen an von bundesweiten Durchschnittswerten abgeleiteten Normwerten orientieren.

Die aktuelle Vergütungssystematik bildet u.a. auch regionale Unterschiede der Angebotsstrukturen, des Inanspruchnahmeverhaltens und der Aufgabenverteilung zwischen den Sektoren ab. Dabei ist es sehr wahrscheinlich, dass auch versorgungspolitisch wenig sinnvolle Strukturen und Aufgabenverteilungen finanziert werden. Um auch in ländlichen und strukturschwachen Regionen einen möglichst gleichmäßigen und adäquaten Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung sicherzustellen bzw. um notwendige Veränderungen von inadäquaten regionalen Versorgungsstrukturen zu realisieren, sind primär Maßnahmen auf planerischer (z.B. Bedarfsplanung, Krankenhausplanung) sowie gesetzlicher Ebene erforderlich. Die Vergütungssystematik darf auf diesem Wege induzierte Veränderungen nicht konterkarieren. Andererseits erscheint eine Induktion von Strukturänderungen primär durch Anpassungen der morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfe wenig aussichtsreich. Und es ist auch nicht zu erwarten, dass durch eine Anpassung der Vergütungen ohne vorgängige Schaffung der geeigneten Strukturen eine Verbesserung der Versorgung erzielt werden kann.

1. Hintergrund und Fragestellungen

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG vom 26.3.2007) wurde die vertragsärztliche Vergütungssystematik grundlegend reformiert. Seitdem werden die von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVn) zu entrichtenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen jährlich durch Anpassung der beiden Bestimmungsgrößen „Orientierungswert“ (Preiskomponente) und „morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf“ (Mengenkomponente) fortentwickelt.

Im Hinblick auf die Mengenkomponente ist seither mehrfach die Forderung nach einer Neuberechnung der KV-spezifischen Basiswerte des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs erhoben worden, auf die die jährlichen Anpassungsfaktoren angewendet werden. Der jüngste Vorstoß in dieser Hinsicht fordert eine Basisanpassung auf der Grundlage einer Morbiditätsmessung. Er wird primär damit begründet, dass die vom Gesetzgeber des GKV-WSG beabsichtigte „Morbiditätsorientierung“ der vertragsärztlichen Vergütung bei der Festlegung der Basiswerte seinerzeit unzureichend berücksichtigt worden sei. Die gesetzliche Vorgabe der Verwendung von Ist-Leistungsmengen der Vergangenheit als Aufsatzwerte für die erstmalige Berechnung der morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfe (vgl. § 87c SGB V i.d.F. des GKV-WSG) sei nicht sachgerecht gewesen und nur aus „pragmatischen Gründen“ gewählt worden. Folge dieser Unzulänglichkeit sei, dass Regionen mit besonders hoher Morbiditätslast – im Fokus steht die KV Sachsen-Anhalt, die das Gutachten in Auftrag gegeben hat – bis in die Gegenwart ein zu geringer Behandlungsbedarf zugestanden werde. Eine Korrektur sei dringend geboten, um zu verhindern, dass die medizinische Versorgung in diesen KV-Bezirken gefährdet wird bzw. dass die dort tätigen Vertragsärzte entgegen der Intention des Gesetzgebers weiterhin einen Teil des Morbiditätsrisikos zu tragen hätten (Drösler et al. 2013).

Das vorliegende Gutachten geht primär der Frage nach, inwiefern es sachgerecht wäre, die Gesamtvergütungen nicht nur unter Berücksichtigung der auf regionaler Ebene festgestellten Morbiditätsstrukturveränderungen fortzuschreiben, sondern auch die Basiswerte für jede KV zum Beispiel nach Maßgabe der Ergebnisse von Morbiditätsstrukturmessungen anzupassen. Darüber hinaus werden die im Hinblick auf die KV Sachsen-Anhalt aufgestellten Thesen einer inadäquat bemessenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung kritisch diskutiert.

1.1 Zur Vorgeschichte der Diskussion über eine Basisanpassung

Mit der Umstellung des Vergütungssystems im Jahr 2009 ist ein bundesweit einheitlicher Orientierungswert festgelegt worden¹, so dass die Höhe der morbiditäts-

¹ Grundsätzlich bestand die Möglichkeit, abweichende Punktwerte auf der regionalen Ebene zu vereinbaren, sofern Besonderheiten der Kosten- und Versorgungsstruktur dies erforderlich gemacht hätten. Der Bewertungsausschuss hat jedoch festgestellt, dass die diesbezügliche regionale Variation innerhalb des Bezirks einer KV größer ist als die Inter-KV-

tätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) einer KV faktisch allein von der Mengenkomponekte abhing. Auch der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf jeder KV ist für das Einstiegsjahr 2009 durch den (Erweiterten) Bewertungsausschuss auf Basis der seinerzeit geltenden Vorgaben in § 87c SGB V i.d.F. des GKV-WSG festgelegt worden, wobei zwischen beiden Festlegungen ein sachlich-rechnerischer Zusammenhang bestand (vgl. dazu unten Abschnitt 3.2).

Unmittelbar bei Einführung der neuen Vergütungssystematik wurde von verschiedenen KVn Kritik an den für 2009 resultierenden neuen Gesamtvergütungshöhen geäußert. Entzündete sich die Unzufriedenheit zunächst primär an der ungleichen Verteilung des in Verbindung mit der Umstellung realisierten Vergütungszuwachses² auf die KVn (Wasem & Walenzik 2008), so wurden im weiteren Verlauf von einigen KVn vor allem die nach der Reform fortbestehenden Unterschiede der MGV pro Versicherten mit Wohnsitz im Bezirk der KV in den Mittelpunkt der Kritik gerückt. So wurde bspw. von der KV Westfalen-Lippe beklagt, dass die dortige MGV pro Versicherten im Jahr 2011 um acht Prozent unter dem Bundesdurchschnitt lag und eine Kampagne zur Anhebung des Behandlungsbedarfs auf mindestens den Bundesdurchschnitt gestartet (KVWL 2011).

Explizites Ziel der Vergütungsreform des GKV-WSG war die Beseitigung nicht gerechtfertigter Vergütungsunterschiede auf der Ebene einzelner ärztlicher Leistungen. In den Jahren vor der Reform war es infolge KV- und kassenartenspezifischer Vereinbarungen sowie unterschiedlicher Honorarverteilungsstrategien der KVn, zu einer teilweise erheblichen Heterogenität der Vergütung von identischen Leistungen zwischen den KVn gekommen³. Durch die Einführung der Euro-Gebührenordnungen „mit festen Preisen und Mengensteuerung“ sollte mehr Transparenz und die „Gewährleistung von Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten“ herbeigeführt werden (BT-Drucksache 16/3100, S. 119). Eine Vereinheitlichung der Leistungsmengen je Versicherten – wie sie später von einigen KVn gefordert wurde – wurde weder im Gesetz noch in den Begründungen zum GKV-WSG als Reformziel genannt.

Die mit der Vergütungsreform unzufriedenen KVn konnten es zunächst als einen Erfolg verbuchen, dass das Ziel einer Angleichung der Gesamtvergütungen durch das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) vom 22.12.2010 in das Sozialgesetzbuch aufgenommen wurde: Durch § 87 Abs. 9 SGB V i.d.F. des GKV-FinG wurde der Bewertungsausschuss aufgefordert, bis zum 30. April 2011 dem Bundesministerium für Gesundheit „ein Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen“ vorzulegen. Ferner wurde für 2011 und 2012 vorgegeben, den Behand-

Variation, so dass sich für die gesamte KV geltende Zu- oder Abschläge auf den bundesweiten Orientierungswert nicht begründen ließen.

² Gegenüber 2007 betrug der Vergütungszuwachs ca. 2,5 Mrd. Euro bzw. 9,1 Prozent (Wasem & Walenzik 2008)

³ Wasem und Walenzik (2008) sprechen von „wilder‘ Preisdifferenzierung auf sowohl regionaler als auch Kassenebene“ (a.a.O. S. 641)

lungsbedarf in denjenigen KVn zusätzlich anzuheben, die einen vom Bewertungsausschuss festzulegenden Schwellenwert unterschritten (§ 87d Abs. 2 SGB V i.d.F. des GKV FinG). In der Gesetzesbegründung heißt es dazu, dass zum „Ausgleich regional unterschiedlicher Auswirkungen der bisherigen Honorarreform [...] eine (asymmetrische) Verteilung des begrenzten Zuwachses durch die Selbstverwaltung vorgesehen [wird], mit der die bisherigen regionalen Verteilungswirkungen verbessert werden sollen“ (BT-Drucksache 17/3040, S. 18).

Die asymmetrische Verteilung wurde für das Jahr 2011 (für 2012 wurde sie durch das GKV-VStG bereits wieder außer Kraft gesetzt) durch Beschluss des 25. Erweiterten Bewertungsausschusses umgesetzt. Die höchsten regionalen Anpassungsfaktoren (Erhöhung des Behandlungsbedarfs um 4,734 %) wurden für die KVn Brandenburg, Nordrhein, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe ermittelt. In den KVn Berlin, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern beschränkte sich die Anpassung dagegen auf die Steigerungsrate der Morbidität (1,25 %).

Nicht gelungen ist es dem Bewertungsausschuss jedoch, fristgemäß das Konzept für eine „schrittweise Konvergenz der Vergütungen“ vorzulegen, so dass die Regelung mit dem GKV-VStG wieder gestrichen wurde. Das Scheitern einer Konvergenzregelung auf Basis des GKV-FinG war nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass auf Seiten der KVn gegensätzliche Positionen bestanden. So hatten sich die KVn, die sich von einer Konvergenz der Vergütungen Vorteile versprachen, weil ihre Gesamtvergütungen pro Versicherten unter dem Bundesdurchschnitt lagen, zu einer Interessengemeinschaft zusammengeschlossen („Länderübergreifender Angemessener Versorgungsanspruch“, LAVA, bestehend aus den KVn Brandenburg, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen und Westfalen-Lippe). Diese Gruppe befürwortete insbesondere auch den Steuerungsansatz einer auf Bundesebene verbindlich beschlossenen Konvergenzregelung. Als Gegner einer bundesweiten Konvergenzregelung bzw. als Befürworter einer generell möglichst weit gehenden Rückverlagerung der Kompetenzen zur Gestaltung und Fortentwicklung der vertragsärztlichen Vergütungen auf die regionale Ebene traten vier KVn auf, deren Pro-Kopf-Vergütungen über oder nahe dem Bundesdurchschnitt lagen und die sich zur Interessengruppe „FALK“ („Freie Allianz der Länder-KVn“, bestehend aus den KVn Baden-Württemberg, Bayerns, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern) zusammenschlossen (Rieser 2011).

Die Frage der Operationalisierung der vom Gesetz (§ 87a i.d.F. des GKV-WSG) geforderten Berücksichtigung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur der Versicherten bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs war bis zu der Klarstellung durch das GKV-VStG mehrdeutig. Die gesetzlichen Vorgaben in § 87a i.d.F. des GKV-WSG ließen unterschiedliche Interpretationen zu, an die sich unterschiedliche Präferenzen der Beteiligten für ein „Fortschreibungs-“ bzw. „Aufteilungsmodell“ knüpften. Das Fortschreibungsmodell sah vor, dass der kassen- und KV-spezifische Behandlungsbedarf des Vorjahres den Aufsatzwert bildet. Dieser Basiswert sollte dann um eine mit Hilfe von diagnose- bzw. demografiebasierten

Verfahren zur Morbiditätsmessung ermittelte Veränderungsrate angepasst werden. Das Aufteilungsmodell sah demgegenüber vor, dass der kassenübergreifende Behandlungsbedarf einer KV des Vorjahrs im ersten Schritt durch einen morbiditätsabhängig ermittelten Faktor angepasst wird und dann im zweiten Schritt nach Maßgabe der Morbiditätslast ihrer jeweiligen Versicherten auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt würde. Der von einer Krankenkasse zu tragende Anteil an der Gesamtvergütung der KV wäre damit proportional ihrer mit Hilfe der Verfahren zur Morbiditätsmessung ermittelten Morbiditätslast gewesen.

Wenn man das „Aufteilungsmodell“ nicht nur regional auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) einer KV, sondern bundesweit auf die Summe der MGV aller KV anwendet, kommt es zu einer Neuverteilung nicht nur der Zahlungspflichten der Krankenkassen gegenüber der jeweiligen KV, sondern auch zu einer bundesweiten morbiditätsadjustierten Vereinheitlichung aller Behandlungsbedarfe pro Versicherten. Im Rahmen der Überlegungen zur Umsetzung der von § 87 Abs. 9 SGB V i.d.F. des GKV-FinG geforderten Konvergenz der Vergütungen wurde genau dieser methodische Ansatz auch diskutiert (Staffeldt 2011). Angesichts der damit erwartbar verbundenen erheblichen Umverteilung der Finanzmittel zwischen den Regionen, erwies sich das Konzept einer bundesweit morbiditätsadjustiert normierten Vergütungsverteilung auch zwischen den KVn nicht als konsensfähig.

Im Ergebnis wurde für das Jahr 2011 vom Erweiterten Bewertungsausschuss somit zwar eine asymmetrische Verteilung der Vergütungszuwächse auf die KVn beschlossen und damit eine weitere Annäherung der MGV-Höhen bewirkt, ein Verfahren zur schrittweisen Konvergenz ist jedoch über das Stadium der fachlichen Diskussion nicht hinaus gekommen und wurde durch das GKV-VStG wieder aus dem Gesetz entfernt.

Das GKV-VStG hat dann mit der Neufassung des § 87a Abs. 4 SGB V eine Klarstellung im Hinblick auf die Frage geschaffen, wie die Berücksichtigung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs zu operationalisieren ist. Demnach bildet der für alle Versicherten mit Wohnsitz im Bezirk der KV vereinbarte (bereinigte) Behandlungsbedarf des Vorjahres den Aufsatzwert, auf den sich alle Anpassungen beziehen. Ferner bestimmt § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V, dass der Bewertungsausschuss – also die Bundesebene der Selbstverwaltung – verpflichtet ist, „Vorgaben für ein Verfahren [...] zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach [§ 87a] Absatz 4 Satz 1“ zu machen.

Der Aufsatzwert *der einzelnen Kasse* wird vor Anwendung der Anpassungsfaktoren jährlich neu festgelegt, indem der ursprüngliche Anteil der Kasse an dem im Vorjahr vereinbarten Behandlungsbedarf der KV entsprechend dem tatsächlichen Anteil ihrer Versicherten an den abgerechneten Leistungen korrigiert wird. D.h., dass die finanzielle Belastung einer Krankenkasse bezogen auf jede KV nicht mehr durch historisch entstandene Basiswerte beeinflusst wird, sondern an die tatsächliche Leistungsanspruchnahme ihrer Versicherten geknüpft wird. Durch diese Neuregelung der Zahlungspflichten der einzelnen Krankenkassen gegen-

über der KV hat der Gesetzgeber darüber hinaus ein klares Signal gesetzt, dass sich die Krankenkassen um die tatsächliche Leistungsanspruchnahme ihrer Versicherten „kümmern“ sollen – und nicht etwa um Art und Zahl der dokumentierten Diagnosen.

Mit dieser Änderung wird einem bis dahin noch nicht hinreichend realisierten Ziel der Vergütungsreform stärker Genüge getan, nämlich der Beseitigung von Inkonsistenzen zwischen dem ambulanten Vergütungssystem und dem Risikostrukturgleich. Bisher wurden die vom RSA intendierten Wirtschaftlichkeitsanreize für die Krankenkassen im vertragsärztlichen Bereich teilweise neutralisiert, weil die Gesamtvergütungen keinen konsistenten Zusammenhang mit den tatsächlichen Leistungsanspruchnahmen der Versicherten aufwiesen. Nach der Novellierung des § 87a Absatz 4 SGB V wird der im Finanzierungssystem verankerten grundsätzlichen Logik – die Krankenkassen erhalten keinen Ausgleich ihrer tatsächlichen Ausgaben, sondern morbiditätsadjustierte Zuweisungen, die den durchschnittlichen GKV-Ausgaben für Versicherte mit den jeweiligen Risikomerkmale entsprechen und haben daher einen Anreiz, mit ihren tatsächlichen Ausgaben unter den „standardisierten Leistungsausgaben“ zu bleiben – auch in der ambulanten Vergütungssystematik stärker Geltung verschafft. Der Vorschlag, die zu entrichtende Gesamtvergütung nicht aus den tatsächlich erbrachten Leistungen der Vorperiode zu entwickeln, sondern an die RSA-Zuweisungen einer Kasse für die Versicherten der betreffenden KV-Region zu koppeln, läuft dieser ordnungspolitisch sinnvollen und konsistenten Weiterentwicklung zuwider (vgl. dazu Abschnitt 5).

Das zum 1.1.2012 in Kraft getretene GKV-VStG ist im Hinblick auf das System der vertragsärztlichen Vergütung ansonsten durch einen markanten Richtungswechsel in Bezug auf die Steuerungs- und Gestaltungskompetenz geprägt: Hatte das GKV-WSG die wesentlichen Entscheidungen auf der Bundesebene der Selbstverwaltung (Bewertungsausschuss bzw. Erweiterter Bewertungsausschuss) zentralisiert, so ist mit dem GKV-VStG eine deutliche Re-Regionalisierung erfolgt. Dies gilt auch für die Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs: Vor dem GKV-VStG wurde die Veränderung der Morbiditätsstruktur durch den Bewertungsausschuss verbindlich festgestellt. Nach nun geltender Rechtslage beschließt der Bewertungsausschuss nur noch Empfehlungen für die regionale Verhandlungsebene. Kern dieser Empfehlungen ist die Mitteilung der die Region betreffenden Ergebnisse der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses zu den beiden in § 87a Abs. 5 SGB V festgelegten Veränderungsrate, nämlich der insbesondere auf Behandlungsdiagnosen und der auf demografischen Kriterien (Alter und Geschlecht) basierenden Veränderungsrate. Diese beiden Raten wurden auch vor dem GKV-WSG herangezogen, ihre jeweilige Gewichtung bei der Zusammenfassung zu einer Gesamtveränderungsrate wurde jedoch auf Bundesebene vorgenommen. Nunmehr ist die Gewichtung Gegenstand der regionalen Verhandlungen bzw. von Schiedsamtentscheidungen (Kaiser 2014).

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass das GKV-VStG auf eine gesetzliche Regelung zur Vereinheitlichung der Höhen der MGV pro Versicherten zwischen

den KVn verzichtet hat. Die damalige Bundesregierung hat auch keinen Zweifel daran gelassen, dass der Verzicht auf ein Konvergenzverfahren auf Bundesebene in Verbindung mit einer starken Ausweitung der Kompetenzen der regionalen Selbstverwaltungsebene explizit der politischen Intention entsprach. Dies verdeutlicht die Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage von Abgeordneten der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom November 2011. Zu der aktuell durch das Gutachten von Drösler et al. (2013) wieder erhobenen Forderung nach einer bundesweiten Normierung der Behandlungsbedarfe auf der Grundlage von Verfahren zur Messung der Morbidität bzw. zur Vorhersage des Ausgabenrisikos heißt es dort: „[...] die Vertragsparteien [sollen] in den Regionen künftig den regional medizinisch notwendigen Behandlungsbedarf [...] regelmäßig unter Berücksichtigung von Empfehlungen der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen auf Bundesebene fortschreiben und die bisher erreichte Morbiditätsorientierung weiterentwickeln. Wesentlicher Maßstab hierfür ist die regionale Entwicklung der Morbiditätsstruktur der Versicherten. Ziel ist eine Anpassung der Gesamtvergütungen entsprechend dem tatsächlichen Beitrag der Vertragsärztinnen und -ärzte an der medizinischen Versorgung der Versicherten in den Regionen insgesamt und nicht auf Basis bundesdurchschnittlicher Normwerte je Versicherten, mit denen das Geld auf Basis einer Pauschale verteilt würde. Insofern sind regionale Unterschiede aufgrund der tatsächlichen ärztlichen Inanspruchnahme der Versicherten aufgrund gegebener Morbiditäten sowie regional unterschiedlicher Versorgungsstrukturen nicht auszuschließen, sondern sachgerecht zu berücksichtigen.“ (BT-Drucksache 17/7735, Hervorhebung von IGES).

Das GKV-VStG markiert im Hinblick auf den Stellenwert der „Morbiditätsorientierung“ des ambulanten Vergütungssystems eine klare ordnungspolitische Position: Die Höhe der Gesamtvergütung einer KV ergibt sich primär aus dem tatsächlichen Versorgungsbeitrag der Vertragsärzte. Im Einklang damit ergeben sich die Zahlungspflichten einer Krankenkasse gegenüber der KV aus den tatsächlich von ihren Versicherten bezogenen Leistungen der Vertragsärzte. Die Morbidität der Versicherten, gemessen an den dokumentierten Diagnosen bzw. der demografischen Entwicklung spielt insofern eine Rolle, als die möglichen Folgen einer Veränderung der Morbiditätsstruktur von den Krankenkassen und nicht von dem regionalen vertragsärztliche Versorgungssystem getragen werden sollen (Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen, vgl. dazu unten Abschnitt 3).

1.2 Fragestellungen des vorliegenden Gutachtens

Im Zentrum des Gutachtens steht die Frage, inwiefern es sachgerecht wäre, die Höhe des für ein Jahr zu vereinbarenden morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs der Versicherten in einer KV im Sinne des § 87a Abs. 3 Satz 2 bzw. Abs. 4 SGB V im Gegensatz zur geltenden Rechtslage nicht länger ausgehend von den KV-spezifischen Punktzahlvolumina des Vorjahres zu bestimmen, sondern auch die Aufsatzwerte jeder KV i.S. von § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V mit Hilfe von Verfah-

ren zur Morbiditätsmessung sowie aus bundesweiten Daten abgeleiteten (Kosten-)Gewichten festzulegen.

Dabei werden folgende Aspekte dieser übergeordneten Fragestellung vertiefend diskutiert, die von den Befürwortern einer Konvergenz der Vergütungen auf Grundlage eines Aufteilungsmodells angeführt werden:

1. Trifft es zu, dass die beim Einstieg in das neue Vergütungssystem gesetzlich festgelegte Verwendung von Ist-Leistungsmengen als Aufsatzwerte nicht sachgerecht war bzw. den Zielen und Zwecken der Vergütungsreform des GKV-WSG nicht entsprochen hat? Oder stellten und stellen die Ist-Leistungsmengen der Vorperiode unter Berücksichtigung der Ziele und Funktionen eines ambulanten Vergütungssystems den vergleichsweise am besten geeigneten Aufsatzwert dar?
 2. Trifft es zu, dass – wie von Drösler et al. (2013, S. 3) postuliert und von einer Reihe von Kassenärztlichen Vereinigungen gefordert (Rieser 2011) – allein eine Festlegung des Aufsatzwertes auf der Grundlage der mit demografie- bzw. diagnosebasierten Verfahren gemessenen Morbiditätsstruktur der Versicherten als adäquat anzusehen ist? Oder sind darüber hinaus weitere Kriterien zu berücksichtigen, die eine Abweichung von der demografie- bzw. diagnosebasiert gemessenen Morbidität nicht nur rechtfertigen, sondern sogar geboten erscheinen lassen?
 3. Trifft es zu, dass von einer morbiditätsadjustierten Normierung der Behandlungsbedarfe der KVn – und sei es auch, wie von Drösler et al. (2013) vorgeschlagen, nur im Sinne eines noch gewisse Verhandlungsspielräume zulassenden Korridors oder „Morbiditätsspektrums“ – eine Verbesserung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der Bevölkerung zu erwarten wäre? Oder ist eher zu befürchten, dass in den davon profitierenden Regionen der Zufluss an zusätzlichen Finanzmitteln auf absehbare Zeit nicht in eine entsprechende Ausweitung des vertragsärztlichen Behandlungsangebots umgesetzt würde, wogegen in den Regionen mit sinkender Gesamtvergütung möglicherweise sinnvolle Behandlungsangebote abgebaut werden müssten?
 4. Trifft es zu, dass eine möglichst weit gehende Entsprechung zwischen den Zuweisungen einer Krankenkasse aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich für ihre Versicherten mit Wohnsitz im Bezirk der KV und der Höhe der von ihr entrichteten Gesamtvergütung im Sinne des Gesamtsystems der GKV intendiert oder wünschenswert ist? Oder wären von Maßnahmen zur Durchsetzung einer solchen Entsprechung – sei es durch Regulation oder durch Entscheidungen von Schiedsämtern bzw. Gerichten – nicht vielmehr negative Rückwirkungen auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erwarten?
-

2. Ist-Leistungsmengen als Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs

2.1 Kritik an der Verwendung von Ist-Leistungsmengen

Das Gutachten von Drösler et al. (2013) befasst sich in weiten Teilen mit möglichen technischen Operationalisierungen einer Basisanpassung der Behandlungsbedarfe der KVn auf der Grundlage von Verfahren zur Morbiditätsmessung. Im Hinblick auf die Frage, welche Relevanz Messungen der Morbiditätsstruktur als Maßstab für die Festlegung der Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs grundsätzlich haben sollten, wird auf die vermeintlichen Intentionen des Gesetzgebers des GKV-WSG hingewiesen und apodiktisch festgestellt, dass „eine in finaler Hinsicht adäquate Anpassung des regionalen Behandlungsbedarfs [...] auch seine erstmalige Festlegung auf der Grundlage der Morbiditätsstruktur der Versicherten voraus[setzt]“ (Drösler et al. 2013, S. 3).

Die Tatsache, dass der Gesetzgeber des GKV-WSG der ihm unterstellten Finalität gar nicht Geltung verschafft und stattdessen in § 87c SGB V i.d.F. des GKV-WSG festgelegt hatte, dass beim Einstieg in das neue Vergütungssystem der Behandlungsbedarf der Versicherten jeder Kasse für das Jahr 2009 ausgehend von den tatsächlichen Leistungsmengen des Jahres 2008 zu entwickeln sei, wird von Drösler et al. (2013, S. 3) auf „pragmatische Gründe“ zurückgeführt. Ohne weitere Ausführungen zu den Hintergründen dieses unterstellten Pragmatismus wird jedenfalls festgehalten, dass die „historischen Behandlungsbedarfe [...] in keiner Weise eine hinreichende Morbiditätsorientierung besaßen“ (Drösler et al. 2013, S. 3).

Die Vorgabe des Gesetzgebers, beim Einstieg in das neue Vergütungssystem die Mengenkomponekte, also den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf der Versicherten mit Wohnsitz im Bezirk einer KV für das Jahr 2009 auf Grundlage von „historischen“ Leistungsmengen festzulegen, ist auch von anderer Seite kritisiert worden (Günther 2009). Als zentraler Kritikpunkt wird dabei stets angeführt, dass die Ist-Leistungsmengen die Morbiditätsstrukturen der KVn – bzw. der Versichertenpopulationen der einzelnen Krankenkassen (Günther 2009) – nicht hinreichend abbildeten und daher die Basierung auf „Ist-Leistungsmengen“ im Widerspruch zu der vom GKV-WSG gewollten Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen stünde.

Den Versuch einer juristischen Fundierung dieser Position bietet ein Rechtsgutachten, das von der KV Sachsen-Anhalt im Kontext einer sozialgerichtlichen Auseinandersetzung⁴ über die Zulässigkeit einer Korrektur der Basiswerte durch die regionalen Selbstverwaltungsgremien - bzw. das zuständige Schiedsamt – in Auftrag gegeben wurde (Kingreen 2013). Dort wird die Auffassung vertreten, dass die Vertragsparteien der Gesamtverträge durch das Gesetz gehalten seien, eine

⁴ LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. V. 11.7.2013, L 9 KA 5/13 ER KL

„der Morbiditätsstruktur der Versicherten entsprechende“ (Kingreen, 2013, S. 14) Leistungsmenge zu vereinbaren und daher auch ermächtigt wären, als Aufsatzwert für die Anpassung des Behandlungsbedarfs nicht den Vorjahreswert zu nehmen, sondern eine Korrektur vorzunehmen, „soweit diese mit dem Ziel in Einklang steht, die regionale Morbiditätsstruktur realitätsgerecht abzubilden und das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen (und nicht etwa die Vertragsärzte) zu übertragen“ (Kingreen, 2013, S. 11). Die Regelungen des § 87c SGB V i.d.F. des GKV-WSG bewertet auch Kingreen als „Übergangsregelungen [...] um die Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen ohne allzu große Verwerfungen zu realisieren“ (Kingreen 2013, S. 23). Insgesamt folgert das Gutachten: „Die Befugnis zur sockelwirksamen, konsequent morbiditätsorientierten Anpassung des Behandlungsbedarfs folgt aus der Entstehungsgeschichte sowie aus dem daraus zu entwickelnden Sinn und Zweck des neuen Vergütungsrechts, das an die Stelle des Systems budgetierter Kopfpauschalen ein morbiditätsorientiertes Vergütungssystem setzen wollte.“ (Kingreen 2013, S. 25).

Im Folgenden wird dargelegt, dass den Auffassungen von Drösler et al. (2013) sowie Kingreen (2013) Missverständnisse sowohl im Hinblick auf die gesetzliche Vorgabe zur Bemessung des Behandlungsbedarfs, als auch bezüglich der Rationalität dieser Vorgabe sowie hinsichtlich der Bedeutung der durch das GKV-WSG in der Tat beabsichtigten „Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen“ zugrunde liegen.

2.2 Zum gesetzlichen Kontext der Vorgabe von Ist-Leistungsmengen als Aufsatzwerten des Behandlungsbedarfs

Von entscheidender Bedeutung für die hier zu erörternde Fragestellung ist die Formulierung in § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V, die seit dem GKV-WSG bis heute unverändert im Gesetz steht: Die Vertragsparteien „vereinbaren [...] den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf [...]“ (Hervorhebung IGES). D.h. es gilt nicht, wie z.B. von Kingreen (2013) vorgeschlagen, den der Morbiditätsstruktur „entsprechenden“ oder diese Struktur „realitätsgerecht abbildenden“ Behandlungsbedarf zu vereinbaren, sondern den mit der Morbiditätsstruktur „verbundenen“ Behandlungsbedarf.

Für den mit einer gegebenen Morbiditätsstruktur „verbundenen“ Behandlungsbedarf existiert ein unmittelbarer Indikator, nämlich die tatsächlich für die betreffende Population erbrachten Behandlungsleistungen, d.h. die Ist-Leistungsmenge. Es ist offensichtlich, dass die von den Vertragsärzten für die Versicherten einer Region im Jahr X erbrachten Behandlungsleistungen ein unmittelbares Abbild des mit der Morbiditätsstruktur im Jahr X verbundenen Behandlungsbedarfs dieser Versicherten darstellen.

Natürlich spiegeln sich in den Ist-Leistungsmengen je nach Region auch als suboptimal einzustufende Versorgungsrealitäten im Sinne von Über-, Unter- oder Fehlversorgung. Insofern sind Ist-Leistungsmengen nicht normativ, also im Sinne einer „richtigen“ Versorgung zu verstehen. Sie bilden ab, wie in einer Region die

gegebene Morbiditätslast im Rahmen der regional vorhandenen Angebotsstrukturen und sektoralen Aufgabenverteilungen tatsächlich versorgt wird. Trotz sicherlich vorhandener – und vielfach auch zu kritisierender – regionaler Unterschiede, ist grundsätzlich von einer relativ gleichmäßigen gesundheitlichen Versorgung in Deutschland auszugehen. Insofern gibt es aus Sicht des Gesetzgebers keinen Grund zu der Annahme, dass die zur Befriedigung des Behandlungsbedarfs tatsächlich erbrachten Leistungen einen weniger validen Indikator des morbiditätsbedingten Bedarfs darstellen, als die in diesem Zusammenhang dokumentierten Diagnosen (zum Status von Ist-Ausgaben/-Inanspruchnahmen als Morbiditätsindikator vgl. Abschnitt 2.3).

Um den Behandlungsbedarf für eine zukünftige Periode zu vereinbaren, ist es folglich sachgerecht, zu ermitteln, wie sich die Morbiditätsstruktur verändert hat und auf dieser Grundlage den bisher geltenden Behandlungsbedarf anzupassen. Das seit dem GKV-WSG geübte und durch das GKV-VStG nochmals explizit gemachte Verfahren der Ermittlung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur und der Anwendung der ermittelten Veränderungsfaktoren auf den vereinbarten Behandlungsbedarf der Vorperiode folgt somit einer widerspruchsfreien und dem Gesetzeswortlaut entsprechenden Logik.

Der Gesetzeswortlaut von § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V in Verbindung mit den „Einstiegsbestimmungen“ des § 87c SGB V i.d.F. des GKV-WSG, den nun geltenden Bestimmungen des § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V sowie der Klarstellung durch die schwarz-gelbe Bundesregierung in Gestalt der oben zitierten Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN machen unmissverständlich deutlich, dass die Gesetzgebung im Kontext der Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems zu keinem Zeitpunkt die einzige Finalität einer möglichst umfassenden und alle anderen Aspekte dominierenden „Morbiditätsorientierung“ der Gesamtvergütung verfolgt hat. Dagegen spricht allein die Tatsache, dass die Veränderung der Morbiditätsstruktur in § 87a Abs. 4 SGB V nur als einer aus einer ganzen Liste von Veränderungstatbeständen genannt wird, die bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs zu berücksichtigen sind. Insbesondere die in § 87a Abs. 4 SGB V unter Punkt 4 aufgeführte Veränderung des „Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor“ weist eindeutig darauf hin, dass nach dem Willen des Gesetzgebers nicht allein die vorhandene bzw. gemessene Morbidität der Bevölkerung maßgeblich sein soll, sondern auch die für die KV-Region spezifischen Modalitäten der Versorgung einer gegebenen Morbidität, hier insbesondere die Aufgabenteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor.

Die gesetzliche Verankerung der Ist-Leistungsmengen als Aufsatzwert für die MGW ist daher keineswegs eine lediglich zur Erleichterung des Übergangs gewählte „Pragmatik“ des Gesetzgebers, sondern folgt unmittelbar aus systematischen Gründen, die der Gesetzgeber berücksichtigt hat und die in den folgenden Abschnitten detaillierter dargestellt werden:

1. Für die Messung des mit einer gegebenen Morbiditätsstruktur verbundenen Behandlungsbedarfs sind Ist-Leistungsmengen ein eindeutiger, methodisch anspruchsloser und zuverlässiger Indikator. Alternative Konzepte, die sich auf Verfahren zur Messung von Morbiditätsstrukturen stützen, sind demgegenüber methodisch voraussetzungsvoll, teilweise fehler- bzw. manipulationsanfällig und führen zu uneindeutigen Ergebnissen.
2. Die Ist-Leistungsmengen in einer KV lassen sich als Resultante von (a) zu versorgender Morbidität der Bevölkerung, (b) regionaler vertragsärztlicher Angebotsstruktur, (c) den regionalen Angebotsstrukturen in anderen Sektoren (insbes. im stationären Sektor), (d) der spezifischen regionalen Verteilung der Versorgungsaufgaben zwischen den Sektoren (insbes. ambulanzstationär) sowie (e) weiteren Faktoren, wie bspw. den früheren mengensteuernden Interventionen der KV und dem Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung auffassen. Im Hinblick auf den Erhalt bzw. die sachgerechte Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen – nicht nur im vertragsärztlichen Bereich – ist es erforderlich, diese Faktoren bei der Vereinbarung der regionalen MGV zu berücksichtigen.

2.3 Eignung verschiedener Verfahren zur Morbiditätsmessung und Risikoadjustierung

Der Gesetzestext verlangt die Vereinbarung des mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten „verbundenen“ Behandlungsbedarfs (§ 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V). Wie oben dargelegt, sind die Ist-Leistungsmengen dafür der unmittelbare Indikator.

Auch für die Festlegung eines der Morbiditätsstruktur „entsprechenden“ oder diese „abbildenden“ Behandlungsbedarfs – wie es bspw. Kingreen (2013) vorschlägt – wären die Ist-Leistungsmengen (bzw. die assoziierten Ausgaben) einer Vorperiode ein methodisch gut begründeter und in empirischen Untersuchungen vielfach bestätigter Indikator: Untersuchungen aus den USA von Newhouse et al. (1989) und Ash et al. (1998) sowie aus den Niederlanden von van de Ven und van Vliet (1992) haben belegt, dass die „Vorjahresausgaben“ etwa genauso gut geeignet sind, um die Leistungsausgaben des Folgejahres vorherzusagen, wie diagnosebasierte Modelle der Risikoadjustierung (Breyer et al. 2005; van de Ven & Ellis 2000). Auch bei spezifischen Fragestellungen – wie beispielsweise der Vorhersage von Hochkosten-Fällen – erweisen sich auf Vorjahresausgaben basierende Modelle als den diagnosebasierten Modellen der Risikoadjustierung praktisch gleichwertig (Ash et al. 2001). Das „Handbook of Health Economics“ stellt daher fest: „prior year expenditures or utilization appears to be the best single predictor of an individual’s future health expenditures“ (van de Ven & Ellis 2000, p. 797).

Die Eignung von historischen Inanspruchnahme- bzw. Ausgabengrößen als Morbiditätsmaß wird auch durch das vom Bewertungsausschuss beschlossene Verfahren für die Bereinigung der Gesamtvergütungen bei Selektivverträgen bzw. Modellvorhaben unterstrichen (Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner

288. Sitzung am 22.10.2012): Der Betrag, um den die Gesamtvergütung eines Quartals zu bereinigen ist, wenn ein Versicherter aus der kollektivvertraglichen Versorgung in einen Selektivvertrag wechselt, wird auf Basis der Leistungsansprüchen des Betreffenden im Vorjahresquartal ermittelt. Mit dieser Regelung setzt der Bewertungsausschuss die gesetzlichen Vorgaben der §§ 64 Abs. 3, 73b Abs. 7, 73c Abs. 6 und 140d Abs. 1 SGB V um. Alle genannten Bestimmungen fordern, dass der „Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur“ der an dem betreffenden Vertrag teilnehmenden Versicherten zu bereinigen ist. Mit der beschlossenen Regelung macht der Bewertungsausschuss somit deutlich, dass die Morbiditätsstruktur der Selektivvertragsteilnehmer durch die im Vorjahresquartal in Anspruch genommenen Leistungen angemessen abgebildet wird.

Gegen die Verwendung von Ausgaben oder Inanspruchnahmen einer Vorperiode für Zwecke der Risikoadjustierung wird vor allem eingewandt, dass dadurch Fehlanreize für die Beteiligten gesetzt werden, in dem Sinne, dass höhere Ausgaben/Inanspruchnahmen auch zu entsprechend höheren Kompensationen führen und somit kein Anreiz besteht, die Effizienz der Versorgung zu steigern. In der wissenschaftlichen Debatte über geeignete Methoden zur morbiditätsbezogenen Risikoadjustierung ist jedoch auch frühzeitig schon darauf hingewiesen worden, dass dieser Nachteil gegenüber den mit diagnosebasierten Modellen verbundenen Fehlanreizen – vor allem den Anreizen zur „Optimierung“ der Diagnosenkodierung (vgl. dazu die folgenden Ausführungen in Abschnitt 2.4) – abgewogen werden muss (Newhouse 1998).

Festzuhalten bleibt, dass Ist-Leistungsmengen einer Vorperiode ein grundsätzlich geeigneter und wissenschaftlich anerkannter Morbiditätsindikator sind. Die Kritik von Drösler et al. (2013), dass die bei der Umstellung auf das neue Vergütungssystem gesetzlich als Aufsatzwerte vorgegebenen Ist-Leistungsmengen „[...] in keiner Weise eine hinreichende Morbiditätsorientierung besaßen“ (Drösler et al. 2013, S. 3) kann sich daher nicht auf prinzipielle Vorbehalte gegen diesen Indikator stützen.

Die These von Drösler et al. (2013) sowie Kingreen (2013), dass die historischen Ist-Leistungsmengen aus „pragmatischen Gründen“ vom Gesetzgeber als Aufsatzwerte vorgegeben wurden, berührt dennoch einen wichtigen Aspekt: Die Vorgeschichte der Einführung einer Morbiditätsorientierung in der vertragsärztlichen Vergütung seit den ersten Versuchen ihrer Umsetzung durch die Selbstverwaltung im Kontext des GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GKV-GMG) aus dem Jahr 2003 dürfte den Gesetzgeber hinreichend belehrt haben, dass alternative Konzepte zur Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur – vor allem die diagnosebasierten Verfahren der Morbiditätsmessung und –adjustierung – in erheblichem Maße auf technisch-methodische Festlegungen zurückgreifen müssen, für die es eine Vielzahl von alternativen methodischen Ausgestaltungen gibt, die

jeweils zu unterschiedlichen Ergebnissen führen⁵. Die Verwendung der Ist-Leistungsmengen stellt demgegenüber ein gut erprobtes und fachlich anerkanntes Verfahren dar, welches darüber hinaus ordnungspolitisch zu bevorzugen ist, weil es auch regionale Unterschiede der Angebots- und Versorgungsstrukturen berücksichtigt (vgl. dazu Abschnitt 2.5). Damit soll keineswegs behauptet werden, dass Ist-Leistungsmengen ein „optimaler“ oder regelhaft zu bevorzugender Morbiditätsindikator wären. Auch dieser Parameter unterliegt natürlich spezifischen Einflüssen und Verzerrungen, die ihn für die jeweilige Fragestellung mehr oder weniger geeignet machen bzw. die bei der Interpretation zu berücksichtigen sind.

Im Folgenden soll verdeutlicht werden, dass die Entscheidung des Gesetzgebers des GKV-WSG, für die Festlegung der Aufsatzwerte auf Ist-Leistungsmengen anstatt auf Morbiditätsstrukturmessungen zurückzugreifen, nicht die Wahl einer „zweitbesten Lösung“ darstellte, sondern in mehrerlei Hinsicht die sachgerechtere Lösung darstellte. Dazu betrachten wir die beiden Teilschritte, die bei einer alternativen, auf Messungen der Morbiditätsstruktur basierenden Vorgehensweise erforderlich sind: Im ersten Schritt muss ein Verfahren zur Messung bzw. Abbildung der Morbiditätsstruktur festgelegt werden. Im zweiten Schritt muss entschieden werden, welcher Behandlungsbedarf für eine mit dem festgelegten Verfahren gemessene Morbiditätsstruktur als angemessen gelten soll.

2.4 Erfahrungen mit diagnosebasierten Verfahren der Morbiditätsmessung im Kontext der ambulanten vertragsärztlichen Vergütung

Was den ersten Schritt, die Festlegung eines Verfahrens zur Morbiditätsmessung betrifft, so kann man die Tatsache, dass der Erweiterte Bewertungsausschuss ein Verfahren für die Ermittlung der beiden Veränderungsraten beschlossen (Beschluss des 15. EBA vom 2.9.2009, Teil B, Nr. 2.3) und der Gesetzgeber des GKV-VStG dieses Verfahren auch in das Gesetz übernommen hat (§ 87a Abs. 5 Satz 4), zunächst als Beleg werten, dass dies grundsätzlich möglich ist. Die nähere Betrachtung verdeutlicht jedoch, warum bereits dieser erste Schritt problematisch ist.

Das geltende Verfahren hat zwei Komponenten (demografische und diagnosebasierte Veränderungsrate), die – auf Grundlage einer von den regionalen Vertragspartnern zu verhandelnden Gewichtung – zu einer Gesamtveränderungsrate zusammengefasst werden müssen. Eine demografische Veränderungsrate war in der ursprünglichen Fassung des § 87a Abs. 5 (i.d.F. des GKV-WSG) nicht explizit

⁵ "Morbidität" ist keine unabhängig vom Messverfahren existierende quasi-physikalische Größe, die man mit einem Instrument präzise messen könne. Tatsächlich ist "Morbidität" ein Konstrukt, dessen Ausprägung stark von der Wahl des Messinstruments abhängt. Die Empirie im Zusammenhang mit der Morbiditätsorientierung der vertragsärztlichen Vergütungssystematik bestätigt dies: Je nach konkreter Ausgestaltung des Patientenklassifikationssystems ergeben sich sehr unterschiedliche Änderungsraten der Morbidität (vgl. Institut des Bewertungsausschusses 2010, S. 80).

vorgesehen. Verbindlich vorgeschrieben war nur eine Veränderungsmessung mit Hilfe eines Klassifikationsverfahrens, welches auf vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen und Leistungen beruht. Allein mit diesem Verfahrensansatz ergaben sich jedoch regional sehr unterschiedliche Veränderungsrate, die Zweifel daran weckten, dass es sich dabei tatsächlich um zuverlässige Messungen von Veränderungen der Morbiditätslast handelte. Die demografische Veränderungsrate wurde daher als eine zweite Komponente in das Verfahren aufgenommen (Kaiser 2014).

Durch die Hinzunahme der zuverlässig messbaren und kaum manipulationsanfälligen demografischen Veränderungsrate wird zwar einerseits eine gewisse Stabilisierung des Verfahrens erreicht, andererseits erwächst dadurch die Notwendigkeit, über die Zusammenfassung der beiden – im Bezug auf eine KV-Region oft stark divergierenden – Veränderungsrate zu entscheiden. Die Aufgabe der Gewichtung und Zusammenfassung der zwei Veränderungsrate zu einer einzigen muss in der Praxis in den meisten Regionen durch das Schiedsamt erledigt werden (Kaiser 2013).

Die Instabilität der mit dem diagnosebasierten Verfahren ermittelten Morbiditätsveränderungen ist wenig überraschend. Diagnosebasierte Verfahren der Morbiditätsmessung sind – insbesondere in der Einführungsphase – erwiesenermaßen anfällig für sog. Kodiereffekte (Coffey & Lewis 2000): Das Phänomen des „Right-Coding“ ist Folge einer zuvor bestehenden Unter-Kodierung. Krankheiten, die bereits erkannt sind und ärztlich behandelt werden, sind häufig nicht adäquat dokumentiert, d.h. die entsprechenden Diagnosen sind entweder gar nicht vermerkt oder es finden sich z.B. Diagnosen, die geringere Schweregrade bzw. Vorstufen des betreffenden Krankheitsbildes bezeichnen. Bei Einführung von Vergütungssystemen, bei denen die Diagnosekodierung relevant ist, erfolgt in diesen Fällen vielfach eine Richtigstellung (Right-Coding) der bisher inadäquat dokumentierten Behandlungsfälle. Dadurch entsteht in den Daten der fälschliche Effekt eines Morbiditätszuwachses. Als „Up-Coding“ (Über-Kodierung) bezeichnet man die Dokumentation entweder von real nicht vorhandenen oder von zwar vorhandenen, aber aktuell bzw. vom kodierenden Arzt nicht behandelten bzw. nicht behandlungsbedürftigen Krankheiten.

Das Auftreten beider „Kodier-Phänomene“ ist im Zusammenhang mit der Einführung von diagnosebasierten Vergütungssystemen – insbesondere im stationären Sektor - vielfach belegt worden (Carter & Ginsberg 1985; Hsia et al. 1988; Carter et al. 1990; Carter et al. 1991; Goldfarb & Coffey 1992; Friedrich & Günster 2005). Bei der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems (G-DRG) im Bereich der stationären Versorgung in Deutschland wurden daher Vorkehrungen getroffen, um lediglich kodierbedingte Mehrerlöse auszugleichen (Roeder et al. 2008).

Eine neuere Untersuchung hat bezogen auf den Zeitraum seit Einführung des neuen vertragsärztlichen Vergütungssystems am Beispiel von fünf Erkrankungsbildern gezeigt, dass erhebliche Kodiermängel – sowohl im Sinne von Unter-, als auch Über-Kodierung – existieren, die erhebliche Zweifel wecken, „[...] dass die

vertragsärztlichen Diagnosen ein zutreffendes Bild von der tatsächlichen bzw. tatsächlich behandelten Morbidität geben“ (IGES 2012, S. 173). Eine andere Untersuchung hat ferner erhebliche regionale Unterschiede in der Kodierqualität festgestellt und mit Blick auf wettbewerbsverzerrende Effekte für die Krankenkassen gesetzgeberische Maßnahmen zur Verbesserung der Kodierqualität gefordert (Ozegowski 2013).

Abgesehen von Unvollkommenheiten der Dokumentation in den Arztpraxen ist die Verwendung eines Klassifikationsverfahrens für die Messung der Morbiditätsstrukturen, das sich allein auf die von Vertragsärzten dokumentierten Diagnosen stützt, wegen der inhärenten Anreize zur Ausweitung der dokumentierten Diagnosen grundsätzlich als problematisch anzusehen. Dies gilt in Deutschland bzw. in der GKV in besonderem Maße, weil die Krankenkassen aufgrund der Mechanik des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ein gleichgerichtetes Interesse an einer möglichst großzügigen Kodierung von Diagnosen haben.

Um so mehr erstaunt es, dass das GKV-VStG verfügt hat, dass selbst auf grundlegende Maßnahmen zur Sicherung der Kodierqualität verzichtet wird, indem es die bis 2011 gesetzlich vorgesehene Einführung von speziellen ambulanten Kodierrichtlinien wieder abgeschafft hat. Wie die Gesetzesbegründung zum GKV-VStG deutlich macht, wollte der Gesetzgeber damit jedoch keineswegs in Frage stellen, dass die Gefahr einer Verfälschung der diagnosenbasierten Messung der Morbiditätsveränderungen durch Up- und Right-Coding-Effekte besteht. Doch statt präventive Maßnahmen zur Verbesserung der Diagnosenqualität – die im Vorfeld des GKV-VStG durch einige Kassenärztlichen Vereinigungen unter Hinweis auf den damit verbundenen höheren administrativen Aufwand vehement abgelehnt wurden – zu ergreifen, sollen nunmehr die Vertragspartner auf der Landesebene bei den Verhandlungen über die Zusammenfassung der beiden Veränderungsrate zu einer Steigerungsrate die möglichen Qualitätsmängel der diagnosebasierten Rate mit berücksichtigen: „In diesem Verhandlungsprozess können Aspekte einer qualitätsgesicherten Kodierung von Diagnosen (wie auch rein statistische Effekte, z.B. von Up- oder Right-Coding, denen keine zusätzliche Morbiditätsveränderung gegenübersteht) angemessen berücksichtigt werden.“ (BT-Drucksache 17/6906, S. 63f).

Das hier umrissene Problem der in hohem Maße sowohl von Details der methodischen Ausgestaltung, als auch von der Qualität des zugrundeliegenden Datenmaterials abhängigen Ergebnisvariation von Morbiditätsmessungen wird durch das Gutachten von Drösler et al. (2013) sowohl durch die mitgeteilten empirischen Ergebnisse bestätigt, als auch in der Kommentierung hervorgehoben: „Natürlich führen unterschiedliche Klassifikationsmodelle, die sich durch eine unterschiedliche Gruppenbildung, durch verschiedene Messmethoden und durch unterschiedliche statistische Maßzahlen voneinander abgrenzen, zu unterschiedlichen Morbiditätsmessungen in einer Region“ (Drösler et al. 2013, S. 32).

Die mangelnde Eindeutigkeit der durch das gesetzlich verankerte Verfahren gelieferten Ergebnisse mag wegen der geringeren Auswirkungen für die Festlegung

einer Veränderungsrate akzeptabel erscheinen. Für eine (Neu-)Festlegung von Aufsatzwerten mit u.U. erheblichen Umverteilungswirkungen zwischen den Regionen muss man Verfahrensansätze fordern, die weniger von weitgehend intransparenten methodischen Entscheidungen abhängen und die vor allem eindeutige Ergebnisse liefern.

Das Gutachten von Drösler et al. (2013) ist sich dieser Problematik offenbar bewusst und erweckt auch stark den Eindruck, dass es dem eigenen Vorschlag einer auf Morbiditätsmessungen basierenden Festlegung der Aufsatzwerte nicht wirklich traut. Den Autoren zufolge ist es „[...] vor dem Hintergrund methodischer und datenbedingter Unschärfen auch nicht angezeigt, mit Hilfe eines dezisionistischen Modellansatzes ein alternativloses Morbiditätsniveau anzustreben, das keinen Spielraum mehr für Verhandlungen bietet. Es reicht u.E. aus, ein Morbiditätsspektrum zu ermitteln, das dann als Informationsgrundlage bzw. Orientierung für die Verhandlungen der Vertragspartner über den adäquaten Behandlungsbedarf dient“ (Drösler et al. 2013, S. 5). Es stellt sich die Frage, warum unter diesen Bedingungen überhaupt Modelle zur Morbiditätsmessung herangezogen werden sollen, wenn sie nicht mehr als eine Orientierung für Verhandlungen liefern können. Die Praxis zeigt ferner, dass es am Ende nicht weniger dezisionistisch zugeht, weil bereits jetzt in vielen Regionen die Schiedsämter letztlich über die Veränderung der Morbiditätsstruktur entscheiden. Mit der Entscheidung für den vereinbarten Leistungsbedarf der Vorperiode als Aufsatzwert hat der Gesetzgeber ein Verfahren festgeschrieben, das sich im Vergleich zu den diskutierten Alternativen durch Transparenz und geringe Konflikanfälligkeit auszeichnet.

2.5 Ist-Leistungsmengen als Indikator sowohl der Morbiditäts- als auch der Versorgungsstrukturen

Die Festlegung eines Verfahrens für die Messung der Morbidität wäre nur der erste Schritt auf dem Weg zu einer der Morbiditätsstruktur „entsprechenden“ oder diese „abbildenden“ Festlegung des Behandlungsbedarfs. Der zweite erforderliche Schritt, die Festlegung, welcher Behandlungsbedarf (im Sinne eines Leistungsvolumens in Punkten) für eine gemessene Morbiditätsstruktur als angemessen gelten soll, wirft kaum zu lösende systematische Fragen auf, die erhebliche Relevanz für die Versorgungslandschaft haben.

In dem Gutachten von Drösler et al. (2013) werden die exemplarischen Berechnungen zur Ermittlung des Behandlungsbedarfs auf der Grundlage von drei Varianten einer Morbiditätsstrukturmessung jeweils unter Anwendung von bundeseinheitlichen Kostengewichten durchgeführt. Das bedeutet, dass die im Bundesdurchschnitt bei einer gegebenen Morbiditätsstruktur beobachteten Leistungsmengen als angemessen und verbindlich erachtet werden. Für den (theoretischen) Fall, dass zwei KV-Regionen eine identische Morbiditätsstruktur aufweisen (und sich nur in der Zahl der Versicherten unterscheiden), würden in diesem Modell demnach beide KVn einen im Grundsatz identischen (bzw. nur in Abhängigkeit von der Versichertenzahl variierenden) Behandlungsbedarf erhalten.

Bevor die sachlichen Mängel einer solchen Vorgehensweise betrachtet werden, sei nochmals auf die gesetzlichen Grundlagen hingewiesen: Der Gesetzestext von § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V legt nur eine Deutung nahe, nämlich dass es darum geht, den mit der Morbiditätsstruktur der jeweiligen regionalen Versichertenpopulation verbundenen Behandlungsbedarf zu vereinbaren – und nicht den mit der regional festgestellten Morbiditätsstruktur im bundesweiten Durchschnitt verbundenen Behandlungsbedarf. Insofern ist es fraglich, ob die Anwendung von bundesweiten Gewichtungsfaktoren (Kosten-/Relativgewichten) zur Ableitung eines regionalen Behandlungsbedarfs als Punktzahlvolumen mit den aktuellen gesetzlichen Vorgaben vereinbar wäre. Angesichts der weit reichenden Folgen einer bundesweiten Normierung der Behandlungsbedarfe muss man hier sicher eine eindeutige gesetzliche Legitimierung verlangen – die die schwarz-gelbe Bundesregierung in ihrer oben zitierten Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN unmissverständlich negiert hat.

Ein Modell der Zumessung von Behandlungsbedarf bei gegebener Morbiditätsstruktur nach Maßgabe des Bundesdurchschnitts wäre nur sinnvoll, wenn gleichzeitig gelten würde, dass auch die tatsächliche vertragsärztliche Versorgung einer gegebenen Morbiditätslast in allen Regionen mehr oder weniger identisch erfolgte. M.a.W., dass es zwischen den KV-Regionen keine nennenswerten Unterschiede in Angebot und Struktur der vertragsärztlichen Leistungserbringer, in der Verteilung der Versorgungsaufgaben zwischen dem vertragsärztlichen und den übrigen Sektoren und im Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten gäbe. Anderenfalls bestünde bei einer am Bundesdurchschnitt orientierten Bemessung das Risiko, dass es im vertragsärztlichen Bereich zu einer die tatsächlichen regionalen Versorgungsrealitäten ignorierenden finanziellen Über- oder Unterausstattung der KV-Regionen käme.

Von einer solchen regionsübergreifenden Einheitlichkeit der gesundheitlichen Versorgung kann jedoch keine Rede sein. Sowohl das vertragsärztliche Kapazitätsangebot, als auch die Aufgabenverteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung weisen erhebliche regionale Unterschiede auf.

Die Arztdichte als grundlegender Indikator für das Kapazitätsangebot zeigt ausgeprägte regionale und zudem von der betrachteten Fachgruppe abhängige Unterschiede. Im Jahr 2012 wurden bundesdurchschnittlich 170 Vertragsärzte pro 100.000 Einwohner gezählt. In den Stadtstaaten lag die Arztdichte um bis zu 44 % über diesem Wert (Bremen: 244/100.000) und in Brandenburg um ca. 18 % darunter (139/100.000)⁶. Je nach betrachteter Fachgruppe zeigen sich – abgesehen von der besonderen Rolle der drei Stadtstaaten – unterschiedliche Muster. So liegt bspw. Niedersachsen bei der Dichte von Augenärzten auf dem letzten Platz (5,9) wogegen Sachsen-Anhalt (7,2) unmittelbar auf die Stadtstaaten folgt (Bundesdurchschnitt 6,5). Bei der Dichte von Internisten liegen die beiden nordrhein-westfälischen KVn auf den letzten Plätzen (KV-NO: 8,6; KV-WL: 8,1) und das Saar-

⁶ Alle Zahlenangaben zur Arztdichte wurden der vom Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) betriebenen Website www.versorgungsatlas.de entnommen.

land (13,3) klar über dem Bundesdurchschnitt (10,1). Die Dichte von Kinderärzten ist in den KV-Bezirken Sachsen (8,2) und Mecklenburg-Vorpommern (7,3) überdurchschnittlich und in Bayern (6,6), Westfalen-Lippe (6,3) und Niedersachsen (6,2) liegt sie unter dem Bundesdurchschnitt (7,0).

Die regionale Arztdichte hat einen deutlichen Einfluss auf die tatsächliche Leistungsanspruchnahme der jeweiligen Wohnbevölkerung. So konnte Kopetsch (2007) auf der Regionalebene der Planungsbereiche der im Jahr 2000 geltenden Bedarfsplanung (i.d.R. Kreise bzw. kreisfreie Städte) zeigen, dass bei höherer Arztdichte in der betreffenden Region sowohl die Zahl der Behandlungsfälle und der abgerechneten Punkte je 100.000 Einwohner zunahm, als auch die abgerechneten Punkte je Fall.

Eine vertiefende Untersuchung der Zusammenhänge zwischen regionalen Morbiditätsstrukturen und den tatsächlich abgerechneten vertragsärztlichen Leistungsmengen findet sich in einer Studie von Ozegowski (2013b) bzw. Ozegowski und Sundmacher (2014). Die Autorinnen haben auf Grundlage der Daten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs des Jahres 2010 – also u.a. unter Verwendung von stationären und ambulanten Diagnosen sowie demografischen Daten – zunächst die erwarteten Leistungsausgaben der Versicherten nur für die vertragsärztliche Versorgung geschätzt, also ambulante Kostengewichte für die im Morbi-RSA berücksichtigten Risikofaktoren berechnet. Mit Hilfe dieser Kostengewichte wurden dann auf der Ebene der 412 Stadt- und Landkreise Erwartungswerte für die aggregierten ambulanten Leistungsausgaben für die dort wohnhaften Versicherten berechnet. Ferner standen Daten der real bei den Krankenkassen abgerechneten Leistungen einer 6,5 Prozent der GKV-Versicherten umfassenden Stichprobe zur Verfügung (Schäfer 2007). Für die Versicherten dieser Stichprobe konnten somit die nach dem Modell erwarteten und die tatsächlichen vertragsärztlichen Leistungsausgaben gegenüber gestellt werden. Die Studie analysiert diese Daten aggregiert auf der Ebene der 412 Stadt- und Landkreise.

Im Mittelpunkt steht die Frage nach den Determinanten regionaler Unterschiede (inequities) in der Gesundheitsversorgung. Als zu erklärende Variable – die Autorinnen bezeichnen sie als Index der Gleichheit/Ungleichheit der Versorgung (equity index) – definiert die Studie das Verhältnis von erwarteten zu tatsächlichen ambulanten Leistungsausgaben auf Kreisebene. Wenn die tatsächliche ambulante Leistungsanspruchnahme in einem Kreis geringer ist, als aufgrund der Morbi-RSA-Daten vorhergesagt, nimmt dieser Ausdruck Werte größer als 1 an und umgekehrt.

Die Studie hat somit – ähnlich dem Gutachten von Drösler et al. (2013) – auf der verfahrensmäßigen Grundlage des Morbi-RSA ein bundesweites Aufteilungsmodell für die ambulante Vergütung simuliert. Für die Fragestellung des vorliegenden Gutachtens ist die Arbeit aufschlussreich, weil sie darüber hinaus auch die tatsächlichen ambulanten Leistungsausgaben einbezogen hat und aufzeigt, welche Faktoren auf regionaler Ebene für Abweichungen zwischen den tatsächlichen und den gemäß einem auf der Verfahrensgrundlage des Morbi-RSA entwickelten

Aufteilungsmodell erwarteten ambulanten Leistungsausgaben verantwortlich sind⁷.

Mittels eines Regressionsmodells wurden 13 unabhängige Variablen daraufhin geprüft, inwieweit sie den „equity index“ der 412 Kreise beeinflussen: (1) hausärztliche und (2) fachärztliche Arztdichte (adjustiert für regionale Mitversorgungsfunktionen); (3) Verhältnis von erwarteten und tatsächlichen Leistungsausgaben für Arzneimittel und stationäre Versorgung (analog wie die abhängige Variable ermittelt); durchschnittliche Zahl der (4) hausärztlichen bzw. (5) fachärztlichen Arztkontakte pro Versicherter; (6) altersstandardisierte Rate von Krankenhausaufenthalten wegen ambulant sensibler Behandlungsanlässe (ambulatory care sensitive conditions, ACSC)⁸; (7) das spezifische ambulante Morbiditätsrisiko eines Kreises, operationalisiert als Verhältnis der erwarteten Ausgaben für ambulante Versorgung pro Versicherter des Kreises zu den bundesdurchschnittlich erwarteten Ausgaben pro Versicherter; (8) Anteil von Sozialhilfeempfängern; (9) durchschnittliches verfügbares Haushaltseinkommen; (10 – 12, d.h. drei Dummy-Variablen) Zugehörigkeit des Kreises zu einem von vier Regionstypen (Ostdeutschland/städtisch, Ostdeutschland/ländlich, Westdeutschland/städtisch, Westdeutschland/ländlich).

Als dreizehnte Variable geht ein Faktor ein, den die Autorinnen als „price effects“ bezeichnen und dessen Operationalisierung aus den Angaben in der Publikation nicht ohne Weiteres nachvollziehbar ist. Die Begründung für die Aufnahme dieses Faktors legt nahe, dass es sich um die KV-spezifischen Auszahlungsquoten (HVV-Quoten) handeln könnte, also den Quotienten aus dem ausgezahlten Honorar und dem von den Vertragsärzten angeforderten Leistungsbedarf⁹. Die Auszah-

⁷ Der Interpretation der Studienautorinnen, dass es sich bei solchen Abweichungen um Aspekte von „Gleichheit/Ungleichheit der gesundheitlichen Versorgung“ handelt, muss man u.E. nicht folgen. Die Studie bezeichnet die nach dem Modell für eine Region erwarteten ambulanten Leistungsausgaben als „Bedarf (need)“ und spricht bei einer über dem erwarteten Wert liegenden tatsächlichen Inanspruchnahme von „Übersorgung (overprovision of care)“ und vice versa. Faktisch handelt es sich lediglich um die bundesdurchschnittlich nach Risikoadjustierung sensu Morbi-RSA erwarteten Ausgaben. Der Begriff „Bedarf“ bezeichnet jedoch üblicherweise einen Zustand, der als unabhängig von den real erhaltenen Versorgungsleistungen gedacht wird bzw. diesen vorgängig ist.

⁸ Darunter werden stationäre Behandlungen verstanden, die bei hinreichend ausgebauten und funktionsfähigen ambulanten Versorgungsstrukturen im Regelfall nicht im Krankenhaus versorgt werden müssten. Zu den ACSC werden bspw. Behandlungen mit folgenden Diagnosen gezählt: Angina pectoris, Asthma, Bluthochdruck, Diabetes-Komplikationen usw. (Purdy et al. 2009).

⁹ Die Auszahlungsquote würde 100% betragen, wenn alle von den Ärzten gegenüber der KV geltend gemachten MGV-Leistungen mit dem vereinbarten Punktwert vergütet würden, also keine Abstaffelung wegen Überschreitung der vereinbarten Leistungsmengen auftreten würden. Die Angaben zu den „price effects“ in der Publikation von Ozegowski sind schwer nachvollziehbar, insbesondere sind die in Tabelle 2 der Publikation ausgewiesenen Werte aus den maßgeblichen Veröffentlichungen der KBV nicht nachvollziehbar: Als Minimum/Maximum werden in Tabelle 2 der Publikation die Werte 0,73 und 0,89 angegeben. Ausweislich der von der KBV im Internet bereitgestellten „Kennzahlen der Abrechnungs-

lungsquote stellt gewissermaßen einen Gewichtungsfaktor dar, mit dem sich der reale Preis für die Gesamtheit der angeforderten MGV-Leistungen – also einschließlich der wegen Überschreitung der vereinbarten Leistungsmengen nur mit abgestaffelten Preisen vergüteten Leistungen – auffassen. Bei einer hohen Auszahlungsquote sind in der betreffenden KV vergleichsweise wenige Leistungen oberhalb der vereinbarten Mengen angefordert worden.

Interessant ist bereits das deskriptive Ergebnis, dass in 61 Prozent der Kreise die tatsächlich erbrachten ambulanten Leistungen um mehr als 5 Prozent und in 34 Prozent der Kreise sogar um mehr als 10 Prozent von den erwarteten Leistungen abweichen. Mit den in der Studie analysierten Einflussfaktoren lassen sich ca. 78 Prozent der Varianz des „equity index“ über die 412 Kreise erklären. Den stärksten Einfluss haben folgende Faktoren:

- Je höher die Hausarzt- und Facharzttdichte in einem Kreis, um so eher liegen die tatsächlichen ambulanten Leistungsausgaben *über* den erwarteten.
- Je höher die durchschnittliche Zahl der Facharztkontakte, um so eher liegen die tatsächlichen ambulanten Leistungsausgaben *über* den erwarteten.
- Aber: je höher die durchschnittliche Zahl der Hausarztkontakte, um so eher liegen die tatsächlichen Ausgaben *unter* den erwarteten.
- Unabhängig von den vorgenannten Merkmalen der Angebotsstrukturen liegen in den städtischen und ländlichen Kreisen Ostdeutschlands die tatsächlichen Leistungsausgaben tendenziell *unter* den erwarteten.
- Je höher der Anteil von Sozialhilfeempfängern, desto eher liegen die tatsächlichen Ausgaben *unter* den erwarteten.
- Je höher die KV-spezifische Auszahlungsquote¹⁰, desto eher liegen die tatsächlichen ambulanten Leistungsausgaben *über* den erwarteten¹¹.
- Je stärker ausgeprägt die kreisspezifische ambulante Morbidität ist, desto eher liegen die tatsächlichen Ausgaben *unter* den erwarteten (sic!).

Ozegowski und Sundmacher (2014) teilen die analysierten Prädiktoren in angebots- und nachfrageseitige Faktoren sowie den „Preiseffekt“. Auf die Faktoren der

gruppen 1. Quartal 2009 bis 4. Quartal 2012“ war die niedrigste in 2009 beobachtete Auszahlungsquote (gemittelt über vier Quartale) 87,8% (KV Westfalen-Lippe) und die höchste 97,2% (KV Hamburg). In 2010 lag die Spannweite sogar nur zwischen 88,8% (KV Niedersachsen) und 94,4% (KV Mecklenburg-Vorpommern). In der Dissertation von Ozegowski (2013) erfolgt die Modellierung noch ohne den „price effect“ mit ansonsten sehr ähnlichen Ergebnissen im Hinblick auf die Bedeutung der übrigen Prädiktoren.

¹⁰ Unterstellt, dass es sich bei dieser Variable tatsächlich um Auszahlungsquoten handelt, vgl. Fußnote 9.

¹¹ In der Publikation wird das Ergebnis fälschlicherweise umgekehrt beschrieben („Relatively high outpatient care prices were also significantly associated with an increase in the equity index“, S. 60. Da das Vorzeichen des Koeffizienten in Table 3 negativ ist, müsste es richtig heißen „... with a decrease in the equity index.“).

Angebotsseite (Arztdichte, Arztkontakte, Verhältnis von erwarteten und tatsächlichen Leistungsausgaben für Arzneimittel und stationäre Versorgung; Rate von Krankenhausaufenthalten wegen ACSC) entfallen 49 Prozent der Erklärungskraft des Modells, auf die Faktoren der Nachfrageseite (Städtisch/ländlich/alte/neue Bundesländer; Anteil Sozialhilfeempfänger; verfügbares Haushaltseinkommen; ambulante Morbidität) entfallen 31 Prozent und auf den „Preiseffekt“ die verbleibenden 21 Prozent der Erklärungskraft.

Die Studie bestätigt damit die These, dass das regionale Volumen der erbrachten vertragsärztlichen Leistungen nicht allein von der - auf Basis von Diagnosen und Soziodemografie gemessenen - Morbiditätsstruktur der Bevölkerung abhängt, sondern durch die vertragsärztlichen Kapazitäten und Angebotsstrukturen, die Aufgabenverteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie nicht zuletzt auch durch Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung beeinflusst wird.

Der von Ozegowski und Sundmacher (2014) als einflussreich ermittelte „Preiseffekt“ würde – sofern er angesichts der o.g. methodischen Unklarheiten tatsächlich existiert – bedeuten, dass in Regionen mit höheren impliziten Preisen (hohen Auszahlungsquoten) die Leistungsmengen eher an oder über den bundesweiten risikoadjustierten Erwartungswerten liegen. In Abschnitt 3.2 wird geprüft, ob es einen Zusammenhang zwischen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung pro Versicherten einer KV und der Höhe der Auszahlungsquote gibt.

Interessant und auf den ersten Blick überraschend ist ferner das Ergebnis, dass bei zunehmender ambulanter Morbiditätslast eines Kreises die tatsächlichen ambulanten Leistungsausgaben eher unter dem durch das Modell geschätzten Erwartungswert liegen. In der ersten Version der Studie (Ozegowski 2013b) war ein Prädiktor „Ko-Morbidität“ untersucht worden, der als die durchschnittliche Zahl der den Versicherten eines Kreises zugeordneten Hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) im Morbi-RSA operationalisiert war. In der Modellierung ergab sich ein ähnliches Ergebnis, d.h. je mehr Multi-Morbidität in einem Landkreis vorlag, um so eher lagen die tatsächlichen Ausgaben unter den erwarteten. Diesen Befund interpretiert die Autorin als Hinweis darauf, dass Multi-Morbidität mit einer „Subadditivität der Kosten“ einhergeht (Ozegowski 2013b, S. 58). Das Ergebnis zu der Prädiktorvariable „Morbidität“ in der Studie von Ozegowski und Sundmacher (2014) lässt sich u.E. analog interpretieren: Das von den Autorinnen simulierte Aufteilungsmodell zur Schätzung der erwarteten ambulanten Leistungsausgaben – ebenso wie die für das Gutachten von Drösler et al. (2013) berechneten Modelle – bildet bei Vorliegen von mehreren Krankheiten bzw. Risikomerkmale die Summe der Kostengewichte jedes einzelnen Risikomerkmals. Dadurch werden aber – so das Ergebnis von Ozegowski (2013b) bzw. Ozegowski und Sundmacher (2014) – die tatsächlichen Leistungsausgaben systematisch überschätzt. Die Erklärung dürfte darin liegen, dass die ambulante ärztliche Ver-

sorgung eines Patienten mit drei Krankheiten c.p. weniger Aufwand verursacht, als die Versorgung von drei Patienten mit jeweils einem der drei Zustände¹².

Einen weiteren starken Beleg für regional variierende Aufgabenverteilungen zwischen den Sektoren liefern regionalisierte Analysen des Risikostrukturausgleichs: So war die Variation der standardisierten Gesamtleistungsausgaben im Jahr 2011 auf Ebene der Kreise mit einem Variationskoeffizienten von 3,27 deutlich geringer, als die Variation der standardisierten Leistungsausgaben innerhalb aller einzelnen Leistungsbereiche: Ärzte: 8,21; Arzneimittel: 6,33; Krankenhaus: 6,38; Sonstige Leistungen: 8,05 (Göppfahrt 2013). Die erheblich niedrigere Variation der Gesamtleistungsausgaben als der Summe aller Einzelleistungsbereiche lässt sich nur durch Kompensationseffekte zwischen den Leistungssektoren erklären: In einer Region mit unterdurchschnittlichen Leistungsausgaben in einem Sektor treten tendenziell überdurchschnittliche Ausgaben in einem oder mehreren anderen Sektoren auf. Solche Interaktionseffekte bei der Inanspruchnahme der Sektoren konnten z.B. Sundmacher und Busse (2012) für die Häufigkeit des Auftretens von sog. ambulant-sensitiven Krankenhausfällen zeigen, die Abhängigkeiten zur Facharztdichte in einer Region zeigt.

Die skizzierten Befunde unterstreichen, dass die reale Versorgung einer gegebenen Morbiditätslast je nach Region unterschiedlich, d.h. mit Abweichungen in der Rolle und Inanspruchnahme der verschiedenen Versorgungssektoren erfolgt. In Bezug auf den ambulanten Bereich bildet sich die Versorgungsrolle, d.h. der reale Anteil dieses Sektors an der Wahrnehmung der Gesamtheit der Versorgungsaufgaben, am ehesten in den Ist-Leistungsmengen ab, weshalb sie als Aufsatzwerte für die Weiterentwicklung der MGV eher geeignet sind. Ein bundesweites Aufteilungsmodell auf Grundlage einer Morbiditätsmessung sowie mit bundesweiten Kostengewichten wäre diesen Einflüssen gegenüber ignorant.

2.6 Ein bundesweites Aufteilungsmodell kollidiert mit den normativen Vorgaben der Bedarfsplanung

Verschiedene Studien haben festgestellt, dass die in einer Region erbrachten vertragsärztlichen Leistungen in hohem Maße durch die Arztdichte determiniert werden. Die zugrunde liegenden regionalen Kapazitätsunterschiede sind größtenteils unmittelbar durch die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses determiniert und teilweise Ausdruck einer von der Selbstverwaltung anerkannten unterschiedlichen Aufgabenverteilung zwischen vertragsärztlichem und stationärem Sektor.

¹² Die Ergebnisse von Ozegowski (2013b) bzw. Ozegowski und Sundmacher (2014) unterscheiden sich von den Ergebnissen der Evaluation des Risikostrukturausgleichs, die bei multimorbiden Versicherten auch unter den Bedingungen des Morbi-RSA noch eine Unterdeckung festgestellt hat (Wissenschaftlicher Beirat 2011). Dies könnte darin begründet sein, dass die Evaluation des Morbi-RSA alle Leistungsausgaben berücksichtigt und nicht nur die Ausgaben für die vertragsärztliche Versorgung.

So lagen die arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen (Einwohner pro Arztsitz) der Kreise und Städte des Ruhrgebiets in der bis zum 31.12.2012 geltenden Bedarfsplanungs-Richtlinie systematisch über den für die vergleichbaren Raumordnungsregionen im übrigen Bundesgebiet geltenden Werten, d.h. in Bezug auf die Versicherten im Ruhrgebiet wurde seit Erlass der Richtlinie im Jahr 1993 eine niedrigere vertragsärztliche Kapazität als bedarfsgerecht angesehen. Die Sonderregelungen für das Ruhrgebiet wurden auch in die zum 1.1.2013 novellierte Bedarfsplanungsrichtlinie übernommen und werden erst fünf Jahre nach Inkrafttreten einer Überprüfung unterzogen (§ 65 Abs. 2 und Abs. 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie).

Das bedeutet z.B. konkret¹³, dass für die Bevölkerung der Städte Duisburg, Essen oder Dortmund ein Hausarzt pro 2.134 Einwohner und ein Orthopäde pro 22.578 Einwohner als bedarfsgerecht gilt. In Hannover, Magdeburg oder München sind dagegen ein Hausarzt pro 1.671 Einwohner und ein Orthopäde pro 14.101 Einwohner bedarfsgerecht.

Würde man den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf auf der Grundlage bundesweit normierter „Kostengewichte“ festlegen, so würden z.B. für die hausärztliche Versorgung von Bevölkerungen im Ruhrgebiet bei gleicher Morbiditätsstruktur identische MGV-Volumina konzidiert wie in anderen Regionen. Im Ruhrgebiet stünden für die Erbringung dieser Leistungsmengen – bei Zugrundelegung der normativen Vorgaben der geltenden Bedarfsplanung – jedoch ca. 22 % weniger hausärztliche Arztsitze zur Verfügung bzw. anders formuliert, auf jeden Hausarztsitz im Ruhrgebiet entfielen um ca. 28 % höhere MGV als auf Hausarztsitze in einer „morbiditätsgleichen“ Region außerhalb des Ruhrgebiets.

Als Gründe für das deutlich geringere vertragsärztliche Kapazitätsangebot im Ruhrgebiet nennt der für die Bedarfsplanung zuständige Dezernatsleiter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in einem Interview „strukturelle Besonderheiten – etwa großstädtische Verkehrsvernetzung und hohe Krankenhausdichte“ (KVNO 2013, S. 31). Ferner stellt er fest, dass „keine belastbaren Informationen darüber vorliegen, dass die schon lange bestehende, geringere Arztdichte in der besonderen Situation des Ruhrgebiets zu gravierenden Versorgungsbenachteiligungen geführt hat“ (a.a.O.).

Das Ruhrgebiet ist demnach als ein Beispiel für Versorgungsstrukturunterschiede aufgrund einer unterschiedlichen Aufgabenverteilung zwischen den Sektoren zu werten. Die Bedarfsplanung trägt dieser Situation durch entsprechend angepasste Verhältniszahlen Rechnung. Würde man auf der Vergütungsebene ein bundesweites Aufteilungsmodell installieren, dann käme es dem Grundsatz nach zum Entzug von Finanzmitteln in Regionen, denen die Bedarfsplanung aufgrund ihrer Versorgungsstrukturen eine höhere vertragsärztliche Angebotsdichte zugesteht. Im Gegenzug käme es zur Überfinanzierung von Regionen, in denen die entspre-

¹³ Die Beispiele lassen eventuelle Modifikationen der Allgemeinen Verhältniszahlen durch den Demografiefaktor (§ 9 Bedarfsplanungs-Richtlinie) außer Betracht.

chenden vertragsärztlichen Kapazitäten aktuell nicht vorgesehen sind und – sofern die zitierte Aussage des KBV-Vertreterers zutrifft, dass keine Versorgungsbenachteiligungen feststellbar sind – in denen aus planerischer Sicht auch keine zusätzlichen Kapazitäten benötigt werden. Neben der überproportionalen Finanzausstattung des vertragsärztlichen Sektors in diesen Regionen müssten die Krankenkassen gleichzeitig die von anderen Sektoren – im Ruhrgebiet insbesondere dem stationären Sektor – in überproportionalem Umfang geleisteten Versorgungsbeiträge finanzieren.

Die dargestellte Inkompatibilität einer Bemessung der MGVn nach einem bundesweiten Aufteilungsmodell mit regional unterschiedlichen Aufgabenverteilungen zwischen den Versorgungssektoren wird durch den jüngsten Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses zur Bedarfsplanung erneut unterstrichen (Beschluss vom 17. April 2014, vgl. GBA 2014, Osterloh & Rieser 2014). Demnach werden nunmehr auch ermächtigte Krankenhausärzte und Institutionen – u.a. auch die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ, gem. § 119 SGB V) und die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA, gem. § 118 SGB V) – in der Bedarfsplanung berücksichtigt. Das bedeutet z.B., dass in einer Region weniger nervenärztliche bzw. psychotherapeutische Sitze für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich sind, wenn dort eine oder mehrere PIA einen Teil der ambulanten Versorgungsaufgaben übernehmen. Die Vergütung der PIA – ebenso wie der SPZ – erfolgt jedoch nicht aus der MGV, sondern unmittelbar durch die Krankenkassen. Bei einer Bemessung der MGV nach einem bundesweiten Aufteilungsmodell, könnten somit die gleichen verzerrenden Effekte auftreten, wie oben am Beispiel des Ruhrgebiets erläutert: In Regionen mit PIA-/SPZ-Versorgung käme es im Vergleich zu Regionen mit allein vertragsärztlicher bzw. –psychotherapeutischer Versorgung c.p. zu einer relativen Überfinanzierung.

2.7 Fazit

Die bei der Umstellung auf das neue Vergütungssystem vom Gesetzgeber vorgegebene Verwendung historischer Ist-Leistungsmengen als Aufsatzwerte ist wohl begründet und sachlich gerechtfertigt. Leistungsanspruchnahmen bzw. Ausgaben einer Vorperiode sind ein wissenschaftlich anerkannter Morbiditätsindikator, dessen Eignung zur Risikoadjustierung in empirischen Studien mehrfach gezeigt wurde.

Morbiditätsstrukturmessungen sind im Vergleich zur Verwendung von Ist-Leistungsmengen dagegen als Risikomaß methodisch sehr voraussetzungsvoll. Angesichts der starken Abhängigkeit von methodischen Gestaltungsentscheidungen sind die Ergebnisse tendenziell uneindeutig, daher konfliktträchtig und für die Aufgabe der Festlegung der Aufsatzwerte der MGV somit nicht geeignet. Darüber hinaus ist festzuhalten, dass die diagnosebasierten Klassifikationsverfahren im Kontext der ambulanten Vergütungssystematik wegen der Anfälligkeit für Kodiereffekte als grundsätzlich problematisch zu bewerten sind.

Ein wesentlicher und unter ordnungspolitischen Gesichtspunkten ausgesprochen relevanter Vorteil der Ist-Leistungsmengen besteht darin, dass sich Unterschiede der regionalen Angebots- und Versorgungsstrukturen sowie des Inanspruchnahmeverhaltens abbilden. Bei dem alternativen Verfahren einer auf Morbiditätsstrukturmessungen basierenden Bemessung kommen dagegen bundesdurchschnittliche Kostengewichte zum Einsatz, die eine Einheitlichkeit von Strukturen und Inanspruchnahmen voraussetzen.

Die potenziellen Schwächen dieses Indikators – die Ist-Mengen können die regionale Morbiditätsstruktur ungenau abbilden, weil sie z.B. durch Unter- oder Überversorgung verzerrt sind – sprechen nicht gegen die Verwendung, sondern sind in diesem Kontext eher als Vorteil zu bewerten: Versorgungsstrukturelle Unterschiede und Defizite werden dadurch manifest und können zum Ziel von Interventionen der Vertragspartner oder der Gesundheitspolitik werden.

3. Übernahme des Morbiditätsrisikos durch die Krankenkassen

3.1 Erfordert die Übernahme des Morbiditätsrisikos durch die Krankenkassen eine Anpassung der Aufsatzwerte nach Maßgabe von Morbiditätsmessungen?

Ein wesentliches politisches Ziel der Reform des Vergütungssystems durch das GKV-WSG – und eine der zentralen Forderungen der Ärzteschaft im Vorfeld der Reform – war die „Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen“ (vgl. die Gesetzesbegründung zum GKV-WSG, BT-Drucksache 16/3100).

Angesichts der demografischen Alterung der Bevölkerung der Bundesrepublik ist von einer absoluten Zunahme der zu versorgenden Morbidität auszugehen, die mit einem höheren Leistungsbedarf der Versicherten verbunden sein kann. Bis zum Inkrafttreten der Reform wurden die budgetierten Gesamtvergütungen lediglich proportional zur Entwicklung der Grundlohnsumme angepasst. Die Grundlohnsumme – also die Summe der beitragspflichtigen Einkünfte der GKV-Mitglieder – ist jedoch eine rein ökonomische Größe, die primär von der konjunkturellen Entwicklung abhängt, aber keinen direkten Zusammenhang zur Entwicklung der Krankheitslast der Bevölkerung aufweist. Vor diesem Hintergrund wurde zutreffender Weise kritisiert, dass die Vertragsärzteschaft mit den Folgen einer zunehmenden Morbiditätslast der Bevölkerung in Gestalt einer wachsenden Leistungsnachfrage konfrontiert sei, ohne dass die Vergütungen entsprechend angepasst werden konnten. Die Forderung nach „Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen“ bezog sich auf diesen Sachverhalt, d.h. die gesetzlich vorgegebene Bindung der Entwicklung der Gesamtvergütungen an die Grundlohnsumme ohne Berücksichtigung der Veränderung der Krankheitslast der Bevölkerung (Stillfried 2006; Wasem & Walendzik 2009).

Die Problematik einer disproportionalen Entwicklung von Morbidität und Gesamtvergütungen wurde durch das Anfang der 1990er Jahre eingeführte und bis 2009 bestehende System der Zahlung von kassenspezifischen mitgliederbezogenen Kopfpauschalen verschärft. Nach Einführung der Kassenwahlfreiheit 1996 kam es zu einer erheblichen Zahl von Kassenwechseln vor allem von jüngeren GKV-Mitgliedern. Da die Versicherten vor allem von Kassen mit hohen Kopfpauschalen zu solchen mit niedrigeren Kopfpauschalen wechselten (letztere bezogen ihren Beitragssatzvorteil zum erheblichen Teil aus dieser Konstellation), wurden den KVn durch die Kassenwechsel Mittel entzogen. Darüber hinaus resultierte bei den Kassen mit Mitgliederverlust eine Absenkung des impliziten kassenspezifischen Punktwertes, da ihre verbleibenden Versicherten tendenziell älter und morbider waren und somit das durchschnittliche Niveau der Leistungsanspruchnahme stieg, ohne dass die Kopfpauschale entsprechend angepasst wurde.

Beide Probleme wurden durch die Vergütungsreform des GKV-WSG im Grundsatz gelöst: Veränderungen der Morbidität der Bevölkerung im Zeitverlauf werden durch die Vorschriften zur jährlichen Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in § 87a Abs. 4 SGB V sowie ergänzend den Bestimmungen zur Vergütung eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs (§ 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V) systematisch zur Grundlage der Weiterentwicklung der MGV gemacht. Kassenwechsel haben mit der Abschaffung der Kopfpauschalenfinanzierung praktisch keine Auswirkungen mehr auf die gezahlten Gesamtvergütungen.

Wäre darüber hinaus bei Einführung des Vergütungssystems anstelle des Aufsatzes auf den Ist-Leistungsmengen eine komplette Neufestlegung der Gesamtvergütungen auf Basis von Morbiditätsmessungen nach Art eines bundesweiten Aufteilungsmodells erforderlich oder zumindest sachgerechter gewesen, um die „Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen“ zu gewährleisten?

Die Frage ist rein von der Begrifflichkeit her zu verneinen: „Morbiditätsrisiko“ bezieht sich per definitionem auf eine zukünftige Situation, in diesem Fall auf die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu erwartende Erhöhung des Leistungsbedarfs der Versicherten in der Zukunft (aufgrund z.B. demografischer Entwicklung oder unvorhersehbaren Ereignissen, wie bspw. Epidemien). Mit der aktuellen Umsetzung der „Morbiditätsorientierung“ in Gestalt einer zur Veränderungsrate der Morbidität proportionalen Anpassung der Gesamtvergütungen ist das Morbiditätsrisiko in diesem Sinne grundsätzlich wieder auf die Krankenkassen übertragen.

3.2 Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass der Behandlungsbedarf in einigen KVn seit der Vergütungsreform systematisch zu niedrig bemessen ist?

Das Gutachten von Drösler et al. (2013) kritisiert, dass zum Umstellungszeitpunkt in einigen KVn – konkret der KV Sachsen-Anhalt – die Ist-Leistungsmenge angesichts des Morbiditätsniveaus der Bevölkerung „zu niedrig“ war und hätte korrigiert werden müssen. Um dieses Argument bewerten zu können, ist es zunächst erforderlich, die durch das GKV-WSG gesetzlich vorgegebenen Modalitäten der Umstellung auf das neue Vergütungssystem nochmals zu vergegenwärtigen. Der Bewertungsausschuss musste nämlich nicht nur den Behandlungsbedarf – also die Mengenkomponekte – bestimmen, sondern gleichzeitig auch den Orientierungswert erstmalig festlegen.

- Bei der erstmaligen Ermittlung des Behandlungsbedarfs für das Jahr 2009 (§ 87c Abs. 4 SGB V i.d.F. des GKV-WSG) musste der Bewertungsausschuss zunächst abschätzen, welche Leistungsmengen in jeder KV im Jahr 2008 voraussichtlich erbracht würden. Hinsichtlich der zu berücksichtigenden Leistungsmengen des Jahres 2008 war gesetzlich vorgegeben, dass es sich um die Leistungsmengen „nach [...] Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen“ (§ 87c Abs. 4 Satz 3 SGB V i.d.F. des GKV-WSG)

handeln musste. Das bedeutet, dass der Bewertungsausschuss für jede KV die Brutto-Leistungsmengen¹⁴ durch Anwendung einer Abstaffelungsquote (Synonyme: Auszahlungsquote, HVV-Quote) korrigiert hat.

- Für die erstmalige Festlegung des Orientierungswertes (§ 87c Abs. 1 SGB V i.d.F. des GKV-WSG) galt es zunächst, die Summe der 2008 an die KVn gezahlten Gesamtvergütungen um die Veränderung der Grundlohnsomme zu steigern. Dieses Finanzvolumen musste sodann durch die Leistungsmenge dividiert werden, die auf genau dem gleichen Weg wie der Behandlungsbedarf nach § 87c Abs. 4 SGB V i.d.F. des GKV-WSG zu ermitteln war.

Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben waren Orientierungswert und morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf somit rechnerisch wie kommunizierende Röhren miteinander verbunden: Je höher man die Abstaffelungsquoten ansetzte – also die Brutto-Leistungsmengen verminderte – um so kleiner wurde der Divisor, durch den das Finanzvolumen zwecks Ermittlung des Orientierungswertes geteilt wurde. Bei höherem Behandlungsbedarf sank der Orientierungswert und umgekehrt – wobei die resultierende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung stets gleich blieb.

Neben der rechnerischen Logik gab es jedoch auch eine politische: So hat der Ausschuss für Gesundheit (14. Ausschuss) seine die Passagen zur erstmaligen Ermittlung des Orientierungswertes betreffenden Änderungen am Entwurf des GKV-WSG folgendermaßen begründet:

„[...] sind diese Vorgaben [in § 87c Abs. 1 Satz 2] aber mit dem Ziel angepasst worden, den sich daraus ergebenden Punktwert zu stabilisieren. Deshalb wird in Satz 3 ein höheres Finanzvolumen [...] und in Satz 4 eine niedrigere Leistungsmenge zugrunde gelegt: Abgestellt wird nicht mehr auf die insgesamt erbrachten Leistungen, sondern auf die Leistungen, die sich nach der Durchführung der Abrechnungsprüfungen sowie Mengengrenzungsmechanismen der Honorarverteilungsverträge [...] ergeben“ (BT-Drucksache 16/4247, S. 43f).

¹⁴ Die Brutto-Leistungsmenge entspricht der Punktsomme der von den Vertragsärzten gegenüber ihrer KV geltend gemachten Leistungen. Sofern die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nicht ausreicht, um die gesamte geltend gemachte Leistungsmenge zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten, werden die übersteigenden Mengen nur zu abgestaffelten Preisen vergütet. Die Abstaffelung der Vergütungshöhen bei Überschreiten der Leistungsmengen ist gesetzlich vorgesehen, um einer Ausdehnung der ärztlichen Leistungen über das medizinisch erforderliche Maß hinaus vorzubeugen. Der vereinbarte morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf – also die Leistungsmenge in Punkten – „gilt als notwendige medizinische Versorgung gemäß § 71 Abs. 1 Satz 1“ (§ 87a Abs. 3 Satz 2). Die Abstaffelung der Vergütung bzw. die Quotierung der vergüteten Leistungsmengen war auch vor der Vergütungsreform des GKV-WSG ein wesentliches Instrument der Mengengrenzung.

Es gab somit ein politisches Interesse daran, den Orientierungspunktwert nicht unter ein gewisses Niveau sinken zu lassen. Aus diesem Grund wurde die Vorgabe in das Gesetz übernommen, nicht die Brutto-Leistungsmengen des Jahres 2008 zugrunde zu legen, sondern die Mengen „nach Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen“.

Festzuhalten ist jedenfalls, dass aus der gesetzlich vorgegebenen Verwendung der Leistungsmengen „nach Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen“ keineswegs auf eine Beeinträchtigung des Morbiditätsbezugs der im Rahmen der Systemumstellung für das Jahr 2009 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen geschlossen werden kann. Die Behandlungsbedarfe hätten auch höher angesetzt werden können – allerdings unter Inkaufnahme eines niedrigeren Orientierungspunktwerts.

Die Frage, ob die bei der Umstellung auf das neue Vergütungssystem vereinbarte Leistungsmenge einer KV „zu hoch“ oder „zu niedrig“ war lässt sich angesichts dieses Hintergrundes nicht sinnvoll diskutieren bzw. muss modifiziert werden zu der Frage, ob die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) angemessen war.

Sofern die MGV „zu niedrig“ war – wie von Drösler et al. (2013) bezogen auf Sachsen-Anhalt behauptet – wäre die Konsequenz gewesen, dass die Versicherten in den betreffenden Regionen entweder medizinisch gerechtfertigte Leistungen nicht erhalten haben, weil das Budget zu niedrig war – in diesem Falle hätten die Vertragsärzte kein Morbiditätsrisiko getragen, sondern die Versicherten hätten eine Mangelversorgung erlitten – oder dass die Ärzte die notwendigen Leistungen erbracht haben, aber dafür keine bzw. nur eine unzureichende Vergütung erhalten haben (oder, dass beides gleichzeitig vorlag).

Die Auffassung, dass die Leistungsmengen vor der Reform insbesondere in den ostdeutschen KVn zu niedrig waren, hat nach Auskunft von Professor Wasem, der als unabhängiger Vorsitzender des Erweiterten Bewertungsausschusses den gesamten Prozess der Vergütungsreform maßgeblich mitgestaltet hat, auch den (Erweiterten) Bewertungsausschuss bei seinen Beschlüssen zur Umsetzung der Vergütungsreform geleitet (Wasem & Walendzik 2008, 2009). Bei der Festlegung der Aufsatzwerte im Zuge der Umstellung auf das neue Vergütungssystem seien daher vorhandene Spielräume genutzt worden, um über höhere Leistungsbedarfe die MGV in den KVn der neuen Bundesländer signifikant zu erhöhen: „Allerdings hatte er [der Bewertungsausschuss] in seinen Beschlüssen nicht die empirisch vorfindlichen Abstufungsregelungen der einzelnen KVn unverändert übernommen, sondern normativ modifiziert: Damit sollte ein höheres Honorarniveau in den neuen Bundesländern ermöglicht werden; und auch im Westen wurde eine (eher geringe) Angleichung der Gesamtvergütungen je Versicherten bewirkt“ (Wasem & Walendzik 2009, S. 26).

Zur Begründung vor allem der Mengenerhöhung in den neuen Bundesländern verweisen Wasem und Walendzik auf ein spezifisches Problem der Arztpraxen in den neuen Bundesländern: „So basierte die Fortschreibung des Leistungsbedarfs auf dem Leistungsangebot im Jahre 1991. Zu diesem Zeitpunkt war in die dort-

gen Arztpraxen noch unterdurchschnittlich viel investiert worden, was verglichen mit dem Standardangebot der alten Bundesländer zu einem deutlich geringeren Leistungsangebot und in der Folge geringeren Leistungsmengen führte“ (Wasem & Walendzik 2009, S. 25).

Bei der Einführung des neuen Vergütungssystems hat der Bewertungsausschuss somit eine Veränderung der KV-spezifischen Aufsatzwerte vorgenommen. Nach den Hinweisen von Wasem und Walendzik (2009) war jedoch nicht der genauere Ausgleich unterschiedlicher Morbiditätsstrukturen Ziel oder Auslöser dieser Maßnahme, sondern die Ermöglichung von Investitionen in das Leistungsvermögen der ostdeutschen Arztpraxen, um das Leistungsangebot dem in den alten Ländern üblichen Standard anzugleichen. M.a.W. der Grund für die Erhöhung der Leistungsmengen in Ostdeutschland war somit primär die Behebung einer Mangelversorgung, jedenfalls im Vergleich zu dem in den westdeutschen KV-Regionen üblichen Leistungsangebot.

Die Kritik des Gutachtens von Drösler et al. (2013) geht jedoch noch weiter, insofern behauptet wird, dass die Aufsatzwerte in KVn wie Sachsen-Anhalt auch nach der Korrektur durch den Bewertungsausschuss noch zu niedrig gewesen wären und auch durch die zwischenzeitlichen Vergütungsanpassungen nicht hinreichend angehoben wurden, so dass die Vertragsärzte in den betroffenen Regionen noch immer einen Teil des Morbiditätsrisikos trügen. Dies wäre der Fall, wenn die Versicherten aufgrund ihrer hohen Morbidität Leistungen in Anspruch nähmen, die wegen der zu gering bemessenen MGV den Ärzten nicht bzw. nicht angemessen vergütet werden können.

Träfe diese These zu, dann müsste sie in den Abrechnungsdaten der KV in Gestalt einer besonders niedrigen Auszahlungsquote sichtbar werden. Die Auszahlungsquote (synonym auch „HVV-Quote“, „Abstaffelungsquote“) ist der Anteil der von den Ärzten gegenüber der KV geltend gemachten Leistungen, der zu den regulären, d.h. nicht abgestaffelten Vergütungssätzen der Euro-Gebührenordnung vergütet wurde. Je weiter die Auszahlungsquote unter 100% liegt, umso mehr Leistungen wurden erbracht und geltend gemacht, die die Leistungsmenge übersteigen, die bei der Kalkulation der MGV zugrunde gelegt wurde¹⁵.

Um die These zu überprüfen wurde auf Basis von Daten der Honorarberichte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung¹⁶ untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen der Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einer KV – gemessen als MGV pro Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KV – und der Auszah-

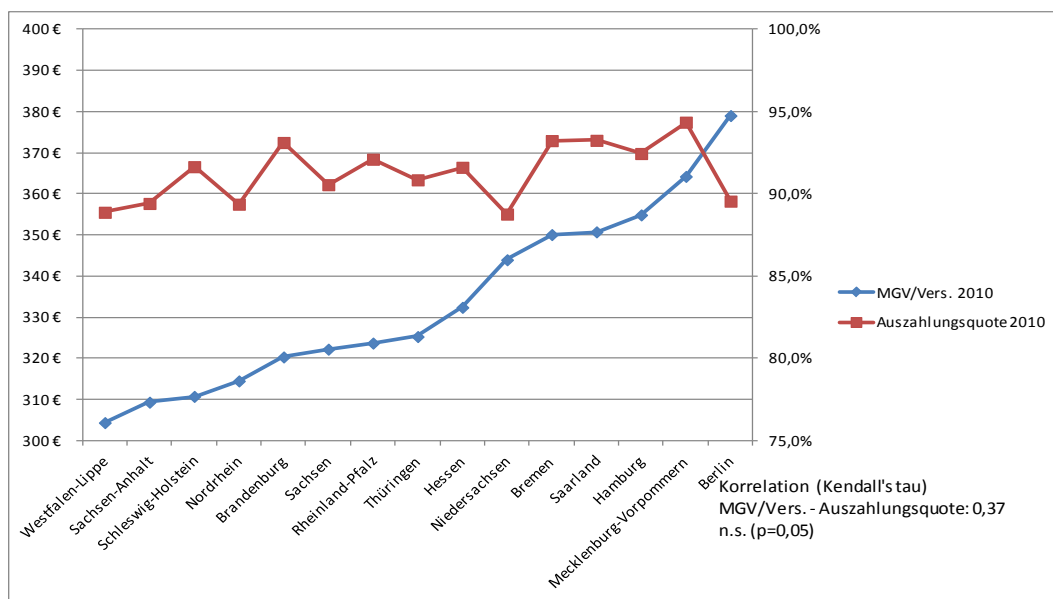
¹⁵ Die Abstaffelung der Vergütungshöhen bei Überschreiten der Leistungsmengen ist gesetzlich vorgesehen, um einer Ausdehnung der ärztlichen Leistungen über das medizinisch erforderliche Maß hinaus vorzubeugen. Der vereinbarte morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf – also die Leistungsmenge in Punkten – „gilt als notwendige medizinische Versorgung gemäß § 71 Abs. 1 Satz 1“ (§ 87a Abs. 3 Satz 2).

¹⁶ Die Honorarberichte sowie eine Zusammenstellung der Kennzahlen für den Zeitraum 2009 bis 2012 sind im Internet zugänglich: <http://www.kbv.de/html/1750.php> (aufgerufen am 15.5.2014)

lungsquote in der betreffenden KV besteht. Sofern die These zutrifft, dass eine - im Vergleich zu anderen KV-Regionen – niedrigere MGV pro Versicherten damit einher geht, dass die Vertragsärzte in den betreffenden KVn einen größeren Teil des Morbiditätsrisikos zu tragen hätten, dann müsste eine positive Korrelation zwischen der MGV pro Versicherten und der Auszahlungsquote zu beobachten sein¹⁷. Für beide Sachverhalte stehen quartalsbezogene Daten für die drei Jahre 2010 bis 2012 zur Verfügung, die zu Jahreswerten aggregiert wurden. Um Fehlschlüsse zu vermeiden, werden die KVn Baden-Württemberg und Bayerns von der Analyse ausgeschlossen, weil die MGV-Höhen in diesen beiden Regionen durch große Selektivverträge mit Bereinigung beeinflusst sind.

Die Abbildungen 1 bis 3 zeigen die Ergebnisse für die 15 KVn in grafischer Form (aufsteigend nach der MGV pro Versicherten geordnet). Ferner wurde für jeden Jahreszeitraum ein Korrelationskoeffizient (Kendall's tau) berechnet.

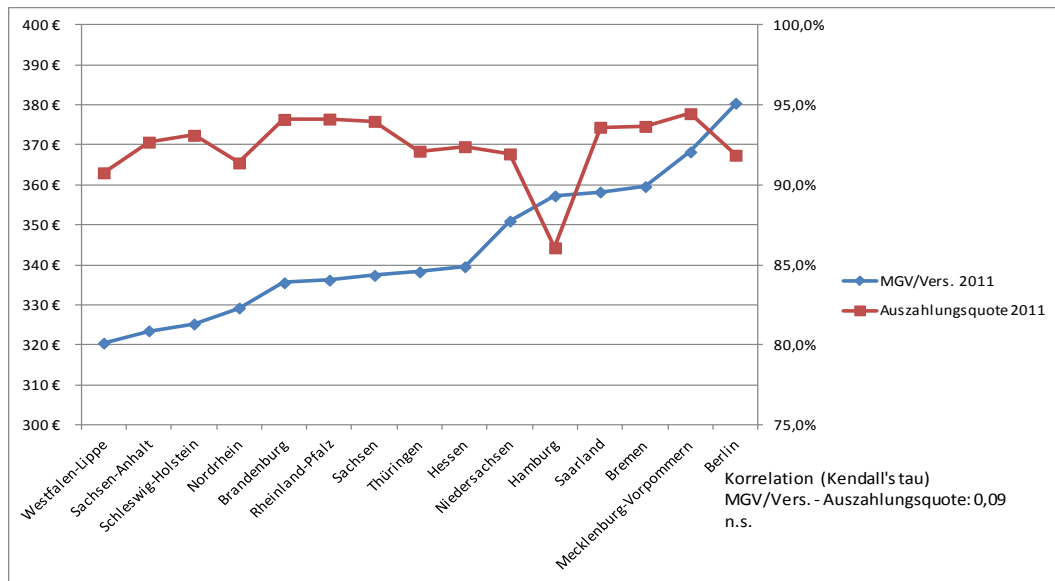
Abbildung 1: MGV pro Versicherter (blau) und Auszahlungsquote in 15 KVn im Jahr 2010



Quelle: IGES nach KBV Honorarberichten sowie Kennzahlen der Abrechnungsgruppen

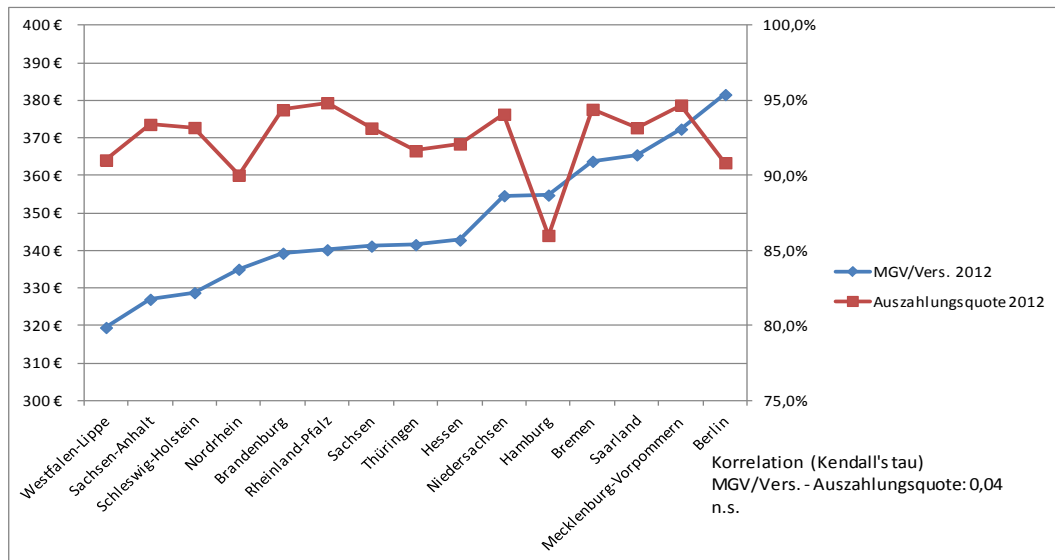
¹⁷ Das bedeutet: Eine niedrigere MGV pro Versicherten ginge mit einer niedrigen Auszahlungsquote einher, weil für die Versicherten mehr Leistungen abgerechnet werden, als aus der MGV zum Preis der Euro-Gebührenordnung vollumfänglich vergütet werden können.

Abbildung 2: MGV pro Versicherter (blau) und Auszahlungsquote in 15 KVn im Jahr 2011



Quelle: IGES nach KBV Honorarberichten sowie Kennzahlen der Abrechnungsgruppen

Abbildung 3: MGV pro Versicherter (blau) und Auszahlungsquote in 15 KV im Jahr 2012



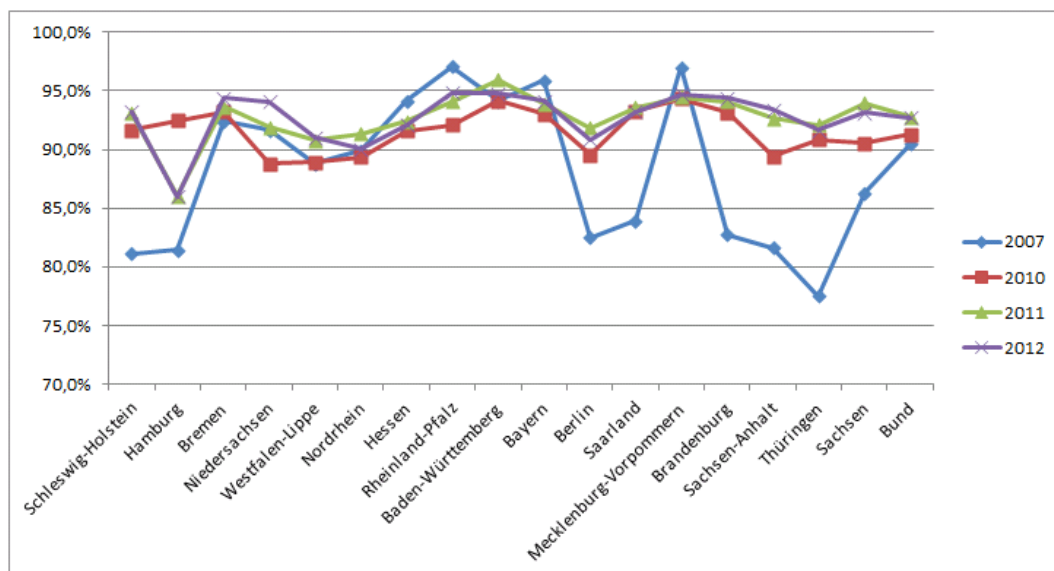
Quelle: IGES nach KBV Honorarberichten sowie Kennzahlen der Abrechnungsgruppen

Allenfalls im Jahr 2010 zeigt sich ein schwacher Zusammenhang zwischen Auszahlungsquote und MGV-Höhe (Kendall's Tau= 0,37), im Sinne einer niedrigeren Auszahlungsquote bei niedrigerer MGV, der grenzwertig statistisch signifikant ist ($p=0,05$). In den beiden Folgejahren besteht keinerlei Zusammenhang zwischen der MGV pro Versicherten und der Auszahlungsquote. Auch KVn mit eher niedriger MGV pro Versicherten weisen – zumindest ab 2011 – durchschnittliche (z.B.

Sachsen-Anhalt) oder sogar überdurchschnittliche (z.B. Brandenburg) Auszahlungsquoten auf.

Vergleicht man die Auszahlungsquoten der KVn in den Jahren 2010 bis 2012 mit den Werten des Jahres 2007¹⁸ – also vor der Vergütungsreform – dann wird deutlich, dass zum einen die Quoten im bundesweiten Durchschnitt und mit Ausnahme von vier KVn auch in den einzelnen Regionen teilweise deutlich gestiegen sind (vgl. Abbildung 4). Zum anderen hat die Unterschiedlichkeit der Auszahlungsquoten stark abgenommen. Dies entspricht den Erwartungen, da die Auszahlungsquoten vor der Vergütungsreform in starkem Maße durch die KV-spezifische Honorarverteilungspolitik bestimmt wurden.

Abbildung 4: Auszahlungsquoten der 17 KV und im Bundesdurchschnitt in den Jahren 2007 und 2010 bis 2012



Quelle: IGES nach KBV (Kennzahlen der Abrechnungsgruppen) sowie GKV-SV

Die geringere Variation der Auszahlungsquoten bedeutet aber, dass sich die realen Preise für die von Vertragsärzten gegenüber der KV geltend gemachten Leistungen zwischen den KV-Regionen entsprechend angenähert haben.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Analysen keinen Hinweis erbacht haben, dass eine im Vergleich niedrigere MGV pro Versicherten konsistent mit einer geringeren Auszahlungsquote einherginge. Die These, dass die Vertragsärzte z.B. in Sachsen-Anhalt aufgrund einer zu niedrig angesetzten MGV-Basis nach wie vor zumindest einen Teil des Morbiditätsrisikos trügen, lässt sich insofern nicht nachvollziehen. Die Daten zeigen eher, dass die Vergütungsreform nicht nur zu einer Vereinheitlichung der Vergütung der einzelnen MGV-Leistung

¹⁸ Die Auszahlungsquoten 2007 wurden aus den Daten gemäß § 87c Abs. 4 SGB V durch das Institut des Bewertungsausschusses berechnet und vom GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt

(durch Einführung der Euro-Gebührenordnung) geführt hat, sondern sich auch die realen Preise – also unter Berücksichtigung der nur abgestaffelt vergüteten MGV-Leistungen – in der großen Mehrzahl der Regionen angenähert haben.

3.3 Entwicklung von Leistungsgeschehen und Gesamtvergütung in der KV Sachsen-Anhalt

Das Gutachten von Drösler et al. (2013) vertritt nicht nur die These, dass die Gesamtvergütung der KV Sachsen-Anhalt bei der Umstellung auf die neue Vergütungssystematik – also von 2008 auf 2009 – initial zu niedrig bemessen war, sondern dass auch die seitdem erfolgten Anpassungen nicht ausreichend waren, um die vermeintliche Unterfinanzierung der KV Sachsen-Anhalt auszugleichen.

Ein Blick auf die Entwicklung der Gesamtvergütung (MGV und EGV) von 2008 bis 2012 zeigt für Sachsen-Anhalt eine Zunahme um 31 Prozent (Tabelle 1). Im Durchschnitt von 15 KVn (ohne KV Baden-Württemberg und Bayerns, wo die Gesamtvergütungen stark durch Bereinigungen aufgrund von Selektivverträgen beeinflusst sind) betrug der Anstieg weniger als die Hälfte (plus 13,6 Prozent). Sachsen-Anhalt hatte somit einen überdurchschnittlichen Vergütungszuwachs, der auch bei Betrachtung nur der MGV in praktisch gleicher Größenordnung zu beobachten war: In Sachsen-Anhalt stieg die MGV von 2008 bis 2012 um 34 Prozent (von 516,6 Mio. auf 692,1 Mio. Euro), in den 15 Vergleich¹⁹ nur um 15 Prozent (von 15,0 Mrd. auf 17,2 Mrd. Euro) (Bewertungsausschuss 2013; Honorarbericht 4/2012 der KBV).

Tabelle 1: Entwicklung der Gesamtvergütungen: KV Sachsen-Anhalt im Vergleich zu 15 KVn (Bund ohne KV Baden-Württemberg, KV Bayerns)

| | KV Sachsen-Anhalt (in Mio. €) | Entwicklung KV Sa-Anh. (2008 = 100) | 15 KVn (Bund ohne Ba-Wü, Bayerns) (in Mio. €] | Entwicklung 15 KVn (2008 = 100) |
|-------------------|----------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|
| Gesamtvergütungen | | | | |
| 2008 | 742 | 100 | 20.392 | 100 |
| 2009 | 928 | 125,1 | 21.955 | 107,7 |
| 2010 | 942 | 127,0 | 22.387 | 109,8 |
| 2011 | 965 | 130,1 | 22.882 | 112,2 |
| 2012 | 972 | 131,0 | 23.165 | 113,6 |

Quelle: Eigene Berechnungen IGES auf Basis Bewertungsausschuss (2013), Honorarbericht 4/2012 der KBV

¹⁹ Sachsen-Anhalt ist auch in der Vergleichsgruppe enthalten, bei Betrachtung nur der übrigen 14 KVn läge Anstieg niedriger als 15 Prozent.

Die überproportionale Steigerung der Gesamtvergütung in Sachsen-Anhalt zwischen 2008 und 2012 war von einer deutlich geringeren Zunahme des Brutto-Leistungsbedarfs begleitet, der in dieser Periode nur um 10,9 Prozent zugenommen hat (Tabelle 2). Das bedeutet aber, dass der Vergütungszuwachs für die Vertragsärzte und –psychotherapeuten erheblich über der Zunahme der Leistungsanspruchnahme der Versicherten lag.

Tabelle 2: Entwicklung Brutto-Leistungsbedarf in Punkten in der KV Sachsen-Anhalt

| | KV Sachsen-Anhalt (In Mrd.-Punkte) | Entwicklung KV Sachsen-Anhalt (2008 = 100) |
|------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 2008 | 26,6 | 100 |
| 2009 | 28,8 | 108,3 |
| 2010 | 28,8 | 108,3 |
| 2011 | 29,0 | 109,0 |
| 2012 | 29,5 | 110,9 |

Quelle: Berechnungen GKV-Spitzenverband auf Basis Formblatt 3-Daten

Der von Wasem und Walenzik (2009, vgl. die Diskussion in Abschnitt 3.2) angesprochene Vergütungsrückstand der KVn in den neuen Bundesländern vor der Vergütungsreform ist im Fall Sachsen-Anhalts durch die starken Vergütungssteigerungen von 2008 auf 2009 sowie im Kontext der asymmetrischen Vergütungsanpassung im Jahr 2011 somit deutlich korrigiert worden.

Ferner fällt auf, dass das Leistungsmengenwachstum erheblich hinter dem Vergütungszuwachs zurück geblieben ist. Hätte vor der Vergütungsreform aufgrund einer vermeintlich zu niedrig bemessenen Gesamtvergütung eine unbefriedigte Nachfrage nach vertragsärztlichen Leistungen bestanden, dann hätte man erwarten können, dass die Brutto-Leistungsmengen in etwa parallel zu den zusätzlichen Vergütungsmitteln gestiegen wären. Das Zurückbleiben des Nachfragewachstums spricht somit gegen die Hypothese einer zu niedrig bemessenen Gesamtvergütung in Sachsen-Anhalt (und auch gegen die These, dass eine Erhöhung der Vergütungen automatisch zu mehr Leistungen für die Versicherten führt).

Trotz dieser Korrekturen lag die MGV pro Versicherten – und dies ist ein Hauptanknüpfungspunkt für die Forderung aller LAVA-KVn nach einer Anhebung ihrer morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen – auch im Jahr 2012 in Sachsen-Anhalt mit 327 € pro Versicherten noch unter dem Bundesdurchschnitt von 341 € pro Versicherten (KBV, Honorarbericht 4/2012)²⁰. Wenn man die Gesamtvergü-

²⁰ Die Angaben sind ohne Berücksichtigung der Bereinigungssummen, der Bundeswert schließt auch die KVn Baden-Württemberg und Bayerns ein, wo große Selektivverträge bestehen.

tung einschließlich der extrabudgetären Vergütungsbestandteile betrachtet, liegt Sachsen-Anhalt mit 459 € pro Versicherten allerdings genau am Bundesdurchschnitt von 458 € (KBV, Honorarbericht 4/2012).

Nach den neuesten Zahlen der KBV für das erste Quartal 2013 hat sich die KV Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Vorjahresquartal stark verbessert (Steigerung um 7,2 Prozent) und nimmt bei der Gesamtvergütung pro Versicherten nun den vierten Platz in der Rangfolge der KVn ein (127,14 € pro Versicherten gegenüber 119,34 € im Bundesdurchschnitt einschließlich KVn Baden-Württemberg und Bayerns ohne Berücksichtigung der Bereinigungssummen). Auch diese Veränderung bestätigt die Relevanz der regional unterschiedlichen Versorgungsstrukturen: Ab dem ersten Quartal 2013 wurden in der Mehrzahl der KVn u.a. die Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie aus der MGV „ausgedeckelt“. Dies führt im Vergleich des ersten Quartals 2013 zum Vorjahresquartal 2012 c.p. zu einem Absinken der MGV und einer Zunahme der extrabudgetären Vergütung (EGV). Wie stark dieser Effekt in einer KV ausgeprägt ist, hängt von der Menge der psychotherapeutischen Leistungen und dies wiederum entscheidend von der regionalen Angebotsdichte in diesem Bereich ab. In Sachsen-Anhalt (ebenso wie in anderen ostdeutschen KVn) ist dieser Effekt besonders schwach ausgeprägt. Dies ist plausibel, da in diesen Regionen aufgrund der niedrigen Dichte von Vertragspsychotherapeuten auch das bisher in der MGV erbrachte Leistungsvolumen entsprechend niedriger war.

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, ob die zumindest bis 2012 unterdurchschnittliche MGV pro Versicherten in Sachsen-Anhalt als unangemessen angesichts der von dem regionalen ambulanten Versorgungssystem tatsächlich erbrachten Beiträge zur Versorgung der Bevölkerung zu bewerten ist.

Tabelle 3 zeigt die Brutto-Leistungsmengen pro Versicherten von 2008 bis 2012 im Bereich der KV Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ohne die KVn Baden-Württemberg und Bayerns, die wegen der dort bedeutsamen Bereinigungsvolumina aufgrund von Selektivverträgen von der Analyse ausgeschlossen werden. Tabelle 4 zeigt analog die durchschnittliche Fallzahl pro Versicherten.

Tabelle 3: Brutto-Leistungsbedarf je Versicherten: KV Sachsen-Anhalt im Vergleich zu 15 KVn (Bund ohne KV Baden-Württemberg, KV Bayerns)

| | KV-Sachsen-Anhalt | 15 KVn (Bund ohne Ba-Wü, Bayerns) | Abweichung Sachsen-Anhalt – 15 KVn |
|------|-------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| 2008 | 12.032 | 12.923 | -6,9 % |
| 2009 | 13.199 | 14.143 | -6,7 % |
| 2010 | 13.364 | 14.260 | -6,3 % |
| 2011 | 13.625 | 14.549 | -6,4 % |
| 2012 | 13.958 | 14.792 | -5,6 % |

Quelle: Berechnungen GKV-Spitzenverband auf Basis Formblatt 3-Daten und KM6-Daten des BMG (ohne Sozialhilfebetreute und Wohnausländer)

Tabelle 4: Fälle je Versicherten: KV Sachsen-Anhalt im Vergleich zu 15 KVn (Bund ohne KV Baden-Württemberg, KV Bayerns)

| | KV-Sachsen-Anhalt | 15 KVn (Bund ohne Ba-Wü, Bayerns) | Abweichung Sachsen-Anhalt – 15 KVn |
|------|-------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| 2009 | 7,05 | 7,37 | - 4,4 % |
| 2010 | 7,12 | 7,31 | - 2,6% |
| 2011 | 7,20 | 7,42 | - 3,1 % |
| 2012 | 7,24 | 7,44 | - 2,7 % |

Quelle: Eigene Berechnungen IGES auf Basis Bewertungsausschuss (2013), KBV (Kennzahlen der Abrechnungsgruppen) und KM6

Beide Analysen des Leistungsgeschehens zeigen, dass die GKV-Versicherten in Sachsen-Anhalt eine deutlich unter dem Durchschnitt der 15 Vergleichs-KVn liegende Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung aufweisen.

Eine wichtige Ursache dafür – wenn auch nach den Ergebnissen der Studie von Ozegowski und Sundmacher (2014) vermutlich nicht die einzige (vgl. Abschnitt 2.5) – ist sicherlich die in Sachsen-Anhalt gegenüber dem Durchschnitt der 15 Vergleichs-KVn deutlich niedrigere Arztdichte, die insbesondere im fachärztlichen Versorgungsbereich stark ausgeprägt ist (Tabelle 5).

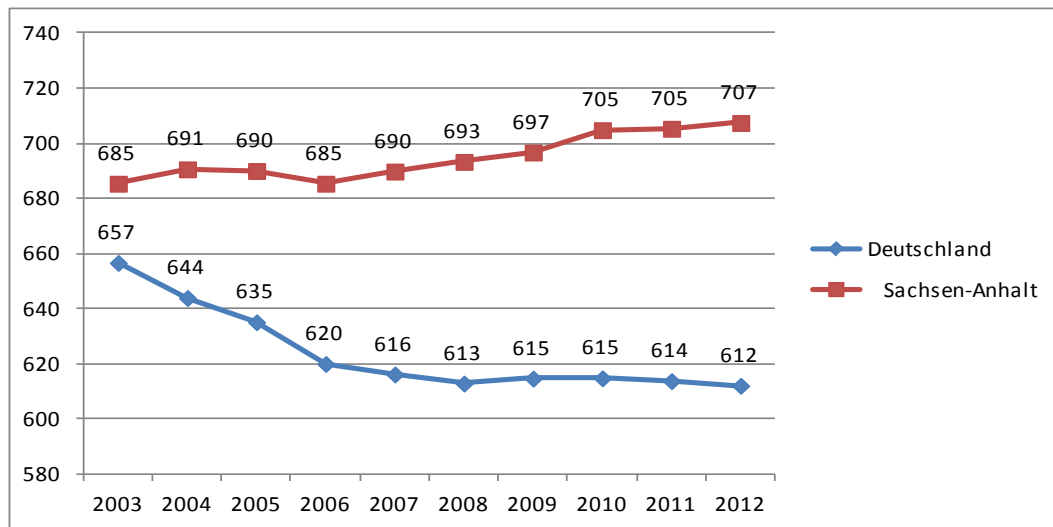
Tabelle 5: GKV-Versicherte je Arzt nach Hausärztlichem bzw. Fachärztlichem Versorgungsbereich: KV Sachsen-Anhalt im Vergleich zu 15 KVn (Bund ohne KV Baden-Württemberg, KV Bayerns)

| | KV-Sachsen-Anhalt | 15 KVn (Bund ohne Ba-Wü, Bayerns) | Abweichung Sachsen-Anhalt – 15 KVn |
|------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Hausärztlicher Versorgungsbereich | | | |
| 2009 | 1.392 | 1.219 | + 14,2 % |
| 2010 | 1.393 | 1.216 | + 14,5 % |
| 2011 | 1.386 | 1.218 | + 13,7 % |
| 2012 | 1.389 | 1.215 | + 14,3 % |
| Fachärztlicher Versorgungsbereich | | | |
| 2009 | 1.279 | 946 | + 35,1 % |
| 2010 | 1.262 | 930 | + 35,7 % |
| 2011 | 1.236 | 915 | + 35,1 % |
| 2012 | 1.210 | 899 | + 34,6 % |

Quelle: Eigene Berechnungen IGES auf Basis Bewertungsausschuss (2013), KBV (Kennzahlen der Abrechnungsgruppen) und KM6

Die unterdurchschnittliche Arztdichte in Sachsen-Anhalt geht einher mit einer überdurchschnittlichen Dichte von Krankenhausbetten. Im Jahr 2012 weist Sachsen-Anhalt mit 707 Betten pro 100.000 Einwohner eine um 15,5 Prozent über dem Bundesdurchschnitt liegende Bettendichte auf. Nur in Bremen (777) und Thüringen (733) ist die Bettendichte noch höher. Wie Abbildung 5 zeigt, hat die Bettendichte in Deutschland in dem 10-Jahreszeitraum von 2003 bis 2012 um etwa 7 Prozent (von 657 auf 612/100.000) abgenommen. In Sachsen-Anhalt ist die Bedeutung des stationären Sektors dagegen sogar leicht gewachsen (plus 3 Prozent).

Abbildung 5: Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner in Sachsen-Anhalt und der Bundesrepublik insgesamt (Bettendichte)



Quelle: GBE-Bund (www.gbe-bund.de)

Die um ca. 16 Prozent höhere Bettendichte in Sachsen stellt nicht nur eine überdurchschnittliche Kapazitätsvorhaltung dar. Die Zahl der stationären Behandlungsfälle je 100.000 Einwohner ist in Sachsen-Anhalt nach Kontrolle des demografischen Aufbaus der Bevölkerung in etwa gleichem Maße überdurchschnittlich: Sie betrug im Jahr 2012 – standardisiert auf die Normbevölkerung der Bundesrepublik 1987 – 23.937 Fälle. Dies sind etwa 14 Prozent mehr Behandlungsfälle als im Bundesdurchschnitt (20.993, GBE-Bund).

Das vertragsärztliche Kapazitätsangebot – gemessen an der Arztdichte – sowie die tatsächliche Inanspruchnahme – gemessen an der Fallzahl bzw. Bruttoleistungsmenge je Versicherten – sind in Sachsen-Anhalt deutlich niedriger als im Durchschnitt der 15-Vergleichs-KVn. Dies bedeutet, dass der im bundesweiten Vergleich unterdurchschnittlichen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung pro Versicherten in Sachsen-Anhalt eine ebenfalls unterdurchschnittliche Rolle des vertragsärztlichen Sektors entspricht. Inwieweit diese Situation als Mangelversorgung zu bewerten ist bzw. mit gesundheitlichen Nachteilen für die Bevölkerung in Sachsen-Anhalt verbunden ist, kann im Rahmen des vorliegenden Gutachtens nicht bewertet werden. Die stationäre Versorgung spielt in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt eine deutlich größere Rolle, so dass möglicherweise eine von anderen Bundesländern abweichende Aufgabenverteilung zwischen den Sektoren besteht.

Nach den geltenden – und u.E. auch sachgerechten – Ordnungsprinzipien des ambulanten Vergütungssystems orientiert sich die Gesamtvergütung an der tatsächlichen Versorgungsrolle des jeweiligen regionalen vertragsärztlichen und –psychotherapeutischen Versorgungssystems (Aufsatzwert) und wird nach Maßgabe der Veränderung der Morbiditätsstruktur fortgeschrieben. Im Hinblick auf

Sachsen-Anhalt ergibt sich insofern kein Anhaltspunkt für eine „zu niedrig“ bemessene Gesamtvergütung.

Es ist im Gegenteil eher zu fragen, ob ohne einen vorgängigen Ausbau der ambulanten Versorgungskapazitäten eine Steigerung der ambulanten Leistungen für die Versicherten – und nur diese würde ja eine Erhöhung der Gesamtvergütung rechtfertigen, denn die in Sachsen-Anhalt erzielten GKV-Honorare pro Arzt liegen bereits weit über dem Bundesdurchschnitt (vgl. dazu Abschnitt 4.3) – überhaupt möglich bzw. sinnvoll wäre.

3.4 Fazit

Die These, dass die vom Gesetzgeber intendierte Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen wegen der Verwendung der vermeintlich ungeeigneten Ist-Leistungsmengen als Aufsatzwerte, nicht bzw. unvollständig erfolgt ist, trifft nicht zu. Durch die Abschaffung der Bindung an die Grundlohnentwicklung und das jährliche Verfahren der MGV-Anpassung auf Grundlage der beiden Veränderungsraten wird das Ziel der Freistellung der Vertragsärzte von dem insbesondere aus der demografischen Entwicklung resultierenden Risiko steigender Behandlungsbedarfe der Bevölkerung dem Grundsatz nach erreicht.

Seit der Umstellung des Vergütungssystems haben sich die Auszahlungsquoten der KVn – abgesehen von Ausreißern – in einem Band zwischen ca. 90 und 95 Prozent angenähert. Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung pro Versicherten und der Auszahlungsquote einer KV. Das bedeutet, dass eine unter dem Bundesdurchschnitt liegende MGV pro Versicherten keineswegs darauf hindeutet, dass die Ärzte in der betreffenden KV mit einem eigentlich von den Kassen zu tragenden Morbiditätsrisiko belastet wären.

Die Analyse der Entwicklung von Leistungsgeschehen und Gesamtvergütung in der KV Sachsen-Anhalt zeigt, dass der ambulante Versorgungssektor – gemessen an der Arztdichte sowie den Fällen und dem Brutto-Leistungsbedarf pro Versicherten – eine im Vergleich zum Bundesdurchschnitt geringer ausgeprägte Rolle wahrnimmt. Entsprechend der ordnungspolitisch sinnvollen Logik des ambulanten Vergütungssystems - welches sich bezüglich der Basiswerte an der tatsächlichen Versorgung orientiert – erscheint damit auch eine unter dem Durchschnitt liegende Höhe der MGV gerechtfertigt.

Inwieweit mit dieser Aufgabenverteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor ggf. Nachteile für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung insgesamt verbunden sind, lässt sich im Kontext dieses Gutachtens nicht beantworten. Die überproportional ausgeprägte Rolle des stationären Sektors in Sachsen-Anhalt spricht jedoch dafür, dass in diesem Bundesland offenbar eine von der bundesweiten Situation abweichende Verteilung der Versorgungsaufgaben vorliegt.

4. Führt eine Konvergenz der Gesamtvergütungen zu einer Optimierung der ambulanten Versorgung?

4.1 Vermeidung von Fehlschätzungen der Effekte einer Berechnung der MGV mit Hilfe von Modellen zur Morbiditätsmessung

Bei einer Korrektur der Aufsatzwerte der MGV nach Maßgabe einer Morbiditätsstrukturmessung – nach Art des von Drösler et al. (2013) unterbreiteten Vorschlags – wäre damit zu rechnen, dass sich die relative Position der KV Sachsen-Anhalt bezüglich der MGV pro Versicherten im Vergleich zum Bundesdurchschnitt gegenüber der heutigen Situation verbessern und damit auch mehr Finanzmittel nach Sachsen-Anhalt fließen würden. Das genaue Ausmaß der Veränderung lässt sich durch das vorliegende Gutachten nicht abschätzen, es liegt jedoch sicherlich deutlich unter den von Drösler et al. (2013) mitgeteilten Werten.

Drösler et al. (2013) beziffern die Diskrepanz zwischen der aktuell vereinbarten Gesamtvergütung in Sachsen-Anhalt und der von den Gutachtern aufgrund der dortigen Morbiditätsstruktur für erforderlich erachteten Gesamtvergütung auf 16,9 bis 19,3 Prozent. Diese Werte sind aufgrund eines offensichtlichen Methodenfehlers deutlich zu hoch: Bei den Ableitungen der „erwarteten Behandlungsbedarfe“ für Sachsen-Anhalt (sowie die übrigen KVn) wurden jeweils die durch das Institut des Bewertungsausschusses publizierten bundesweiten Kostengewichte eingesetzt (Drösler et al. 2013, S. 20 bzw. S. 25; Institut des Bewertungsausschusses 2013). Diese Kostengewichte wurden aus Brutto-Leistungsmengen abgeleitet, mit der Konsequenz, dass auch die von Drösler et al. (2013) mit diesen Kostengewichten simulierten Behandlungsbedarfe für Sachsen-Anhalt und die übrigen KVn Brutto-Leistungsmengen darstellen. Das bedeutet: Handelte es sich nicht um eine Simulation, sondern um Realität, dann würden diese Mengen bei der Vereinbarung des Behandlungsbedarfs unter Zugrundelegung der aktuell beobachteten Auszahlungsquoten (vgl. Abbildung 4) um ca. 10 Prozent gekürzt. In dem Gutachten werden die geschätzten Brutto-Größen jedoch zu den vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen – also einer Netto-Größe – ins Verhältnis gesetzt. Die Gutachter verändern in ihrem Modell damit nicht nur die Methode der Ermittlung der MGV, sondern schaffen en passant auch noch die gesetzlich vorgesehene Maßnahme zur Verhinderung einer medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung ab.

Die Schätzwerte des Gutachtens stellen somit, unabhängig von dem nicht sachgerechten Grundkonzept, eine fehlerhafte Überzeichnung des Effekts dar. Gleichwohl wäre angesichts z.B. allein der Altersstruktur in Sachsen-Anhalt damit zu rechnen, dass bei Berechnung der MGV mit Hilfe von Modellen zur Morbiditätsmessung eine Erhöhung der MGV resultieren würde. Eine solche Erhöhung wird von der dortigen KV sowie Drösler et al. (2013) für gerechtfertigt bzw. notwendig erachtet, um einerseits die aktuelle ambulante Versorgungssituation verbessern

zu können. Andererseits soll eine höhere MGV pro Versicherten für junge Ärzte/innen einen Anreiz darstellen, sich in Sachsen-Anhalt niederzulassen. Im Folgenden wird untersucht, ob die beiden Begründungen für eine höhere MGV nachvollziehbar sind bzw. ob Aussicht besteht, dass die unterstellten Verbesserungen der Versorgung tatsächlich eintreten werden.

4.2 Auslastung der ambulanten Versorgungskapazitäten in Sachsen-Anhalt

In Abschnitt 3.3 wurde dargestellt, dass in Sachsen-Anhalt eine unterdurchschnittlich ausgebaute ambulante Versorgungsstruktur bei einer gleichzeitig überdurchschnittlichen Rolle des stationären Sektors besteht. Ob und in welchem Umfang unter dieser Perspektive eine Ausweitung der ambulanten Versorgung – mit oder ohne gleichzeitigen Rückbau der stationären Kapazitäten – notwendig bzw. sinnvoll ist, kann im vorliegenden Gutachten nicht vertiefend diskutiert werden.

Mit Blick auf die Forderung nach einer Basiserhöhung der MGV in Sachsen-Anhalt stellt sich jedoch grundsätzlich die Frage, ob auf Basis der aktuell vorhandenen Versorgungskapazitäten eine Ausweitung der Versorgungsaufgaben sinnvoll erscheint. Betrachtet man die Auslastung der vertragsärztlichen Kapazitäten in Sachsen-Anhalt (Tabelle 6), so zeigt sich eine um etwa 20 Prozent über dem Bundesdurchschnitt (ohne KVn Baden-Württemberg und Bayerns) liegende Fallzahl pro Arzt.

Tabelle 6: Behandlungsfälle je Arzt nach Hausärztlichem bzw. Fachärztlichem Versorgungsbereich: KV Sachsen-Anhalt im Vergleich zu 15 KVn (Bund ohne KV Baden-Württemberg, KV Bayerns)

| | KV-Sachsen-Anhalt | 15 KVn (Bund ohne Ba-Wü, Bayerns) | Abweichung Sachsen-Anhalt – 15 KVn |
|-----------------------------------|-------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Hausärztlicher Versorgungsbereich | | | |
| 2009 | 4.344 | 3.660 | + 18,7 % |
| 2010 | 4.270 | 3.585 | + 19,1 % |
| 2011 | 4.247 | 3.616 | + 17,5 % |
| 2012 | 4.227 | 3.585 | + 17,9 % |
| Fachärztlicher Versorgungsbereich | | | |
| 2009 | 4.218 | 3.400 | + 24,1 % |
| 2010 | 3.920 | 3.250 | + 20,6 % |
| 2011 | 3.831 | 3.155 | + 21,4 % |
| 2012 | 3.788 | 3.104 | + 22,0 % |

Quelle: Eigene Berechnungen IGES auf Basis Bewertungsausschuss (2013), KBV (Kennzahlen der Abrechnungsgruppen) und KM6

Wenn man unterstellt, dass eine Ausweitung der Fallzahl bzw. des erbrachten Leistungsvolumens überhaupt sinnvoll wäre – was bisher keineswegs als belegt anzusehen ist –, so erscheint es angesichts einer so hohen Kapazitätsauslastung der Praxen in Sachsen-Anhalt zweifelhaft, dass signifikante Leistungsausweitungen ohne die Gefahr von Qualitätseinbußen möglich sind.

4.3 Relevanz monetärer Anreize für das Niederlassungsverhalten von jungen Ärzten/innen

Der Vorschlag einer Anpassung der MGV-Aufsatzwerte auf der Grundlage von Morbiditätsmessungen und bundesweit normierten Kostengewichten wurde auch mit der Verhinderung negativer Auswirkungen auf das künftige Versorgungsangebot in strukturschwachen Regionen begründet: „Darüber hinaus erschwert das Defizit bei den Gesamtvergütungen, das auf ein zu niedrig bemessenes Morbiditätsniveau zurückgeht, die Attrahierung von jungen Vertragsärzten mit künftig fatalen Konsequenzen vor allem für die strukturschwachen Gebiete in Sachsen-Anhalt“ (Drösler et al. 2013, S. 5). Anders formuliert lautet die These des Gutachtens von Drösler et al. (2013) somit, dass die Höhe der an eine KV entrichteten Gesamtvergütung bzw. MGV pro Versicherten die Bereitschaft junger Ärzte zur Niederlassung in der betreffenden KV-Region maßgeblich beeinflusst.

Es ist unbestritten, dass Regionen wie Sachsen-Anhalt unter Problemen der Nachbesetzung von frei werdenden Vertragsarztsitzen in besonders starkem Maße leiden. Auch die Notwendigkeit zur Lösung des Problems drohender Unterversorgung zusätzliche Finanzmittel einzusetzen, soll hier keineswegs bestritten werden. Es erscheint jedoch fraglich, dass eine Anhebung der Gesamtvergütung pro Versicherter in diesem Zusammenhang zielführend wäre.

Zum einen wäre zu fragen, welche Relevanz finanzielle Aspekte grundsätzlich für die Niederlassungsentscheidung eines jungen Arztes haben. Zum anderen ist zu diskutieren, welche Bedeutung im Rahmen der entscheidungsrelevanten ökonomischen Überlegungen dann dem Parameter „MGV pro Versicherter in der KV“ zukommt.

Um mit dem Letztgenannten zu beginnen: Die „MGV pro Versicherter in der KV“ ist ein vergleichsweise abstrakter – man könnte sagen eher „makroökonomischer“ – Parameter, dessen Entscheidungsrelevanz gegenüber Kennwerten, wie bspw. dem Honorar pro Arzt der betreffenden Fachgruppe deutlich in den Hintergrund treten dürfte. Die GKV-Honorare der Vertragsärzte in Sachsen-Anhalt liegen aber – vor allem im fachärztlichen Versorgungssektor – deutlich über den bundesdurchschnittlichen Werten (Tabelle 7).

Tabelle 7: Honorare je Arzt nach Hausärztlichem bzw. Fachärztlichem Versorgungsbereich: KV Sachsen-Anhalt im Vergleich zu 15 KVn (Bund ohne KV Baden-Württemberg, KV Bayerns)

| | KV-Sachsen-Anhalt | 15 KVn (Bund ohne Ba-Wü, Bayerns) | Abweichung Sachsen-Anhalt – 15 KVn |
|------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Hausärztlicher Versorgungsbereich | | | |
| 2009 | 217.216 € | 197.587 € | + 9,9 % |
| 2010 | 216.764 € | 196.276 € | + 10,4 % |
| 2011 | 227.447 € | 203.960 € | + 11,5 % |
| 2012 | 234.589 € | 205.824 € | + 14,0 % |
| Fachärztlicher Versorgungsbereich | | | |
| 2009 | 240.684 € | 201.478 € | + 19,5 % |
| 2010 | 227.747 € | 195.039 € | + 16,8 % |
| 2011 | 231.545 € | 195.689 € | + 18,3 % |
| 2012 | 232.521 € | 193.759 € | + 20,0 % |

Quelle: Eigene Berechnungen IGES auf Basis Bewertungsausschuss (2013), KBV (Kennzahlen der Abrechnungsgruppen) und KM6

Im Hinblick auf die mit der GKV erzielten Honorare ist Sachsen-Anhalt somit im Vergleich zu anderen Regionen ein ausgesprochen attraktiver Standort. Ein im relativ nah gelegenen Berlin niedergelassener Hausarzt erzielte 2011 ein um ca. 23 Prozent und ein Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs ein um 37 Prozent geringeres Honorar. Das sind Vergütungsabstände, bei denen fraglich erscheint, dass sie durch den höheren Anteil von Privatversicherten in Berlin kompensiert werden können.

Insofern zeigt bereits die Analyse der aktuellen GKV-Honorarsituation, dass es sehr unwahrscheinlich ist, dass sich das Problem der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen in Sachsen-Anhalt über eine Erhöhung der MGV lösen lässt. Die Ursache der Probleme bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen dürften eher darin liegen, dass andere als die finanziellen Rahmenbedingungen ein erhebliches Gewicht für die Niederlassungsentscheidung haben. Die Bedeutung finanzieller Anreize sowie sonstiger Rahmenbedingungen für das Niederlassungsverhalten junger Ärztinnen und Ärzte in Deutschland ist in den zurückliegenden Jahren mehrfach untersucht worden.

Roick und Mitarbeiter (2012) haben mit Unterstützung von fünf Landesärztekammern über 5.000 Ärzte unter 40 Jahren und ohne abgeschlossene Weiterbildung befragt, welche Faktoren im Hinblick auf eine Niederlassung für sie entscheidend sind. Die Analyse erfolgte getrennt für Ärzte mit und ohne das Weiterbildungsziel „Hausarzt“. Insgesamt sechs Faktoren wurden identifiziert, die auf einer Skala von 1 „überhaupt nicht wichtig“ bis 5 „entscheidend“ [für die Niederlassung] gemessen wurden. Der wichtigste Faktor – unabhängig vom Weiterbildungsziel der Befragten – waren die „Rahmenbedingungen für die Familie“ (Mittelwert: 4,17; Standardabweichung: 0,53), z.B. das Schul- und Betreuungsangebot für die Kinder oder die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten des Lebenspartners. An zweiter Stelle folgt der Faktor „Berufliche Verpflichtungen“ (MW: 3,82; Std.abw.: 0,65), mit Aspekten wie der Zahl monatlicher Bereitschaftsdienste und dem Umfang an bürokratischem Aufwand in der Praxis. Erst an dritter Stelle folgen die „Finanziellen Bedingungen“ (MW: 3,64; Std.abw.: 0,66), d.h. die Höhe des erzielbaren Einkommens und die „Zahlung einer Investitionszulage zur Praxisgründung“. Als weitere Faktoren folgten „Berufliche Kooperationsmöglichkeiten“ (MW: 3,43; Std.abw.: 0,61), „Arbeitsbedingungen“ (MW: 3,29; Std.abw.: 0,54) und „Lebensqualität im Umfeld“ (MW: 3,01; Std.abw.: 0,67).

Besonders aufschlussreich für die hier interessierende Frage, inwieweit eine Erhöhung der MGV z.B. der KV Sachsen-Anhalt geeignet wäre, mehr junge Ärzte für eine Niederlassung in strukturschwachen Regionen zu gewinnen, sind die Ergebnisse einer Teilstudie aus dieser Befragung von 5.000 jungen Ärzten. Neben der Erhebung von Einstufungen der Wichtigkeit verschiedener Aspekte (Roick et al. 2012) wurde im Rahmen der Untersuchung auch ein sog. Discrete Choice Experiment (Mühlbacher et al. 2012) durchgeführt (Günther et al. 2010; zusammenfassend auch König et al. 2011). Dabei wurden den befragten Ärzten unterschiedliche „Niederlassungs-Szenarien“ vorgelegt, die jeweils durch sechs Attribute beschrieben waren: (1) Berufliche Kooperation mit den Ausprägungen (1a) Ein-

zelpraxis, (1b) Gemeinschaftspraxis, (1c) Ärztehaus; (2) monatliches Nettoeinkommen mit den Ausprägungen (2a) 2.500 €, (2b) 5.000 €, (2c) 7.500 € und (2d) 10.000 €; (3) Zahl der Bereitschaftsdienste mit den Ausprägungen (3a) zwei, (3b) vier, (3c) sechs und (3d) acht pro Monat; (4) Arbeitsplatz für den Lebenspartner, (5) Schul- und Betreuungsangebot für die Kinder, (6) Freizeitangebot, jeweils mit den Ausprägungen (a) vor Ort, (b) 30 Minuten Fahrzeit und (c) 60 Minuten Fahrzeit. Aus diesen sechs Attributen und ihren verschiedenen Ausprägungen wurden 24 „Niederlassungs-Szenarien“ gebildet. Die Probanden mussten bei jedem Szenario angeben, welchen Aspekt (Attribut mit der jeweils gezeigten Ausprägung) sie am besten und welchen am schlechtesten finden (sog. Best-Worst-Scaling, Flynn et al. 2007).

Die von Günther et al. (2010) gewählte Methodik liefert nicht nur Ergebnisse zur Relevanz der verschiedenen Attribute bzw. Attributausprägungen für die Niederlassungsentscheidung, sie erlaubt auch die Berechnung von Trade-offs (marginale Substitutionsraten) zwischen den erhobenen Merkmalen untereinander. D.h. man kann aufgrund der Studienergebnisse z.B. berechnen, um wie viel das Nettoeinkommen steigen müsste, um einen negativ bewerteten Aspekt – wie z.B. eine hohe Zahl von Bereitschaftsdiensten – für die Befragten zu kompensieren. Die Autoren haben diese methodische Möglichkeit genutzt, um zu berechnen, wie viel mehr an Nettoeinkommen man einem Arzt bieten müsste, damit er die Niederlassung in einer „typischen Landpraxis“ genauso attraktiv findet, wie in einer „typischen Stadtpraxis“. Die Landpraxis ist charakterisiert durch vier Bereitschaftsdienste im Monat, jeweils 30 Minuten Fahrtzeit zum Arbeitsplatz des Lebenspartners, zur Schule der Kinder und zu Freizeitangeboten (Kino, Theater, Oper). Die Stadtpraxis ist demgegenüber durch nur zwei Bereitschaftsdienste im Monat sowie Arbeitsplatz des Lebenspartners, Schule der Kinder und Freizeitangebote unmittelbar vor Ort gekennzeichnet. Wenn in beiden Praxen ein Nettoeinkommen von 5.000 € erzielt werden kann (was die Autoren für beide Praxistypen eigentlich ebenfalls als typisch ansehen), dann erweist sich die „typische Landpraxis“ den Ergebnissen der Studie zufolge als deutlich unattraktiver für die jungen Ärzte als die typische Stadtpraxis. Um den Nachteil der Landpraxis mit den o.g. Merkmalen auszugleichen müsste man das monatliche Nettoeinkommen der befragten Ärzte um durchschnittlich 9.044 € (sic!) erhöhen. Das bedeutet: Erst bei einem Gesamtnettoeinkommen von 14.044 € wäre die Wahrscheinlichkeit einer Niederlassungsentscheidung für die Landpraxis, genauso hoch wie für die Stadtpraxis bei einem Nettoeinkommen von 5.000 € pro Monat.

Die Studie hat eine gesonderte Analyse einer Teilgruppe von befragten Ärzten durchgeführt, die aufgrund anderer Angaben im Fragebogen als besonders „einkommenssensitiv“ eingestuft wurden, für die der Faktor „Einkommen“ also eine besonders große Rolle spielt. Wie erwartet, ist der erforderliche Kompensationsbetrag für die Inkaufnahme der Nachteile der Landpraxis niedriger – m.a.W. Geld ist bei dieser Teilgruppe ein wirksamerer Anreiz –, aber mit durchschnittlich 7.874 € zusätzlichem monatlichen Nettoeinkommen noch immer beträchtlich.

Die Studie von Günther et al. (2010) zeigt eindrücklich, dass es realistischerweise nicht möglich sein wird, allein durch finanzielle Anreize die Niederlassungsbereitschaft in ländlichen und strukturschwachen Regionen nennenswert zu erhöhen. Wie wenig die Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einer KV in diesem Zusammenhang auszurichten vermag, zeigt auch ein Vergleich zwischen der KV Mecklenburg-Vorpommern – die von allen KV-Regionen in den letzten Jahren die zweithöchste MGV pro Versicherten aufwies (vgl. Abb. 1 bis 3) – und der KV Sachsen-Anhalt, die jeweils an zweitletzter Stelle stand. Zwar gibt es keine exakte Maßzahl für die Schwierigkeit, Ärzte für eine Niederlassung zu gewinnen, aber es spricht wenig dafür, dass die KV Mecklenburg-Vorpommern diesbezüglich geringere Probleme hat.

4.4 Fazit

Es soll nicht behauptet werden, dass kein Geld erforderlich wäre, um einer drohenden Unterversorgung in ländlichen Regionen zu begegnen. Zweifelhaft ist jedoch, dass die Verwendung für eine Erhöhung der MGV dem gewünschten Ziel dient. Das Honorar je Arzt lag in Sachsen-Anhalt im Durchschnitt der 16 Quartale 2009 bis 2012 im hausärztlichen Versorgungsbereich um 17 % und im fachärztlichen Versorgungsbereich um 18 % über dem Bundesdurchschnitt. In der nicht weit entfernten KV Berlin dagegen lag der Umsatz um 11 % (Hausärzte) bzw. 26 % (Fachärzte) unter dem Bundesdurchschnitt (KBV Honorarbericht, Kennzahlen der Abrechnungsgruppen). Trotz dieses deutlichen Unterschieds besteht in Berlin nach den Maßstäben der Bedarfsplanung eine erhebliche Überversorgung, wogegen in Sachsen-Anhalt große Probleme bestehen, frei werdende Arztsitze nach zu besetzen.

Ohne eine Zunahme der Arztzahl würde eine Erhöhung der MGV in KVn wie Sachsen-Anhalt primär dazu führen, dass der Honorarumsatz der bereits ansässigen Ärzte weiter steigen könnte. Das bedeutet, dass Praxen, deren Auslastung – gemessen an der GKV-Fallzahl pro Arzt - bereits aktuell um mehr als 25% über dem Bundesdurchschnitt liegt²¹ noch zusätzliche Leistungsmengen erbringen könnten. Abgesehen davon, dass die Auszahlungsquoten in diesen KVn keinen Hinweis liefern, dass ein im Vergleich zu anderen KVn erheblich größerer zusätzlicher Leistungsbedarf der Versicherten besteht (vgl. dazu Abschnitt 3), stellt sich die Frage, wie diese zusätzlichen Leistungsmengen erbracht werden können, ohne das Risiko zunehmender Qualitätseinbußen.

Die Sicherstellung einer angemessenen ärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen ist eine wachsende Herausforderung, die neue Lösungsansätze erfordert. Die bloße Erhöhung des Potenzials des mit der GKV erzielbaren Umsatzes durch eine Basiserhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung dürfte kaum Erfolg versprechen und ist eher mit Risiken für die Versorgungsqualität verbunden.

²¹ Z.B. Sachsen-Anhalt im Durchschnitt 2009 bis 2012: 27% über Bundesdurchschnitt im hausärztlichen und 25 % im fachärztlichen Versorgungsbereich (KBV Honorarbericht).

Sofern eine gezielte finanzielle Förderung von Leistungserbringern in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen sinnvoll erscheint, hat der Gesetzgeber mit dem GKV-VStG das Instrument der Zahlung von Zuschlägen auf den Punktwert (§87a Abs. 2 Satz 3 SGB V) geschaffen. Mit den Preiszuschlägen können besondere Leistungen oder Leistungserbringer gefördert werden, um Versorgungslücken in der ambulanten Versorgung – insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen – zu schließen.

Inwiefern zusätzliche finanzielle Mittel zu einer Verbesserung der Versorgung unter den vom Gesetz genannten Bedingungen führen, dürfte durch die Evaluation dieser Neuregelung bzw. der zwischenzeitlich von den Vertragspartnern tatsächlich implementierten Punktwertzuschläge geklärt werden. Gemäß § 221b Abs. 2 SGB V müssen die finanziellen Auswirkungen dieser Zuschläge wissenschaftlich evaluiert werden. Die Ergebnisse der vom BMG beauftragten Evaluation müssten in Kürze vorliegen.

5. Ist eine Entsprechung zwischen den Zuweisungen einer Krankenkasse aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und der von ihr entrichteten Gesamtvergütung sinnvoll?

Der Gedanke, dass die von einer Kasse an eine KV gezahlte Gesamtvergütung in einer proportionalen Beziehung zu den Zuweisungen stehen sollte, die die Kasse für ihre im Bezirk der KV wohnhaften Versicherten aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich bezieht, ist bereits 2009 formuliert worden (Günther 2009). Drösler et al. (2013) zitieren diesen Aufsatz mit dem Hinweis, dass zwar „eine direkte Verknüpfung zwischen dem morbiditätsorientierten RSA und der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung in rechtlichen Sinne nicht besteht“ (a.a.O. S.5), halten es aber mit Günther (2009) für „fair und folgerichtig“, dass die Krankenkassen in Regionen, in denen sie aufgrund einer überdurchschnittlichen Morbidität der Bevölkerung entsprechend höhere Zuweisungen aus dem Morbi-RSA erhalten, „diese überdurchschnittlichen Zuweisungen ‚zur Finanzierung der vertragsärztlichen Leistungserbringung einsetzen‘ (Günther 2009, S. 213)“ (Drösler et al. 2013, S. 5).

Aus den weiteren Ausführungen von Günther (2009) wird allerdings erkennbar, dass seine Position nicht primär aus einer sachlich begründeten Präferenz für eine diagnosebasierte Morbiditätsstrukturmessung als Grundlage der MGVBemessung resultiert. Hintergrund ist im Gegenteil ein begründetes Misstrauen gegenüber der Qualität der ambulanten Diagnosen, die durch mehrere seinerzeit bekannt gewordene Beeinflussungsversuche von Krankenkassen bzw. deren ärztlichen Vertragspartner im Hinblick auf den Morbi-RSA als manipulationsanfällig erscheinen mussten (vgl. die in dem Artikel zitierten Beispiele). Günther (2009) plädiert für eine stärkere Morbiditätsorientierung der ambulanten Vergütung, um Manipulationsanreize auf Seiten der Krankenkassen entgegen zu wirken: „Wenn Krankenkassen durch unterschiedlichste Aktivitäten bei den Vertragsärzten eine erhöhte Morbidität ihrer Versicherten zur Optimierung der eigenen Zuweisungslage aus dem Gesundheitsfonds stimulieren, muss umgekehrt genau diese Morbiditätslast im Vergütungsbereich von diesen Krankenkassen finanziert werden“ (Günther 2009, S. 213). Das Ziel der Eindämmung von Manipulationsanreizen bei den Kassen ist zwar nachvollziehbar. Der Lösungsvorschlag von Günther (2009) lässt aber außer Acht, dass die Problematik von Kodiereffekten bzw. der inhärenten Anreize für die Ärzte zur Ausweitung der dokumentierten Diagnosen auch ohne zusätzliche Aktivitäten der Krankenkassen besteht.

Im Folgenden wird dargelegt, dass es den Zielen sowohl des Risikostrukturausgleichs, als auch des vertragsärztlichen Vergütungssystems zuwider liefe, wenn bei der Bemessung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen die Höhe der RSA-Zuweisungen als Maßstab herangezogen würde.

5.1 Zielsetzungen des Risikostrukturausgleichs

Der Risikostrukturausgleich hat das Ziel „die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Verteilung der Versicherten auf nach Alter und Geschlecht getrennte Versichertengruppen (§ 267 Abs. 2) und Morbiditätsgruppen (§ 268) zwischen den Krankenkassen“ (§ 266 Abs. 1 Satz 2 SGB V) auszugleichen. Dadurch wird ein versicherungstechnisches Problem gelöst, welches aus dem Prinzip der solidarischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung entsteht: Die GKV-Mitglieder entrichten Beiträge entsprechend ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit (Beitragssatz auf das beitragspflichtige Einkommen), aber nicht entsprechend dem Ausgabenrisiko, welches sie für die Krankenversicherung repräsentieren. Die Beiträge sind also nicht risikoäquivalent, wie es ansonsten für die Funktionsfähigkeit einer Versicherung eigentlich erforderlich ist.

Auf eine solche Situation reagieren Versicherungen normalerweise mit dem Versuch, nur solche Personen zu versichern, deren Beitragszahlungen höher sind als das Ausgabenrisiko, welches sie repräsentieren („gute Risiken“) – im Falle einer Krankenversicherung also möglichst junge und gesunde Personen; im Falle der GKV mit ihren mitgliederbezogenen Beiträgen wäre zusätzlich darauf zu achten, dass die Mitglieder keine beitragsfrei mitversicherten Kinder und Ehepartner haben. Der Risikostrukturausgleich bzw. der Gesundheitsfonds korrigieren diese Situation: Die GKV-Mitglieder zahlen weiterhin „solidarische“, d.h. vom Einkommen abhängige Beiträge an den Gesundheitsfonds, aber die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds risikoäquivalente Zuweisungen für jede versicherte Person. Dem Anreiz zur Risikoselektion wird also entgegen gewirkt, indem die Krankenkassen für Versicherte mit hohen Ausgabenrisiken auch entsprechend höhere Finanzmittel erhalten.

Der Risikostrukturausgleich ist somit primär eine Wettbewerbsordnung: Er soll verhindern, dass Krankenkassen einen Anreiz hätten, um ihre Position im Wettbewerb zu behaupten, Versicherte mit hohen Krankheitsrisiken zu benachteiligen bzw. ihre Managementaktivitäten vor allem auf das „Anlocken“ von Versicherten mit möglichst niedrigen Ausgabenrisiken zu fokussieren (Wissenschaftlicher Beirat 2011). Die Weiterentwicklung des ursprünglich nur die Risikofaktoren „Alter“, „Geschlecht“ und „Bezug einer Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente“ berücksichtigenden Risikostrukturausgleichs zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich – der darüber hinaus auch Risikofaktoren berücksichtigt, die auf Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelverordnungen festgestellt werden - war durch das Ziel der Verminderung von bis dahin noch bestehenden Anreizen zur Risikoselektion motiviert.

Im Hinblick auf die Funktion des Morbi-RSA als Wettbewerbsordnung ist nur das Gesamtausgabenrisiko eines Versicherten relevant und daher ausgleichsbedürftig, d.h. es ist unerheblich, welche Art von Leistungsansprüchen oder welcher Versorgungssektor für ein erhöhtes Ausgabenrisiko eines Versicherten verantwortlich ist. Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs formuliert dies folgendermaßen: „Eine sektorale Sicht-

weise ist dem Risikostrukturausgleich allerdings fremd; die Krankenkassen müssen aus der Gesamtheit ihrer Zuweisungen den gesamten Versorgungsbedarf ihrer Versicherten decken, unabhängig davon, über welche Sektoren diese Versorgung im Einzelnen sichergestellt wird“ (Wissenschaftlicher Beirat 2011, S. 71).

Zwischen dem Morbi-RSA und der Vergütung der Leistungserbringer besteht daher in der Tat kein Zusammenhang bzw. die nachträgliche Herstellung eines solchen Zusammenhangs kann die zentrale Funktion des RSA als Wettbewerbsordnung sogar beeinträchtigen, wie unten (Abschnitt 5.3) gezeigt werden soll.

Neben der Entkräftung von Anreizen zur Risikoselektion hat der RSA als zweite wesentliche Funktion die Erhaltung bzw. Verstärkung von Anreizen für die Krankenkassen, auf eine Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung hinzuwirken (Wissenschaftlicher Beirat 2011).

Den Selektionsanreiz könnte man noch wirksamer neutralisieren, wenn man den Krankenversicherungen ihre tatsächlichen Leistungsausgaben erstatten würde, anstelle der risikoadjustierten durchschnittlichen Ausgaben („standardisierte Leistungsausgaben“ vgl. § 266 Abs. 2 SGB V), wie es durch den RSA erfolgt. In diesem Fall würde den Krankenkassen jedoch jeder Anreiz genommen, auf eine möglichst wirtschaftliche Leistungserbringung hinzuwirken. In der herrschenden RSA-Logik können die Krankenkassen ihre Wettbewerbsposition verbessern, wenn es ihnen gelingt, durch Aktivitäten des Versorgungs- und Vertragsmanagements die durchschnittlichen Ausgaben für eine Versichertengruppe mit gegebener Morbidität unter die standardisierten Leistungsausgaben für das betreffende Kollektiv zu senken. Um diesen Anreiz zu erhalten sind die risikoadjustierten bundesdurchschnittlichen Ausgaben die Grundlage des RSA-Ausgleichsverfahrens und nicht etwa die tatsächlichen Ausgaben der Kasse für ihre jeweiligen Versichertenkollektive.

5.2 Gefährdung des Wirtschaftlichkeitsanreizes für die Krankenkassen im Bereich der ambulanten Versorgung

Der Wirtschaftlichkeitsanreiz erwächst für die Krankenkassen aus der potenziellen Differenz zwischen RSA-Zuweisungen – also ihren Einnahmen – und den tatsächlich zu tragenden Leistungsausgaben. Im Bereich des vertragsärztlichen Vergütungssystems war dieser Anreiz bis zum Inkrafttreten des GKV-VStG nur unzureichend entfaltet. Zwar wurden im Rahmen der Einführung des neuen Vergütungssystems als Folge des Aufsatzes auf den Ist-Leistungsmengen bereits erhebliche Umschichtungen der Zahlungslasten zwischen den Krankenkassen gegenüber der zuvor bestehenden Kopfpauschalenfinanzierung induziert (Staffeldt 2011). Für die jährliche Anpassung fehlte es jedoch an einer konsistenten Verknüpfung zwischen den von der einzelnen Kasse bereitzustellenden Finanzmitteln und der tatsächlichen Inanspruchnahme.

Dies führte aus Sicht des Gesetzgebers zu einer unbefriedigende Situation im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeitsanreize für die Krankenkassen: „Veränderungen der tatsächlichen Inanspruchnahme und deren Auswirkungen auf die Ist-

Leistungsmengen des jeweiligen Versichertenkollektivs, z. B. als Folge der Realisierung von Effizienzreserven durch ein gezieltes Versorgungsmanagement der einzelnen Kasse, werden [...] kassenbezogen bisher nicht berücksichtigt. Auch im umgekehrten Fall tragen die Kassen, deren Versicherte eine überproportionale Entwicklung der Leistungsanspruchnahme aufweisen, bisher die daraus resultierenden wirtschaftlichen Folgen nicht“ (BT-Drucksache 17-6906, S. 63).

Mit der Neuregelung von § 87a Abs. 4 Satz 2 durch das GKV-VStG werden die Aufsatzwerte jeder Krankenkasse nunmehr jährlich aktualisiert „[...] so dass ihr Anteil am für alle GKV-Versicherten mit Wohnort im KV-Bezirk vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarf des Vereinbarungsjahres dem aktuellen Verhältnis der für ihre Versicherten mit Wohnort im KV-Bezirk abgerechneten und nach der regionalen Euro-Gebührenordnung bewerteten Leistungen zu den für alle Versicherten im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten Leistungen entspricht. [...] Die Anreize zum wirtschaftlichen Handeln bei den einzelnen Kassen, z. B. zur Beeinflussung überproportionaler Leistungsmengen durch Nutzung von gesetzlich ermöglichten Vertragsoptionen, werden so gestärkt“ (Begründung zum GKV-VStG, BT-Drucksache 17-6906, S. 63).

Erst mit dem GKV-VStG wurde somit ein wesentliches Ziel der Vergütungsreform umgesetzt, nämlich die Herstellung des Zusammenhangs zwischen der Leistungsanspruchnahme der Versicherten und der von der Kasse zu entrichtenden Gesamtvergütung und damit auch die Beseitigung der Inkompatibilität des Vergütungssystems mit dem Risikostrukturausgleich (Nolting & Schwinger 2009; Schwinger & Nolting 2010).

Der Vorschlag, die Gesamtvergütung einer KV entsprechend der Summe der RSA-Zuweisungen zu bemessen, die die Kassen für ihre im Bezirk der KV wohnhaften Versicherten erhalten, würde in dem wichtigen Sektor der vertragsärztlichen Versorgung die „Anreize zum wirtschaftlichen Handeln bei den einzelnen Kassen, z. B. zur Beeinflussung überproportionaler Leistungsmengen“ je nach Ausgestaltung mehr oder weniger stark beeinträchtigen:

- Bei einem vollständigen Aufteilungsmodell – also einer Bemessung der kassenindividuellen Gesamtvergütung proportional zu den versichertenindividuellen Zuweisungen aus dem RSA – ginge der Bezug zur tatsächlichen vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme der Versicherten vollständig verloren. Die Wirkung einer solchen Regelung entspräche aus Perspektive der Krankenkasse einem – durch die RSA-Systematik bewusst vermiedenen - Ausgleich der tatsächlichen Kosten.
- Bei einem auf die KV-Regionen begrenzten Aufteilungsmodell – also einer Proportionalität zwischen MGV und der kassenübergreifenden Summe der RSA-Zuweisungen, mit Beibehaltung der bestehenden Regelung zu den kassenindividuellen Anteilen an der MGV – wären die Wirtschaftlichkeitsanreize ebenfalls deutlich abgeschwächt.

Der Vorschlag einer den RSA-Zuweisungen proportionalen Bemessung der Gesamtvergütungen steht somit im Widerspruch zu dem mit dem RSA verknüpften

und darüber hinaus auch generell im SGB V (§ 12 Abs. 1) verankerten Ziel der Erhaltung von Anreizen für die Krankenkassen, auf eine wirtschaftliche Versorgung hinzuwirken.

5.3 Potenzielle Beeinträchtigung der Funktion des RSA als Wettbewerbsordnung

Die Krankenkassen erhalten morbiditätsadjustierte Zuweisungen, die sie – bei Zugrundelegung von bundesdurchschnittlichen Verhältnissen hinsichtlich Angebots- und Versorgungsstrukturen, Inanspruchnahmeverhalten, Leistungspreisen usw. – im Grundsatz in die Lage versetzen, die Leistungsausgaben für ihr jeweiliges Versichertenkollektiv zu bestreiten. Faktisch herrschen jedoch nirgendwo „bundesdurchschnittliche Verhältnisse“, sondern die ausgabenrelevanten Strukturen weisen mehr oder weniger große Variationen auf, die mit nachweisbaren Substitutionseffekten zwischen den Leistungssektoren verbunden sind (Göpfahrt 2013, vgl. dazu Abschnitt 2.5). Die Krankenkassen müssen daher Dispositionsspielräume bzgl. der Allokation ihrer Mittel haben bzw. von den Substitutionseffekten zwischen den Sektoren profitieren können. Das bedeutet beispielsweise, dass sie in einer Region überdurchschnittlich hohe Ausgaben in dem einen Sektor (z.B. Krankenhaus) durch entsprechend niedrigere Ausgaben in anderen Sektoren (z.B. ambulante Versorgung oder Arzneimittel) – zumindest teilweise – kompensieren können.

Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs hat in seinem Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 nicht nur auf die Substitutionseffekte zwischen den Sektoren hingewiesen, sondern auch betont, dass die Krankenkassen die Möglichkeit haben müssen, im Rahmen der Wahrnehmung ihrer Gesamtverantwortung von den intersektoralen finanziellen Kompensationseffekten profitieren zu können. Anknüpfungspunkt ist die Beobachtung, dass die sektorspezifischen Deckungsquoten auf der Ebene der Raumordnungsregionen variieren, wobei insbesondere die Deckungsquoten für den vertragsärztlichen Leistungsbereich eine starke Streuung aufweisen (vgl. Wissenschaftlicher Beirat 2001, Tabelle 9 auf S. 72):

„Allerdings zeigt sich auch, dass die Ausschläge insbesondere für die ärztlichen Ausgaben größer sind als in der Summe über alle Leistungsbereiche. Innerhalb einer jeweiligen Region kommt es dabei offensichtlich zu kompensatorischen Wirkungen aus anderen Leistungsbereichen, z.B. im Bereich der Arzneimittel oder Krankenhausaussgaben. Da die Krankenkassen mit ihren Zuweisungen und sonstigen Einnahmen in einer Gesamtfinanzverantwortung für die Versorgung in allen Leistungsbereichen stehen, wäre für die Fragen einer Bewertung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zwingend das regionale Gesamtergebnis einschließlich aller kompensatorischen Wirkungen zu berücksichtigen. Hauptleistungsbereichsbezogene Regionalfaktoren sind daher aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirates für eine Berücksichtigung im Risikostrukturausgleich ungeeignet“ (Wissenschaftlicher Beirat 2001, S. 72, Hervorh. IGES)

Der Vorschlag einer proportionalen Verknüpfung zwischen den RSA-Zuweisungen einer Kasse für ihre Versicherten im Bezirk der KV und der zu entrichtenden Gesamtvergütung würde diesen Zusammenhang beeinträchtigen: Die Ausgaben für die ambulante vertragsärztliche Versorgung wären an die RSA-Morbidität der Region geknüpft, aber nicht an die tatsächliche Versorgungsrolle dieses Sektors. Damit würden die Dispositionsspielräume der Krankenkassen eingeengt bzw. die Möglichkeit, von Substitutionseffekten zwischen den Sektoren zu profitieren wäre bezüglich des ambulanten vertragsärztlichen Sektors außer Kraft gesetzt²². Die Folge wäre, dass Regionen mit einer Disparität zwischen der Versorgungsrolle des ambulanten Sektors und der Gesamtvergütung für die Krankenkassen unattraktiv bzw. wirtschaftlich riskant würden und damit neue Selektionsanreize entstünden.

Das Problem wird gerade am Beispiel Sachsen-Anhalts deutlich: In diesem Bundesland spielt der stationäre Sektor eine überdurchschnittliche und der vertragsärztliche eine unterdurchschnittliche Rolle (vgl. Abschnitt 3.3). Damit ist es wahrscheinlich, dass die Krankenkassen in Sachsen-Anhalt für ein Versichertenkollektiv mit gegebener Morbiditätslast im Vergleich zum Bundesdurchschnitt überdurchschnittlich hohe Ausgaben für stationäre und unterdurchschnittliche für ambulante Leistungen haben. Inwieweit sich die beiden Effekte ausgleichen, kann nicht beurteilt werden, sicher ist aber, dass sich bei einer Koppelung der ambulanten Gesamtvergütung an die RSA-Risikostruktur die Situation für die in Sachsen-Anhalt tätigen Krankenkassen zunächst verschlechtern würde, so dass es rational wäre, in Sachsen-Anhalt möglichst wenige Versicherte zu haben. Gleichzeitig würden Regionen mit umgekehrten Verhältnissen (überdurchschnittliche Versorgungsrolle des ambulanten Sektors mit Substitution stationärer Leistungen) besonders attraktiv.

5.4 Fazit

Die Einführung einer Proportionalität von zu entrichtender Gesamtvergütung und den Zuweisungen, die eine Krankenkasse für ihre im Bezirk der KV wohnhaften Versicherten erhält würde die beiden zentralen Ziele des Risikostrukturausgleichs beschädigen:

Zum einen würden für die Krankenkassen die Anreiz vermindert, auf eine möglichst wirtschaftliche ambulante Versorgung hinzuwirken, da der Einfluss der tatsächlichen Inanspruchnahme der auf die zu zahlende Gesamtvergütung reduziert würde. Die erst durch das GKV-VStG realisierte sachgerechte Koppelung der Zahlungspflichten der Kassen an die tatsächliche Inanspruchnahme ihrer Versicherten würde konterkariert. Bei einem vollständigen Aufteilungsmodell würde aus der Perspektive der RSA-Logik für den vertragsärztlichen Bereich faktisch ein Aus-

²² Die Bedeutung dieser potenziellen Substitutionseffekte wird auch dadurch unterstrichen, dass § 87a Abs. 4 SGB V die „Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor“ explizit als bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs zu berücksichtigendes Kriterium nennt.

gleich der Ist-Ausgaben eingeführt anstelle des Ausgleichs der morbiditätsadjustierten bundesdurchschnittlichen Ausgaben.

Zum anderen würden für die Krankenkassen neue Selektionsanreize eingeführt. Bei einer Bindung der Gesamtvergütung an die RSA-Zuweisungen würden sich regionale Unterschiede der tatsächlichen Versorgungsrollen der Sektoren bzw. die resultierenden Substitutionseffekte nicht mehr in Form entsprechend unterschiedlicher sektorspezifischer Ausgaben für die Krankenkassen niederschlagen. Disparitäten zwischen der tatsächlichen Versorgungsrolle des vertragsärztlichen Sektors und der dann entsprechend der RSA-Morbidität zu zahlenden Gesamtvergütung würden dazu führen, dass KV-Regionen für die Krankenkassen entweder unattraktiv oder besonders attraktiv würden. Dadurch würde die zentrale Funktion des Risikostrukturausgleichs – nämlich die möglichst wirksame Beseitigung von Selektionsanreizen für die Krankenkassen – konterkariert.

6. Schlussfolgerungen

Der bestehenden Vergütungssystematik liegt die ordnungspolitische Vorstellung zugrunde, dass grundsätzlich Leistungen vergütet werden sollen, die medizinisch notwendig sind und die von dem regionalen ambulanten Versorgungssystem auch tatsächlich erbracht werden (können). Die Operationalisierung dieser Vorstellung erfolgt zum einen durch die Regelungen zur jährlichen – u.a. morbiditätsorientierten – Anpassung der Gesamtvergütungen sowie die Mechanismen der Mengensteuerung und zum anderen durch die Festlegung des vereinbarten Leistungsbedarfs des Vorjahres als Aufsatzwert.

Der Vorschlag einer Bemessung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf Basis von Morbiditätsstrukturmessungen und bundesweiten Durchschnittsausgaben als Kostengewichten verlässt diesen ordnungspolitischen Rahmen: Die MGV würde hier den Bezug zum faktischen Leistungspotenzial des regionalen Versorgungssystems verlieren und sich stattdessen an von bundesweiten Durchschnittswerten abgeleiteten Normwerten orientieren. Dabei bliebe auch außer Betracht, ob die „durchschnittlich erwarteten“ Leistungsmengen in einer Region angesichts der vorhandenen Versorgungsstrukturen überhaupt erbracht werden können bzw. erbracht werden müssen (weil sie u.U. im Rahmen der regionalen Aufgabenverteilung anderweitig erbracht werden) bzw. im Falle anderer Regionen, ob die Versorgung angesichts der spezifischen regionalen Strukturen und Aufgabenverteilungen bei Zumessung einer aus bundesdurchschnittlichen Kostengewichten abgeleiteten Gesamtvergütung in dem bestehenden Umfang aufrechterhalten werden kann.

Mit dem Konzept einer auf Morbiditätsstrukturmessungen beruhenden Bemessung der MGV verfolgen Drösler et al. (2013) das Ziel, für die Bevölkerung einen möglichst gleichmäßigen und adäquaten Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung sicherzustellen – insbesondere in strukturschwachen Regionen, in denen die Morbidität vielfach überdurchschnittlich ist. Dieser Zielsetzung ist rückhaltlos zuzustimmen. Fraglich erscheint jedoch, dass die Anpassung der MGV ohne vorhergehende Anpassungen bzw. einen ggf. erforderlichen Ausbau der ambulanten Versorgungsstrukturen der geeignete Weg ist. Die These, dass sich die Strukturen verändern werden, wenn erst einmal das Geld in die Regionen fließt, kann angesichts der fortbestehenden Attraktivitätsprobleme strukturschwacher Regionen – trotz hoher GKV-Umsätze pro Arzt sowie teilweise auch überdurchschnittlicher MGV pro Versicherten – nicht überzeugen.

Die aktuelle Vergütungssystematik bildet u.a. auch regionale Unterschiede der Angebotsstrukturen, des Inanspruchnahmeverhaltens und der Aufgabenverteilung zwischen den Sektoren ab. Dabei ist es sehr wahrscheinlich, dass auch versorgungspolitisch wenig sinnvolle Strukturen und Aufgabenverteilungen finanziert werden. Um notwendige Strukturveränderungen realisieren zu können, sind primär Maßnahmen auf planerischer (z.B. Bedarfsplanung, Krankenhausplanung) sowie gesetzlicher Ebene erforderlich, die durch die Vergütungssystematik nicht

konterkariert werden sollten. Eine Induktion von Strukturänderungen primär durch Anpassungen der morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfe erscheint jedoch wenig aussichtsreich. Und es ist auch nicht zu erwarten, dass durch eine Anpassung der Vergütungen ohne vorgängige Schaffung der geeigneten Strukturen eine Verbesserung der Versorgung erzielt werden kann.

Literaturverzeichnis

- Ash A.S., Ellis R.P., Yu W., McKay E.A., Iezzoni L.I., Ayanian J.Z., Bates D.W., Burstin H., Byrne-Logan S., Pope G.C. (1998). Risk-adjustment for the Non-Elderly. Report of the Health Care Financing Administration.
- Ash A.S., Zhao Y, Ellis R.P., Kramer M.S. (2001). Finding future high-cost cases: comparing prior cost versus diagnosis-based methods. *Health Services Research* 36: 194-206.
- BBSR Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (o.J.). Siedlungsstrukturelle Regionstypen. http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumb Beobachtung/Downloads/downloads_node.html
- Bewertungsausschuss (2013). Bericht des Bewertungsausschusses über die Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung und der regionalen Verteilung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer gemäß § 87 Abs. 3a SGB V für das Jahr 2011.
- Breyer F, Zweifel P, Kifmann M. (2005). *Gesundheitsökonomik*. 5. Aufl., Berlin: Springer Verlag.
- Carter G. M., Ginsberg P. (1985): The Medicare Case-Mix Index Increase. RAND Report.
- Carter G. M., Newhouse J. P., Relles D. A. (1990): How much change in the case mix index is DRG creep? *J Health Econ* (4); 411-28.
- Carter G. M., Newhouse J. P., Relles D. A. (1991): Has DRG creep crept up? RAND Report. Santa Monica.
- Coffey RM, Louis DZ (2000). Fünfzehn Jahre DRG-basierte Krankenhausvergütung in den USA. In: M. Arnold, M. Litsch, H. Schellschmidt (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2000*. S. 33-47. Stuttgart: Schattauer.
- Flynn TN, Louviere JJ, Peters TJ, Coast J (2007). Best-worst scaling: What it can do for health care research and how to do it. *Journal of Health Economics* 2007; 26: 171-189.
- Friedrich J., Günster C. (2005). Determinanten der Casemixentwicklung in Deutschland während der Einführung von DRGs (2002 bis 2004). In: Klauber J., Robra B.P., Schellschmidt H. (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2005*. S. 153-204. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss (2014). Pressemitteilung Nr. 16/2014. G-BA beschließt Regelung zur Berücksichtigung von ermächtigten Ärztinnen und Ärzten – Grundversorgung in keiner Weise gefährdet.
- Göpffahrt D (2013). Was wissen wir über die regionale Variation der Gesundheitsausgaben? *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2013; 67 (6): 29-35
-

- Goldfarb M. G., Coffey R. M. (1992). Change in the Medicare Case-Mix Index in the 1980s and the Effect of the Prospective Payment System. *Health Services Research* (3); 385-415.
- Günther OH, Kürstein B, Riedel-Heller SG, König HH (2010). The role of monetary and non-monetary incentives on the choice of practice establishment: a stated preference study of young physicians in Germany. *Health Services Research* 2010; 45: 212-229.
- Hsia D. C., Ahern C. A., Ritchie B. P., Moscoe L. M., Krushat W. M. (1992). Medicare reimbursement accuracy under the Prospective Payment System, 1985 to 1988. *JAMA* (7); 896-9.
- IGES Institut (2012). Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen. Berlin: IGES Institut. Verfügbar: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/vergue-tung_und_leistungen/klassifikationsverfahren/Endbericht_Kodierqualitaet_Hauptstudie_2012_12-19.pdf (Aufruf: 03.06.2014)
- Institut des Bewertungsausschusses (2010). Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses zu Vollständigkeits- und Repräsentativitätsprüfungen gemäß Beschluss des 184. BA vom 20. Mai 2009 und den Ermittlungen der Strukturveränderungen der Morbidität zwischen den Jahren 2006 und 2008.
- Institut des Bewertungsausschusses (2013). Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems sowie zur Ermittlung der Veränderungsraten für das Jahr 2013 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V.
- Kaiser P (2014). Vertragsärztliche Gesamtvergütung. In : Pfeiffer D, v. Stackelberg JM, Kiefer G (Hrsg.). *GKV-Lesezeichen 2014*. S. 178-200. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Kopetsch T. (2007). Arztdichte und Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in Deutschland: Eine empirische Untersuchung der These von der angebotsinduzierten Nachfrage nach ambulanten Arztleistungen. *Schmollers Jahrbuch* 127: 373-405.
- König HH, Günther OH, Kürstein B, Riedel-Heller SG (2011). Anreize für die Niederlassung. *Deutsches Ärzteblatt* 2011; 108 (9): A446-447.
- KVNO Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (2013). Großer regionaler Spielraum (Interview Dr. B. Gibis). *KVNO aktuell*, 1+2, 2013, S. 30-31.
- KVWL Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (2011). Konvergenz jetzt! Standpunkt (Amtliches Bekanntmachungsorgan der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe) Nr. 5, September 2011.
-

- Mühlbacher AC, Bethge S, Tockhorn A (2012). Präferenzmessung im Gesundheitswesen: Grundlagen von Discrete-Choice-Experimenten. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2012; 17: 159-172.
- Newhouse J.P., Manning W.G., Keeler E.B., Sloss E.M. (1989). Adjusting capitation rates using objective health measures and prior utilization. *Health Care Financing Review* 10: 41-54.
- Newhouse J.P. (1998). Risk adjustment: where are we now? *Inquiry* 35: 122-131.
- Nolting, H.-D., Schwinger, A. (2009). Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystem - Eine Zwischenbilanz. *Gesundheits- und Sozialpolitik*. 1/2009. S. 12-22. ISSN: 1611-5821
- Ozegowski S (2013a). Regionale Unterschiede in der Kodierqualität ambulanter Diagnosen. *Gesundheit & Gesellschaft Wissenschaft* 2013, 13 (1): 23-34.
- Ozegowski S (2013b). Regionale Unterschiede in der ambulanten Versorgung: Ausmaß, Ursachen und Reformbedarf einer fehlenden Bedarfsgerechtigkeit der Ärzteverteilung. Dissertation, Technische Universität Berlin, Fakultät VII Wirtschaft und Management.
- Ozegowski S, Sundmacher L (2014). Understanding the gap between need and utilization in outpatient care – The effect of supply-side determinants on regional inequities. *Health Policy* 114: 54-63.
- Osterloh F, Rieser S (2014). Ermächtigte Ärzte werden einbezogen. *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 111 (18): A771-772.
- Purdy S, Griffin T, Salisbury C, Sharp D (2009). Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health* 123(2):169–173.
- Rieser S (2011). KV-Allianzen: Es brodelt in den Regionen. *Deutsches Ärzteblatt* 108 (33): A 1711.
- Roeder N., Fiori W., Bunzemeier H. (2008): Einflüsse veränderter Kodierung und anderer Effekte auf den Case-Mix im G-DRG-System. Bewertung von Fehlkodierungs- und Rightcoding-Effekten sowie nicht kodierbedingten Effekten. Gutachten im Auftrag der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft Münster: Schöling-Verlag.
- Roick C, Heider D, Günther OH, Kürstein B, Riedel-Heller SG, König HH (2012). Was ist künftigen Hausärzten bei der Niederlassungsentscheidung wichtig? Ergebnisse einer postalischen Befragung junger Ärzte in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2012; 74: 12-20.
- Schäfer T (2007). Gutachterliche Expertise zu Umfang, Art und Auswahl einer Stichprobe für die Datenerhebung zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (§ 30 RSAV).
http://www.bundesversicherungsamt.de/cIn_115/nn_1440958/DE/Risikostr
-

ukturausgleich/Datengrundlagen/Gutachten__Stichprobenplanung,templat
eld=raw,property=publicationFile.pdf/Gutachten_Stichprobenplanung.pdf.

Schwinger A., Nolting H.-D. (2010). Wie viel Morbiditätsorientierung braucht das vertragsärztliche Vergütungssystem? Ein vorläufiges Fazit. Gesundheits- und Sozialpolitik. 5/2010. S. 40-46.

Staffeldt T (2011). Einfach und verständlich. Konvergenz der vertragsärztlichen Vergütung. Gesundheits- und Sozialpolitik 2/2011, S. 34-38.

Stillfried D Graf von (2006). Das Ende der Budgets rückt näher. Deutsches Ärzteblatt 2006; 103: A584-A588.

Van de Ven W.P.M.M., van Vliet R.C.J.A. (1992). How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market? The great challenge for the 90's. In: Zweifel P, French H.E. (Eds.). Health Economics Worldwide, pp. 23-46. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Van de Ven W.P.M.M., Ellis R.P. (2000). Risk adjustment in competitive health plan markets. In: Culyer A.J., Newhouse J.P. (Eds.). Handbook of Health Economics, Vol. 1, pp. 755-845. Amsterdam: Elsevier.

Wasem J, Walendzik A (2008). Reform der ambulanten ärztlichen Vergütung: Mehr Rationalität durch stärkere Zentralisierung? Wirtschaftsdienst 2008 (10), 640-647.

Wasem J, Walendzik A (2009). Weiterentwicklung der Vergütungsreform. Was bedeutet die Morbiditätsorientierung der Gesamtvergütungen? Gesellschaftspolitische Kommentare Nr. 5/2009, S. 24-29.

Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (2011). Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich.
http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Forschungsberichte/Evaluationsbericht_zum_Jahresausgleich.pdf (Aufruf 16.6.2014)