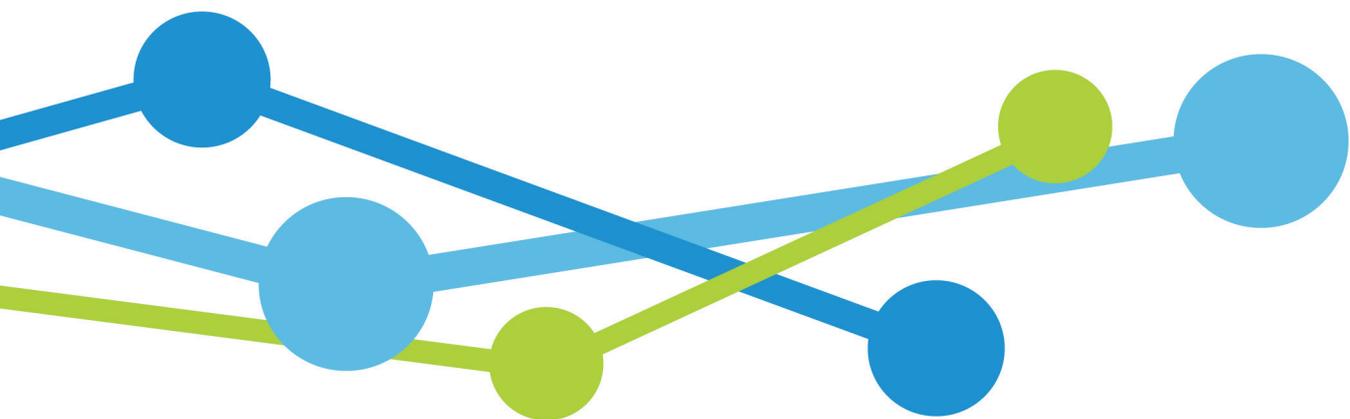


Regionale Unterschiede in der vertragsärztlichen Vergütung - begründet oder unbegründet?

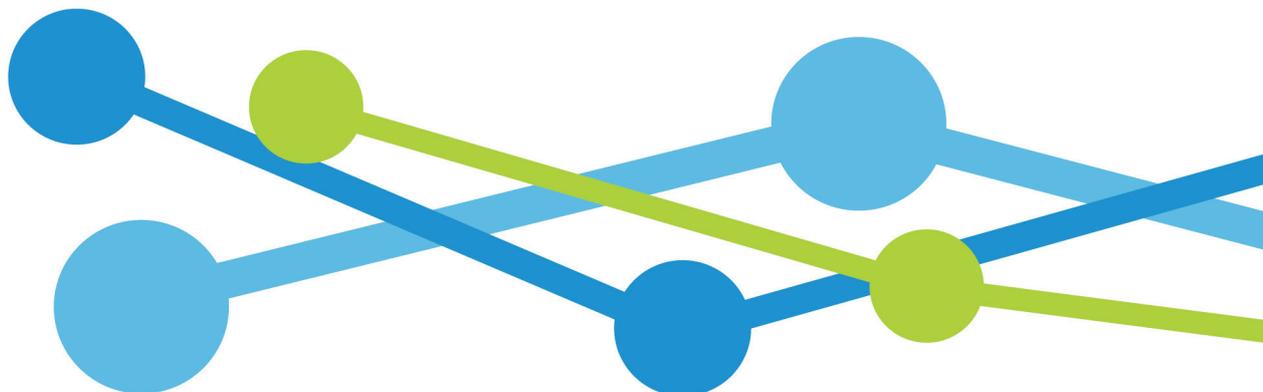
Dominik von Stillfried, Thomas Czihal



www.zi.de

**Zentralinstitut für die
kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland**
Herbert-Lewin-Platz 3
10623 Berlin

E-Mail: tczihal@zi.de
Tel. +49 30 4005 2404



Inhaltsverzeichnis

Hintergrund: Die unvollendete Reform	4
Regionale Unterschiede in der ärztlichen Vergütung: Was ist das Problem?	5
Regionale Besonderheiten als Einflussgrößen der vertragsärztlichen Gesamtvergütung	7
Mengenkomponente: Behandlungsbedarf der Versicherten	11
Risikostruktur der Versicherten.....	13
Versorgungsstruktur	14
Versorgungsziele	18
Zwischenfazit.....	18
Notwendige Korrektur durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz?	20
Fazit	21
Literaturverzeichnis	22

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Regionale Unterschiede in der Gesamtvergütung je Versicherten im Jahr 2013	5
Tabelle 2: Regionale Unterschiede in der Gesamtvergütung unterteilt nach EGV und MGV im Jahr 2013	8
Tabelle 3: Regionale Punktwerte im Jahr 2014	9
Tabelle 4: MGV-Quote (Verhältnis des vereinbarten Behandlungsbedarfs zu den erbrachten Leistungen)	11
Tabelle 5: Unterschiede im erwarteten Behandlungsbedarf für Leistungen der MGV auf Basis der Risikostruktur der Wohnortversicherten	14

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Systematik der vertragsärztlichen Gesamtvergütung.....	8
Abbildung 2: Regionale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung	15
Abbildung 3: Zusammenhang zwischen ambulanter und stationärer Versorgungsintensität bereinigt um Effekte der Risikostruktur (Versorgungsrelationen)....	16
Abbildung 4: Realisierte und noch bestehende Einsparungen in Bezug auf vermeidbare Krankenhausfälle (ambulant-sensitive Konditionen, ASK)	17
Abbildung 5: Potenzielle Bedeutung einzelner Kriterien für die regionale Weiterentwicklung des Behandlungsbedarfs in den Kassenärztlichen Vereinigungen	19

Die Bedarfsgerechtigkeit der vertragsärztlichen Gesamtvergütung bleibt Anlass einer kontroversen Diskussion. Fraglich ist, ob die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007 eingeleitete Reform der vertragsärztlichen Vergütung erfolgreich umgesetzt werden konnte und welcher weitere Handlungsbedarf des Gesetzgebers aktuell besteht.

Aus fachlicher Sicht ist der im Regierungsentwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) gewählte Ansatz nicht geeignet, die bestehenden Probleme zu lösen. Warum dies so ist und welche Alternativen bestehen, wird im Folgenden erläutert.

Hintergrund: Die unvollendete Reform

Mit der Vergütungsreform wollte der Gesetzgeber ausweislich der Gesetzesbegründung zwei wichtige Ziele erreichen:

1. Vertragsärzte sollten durch eine regionale Gebührenordnung mit festen Preisen Kalkulationssicherheit erhalten,
2. die Krankenkassen sollten hinsichtlich der Finanzierung der ärztlichen Vergütung gleichgestellt werden und das Morbiditätsrisiko, d.h. alle finanziellen Lasten tragen, die aus der Erbringung der medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung ihrer Versicherten entstehen.

Um diese Ziele zu erreichen, sollten die nicht mehr leistungsgerechten Honorarbudgets abgelöst werden, die hauptsächlich aus Kostendämpfungsgesetzen der 1990er Jahre stammten. An deren Stelle sollte eine am Bedarf der Versicherten sowie an weiteren auf den Versorgungsumfang bezogenen Kriterien ausgerichtete Vereinbarung der *notwendigen Leistungsmenge* treten. Diese notwendige Leistungsmenge (sogenannter Behandlungsbedarf der Versicherten) wiederum sollte mit den festen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Parallel dazu wurden die Krankenkassen einnahmenseitig durch die Einführung des morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleichs in die Lage versetzt, ohne Existenzgefährdung für die Morbiditätsrisiken ihrer Versicherten eintreten zu können.

Die Ziele der Vergütungsreform und die vorgesehenen Reformschritte konnten jedoch bis heute nicht vollständig umgesetzt werden. In einem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) wurde im August 2014 schließlich festgestellt, dass die bisherige Rechtsgrundlage nicht ausreicht, um die im GKV-WSG benannten Reformziele zu erreichen (AZ.: B 6 KA 6/14 R). Das BSG hatte darüber zu entscheiden, ob bei der jährlichen Weiterentwicklung des Behandlungsbedarfs allein die seit der letztjährigen Vereinbarung *eingetretenen Veränderungen* der demografischen und der Morbiditätsstruktur berücksichtigt werden dürfen oder ob die Gesamtvertragspartner den Handlungsspielraum haben, aufgrund sachbezogener Kriterien die *angemessene Höhe* des Behandlungsbedarfs insgesamt zu vereinbaren.

Dem BSG wurde die Frage zur Entscheidung vorgelegt, nachdem die Gesamtvertragspartner auf Basis der im GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) erfolgten Regionalisierung der Vertragskompetenz die gesetzlichen Kriterien für das Jahr 2013 anzuwenden versuchten. Hierbei kam es in vielen Regionen zu Entscheidungen von Landesschiedsämtern, die sich mit der Frage auseinandersetzen hatten, ob in einzelnen KV-Regionen eine im Vergleich zu den Reformzielen besonders große Lücke zwischen der vereinbarten und der angemessenen bzw. bedarfsgerechten Gesamtvergütung besteht. Dieser Sachverhalt wurde zuerst vom Landesschiedsamt Sachsen-Anhalt festgestellt; der Schiedsspruch hingegen von den Krankenkassen letztlich erfolgreich beklagt.

Die Regierungskoalition hat diesen Sachverhalt im Rahmen des Koalitionsvertrags aufgegriffen und vereinbart: „Wir werden prüfen, ob sich die Unterschiede in der ärztlichen Vergütung durch Besonderheiten in der Versorgungs- und Kostenstruktur begründen lassen und wie unbegründete Unterschiede aufgehoben werden können.“

Regionale Unterschiede in der ärztlichen Vergütung: Was ist das Problem?

Zunächst stellt sich die Frage nach dem richtigen Indikator, um „Unterschiede in der ärztlichen Vergütung“ abzubilden.

Die Vergütung je Arzt oder je Behandlungsfall steht hier nicht im Vordergrund, denn wenn Art und Umfang der ärztlichen Leistung nach Region differieren, können sich die Vergütungen je Arzt oder Behandlungsfall - auch bei einheitlichen Preisen in den Euro-Gebührenordnungen der jeweiligen KVen - unterscheiden. Dies folgt aus der Systematik der versichertenbezogenen Gesamtvergütung. Versorgt eine geringere Anzahl an Ärzten eine größere Anzahl kränkerer Versicherter, muss deren Vergütung je Arzt auch höher sein als in Regionen mit größerer Arztdichte oder gesünderer Bevölkerung. Besteht in einer Region eine besonders intensive ambulante ärztliche Versorgung und dafür z.B. eine geringere Inanspruchnahme der Krankenhausbehandlung, kann diese intensivere ärztliche Versorgung zu Recht zu einer höheren Vergütung je Arzt führen.

Ohne eine versichertenbezogene Referenzgröße kann alleine aus der Vergütung je Arzt keine mit den Zielen der Vergütungsreform konforme Bewertung der Vergütungsunterschiede abgeleitet werden. Der Gesetzgeber selbst hat diese Referenzgröße benannt, indem er als Ziel der Vergütungsreform festgelegt hat, dass die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko ihrer Versicherten zu tragen haben. Das Morbiditätsrisiko kann nur mit Blick auf die zu versorgende Bevölkerung bestimmt werden. Der richtige Indikator zur Messung regionaler Unterschiede der ärztlichen Vergütung ist daher die Gesamtvergütung je GKV-Versicherter mit Wohnort in der jeweiligen KV-Region.

KV-Region	Gesamtvergütung je Versicherten	Gesamtvergütung je Versicherten (inkl. Bereinigungssummen)	Abweichung vom Bundesdurchschnitt (inkl. Bereinigungssummen)
Schleswig-Holstein	467,53 €	467,59 €	-3,2%
Hamburg	487,63 €	488,81 €	1,2%
Bremen	530,72 €	532,12 €	10,2%
Niedersachsen	496,12 €	496,14 €	2,7%
Westfalen-Lippe	446,76 €	449,97 €	-6,8%
Nordrhein	470,50 €	471,78 €	-2,3%
Hessen	475,67 €	476,26 €	-1,4%
Rheinland-Pfalz	470,23 €	470,31 €	-2,6%
Baden-Württemberg	439,32 €	470,90 €	-2,5%
Bayerns	481,00 €	506,60 €	4,9%
Berlin	508,40 €	508,70 €	5,3%
Saarland	495,84 €	495,84 €	2,7%
Mecklenburg- Vorpommern	523,07 €	523,08 €	8,3%
Brandenburg	477,18 €	477,20 €	-1,2%
Sachsen-Anhalt	481,97 €	482,77 €	0,0%
Thüringen	485,80 €	485,83 €	0,6%
Sachsen	492,10 €	492,13 €	1,9%
Bund	474,39 €	482,91 €	0,0%

Quelle: KBV, Basis: Formblatt 3-Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Stand: 22.08.2014), Versichertenmeldungen der Krankenkassen (ANZVER), Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen, Berechnungen der KBV

Tatsächlich bestehen deutliche regionale Unterschiede in der Gesamtvergütung je Versicherten zwischen den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (vgl. Tabelle 1). Gemäß Angaben der KBV für das Jahr 2013 besteht der größte Unterschied zwischen der KV Bremen mit 532 € je Versicherten (10,2% über Bundesdurchschnitt) und der KV Westfalen-Lippe mit 450 € je Versicherten (6,8% unter Bundesdurchschnitt). Setzt man beide Werte direkt ins Verhältnis, beträgt der Unterschied 18,2%. Bei genauerem Hinsehen handelt es sich hierbei aber etwa nicht um den charakteristischen Unterschied zwischen einer Stadt- und einer Flächen-KV. Vielmehr erscheinen die Unterschiede ohne Systematik und willkürlich.

Somit stellt sich folgende Fragen: Sind diese Unterschiede in der Gesamtvergütung je Versicherten auch unter Berücksichtigung von Kriterien der Bedarfsgerechtigkeit ein Problem? Sind sie zu groß oder etwa zu klein? Kann der Unterschied zwischen den beiden Extremwerten in den KVen Bremen und Westfalen-Lippe begründet nachvollzogen werden?

Ausgehend von den Zielen der Vergütungsreform wäre es sicherlich verfehlt, eine einheitliche Vergütung je Versicherten zu erwarten. Dafür bestehen zu große regionale Unterschiede z. B. in Bezug auf die Krankheitslast der Einwohner in Deutschland. Maßgeblich ist alleine, ob die Höhe der Gesamtvergütung je Region den dortigen Notwendigkeiten entspricht.

Die wesentlichen Kriterien, um die regionalen Notwendigkeiten einzuschätzen, lassen sich unter drei Stichworten zusammenfassen: 1. das regionale Morbiditätsrisiko der Versicherten, 2. die regionale Versorgungsintensität und 3. das regionale Kostenniveau.

1. Das Morbiditätsrisiko der Versicherten ist versicherungstechnisch erfassbar. Es ist vor allem durch Strukturmerkmale der zu versorgenden Bevölkerung charakterisiert. Hierzu gehören die Alters- und Geschlechtsstruktur sowie Art und Häufigkeit der bereits bekannten Krankheiten in der Bevölkerung. Dies sind die wichtigsten Indikatoren, die auch in den für Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen zugänglichen Routinedaten der Abrechnung verfügbar sind. Weitere relevante Indikatoren für den Behandlungsbedarf der Versicherten können z.B. sein: Einkommens- und Bildungsstand, Arbeitslosigkeit, Lebenserwartung, vorzeitige Mortalität, Pflegebedürftigkeit, Wohn- und Lebensverhältnisse (Geschiedene, Alleinlebende), Migrationshintergrund. Auf regionaler Ebene liegen Daten hierzu vor, die in einem Sozialstrukturindex zusammengefasst werden können.
2. Zudem ist die regionale Versorgungsintensität wichtig. Bei gegebener Morbiditätsstruktur können die Versicherten überwiegend ambulant in der vertragsärztlichen Versorgung oder zu einem höheren Anteil stationär im Krankenhaus behandelt werden. In Regionen mit einer gut ausgebauten vertragsärztlichen Versorgungsstruktur zeigt sich häufig eine geringere Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen. Auch der medizinische Fortschritt, der sich regional in Deutschland unterschiedlich schnell in der Versorgung durchsetzt, bewirkt eine zunehmende Erweiterung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten. Zunehmend werden Krankenhausaufenthalte für Krankheiten, die vor wenigen Jahren noch ausschließlich oder überwiegend stationär behandelt wurden, als Indikator für eine mangelnde Versorgungsqualität angesehen. Nach dem Grundsatz des § 39 SGB V (ambulant vor stationär) können insofern auch Versorgungsziele für eine optimale Ausschöpfung des ambulanten Potenzials entwickelt werden, um die Effizienz der Versorgung insgesamt zu verbessern und die mit der Krankenhausbehandlung verbundenen Belastungen und Risiken zu minimieren. Der Gesetzgeber hat dies bereits insoweit berücksichtigt, indem er die Gesamtvertragspartner verpflichtet hat, auch Leistungsverlagerungen zwischen der stationären und der vertragsärztliche Versorgung bei der jährlichen Weiterentwicklung des notwendigen Behandlungsbedarfs zu berücksichtigen.

3. Schließlich können unterschiedliche Preise je Leistung sachgerecht sein. Etwa aufgrund eines hohen allgemeinen Kostenniveaus, z.B. in Ballungsräumen, in denen Löhne, Mieten und Raumkosten höher als in überwiegend ländlich strukturierten Regionen sind. Oder aufgrund von Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner zur Förderung bestimmter Leistungen oder Angebotsstrukturen. Dies wiederum kann auch der Förderung der Versorgung in ländlichen Räumen dienen.

Um beurteilen zu können, ob und inwieweit die in Tabelle 1 ersichtlichen Differenzen gerechtfertigt sind, müssen daher die Besonderheiten der Morbiditätsstruktur der Versicherten, der Versorgungsstruktur und der Kostenstruktur berücksichtigt werden.

Regionale Besonderheiten als Einflussgrößen der vertragsärztlichen Gesamtvergütung

Die Systematik der vertragsärztlichen Gesamtvergütung

Nach der Systematik der Gesamtvergütung gemäß §§ 87 und 87a SGB V soll für die Bestimmung der Gesamtvergütung je KV jeweils eine Preiskomponente (Punktwert als Grundlage für die regionale Euro-Gebührenordnung auf Basis der Punktzahlen im EBM) und eine Mengenkomponekte (Behandlungsbedarf je Versicherten mit Wohnort in der Region als Punktzahlmenge auf Basis des EBM) vereinbart werden. Diese sind nach jeweils eigenen Kriterien getrennt voneinander weiter zu entwickeln. Damit soll gemäß der Gesetzesbegründung zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sichergestellt werden, dass die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko, d.h. alle Kosten für die medizinisch notwendige Versorgung ihrer Versicherten tragen und die Vertragsärzte Kalkulationssicherheit erhalten.

- Preiskomponente: Die Kriterien, nach denen der Orientierungswert weiterzuentwickeln ist, werden in § 87 Abs. 2g SGB V genannt. Sie beziehen sich auf die Kosten der Leistungserstellung (Leistungsbezug der Vergütung). Soweit sie nicht bereits (in angemessenem Umfang) in die Vereinbarung des Orientierungswerts eingeflossen sind, können diese Kriterien u. a. auch für die Vereinbarung des regionalen Punktwerts, den die Gesamtvertragspartner (KV und Landesverbände der Krankenkassen) gemäß § 87a Abs. 2 SGB V zu vereinbaren haben, gelten, um regionale Besonderheiten der Kosten- und Versorgungsstruktur zu identifizieren.
- Mengenkomponekte: Für die Bemessung und Weiterentwicklung der Mengenkomponekte gelten hingegen Kriterien, die sich auf die Risikostruktur der Versicherten mit Wohnort in der KV-Region und auf die Intensität ihrer Versorgung beziehen. Gemäß § 87a Abs. 3 SGB V haben die Gesamtvertragspartner den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarfs als Punktzahlmenge zu vereinbaren. Diese gilt als notwendige medizinische Versorgung und ist insoweit mit dem vereinbarten Punktwert zu vergüten. Hierbei gilt wiederum folgende Unterteilung:
 - o Für bestimmte Leistungen, wie z. B. genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie, Leistungen der Prävention oder andere förderungswürdige Leistungen ergibt sich die notwendige Leistungsmenge automatisch aus den tatsächlich erbrachten Leistungshäufigkeiten. Diese werden als extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) bezeichnet (vgl. Anteile je KV in Tabelle 2).
 - o Für den überwiegenden Teil der vertragsärztlichen Leistungen, die Bestandteil der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) sind, sind jedoch prospektive Mengenvereinbarungen zu treffen. Wird diese vereinbarte Leistungsmenge überschritten, erfolgt für die über die Mengenvereinbarung hinausgehenden Leistungen keine Vergütung durch die Krankenkassen an die KVen (vgl. Anteile je KV in Tabelle 2).

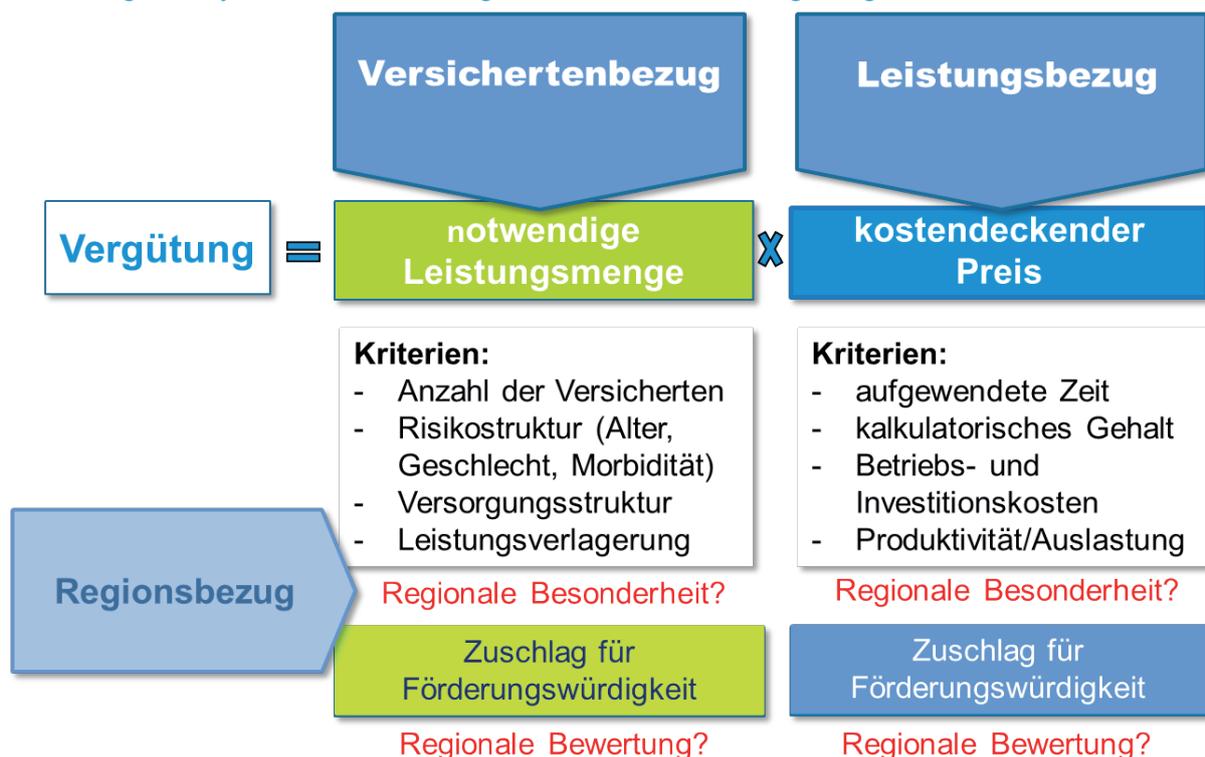
Tabelle 2: Regionale Unterschiede in der Gesamtvergütung unterteilt nach EGV und MGV im Jahr 2013

KV-Region	MGV je Versicherten (inkl. Bereinigungs-summen)	EGV je Versicherten	MGV Abweichung vom Bundesdurchschnitt	EGV Abweichung vom Bundesdurchschnitt
Schleswig-Holstein	325,81 €	141,78 €	-3,2%	-3,1%
Hamburg	347,32 €	141,49 €	3,2%	-3,3%
Bremen	342,81 €	189,32 €	1,9%	29,4%
Niedersachsen	343,90 €	152,24 €	2,2%	4,0%
Westfalen-Lippe	315,08 €	134,89 €	-6,4%	-7,8%
Nordrhein	321,95 €	149,83 €	-4,3%	2,4%
Hessen	321,23 €	155,03 €	-4,6%	5,9%
Rheinland-Pfalz	338,88 €	131,43 €	0,7%	-10,2%
Baden-Württemberg	330,65 €	140,25 €	-1,8%	-4,2%
Bayerns	353,95 €	152,65 €	5,2%	4,3%
Berlin	341,31 €	167,40 €	1,4%	14,4%
Saarland	354,81 €	141,03 €	5,4%	-3,6%
Mecklenburg- Vorpommern	388,89 €	134,18 €	15,5%	-8,3%
Brandenburg	343,66 €	133,54 €	2,1%	-8,7%
Sachsen-Anhalt	332,69 €	150,08 €	-1,2%	2,5%
Thüringen	347,78 €	138,05 €	3,3%	-5,7%
Sachsen	345,83 €	146,30 €	2,8%	0,0%
Bund	336,57 €	146,34 €	0,0%	0,0%

Quelle: KBV, Basis: Formblatt 3-Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Stand: 22.08.2014), Versichertenmeldungen der Krankenkassen (ANZVER), Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen, Berechnungen der KBV

Vereinfacht gesagt lässt sich die mit GKV-WSG beschriebene Logik zur Festlegung der Gesamtvergütung mit der Formel „Kostendeckender Preis mal notwendige Menge“ zusammenfassen (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Systematik der vertragsärztlichen Gesamtvergütung



Quelle: Eigene Darstellung

	Regionaler Punktwert	Abweichung vom Orientierungswert
Schleswig-Holstein	10,13	0,0%
Hamburg	10,34	2,1%
Bremen	10,13	0,0%
Niedersachsen	10,13	0,0%
Westfalen-Lippe	10,13	0,0%
Nordrhein	10,13	0,0%
Hessen	10,24	1,1%
Rheinland-Pfalz	10,13	0,0%
Baden-Württemberg	10,13	0,0%
Bayerns	10,13	0,0%
Berlin	10,13	0,0%
Saarland	10,13	0,0%
Mecklenburg- Vorpommern	10,13	0,0%
Brandenburg	10,13	0,0%
Sachsen-Anhalt	10,13	0,0%
Thüringen	10,13	0,0%
Sachsen	10,13	0,0%
Bund	10,13	0,0%

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Mitteilungen der KVen

Neben den Versicherten- und den Leistungsbezug der Vergütung tritt spätestens mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) ein Regionsbezug, denn im GKV-VStG hat der Gesetzgeber die Gesamtvertragspartner explizit dazu aufgefordert, regionale Besonderheiten mit Wirkung auf die notwendige Leistungsmenge und den kostendeckenden Preis zu identifizieren und zu bewerten. Mit dem GKV-VStG hatte sich der Gesetzgeber entschieden, die noch im Jahr 2011 im Bewertungsausschuss und im Bundesrat strittig diskutierte Frage der Angleichung unterschiedlicher historischer Ausgangsbedingungen der Vergütung in den KV-Regionen dem Bewertungsausschuss zu entziehen und durch Delegation an die Gesamtvertragspartner zu lösen. Der Bewertungsausschuss auf Bundesebene gibt hierfür statt verbindlicher Vorgaben nur noch Empfehlungen ab (sogenannte Re-Regionalisierung der Vertragskompetenz).

Um die regionalen Unterschiede in der Gesamtvergütung je Versicherten inhaltlich bewerten zu können, empfiehlt es sich gemäß der Logik der vertragsärztlichen Gesamtvergütung, die Preis- und die Mengenkomponeute getrennt zu betrachten.

Preiskomponente: Punktwert

Faktisch erfolgte auf Basis des GKV-WSG zunächst eine Vereinheitlichung der Preiskomponente durch die Einführung des Orientierungswerts im Jahr 2009. Erst nach dem GKV-VStG wurde in Hamburg und in Hessen ein vom Orientierungswert abweichender regionaler Punktwert vereinbart bzw. durch die Landesschiedsämter festgesetzt, um regionale Besonderheiten der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Gemäß Tabelle 1 liegt die Gesamtvergütung je Versicherten in Hamburg leicht über dem Bundesdurchschnitt, in Hessen jedoch leicht darunter. Hier zeigt sich bereits die Bedeutung anderer Komponenten der Vergütung.

Zur Erklärung des Niveauunterschieds zwischen Bremen und Westfalen-Lippe gilt ausgehend von Tabelle 3: Soweit also nicht Punktwertzuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen vereinbart worden sind, ist z.B. die Differenz in der Gesamtvergütung je Versicherten

zwischen Bremen und Westfalen-Lippe von mehr als 18% (vgl. Tabelle 1) auf die Mengenkompone nte zurückzuführen.

Im Spätherbst 2014 hat das Berliner IGES-Institut eine Evaluation der Vereinbarungen der Punktwertzuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen vorgelegt (IGES 2014). Auftraggeber war das Bundesgesundheitsministeriums gemäß § 221b Abs. 2 SGB V. Die Evaluation zeigt, dass Punktwertzuschläge insgesamt eine noch untergeordnete Rolle spielen. Demnach wurden für besonders förderungswürdige Leistungen in Bremen ca. 70 Cent je Quartal und Versicherten vereinbart. Mit den Zuschlägen sollen dort u. a. Verbesserungen in der Versorgung multimorbider Patienten oder Verbesserungen in der Versorgung von Diabetikern mit Augenhintergrunduntersuchungen erreicht werden (Versorgungsziele der Gesamtvertragspartner). In Westfalen-Lippe wurden zum Erreichen von Versorgungszielen hingegen keine Punktwertzuschläge vereinbart, sondern Anpassungen der Mengenkompone nte vorgenommen (IGES 2014).

Andererseits finden sich durchaus Hinweise, die eine höhere Preiskompone nte in Bremen begründen würden: Das Bruttoinlandsprodukt in Bremen lag im Jahr 2013 in Bremen 29% über dem Bundesdurchschnitt, in Nordrhein-Westfalen 1% darüber (Destatis). Das hat Auswirkungen auf die Gehaltstrukturen und die Lebenshaltungskosten. Gemäß der Umlagerechnung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege waren in 2013 die Bruttostundenlöhne von Angestellten in Arztpraxen in Bremen 9% höher als der Bundesdurchschnitt, in Nordrhein-Westfalen ca. 1% (BGW 2014). Eine regionale Betrachtung der Daten aus dem Zi-Praxis-Panel (Zi 2010) zeigt für Praxen in Bremen durchschnittliche Mietkosten je m², die 7% über dem Bundesdurchschnitt liegen. In Westfalen-Lippe liegen diese hingegen 1% unter dem Bundesdurchschnitt. Ein Ausgleich des höheren Kostenniveaus in Bremen wäre gerechtfertigt, da diese Rahmenbedingungen durch die Arztpraxen nicht beeinflussbar (exogen) sind. Die hier exemplarisch aufgeführten Indikatoren verdeutlichen, dass regionale Besonderheiten in der Kostenstruktur existieren, die grundsätzlich größere Unterschiede des regionalen Punktwertes, also des Preises einer einzelnen ärztlichen Leistung, zwischen den KVen rechtfertigen könnten. Zum Vergleich ein Blick in den stationären Versorgungs- und Vergütungsbereich: Der Landesbasisfallwert 2014 liegt nach Angaben des AOK-Bundesverbandes in Bremen 1,1% über dem Bundesdurchschnitt, in Nordrhein-Westfalen 1,1% unter dem Bundesdurchschnitt (AOK 2014).

Die für Arztpraxen relevanten regionalen Kostenstrukturen können auf Basis ausgewählter Indikatoren ermittelt und zur Bestimmung des regionalen Punktwertes Rechenmodelle entwickelt werden. Gleichwohl sollte kein Automatismus unterstellt werden, der einen Berechnungsmodus an die Stelle der Bewertung durch die regionalen Vertragspartner setzen würde. Dies wird insbesondere deutlich, wenn die Preiskompone nte auch unter dem Aspekt der Standortattraktivität für Vertragsärzte betrachtet wird. Auch die Standortattraktivität wird durch - aus Sicht der Gesamtvertragspartner - exogene Bedingungen beeinflusst. Dazu gehören z.B. die Beschäftigungsmöglichkeiten für Partner, das Kultur- oder Kinderbetreuungsangebot sowie weitere Infrastrukturfaktoren (Erhart et al. 2013).

Für die Gesamtvertragspartner kann es deshalb sinnvoll sein, Standortdefizite oder Wettbewerbsnachteile einer Region durch eine höhere Preiskompone nte auszugleichen, um die Versorgung im erforderlichen Umfang sicherstellen zu können (SVR 2014). Diese Überlegung wird insbesondere für die Regionen mit steigendem Versorgungsbedarf bei gleichzeitig rückläufigen Arztzahlen maßgeblich sein (vgl. exemplarisch Versorgungsreport KV Nordrhein 2013). Entsprechende Preiszuschläge in (Teilregionen von) Westfalen-Lippe würden die Differenz zu Bremen wiederum reduzieren.

Regionale Preisunterschiede sind demnach durchaus begründbar, jedoch nicht ursächlich für die deutlichen Unterschiede in der Gesamtvergütung je Versicherten zwischen Bremen und Westfalen-Lippe. Dies kann verallgemeinert werden. Zum jetzigen Zeitpunkt sind deutliche

Unterschiede in der Gesamtvergütung nicht das Resultat von Unterschieden der Preiskomponente, sondern Ergebnis unterschiedlicher Ausgangspunkte in der Mengenkompone

Mengenkompone

Die Mengenkompone steht in der Konzeption der Vergütungsreform für den Behandlungsbedarf je Versicherten. Der Behandlungsbedarf ist die prospektiv (d.h. für das Folgejahr) zu vereinbarenden notwendigen Leistungsmenge der Versicherten mit Wohnsitz in der KV-Region. Der vereinbarte Behandlungsbedarf ist die Leistungsmenge in Punkten, die von den Krankenkassen zum vereinbarten Punktwert vergütet werden muss.

Die Vereinbarung kann Ausnahmen für förderungswürdige Leistungen vorsehen, die ohne Mengenbegrenzung vergütet werden können (extrabudgetäre Gesamtvergütung, EGV). Für alle übrigen Leistungen ist der Behandlungsbedarf abschließend als Punktzahlmenge für das kommende Jahr im Voraus zu vereinbaren (Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, MGV). Diese prospektive Vereinbarung schafft Kalkulationssicherheit für die Krankenkassen. Für die Vertragsärzte hingegen birgt diese Mengenbegrenzung Risiken, denn jede Leistungsdynamik über den vereinbarten Behandlungsbedarf hinaus muss dann kollektiv von den Vertragsärzten getragen werden. Für diese Leistungen entrichten die Krankenkassen keine zusätzliche Vergütung.

Ist die zugrunde gelegte Leistungsmenge nicht sachgerecht und im Vergleich zur bedarfsgerechten Inanspruchnahme der Versicherten zu gering bemessen, tragen die Vertragsärzte in diesem Umfang anteilig das Morbiditätsrisiko der Krankenkassen. Auch bei der Weiterentwicklung bestehen Risiken: Erkennen die Gesamtvertragspartner bei der Vereinbarung der notwendigen Leistungsmenge z.B. den medizinischen Fortschritt und die damit einhergehende Leistungsverlagerung aus der stationären in die vertragsärztliche Versorgung nicht an, wird

Tabelle 4: MGV-Quote (Verhältnis des vereinbarten Behandlungsbedarfs zu den erbrachten Leistungen)

	MGV-Quote (Verhältnis des vereinbarten Behandlungsbedarfs zu den erbrachten Leistungen)
Schleswig-Holstein	91%
Hamburg	81%
Bremen	94%
Niedersachsen	91%
Westfalen-Lippe	91%
Nordrhein	90%
Hessen	91%
Rheinland-Pfalz	96%
Baden-Württemberg	92%
Bayerns	96%
Berlin	88%
Saarland	92%
Mecklenburg- Vorpommern	97%
Brandenburg	98%
Sachsen-Anhalt	92%
Thüringen	95%
Sachsen	92%
Bund	92%

Quelle: KBV, Basis: Formblatt 3-Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Stand: 22.08.2014), Versichertenmeldungen der Krankenkassen (ANZVER), Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen, Berechnungen der KBV

die entsprechende Intensivierung der vertragsärztlichen Versorgung aus dem laufenden Budget aller Vertragsärzte heraus finanziert, obwohl auch die infolge von Neuerungen veränderte Leistungsintensität einen Teil des Morbiditätsrisikos darstellt.

Paragraf 87a Abs. 4 SGB V enthält daher wesentliche Kriterien zur Weiterentwicklung des Behandlungsbedarfs; mit Ergänzungen des GKV-VStG sollte den Gesamtvertragspartner darüber hinaus zusätzliche Spielräume gegeben werden, um den Gegebenheiten vor Ort inhaltlich gerecht werden zu können.

Trotz Reform: Keine stringente inhaltliche Neubewertung

Trotz dieser vor allem in den Gesetzesbegründungen formulierten Intentionen des Gesetzgebers sind die heute geltenden Behandlungsbedarfe - also die als notwendige Versorgung vereinbarten Leistungsmengen - seit Inkrafttreten der Vergütungsreform in ihrem Umfang nicht durchgängig nach diesen Kriterien bestimmt worden. Der Gesetzgeber hatte für 2009 Übergangsregeln definiert, die bis heute nachwirken. Danach sind die Behandlungsbedarfe im Wesentlichen eine Fortschreibung der Punktzahlmengen aus der Zeit der Budgetierung der 1990er Jahre unter Fortgeltung honorarbegrenzender Maßnahmen, obwohl genau diese Budgets in der Begründung zum GKV-WSG als nicht mehr leistungsgerecht angesehen wurden. Auf diese Budgetfortschreibung sind auch die nach wie vor deutlich unter 100% liegenden Auszahlungsquoten in den KVen (vgl. Tabelle 3) zurückzuführen. Eine Auszahlungsquote von unter 100% resultiert aus der Tatsache, dass der vereinbarte Behandlungsbedarf systematisch geringer ist als die erbrachte Leistungsmenge.

Eine Auszahlungsquote unter 100% bereits bei der prospektiven Vereinbarung des Behandlungsbedarfs vor auszuplanen wäre nur dann gerechtfertigt, wenn dieser Behandlungsbedarf nach inhaltlichen Kriterien festgelegt worden wäre und somit eine sachgerechte Begründung für eine darüber hinausgehende Leistungsmenge nicht bestünde. Lassen sich erbrachte Leistungen hingegen inhaltlich nach den im Gesetz aufgeführten Kriterien begründen, sollte entsprechend der Reformziele prospektiv eine sachgerechte Anpassung des Behandlungsbedarfs vorgenommen werden.

Dies ist jedoch bisher nicht systematisch erfolgt. Zwar gab es seit dem GKV-WSG durch Entscheidung des (Erweiterten) Bewertungsausschusses für einige KVen pauschale Mengenzuschläge. Eine Angleichung zwischen dem vereinbarten Wert und dem versichertenbezogenen Erwartungswert des Behandlungsbedarfs, z.B. nach Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur, darf laut Urteil des BSG vom 13.08.2014 nicht erfolgen. Dies lasse der Wortlaut des Gesetzes nicht zu. Gesamtpartner und Schiedsämter könnten daher auch dann nicht handeln, wenn belegt wird, dass der bisher vereinbarte Behandlungsbedarf nicht bedarfsgerecht ist.

Durch diese Rechtsauffassung wird der Handlungsspielraum der Gesamtvertragspartner in einer Weise eingeschränkt, dass diese dem in der Grundnorm in § 87a Abs. 3 SGB V formulierten Auftrag, nämlich den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf als notwendige Versorgung zu vereinbaren, inhaltlich kaum mehr nachkommen können.

Bei einer sachgerechten Bestimmung des Behandlungsbedarfs in der MGV müssten hingegen a) die Risikostruktur der Versicherten mit Wohnsitz in der Region, b) die Versorgungsstruktur in der Region und c) Versorgungsziele zur Verbesserung der Versorgung in der Region berücksichtigt werden können.

Risikostruktur der Versicherten

Unter dem Begriff der Risikostruktur werden gesamthaft die Einflüsse subsumiert, die versichertenseitig die Leistungsmenge beeinflussen. So führt ein höheres Durchschnittsalter der Versicherten als Risikostrukturmerkmal zu einer höheren Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen (vgl. z. B. Barmer-GEK 2014). Noch wesentlicher ist jedoch der Gesundheitszustand, also die Morbidität der Versicherten. Wenn unter 1.000 Versicherten 150 Diabetiker sind, ist von einem höheren Betreuungsaufwand auszugehen, als wenn es lediglich 50 sind. Der alters- und geschlechtstypische sowie der morbiditätsbedingte Behandlungsaufwand kann statistisch auf Basis der Abrechnungsdaten ermittelt werden. Hierfür werden Alters-, Geschlechts- und Diagnosegruppen gebildet, denen empirisch ein Punktzahlgewicht zugeordnet wird. Dieses Gewicht gibt den Erwartungswert der Leistungsinanspruchnahme durch Versicherte mit den entsprechenden Krankheiten in der vertragsärztlichen Versorgung an. Das Institut des Bewertungsausschusses verwendet derzeit 32 Alters- und Geschlechtsgruppen sowie 70 Diagnosegruppen. In diesen 70 Diagnosegruppen sind alle rd. 13.000 Diagnosecodes der ICD-10-GM enthalten. Die ermittelten Punktzahlgewichte können dann multipliziert werden mit der Anzahl der Versicherten je Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsgruppe in einer konkreten KV-Region. Mit dieser Herangehensweise kann der Einfluss der Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur auf die zu erwartende Leistungsmenge im Folgejahr zuverlässig abgeschätzt werden (Drösler et al 2013).

Dabei sind folgende Implikationen zu beachten:

1. Bislang wird die Berechnung der Punktzahlgewichte auf einer bundesweiten Datengrundlage durch das Institut des Bewertungsausschusses durchgeführt. Die dabei entstehenden Punktzahlgewichte reflektieren den bundesdurchschnittlichen Behandlungsbedarf aller erbrachten Leistungen. Vor dem Hintergrund des einheitlichen Leistungsrahmens und der GKV-inhärenten Verpflichtung, auf gleichwertige Lebensverhältnisse hinzuwirken, geben diese Punktzahlgewichte zunächst einen guten Anhaltspunkt, da erhebliche Unterschiede in der regionalen Risikostruktur in Deutschland existieren. Dies zeigt sich auch außerhalb des Kontexts der ärztlichen Vergütung: Nach den Kriterien des Risikostrukturausgleichs beispielsweise weichen die Ausgaben je Versicherten (und damit die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds) aufgrund der Risikostruktur der Versicherten zwischen den Bundesländern um mehr als 20% vom Bundesdurchschnitt ab (Göpffarth 2013).
2. Der für eine konkrete KV-Region anhand bundeseinheitlicher Punktzahlgewichte ermittelte Behandlungsbedarf kann sinnvoll danach gewichtet werden, ob regionale Besonderheiten der Sozial- oder Versorgungsstruktur vorliegen oder ob Versorgungsziele wirksam werden sollen, die Veränderungen in der Leistungshäufigkeit gegenüber dem Status quo auslösen.
3. Da in die Berechnung der Punktzahlgewichte für die Bestimmung der regionalen Unterschiede in der Entwicklung in der Risikostruktur alle der MGV zuzurechnenden erbrachten vertragsärztlichen Leistungen eingehen, gibt es keinen inhaltlichen Grund, bei der Vereinbarung des notwendigen Behandlungsbedarfs weiterhin historische Auszahlungsquoten anzuwenden. Vielmehr stellt der nach Punktzahlgewichten gemäß der regionalen Risikostruktur ermittelte Behandlungsbedarf selbst eine begründete Mengenbegrenzung dar. Die Anwendung nicht näher begründeter Auszahlungsquoten führt demgegenüber zu willkürlichen Einschränkungen bzw. Übertragung von Morbiditätsrisiken auf die Vertragsärzte. Tabelle 4 zeigt die nach Anwendung des Klassifikationsverfahrens des Bewertungsausschusses ermittelten Erwartungswerte für den Behandlungsbedarf aus Leistungen der MGV je Versicherten nach KV-Regionen.

Tabelle 5: Unterschiede im erwarteten Behandlungsbedarf für Leistungen der MGV auf Basis der Risikostruktur der Wohnortversicherten

Behandlungsbedarf in Punkten je Versicherten gemäß der KV-spezifischen Morbiditätsstruktur	
Schleswig-Holstein	3.467
Hamburg	3.434
Bremen	3.500
Niedersachsen	3.600
Westfalen-Lippe	3.552
Nordrhein	3.516
Hessen	3.593
Rheinland-Pfalz	3.640
Berlin	3.658
Saarland	3.727
Mecklenburg-Vorpommern	3.792
Brandenburg	3.784
Sachsen-Anhalt	3.836
Thüringen	3.842
Sachsen	3.730

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Versichertenstichprobe und dem Klassifikationsmodell des Bewertungsausschuss (Bayern und Baden-Württemberg werden nicht berichtet, da in diesen KVen die Datengrundlage aufgrund relevanter Selektivverträge unvollständig ist)

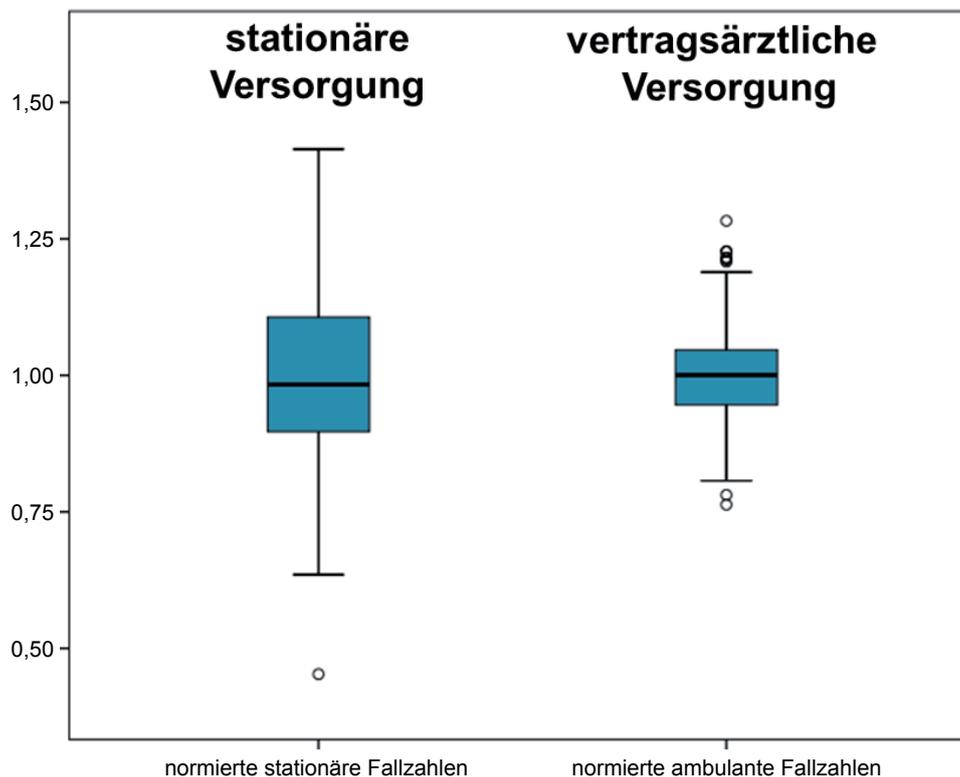
Tabelle 5 zeigt, dass der derzeit bestehende Vergütungsunterschied zwischen Bremen und Westfalen-Lippe auch nicht mit den regionalen Unterschieden in der Risikostruktur der Versicherten (Morbiditätsstruktur) begründet ist. Nach den Kriterien des Risikostrukturausgleichs besteht für Bremen und Westfalen-Lippe jeweils nur eine Abweichung von weniger als 1% vom Bundesdurchschnitt. Ein weit unterdurchschnittlicher Behandlungsbedarf lässt sich durch regionale Besonderheiten der Risikostruktur der Versicherten in Westfalen-Lippe daher nicht begründen. Nach Maßgabe der Morbiditätsstruktur wäre dort ein etwa durchschnittlicher Behandlungsbedarf je Versicherten zu erwarten. Wäre die MGV der KVWL tatsächlich morbiditätsgewichtet, müsste sie also ca. 5 % höher sein.

Aus der Versorgungsforschung ist belegt, dass die Sozialstruktur die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen unabhängig von der vorhandenen Morbidität beeinflusst (Thode et al. 2005). Ein Parameter hierfür stellt die Arbeitslosenquote dar. Gemäß Bundesagentur für Arbeit lag die Arbeitslosenquote 2013 im Bundesdurchschnitt bei 6,9%. Deutlich über dem Bundesdurchschnitt lag die Arbeitslosenquote sowohl in Westfalen-Lippe als auch in Bremen. Bremen wies im Bundeslandvergleich sogar die vierthöchste Quote auf (11,1%), sie überstieg den Bundesdurchschnitt relativ um ca. 60%. Diese Besonderheit kann einen überdurchschnittlichen Behandlungsbedarf je Versicherten in Bremen zumindest anteilig begründen.

Versorgungsstruktur

Jeder Bedarf an ärztlicher Behandlung kann nur gedeckt bzw. auch realisiert werden, wenn das notwendige ärztliche Angebot verfügbar ist. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die medizinische Versorgung in der GKV trotz des einheitlichen Leistungsrechts und trotz der Bedarfsplanung enorme regionale Unterschiede aufweist. Dies gilt sowohl innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung als auch für die Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Abbildung 2 verdeutlicht zusammenfassend, welche strukturbedingten Unterschiede in der Versorgungsintensität in der vertragsärztlichen Versorgung und in der stationären Versorgung auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte bestehen.

Abbildung 2: Regionale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung

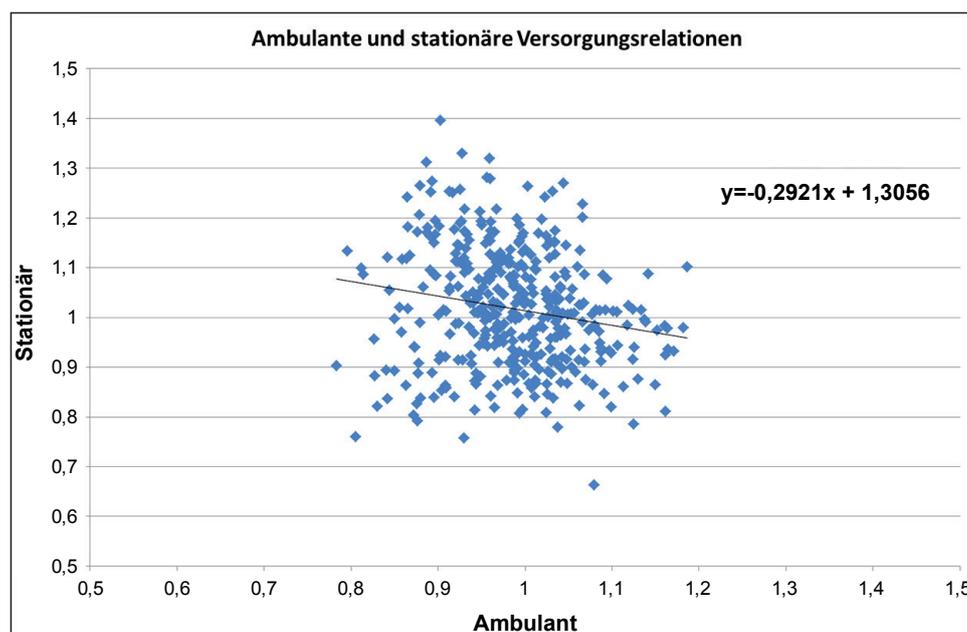


Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten und der DRG Statistik des Statistischen Bundesamtes (Jahr 2010)

Welche Bedeutung hat dieser Befund für den Vergleich zwischen Bremen und Westfalen-Lippe? Hier eignet sich exemplarisch ein Blick auf die psychotherapeutische Versorgung. Sie stellt einen relevanten Leistungsanteil dar; die Beurteilung der Notwendigkeit ist weitestgehend durch gutachterliche Genehmigungsverfahren und die Zustimmungspflicht der Krankenkassen abgedeckt. Zum Stichtag 31.12.2012 waren in Bremen 57 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner, in Westfalen-Lippe 21 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner zugelassen (www.versorgungsatlas.de). Die Inanspruchnahme von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapierichtlinie je Versicherten ist in Bremen fast doppelt so hoch wie in Westfalen-Lippe. Werden diese Leistungen aus der Mengenkomponeute herausgerechnet, ergibt sich für Bremen eine nahezu durchschnittliche Gesamtvergütung je Versicherten. Da diese Leistungen nicht Bestandteil der prospektiv zu vereinbarenden Leistungsmenge sind, ergibt sich für Bremen ebenfalls eine nahezu durchschnittliche Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten. In Westfalen-Lippe ist jedoch auch nach Abzug der psychotherapeutischen Leistungen weiterhin eine weit unterdurchschnittliche Gesamtvergütung je Versicherten zu verzeichnen. Der prozentuale Abstand zum Bundesdurchschnitt verändert sich kaum, da – trotz unterdurchschnittlicher Psychotherapeutendichte – in Westfalen-Lippe eine Inanspruchnahme von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapierichtlinie auf bundesdurchschnittlichem Niveau zu beobachten ist.

Das Beispiel der Psychotherapieleistungen veranschaulicht die potenzielle Bedeutung von Besonderheiten der Versorgungsstruktur und ihrer regionstypischen Inanspruchnahme auf die Mengenkomponeute der Gesamtvergütung. Mindestens genauso bedeutsam ist die regionale Arbeitssteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Betrachtet man auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte für die Versicherten mit Wohnsitz im jeweiligen Kreis das Verhältnis der Leistungsanspruchnahme aus der vertragsärztlichen und der stationären Versorgung, zeigt sich ein heterogenes Bild (Abbildung 3).

Abbildung 3: Zusammenhang zwischen ambulanter und stationärer Versorgungsintensität bereinigt um Effekte der Risikostruktur (Versorgungsrelationen)



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten und der DRG Statistik des Statistischen Bundesamtes (Jahr 2010)

Die Arbeitsteilung zwischen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und der stationären Versorgung ist demnach innerhalb Deutschlands sehr unterschiedlich ausgeprägt. Aus diesen Unterschieden lässt sich jedoch das ökonomische Potenzial einer konsequenten Umsetzung des in § 39 SGB V formulierten Grundsatzes des Vorrangs ambulanter Versorgung (ambulant vor stationär) ableiten. Die Zusammenhangsanalyse ergibt, dass bei einer Erhöhung der ambulanten Versorgungsintensität um 10% eine Reduktion im stationären Bereich um 3% zu erwarten ist. Die MGV je Versicherten pro Jahr beträgt ca. 336 € (10% sind ca. 34€); der Landesbasisfallwert für eine stationäre Behandlung beträgt ca. 3.150 € (3% sind ca. 95€). Wo und in welchem Umfang Veränderungen der Arbeitsteilung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung angestrebt werden sollen, bedarf der individuellen Bewertung durch die für die Versorgung vor Ort Verantwortlichen.

Eine Reihe von Studien belegt die substitutive Beziehung zwischen beiden Bereichen. Für die Mehrheit der Indikationsbereiche zeigt sich hierbei eine Substitution stationärer Leistungen durch vertragsärztliche Leistungen (IGES 2014, Czihal et al. 2014). Der empirische Nachweis für eine eindeutig substitutive Beziehung zwischen der vertragsärztlichen und der stationären Versorgung ist insbesondere bei den sogenannten ambulant-sensitiven Konditionen (ASK) geführt. Hierbei handelt es sich um Krankheiten, bei denen aus medizinischen Gründen davon ausgegangen wird, dass durch eine gute ambulante Versorgung die Krankenhausbehandlung nahezu gänzlich vermeidbar ist. Deshalb ist es verständlich, dass vor allem in Regionen mit überdurchschnittlicher Vertragsarztdichte bzw. überdurchschnittlicher Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen weniger stationäre Aufnahmen bei diesen Krankheiten festzustellen sind (IGES 2014, Sundmacher et al. 2014, Burgdorf et al. 2014, Czihal et al. 2014).

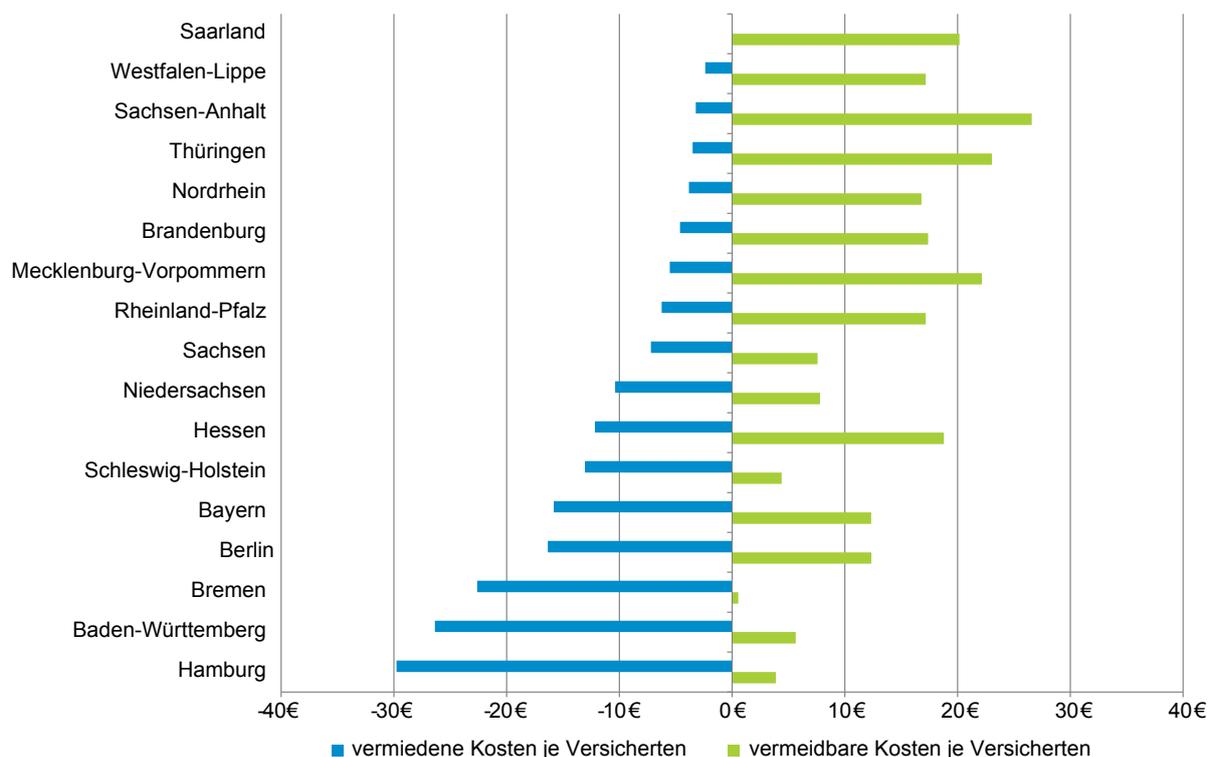
Bei gegebener Morbiditätsstruktur können demnach begründete Unterschiede im vertragsärztlichen Behandlungsbedarf bestehen, die die realisierte oder angestrebte Versorgungsintensität in der vertragsärztlichen Versorgung reflektieren. Berücksichtigt man das Verhältnis zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, wäre für Bremen ein überdurchschnittlicher Behandlungsbedarf und somit eine überdurchschnittliche Gesamtvergütung zu erwarten, da die risikoadjustierte Rate der stationären Aufenthalte hier 15% unter dem Bundesdurchschnitt liegt. Für Westfalen Lippe kann die ambulant-stationäre Arbeitsteilung hingegen als Begründung für eine eher unterdurchschnittliche Mengenkomponekte in Betracht gezogen werden.

Die risikoadjustierte Rate der stationären Aufenthalte liegt hier 13% über dem Bundesdurchschnitt. Die regionalen Unterschiede zeigen aber für Westfalen-Lippe auch eine über das ausreichende Maß hinausgehende stationäre Versorgung, deren Wirtschaftlichkeit nach dem Prinzip „ambulant vor stationär“ hinterfragt werden muss (Quelle: vdek 2013).

Für die ambulant-sensitiven Konditionen hat das IGES Institut folgende ökonomische Kennzahlen für die KV-Regionen berechnet: a) die durch eine unterdurchschnittliche Hospitalisierungsrate bereits realisierten Einsparungen und b) die aufgrund einer überdurchschnittlichen Hospitalisierungsrate noch bestehenden ökonomischen Potenziale (vgl. Abbildung 4). Demnach werden in Bremen derzeit schon über 20€ je Versicherten und Jahr durch die selteneren stationären Aufenthalte eingespart. In Westfalen-Lippe überwiegen hingegen Einsparpotenziale; zusammengenommen beträgt das Einsparpotenzial für Westfalen-Lippe rund 19€ je Versicherten und Jahr.

Während die Berücksichtigung bereits erfolgter Substitutionsprozesse (vgl. Kriterium Leistungsverlagerung) so wie auch die Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur anhand von Abrechnungsdaten aus vergangenen Perioden hergeleitet werden kann, erfordert eine beabsichtigte Veränderung der Arbeitsteilung zwischen der vertragsärztlichen und der stationären Versorgung Investitionen in die vertragsärztliche Versorgung. Auch dies lässt sich am Beispiel Westfalen-Lippe zeigen. Die Region weist u.a. aufgrund der Sonderregelungen für das Ruhrgebiet in der Bedarfsplanungsrichtlinie mit 149 Ärzten je 100.000 Einwohner eine der geringsten Arztdichten im KV-Vergleich auf. Westfalen-Lippe liegt damit 14% unter dem Bundesdurchschnitt. Die unterdurchschnittliche Anzahl an Ärzten wird derzeit durch Mehrarbeit je Arzt ausgeglichen. Die Fallzahl je Arzt liegt in Westfalen-Lippe 13% über dem Bundesdurchschnitt. Eine verstärkte Substitution stationärer Leistungen würde demnach nur unter anderen Rahmenbedingungen zu erwarten sein. Voraussetzung dafür ist u.a., dass die MGV ohne Fortschreibung historischer Auszahlungsquoten risikostrukturgerecht berechnet wird. Der hierdurch entstehende Mittelzuwachs kann mit Anreizen bzw. Investitionen verbunden

Abbildung 4: Realisierte und noch bestehende Einsparungen in Bezug auf vermeidbare Krankenhausfälle (ambulant-sensitive Konditionen, ASK)



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Berechnungen von IGES

werden, die auf die Reduktion vermeidbarer Krankenhausbehandlungen gerichtet sind.

Versorgungsziele

Die Häufigkeit potenziell vermeidbarer Krankenhausfälle ist für den Sachverständigenrat Gesundheit ein Qualitätsindikator für die ambulante Versorgung insgesamt (SVR 2012). Eine möglichst niedrige Hospitalisierungsrate kann daher für viele Krankheiten als relevantes Versorgungsziel gelten. Der nahe liegende Zusammenhang zwischen einer überdurchschnittlichen Leistungshäufigkeit z.B. bei Hausbesuchen, ambulanten Operationen und weiteren vertragsärztlichen Leistungen und unterdurchschnittlichen Raten an vermeidbaren Krankenhaufällen, wie z.B. in Bayern, Hamburg und Berlin kann in diesen Regionen überdurchschnittliche Behandlungsbedarfe begründen. Perspektivisch sind darüber hinaus weitere konkrete Maßnahmen denkbar, um spezifische Hospitalisierungsraten kontinuierlich zu reduzieren.

Erste Schritte in diese Richtung wurden mit Vereinbarungen förderungswürdiger Leistungen unternommen. Versorgungsziele müssen inhaltlich definiert sein; eine Orientierung am Bundesdurchschnitt ist hierbei in der Regel nicht aussagefähig. Das zeigt exemplarisch eine Studie zur Versorgungssituation in der Allergologie (Biermann et al. 2013). Nur 7% einer repräsentativen Stichprobe von Patienten mit allergischer Rhinitis und nur 5% der Patienten mit allergischem Asthma erhalten eine spezifische Immuntherapie (SIT). Der Anteil sollte aus Sicht der Studienautoren deutlich gesteigert werden, insbesondere um Folgeerkrankungen zu vermeiden. Um dieses Versorgungsziel zu erreichen, wäre folglich eine Anpassung der Mengenkomponekte in dem Umfang der Differenz zwischen dem derzeitigen und dem Zielwert (Erhöhung der SIT-Quote) erforderlich.

Die Gesamtvertragspartner in Sachsen z.B. fördern die SIT über die Mengenkomponekte der Gesamtvergütung. In Bayern sollen durch eine Förderung der Polysomnographie stationäre Aufenthalte (in der Schlafmedizin) vermieden werden. In Bremen werden neben den schon oben genannten Leistungen auch z.B. Haus- und Heimbefuche - ebenfalls zur besseren Vermeidung stationärer Aufenthalte - gefördert (IGES 2014). Die aus diesen unterschiedlichen Vereinbarungen resultierenden Unterschiede in der Gesamtvergütung müssen perse als begründet angesehen werden, da sie explizite Versorgungsziele der Gesamtvertragspartner darstellen. Die unterschiedliche Ausgestaltung von Versorgungszielen nach KV-Regionen erschwert mithin den quantitativen Vergleich der vereinbarten Behandlungsbedarfe.

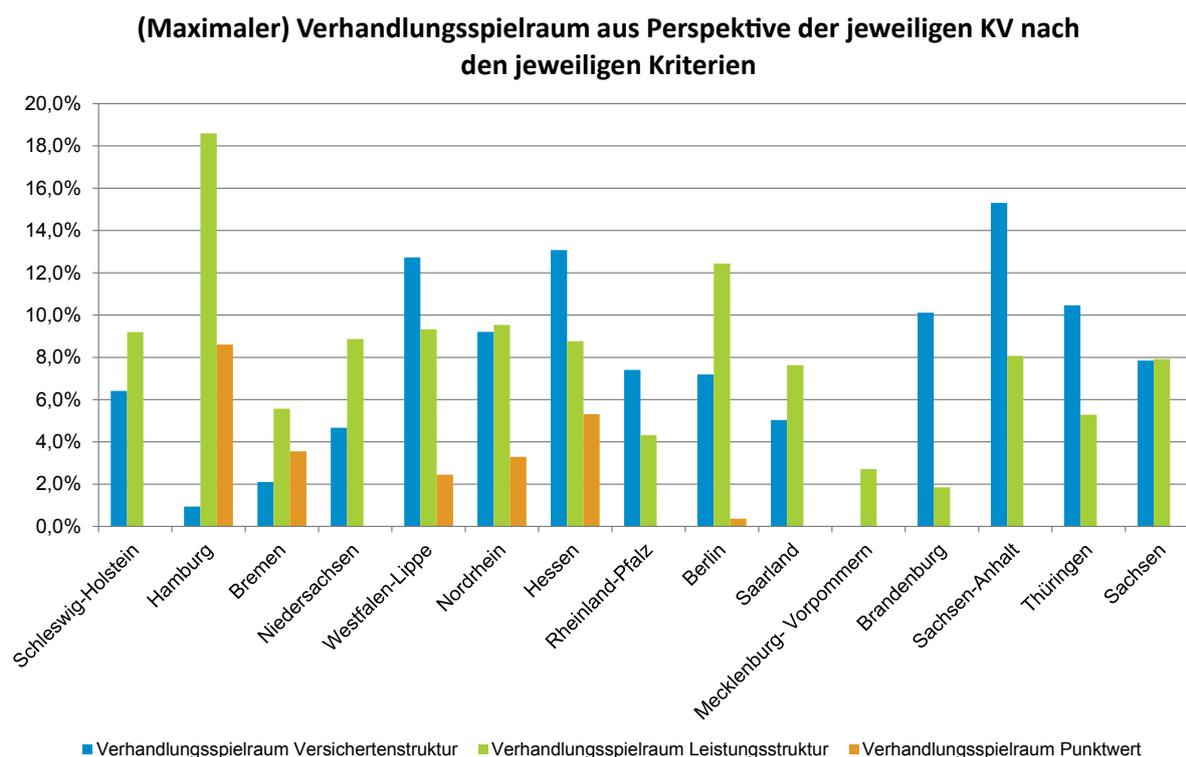
Zwischenfazit

Die gegenwärtigen Abstände in den Gesamtvergütungen je Versicherten zwischen den KVEn stellen eine Mischung aus begründeten und unbegründeten Unterschieden dar. Differenziert man nach der Preis- und der Mengenkomponekte, ergeben sich die bestehenden Unterschiede vorrangig dadurch, wie der Behandlungsbedarf auf Basis der historischen Ausgangswerte weiterentwickelt wurde. Nur in zwei KVEn gilt bisher ein vom Orientierungswert abweichender regionaler Punktwert.

Die Bewertung der bestehenden Unterschiede konzentriert sich somit auf die Frage, ob und inwieweit die Behandlungsbedarfe nach den im Gesetz aufgeführten Kriterien als angemessen und bedarfsgerecht anzusehen sind.

Die Kriterien zur Beurteilung der Angemessenheit und Bedarfsgerechtigkeit der Mengenkomponekte sind die Risikostruktur der zu versorgenden Versicherten, die Leistungsintensität aufgrund der Versorgungsstruktur sowie inhaltliche Versorgungsziele. Zur Bewertung der Angemessenheit der Leistungsintensität bietet sich insbesondere die sektorenübergreifende Betrachtung an: Soweit eine höhere Leistungsintensität in der vertragsärztlichen Versorgung zu einer verringerten Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung, führt, dient diese den Zielen des SGB V und bietet tendenziell eine höhere Versorgungsqualität.

Abbildung 5: Potenzielle Bedeutung einzelner Kriterien für die regionale Weiterentwicklung des Behandlungsbedarfs in den Kassenärztlichen Vereinigungen



Quelle: Eigene Berechnungen für das Jahr 2013 (Bayern und Baden-Württemberg werden nicht berichtet, da in diesen KVen die Datengrundlage aufgrund relevanter Selektivverträge unvollständig ist)

Da die Behandlungsbedarfe bisher nicht systematisch nach Maßgabe der Kriterien der Bedarfsgerechtigkeit vereinbart, sondern im Wesentlichen auf Basis der gesetzlichen Übergangsregeln fortgeschrieben wurden, ist es erforderlich, die Gesamtvertragspartner zunächst in die Lage zu versetzen, kriteriengestützte Vereinbarungen vorzunehmen. Ausgangswert der Bewertung muss die nach Alter, Geschlecht und Morbidität standardisierte bundesdurchschnittliche Inanspruchnahme von Leistungen der MGV sein. Hier eignen sich Empfehlungen des Bewertungsausschuss, wie sie heute schon in Bezug auf die Veränderung der Morbiditätsstruktur an die Gesamtvertragspartner erfolgen. Die sich hieraus ergebenden Behandlungsbedarfe sollten in einem zweiten Schritt nach weiteren Merkmalen der Sozial- und Versorgungsstruktur mit Blick auf die Leistungsintensität bei gegebener Morbiditätsstruktur weiterentwickelt bzw. durch Versorgungsziele ergänzt werden. Ein wesentlicher Indikator sollte dabei die tatsächlich durch die Wohnortversicherten in Anspruch genommene Menge an vertragsärztlichen Leistungen darstellen.

Da hiermit eine Beschlussfassung über die notwendige und bedarfsgerechte Versorgung in der jeweiligen Region getroffen wird, muss jede KV-Region getrennt und unabhängig von anderen Regionen bewertet werden. Um die vertragsärztliche Versorgung angemessen weiter zu entwickeln, ist die relative Bedeutung einzelner Kriterien regional höchst unterschiedlich ausgeprägt. Dies ist exemplarisch und ohne Anspruch auf Vollständigkeit in Abbildung 5 dargestellt; dabei wird nicht unterstellt, dass sämtliche Kriterien in allen Regionen bis zum Maximalwert ausgeschöpft werden.

Der Verhandlungsspielraum gemäß Versichertenstruktur gibt die Differenz bis zum morbiditätsbedingt erwarteten Behandlungsbedarf an. Der Verhandlungsspielraum gemäß Leistungsstruktur gibt die Differenz bis zur tatsächlich erbrachten Leistungsmenge an. Der Verhandlungsspielraum Punktwert gibt die Differenz bis zum regionalen Punktwert an, bei dem die Besonderheiten der Kostenstruktur berücksichtigt werden.

Die Verantwortung für die Bewertung der Kriterien muss aus inhaltlichen und formalen Gründen bei den Gesamtvertragspartnern liegen. Verfahren, die im Wege eines Automatismus zu überregionaler Umverteilung führen, schränken diese Verantwortung der Gesamtvertragspartner für eine sachgerechte Bewertung der Versorgungssituation vor Ort erheblich ein und sind daher gänzlich ungeeignet.

Notwendige Korrektur durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz?

Eine bedarfsgerechte Ausrichtung der versichertenbezogenen Gesamtvergütung ist nach der derzeitigen Formulierung des § 87a Abs. 4 SGB V nicht möglich. Gemäß der BSG-Rechtsprechung vom 13. August 2014 dürfen die Gesamtvertragspartner bzw. das Landesschiedsamt bei der Weiterentwicklung des Behandlungsbedarfs die Krankheitshäufigkeiten als Risikostrukturmerkmal der Versicherten nicht im Niveau berücksichtigen. Allenfalls Veränderungen der Morbiditätsstruktur im Verhältnis zur Berechnungsgrundlage des Vorjahres sind berücksichtigungsfähig. Damit bleibt es günstigstenfalls dem Zufall überlassen, ob für die Versicherten einer KV-Region eine bedarfsgerechte Mengenkomponeute vereinbart werden kann. Der Koalitionsvertrag enthält daher auf S. 55 einen Prüfauftrag.

Die Bundesregierung reagiert nun mit dem Entwurf zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG), welcher eine Ergänzung des § 87a SGB V um einen neuen Absatz 4a enthält. Dieser sieht einen Auftrag an die Gesamtvertragspartner vor, über eine einmalige Anpassung des Behandlungsbedarfs für das Jahr 2017 zu verhandeln. Die Berechtigung dazu soll jedoch nur dort bestehen, wo die MGV je Versicherten für die jeweilige KV die bundesdurchschnittliche MGV je Versicherten unterschreitet. Eine Anpassung soll dann maximal bis zur bundesdurchschnittlichen MGV je Versicherten ermöglicht werden.

Dass die Bundesregierung die erste Möglichkeit einer Gesetzesinitiative nutzt, um auf das BSG-Urteil zu reagieren, ist zu begrüßen. Auch, dass mögliche Anpassungen jeweils nur für einzelne KV-Regionen und nicht zu Lasten anderer Regionen erfolgen sollen, ist folgerichtig.

Die im geplanten Absatz 4a enthaltene Klarstellung, dass die Begründetheit des Behandlungsbedarfs je Versicherten zu betrachten ist, ist vor dem Hintergrund vergangener Verhandlungsrunden richtig. So argumentierte bspw. die AOK Sachsen-Anhalt in der Auseinandersetzung um die angemessene Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, dass die in Sachsen-Anhalt unzweifelhaft überdurchschnittliche Morbidität schon deshalb in der Vergütung berücksichtigt sei, weil in Sachsen-Anhalt je Arzt überdurchschnittliche GKV-Umsätze vorlägen (AOK Sachsen-Anhalt 2014). Dass diese überdurchschnittlichen Umsätze ausschließlich durch höhere Fallzahlen, also mehr Arbeit je Arzt begründet werden, während das Honorar je Behandlungsfall aufgrund der unterdurchschnittlichen MGV je Versicherten weit unter dem Durchschnitt liegt, wurde nicht berücksichtigt. Auch der GKV-Spitzenverband lehnte eine versichertenbezogene Betrachtung als Entscheidungsgrundlage für den regionalen Anpassungsbedarf im Behandlungsbedarf ab. Er schlägt stattdessen vor, jedem Arzt genau den gleiche Anteil seiner erbrachten Leistungen nicht zu vergüten (Staffeldt 2011). Letztendlich zielt diese Betrachtungsweise auf eine versorgungsfeindliche „Zementierung“ eines bundesweiten Budgetdeckels mit „floatenden“ regionalen Punktwerten, also genau auf die Wiedereinführung des Status Quo vor der mit dem GKV-WSG vorgegebenen Vergütungsreform. Die von der Regierung gewählte Versichertenperspektive hält dagegen die Grundvoraussetzung für eine bedarfsgerechte Mengenvereinbarung aufrecht.

Allerdings enthält der Regierungsentwurf des Absatz 4a durch die doppelte Bezugnahme auf die bundesdurchschnittliche MGV methodisch einen Kardinalfehler, durch den letztlich der in der Grundnorm in Absatz 3 vorgegebene und in Absatz 4 konkretisierte Auftrag an die Gesamtvertragspartner konterkariert wird: In Verhandlungen sollen nur Regionen treten können, deren vereinbarte Behandlungsbedarfe unter dem Bundesdurchschnitt liegen. Für eine Region, in der die Risikostruktur der Versicherten weit über dem Bundesdurchschnitt liegt, besteht

demnach keine Verhandlungsmöglichkeit, wenn die bisher vereinbarte Leistungsmenge mindestens dem Bundesdurchschnitt entspricht, obwohl dies bei sachgerechter Berücksichtigung der Risiko- und Versorgungsstruktur zu niedrig ist. Nach dem Regierungsentwurf würde eine solche Region die Perspektive auf eine bedarfsgerechte Mengenvereinbarung endgültig verlieren. Dies ist nicht etwa ein fiktives Szenario, sondern könnte z.B. für Sachsen exakt so eintreffen. Hier wird es maßgeblich vom Vorgehen des Instituts des Bewertungsausschuss bei der Berechnung der einzelnen Mengenkompontenten abhängen (z.B. Berücksichtigung bereits vereinbarter regionaler Versorgungsziele), ob in Sachsen überhaupt verhandelt werden darf. Selbst wenn das Ergebnis eine Verhandlung ermöglichen würde, dürfte das Verhandlungsergebnis gemäß Regierungsentwurf dann nicht über den bundesdurchschnittlichen Behandlungsbedarf hinausgehen. Sachsen hätte auch nach der Gesetzesänderung keine Möglichkeit, eine Mengenvereinbarung zu treffen, die die überdurchschnittliche Risikostruktur der sächsischen Versicherten abbildet. Etwaige darüber hinausgehende Versorgungsziele zur Verbesserung der Qualität der Versorgung wären auch nicht berücksichtigungsfähig.

Fazit

Im Ergebnis kann eine angemessene und bedarfsgerechte Vereinbarung des Behandlungsbedarfs mit dem Regierungsentwurf nicht umgesetzt werden, regionale Besonderheiten der Risiko- und Versorgungsstruktur können ebenso wenig wie regionale Versorgungsziele berücksichtigt werden. Gerade in Regionen mit einem hohen Versorgungsbedarf könnte dieser nicht berücksichtigt werden. Diese Vorgabe der Bunderegierung für die medizinische Versorgung durch Vertragsärzte wäre in etwa so sinnvoll wie die Vorgabe einer einheitlichen Kleider-Konfektionsgröße für alle Bundesbürger. Das kann weder im Sinne des Erhalts und der Weiterentwicklung einer hochwertigen vertragsärztlichen Versorgung noch im Sinne des grundgesetzlichen Ziels der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse sein. Diese Ziele verlangen eine inhaltliche Bewertung nach gleichen Maßstäben, also im übertragenen Sinne: Bestimmung der individuellen Konfektionsgröße auf der Grundlage einer gleichem Maßtabelle.

Im Absatz 4a des Regierungsentwurfs wäre demnach der Bezug zum Bundesdurchschnitt als Aufgreifkriterium und Obergrenze zu streichen oder zumindest um eine Gewichtung des bundesdurchschnittlichen Behandlungsbedarf je Versicherten mit regionalen Besonderheiten der Risiko- und Versorgungsstruktur sowie regionalen Versorgungszielen zu ergänzen, wie dies von einigen Bundesländern im Bundesrat gefordert wird. Zudem sollte die Begrenzung auf eine einmalige Anpassung entfallen, um den Gesamtvertragspartnern Zeit für Anpassungsprozesse zu geben. Erst dann wären die wesentlichen Voraussetzungen geschaffen, damit sachgerecht über eine angemessene Gesamtvergütung je Versicherten in den Regionen verhandelt werden kann.

Literaturverzeichnis

- Sundmacher (2012):** Sundmacher L., Bäuml M., Busse R. Der Einfluss von Ärztedichte auf ambulant-sensitive Krankenhausfälle. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2012. Schwerpunkt: Regionalität. Schattauer, Stuttgart. S. 183-202
- IGES (2014):** Albrecht M und Loos S. Forschungsvorhaben zur Umsetzung des § 221b Absatz 2 SGB V Evaluierung der Auswirkungen von Zuschlägen zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten (§87a Absatz 2 Satz 3 SGB V). Abschlussbericht Berlin 05.06.2014. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Forschungsberichte/2014/2014_3/140808_Forschungsbericht-IGES-Institut-Versorgung-Aerzte.pdf (Zugriff am 18.12.2014)
- Erhart (2013):** Erhart M., Czihal T., Schallock M., von Stillfried D. (2013). Machbarkeitsstudie Projektion der demografisch bedingten Entwicklung des Versorgungs- und Arztbedarfs in der vertragsärztlichen und in der stationären Versorgung - Grundlage einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung? Gutachten, gefördert durch die Bundesärztekammer im Rahmen des Programms zur Förderung der Versorgungsforschung. Bundesärztekammer, Berlin. Link: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/sektoreneuebergreifende-Bedarfsplanung.pdf> (letzter Aufruf: 18. 12. 2014)
- SVR (2012):** Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012). Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Bonn. Link: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=378> (letzter Aufruf: 5.9. 2014)
- SVR (2014):** Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bonn. Link: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf (letzter Aufruf: 5. 9. 2014)
- KV Nordrhein (2013): Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein – Versorgungsreport 2013. Düsseldorf. Link: <http://www.versorgungsreport.de/fileadmin/pdf/KV%20Nordrhein%20-%20Versorgungsreport%202013.pdf> (letzter Aufruf: 5. 9. 2014)
- Göpffahrt (2013):** Göpffahrt D. Was wissen wir über die regionale Variation der Gesundheitsausgaben? In: Gesundheits- und Sozialpolitik 2013; 67 (6): 29-35
- Barmer GEK (2014):** Grobe T., Heller G. , Szecsenyi J.: Barmer- GEK Arztreport 2014. Link: http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Laender/Einstieg-Hamburg/Standort-info/Weiterf_C3_BChrende_20Informationen/1__2014/140311-Arztreport.pdf (letzter Aufruf: 5. 9. 2014)
- Thode (2005):** Thode N., Bergmann E., Kamtsiuris P., Kurth B.M.: Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2005. 48:296–306
- Czihal (2014):** Czihal T. Özkan A., Gerber C., von Stillfried D.: Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. www.versorgungsatlas.de (letzter Aufruf: 5. 12. 2014)
- Sundmacher (2014):** Sundmacher L., Kopetsch T. (2014): The impact of office-based care on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions, in: The European Journal of Health Economics, Published online, 05 April 2014.

Burgdorf (2014): Burgdorf F, Sundmacher L (2014). Potentially avoidable hospital admissions in German – an analysis of factors influencing rates of ambulatory care sensitive hospitalizations. *Dtsch Arztebl Int* 111(13): 215-23

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

Drösler et al. (2013): Drösler, Saskia, Neukirch, Benno, Ulrich, Volker und Wille, Eberhard (2013): Möglichkeiten und Notwendigkeit der Morbiditätsmessung im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung unter besonderer Berücksichtigung des Klassifikationsmodells des Bewertungsausschusses. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, Krefeld, Bayreuth und Mannheim im September 2013.

Biermann et al. (2013): Biermann J., Merk H., Wehrmann W., Klimek L., Wasem J.: Allergische Erkrankungen der Atemwege – Ergebnisse einer umfassenden Patientenkohorte in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung In: *Allergo J* 2013; 22 (6) 366–73