

# Was ist die angemessene Leistungsmenge?

Noch immer tragen die Vertragsärzte einen erheblichen Teil des Morbiditätsrisikos. In der Verhandlungsrunde 2013 hat die KV H deshalb eine angemessene Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur der Versicherten mit Wohnort in Hessen gefordert und aufgrund der Verweigerung der Kassenseite einen Schiedsentscheid herbeigeführt.



**Dr. Dominik von Stillfried**

seit

- 2008** *Geschäftsführer des ZI*
- 2006-2008** *Leiter der Stabsstelle Versorgungsforschung bei der Kassenärztliche Bundesvereinigung*
- 1998-2006** *Leiter des Dezernates Grundsatzfragen bei der Kassenärztliche Bundesvereinigung*
- 1996-1998** *Sachgebietsleiter Managed Care bei der BARMER Ersatzkasse*
- 1995-1996** *wissenschaftlicher Mitarbeiter des VdAK, Abteilung Gesundheitswissenschaften und Grundsatzfragen der medizinischen Versorgung*
- 1991-1995** *wissenschaftlicher Mitarbeiter der Universität Tübingen, Stiftungsprofessur Gesundheitssystemforschung*

// Die Krankenkassen tragen das Morbiditätsrisiko“ – das heißt, sie „tragen alle finanziellen Lasten, die sich aus der Erbringung medizinisch notwendiger Leistungen ergeben.“ Dies wollte die große Koalition mit der Reform der vertragsärztlichen Vergütung im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 erreichen. Die Änderung im fünften Sozialgesetzbuch ist mit Wirkung zum Jahr 2009 in Kraft getreten. Bis heute ist die Zielsetzung aber nicht umgesetzt.

## Auftrag des Gesetzgebers

Der gesetzliche Auftrag an die Gesamtvertragspartner lautet, jährlich die voraussichtliche, mit der Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundene Menge an vertragsärztlichen Leistungen für eine KV-Region zu vereinbaren. Diese vereinbarte Leistungsmenge ist durch die Krankenkassen in voller Höhe mit dem – ebenfalls regional zu vereinbarenden- Punktwert zu vergüten. Sie gilt als medizinisch notwendige Leistungsmenge und kann insofern durch die Krankenkassen nicht unter Verweis auf mangelnde finanzielle Ressourcen eingeschränkt werden. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für das zweite wichtige Ziel der Vergütungsreform von 2007: Kalkulationsunsicherheit für Vertragsärzte.

Die Vergütungsreform geht von einem einfachen Leitbild aus: Notwendige Leistungsmenge mal Punktwert ergibt die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Zusätzlich kann ein von den Gesamtvertragspartnern im Nachhinein festgestellter „nicht vorhersehbarer Morbiditätsanstieg“ (z. B. eine besonders starke Grippewelle) zu einer über diese Leistungsmenge hinausgehende Vergütung führen. Damit ist klar: Um eine leistungsgerechte Vergütung zu ermöglichen, muss eine Leistungsmenge vereinbart werden, die der Behandlungsbedürftigkeit der Versicherten entspricht. Hier ist eine inhaltliche Wertung erforderlich.

Durch das Versorgungsstrukturgesetz wurde der gesetzliche Auftrag an die Gesamtvertragspartner mit Wirkung für 2013 nochmals verstärkt: Alle bis dato geltenden Übergangsregelungen wurden aufgehoben, die Kompetenz zur Verhandlung über eine angemessene Leistungsmenge an die Landesebene zurückgegeben. Der Bewertungsausschuss gibt demnach nur noch unverbindliche, nicht abschließende Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Gesamtvergütung an die regionalen Vertragsparteien. ▶

## Ausgangslage für die Gesamtvergütung 2013

Im GKV-Finanzierungsgesetz hatte die Politik in Reaktion auf die Finanzkrise 2009 die Umsetzung der Vergütungsreform für zwei Jahre ausgesetzt. 2012 wurde der notwendige Behandlungsbedarf für Hessen auf rund 344 € je Versicherten per Gesetz bestimmt. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (348 € je Versicherten) erscheint dies zunächst nur als geringfügige Abweichung (- 1%). Dies lässt aber die Inanspruchnahme von Psychotherapie sowie besondere Risikostruktur der hessischen Versicherten außer Acht. Der Bewertungsausschuss hat für die Vergütung 2013 empfohlen, die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß Psychotherapierichtlinie sowie probatorische Sitzungen aus dem prospektiv zu vereinbarenden Behandlungsbedarf auszugliedern (sog. Ausdeckelung). Damit reduziert sich der durchschnittliche Behandlungsbedarf für Hessen deutlich. Da die Krankenkassen in Hessen überdurchschnittlich viele dieser Leistungen genehmigten (ca. 9 € mehr je Versicherten im Vergleich zum Bundesdurchschnitt), wird der Behandlungsbedarf durch die Ausdeckelung um ca. 31 € je Versicherten reduziert. Nach Ausdeckelung der Psychotherapie-Leistungen ergibt sich ein vereinbarter Behandlungsbedarf je Versicherten in Hessen von 312 €. Dieser liegt rund 4% unter dem Bundesdurchschnitt (325 €). Noch niedriger ist der um Psychotherapie-Leistungen bereinigte vereinbarte Behandlungsbedarf je Versicherten nur in den KVen Nordrhein, Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein.

## Bestimmung des mit der Morbiditätsstruktur verbundenen Behandlungsbedarfs

Um den mit der Morbiditätsstruktur verbundenen, erwarteten Behand-

lungsbedarf der Versicherten quantifizieren zu können, ist ein zweistufiges Vorgehen notwendig. Im ersten Schritt muss die Morbiditätsstruktur der Versicherten dargestellt werden. Im zweiten Schritt muss der mit der Morbiditätsstruktur verbundene Behandlungsbedarf berechnet werden; hierbei gehen nur die Leistungen ein, die Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind.

Beide Schritte können mit Hilfe von sogenannten Versichertenklassifikationsmodellen realisiert werden. Diese bestehen aus

- a) einer inhaltlichen Zusammenfassung und Gliederung der Morbidität in Form von Alters-, Geschlechts- und Krankheitsgruppen,
- b) einer Ermittlung des erwarteten Behandlungsaufwands für die nach a) beschriebenen Versicherten.

Bekannt und international etabliert sind entsprechende Modelle z. B. aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen. Auch die Berechnung der morbiditätsbedingten Veränderungsrate, die der Bewertungsausschuss den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene als Empfehlung zur Weiterentwicklung der Gesamtvergütung an die Hand gibt, wird mit einem solchen Klassifikationsmodell durchgeführt.

Im Rahmen der Honorarverhandlungen zwischen der KV Hessen und den Krankenkassen wurde das Klassifikationsmodell genutzt, das vom Bewertungsausschuss selbst für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate (sogenannte Morbi-Rate) entwickelt worden ist. Dieses Klassifikationsmodell basiert auf 32 Alters- und Geschlechtsgruppen. Jeder Versicherter kann jeweils nur einer Gruppe angehören. Auf Basis der gemeinsamen Datengrundlage der Gesamtvertragspart-

ner kann ganz einfach nachzählt werden, dass in Hessen die vertragsärztliche Versorgung z. B. für rund 380.000 Frauen zwischen 35 und 44 Jahren, für rund 100.000 Frauen zwischen 80 und 84 Jahren (etc.) sicherzustellen ist.

Es liegt auf der Hand, dass die demographische Struktur nicht ausreicht, um den mit der Morbidität verbundenen Behandlungsbedarf der Versicherten abzubilden. Jeder Arzt weiß aus eigener Erfahrung, dass der Behandlungsaufwand für relativ gesunde 80-jährige Patientinnen weitaus geringer sein kann als der von schwerkranken 40-jährigen Patientinnen. Aus diesem Grunde enthält das Klassifikationsmodell des Bewertungsausschusses neben den 32 Alters- und Geschlechtsgruppen 73 Krankheitsgruppen zur Abbildung der Morbiditätsstruktur. Die weit über 10.000 verschiedenen Diagnosecodes der ICD-10 werden in 73 Krankheitsgruppen gegliedert. Diese grobe Zusammenfassung zeigt, dass nur wirklich maßgebliche Unterschiede der Morbiditätsstruktur erfasst werden sollen. Bei durchschnittlich mehreren hundert Diagnosecodes je Krankheitsgruppe geht es letztlich nicht um letzte Feinheiten des Kodierens. Somit ist der Wegfall der Ambulanten Kodierrichtlinien hier berücksichtigt. Nicht epidemiologische Daten sollen hier gewonnen werden, sondern der mittlere Behandlungsbedarf soll ermittelt werden, der sich über eine große Zahl von Versicherten mit vergleichbaren Risikostrukturmerkmalen ergibt. Hierfür reicht es, wenn Risikomerkmale zusammengefasst werden, die im Hinblick auf ihre ökonomischen Folgen ähnlich sind. Die empirischen Ergebnisse des Instituts des Bewertungsausschusses bestätigen, dass das Klassifikationsverfahren den erwarteten Behandlungsbedarf für eine größere Anzahl Versicherter zuverlässig schätzen kann. ▶

Auf Basis der dokumentierten ICD 10-Abrechnungsdiagnosen kann für jeden hessischen Versicherten die Anzahl der relevanten Krankheitsgruppen ermittelt werden. Da je Versicherten mehrere Krankheitsgruppen gezählt werden können, wird auch Multimorbidität der Versicherten dargestellt. Der insgesamt erforderliche Behandlungsbedarf kann erneut durch Aufsummierung ermittelt werden. Auf Basis des Klassifikationsverfahrens zeigt sich z.B., dass in Hessen rund 81.000 GKV Versicherte infolge eines Diabetes mellitus Typ 1, rund 1 Mio. GKV-Versicherte infolge einer essentiellen Hypertonie und rund 430.000 Versicherte infolge einer Cox- oder Gonarthrose vertragsärztlich versorgt werden müssen.

Nachdem die Morbiditätsstruktur der Versicherten abgebildet ist, muss sie mit dem jeweils zu erwartenden Auf-

kommen an vertragsärztlichen Leistungen bewertet werden. Auch wird auf Ergebnisse des Bewertungsausschusses bzw. des Instituts des Bewertungsausschusses zurückgegriffen. Im Rahmen der Berechnungen zur Empfehlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate ermittelt das Institut, welcher Behandlungsbedarf mit den 32 Alters- und Geschlechtsgruppen und 73 Krankheitsgruppen für den Zeitraum eines Jahres rechnerisch verbunden ist. Mittels Regressionsrechnung werden für jede Alters- und Geschlechtsgruppe sowie für jede Krankheitsgruppe auf einer bundesweiten Datengrundlage sogenannte Kostengewichte bestimmt. Für die Altersgruppe der Frauen zwischen 35 und 44 Jahren ermittelte das Institut 118 €, für Frauen zwischen 80 und 84 Jahren 131 €. Zu den Beträgen für Alter und Geschlecht müssen dann die Zuschläge für die Krankheitsgruppen

hinzu addiert werden. Für Diabetes mellitus Typ 1 ermittelte das Institut 61 €, für essentielle Hypertonie 42 € und für Cox- oder Gonarthrose 53 €. Für eine 44-jährige Frau mit diesen drei Erkrankungen ist also auf Basis der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses ein Behandlungsbedarf von 274 € zu erwarten. Dieser Wert stimmt zwar für einzelne Versicherte im seltensten Fall. Je größer die Zahl der Versicherten, desto valider ist jedoch der Schätzwert. Regionale Besonderheiten der Versorgungsstrukturen können dabei zu systematischen Abweichungen führen. Ein höherer Behandlungsbedarf ergibt sich insbesondere in Ballungsräumen, wo eine umfassendere vertragsärztliche Versorgung zu reduzierter Inanspruchnahme stationärer Versorgung führt.

Die ermittelten Kostengewichte werden mit der Häufigkeit des Auftretens der Risikogruppen bei den hessischen Versicherten multipliziert, um den erwarteten Behandlungsbedarf bei der gegebenen Morbiditätsstruktur in Hessen zu ermitteln. Dabei haben die auf einer bundeseinheitlichen Datengrundlage ermittelten Kostengewichte eine methodische und eine politische Bedeutung. Methodisch gesehen sind sie ein für Hessen externer Maßstab des notwendigen Behandlungsbedarfs. Politisch verkörpern sie den Versorgungsanspruch hessischer Versicherter nach Maßgabe des verfassungsgemäßen Grundsatzes der „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“ in Deutschland.

Für Hessen ergeben sich bei ca. 5 Mio. GKV Versicherten ca. 5 Mio. Zuschläge für die Alters- und Geschlechtsgruppen, die mit den Kostengewichten bewertet ca. 596 Mio. € ergeben. Dazu kommen 27,4 Mio. Zuschläge für Krankheitsgruppen, die sich auf knapp 1,2 Mrd. € summieren. Insgesamt ergibt sich also ein mit der Morbiditätsstruktur ver-



bundener Behandlungsbedarf von knapp 1,8 Mrd. € für alle Versicherten mit Wohnort in Hessen oder 353 € je Versicherten. Gegenüber dem vereinbarten Behandlungsbedarf (312 € je Versicherten) besteht ein Anpassungsbedarf von knapp 13 Prozent.

Mit dieser Forderung zur angemessenen Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur bei der Festlegung des notwendigen Behandlungsbedarfs für die hessischen Versicherten traf die KV auf eine juristisch begründete Blockadehaltung der Krankenkassen. Die Kassen haben damit deutlich gemacht, dass sie sich auf eine inhaltliche Diskussion nicht einlassen wollten. Implizit erklärten sie so auch einen erheblichen Teil der erbrachten Leistungen für nicht notwendig. Die KV rief folglich das Landesschiedsamt an.

### Entscheidung des Landesschiedsamtes Hessen

Der Antrag der KV auf Erhöhung des Behandlungsbedarfs zur Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur wurde vom Schiedsamt abgelehnt. Auch hierbei kam es nicht zu einer inhaltlichen Auseinandersetzung über die angemessene Leistungsmenge. Vielmehr verwies das Schiedsamt auf ein laufendes Sozialgerichtsverfahren in Sachsen-Anhalt. Auch dort hatte die KV eine Anpassung des vereinbarten Behandlungsbedarfs an die tatsächliche Morbiditätsstruktur der Versicherten gefordert. Das dortige Schiedsamt beschloss im Dezember 2012 eine Anpassung um insgesamt 12 % über drei Jahre. Dagegen hatten die Krankenkassen unverzüglich geklagt. Bereits im August 2013 hatte das Gericht per einstweiligem Rechtsschutz die Entscheidung des Schiedsamts als rechtswidrig eingestuft. Am 13.11.2013 urteilte das Landessozialgericht, das Anliegen der KV sei „nachvollziehbar“ aber das Gesetz erlaube den Gesamtvertragspartnern



nur Veränderungen der Morbiditätsstruktur im Vergleich zum Vorjahr zu berücksichtigen. Mit anderen Worten: Wurde die Gesamtvergütung durch Entscheidung des Bewertungsausschusses in der Vergangenheit falsch festgelegt, bestünde keine Möglichkeit einer inhaltlich begründeten Korrektur.

Dies kann nicht Ziel des Versorgungsstrukturgesetzes gewesen sein. In seiner Begründung hatte der Gesetzgeber erklärt, den Gesamtvertragspartnern und damit auch dem Schiedsamt die Kompetenz für inhaltlich begründete Entscheidungen zur Festlegung einer angemessenen Vergütung zurück zu geben. Noch ist das Urteil des LSG Sachsen-Anhalt nicht rechtskräftig und es bleibt zu hoffen, dass der Bundesgesetzgeber oder zu einem späteren Zeitpunkt das Bundessozialgericht Sinn und Zweck einer morbiditätsbedingten Gesamtvergütung klarstellt.

Nach dem Schiedsspruch in Hessen tragen die Krankenkassen weiterhin nicht alle finanziellen, die sich aus

der Erbringung medizinisch notwendiger Leistungen für die hessischen Versicherten ergeben. Der vom Schiedsamt zuerkannte Punktwertzuschlag in Anerkennung eines höheren Niveaus der Investitions- und Betriebskosten in hessischen Praxen gleicht die fehlende Anpassung der Leistungsmenge nicht aus. Die Auswirkungen wurden von renommierten Wissenschaftlern in einem Gutachten für die KV Sachsen-Anhalt wie folgt beschrieben: „Ein zu niedrig angesetzter Bedarf gefährdet somit die medizinische Versorgung oder verlagert einen Teil des Morbiditätsrisikos auf die Vertragsärzte. Beide Auswirkungen widersprechen eindeutig den Intentionen des Gesetzgebers.“ Da es offenkundig nicht möglich ist, diese Intentionen in der Realität umzusetzen, muss der Gesetzgeber hier baldmöglichst nachbessern. ●

*Dr. Dominik Graf von Stillfried*



[www.zi.de](http://www.zi.de)

