

# Cui bono? Anmerkungen zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und zu einer Prämienausschüttung<sup>1</sup>

HOLGER PRESSEL

Dr. Holger Pressel ist Leiter Politik bei der AOK Baden-Württemberg

**Eine große Krankenkasse kündigt zur Freude des Bundesgesundheitsministers die Ausschüttung einer Prämie an. Im Vorfeld verhindert das Bundesgesundheitsministerium die überfällige Beseitigung eines Methodenfehlers beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Zur Freude eben dieser Krankenkasse. Beobachter sprechen daher von einem »Deal« zwischen der Krankenkasse und dem Bundesgesundheitsministerium. Ziel dieses Aufsatzes ist es, zu diskutieren, ob es tatsächlich Indizien oder gar Beweise für diesen »Deal« gibt.**

Ende September 2012 berichteten gleich mehrere Printmedien über einen »Kuhhandel namens Zufall«, eine »Absprache« oder einen »Deal« zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und der Techniker Krankenkasse (TK).<sup>2</sup> Was war passiert? Mitte September, präzise formuliert am 17. September 2012, gab der zu diesem Zeitpunkt neue Vorstandsvorsitzende der TK, Dr. Jens Baas, in einem Pressegespräch bekannt, dass die TK die Ausschüttung einer Prämie mit Wirkung ab 2013 plane. Ein entsprechender Beschluss solle am 12. Oktober 2012 im Rahmen einer außerordentlichen Verwaltungsratssitzung getroffen werden.<sup>3</sup> So weit so gut. Das Pikante an der Sache ist der vermutete oder unterstellte – je nach Sichtweise des jeweiligen Akteurs – Zusammenhang mit der vom BMG angeordneten Nichtbeseitigung eines Methodenfehlers beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs in Verbindung mit dem mehrfach öffentlichen Wunsch des Bundesgesundheitsministers Daniel Bahr nach

einer Ausschüttung von Zusatzprämien durch große Kassen.<sup>4</sup>

## Methodisches Vorgehen

Der Aufsatz basiert auf einer Prozessanalyse. Mit »Prozessanalyse« ist das systematische, dynamische Nachverfolgen bzw. Aufspüren von Hinweisen, die Schlussfolgerungen auf die Ursachen des Zustandekommens der abhängigen Variablen zulassen, gemeint. Eine Prozessanalyse ist immer dann sinnvoll, wenn in konkreten historischen Situationen Evidenz für das (Zusammen-)Wirken

1 Der Beitrag gibt die persönliche Einschätzung des Verfassers wieder.

2 In der Reihenfolge der Zitate: taz, Ausgabe vom 21.09.2012, Süddeutsche Zeitung, 22.09.2012, Ärzte Zeitung, 24.09.2012.

3 Vgl. hierzu auch den Bericht in der FAZ, Ausgabe vom 19.09.2012. Dieser Beschluss wurde am 12.10.2012 gefasst.

4 Vor der Ankündigung der TK schütteten lediglich einige wenige, vergleichsweise kleine Kassen eine Zusatzprämie an ihre Mitglieder aus.

von bestimmten kausalen Mechanismen gesucht wird (George/Bennett 2005, Hall 2006). Zur Beantwortung der Frage, ob es diesen »Deal« gab, wurden eine umfangreiche Dokumentenanalyse und Hintergrundgespräche durchgeführt.

## Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (»Morbi-RSA«) und sein Methodenfehler

Der durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) neugefasste § 266 SGB V »Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich)« unterscheidet folgende Arten von Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds: eine Grundpauschale, alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge zum Ausgleich der unterschiedlichen Versicherten- bzw. Risikostrukturen (»Morbi-RSA«) und sonstige Zuweisungen.<sup>5</sup> Die Grundpauschale sowie die alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge dienen der Deckung der standardisierten Leistungsausgaben der Versicherten (§ 266 Abs. 2). Rund 94 % aller Zuweisungen des Fonds entfallen auf die risikoadjustierten Zuweisungen; den sonstigen Zuweisungen (insbesondere zur Deckung der Verwaltungskosten) kommt entsprechend eine vergleichsweise geringe Bedeutung zu. Bezüglich der Ermittlung sowohl des Verfahrens als auch der Höhe der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge kommt dem Bundesversicherungsamt (BVA), einer Bundesoberbehörde, eine bzw. die Schlüsselstellung zu. Mit dem GKV-WSG regelte die Große Koalition, dass das BVA die Höhe der Zuweisungen ermittelt und den Krankenkassen die entsprechenden Mittel zuweist (§ 266 Abs. 4 SGB V). Eine Hauptaufgabe des BVA ist die Auswahl der Krankheiten, für die die Krankenkassen gesonderte Zuweisungen erhalten, sowie die Auswahl eines Versichertenklassifikationsmodells, mit dem die Höhe der jeweiligen Zuschläge bestimmt wird sowie dessen Anpassung an die Gegebenheiten der GKV (§ 31 RSAV). Der Prozess der Auswahl der zuweisungsrelevanten Krankheiten sowie die Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells war ein politisch höchst umstrittenes und umkämpftes Geschehen, da unterschiedliche Interessen vor allem seitens der einzelnen Kassenarten bzw. Kran-

kenkassen, aber auch weiterer Akteure, wie Parteien, Patientenvertreter, Selbsthilfegruppen etc., im Spiel waren.<sup>6</sup> Dies überrascht nicht, denn schließlich geht es bei den Zuweisungen um sehr viel Geld und auch um die relative Wettbewerbssituation der einzelnen Krankenkassen. Zur fachlichen Vorbereitung und Unterstützung der Entscheidung des BVA bestellte das BMG auf Grundlage eines Errichtungserlasses vom 3. Mai 2007 einen interdisziplinär besetzten »Wissenschaftlichen Beirat beim BVA«. Die Benennung dieses Beirats war keine freiwillige, eigenmächtige Entscheidung des BMG, sondern ergibt sich aus einer rechtlich normierten Verpflichtung (§ 31 Abs. 2 RSAV).<sup>7</sup> Zu den Hauptaufgaben des Beirates gehörte die Beratung des BVA bei der Auswahl, Anpassung und Pflege eines Versichertenklassifikationsmodells für die Bildung der Morbiditätsgruppen sowie die Erarbeitung eines Vorschlages für die Auswahl der berücksichtigungsfähigen Krankheiten. Der Wissenschaftliche Beirat bzw. das BVA ist an die Vorgaben der von der Politik formulierten rechtlichen Vorgaben gebunden. Diese Vorgaben finden sich in der im Rahmen des GKV-WSG geänderten RSAV. Demnach hat die Auswahl des Versichertenklassifikationsmodells und seine Anpassung an die spezifischen Gegebenheiten der GKV so zu erfolgen, dass es keine Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen gibt und Anreize zur Risikoselektion vermieden werden (§ 31 Abs. 1 RSAV).

In ihrem Koalitionsvertrag legte sich die christlich-liberale Bundesregierung auf eine Reduzierung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auf »das notwendige Maß« (Koalitionsvertrag 2009:86) fest. Vor der geplanten Reduzierung des Morbi-RSA beauftragte die Bundesregierung im Herbst 2010 den Wissenschaftlichen Beirat des BVA mit der Erstellung eines Evaluationsberichtes zu den Wirkungen des Morbi-RSAs im Jahr 2009, dem ersten Jahr seines Bestehens. Dieser Evaluationsbericht wurde im Juni 2011 fertiggestellt. Nachdem Anfang Juli 2011 Teile des Evaluationsberichtes publik wurden, forderten mehrere Krankenkassen von unterschiedlichen Kassenarten Gesundheitsminister Da-

niel Bahr (FDP) in einem gemeinsamen Schreiben auf, das Gutachten endlich zu veröffentlichen, um Spekulationen über den dessen Inhalt zu beenden. Erst Ende September 2011 wurde das Gutachten aufgrund weiteren politischen Drucks dann tatsächlich vom BMG auf

## Erst Ende September 2011 wurde das RSA-Gutachten aufgrund des politischen Drucks veröffentlicht.

dessen Homepage veröffentlicht.<sup>8</sup> Über die Gründe, warum der Evaluationsbericht so spät veröffentlicht wurde, kann man nur spekulieren. Eine Vermutung liegt nahe: Die Ergebnisse des Berichtes passen überhaupt nicht zu der im Koalitionsvertrag 2009 formulierten Absicht der Bundesregierung, den Morbi-RSA zu reduzieren.<sup>9</sup> Wohl aus diesem Grund hielt das BMG den Evaluationsbericht so lange unter Verschluss und veröffentlichte ihn erst nach Drängen zahlreicher Akteure. Das zentrale zusammenfassende Ergebnis des fast 400 Seiten umfassenden Evaluationsbe-

- 5 Unter »Sonstige Zuweisungen« werden standardisierte Zuweisungen für Verwaltungskosten, für Satzungs- und Ermessensleistungen sowie eine sog. »Managementpauschale« für in Disease Management Programme eingeschriebene Versicherte subsumiert (vgl. § 270 SGB V).
- 6 Die einzelnen Interessen und Positionen werden von Pressel (2012, Kap. 6) detailliert geschildert.
- 7 In der Verordnung sind auch die Anforderungen an die zu bestellenden Personen beschrieben: Diese müssen über »einen besonderen Sachverstand in Bezug auf die mit der Klassifikation von Versicherten zusammenhängenden medizinischen, pharmazeutischen, pharmakologischen, klinischen oder statistischen Fragen (...) verfügen« (§ 31 Abs. 3 RSAV).
- 8 So veröffentlichte beispielsweise die »Deutsche BKK«, eine der größten Betriebskrankenkassen, am 16. September 2011 eine Pressemitteilung, in der sie den Bundesgesundheitsminister aufforderte, das Gutachten »unverzüglich zu veröffentlichen« (Deutsche BKK 2011, PM vom 16.09.2011).
- 9 Die Gutachter untersuchten auch die Auswirkungen der im Koalitionsvertrag genannten Reduzierung der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Krankheiten. Nach Durchführung der empirischen Analyse bewerten die Wissenschaftler diese Überlegung als »nicht zielführend« (Drösler et al. 2011:4), da dadurch die ohnehin bereits bestehende Überdeckung bei gesunden Versicherten und die Unterdeckung insbesondere bei multimorbiden Versicherten verstärkt werden würden.

richts lautet: Mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich wird die unterschiedliche Morbiditätslast der jeweiligen Krankenkassen deutlich besser abgebildet als im »alten« Risikostrukturausgleich, ohne dass es dabei zu einem »Übersteuern« kommt (Drösler et al. 2011:87). Auf die Ebene von Versichertengruppen bezogen, stellen auch nach Einführung des Morbi-RSA Gesunde weiterhin die »beste« Versichertengruppe dar: Bei der Gruppe der Versicherten ohne Krankheit liegen die Zuweisungen um rund zehn Prozent über den Ausgaben dieses Kollektivs (Drösler et al. 2011:57). Anders sieht es bei den kranken Versicherten aus. Dabei besteht folgender Zusammenhang: Je höher die Anzahl der Krankheiten, desto höher die Unterdeckung. Nach den Berechnungen der Wissenschaftler liegt die Deckungsquote bei Versicherten mit Zuschlägen für mindestens vier Krankheiten bei 94,4 % (Drösler et al. 2011:57).

Besonderer Handlungsbedarf besteht nach Auffassung der Wissenschaftler insbesondere bei den Zuweisungen für Versicherte, die in einem Berichtsjahr verstorben sind, da das gegenwärtige Verfahren dazu führt, dass »die Ausgaben Verstorbener den Risikogruppen nur unvollständig zugerechnet werden und die ermittelten standardisierten Leistungsausgaben insbesondere in Risikogruppen, die eine hohe Mortalität aufweisen, systematisch zu niedrig ausfallen.« (Drösler et al. 2011:5). Dieser Methodenfehler ist die Folge einer fehlenden Annualisierung der Ausgaben für Verstorbene.<sup>10</sup> Eine Analyse auf Basis der Daten des Ausgleichsjahres 2010 kam zu ganz ähnlichen Ergebnissen (Göpfarth 2012).

## Die Finanzlage der GKV und der TK

Im Haushaltsjahr 2011 stellte sich sowohl das Finanzergebnis des Gesundheitsfonds mit einem Überschuss von rund 5,3 Mrd. Euro als auch das Ergebnis der Krankenkassen, die das Jahr 2011 mit einem Überschuss von rund 4 Mrd. Euro abgeschlossen hatten, sehr positiv dar. Fast ein Viertel des gesamten Überschuss der über 140 Kassen entfiel dabei auf die TK; diese erwirtschaftete im Haushaltsjahr 2011 ein positives Ergebnis in Höhe von 973 Mio. Euro (TK, Geschäftsbericht 2011). Dabei

profitierte der Fonds insbesondere von der guten Lage auf dem Arbeitsmarkt sowie der Ende 2010 im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes beschlossenen Beitragssatzanhebung. Das gute Ergebnis der Kassen ist insbesondere mit den hohen Zuweisungen sowie dem zum 1. Januar 2011 in Kraft getretenen Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz zu erklären. Dieses Gesetz führte zu einem Rückgang der Ausgaben für Arzneimittel.

## Der Prozess

Angesichts der erheblichen Rücklagen sowohl des Gesundheitsfonds als auch bei vielen Krankenkassen begann Ende 2011 eine Diskussion über eine Senkung des GKV-Beitragssatzes. Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr lehnte die Forderung nach Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes mit Verweis auf die unsichere Wirtschaftsentwicklung ab. Sowohl Daniel Bahr als auch Jens Spahn, der gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, forderten die Krankenkassen, die es sich leisten können, wiederholt auf, ihren Mitgliedern Prämien auszuzahlen.<sup>11</sup> Die entsprechenden Kassen weigerten sich mit einer ähnlichen Argumentation wie der Gesundheitsminister dies in Bezug auf den Beitragssatz tat. Einem besonderen Druck war dabei – wegen ihrer prall gefüllten Rücklagen und sehr günstiger Betriebsmittel – die TK ausgesetzt. Sowohl führende Politiker aus den Reihen der Koalition als auch die Aufsicht der TK, das BVA forderten die Kasse wiederholt auf, ihren Mitgliedern eine Prämie auszuzahlen. In seiner Sitzung am 22. Juni 2012 beauftragte der Verwaltungsrat der TK den Vorstand, zu prüfen, »in welcher Höhe und auf welche Weise die Finanzreserven (...) eingesetzt werden können« (TK, Presseinfo vom 22.06.2012). In dieser Sitzung wurde eine Ausweitung des Leistungskataloges, nicht jedoch die Ausschüttung einer Prämie, beschlossen.

Am 27. Juli 2012 legte das BVA den Entwurf der Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells für das Jahr 2013 vor und gab diesen in das Anhörungsverfahren. Dieser Entwurf sah die Beseitigung des Methodenfehlers

vor. In Reaktion auf diesen Entwurf bildeten sich auf der Kassenseite zwei – bezogen auf die Anzahl der Versicherten – etwa zwei gleich große Koalitionen: eine Pro und eine Contra Beseitigung des Methodenfehlers. Die Zugehörigkeit zum jeweiligen Lager korreliert mit der Versichertenstruktur einer Kasse. Beide Koalitionen agierten im Sinne des Lobbyismus für ihre jeweiligen Ziele. Als Folge der Lobbyarbeit der »Contra-Seite« schrieb am 17. August 2012 der Präsident des BVA, Dr. Maximilian Gaßner, den Staatssekretär des BMG, Thomas Ilka, an und warnte diesen vor »Fehlinterpretationen oder sogar bewussten Irreführungen« (FAZ, 22.08.2012). In seinem Schreiben machte der BVA-Präsident die Notwendigkeit der Beseitigung des Methodenfehlers deutlich; diese sei auch aus Gründen der Rechtssicherheit des Verfahrens notwendig. Auch der GKV-Spitzenverband verwies in seiner Stellungnahme vom 27. August 2012 auf den vom Wissenschaftlichen Beirat identifizierten Korrekturbedarf: Dieser wer-

## Der BVA-Präsident machte in einem Schreiben die Notwendigkeit der Beseitigung des Methodenfehlers deutlich.

de »von der weit überwiegenden Mehrheit seiner Mitglieder grundsätzlich anerkannt«. Aus Gründen der Wettbewerbsneutralität, da »jede Veränderung Gewinner und Verlierer zur Folge hat«, verzichtete der GKV-Spitzenverband in dieser Angelegenheit jedoch auf eine kla-

<sup>10</sup> Gemäß der Festlegungen des BVA vom Juli 2008 werden die Ausgaben von Versicherten, die im Ausgleichsjahr verstorben sind, bei der Berechnung der risikoadjustierten Zu- und Abschläge – im Gegensatz zu den anderen Personengruppen mit sog. »unvollständigen Versicherungsepisoden« (insbesondere Neugeborene und PKV-Wechsler) nicht annualisiert. Die Annualisierung bewirkt, dass die Ausgaben auf das gesamte Jahr hochgerechnet werden. Die Thematik »Annualisierung der Ausgaben Verstorbener« wird im Evaluationsbericht ausführlich auf den Seiten 142 bis 150 diskutiert. Die Annualisierung der Ausgaben für Verstorbene wäre im Jahr 2009 nach Berechnungen des BVA mit einem Umverteilungsvolumen von rund 400 Mio. Euro verbunden.

<sup>11</sup> Vgl. exemplarisch die Artikel im Handelsblatt, Ausgabe vom 13.02.2012 sowie in der Süddeutschen Zeitung vom 13.02.2012 und 06.03.2012.

re Positionierung (GKV-Spitzenverband, Stellungnahme vom 27.08.2012).<sup>12</sup> Mit Datum vom 28. August 2012 wies das BMG, in Gestalt eines Abteilungsleiters, den BVA-Präsidenten schriftlich an, das Berechnungsverfahren zum Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden nicht zu ändern.<sup>13</sup> Am 17. September 2012 trat dann Jens Baas vor die Presse, um die Ausschüttung einer Prämie anzukündigen. Daniel Bahr und Jens Spahn äußerten sich sehr zufrieden über diese Ankündigung (Ärzte Zeitung 19.09.2012). Wenige Tage später, am 28. September 2012, gab das BVA die Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2013 bekannt. Diese beinhalten weiterhin den in der Kritik stehenden Methodenfehler.<sup>14</sup> Am 12. Oktober 2012 beschloss der Verwaltungsrat der TK die Ausschüttung einer Prämie für 2013 in Höhe von bis zu 80 Euro (TK, Presseinfo vom 12.10.2012).

## Diskussion

Kann man nun tatsächlich von einem »Deal« sprechen? Hinreichende Belege hierfür gibt es nicht, Indizien schon. Auffallend sind drei Aspekte: Erstens, dass der Verwaltungsrat der TK zum

tige Festlegung des BVA erfolgte am 28.09.2012. Zweitens, dass die Ankündigung des TK-Vorstandes, eine Prämie auszuschütten, wenige Tage nach der Anweisung des BMG an das BVA, den Methodenfehler nicht zu beseitigen, erfolgte. Drittens der Fakt, dass der TK-Vorstand im Rahmen seines Pressegesprächs am 17. September 2012 als »offene Rahmenbedingung« einer Ausschüttung explizit u. a. die Ausgestaltung des Morbi-RSA nannte. Der AOK-Bundesverband sprach deshalb davon, dass die TK die Prämienausschüttung »davon abhängig macht, ob sie weiterhin zu Unrecht Gelder bekommt, die eigentlich den Kassen zustehen, die diese zur Versorgung alter und kranker Menschen benötigen« (AOK-Bundesverband, Presseinfo vom 18.09.2012). Sinngemäß äußerten sich die AOK Bayern und die Bahn BKK.

Man kann diese Interpretation zwar durchaus teilen, ein richtiger Beweis sind diese Indizien aber nicht. Man könnte das zunächst abwartende Verhalten der TK auch mit dem kaufmännischen Vorsichtsprinzip erklären, d. h. dass die TK erst mal abwarten wollte, ob sie mit Blick auf 2013 mit zusätzlichen Belastungen rechnen muss. Bezogen auf die Motivlage des BMG kann man vermuten, dass die Amtsspitze des BMG die Beseitigung des Methodenfehlers auch deswegen stoppte, um dadurch der von ihr gewünschten Prämienausschüttung näher zu kommen. Als Legitimation für sein Handeln diene dem Bundesgesundheitsministerium die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes.<sup>15</sup>

Das eigentlich Verwerfliche ist aus Sicht des Verfassers nicht dieser vermeintliche »Deal«. Der wirklich zu kritisierende Punkt, der eigentliche Skandal, ist die politisch motivierte Intervention des BMG dem BVA gegenüber. Und dies, obwohl auch dem BMG seit langem bekannt ist, dass das seit 2009 im Einsatz befindende Klassifikationsverfahren weder der Intention des Risikostrukturausgleichs, der Vermeidung von Wettbewerbsnachteilen von Kassen als Folge ihrer Versichertenstruktur, noch internationalen Standards entspricht. Auch den Hinweis des BVA-Präsidenten auf die Notwendigkeit der Beseitigung des Methodenfehlers aus Gründen der Rechtssicherheit negierte das BMG. Im Ergebnis hat die Entscheidung der TK,

eine Prämie auszuschütten bei gleichzeitiger Nichtbeseitigung des Methodenfehlers als Folge der Intervention des BMG schon etwas von »Eine Hand wäscht die andere«. Ob es jedoch tatsächlich diesen »Deal« gab, wissen freilich nur die Verantwortlichen des Bundesgesundheitsministeriums und der TK. ■

## Literatur

**Drösler, S. et al. (2011):** Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. Endfassung. 22.06.2011. Ohne Angaben zum Ort.

**George, A. L./Bennett, A. (2005):** Case Studies and Theory Development in the Social Sciences. Cambridge/Mass: MIT Press.

**GKV-Spitzenverband (2012):** Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 27.08.2012 zum Entwurf der Festlegungen des Bundesversicherungsamtes. Berlin.

**Göpfarth, D. (2012):** Zweitens Jahr Morbi-RSA – Stabilität und Bestätigung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik. 1/2012. 8 – 15.

**Hall, P. A. (2006):** Systematic process analysis. When and how to use it. In: European Management Review. 1/2006. 24 – 31.

**Pressel, H. (2012):** Der Gesundheitsfonds. Entstehung – Einführung – Weiterentwicklung – Folgen. Heidelberg: Springer VS.

## Der eigentliche Skandal ist die politisch motivierte Intervention des BMG gegenüber dem BVA.

Zeitpunkt als es noch offen war, wie es mit dem Morbi-RSA weitergehen wird, keine Prämienausschüttung beschloss. Die Sitzung des Verwaltungsrates, in der die Ausschüttung beschlossen wurde, fand am 12.10.2012 statt, die endgül-

12 Einige Mitgliedskassen wollen nur diesen Methodenfehler beseitigt wissen, andere eine Paketlösung.

13 Dem Vernehmen nach soll der Staatssekretär den BVA-Präsidenten zunächst mündlich/telefonisch angewiesen haben. Angeblich kam es zu diesem Schreiben erst, als der BVA-Präsident die Anweisung schriftlich haben wollte. Bemerkenswert ist auch, dass diese Anweisung nicht vom Staatssekretär unterzeichnet wurde.

14 BVA, Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2013 (28.09.2012).

15 In einem Bericht an den Ausschuss für Gesundheit des Bundestags wurde seitens des BMG darauf verwiesen, Ärzte-Zeitung, 26.09.2012.