

Voraussetzungen für eine friedliche Koexistenz von Selektiv- und Kollektivverträgen zur vertragsärztlichen Versorgung

DOMINIK GRAF VON
STILLFRIED,
THOMAS CZIHAL

Dr. Dominik Graf von Stillfried ist Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland in Berlin),

Thomas Czihal ist Mitarbeiter des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland ebenfalls in Berlin

Nach wie vor stellt das Nebeneinander von Selektiv- und Kollektivverträgen eine Herausforderung dar. Auf Dauer gelingt eine friedliche Koexistenz nur, wenn beide Vertragsformen sich nicht gegenseitig behindern. Dafür müssen sachgerechte Lösungen gefunden werden. Zahlenmäßig relativ kleine Selektivverträge können eine sachgerechte Weiterentwicklung der Regelversorgung gefährden, wenn die Versicherten sowohl im Selektiv- als auch Kollektivvertrag versorgt werden, die Rahmenbedingungen aber eine sachgerechte Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Kollektivvertrag einschränken. Es bestehen Unterschiede in der Risikostruktur von Patienten der Regelversorgung mit und ohne Teilnahme an Selektivverträgen in Baden-Württemberg. Selektivvertragsteilnehmer sind deutlich älter und kränker als die ausschließlich im Kollektivvertrag behandelten Patienten. In Frage steht, wie deren Versorgungsbedarf im Kollektivvertrag künftig sachgerecht erfasst werden kann.

Nach geltendem Recht steht es den Krankenkassen frei, neben der kollektivvertraglichen Regelversorgung mit einzelnen Arztpraxen oder Gruppen Selektivverträge zu schließen. In der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) sind die Krankenkassen sogar zum Vertragsabschluss verpflichtet. Die Selektivverträge ersetzen jedoch die Regelversorgung nicht vollständig, sondern betreffen nur Teile der ambulanten Versorgung. Die Abrechnung dieser Selektivverträge kann dennoch ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erfolgen.

Eine „Direktabrechnung“ der Selektivvertragspartner mit den Krankenkassen unter Ausschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen wird insbesondere in der HZV praktiziert. Eine solche Differenzierung der ambulanten Versorgung in unterschiedliche, parallel wirksame Vertrags- und Vergütungssysteme war politisch gewünscht und mit der Erwartung verbunden, dass von Selektivverträgen im Wege des Vertragswettbewerbs wesentliche Impulse für die Weiterentwicklung der Versorgung ausgehen würden (Leuchtturm-Hypothese). Zugleich wur-

den dem Kollektivvertrag innovationsfördernde Differenzierungen genommen; die KVen haben Vereinbarungen zur Gesamtvergütung jeweils mit allen Verbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich zu treffen.

Die „Leuchtturm-Hypothese“ wird hier nicht in Frage gestellt. Selektivverträge können Vorbilder schaffen. Wir untersuchen jedoch die Gegenthese, dass durch Selektivverträge auch „blinde Flecken“ bzw. „tote Winkel“ entstehen können, die eine sachgerechte Weiterentwicklung der Regelversorgung gefährden können. Für die Versicherten, die an Selektivverträgen mit Direktabrechnung teilnehmen, verfügen die KVen nicht mehr über eine vollständige Abbildung der behandelten Diagnosen und der Leistungsanspruchnahme. Die KVen sind jedoch gehalten, jährlich im Voraus die für die Regelversorgung der Versicherten erforderliche Leistungsmenge (Behandlungsbedarf) zu bestimmen und eine angemessene Vergütung (Behandlungsbedarf mal regionaler Punktwert) zu vereinbaren. Dies betrifft auch die für Selektivvertrags-Versicherte weiterhin im Kollektivvertrag erbrachte vertragsärztliche Versorgung. Die Bestimmung des Behandlungsbedarfs erfolgt sozusagen durch Blick in den Rückspiegel mittels eines Berechnungsverfahrens aus den Abrechnungsdaten zurückliegender Jahre. Weisen diese Daten systematische Lücken auf, kann eine falsch-niedrige Vorausberechnung des erforderlichen Behandlungsbedarfs resultieren. Der Rückspiegel würde mithin einen toten Winkel aufweisen. Gleiches gilt für die sachgerechte Dimensionierung der Versorgungskapazitäten: Auch die Feststellung einer bedarfsgerechten Anzahl von Ärzten in einer Region soll sich am erwarteten Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientieren, um dauerhaft die Sicherstellung der Versorgung zu gewährleisten.

Beispiel 1 – Vergütung

Durch die seit 2007 geltende Reform der vertragsärztlichen Vergütung sollen die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko für ihre Versicherten übernehmen, damit dieses nicht mehr auf den niedergelassenen Ärzten der jeweiligen KV-Region lastet. Dieses Ziel wird konkretisiert durch § 87a SGB V. Demnach haben KVen und Krankenkassen auf Landesebene die Anpassung des notwendigen Behandlungsbedarfs der Versicherten auf der Grund-

lage der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten zu vereinbaren. Als Empfehlung zur sachgerechten Weiterentwicklung der Vergütung berechnet der Bewertungsausschuss hierfür jährlich die Veränderungsrate des Leistungsbedarfs nach demografischen Kriterien sowie unter zusätzlicher Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur. Der (Erweiterte) Bewertungsausschuss hat entschieden, dass Selektivvertragsteilnehmer (SV-Teilnehmer) bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2013 aus pragmatischen Gründen ausgeschlossen bzw. nur über ihre demografische Struktur berücksichtigt werden. Wenn hierdurch die Entwicklung des Versorgungsbedarfs systematisch fehlerhaft eingeschätzt wird, resultiert ein toter Winkel für die Weiterentwicklung der Versorgung. Eine falsch hohe Einschätzung hätte Ineffizienz zur Folge, durch eine falsch niedrige Einschätzung würden Behandlungsbedarf und Gesamtvergütung ungerechtfertigt begrenzt und Versorgungsengpässe provoziert.

Beispiel 2 – Versorgungsplanung

Infolge des GKV-VStG ist die Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung nach Maßgabe des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung mit Wohnsitz im KV-Bereich weiter zu entwickeln. Gemäß § 90 SGB V und der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses können KVen und Krankenkassen auf Landesebene bei der Aufstellung des Bedarfsplans die Struktur und Entwicklung der Demografie, der Morbidität sowie weitere regionale Besonderheiten des Versorgungsbedarfs berücksichtigen. Wie im Falle der vertragsärztlichen Vergütung muss hierbei von Vergangenheitswerten ausgegangen werden, die die Ausprägung der Bedarfsvariablen und die tatsächliche Inanspruchnahme in Beziehung setzen. Wird aufgrund einer fehlenden bevölkerungsbezogenen Datengrundlage die Entwicklung des Versorgungsbedarfs systematisch fehlerhaft eingeschätzt, resultiert ein toter Winkel für die Weiterentwicklung der Versorgung.

Forschungsauftrag

An der Regelversorgung und Selektivverträgen in Baden-Württemberg wird exemplarisch untersucht, ob Anhaltspunkte

für die o.g. Beispiele bestehen. Grundlage ist ein Forschungsauftrag der KV Baden-Württemberg an das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI). Untersucht werden sollen Unterschiede in der Risikostruktur von Patienten der Regelversorgung mit und ohne Teilnahme an Selektivverträgen (SV). Beantwortet werden soll insbesondere die Frage, ob die Entwicklung der Inanspruchnahme von Patienten mit SV-Teilnahme durch die vom Bewertungsausschuss empfohlene diagnosebezogene Veränderungsrate zutreffend erfasst wird. Das ZI konnte hierfür die patientenbezogenen Abrechnungsdaten der KV aus den Jahren 2008 – 2010 sowie die den Vertragspartnern auf Bundes- und Landesebene vom Bewertungsausschuss zur Verfügung gestellte versichertenbezogene Datengrundlage, die sog. Geburtstagsstichprobe, für die Jahre 2007 – 2009 auswerten. Beide Datengrundlagen enthalten pseudonymisierte Personenbezüge, die zur Ermittlung der Morbiditätsstruktur erforderlich sind.

Ergebnisse auf Basis der regionalisierten Geburtstagsstichprobe

Die Geburtstagsstichprobe ist eine versichertenbezogene Datengrundlage des Bewertungsausschusses, die Angaben zu ca. 13% aller GKV-Versicherten beinhaltet. Neben Versichertenstammdaten (u.a. Alter, Geschlecht) umfasst sie im Wesentlichen die dokumentierten Abrechnungsdiagnosen und abgerechneten Gebührenordnungspositionen dieser Versicherten. Eine detaillierte Beschreibung der Datengrundlage¹ findet sich im Bericht des Instituts des Bewertungsausschuss (InBA 2013). Der Bewertungsausschuss stellt die Daten den Gesamtvertragspartnern jeweils für ihren Zuständigkeitsbereich auszugsweise als regionalisierte Geburtstagsstichprobe zur Verfügung.² Die Versichertenstammdaten enthalten als Merkmal ebenfalls die Teilnahme an einem Selektivvertrag, was eine Unterscheidung in SV-Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer möglich macht. Für diesen Forschungsauftrag werden die SV-Teilnehmer in

1 Diesem Forschungsauftrag liegt die regionalisierte Geburtstagsstichprobe zugrunde, die die Jahre 2007 bis 2009 umfasst.

2 Diese Daten konnten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ausgewertet werden.

Baden-Württemberg im Jahr 2009 anhand der Merkmale „AOK-versichert“ und „Selektivvertragsteilnahme unabhängig vom Abrechnungsweg“ identifiziert. Verglichen werden die Alters- und Geschlechtsstruktur, die Morbiditätsstruktur und deren Entwicklung der Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer auf Basis der für beide Gruppen vollständigen Abrechnungsdaten der Jahre 2007 und 2008. Die in Selektivverträgen dokumentierten Diagnosen und Leistungen lagen nicht vor.

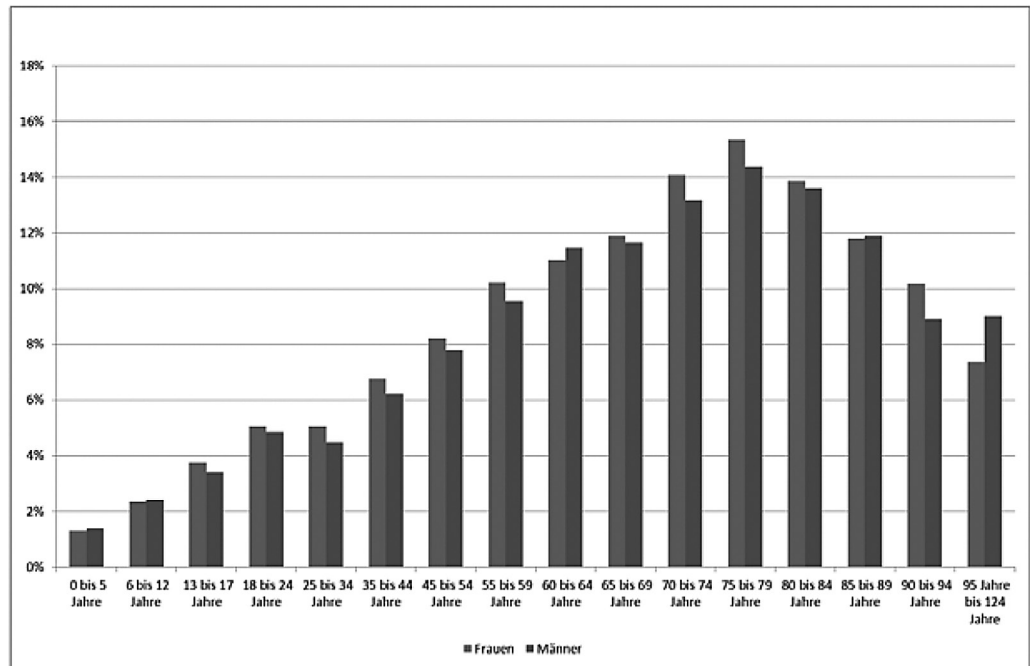
Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur

Insgesamt werden 7,5% der ausgewerteten Versicherten im Jahr 2009 der Gruppe der Teilnehmer zugeordnet. Die Teilnahmequote differiert stark zwischen Altersklassen. Während sie für die bis unter fünfjährigen Kinder etwa 1% beträgt, erreicht sie bei den 75-

bis unter 80jährigen Versicherten eine Höhe von etwa 14% (vgl. Abbildung 1).

Das Durchschnittsalter der Teilnehmer beträgt 54 Jahre, das der Nicht-Teilnehmer hingegen nur 41 Jahre. Unter den Teilnehmern sind 56% Frauen, unter den Nicht-Teilnehmern 53%. Die SV-Teilnehmer sind mithin deutlich älter als die Nicht-Teilnehmer und weisen einen etwas höheren Frauenanteil auf. Um die Unterschiede der demografischen Struktur in Bezug auf die zu erwartenden Inanspruchnahmen vertragsärztlicher Leistungen abbilden zu können, wird für jeden Versicherten der mit der Geschlechts- und Altersstruktur verbundene Behandlungsbedarf als „Demografie-Index“ berechnet. Dazu werden je Alters- und Geschlechtsgruppe die durchschnittlich angeforderten Behandlungsbedarfe gemäß EBM berechnet und durch den Durchschnitt aller Versicherten geteilt (vgl. InBA 2013). Der Demografie-Index der Teilnehmer liegt im Durchschnitt ca. 22% über dem der Nichtteilnehmer. Je Teilnehmer wäre also der zu erwartende Behandlungsbedarf allein aufgrund der unterschiedlichen

Abbildung 1: Anteil der SV-Teilnehmer* an allen Versicherten mit Wohnort in Baden-Württemberg nach Alter und Geschlecht im Jahr 2009



Quelle: ZI, eigene Berechnungen auf Basis der Geburtstagsstichprobe Jahr 2009
* SV-Teilnehmer der AOK Baden-Württemberg

demografischen Struktur über ein Fünftel höher als je Nicht-Teilnehmer.

Morbiditätsstruktur

Die Morbiditätsstrukturen der beiden Gruppen werden auf Basis der im Jahr 2007 noch vollständig erfassten Diagnosen miteinander verglichen (keine nennenswerte Selektivvertragsteilnahme). Die Veränderung der Morbiditätsstrukturen in den jeweiligen Gruppen wird sodann anhand der noch weitgehend vollständigen Daten aus dem Jahr 2008 und der für die Teilnehmer dann unvollständigen Daten aus dem Jahr 2009 berechnet. Die Bestimmung der dafür notwendigen Morbiditätsindizes je Versicherten erfolgte mittels des Klassifikationsmodells des 15. Erweiterten Bewertungsausschuss „H15EBA“, das neben 32 Alters- und Geschlechtsgruppen auch 60 diagnosebezogene Risikokategorien umfasst (für eine detaillierte Darstellung zu H15EBA und der Berechnung von Morbiditäts-Indizes vgl. InBA 2010).

Auf Basis der Daten aus dem Jahr 2007 ist der Morbiditätsindex der Teilnehmer ca. 34% höher als der der Nicht-Teilnehmer. Aufgrund der Morbiditätsstruktur der Teilnehmer ist demnach ein gegenüber den Nicht-Teilnehmern um

34% erhöhter Behandlungsbedarf (in Punkten ausgedrückte Leistungsmenge) zu erwarten. Es handelt sich bei den Teilnehmern somit um eine Gruppe, die bereits vor ihrer späteren Selektivvertragsteilnahme eine beträchtlich höhere Krankheitslast gegenüber den später ausschließlich im Kollektivvertrag versorgten Versicherten aufweist und aufgrund dieses Unterschieds sprichwörtlich „selektiv“ ist. Die Unterschiede in der Morbiditätsstruktur fallen dabei noch stärker aus als der Unterschied in der Altersstruktur. Werden diagnosebezogene Risikoklassen mit in die Morbiditätsmessung einbezogen, erhöht sich der erwartete Behandlungsbedarf gegenüber einer ausschließlich demografiebezogenen Messung um ca. 12%.

Auf Basis der Daten aus dem Jahr 2008 zeigt sich ebenfalls eine stärkere Veränderung der Morbiditätsstruktur für die Teilnehmer in Baden-Württemberg. Für die Teilnehmer ergibt sich aufgrund der in Abrechnungsdaten dokumentierten Diagnosen eine Veränderung des Morbiditätsindex gegenüber dem Vorjahr um 4,04%. Diese Zunahme ist fast doppelt so hoch wie die Veränderung der Nicht-Teilnehmer mit 2,18% (für eine detaillierte Beschreibung der Berechnung von Veränderungsraten vgl. InBA 2010).

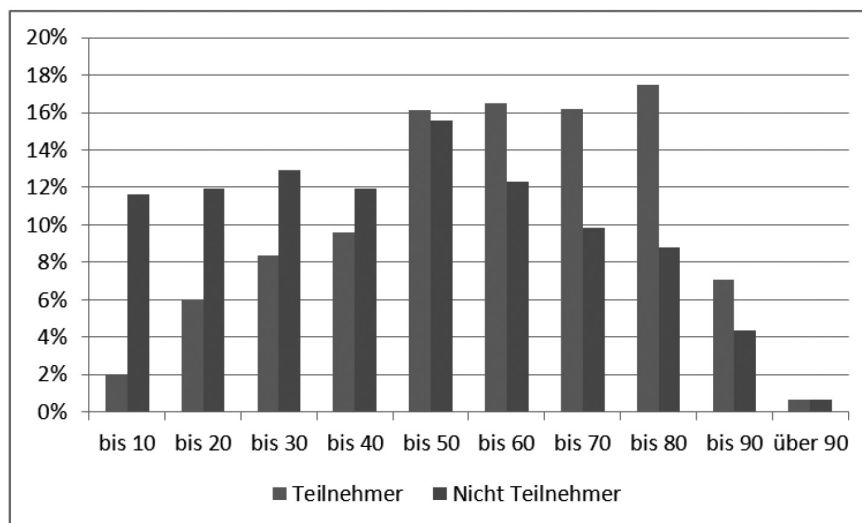
Aufgrund der geänderten Abrechnungswege und der damit unvollständigen Diagnoseinformationen ergibt sich für die Teilnehmer in Baden-Württemberg zwischen 2008 und 2009 dann eine negative Veränderungsrate (-12%). Für die Teilnehmer fehlen insbesondere Diagnosen aus der hausärztlichen Versorgung. Die Teilnehmer werden scheinbar gesünder, da die Diagnosen aus den Selektivverträgen nicht mehr in die Morbiditätsmessung mit einfließen können. Für die Nicht-Teilnehmer errechnet sich eine Veränderungsrate von 1,1%.

Nach bisheriger Vorgabe des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) sind die SV-Teilnehmer bei der Berechnung der Veränderungsrate nicht gesondert zu berücksichtigen. Der EBA ging also implizit davon aus, dass Teilnehmer hinsichtlich ihrer Morbiditätsstruktur innerhalb einer Alters- und Geschlechtsgruppe dem Durchschnitt der Nicht-Teilnehmer entsprechen. Ob die Veränderungsrate der Nicht-Teilnehmer aber den veränderten Behandlungsbedarf der Teilnehmer in der vertragsärztlichen Versorgung abzubilden vermag, ist zweifelhaft, denn die Teilnehmer in Baden-Württemberg weisen nach Berücksichtigung ihrer demografischen Struktur eine grundlegend höhere Morbiditätsstruktur sowie zwischen 2007 und 2008 eine deutlich höhere Veränderungsrate auf. Deshalb wurde das Institut des Bewertungsausschusses vom EBA zugleich beauftragt, die Morbiditätsstruktur der Teilnehmer genauer zu untersuchen.

Ergebnisse auf Basis der Abrechnungsdaten der KV Baden-Württemberg

Die Kennzeichnung der Teilnehmer in den Daten der Geburtstagsstichprobe weist noch Qualitätsprobleme auf. Deshalb werden hier die Ergebnisse anhand der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der KV Baden-Württemberg überprüft. Dabei erfolgt die Kennzeichnung eines SV-Teilnehmers danach, ob die Krankenkassen für diesen

Abbildung 2: Vergleich der Altersstruktur der SV-Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer in der KV Baden-Württemberg im Jahr 2010



Quelle: ZI, eigene Berechnungen auf Basis der Daten der KV Baden-Württemberg Jahr 2010

Versicherten die Gesamtvergütung der KV bereinigt haben. Gemäß Umfang der Selektivvertragsteilnahme (z.B. HZV) wird die Gesamtvergütung entsprechend der Leistungsanspruchnahme des Versicherten im Kollektivvertrag im Vorjahr (z.B. hausärztliche Versorgung) vermindert. Über die Daten der KV Baden-Württemberg werden alle im Jahr 2010 in einen

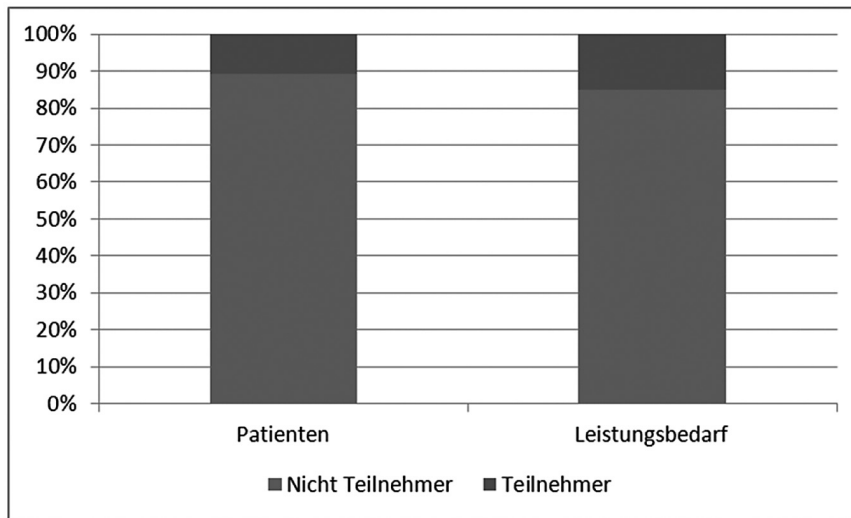
bereinigungsrelevanten Selektivvertrag eingeschriebenen Patienten mit Wohnort in Baden-Württemberg als Teilnehmer definiert. Ca. 11% aller Patienten werden so der Gruppe der Teilnehmer zugeordnet. Die Morbiditätsstruktur der Teilnehmer wird auf Basis der Diagnoseinformationen aus dem Jahr 2008 mit der der Nicht-Teilnehmer verglichen. Außerdem

Tabelle 1: Vergleich von Krankheitsprävalenzen für SV-Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer in der KV Baden-Württemberg für das Jahr 2008

Krankheit	Teilnehmer	Nicht Teilnehmer
Diabetes mellitus	4,34%	2,71%
Diabetes mellitus ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen, Schwangerschaftsdiabetes	10,50%	6,91%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol-, Drogen und sonstige Substanzen	5,91%	3,92%
Krankheiten der unteren Atemwege	8,58%	6,05%
Migräne und Kopfschmerzen weiterer Genesen	11,39%	8,04%
Knöchernere Erkrankungen der Wirbelsäule, Erkrankungen der Bandscheiben, Stenosen des Spinalkanals und der Foramina intervertebralia	11,59%	8,31%
Akute Bronchitis, Grippe	20,46%	14,73%
Radikulopathien, andere neurologische Erkrankungen und Folgen von Verletzungen des Nervensystems	21,83%	15,81%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	8,88%	6,51%
Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	4,18%	3,07%
Erkrankungen des Knochens und des Knorpels	10,51%	7,71%
Bipolare Störungen, depressive Episoden	3,83%	2,83%
Krankheiten der Leber	7,65%	5,67%
Asthma bronchiale	6,78%	5,03%
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	7,80%	5,81%
Andere gastrointestinale Erkrankungen	33,03%	24,83%
Cox- oder Gonarthrose	10,71%	8,06%

Quelle: ZI, eigene Berechnungen auf Basis der Daten der KV Baden-Württemberg Jahr 2008 (Krankheitsprävalenzen) und 2010 (Identifikation SV-Teilnehmer)

Abbildung 3: Anteil der Selektivvertragspatienten an allen Patienten und Anteil der Selektivvertragspatienten am gesamten Leistungsbedarf in der KV Baden-Württemberg im Jahr 2008



Quelle: ZI, eigene Berechnungen auf Basis der Daten der KV Baden-Württemberg Jahr 2008 (Leistungsbedarf) und 2010 (Identifikation SV-Teilnehmer)

wird die Entwicklung der fachärztlichen Inanspruchnahme zwischen 2008 und 2010 untersucht.

Alters- und Morbiditätsstruktur

Die Ergebnisse auf Basis der Geburtsstichprobe werden vollumfänglich bestätigt. Während unter den Teilnehmern über 25% älter als 70 Jahre sind, sind es unter den Nicht-Teilnehmern nur knapp 13% (Abbildung 2).

Der Demografie-Index liegt mit 1,19 ca. 20% über dem der Nicht-Teilnehmer. Schon allein aufgrund der demografischen Struktur ist für die Teilnehmer deshalb eine höhere Morbiditätslast zu erwarten. Allerdings verbleiben auch nach Kontrolle um Alters- und Geschlechtseffekte Unterschiede in der Morbiditätsstruktur. Bei 58 der 60 betrachteten Krankheitsgruppen des Klassifikationsmodells „H15EBA“ (InBA 2010) weisen die Teilnehmer zum Teil deutlich höhere Prävalenzen auf. Für die Krankheitsgruppen mit den größten relativen Unterschieden sind in Tabelle 1 die standardisier-

ten Prävalenzen für die Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer dargestellt.

Neben den systematischen Unterschieden in der Altersstruktur bestehen mithin darüber hinausgehende Unterschiede in der Morbiditätsstruktur. Unabhängig von Alter und Geschlecht sind die Teilnehmer morbider als Nicht-Teilnehmer. Der diagnosebezogene Morbiditätsindex der Teilnehmer (1,29) ist um mehr als 30% gegenüber den Nicht-Teilnehmern (0,96) erhöht.

Fachärztliche Inanspruchnahme

Aufgrund ihrer überdurchschnittlichen Morbiditätsstruktur besteht unter den Teilnehmern eine deutlich höhere Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen. Obwohl diese Gruppe nur 10,6% aller Patienten umfasst, entfallen auf sie 15,5% des gesamten angeforderten Leistungsbedarfs (Abbildung 3).

Die Teilnehmer weisen bei den Fachgruppen der Bedarfsplanungsrichtlinie (bis 31.12.2012) in allen Jahren eine höhere alters- und geschlechtsstandar-

disierte Inanspruchnahme auf. Eine Ausnahme bildet die niedrigere Inanspruchnahme bei Psychotherapeuten und Kinderärzten. Besonders auffällig ist andererseits der um mehr als 50% erhöhte Leistungsbedarf bei Chirurgen und der um mehr als 40% erhöhte Leistungsbedarf bei Radiologen.

Auch im Jahr 2010 besteht für die Teilnehmer eine deutlich überdurchschnittliche Inanspruchnahme im fachärztlichen Bereich. Die 10,6% Teilnehmer verursachen noch immer 10,7% des über die KV Baden-Württemberg abgerechneten Leistungsbedarfs. Obwohl die nunmehr über die Selektivverträge abgerechneten Leistungsmengen in der Datengrundlage fehlen, weisen die Teilnehmer insgesamt einen leicht überdurchschnittlichen Leistungsbedarf im Kollektivvertrag auf. Dies ist unter anderem der überdurchschnittlichen Entwicklung der Leistungsmengen im fachärztlichen Bereich geschuldet. Diese ist über alle fachärztlichen Fachgruppen in der Gruppe der Teilnehmer nach Bereinigung um Alters- und Geschlechtsunterschiede um 12,3% gestiegen, bei den Nichtteilnehmern um nur 11,4%. Tabelle 2 gibt eine Übersicht nach einzelnen Fachgruppen.

Da die Teilnehmer aufgrund ihrer überdurchschnittlichen Morbiditätsstruktur schon im Basisjahr 2008 einen höheren fachärztlichen Leistungsbedarf aufweisen, wird der Unterschied in der Entwicklung in absoluten Zahlen noch deutlicher. Mit einer Zunahme um ca. 30€ je Patient in der Gruppe der Teilnehmer ist die Entwicklung gegenüber den Nichtteilnehmern (ca. 23 €) um 7€ (ein Drittel) höher.

Diskussion

SV-Teilnehmer in Baden-Württemberg sind deutlich älter und weisen eine deutlich höhere Morbiditätslast als die ausschließlich im Kollektivvertrag verbleibenden Patienten auf. Auch die Evaluationsergebnisse zur HZV der AOK Baden-Württemberg zeigen ein

Tabelle 2: alters- und geschlechtsstandardisierte Entwicklung des Leistungsbedarf fachärztlicher Fachgruppen zwischen 2008 und 2010 für SV-Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer in der KV Baden-Württemberg

	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzte	HNO Ärzte	Hautärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Psychotherapeuten	Radiologen	Urologen
Nicht-Teilnehmer	20,1%	-5,5%	14,3%	17,2%	8,9%	8,1%	20,1%	1,2%	38,9%	21,7%	10,0%
Teilnehmer	20,2%	-10,0%	19,2%	15,9%	12,9%	10,5%	29,6%	1,0%	50,6%	28,7%	9,1%

Quelle: ZI, eigene Berechnungen auf Basis der Daten der KV Baden-Württemberg Jahr 2008 und 2010

solches Ergebnis (Gerlach, Szecsenyi et al. 2013). Es handelt sich mithin um ein besonderes Versichertenklientel, das sich stark von den übrigen Versicherten unterscheidet - also hoch selektiv ist.

Die deutlichen Unterschiede in der Entwicklung der Morbiditätsstruktur und der fachärztlichen Inanspruchnahme zeigen, dass von den ausschließlich im Kollektivvertrag versorgten Versicherten nicht auf die Entwicklung des

Patienten im Selektivvertrag sind morbider; sie nehmen auch im Kollektivvertrag mehr Leistungen in Anspruch.

Behandlungsbedarfs aller Versicherten geschlossen werden kann.

Aufgrund der überdurchschnittlichen Entwicklung der Inanspruchnahme von SV-Teilnehmern ist primär davon auszugehen, dass die Teilnehmer auch eine überdurchschnittliche Zunahme der Morbiditätslast aufweisen. Alternativ bzw. anteilig käme eine Intensivierung der Versorgung im Kollektivvertrag aufgrund der Selektivvertragsteilnahme in Betracht. In jedem Fall führt das derzeit praktizierte Verfahren des Bewertungsausschusses zur Bestimmung der mit der Veränderung der Morbiditätsstruktur verbundenen Anpassung des Behandlungsbedarfs aller Versicherten in die Irre. Bislang werden die für Nicht-Teilnehmer nach Altersgruppen ermittelten Veränderungen der Morbiditätsindizes mit der Besetzung der Altersklassen gemäß amtlicher Statistik (KM6-Statistik) über alle Versicherten gewichtet. Dieser Ansatz muss zu einer systematischen Fehlschätzung des krankheitsbedingten Behandlungsbedarfs bzw. seiner Veränderung führen. Insbesondere die überdurchschnittliche Entwicklung des fachärztlichen Versorgungsbedarfs legt den Verdacht nahe, dass der Bewertungsausschuss die Entwicklung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für alle Versicherten in Baden-Württemberg in der Tendenz unterschätzt hat.

Die pragmatische Herangehensweise des 29. EBA muss also weiterentwickelt werden. Grundsätzlich muss die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen auf Bundes- und Landesebene bei ihren Entscheidungen

auch Daten aus den Selektivverträgen zu Grunde legen können, soweit die gesetzlichen Kriterien zur Bestimmung des Versorgungsbedarfs betroffen sind. Für die Transparenz der Diagnosen- und Leistungsdokumentation aus Selektivverträgen spricht, dass

1. die jeweils einbezogenen Leistungen und damit auch Fachgruppen regional differieren (siehe z.B. Ergänzung der HZV durch Verträge nach § 73c SGB V für einzelne Facharztgruppen in Baden-Württemberg), womit auf Basis der kollektivvertraglichen Daten immer nur ein Ausschnitt der ambulanten Versorgung sichtbar ist, der jedoch nicht in den Gesamtkontext eingeordnet werden kann;
2. in der vertragsärztlichen Versorgung in den auftragnehmenden Facharztgruppen Leistungen erbracht werden, ohne dass hierfür Diagnosen kodiert werden müssen bzw. können (z.B. Labor, Radiologie etc.);
3. jeweils in einer einzelnen Praxis nur spezifische Befunde bzw. Behandlungsanlässe dokumentiert werden, ohne dass jeweils sämtliche Grunderkrankungen vollständig kodiert werden. Gleichwohl aber Interaktionseffekte zwischen Grunderkrankungen und Behandlungsanlässen bestehen, da Personen mit multiplen Erkrankungen insgesamt aufwendiger in der Behandlung sind als Personen mit einfachen Krankheiten. Vereinfacht gesagt, bedeutet dies, dass auf Basis der Dokumentation fachärztlicher Diagnosen die künftige fachärztliche Leistungsanspruchnahme unterschätzt werden kann;
4. die mit dem Klassifikationsverfahren ermittelten Kostengewichte nicht nach Fachgruppen getrennt werden können, weil in den diagnosebezogenen Risikogruppen fachübergreifend behandelte Diagnosen gebündelt werden und das Regressionsmodell inhärent von wechselseitigen Einflüssen zwischen den Diagnosekombinationen ausgeht;
5. ansonsten Effekte der Veränderung der Morbiditätsstruktur für SV-Teilnehmer nicht eindeutig von Effekten der veränderten Arbeitsteilung zwischen unterschiedlichen Versorgungssektoren zu unterschei-

den sind; dieses ist jedoch für eine sachgerechte Weiterentwicklung der Gesamtvergütung erforderlich (vgl. Verlagerung als gesetzliches Kriterium der Bedarfsbestimmung);

6. eine zutreffende Einschätzung der Morbiditätsstruktur von Teilnehmern zum Zeitpunkt ihrer Rückkehr in den Kollektivvertrag ermöglicht wird.

Zur Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ist jährlich die sachgerechte Anpassung des Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 SGB V zu bestimmen. Hierbei ist insbesondere die Entwicklung der Morbiditätsstruktur und der Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Die Effekte der damit einhergehenden Arbeitsteilung zwischen den Sektoren („Verlagerung“) und zwischen Vertragsformen auf den Behandlungsbedarf müssen für alle Versicherten möglichst zutreffend bestimmt werden. Hierzu bieten sich drei Optionen an:

1. Im einfachsten Fall wird die Veränderungsrate des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs wie bisher nur für Nicht-Teilnehmer bestimmt. Hierfür eignen sich wie bisher die anhand einer bundesweiten Versichertenstichprobe unter Ausschluss von SV-Teilnehmern berechneten Kostengewichte. Sämtliche für Teilnehmer in der vertragsärztlichen Versorgung außerhalb des Selektivvertrags erbrachten Leistungen werden in die extrabudgetäre Vergütung überführt. Wer für Option 1 votiert, wird die Angaben zur Risikostruktur des gesamten Versichertenkollektivs gleichwohl für andere Aufgaben benötigen. Dies gilt z.B. zur Ermittlung des regionalen Versorgungsbedarfs für die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung.
2. Stehen die Risikostruktur- und Leistungsdaten je Versicherten auch für SV-Teilnehmer vollumfänglich zur Verfügung, kann ermittelt werden, ob eine Anwendung der Kostengewichte für Nicht-Teilnehmer auch eine zutreffende Veränderungsrate des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs der Teilnehmer darstellt. Dieser Ansatz geht von der Annahme aus, dass (a) die Entwicklung des (bereinigten) Behandlungsbedarfs für die Teilnehmer von

deren Gesamtmorbidität abhängt, also auch von den ausschließlich im Selektivvertrag dokumentierten Diagnosen, und dass (b) die zwischen Selektiv- und Kollektivvertrag bestehenden Unterschiede in der Leistungsabgrenzung keinen Einfluss auf die prozentuale Veränderungsrate ausüben.

3. Auf Basis der vollständigen Daten lassen sich Kostengewichte für Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer jeweils separat bestimmen. Mit dem bisherigen Ansatz einer bundesweiten Versichertenstichprobe könnten vertragsspezifische Kostengewichte ermittelt werden, wenn dafür jeweils nur das relevante Leistungsspektrum

Ohne Berücksichtigung der Diagnosen aus dem Selektivvertrag fehlt notwendiges Geld in der Regelversorgung.

berücksichtigt wird (Ausschluss der dem Selektivvertrag zugeordneten Leistungen). Auf dieser Basis resultieren unterschiedliche Kostengewichte und spezifische Veränderungsdaten der morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfe für Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer, die dann gewichtet (entsprechend dem Verhältnis von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern und ihrer Inanspruchnahme) zu einer Veränderungsrate zusammengefasst werden können.

Wer für Option 2 oder 3 votiert, muss in einem zweiten Schritt prüfen, ob eine durch die Morbiditätsveränderung nicht erklärte Zu- oder Abnahme der Leistungsintensität im Kollektivvertrag besteht, die auf eine Veränderung der Arbeitsteilung zwischen den Sektoren bzw. den Vertragsformen schließen lässt. Für Option 3 wäre diese Prüfung getrennt für Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer durchzuführen. Gegen eine Klassifikation der Teilnehmer nur auf Basis der kollektivvertraglichen Diagnosen spricht der Grundsatz, dass Morbidität unteilbar ist und somit ohne Zusammenführung der Daten unvollständig abgebildet wird. Die praktische Relevanz dieses Grundsatzes kann dabei nur auf Basis zusammengeführter Daten bewertet werden. Wer sich gegen die erforderliche

Datentransparenz ausspricht, muss für Option 1 votieren.

Fazit

Das Nebeneinander von Selektiv- und Kollektivverträgen stellt angesichts der vom Gesetzgeber gewünschten und grundsätzlich auch sachgerechten Kriterien zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs hohe Anforderungen an die Datengrundlagen und die technische Ausführung durch die Gesamtvertragspartner, wenn willkürliche Benachteiligungen einer Vertragsform vermieden werden sollen. Da im Kollektivvertrag eine Mitwirkungspflicht besteht, ist die Weiterentwicklung des

Behandlungsbedarfs gemäß der gesetzlichen Kriterien unverzichtbar. Die Analyse der Risikostruktur der SV-Teilnehmer legt nahe, dass in den KV-Regionen mit relevanten Selektivvertragsanteilen für dieses

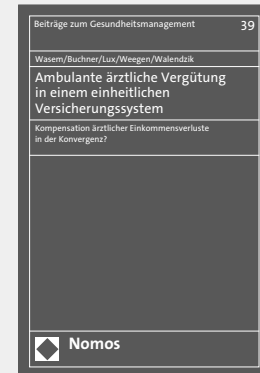
kriteriengestützte Verfahren derzeit ein toter Winkel existiert, dessen Gefahrenpotenzial korrigiert werden muss, damit Kollektiv- und Selektivvertrag auf Dauer friedlich koexistieren können. ■

Literatur

Gerlach F., Szecsenyi J. et al. (2013): Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2010-2011). www.verah.de/Meine_Bilder_und_Dateien/EVA.pdf letzter Aufruf: 10. Juli 2013

Institut des Bewertungsausschuss (2013): Bericht zur Schätzung der Morbiditätsveränderung 2010. http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de/publikationen/Bericht_SchaetzungMorbiditaetsveraenderung2010.pdf letzter Aufruf: 10. Juli 2013

Institut des Bewertungsausschuss (2013): Bericht zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems sowie zur Ermittlung der Veränderungsdaten für das Jahr 2013. http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de/publikationen/Bericht_KM87a2012.pdf letzter Aufruf: 10. Juli 2013



Ambulante ärztliche Vergütung in einem einheitlichen Versicherungssystem

Kompensation ärztlicher Einkommensverluste in der Konvergenz?

Von Prof. Dr. Jürgen Wasem, Prof. Dr. Florian Buchner, Gerald Lux, Dr. Anke Walendzik und Lennart Weegen

2013, 104 S., brosch., 16,- €
ISBN 978-3-8487-0489-7

(Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Bd. 39)

Ob die private Krankenversicherung (PKV) als Vollversicherung eine Zukunft hat, wird viel diskutiert. Teil dieser Debatte ist stets die Vergütung der niedergelassenen Ärzte, d.h. es ist über Kompensationsmodalitäten zu entscheiden. Die zentrale Botschaft des Gutachtens: Eine Vereinheitlichung der Vergütungssysteme ist kein unlösbares Problem. An ihr scheitert ein einheitlicher Versicherungsmarkt nicht.

www.nomos-shop.de/21148



Nomos