

Möglichkeiten der fachgruppenspezifischen Risikoadjustierung der Verhältniszahlen für eine zeitgemäße Versorgungsplanung

Dominik von Stillfried

Thomas Czihal

Dr. rer. pol. Dominik von Stillfried ist Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI)

Thomas Czihal ist als Gesundheitsökonom und Statistiker im ZI beschäftigt.

Folgt man den Eckpunkten des Bundesgesundheitsministeriums zum Versorgungsgesetz und den Positionen der Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung in der Ausgabe 1/2011 dieser Zeitschrift, zeichnet sich ein politischer Konsens ab, dass die künftige Ausrichtung der vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf der Wohnbevölkerung orientieren soll. Dies ist eine klare Abkehr vom bisherigen Ansatz ungewichteter, nur nach Verdichtungsräumen differenzierter Verhältniszahlen in der Bedarfsplanung. Was im Risikostrukturausgleich und in der vertragsärztlichen Vergütung Recht ist, sollte daher auch in der Bedarfplanung gelten. In diesem Beitrag wird deshalb ein Vorgehensvorschlag unterbreitet, wie dem morbiditätsbedingten fachgruppenspezifischen Versorgungsbedarf der Bevölkerung sowie Besonderheiten der Sozial- und Versorgungsstruktur in einer künftigen Bedarfsplanung Rechnung getragen werden kann.

1. Einleitung

1.1. Herausforderung

Die heutige Bedarfsplanung für Vertragsärzte kann den Herausforderungen der Zukunft nicht gerecht werden. Darüber besteht Einigkeit unter allen Beteiligten.

Die Herausforderungen der Zukunft leiten sich aus den Folgen des demografischen Wandels ab. Dieser vollzieht sich aufgrund der innerdeutschen Migrationsbewegungen aus ländlichen Räumen in bestimmte Ballungsräume keineswegs gleichmäßig. Während die demografische Alterung der Bevölkerung in den Abwanderungsräumen

stark beschleunigt wird, findet diese in den Zuwanderungsräumen hingegen kaum statt. Diese Wanderungsbewegungen sind Kennzeichen der wirtschaftlichen Dynamik und der damit einhergehenden Attraktivität der Regionen, an denen sich nicht zuletzt auch niederlassungswillige Ärzte orientieren. Der Bedarf an Ärzten kann hingegen gerade in den Abwanderungsregionen überproportional ansteigen. Zudem zeichnet sich ein Nachwuchsmangel gerade in den hierdurch gefragten Fachrichtungen, insbesondere in der hausärztlichen Versorgung ab.

Für die Bedarfsplanung sind die Herausforderungen daher komplex. Ohne sie wäre eine Fortsetzung oder gar Verschärfung des Drangs der niederlassungswilligen Ärzte in die attraktiven Ballungsräume zu erwarten. Auch wenn dort die Wiederbesetzung frei werdender Arztsitze weiterhin problemlos möglich ist, vermindern diese Besetzungen bei insgesamt rückläufigem Nachwuchs oder steigendem Bedarf in Abwanderungsräumen dort die verfügbare Arztdichte zur Besetzung notwendiger Sitze. Aufgrund der Heterogenität des demografischen Wandels und seines Einflusses auf die Topografie der Lebensräume und deren Infrastruktur muss die Bedarfsplanung deutlich flexibler und zielpräziser werden, als dies in der Vergangenheit notwendig erschien.

1.2 Ausgangslage

In der derzeitigen Planung gelten ungewichtete Verhältniszahlen je Fachgruppe und Regionstyp des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR). Die 9 nach Verdichtungsräumen unterschiedenen Regionstypen werden ergänzt um das Ruhrgebiet als eigenen 10. Regionstyp. Diese Verhältniszahlen spiegeln im Wesentlichen die historische Ausgangslage zum Zeitpunkt ihres Beschlusses wider. Überschreitet die tatsächliche Relation von Einwohner je Arzt die Verhältniszahl um 110%, gilt der Planungsbereich als gesperrt. Eine Neu-Niederlassung ist nicht möglich. Erreicht der fachgruppenspezifische Versorgungsgrad hingegen weniger als 50% bzw. 75% der Verhältniszahl, gilt der Planungsbereich als unversorgt. Die demografische Struktur der Einwohner wird da-

bei nur insofern berücksichtigt, als seit 2011 die Verhältniszahlen um den veränderten Anteil der Über-Sechzigjährigen an der Bevölkerung eines Planungsbereichs angepasst werden können. Berechnet werden diese Demografiefaktoren zur Gewichtung der Verhältniszahlen je Fachgruppe wie folgt: Für das jeweilige Jahr wird der Anteil der Über-60-Jährigen (mit einem fachgruppenspezifischen Leistungsbedarfsfaktor multipliziert) mit dem Anteil der Unter-60-jährigen Einwohner addiert. Diese Summe wird durch entsprechende Summe des Basisjahrs (bei Orthopäden bspw. 1995) dividiert. Zur Anwendung kommt der Demografiefaktor nur in Planungsbereichen, in denen die durchschnittliche Behandlungsfallzahl je Arzt über dem Bundesdurchschnitt liegt. Damit wird dem sich regional in unterschiedlicher Geschwindigkeit vollziehenden Alterungsprozess und dem daraus resultierenden zusätzlichem Arztbedarf Rechnung getragen.

Der Sachverständigenrat wies in seinem Gutachten aus dem Jahr 2007 darauf hin, dass zwischen den Bundesländern erheblich divergierende »Altersquotienten 65« bestehen, die sich künftig weiter auseinander entwickeln werden: Im Jahr 2005 betrug der Abstand zwischen dem höchsten und niedrigsten Altenquotient (Über-65-Jährige je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65) rund 10 Punkte (26,30 in Berlin, 36,41 in Sachsen). Im Jahr 2025 wird mit einem Abstand von rund 25 Punkten gerechnet (33,14 in Hamburg, 58,1 in Sachsen-Anhalt)¹.

Diese Zahlen verdeutlichen, dass die Einführung von Demografiefaktoren in die Bedarfsplanung dringend erforderlich war. Sie offenbaren aber zugleich, warum der Gemeinsame Bundesausschuss mit der bisher gewählten Methodik zu kurz gesprungen ist:

1. Es liegt auf der Hand, dass die alleinige Berücksichtigung des veränderten Anteils der Über-60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung nicht zu angemesseneren Verhältniszahlen z.B. für Kinder- oder Frauenärzte in einer Region führen kann. Dafür wäre eine differenzierte Risikoadjustierung notwendig, die zumindest mehrere Altersgruppen und eine Geschlechtsunterscheidung beinhaltet.

2. Die Eckpunkte des Bundesgesundheitsministeriums zum Versorgungsgesetz sehen die Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses vor, bei der Anpassung der Verhältniszahlen nicht nur die demografische Entwicklung, sondern darüber hinaus auch solche Faktoren zu berücksichtigen, die einen Einfluss auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf ausüben. Explizit genannt werden hier die Sozialstruktur der Bevölkerung und die bestehenden Versorgungsstrukturen (Stand 08.04.2011).

3. Als wesentlicher Faktor mit Einfluss auf den Versorgungsbedarf ist die Morbiditätsstruktur der Bevölkerung zu nennen. Dass diese neben der Demografie einen erheblichen Einfluss auf den Versorgungsbedarf und die Inanspruchnahme auch großer Versichertenkollektive hat, ist in zahlreichen Forschungsarbeiten nachgewiesen und durch die Gestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (RSA) und die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in der vertragsärztlichen Versorgung auch politisch anerkannt^{2,3}. Dem liegt die Erkenntnis zugrunde, dass die wesentlichen Leistungsausgaben auf einen Bruchteil der Versicherten entfallen und dass die Morbiditätslast in der Bevölkerung ungleichmäßig verteilt ist. Der Gesetzgeber gibt daher vor, die Morbidität bzw. deren Veränderung über ein diagnosebasiertes Klassifikationsmodell zu messen und diese bei der Mittelallokation zu berück-

1 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag Drucksache 16/6339: Berlin

2 Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Lauterbach K.W., Wasem J. (2004): Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Endbericht. Untersuchung zur Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale für einen direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung. Berlin, Köln und Essen

3 von Stillfried D., Ryll A. (2004): Umsetzbarkeit morbiditätsbezogener Regelleistungsvolumen in der vertragsärztlichen Versorgung. Gesundheits- und Sozialpolitik 11/12 2004

sichtigen. Es ist dabei nur konsequent, die regionale Morbidität last auch im Rahmen einer bedarfsgerechten Versorgungsplanung bei der Bemessung der notwendigen Angebotsstrukturen einzubeziehen. Dies gilt umso mehr, als aufgrund der innerdeutschen Migrationsbewegungen mit einer erheblichen Entmischung der Risikostrukturen in Abwanderungsräumen zu rechnen ist.

4. Soll in die künftig knappe Ressource Arzt unter Gesichtspunkten des Zugangs und der Wirtschaftlichkeit von Praxisstandorten räumlich optimal lokalisiert werden, müssen Entscheidungen über Schwerpunktbildungen getroffen werden. Hierbei müssen Mitversorgungsfunktionen berücksichtigt werden, die je Fachgruppe zwischen den einzelnen Planungsbereichen bestehen. Im Rahmen einer Analyse der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der KV Baden-Württemberg wurde festgestellt, dass im hausärztlichen Versorgungsbereich nur etwa 71% der Patienten den ihnen am nächsten gelegenen Arzt aufsuchen. Bei Frauenärzten und Fachinternisten liegt dieser Wert bei unter 60%, bei Psychotherapeuten und Anästhesisten sogar bei unter 40%⁴. Demzufolge ist es nicht verwunderlich, dass auch bei der Betrachtung von Landkreisen und kreisfreien Städten Regionen identifiziert werden, deren Bevölkerung zu einem wesentlichen Anteil in anderen Region versorgt bzw. behandelt werden, und es umgedreht auch Regionen gibt, die einen wesentlichen Versorgungsauftrag für die Bevölkerung anderer Regionen ausüben. Ergebnisse eines Gutachtens des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen zeigen etwa, dass nur 50% der fachärztlichen Inanspruchnahme von Patienten mit Wohnort in Sömmerda auch bei Ärzten im Landkreis Sömmerda stattfindet. In Jena sind es 93 %, in Erfurt 90%⁵. Es wird deutlich, dass die Interpretation des Verhältnisses von Bevölkerung je Arzt einer Region fehlerhaft ausfallen kann, wenn nicht die Versorgung für bzw. durch andere Region-

nen mit in die Berechnung der Verhältniszahl einbezogen wird.

1.2 Zielsetzung

Im vorliegenden Beitrag wird ein Verfahren zur Alters- und Morbiditätsadjustierung fachgruppenspezifischer Verhältniszahlen zur Diskussion gestellt. Dieses sollte den spezifischen Herausforderungen des demografischen Wandels und der damit einhergehenden Risikoentmischung Rechnung tragen können. Dieses sollte durch die mit Planung beauftragten Institutionen einfach handhabbar sein und nicht im Widerspruch zur Berücksichtigung der Morbidität bei der Vergütung stehen, damit die erforderlichen Vergütungsvolumina zur Finanzierung eines ermittelten Leistungsbedarfs zur Verfügung stehen. Dabei muss das methodische Problem bewältigt werden, dass die Morbidität last patientenbezogen und fachgruppenübergreifend ermittelt wird. Ergänzend wird vorgeschlagen, die regionsübergreifenden Mitversorgungseffekte zu berücksichtigen, da diese die aus dem morbiditätsbezogenen Leistungsbedarf abzuleitenden Verhältniszahlen teils erheblich modifizieren können.

2. Datengrundlage, Methodisches Vorgehen und Ergebnisse

2.1. Datengrundlagen

Die Datengrundlagen umfassen sämtliche im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 2008 dokumentierten Diagnosen sowie die erbrachten Leistungen für über 75 Millionen vollständig pseudonymisierte Patienten durch über 100.000 vollständig pseudonymisierte Praxen, die einem der 413 Landkreise und kreisfreien Städten in Deutschland zugeordnet werden konnten. Die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten liegen ohne Versichererstammdaten vor. Die Patientenidentitäten werden auf Basis der pseudonymisierten Versichertennummer, dem Institutionskennzeichen der Krankenkasse und dem Geburtsjahr eines Abrechnungsfalls gebildet. Dabei ist zu beachten, dass mit jedem Wechsel der Versichertennummer, z.B. durch Kassenwechsel eines Versicherten oder

Fusion zweier Krankenkassen, eine neue Patientenidentität entsteht. Bundesweit bestehen in den Abrechnungsdaten des Jahres 2008 somit ca. 10% mehr Patienten, als zum 01.07.2008 nach der KM6-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit gesetzlich Versicherte existierten. Durch diesen »Verdünnungseffekt« ist die Aussagekraft der dargestellten Ergebnisse beeinträchtigt. Eine rechnerische Korrektur ist nicht möglich, da die Differenzen zwischen der Anzahl der Patientenidentitäten und der Anzahl der Versicherten gemäß KM6-Statistik stark nach den darin analysierbaren Merkmalen (Region, Kassenart, Alters- und Geschlechtsgruppe) variieren.

2.2. Methodisches Vorgehen

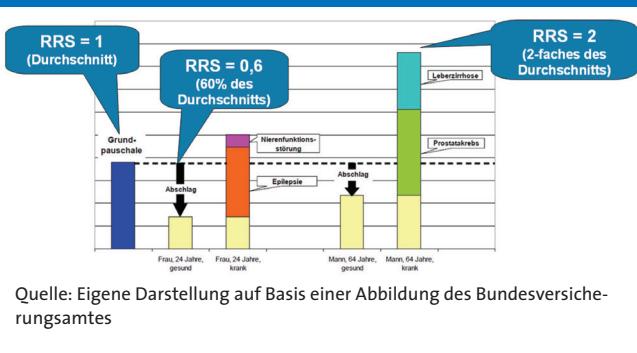
2.2.1 Risikoadjustierung nach Alter, Geschlecht und Morbidität

Dieses Konzept geht davon aus, dass der abgerechnete Leistungsbedarf im Rahmen der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen der beste Indikator zur Abschätzung des erforderlichen Arztsbedarfs ist. Strukturell bestehen gegenüber dem Indikator »Arzt-Patientenkontakte« nur geringfügige Unterschiede. Der Leistungsbedarf reflektiert die in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eingehenden Arztanteile. Schließlich entspricht die Bezugnahme auf den Leistungsbedarf auch der beabsichtigten Vereinbarkeit zwischen Kapazitätsplanung und Vergütung.

Zu beantworten sind die Fragen,

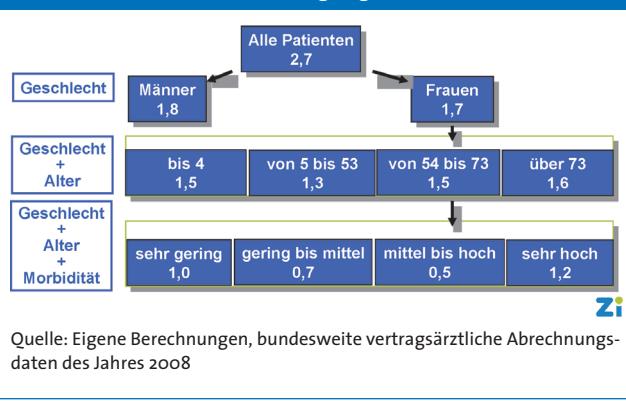
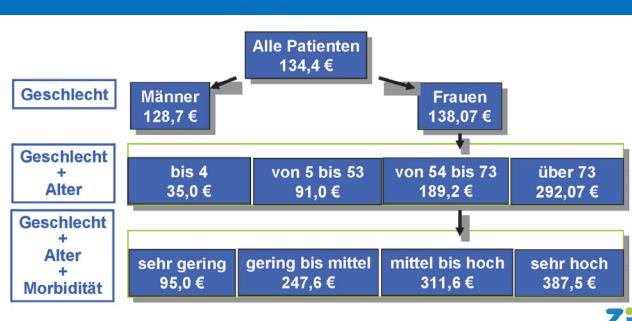
1. wie viel Leistungsbedarf einer Fachgruppe in einer Region aufgrund der gegebenen Bevölkerungsstruktur zu erwarten ist und darauf aufbauend,
2. welche Anzahl von Ärzten zur Deckung dieses Leistungsbedarfs benötigt wird.

⁴ Fülop G., Kopetsch T., Schöpe P. (2008): Einzugsbereiche von Arztpräxen und die Rolle der räumlichen Distanz für die Arztwahl der Patienten. online Abruf unter: http://www2.vwl.uni-mannheim.de/fileadmin/user_upload/pigorsch/pdf/Einzugsbereiche_von_Arztpräxen_Beta_Kopetsch.pdf (letzter Zugriff 15.05.2011)

Abb. 1: Bildung des Relativen Risikoscores (RRS)**Tabelle 1: Vergleich der Erklärungskraft des 8-Zellenmodells (Alter, Geschlecht) mit dem 32-Zellenmodell (Alter, Geschlecht, Morbidität) für die 14 bisher beplanten Fachgruppen**

| | 8-Zellenmodell (ohne Morbidität) | 32-Zellenmodell (mit Morbidität) |
|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Hausärzte | 10,40% | 25,60% |
| Anästhesisten | 0,10% | 7,30% |
| Augenärzte | 2,50% | 13,20% |
| Chirurgen | 0,30% | 5,80% |
| Frauenärzte | 10,50% | 27,10% |
| HNO Ärzte | 0,10% | 6,20% |
| Hautärzte | 0,20% | 2,10% |
| fachärztlich tätige Internisten | 0,30% | 2,90% |
| Kinderärzte | 28,50% | 33,40% |
| Nervenärzte | 0,30% | 5,50% |
| Orthopäden | 1,60% | 11,70% |
| Psychotherapeuten | 0,40% | 21,80% |
| Radiologen | 1,00% | 8,80% |
| Urologen | 5,70% | 14,20% |

Quelle: Eigene Berechnungen, bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten des Jahres 2008

Abb. 3: Variationskoeffizienten des Leistungsbedarfs je Patient auf unterschiedlichen Ebenen des 32-Zellenansatzes für den hausärztlichen Versorgungsbereich**Abb. 2: Durchschnittlicher Leistungsbedarf je Patient auf verschiedenen Ebenen des 32-Zellenansatzes für den hausärztlichen Versorgungsbereich**

Zur Beantwortung von Frage 1 wird ein fachgruppenspezifisches Inanspruchnahmeprofil gebildet. Hierfür wird der durchschnittliche Umfang der Leistungsinanspruchnahme für Subgruppen der Bevölkerung bei Ärzten der jeweiligen Fachgruppe ermittelt. Die Subgruppen werden nach den Merkmalen Alter, Geschlecht und Morbidität unterschieden. Für jede Subgruppe wird eine Zelle gebildet, d.h. ein Versicherter mit Wohnort in einer Region kann aufgrund seines Geschlechts, Alters und Morbidität nur

jeweils einer Subgruppe angehören. Für jede Zelle wird der bundesdurchschnittliche Leistungsbedarf der zu beplanenden Fachgruppen ermittelt. Diese Werte je Zelle geben die (normierte) erwartete Inanspruchnahme eines Individuums mit bestimmten Charakteristika wieder.

Dieses Konzept geht aus Gründen der Übersichtlichkeit und Transparenz von insgesamt 32 Zellen aus. Diese setzen sich wie folgt zusammen: zwei Geschlechtergruppen, vier Altersgruppen und vier Morbiditätskategorien. Exem-

plarisch werden hier die 14 bisher beplanten Fachgruppen analysiert.

In Anlehnung an die Alterseinteilung im EBM wird eine Einteilung in folgende 4 Altersgruppen verwendet: bis unter 5 Jahre, 5 bis unter 54 Jahre, 54 bis unter 74 Jahre und 74 Jahre und älter. Die vier Morbiditätskategorien werden mittels eines zuvor berechneten morbiditätsadjustierten Relativen Risikoscores (RRS) gebildet.

Der RRS gibt die ökonomisch bewertete Morbiditätslast eines Patienten im Verhältnis zum Durchschnitt der Grundgesamtheit wieder (vgl. Abbildung 1): Betragen die morbiditätsbedingten erwarteten Leistungsausgaben des Individuums das Doppelte der durchschnittlichen Leistungsausgaben in der Grundgesamtheit, so beträgt der RRS 2. Der RRS lässt sich auch für Kollektive bilden, z.B. für Personen einer Altersgruppe oder mit Wohnort in einer Region. Zur Ermittlung des RRS müssen alle Versicherten zunächst individuell mit einem Versichertenklassifikationsverfahren gewichtet werden. Für die hier vorgestellten Berechnungen wurde das Klassifikationsmodell

des 15. Erweiterten Bewertungsausschuss vom 02.09.2009 mit zeitgleichem Prognosehorizont zugrunde gelegt (vgl. Institut des Bewertungsausschuss 2010).

Die Patienten werden anhand ihres RRS in vier Gruppen eingeteilt: Patienten mit einem RRS unter eins in die Gruppe mit unterdurchschnittlicher Morbiditätslast, mit einem RRS von eins bis unter zwei in die Gruppe mit durchschnittlicher bis überdurchschnittlicher Morbiditätslast, mit einem RRS von zwei bis unter drei in die Gruppe mit stark überdurchschnittlicher Morbiditätslast und Patienten mit einem RRS ab drei in die Gruppe mit ausgeprägter Multimorbidität.

Die Zusammenfassung der Morbidität zu vier Kategorien anhand des RRS basierend auf einem differenzierten Patientenklassifikationssystem und dem gesamten Leistungsbedarf eines Patienten ist ein pragmatisches Vorgehen. Es erlaubt, die mit der Morbiditätslast einhergehenden Inanspruchnahmeunterschiede zu erfassen, ohne zugleich bewerten zu müssen, inwieweit diese auf einen fachgruppenspezifischen Behandlungsanlass oder damit assoziierte Komorbidität zurück gehen. Zudem können die Ergebnisse des zur Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung angewendeten Klassifikationsverfahrens herangezogen werden. Alternativ müsste je Fachrichtung ein eigenes Klassifikationsmodell entwickelt werden, das in Abhängigkeit vom Diagnosenspektrum der Fachgruppe eine unterschiedliche Anzahl und Definition von Risikogruppen und Hierarchien umfassen müsste. Abgesehen von der damit verbundenen Komplexität wäre der Zusammenhang mit einem Klassifikationsmodell, das zur Ermittlung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bzw. zur Ermittlung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds herangezogen wird, nicht mehr gegeben. Zudem ist zu beachten, dass insbesondere in kleinen Facharztgruppen und kleinerräumiger Anwendung eine hohe Sensitivität gegenüber dem praxisindividuellen Kodierverhalten bestünde.

Die Berücksichtigung der RRS-Klassen, in deren Berechnung Alter und Geschlecht bereits eingeflossen ist, dient dem Zweck einer Morbiditätsadjustierung innerhalb der acht Alters- und

Geschlechtsgruppen. Würde bei der Bildung der Patientengruppen ausschließlich auf RRS-Klassen abgestellt, ohne diese zusätzlich nach Alter und Geschlecht zu differenzieren, könnten Inanspruchnahmeunterschiede je Fachrichtung nicht adäquat abgebildet werden. Ein Beispiel: Für Kinderärzte würde sich mit steigender Morbiditätslast eine geringere Inanspruchnahme ergeben, wenn diese Morbidität insbesondere altersbedingte Krankheiten umfasst. Differenziert man hingegen die Inanspruchnahme der unter-5-jährigen Kinder durch die vier Morbiditätskategorien, resultiert eine Spreizung um den Faktor Acht. Die Morbiditätskategorien untergliedern folglich das nach Alter und Geschlecht fachgruppenspezifische Inanspruchnahmeprofil nach einem Schweregradmerkmal (vgl. Abbildung 2).

Durch die Berücksichtigung der Morbidität gelingt es, homogenere Patientengruppen zu bilden. Dies drückt sich in einem Rückgang der Variationskoeffizienten aus (vgl. Abbildung 3). Der Variationskoeffizient setzt die Standardabweichung einer Gruppe ins Verhältnis zum Mittelwert dieser Gruppe. Aufgrund dieser Normierung lassen sich die Verteilungen unterschiedlicher Subgruppen vergleichen.

Um die Bedeutung der Morbiditätsgewichtung übersichtlich darzustellen, eignet sich eine tabellarische Abbildung der Variationskoeffizienten jeweils für alle 32 Zellen und alle Fachgruppen nicht. Mit einem Blick kann die Relevanz der Morbiditätsgewichtung hingegen in Tabelle 1 erfasst werden. Verglichen wurde die Erklärungskraft eines 8-Zellenmodells (4 Alter, 2 Geschlecht) und des 32-Zellenmodells. Die Zellen wurden jeweils als dichotome erklärende Variablen in eine lineare Regressionsrechnung zur Erklärung des fachgruppenspezifischen Leistungsbedarfs je Patient eingesetzt. Tabelle 1 stellt jeweils das adjustierte R^2 je Fachgruppe dar. Es zeigt sich ein deutlicher Zugewinn an Erklärungskraft durch die zusätzliche Berücksichtigung der 4 Morbiditätsgruppen. In der Höhe des R^2 spiegelt sich aber auch die Heterogenität des Leistungsspektrums einzelner Facharztgruppen wieder. Insbesondere die Ergebnisse für die fachärztlich tätigen Internisten offenbaren die Heterogenität der unter dieser Bezeichnung

zusammengefassten Fachgruppen, aber auch die regionalen Unterschiede in der Arbeitsteilung zwischen diesen und anderen Fachgruppen und der stationären Versorgung sowie die unterschiedlichen Zugangsmöglichkeiten der Patienten bei deren Inanspruchnahme. Für Planungszwecke wäre daher eine spezifischere Fachgruppenaufteilung auch unter Berücksichtigung operierender / konservativ tätiger Praxen, sowie ggf. gesonderte Betrachtung hochspezialisierter Leistungen dieser Fachgruppen zu erwägen.

Zur Gewichtung der Bevölkerungszahlen für die Zwecke der Bedarfsplanung können die Besetzungszyhlen der 32 Zellen anhand der tatsächlichen Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur der Patienten einer Kreisregion ermittelt und mit den normierten Inanspruchnahmewerten je Zelle multipliziert werden. In der Summe resultiert ein risikoadjustierter fachgruppenspezifischer Leistungsbedarfswert je Patient für die Region. Wird dieser ins Verhältnis zum durchschnittlichen Leistungsbedarf je Patient der Fachgruppe in einer Referenzregion (Bund oder Land) gesetzt, ergibt sich ein Gewichtungsfaktor der Bevölkerungszahl, die den tatsächlichen Bedarf an medizinischer Versorgung besser abbildet, als es z.B. eine ausschließlich an Alter und Geschlecht orientierte Bedarfsbestimmung vermag.

Der so ermittelten Bedarfsgröße kann nunmehr eine normierte Arztdzahl gegenübergestellt werden (Frage 2). Im einfachsten Fall ist das die Arztdzahl in einer Referenzregion (Bund oder Bundesland) im Basisjahr, auf das sich die Ermittlung des RRS bezieht. Legt man den durchschnittlichen Leistungsbedarf je Arzt zugrunde, errechnet sich die erforderliche Arztdzahl einer Kreisregion durch Division der gewichteten fachgruppenspezifischen Leistungsbedarfsmenge durch den Leistungsbedarf je Arzt der Fachgruppe.

Regionen mit einer überdurchschnittlich jungen Bevölkerung erhalten somit einen hohen Gewichtungsfaktor für Fachgruppen, die überwiegend die jüngere Bevölkerung versorgen, wie bspw. Kinder- oder Frauenärzte. Regionen mit einer überdurchschnittlich alten Bevölkerung erhalten einen hohen Gewichtungsfaktor für Fachgruppen, die insbesondere in

der Versorgung der älteren Bevölkerung tätig sind, wie bspw. Hausärzte oder Urologen⁵.

2.2.2. Berücksichtigung von regionsübergreifenden Mitversorgungseffekten

Für eine sachgerechte Planung der Angebotsstrukturen sollten die überregionalen Versorgungsfunktionen berücksichtigt werden, die vor allem von Kernstädten wahrgenommen werden.

Auf Basis der historischen, kreisgrenzenübergreifenden Inanspruchnahme können die gewichteten Bevölkerungszahlen bzw. Relationen von Bevölkerung je Arzt entsprechend des Mitversorgungsanteils der betreffenden Region angepasst werden. Der um die Mitversorgungsfunktion korrigierte erwartete Versorgungsbedarf einer Fachgruppe in einer Region ergibt sich demnach aus dem Versorgungsbedarf der Wohnbevölkerung abzüglich des Anteils des Versorgungsbedarfs, der in anderen Regionen gedeckt wird, und zuzüglich des Leistungsbedarfs für Patienten außerhalb der Wohnregion aus dem Basisjahr 2008. Für das eingangs erwähnte Beispiel des Landkreises Sömmerda im Freistaat Thüringen bedeutet dies, dass nur rund 50% des populationsbezogenen fachärztlichen Versorgungsbedarfs für die Bemessung der Angebotsstruktur im Landkreis Sömmerda herangezogen wird, da der übrige Anteil in anderen Landkreisen gedeckt wird und dort zur Bestimmung der Verhältniszahlen mit einzubeziehen ist.

Dieses Vorgehen begünstigt eine Zentralisierung künftiger Versorgungsstrukturen, soweit diese aus normativen Gesichtspunkten wünschenswert ist. Sollte die Inanspruchnahme mit unerwünscht hohen Wegezeiten für die Patienten einhergehen, können darauf aufbauend Zielstrukturen definiert werden, die auf eine stärkere Dezentralisierung hinwirken. Als Benchmark können bspw. die fachgruppenspezifischen Mitversorgungsanteile auf Ebene der Kreistypen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung dienen (vgl. Tabelle 2).

2.3. Ergebnisse

Das dargestellte Verfahren dient der Risikoadjustierung der Bevölkerung einer Region, um auf dieser Grundlage

die fachgruppenspezifischen Versorgungsbedarfe sachgerechter abbilden zu können. Dass eine solche Gewichtung indiziert ist, zeigen die Ergebnisse der Risikogewichtung nach dem 32-Zellenansatz für Haus- und Kinderärzte in Abbildung 4.

Aufgrund der Struktur der Bevölkerung hinsichtlich Demografie und Morbidität ist in den neuen Bundesländern im Vergleich zu anderen Regionen von einem deutlichen Mehrbedarf an Hausärzten je 10.000 Einwohner auszugehen. Dementsprechend ist aber der Bedarf an Kinderärzten je 10.000 Einwohner in den Neuen Bundesländern deutlich geringer. Die Spannweite der Gewichtungsfaktoren je Landkreis bzw. kreisfreier Stadt für den hausärztlichen Versorgungsbereich reicht von 0,8 bis 1,2. Anders ausgedrückt: In einem Landkreis (z.B. Suhl/Thüringen) wirkt die dortige Struktur der Bevölkerung auf den erwarteten Bedarf an hausärztlicher Versorgung so, als ob die Zahl an Einwohnern mit bundesdurchschnittlicher demografischer und bundesdurchschnittlicher Morbiditätsstruktur um 20% erhöht würde. Allerdings beinhaltet die Bevölkerungsstruktur in Suhl auch, dass die für die kinderärztliche Bedarfsbestimmung herangezogene Bevölkerungszahl um ca. 20 % reduziert werden muss, um eine bedarfsgerechte Verhältniszahl zu ermitteln.

Wie sich unter Einbezug der Bevölkerungsstruktur auch die Bewertung der Versorgungssituation verändert, zeigt folgende – grobe – Beispielrechnung: Das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WidO) konstatiert in seinem Ärzteatlas 2011, dass nur in Sachsen-Anhalt für Hausärzte ein Versorgungsgrad von 100% nicht erreicht wird, in allen anderen neuen Bundesländern hingegen Versorgungsgrade von über 100 % erreicht werden. Ein flächendeckender Hausärztemangel sei also nicht festzustellen⁶. Werden nun aber die vom WidO errechneten Versorgungsgrade um die morbiditätsbezogenen Gewichtungsfaktoren korrigiert, ergibt sich ein anderes Bild. Jedes der neuen Bundesländer weist nun einen Versorgungsgrad unter 100 % auf (vgl. Tabelle 3).

Unter Einbezug der Risikostruktur der Bevölkerung ist demnach sehr wohl davon auszugehen, dass die als ange-

messene festgelegte Versorgungsdichte für Hausärzte in den neuen Bundesländern flächendeckend nicht erreicht wird.

Über den Einbezug der fachgruppenspezifischen Mitversorgungseffekte zwischen den jeweiligen Regionen werden die »Trampelpfade« der Patienten explizit berücksichtigt. Hierdurch wird eine Brücke zwischen populationsbasiertener Bedarfsermittlung und leistungsgeringerbezogener Angebotsplanung geschlagen. Dies ist notwendig, um nicht gegen gewachsene und effiziente Versorgungsstrukturen zu planen. Für den hausärztlichen Versorgungsbereich hat dieses Vorgehen nur geringe Auswirkungen. Für den fachärztlichen Versorgungsbereich (insbesondere Radiologen und Neurologen) entsteht jedoch ein anderes Bild. Die zuvor festgestellte Überversorgung insbesondere in Ballungsräumen wird relativiert. Folgt man dem Standpunkt, dass in Deutschland grundsätzlich eine angemessene Zahl an Vertragsärzten erreicht sei, deren regionale Verteilung aber optimiert werden muss, reduziert sich dieses Umverteilungsproblem unter Einbezug der Mitversorgungsfunktionen erheblich. Während über alle Arztgruppen hinweg die Zahl der zwischen den Landkreisen »zu versetzenden« Ärzte um ca. 30 % sinkt, ergibt sich für Radiologen eine Reduktion um 40%, bei Neurologen um ca. 45%.

3. Diskussion

Damit die Bedarfsplanung den Anforderungen eines die Landkreise und kreisfreien Städte sehr heterogen treffenden demografischen Wandels gerecht werden kann, müssen die Verhältniszahlen anhand der regionalen Risikostruktur der Bevölkerung risikoadjustiert werden. Nur so ergibt sich ein realistisches Bild der Versorgungslage. Was für den RSA und die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu-

5 Schallock M., Czihal T., von Stillfried D. (2009): Zukünftige vertragsärztliche Versorgung in dünn besiedelten ländlichen Räumen – Eine kleinräumige Analyse zum Jahr 2020. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen: Berlin

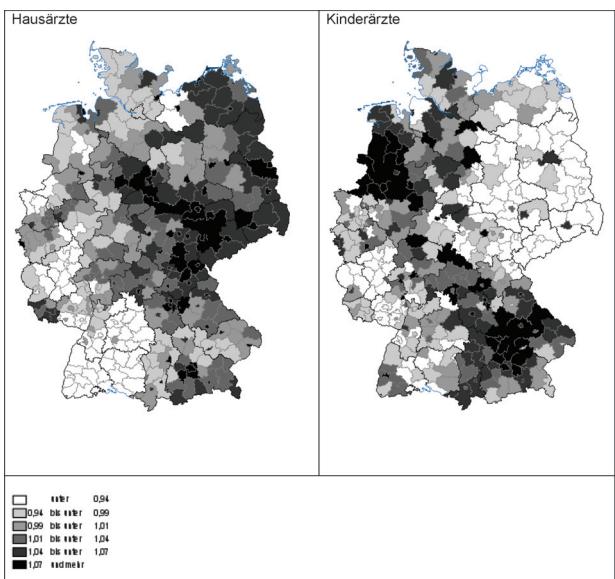
6 Klose J., Rehbein (2011): Ärzteatlas 2011 – Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO): Berlin

Tabelle 2: Durchschnittliche Mitversorgungsanteile für fünf ausgewählte Fachgruppen auf Ebene der Kreistypen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung

| Kreistypen BBR | | durchschnittliche Fremdversorgungsanteile | | | | |
|---------------------|------------------------------------|---|-----------|-------------|------------|------------|
| | | Augenärzte | Chirurgen | Internisten | Orthopäden | Radiologen |
| Agglomerationsräume | Kernstädte | 12% | 13% | 12% | 12% | 23% |
| | Hochverdichtete Kreise | 30% | 29% | 36% | 29% | 48% |
| | Verdichtete Kreise | 39% | 38% | 41% | 41% | 56% |
| | Ländliche Kreise | 36% | 34% | 42% | 42% | 56% |
| Verstädterte Räume | Kernstädte | 8% | 10% | 9% | 12% | 12% |
| | Verdichtete Kreise | 36% | 34% | 34% | 32% | 45% |
| | Ländliche Kreise | 39% | 38% | 45% | 41% | 62% |
| Ländliche Räume | Ländliche Kreise höherer Dichte | 30% | 32% | 32% | 33% | 45% |
| | Ländliche Kreise geringerer Dichte | 35% | 28% | 34% | 33% | 54% |

Quelle: Eigene Berechnungen, bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten des Jahres 2008

Abb. 4: Kartographische Darstellung der Gewichtungsfaktoren für die Bevölkerung gemäß des 32-Zellenansatzes für Hausärzte und Kinderärzte



Quelle: Eigene Berechnungen, bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten des Jahres 2008

Tabelle 3: Simulationsrechnung zur Auswirkung der Gewichtungsfaktoren auf die Beurteilung des Versorgungsgrades

| Bundesland | Versorgungsgrad gemäß WidO Ärzteatlas | populationsbezogener Gewichtungsfaktor | korrigierter Versorgungsbedarf |
|------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------|
| Brandenburg | 100,4% | 1,042 | 96,3% |
| Mecklenburg-Vorpommern | 101,9% | 1,042 | 97,8% |
| Sachsen | 107,6% | 1,087 | 99,0% |
| Sachsen-Anhalt | 93,0% | 1,062 | 87,6% |
| Thüringen | 103,4% | 1,068 | 96,8% |

Quelle: Klose/ Rehbein 2011, eigene Berechnungen, bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten des Jahres 2008

trifft, gilt hier auch für die Ermittlung bedarfsgerechter Kapazitäten. Um die Risikogewichtung beherrschbar zu machen, wird ein Zellenansatz mit 32 Zellen vorgeschlagen, der neben 2 Geschlechts- und 4 Altersgruppen auch die gesamthafte Morbidität last über 4 Schweregradeinteilungen erfasst. Mit diesem pragmatischen Vorgehen wird zwar der konkret durch eine einzelne Krankheit entstehende Versorgungsbe-

darf in einer einzelnen Fachgruppe weniger genau erfasst, doch kann die Heterogenität der Leistungsinanspruchnahme deutlich reduziert werden. Damit wird der Risikoentmischung durch Migrationsprozesse Rechnung getragen; zugleich werden angemessene Spielräume für die regional unterschiedliche Arbeitsteilung zwischen den Versorgungsbereichen und Fachrichtungen belassen.

Das vorgeschlagene Verfahren lässt sich leicht auf andere Leistungsbereiche übertragen. Einerseits ist hier an den stationären Bereich zu denken, dessen Angebotstruktur ebenfalls nach dem so populationsbezogenen festgestellten Bedarf ausgerichtet werden kann, andererseits ist er auch geeignet, den Bedarf von Leistungen aus dem neu zu schaffenden spezialärztlichen Versorgungsbereich populationsbezogen abzuschätzen und so die notwendigen Angebotsstrukturen zu beziffern. Zudem erlaubt die Bezugnahme auf den RRS eine Berücksichtigung der jeweils gültigen Methode und der Kriterien der Risikoadjustierung. Finden z.B. die

vom BMG in den Eckpunkten zum Versorgungsgesetz angeregten Kriterien zur Berücksichtigung der Sozialstruktur Eingang in das Verfahren der Risikoadjustierung, um regionale Besonderheiten auszugleichen, die durch das Kriterium Morbidität nicht ausreichend aufgegriffen werden⁷, kann dies über den daraus resultierenden RRS je Versicherten problemlos auch in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden.

Die Berücksichtigung von Mitversorgungsfunktionen ist dringend geboten, um bestehende Versorgungsabläufe nicht durch eine unflexible Planung zu konterkarieren. Auf Basis der hiermit zu schaffenden Transparenz können die Landesausschüsse aus Ärzten und Krankenkassen Entscheidungen über anzustrebende Konzentrationen treffen und bei unzumutbaren Wegezeiten für die Patienten ggf. eingreifen.

Aufgrund des aktuellen Altersaufbaus der Vertragsärzte⁸, aufgrund der Veränderung der Verhältniszahlen infolge der demografischen Entwicklung und aufgrund des relativen Angebotsrückgangs niederlassungswilliger Ärzte dürfte sich der Fokus der Bedarfsplanung bald auf eine Priorisierung der Standorte für die Ansiedelung von Ärzten konzentrieren anstatt auf eine Beschränkung des Zugangs. Aus diesem Grund wäre eine perspektivische Komponente bei der Neuordnung der Bedarfsplanung zu empfehlen. Um risikogewichtete Verhältniszahlen nicht häufig anzupassen und niederlassungswilligen Ärzten eine Orientierung geben zu können, sollte die Versorgungssituation immer auf eine mittelfristige zeitliche Perspektive projiziert werden (z.B. 2015, 2020, 2025). Darauf aufbauend kann eine gezielte Niederlassungsförderung entwickelt werden, die notwendig ist, um voraussichtlichen Versorgungsproblemen wirksam begegnen zu können.

⁷ von Stillfried D., Czihal T. (2011): Finanzierung der Versorgung noch nicht bedarfsgerecht. Die Krankenversicherung 02/2011

⁸ Kopetsch T. (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztahlentwicklung, 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung: Berlin

Marburger Schriften zum Gesundheitswesen



Beschaffung von Hilfsmitteln durch die gesetzliche Kranken- versicherung

Zur Unvereinbarkeit des
§ 127 SGB V mit dem
unionsrechtlichen Vergaberecht
Von RA Dr. Christoph Götschkes
2011, Band 14, 248 S.,
brosch., 57,- €
ISBN 978-3-8329-6289-0
nomos-shop.de/13277

Der Gesetzgeber hatte im Rahmen der Novellierung der Systematik des § 127 SGB V durch das GKV-OrgWG zum 01.01.2009 das Ziel vor Augen, eine grundsätzliche Ausschreibungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen im Hinblick auf den Abschluss von Rahmenverträgen zur Hilfsmittelversorgung zu vermeiden. Eigens zu diesem Zweck wurde das Beitrittsrecht in § 127 Abs. 2 a SGB V etabliert. Dadurch meint der Gesetzgeber ein Institut geschaffen zu haben, welches die Anwendbarkeit des europarechtlich determinierten Kartellvergaberechts und mithin eine Ausschreibungspflicht für Verträge nach § 127 Abs. 2 SGB V aushebele.

Während an der Stichhaltigkeit des gesetzgeberischen Standpunktes aus rein vergaberechtlicher Sicht Zweifel geäußert werden, bestätigte das Landessozialgericht NRW in einem Aufsehen erregenden Beschluss im April des Jahres 2010 die Sichtweise des Gesetzgebers.

Unter kritischer Würdigung des Standpunktes des Gesetzgebers sowie der Entscheidung des LSG NRW setzt sich der Autor erstmalig systematisch und ausführlich mit der Anwendbarkeit des Kartellvergaberechts auf Verträge nach § 127 Abs. 2 SGB V auseinander.



Nomos

Bitte bestellen Sie im Buchhandel oder
versandkostenfrei unter ► www.nomos-shop.de