



GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2015

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Thomas Staffeldt und Uwe Repschläger
Angleichung der vertragsärztlichen Vergütungen – staatlich verordnete Nivellierung der
Versorgung auf Kosten der Versicherten

AUSZUG aus:
BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2015 (Seite 126–161)

Thomas Staffeldt und Uwe Repschläger

ANGLEICHUNG DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERGÜTUNGEN – STAATLICH VERORDNETE NIVELLIERUNG DER VERSORGUNG AUF KOSTEN DER VERSICHERTEN

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WStG) wurde im Jahr 2009 die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) eingeführt. Diese sollte das Morbiditätsrisiko den Krankenkassen übertragen und gleiche Preise für gleiche Leistungen sowohl für die Vergütung der Krankenkassen als auch für die Honorare der Ärzte schaffen. Infolge der Umsetzung des Prinzips „das Geld folgt der Leistung“ und infolge der Regionalisierung von Gestaltungskompetenzen durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) kam es aufgrund unterschiedlicher regionaler Angebotsstrukturen im vertragsärztlichen, aber auch im stationären Sektor zu unterschiedlichen Vergütungen je Versicherten. Von einigen Kassenärztlichen Vereinigungen mit unterdurchschnittlichen Vergütungen wurde dies als Ungerechtigkeit gebrandmarkt und eine Konvergenz oder Angleichung der Vergütungen gefordert. Die als Reaktion hierauf vom Gesetzgeber im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VStG) eingeführte Konvergenz- beziehungsweise Angleichungsregelung gefährdet das Prinzip der Leistungsgerechtigkeit und droht ohne greifbare Versorgungsverbesserungen zu Mehrkosten von einer halben Milliarde Euro zu führen.

Ausgangslage

Gemäß § 87a Absatz 4a SGB V in der Fassung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VStG) sollen „unbegründet zu niedrige“ Vergütungen der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen ab dem Jahr 2017 auf einen Bundesdurchschnittswert angeglichen werden. Die Richtung der Angleichung oder Konvergenz wird also vorgegeben und geht dabei streng nach oben. Ohne dass eine am Ergebnis messbare Verbesserung der Versorgung der Versicherten angestrebt wird, werden die GKV-Versicherten mit einer zusatzbeitragsrelevanten halben Milliarde Euro zur Kasse gebeten. Ursächlich für das seit dem Jahr 2009 virulente Thema „Angleichung“ oder „Konvergenz der Vergütungen“ ist die Unzufriedenheit einiger bei der Vergütungsreform ab 2009 vermeintlich „zu kurz gekommenen“ Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), der sogenannten LAVA-KVen (Länderübergreifender Angemessener VersorgungsAnspruch).

Die Konvergenzdebatte ist eng verknüpft mit der Einführung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) im Jahr 2009 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WStG) und deren regionaler Weiterentwicklung durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG). Bei den regionalen Vergütungsverhandlungen für das Jahr 2013 kam es zu gerichtlichen Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und KVen zur Konvergenz beziehungsweise zur „Basisanpassung“ der Vergütungen, die in letzter Instanz vor dem Bundessozialgericht (BSG) entschieden wurden. Eine Basisanpassung ist danach gemäß dem im Jahr 2013 geltenden Recht nicht zulässig. Auch als Reaktion hierauf hat der Gesetzgeber, ausgehend von einem entsprechenden Prüfauftrag aus dem Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD der 18. Legislaturperiode auf Drängen einiger KVen, eine Regelung zur Angleichung der Vergütungen in das GKV-VStG aufgenommen.

Der vorliegende Beitrag greift die vielschichtige Konvergenzdiskussion auf und zeigt, dass Vergütungsangleichungen fachlich kaum begründbar sind. Die neu eingeführte gesetzliche Regelung gefährdet die Bedarfs- und Leistungsgerechtigkeit der Vergütung in den sich regional unterschiedlich entwickelnden Versorgungslandschaften und birgt das Risiko, weitere Anpassungsspiralen bei den Vergütungen auszulösen.

Die Einführung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung als Ursache der Konvergenzdebatte

Seit dem Jahr 2009 sind die Regelungen zur vertragsärztlichen Gesamtvergütung durch eine Reihe von Gesetzen renoviert worden. Am Anfang stand das GKV-WStG, welches folgende Ziele verfolgte:

- die Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen,
- den Abbau der Vergütungsverwerfungen zwischen den Krankenkassen durch die nicht dynamisierten kopfpauschalenbasierten Vergütungen,
- die morbiditätsbezogene Dynamisierung der Gesamtvergütungen mithilfe eines diagnosebasierten Klassifikationssystems,
- die Einführung einer Eurogebührenordnung mit einheitlichen Punktwerten und eines planbaren Einkommens für alle Vertragsärzte.

Dies konnte durch die Festlegungen des Bewertungsausschusses Ärzte nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben im Wesentlichen erreicht werden. So wurden die durch das starre Kopfpauschalensystem bewirkten wettbewerblichen (Preis-)Verzerrungen der Vergütungen der einzelnen Krankenkassen deutlich reduziert. Die von den regionalen Vertragspartnern ab dem Jahr 2009 zu vereinbarenden Leistungsmengen wurden an der tatsächlich nachgefragten Leistungsmenge der ärztlichen Behandlungen in EBM-Punkten orientiert und für die Folgejahre auf Basis der Morbiditätsentwicklung, die durch ein versicherten- und diagnosebezogenes Klassifikationssystem gemessen wird, weiterentwickelt. Das Morbiditätsrisiko ist durch die Ermittlung von an den tatsächlichen Bedarf der Versicherten geknüpften Leistungsmengen mithin an die Krankenkassen übergegangen. Gleichwohl existieren weiterhin Mengenobergrenzen zur Vermeidung von medizinisch nicht begründeten Mengenentwicklungen.

Die vereinbarte Leistungsmenge wird mit einem regional einheitlichen Punktwert, der aus dem vom Bewertungsausschuss festgelegten Orientierungswert abgeleitet wird, bewertet. Durch die Regelungen zu den „arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen“ mit einer Reihe von regionalen Öffnungsklauseln konnte den einzelnen Ärzten ein im Voraus planbares Honorar zugesichert werden. Bis zum Jahr 2012 galt gemäß § 87b SGB V (in der Fassung des GKV-WSG) für alle Ärzte, dass innerhalb des Regelleistungsvolumens erbrachte Leistungen mit den Preisen der Eurogebührenordnung zu vergüten waren. Unterschiedlich gestaltete regionale Honorarverteilungsregelungen und die Abschaffung der Gültigkeit der Eurogebührenordnung für die Honorare der Ärzte durch das GKV-VStG schwächen die vereinheitlichende Wirkung der Eurogebührenordnung auf den an die Ärzte zu zahlenden Punktwert heute freilich ab.

Eine wesentliche durch das GKV-VStG bedingte Änderung ist die mit dem Schlagwort Re-Regionalisierung bezeichnete Kompetenzverschiebung von der Bundesebene auf die Ebene der regionalen Vertragspartner ab dem Jahr 2013. So wurde eine Reihe von Vorgabekompetenzen des Bewertungsausschusses etwa zur Festlegung extrabudgetär zu vergütender Leistungen, zur Festlegung der morbiditätsbedingten und demografischen Veränderungsrate, zur Festlegung von durch Leistungsverlagerungen zwischen dem

vertragsärztlichen und dem stationären Sektor bedingten Veränderungen der Leistungsmenge und zum Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Empfehlungskompetenzen umgewandelt. Die regionalen Vertragspartner treffen nun auf Basis dieser regionalspezifischen Empfehlungen die Festlegung der Anpassungsfaktoren selbst. Bei den Verfahren zur Bestimmung der Aufsatzwerte für die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen und für die Bereinigung der Gesamtvergütungen bleibt die Vorgabekompetenz des Bewertungsausschusses allerdings erhalten.

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach dem GKV-VStG ist grundsätzlich wie bisher auf Basis der vereinbarten und bereinigten Gesamtleistungsmenge eines KV-Bezirktes des Vorjahres zu vereinbaren (Aufsatzwert nach § 87a Absatz 4 Satz 1 SGB V). Der Anteil, den eine einzelne Krankenkasse zu zahlen hat, ist jedoch nicht mehr wie in den Jahren 2011 und 2012 gemäß GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) festgeschrieben, sondern wird durch den Anteil der Krankenkasse am Behandlungsbedarf des Vorjahres bestimmt. Hierdurch sind sowohl der Morbiditätsbezug als auch die Verursachergerechtigkeit der Gesamtvergütungen bis auf die Ebene der einzelnen Krankenkasse gewährleistet. Das Geld folgt den Leistungen beziehungsweise der tatsächlichen Nachfrage der Versicherten einer Krankenkasse nach ärztlichen Leistungen.

Vor dem Hintergrund der Konvergenzdebatte ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass die morbiditätsbezogenen Veränderungsdaten seit dem Jahr 2013 nicht mehr bundesweit einheitlich, sondern jeweils spezifisch für den Bezirk einer KV ermittelt werden. Dies ist vor dem Hintergrund regional unterschiedlicher Morbiditätsentwicklungen sachgerecht und trägt im Ergebnis auch zu unterschiedlichen Gesamtvergütungen je Versicherten bei. Tabelle 1 zeigt die vom Bewertungsausschuss für den Zeitraum 2013 bis 2015 empfohlenen Veränderungsdaten je KV. Es zeigt sich, dass diese sich deutlich sowohl zwischen den KVen als auch zwischen den Jahren unterscheiden.

Eine weitere relevante regionale Gestaltungsoption ist die Möglichkeit, regionale Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen oder Leistungserbringer und Zu- oder Abschläge vom Orientierungswert zur Berücksichtigung regionaler

Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu vereinbaren. Auch dieses Instrument wird unterschiedlich genutzt, wie die Evaluation zur Auswirkung der Preiszuschläge nach § 221b Absatz 2 SGB V zeigt (IGES 2014a und 2014b).

Tabelle 1: Diagnosebezogene Veränderungsdaten gemäß § 87a Absatz 5 Satz 3 SGB V (Angaben in Prozent)

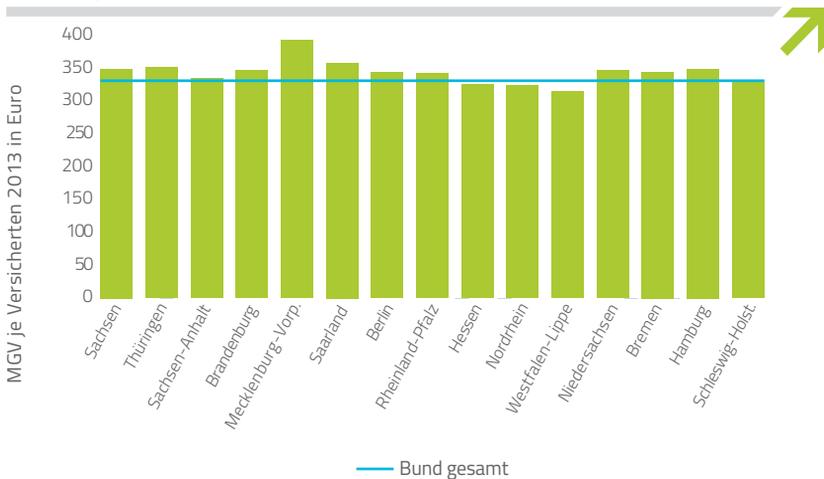
KV	2013	2014	2015
Schleswig-Holstein	1,49	1,28	0,84
Hamburg	1,53	1,25	0,06
Bremen	0,64	0,69	-0,18
Niedersachsen	1,67	1,66	0,71
Westfalen-Lippe	0,65	1,65	0,71
Nordrhein	1,19	1,40	0,58
Hessen	0,80	0,95	0,00
Rheinland-Pfalz	0,69	1,35	0,93
Baden-Württemberg	1,05	1,02	0,29
Bayern	0,11	1,38	0,20
Berlin	0,58	0,67	-0,17
Saarland	0,66	0,95	0,02
Mecklenburg-Vorpommern	1,64	2,03	1,59
Brandenburg	1,80	1,39	1,39
Sachsen-Anhalt	2,69	2,66	1,03
Thüringen	1,81	1,81	1,60
Sachsen	1,75	1,64	0,87

Quelle: Beschlüsse des Bewertungsausschusses (2012, 2013b, 2014a und 2014b)

Infolge der Reformen kam es zu einem starken Wachstum der Vergütungen. Diese sind seit 2008 bundesweit um rund 16 Prozent von 29,1 Milliarden Euro im Jahr 2008 auf rund 34 Milliarden Euro im Jahr 2013 angestiegen (Bereinigungen der Vergütungen aufgrund von Selektivverträgen wurden rechnerisch zugesetzt). Die höchsten Steigerungsraten der Vergütung sind in den KVen der neuen Bundesländer Sachsen-Anhalt (37 Prozent), Thüringen (35 Prozent), Sachsen (30 Prozent), Brandenburg (30 Prozent) und in den KVen Saarland (29 Prozent) sowie Niedersachsen (30 Prozent) zu verzeichnen (KBV 2014; Bericht des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Absatz 3a SGB V 2013).

Aufgrund der aufgezeigten regionalen Unterschiede im Aufsatzwert und bei der Weiterentwicklung der Vergütung existieren erklärlicher- und sinnvollerweise unterschiedliche MGW-Werte je Versicherten. Wie Abbildung 1 zeigt, beträgt der Bundesdurchschnitt im Jahr 2013 ohne die bereinigten Vergütungsbestandteile 328 Euro je Versicherten. Besonders hoch ist die MGW je Versicherten in den KVen Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Thüringen und Hamburg; unterdurchschnittliche Werte haben die KVen Hessen, Westfalen-Lippe und Nordrhein. In den beiden letztgenannten KVen ist allerdings zu berücksichtigen, dass ein Teil der Vergütungen über die sogenannte knappschaftliche Versorgung jenseits des KV-Systems abgewickelt wird. Die MGW je Versicherten ist direkt verknüpft mit der erbrachten Leistungsmenge je Versicherten. Dort wo die MGW je Versicherten niedriger ist, erbringen die Ärzte einer KV in der Summe auch weniger Leistungen als im Bundesdurchschnitt und umgekehrt.

Abbildung 1: MGW je Versicherten 2013



Quelle: KBV-Honorarbericht 4/2013 gemäß § 87c SGB V

* Die KVen Baden-Württemberg und Bayern wurden aufgrund des dort relativ hohen Anteils der selektivvertraglichen Versorgung nicht ausgewiesen.

Diese Differenzierung der MGW je Versicherten ist durch den vom Gesetzgeber bewusst vorgenommenen Aufsatz (dazu weiter oben) auf die tatsächlich von den Ärzten einer Region erbrachten Leistungen als Bestimmungsgröße der MGW und deren regionaler

Weiterentwicklung bedingt. Es ist selbstverständlich und sachgerecht, dass sich die MGV je Versicherten zwischen KVen im Ergebnis voneinander unterscheiden. Es wäre im Gegenteil falsch, wenn dies nicht so wäre.

Bundessozialgericht stoppt die Konvergenz in den Vergütungsverhandlungen 2013

Die MGV-Unterschiede nahmen die LAVA-KVen zum Anlass, in den regionalen Vergütungsverhandlungen des Jahres 2013 eine Angleichung ihrer Vergütung je Versicherten auf einen Bundesdurchschnitt beziehungsweise einen morbiditätsgewichteten Durchschnitt zu fordern. Mit Verweis auf die gesetzlichen Regelungen zur Vorjahresanknüpfung der Vergütung ist dies von den Krankenkassen in den betreffenden KV-Bezirken abgelehnt worden. In den von den KVen daraufhin angerufenen Schiedsämtern wurde unterschiedlich entschieden. Während einige Schiedsämter die Basisanpassung als nicht zulässig beurteilten, wurde vom Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ein entsprechender Schiedsspruch zu einer Basisanpassung der MGV mit Wirkung einer zwölfprozentigen Erhöhung der Vorjahresvergütung gefasst (LSA Sachsen-Anhalt 2013). Dieser wurde von den Krankenkassen vor dem Landessozialgericht Sachsen-Anhalt erfolgreich beklagt und letztlich in einem von der KV Sachsen-Anhalt angestregten Revisionsverfahren durch ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 13. August 2014 endgültig kassiert. Aufgrund der Bedeutung dieses Rechtsstreites für die Schiedsamtverfahren auch in anderen KV-Bezirken und die Entwicklung der Konvergenzdebatte insgesamt soll der Ablauf des Konfliktes in Sachsen-Anhalt hier kurz skizziert werden.

Die KV Sachsen-Anhalt hat auf der Grundlage eines wissenschaftlichen Gutachtens von Drösler et al. (2013) eine Neufestsetzung der MGV gefordert. Das Gutachten versucht zu begründen, dass in Sachsen-Anhalt das Morbiditätsrisiko bei der Vergütung nicht auf die Krankenkassen übertragen worden sei und daher eine Basisanpassung der Vergütung erforderlich und gesetzlich geboten sei. Die Vergütung müsse an einen morbiditätsgewichteten Bundesdurchschnitt, der mithilfe von Berechnungen auf Basis eines sogenannten diagnosebasierten Versichertenklassifikationssystems ermittelt wird, angeglichen werden. Die Anpassungen der MGV betragen hiernach je nach

Berechnungsweise plus 17 bis 19 Prozent. Dies sei auch gerechtfertigt, weil mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ein ähnliches System in der GKV-Finanzierung existiere, welches mit der Vergütung in einem Zusammenhang stünde. Außerdem sei eine Anhebung der Vergütung auch deshalb geboten, weil es für junge Ärzte aufgrund der unterdurchschnittlichen Vergütung je Versicherten in Sachsen-Anhalt keine Anreize zur Niederlassung gebe.

Das Schiedsamt in Sachsen-Anhalt hat – diese Argumente anerkennend – eine Basisanpassung beziehungsweise eine Neuberechnung und Neufestsetzung der MGV unabhängig von Vorjahreswerten als zulässig beurteilt. Sowohl vom Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt als auch in der Revision vor dem BSG wurde diese Sichtweise jedoch zurückgewiesen.

Das BSG hat in seinem Urteil vom 13. August 2014 vielmehr klar die Position der Krankenkassen bestätigt. So sei der Grundsatz der Vorjahresanknüpfung eindeutig im § 87a Absatz 4 Satz 1 SGB V vorgegeben (BSG-Urteil vom 13. August 2014: 17, RN 39 ff.). Dort sei geregelt, dass die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen auf Basis der vereinbarten Gesamtvergütung des Vorjahres festzulegen sind. Die Kriterien zur Anpassung der Gesamtvergütungen gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 bis 5 SGB V seien zwar nicht abschließend geregelt, aber eindeutig als Veränderungskriterien angelegt – das bedeutet, dass lediglich Veränderungen dieser oder auch weiterer relevanter Größen nach § 87a Absatz 4 Satz 4 SGB V vergütungsrelevant sein können, nicht deren absolute Höhe. Dies ergebe sich auch dadurch, dass die Konvergenzregelung nach § 87 Absatz 9 SGB V (in der Fassung des GKV-FinG) vom Gesetzgeber bewusst gestrichen wurde. Eine Neubestimmung des Behandlungsbedarfs auf Basis eines bundesweiten Durchschnittes (ebenda 23, RN 55) oder aufgrund von Methodiken des Risikostrukturausgleiches sei nach GKV-VStG daher nicht zulässig. Zur Frage der Parallelität von morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich und Vergütung äußert sich das BSG dahingehend, dass es sich hierbei um unterschiedliche, selbstständig nebeneinander stehende Regelungskomplexe handele. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich habe auch aufgrund seiner Verteilungswirkung eine völlig andere Zielrichtung als die Anpassung der Gesamtvergütung (ebenda 20, RN 49).

Auch zur fachlichen Frage, ob in KV-Bezirken mit unterdurchschnittlichen Vergütungen eine Angleichung der Vergütungen sinnvoll sei, nimmt das BSG-Urteil in allgemeiner Form Stellung (ebenda 24, RN 56). Dies sieht das BSG grundsätzlich als eine rein gesundheitspolitische Fragestellung, die letztlich der Gesetzgeber beantworten müsse. Voraussetzung für eine Angleichung der Vergütungen sei jedoch eine Vergleichbarkeit der Strukturen bezüglich des stationären und ambulanten Behandlungsanteils in den unterschiedlichen KV-Bezirken. Mit Blick auf die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen nach der Wiedervereinigung seien hierzu „Zweifel nicht von der Hand zu weisen“. Es sei auch zu berücksichtigen, dass eine höhere Gesamtvergütung zwar eine Honorarerhöhung, aber keine unmittelbare Verbesserung des Versorgungsangebotes nach sich ziehe. Daher sei „nicht zu beanstanden“, dass der Gesetzgeber zunächst die Auswirkung der durch das GKV-VStG herbeigeführten stärkeren Regionalisierung beobachten wolle und gemäß des Koalitionsvertrages geprüft werden solle, ob sich die Unterschiede in der Vergütung durch Besonderheiten in der Versorgungs- und Kostenstruktur begründen lassen. Diese vorsichtigen Hinweise des BSG können nach Auffassung der Autoren als Warnung vor einer vorschnellen Angleichungsregelung verstanden werden.

Die Vergütungsangleichung nach GKV-VSG

Erfolgreicher als auf dem Rechtsweg waren die vermeintlich benachteiligten KVen mit ihrer Lobbyarbeit bei der Gesundheitspolitik. Diese hat sich nicht lange mit der Erledigung des Prüfauftrages aus dem Koalitionsvertrag aufgehalten und ohne eigene fachliche Analyse die Prüfung den regionalen Vertragspartnern überantwortet. Staatssekretär Karl-Josef Laumann hat beim Advents-Dämmerschoppen in der Ärztekammer Westfalen-Lippe in Münster verkündet, dass die Regelung so gestaltet sei, dass Schiedsämter oder Sozialgerichte die Angleichung nicht kaputtmachen werden (zitiert nach Ärzteblatt 2014b).

Der neu gefasste Absatz 4a des § 87a SGB V in der Fassung des GKV-VSG schafft auf regionaler Ebene einen Verhandlungstatbestand zur basiswirksamen Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Jahr 2017 für diejenigen KV-Bezirke, in denen die durchschnittliche MGV je Versicherten des Jahres 2014 den

MGV-Bundesdurchschnitt je Versicherten unbegründet unterschreitet. Der Aufsatzwert der Vergütung nach § 87a Absatz 4 Satz 1 SGB V für das Jahr 2015 ist dabei um das Ausmaß der festgestellten und nicht begründeten Unterschreitung zu erhöhen. Die zusätzlichen Mittel sollen zu einer Verbesserung der Versorgungsstruktur eingesetzt werden.

Ob eine unbegründete Unterschreitung vorlag, ist von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Dabei sollen laut Gesetzesbegründung eine Vielzahl von Faktoren der regionalen Versorgungsstruktur berücksichtigt werden wie insbesondere der Anteil extrabudgetärer Vergütung, das Bereinigungsvolumen aufgrund von Selektivverträgen, die Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen und Leistungen anderer Sektoren wie dem stationären Bereich, die überregionale Mitversorgung und die knappschaftliche Versorgung. Als weiteren Hinweis zur Beurteilung der Unbegründetheit wird die sogenannte Auszahlungs- beziehungsweise HVV-Quote (die sich als Quotient zwischen mit voller Eurogebührenordnung vergüteter und erbrachter Leistungsmenge ergibt) benannt, die bei Unterdurchschnittlichkeit auf die Unbegründetheit eines niedrigen Aufsatzwertes hinweisen könne. Welche Beweiskraft der Beleg der Unbegründetheit haben muss, bleibt allerdings offen.

Angesichts der bisher von den KVen in den regionalen Verhandlungen und in den Schiedsämtern gezeigten Kreativität werden sämtliche von der Angleichungsregelung betroffenen KVen nachweisen wollen, dass die Unterschreitungen zur Gänze unbegründet seien und mit der Forderung der vollständigen Angleichung auf den Durchschnittswert und darüber hinaus in die Schiedsämter gehen.

Die von den Versicherten zusätzlich aufzubringenden Mittel sollen für eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen verwendet werden. Interessant ist in diesem Zusammenhang eine Formulierungsänderung im Verlaufe des Gesetzgebungsverfahrens. Aus den Worten „Verbesserung der Versorgung der Versicherten“ wurden die Worte „Verbesserung der Versorgungsstruktur“. Nach der Umformulierung ist nun zu befürchten, dass schlichte Preisanhebungen in Form von Zuschlägen für einzelne Leistungen als

Strukturverbesserung bezeichnet werden können und als Verwendungsnachweis hinreichend sind. Von dieser Art der Verbesserung würden zwar die Ärzte, nicht jedoch die Patienten profitieren.

Prognosen auf Basis der MGV der ersten drei Quartale des Jahres 2014 zeigen, dass die Umsetzung der Angleichungsregelung ein Ausgabenrisiko für die Krankenkassen von knapp einer halben Milliarde Euro haben wird (Tabelle 2). Da die basiswirksame Anpassung nur wenigen KVen zugutekommen wird, können sich für Krankenkassen mit entsprechenden regionalen Schwerpunkten Zusatzbeitragssatzeffekte in Höhe von bis zu 0,1 Prozentpunkten ergeben. Über die Hälfte der Zusatzvergütung muss von den Versicherten in Nordrhein-Westfalen aufgebracht werden, was dem Staatssekretär Karl-Josef Laumann beim Dämmerchoppen in der Ärztekammer Westfalen-Lippe erwähnenswert erschien (zitiert nach Ärzteblatt 2014b). Ebenfalls stark begünstigt sind die KVen Baden-Württemberg sowie Hessen.

Aus Krankenkassensicht bleibt da nur zu hoffen, dass die regionalen Vertragspartner und am Ende die Schiedsämter und Sozialgerichte, entgegen der Ankündigung von Karl-Josef Laumann, eine ernsthafte und fachliche Prüfung der vorgetragenen Argumente und Sachverhalte vornehmen, sodass die Mehrkosten niedriger ausfallen, was auch angesichts der sich anspannenden GKV-Finanzsituation zu wünschen wäre.

Welche KVen mit der Regelung des GKV-VSG zufrieden sein dürften, lässt sich anhand der Ergebnisse vermuten. Unzufrieden mit dem Grundsatz der Vergütungskonvergenz sind allerdings auch einige KVen, die sich im FALK-Bündnis (Freie Allianz der Länder-KVen) gesammelt haben, unter anderem die KVen Bayern und Mecklenburg-Vorpommern. Durch die Bindung von insgesamt begrenzten Mitteln für Vergütungssteigerungen an die Angleichungsregelung sehen diese KVen Spielräume für eigene Vergütungssteigerungen schwinden. Insbesondere die KV Bayern sowie das Land Bayern haben aber auch aus fachlicher Sicht auf die Problematik einer Angleichung ohne Blick auf Versorgungsstrukturen und das vertragsärztliche Behandlungsangebot hingewiesen. So bezeichnete die Gesundheitsministerin des Landes Bayern, Melanie Huml, die Angleichung der Vergütung als „staatlich verordnete Honorarnivellierung“ (Ärzteblatt 2014b).

Kritik an der aktuellen Regelung kommt allerdings auch von den LAVA-KVen selbst. Diese sehen durch die rein mittelwertbasierte Angleichung die aus ihrer Sicht bestehenden Vergütungsverzerrungen nicht beseitigt (LAVA-KVen 2015).

Tabelle 2: Kosten der Ausgleichsregelung nach § 87a Absatz 4a SGB V (GKV-VSG)

Kassenärztliche Vereinigung	unbereinigte MGV je Versicherten 2014 in Euro	unbereinigte MGV je Versicherten 2014 in Euro nach Angleichung	prozentuale Anhebung	erwartete Mehrausgaben in Mio. Euro
Schleswig-Holstein	335	343	2,4	20
Hamburg *	311	343	10,3	49
Bremen	352	352	-	-
Niedersachsen	352	352	-	-
Westfalen-Lippe	324	343	5,9	139
Nordrhein	329	343	4,3	108
Hessen	329	343	4,3	75
Rheinland-Pfalz	346	346	-	-
Baden-Württemberg	334	343	2,7	81
Bayern	361	361	-	-
Berlin	349	349	-	-
Saarland	360	360	-	-
Mecklenburg-Vorpommern	405	405	-	-
Brandenburg	350	350	-	-
Sachsen-Anhalt	340	343	0,9	6
Thüringen	359	359	-	-
Sachsen	354	354	-	-
Bund	343	350	2,0	478

Quelle: Formblatt 3, eigene Berechnungen, Hochrechnung basierend auf den Daten des 1. bis 3. Quartals 2014. Die Bereinigungssummen wurden zur Herstellung der Vergleichbarkeit rechnerisch wieder zugesetzt. * Die Abrechnungsdaten 2014 in Hamburg sind vermutlich unvollständig.

Sachliche Gründe für eine Vergütungsangleichung auf Grundlage von Bundesdurchschnittswerten liegen nicht vor

Trotz beziehungsweise gerade wegen des Verzichts auf die gemäß Koalitionsvertrag vorgesehene fachliche Prüfung einer Angleichungsoption durch den Gesetzgeber muss nach der Sinnhaftigkeit dieser Regelung mit Blick auf deren Beitrag zu einer bedarfsgerechten Vergütung und einer Verbesserung der Versorgung gefragt werden. Nachfolgend werden daher die von den Konvergenzbefürwortern vorgetragenen Argumente geprüft und gezeigt, dass diese nicht stichhaltig sind. Auch ein vom GKV-Spitzenverband bei dem Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) in Auftrag gegebenes Gutachten kommt zu dem Schluss, dass eine Bemessung der MGW auf Basis von bundesweiten Durchschnittswerten keine leistungsgerechte Vergütung gewährleistet und mit Blick auf die Gestaltung von Strukturmaßnahmen wirkungslos ist (IGES 2014b: 10).

Bundesdurchschnittswerte bilden den regionalen Leistungsbedarf nicht ab

Nach der von den LAVA-KVen dargestellten Logik der Konvergenz beziehungsweise Angleichung der Vergütung ist ein bundesdurchschnittlicher Normwert der ideale Vergütungswert auf der regionalen Ebene. Angesichts der politisch gewünschten und durch das GKV-VStG bewusst herbeigeführten Regionalisierung der Vergütungsvereinbarungen ist die Angleichung von Vergütungen auf ein Bundesniveau geradezu als widersinnig zu bezeichnen. Es wäre rein zufällig, wenn ein Durchschnittswert auf regionaler Ebene eine sinnvolle Vergütung beziehungsweise Leistungsmenge ergeben würde. Dies wäre theoretisch nur dann der Fall, wenn die regionalen Versorgungsstrukturen mit Blick auf Vertragsärzte und Krankenhäuser so sind wie im Bundesdurchschnitt (IGES 2014b: 35), was definitiv nie der Fall ist und was auch angesichts der politisch angestrebten Regionalisierung nicht wünschenswert wäre.

Der vertragsärztliche Anteil an der Versorgung der Versicherten variiert zwischen den Bezirken der KVen erheblich, wie beispielsweise die KV Bayern im Rahmen der Konvergenzdiskussion hervorhebt:

„Die Versorgungsstrukturen der einzelnen Länder-KVen unterscheiden sich heute teils eklatant voneinander. Bayerns Ärzte bieten zum Beispiel eine wohnortnahe ambulante Chemotherapie an. Dieses Therapieangebot gibt es in einigen anderen KV-Regionen jedoch nur in Krankenhäusern, also stationär. Solche strukturellen Unterschiede in der ambulanten Versorgung rechtfertigen auch entsprechend unterschiedlich hohe Ausgaben je Versicherten“ (Dr. Kromholz in Presseinformation der Freien Allianz der Länder-KVen [Falk] vom 16. Mai 2011).

Die KV Mecklenburg Vorpommern betont in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit der Beibehaltung des Prinzips des tatsächlichen Versorgungsbedarfs für die Erhaltung der regionalen Versorgungsqualität:

„Hinzu kommt, dass eine undifferenzierte bundesweite Nivellierung des ambulanten Behandlungsbedarfs nicht zu einer besseren Versorgung der Patienten führt [...]. Der heute erreichte Stand basiert auf dem tatsächlichen Versorgungsbedarf in den Regionen. Dieser darf nicht durch eine sachfremde Umverteilung zum Schaden von Patienten und Ärzten negiert werden“ (Dr. Eckert in Presseinformation der Freien Allianz der Länder-KVen [Falk] vom 16. Mai 2011).

Diese Argumente anerkennend hat der Gesetzgeber seit dem GKV-WStG und noch stärker pointiert im GKV-VStG die tatsächlich erbrachten Leistungsmengen zur Grundlage der Vereinbarungen des Behandlungsbedarfs gemacht. Diese bilden als Resultante von zu versorgender Morbidität der Bevölkerung, den regionalen Angebotsstrukturen im ambulanten und stationären Bereich, der spezifischen regionalen Arbeitsteilung der Versorgungsaufgaben zwischen den Sektoren sowie der Nachfrage der Versicherten nach Gesundheitsleistungen eine begründete und sachgerechte regionale Leistungsmenge und die erbringbare Versorgungskapazität ab (IGES 2014b: 29). In der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Grünen auf die Frage zum honorarpolitischen Konzept der Bundesregierung, welches noch im GKV-FinG Elemente der Angleichung

beziehungsweise Konvergenz enthielt, im GKV-VStG aber konsequent eine Re-Regionalisierung der Vergütungsgestaltung vorsieht, wird dies klar ausgedrückt:

„Ziel ist eine Anpassung der Gesamtvergütungen entsprechend dem tatsächlichen Beitrag der Vertragsärztinnen und –ärzte an der medizinischen Versorgung der Versicherten in den Regionen insgesamt und nicht auf Basis bundesdurchschnittlicher Normwerte je Versicherten, mit denen das Geld auf Basis einer Pauschale verteilt würde“ (Bundestags-Drucksache 17/7735: 2).

Versorgungsstruktur und regionale Arbeitsteilung

Die regionale Versorgungsstruktur ist eine wesentliche Determinante für die Versorgung der Versicherten. Diese Tatsache wird von den Befürwortern einer Vergütungsangleichung häufig vergessen beziehungsweise schlicht negiert. Selbst im Gutachten von Drösler et al. (2013), welches Unterschiede in der Morbidität der Versicherten aus Sachsen-Anhalt herausstellt, wird die Bedeutung der regionalen Versorgungsstruktur für die vertragsärztliche Leistungsmenge nicht diskutiert. Dabei gibt es eine Vielzahl von empirischen Evidenzen für die komparative Beziehung von stationärer Versorgung und ambulanter Versorgung, welche vom Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Regina Feldmann (2014), als Yin und Yang der Versorgungsbereiche bezeichnet wird. Eine Reihe von Untersuchungen hat Zusammenhänge zwischen dem Umfang der vertragsärztlichen Leistungen und der Arztdichte einerseits sowie dem Angebot und der Nachfrage von Krankenhausleistungen andererseits bestätigt.

Kopetsch (2007, zitiert nach IGES 2014b: 36) konnte zeigen, dass bei höherer Arztdichte in einer Region sowohl die Zahl der Behandlungsfälle als auch der abgerechneten EBM-Punkte je 100.000 Einwohner zunahm. Ozegowski und Sundmacher (2014, zitiert nach IGES 2014b: 36 ff.) fanden einen Zusammenhang zwischen dem regionalen Volumen der erbrachten vertragsärztlichen Leistungen einerseits mit einer Reihe von sowohl vertragsärztlichen als auch krankenhausbazogenen Angebotsfaktoren sowie Inanspruchnahmefaktoren andererseits. Das IGES interpretiert die Befunde dahingehend, dass die Versorgung einer Bevölkerung mit einer gegebenen Morbidität je nach Region

auf unterschiedliche Weise sowie mit unterschiedlicher Rolle und Inanspruchnahme der Versorgungssektoren erfolgt. Die Versorgungsrolle des vertragsärztlichen Bereichs, das bedeutet der reale Anteil dieses Versorgungssektors, bilde sich am ehesten in den Ist-Leistungsmengen ab, weswegen sie als Bestimmungsgröße für die MGV besser geeignet seien als Bundesdurchschnittswerte beziehungsweise Kostengewichte.

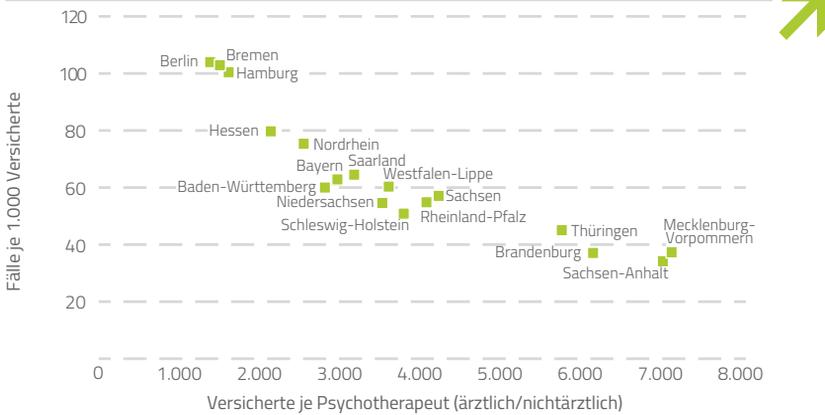
Ein Zusammenhang der Versorgungsbereiche ist auch in Sachsen-Anhalt sichtbar. Dort ist die Arztdichte, insbesondere im Facharztbereich deutlich niedriger als im Bundesdurchschnitt. Entsprechend geringer ist auch die von den Ärzten erbrachte (und überhaupt erbringbare) Leistungsmenge je Versicherten beziehungsweise deren Inanspruchnahme. Der niedrigeren Arztdichte in Sachsen-Anhalt steht eine deutlich höhere Bettendichte gegenüber (Tabelle 3). Dies deutet nach der Interpretation von IGES darauf hin, dass die stationäre Versorgung in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt eine größere und die vertragsärztliche Versorgung eine kleinere Rolle spielt.

Tabelle 3: Beispiel Sachsen-Anhalt: unterschiedliche Versorgungsstruktur 2013

	Sachsen-Anhalt	Bund
Arztdichte (GKV-Versicherte je Arzt)		
Hausarzt	1.381	1.176
Facharzt	1.202	879
Bettendichte je 100.000 Einwohner (GBE)	725	621

Quelle: Arztdichte KBV-Honorarbericht 2013; Versichertenzählung der Krankenkassen. Bettendichte Gesundheitsbericht des Bundes 2013

Abbildung 2: Zusammenhang von Psychotherapeutendichte und Fallzahl

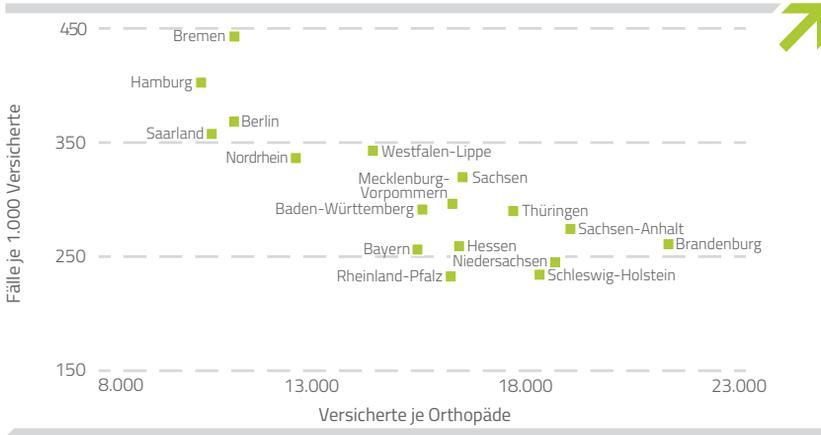


Quelle: KBV-Honorarbericht 4/2013 gemäß § 87c SGB V unter <http://www.kbv.de/html/honorarbericht.php>;
Versichertenzählung der Krankenkassen gemäß ANZVER-Daten

Anschaulich lässt sich der Einfluss der Arztdichte auf die erbrachten Leistungen anhand der Psychotherapeutendichte und der entsprechenden fachgruppenspezifischen Fallzahlen zeigen (Abbildung 2). In denjenigen KVen, in denen es viele Psychotherapeuten gibt, ist auch die Fallzahl entsprechend hoch; bei niedrigerer Psychotherapeutendichte resultiert entsprechend eine niedrigere Fallzahl. Dieser Zusammenhang existiert auch für die Orthopädie (Abbildung 3). Je höher die Orthopädiendichte ist, desto mehr Fälle je Versicherten werden in einer KV-Region erbracht. Dieser Befund ist nicht überraschend und spricht für einen klaren Zusammenhang des Angebotes zwischen Behandlungskapazitäten und erbrachten Leistungen bei diesen Arztgruppen. Daher ist es leistungsgerecht, wenn sich auch die Vergütungen hieran orientieren und nicht an einem Bundesdurchschnitt.

Fraglich ist allerdings, was die „richtige“ Arztdichte für eine Region ist und ob die Ärzte regional so verteilt sind, wie es dem Bedarf der Versicherten beziehungsweise der Bevölkerung entspricht. Dass dies vielerorts nicht so ist, zeigt die aktuelle Diskussion um Über- und Unterversorgung. Die Fehlverteilungen lassen sich jedoch nicht mit einer Vergütungsangleichung beseitigen.

Abbildung 3: Zusammenhang von Orthopädieichte je KV und Fallzahl 2013

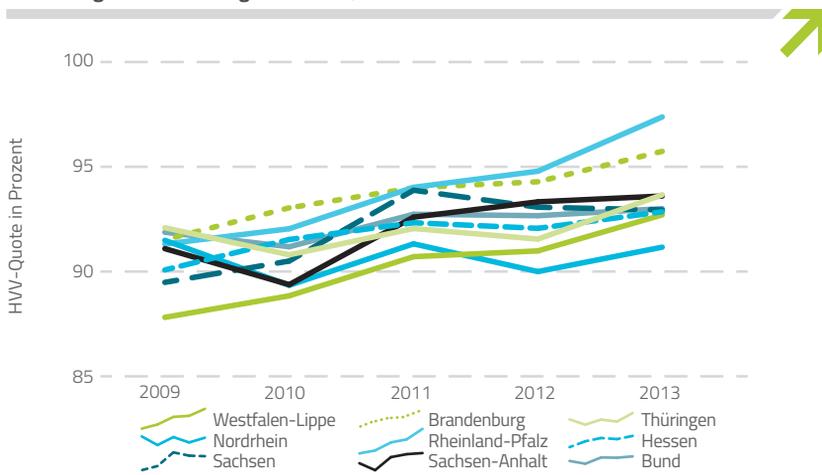


Quelle: KBV-Honorarbericht 4/2013 gemäß § 87c SGB V
unter <http://www.kbv.de/html/honorarbericht.php>;
Versichertenzählung der Krankenkassen gemäß ANZVER-Daten

Das Argument, der tatsächliche Behandlungsbedarf sei verzerrt, ist nicht belegbar

Zur Ablehnung der tatsächlichen Leistungsmenge als Bestimmungsgröße der MGV wird von den LAVA-KVen angeführt, dass diese nicht den tatsächlichen mit der Morbidität der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf abbilde, weil aufgrund der Auswirkung von Honorarbegrenzungsmaßnahmen erforderliche Leistungen nicht erbracht oder nicht dokumentiert und damit in den Aufsatzwerten zur MGV nicht abgebildet seien. Wenn diese Argumentation zuträfe, müsste dies dadurch sichtbar sein, dass es einen systematischen Zusammenhang der Höhe der MGV mit den sogenannten Auszahlungsbeziehungsweise HVV-Quoten gebe. Eine niedrige HVV-Quote müsste dann mit einer niedrigen MGV je Versicherten einhergehen. Dies ist jedoch nicht der Fall, wie etwa von IGES (2014b: 48 ff.) gezeigt werden konnte. Auch eine Abnahme der HVV-Quoten bei einem Zuwachs an Leistungen, dem kein gleich hoher Zuwachs an Vergütung entspricht, ist nicht zu beobachten. Tatsächlich ist das Gegenteil der Fall: Wie Abbildung 4 zeigt, sind im Bundesdurchschnitt und auch für die LAVA-KVen seit der Einführung der MGV durchweg Anstiege der HVV-Quoten zu beobachten, was bedeutet, dass der Vergütungsanstieg sogar höher ist als der Zuwachs der erbrachten Leistungen.

Abbildung 4: Entwicklung der HVV-Quoten in LAVA-KVen



Quelle: KBV-Honorarbericht 4/2013 gemäß § 87c SGB V unter <http://www.kbv.de/html/honorarbericht.php>

Eine „wahre“ eindeutig feststellbare Morbiditätsstruktur und einen dazu passenden Behandlungsbedarf gibt es nicht

Im Gutachten von Drösler et al. (2013) wird gefordert, anstatt einer Veränderungsrate ein absolutes Niveau der Morbiditätsstruktur auf Basis eines diagnosebezogenen Klassifikationssystems zu ermitteln. Die Gesetzgebung, die in der Vergangenheit eine ähnliche Zielsetzung verfolgte, hat dieses aus guten Gründen aufgegeben. Während im § 85a SGB V (in der Fassung des GKV-GMG) noch von einer Bestimmung der Morbiditätsstruktur bei der Ermittlung der Vergütungen die Rede war, ist seit dem GKV-WSG im § 87a Absatz 4 SGB V nur noch die Rede von der „Veränderung“ der Morbiditätsstruktur. Mit diesem konzeptuellen Wechsel wurde auch der Komplexität der Regelung und der methodischen Probleme und Unwägbarkeiten einer Ermittlung einer Morbiditätsstruktur Rechnung getragen.

Exakte Methoden zur Messung eines „richtigen“ Morbiditätsniveaus, welches mit einem ebenso „richtigen“ Behandlungsbedarf einhergeht, gibt es nicht. Jedes denkbare Verfahren unterscheidet sich mit Blick auf Berechnungsweisen, Datengrundlagen,

Messkriterien und weiteren Modelleigenschaften. Auch die von der KV Sachsen-Anhalt beauftragten Gutachter (Drösler et al. 2013) weisen darauf hin, dass unterschiedliche Klassifikationsmodelle unterschiedliche Morbiditätsmessungen in der gleichen Region ergeben. Ebenso führt die dem FALK-Bündnis zugehörige KV Bayern in ihren Materialien zum Thema Konvergenz der Vergütungen (KV Bayern 2011) an, dass verschiedene Modellrechnungen zu diesem Thema unterschiedliche Ergebnisse gezeigt hätten:

„In der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurden rund ein Dutzend Modelle zur Konvergenz diskutiert. Dabei wies jedes Modell unterschiedliche Berechnungswege und Ergebnisse aus. Allein dies zeigt schon die Beliebigkeit der Berechnung“ (KV Bayern 2011).

Nach der Einschätzung von IGES (2014b: 34) mag die methodische Uneindeutigkeit für eine Veränderungsrate noch akzeptabel erscheinen, für eine (Neu-)Festlegung von Aufsatzwerten seien andere eindeutigere und transparente Verfahrensansätze, wie beispielsweise die Basierung auf tatsächlichen Leistungsmengen, erforderlich.

Auch mit Blick auf die Diagnosequalität können diagnosebezogene Verfahren der Morbiditätsmessung und im Prinzip auch solche, die nur Veränderungen messen, kein hohes Vertrauen für sich beanspruchen. Die Kodierqualität der vertragsärztlichen Diagnosen ist und bleibt unzureichend. Die Tatsache, dass diese auch im morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich genutzt werden, ist kein Beleg für deren Richtigkeit. Wie durch verschiedene Gutachten beziehungsweise Untersuchungen (IGES 2012; Schramm 2014; Ozegowski 2013) belegt ist, kann derzeit nach wie vor nicht von einer zur Messung der Morbiditätsstruktur oder deren Veränderung hinreichenden Diagnosequalität ausgegangen werden. Dies gilt sowohl für eine Verwendung im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung als auch beim Risikostrukturausgleich. Die ambulanten Kodierrichtlinien, die ursprünglich zur Sicherstellung der Diagnosequalität eingeführt werden sollten, wurden durch das GKV-VStG aufgrund von Protesten der Ärzteschaft ausgesetzt. Daher wird die Diagnosequalität auch auf Dauer eingeschränkt bleiben.

Selbst wenn jedoch unterstellt würde, dass eine korrekte „echte“ Morbiditätsmessung mit qualitätsgesicherten Diagnosen vorgenommen werden könnte, wäre die Konsequenz für die Ermittlung des Behandlungsbedarfs keinesfalls, dass bei gleicher Morbidität der gleiche Behandlungsbedarf unterstellt werden könnte. Der adäquate reale Leistungsbedarf unterscheidet sich sowohl nach der Inanspruchnahme und Präferenz der Patienten als auch nach der Verfügbarkeit der regionalen Versorgungsangebote und Behandlungsmöglichkeiten. Demgegenüber werden diese Faktoren beim tatsächlichen Behandlungsbedarf sehr wohl berücksichtigt. Dies zeigen auch wissenschaftliche Untersuchungen und empirische Befunde, wonach die tatsächliche Leistungsmenge ein stabiler und guter Indikator für den Behandlungsbedarf einer Versichertenpopulation ist (IGES 2014b: 30).

Eine Angleichung der Vergütung je Versicherten verletzt das Prinzip „Gleiches Geld für gleiche Leistung“

Die Konvergenzbefürworter fordern die gleiche Vergütung für gleiche Leistungen, so etwa die Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter Nordrhein-Westfalens Barbara Steffens. Diese Forderung ist prinzipiell durchaus nachvollziehbar, allerdings wird durch die Vergütungsangleichung das Gegenteil bewirkt. Da die Vergütung sich dann nicht mehr an den tatsächlich erbrachten Leistungen, sondern an einem bundesdurchschnittlichen Wert orientiert, würde ein Missverhältnis zwischen Preis und Leistung entstehen. Für mehr oder weniger erbrachte Leistungen würde nicht ebenfalls mehr oder weniger vergütet, sondern die Vergütung bliebe konstant. Im Ergebnis würden sich die Preise für die einzelnen Leistungen beziehungsweise die Punktwerte, deren Angleichung ein wichtiges Ziel des GKV-VSG und der darauffolgenden Gesetzgebung war, zwischen den KVen wieder auseinanderentwickeln. In denjenigen Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen mit einer begrenzten Behandlungskapazität wird der Punktwert steigen, weil eine Ausweitung der Leistungsmenge im entsprechenden Umfang dort nicht realistisch ist.

Besonders irreführend in diesem Argumentationskontext ist die Aussage der mit der Regelung zur Vergütungsangleichung des GKV-VSG unzufriedenen LAVA-KVen, dass man „in KVen der LAVA-Regionen für das gleiche Honorar deutlich mehr Patienten zu

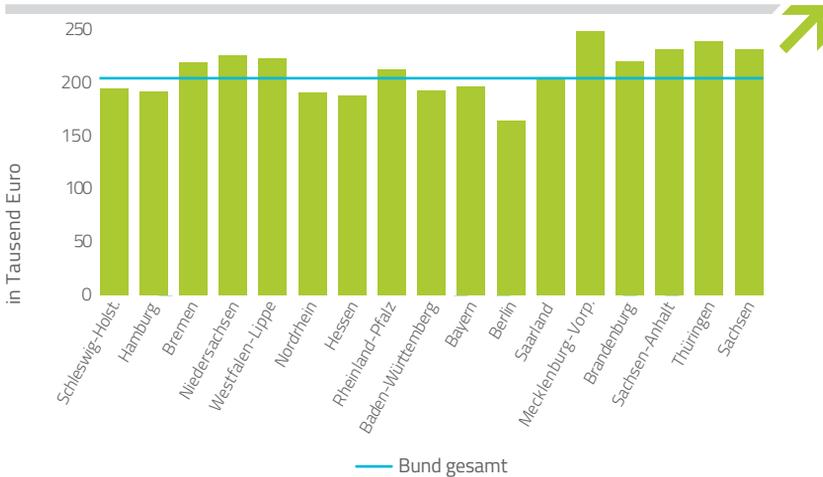
versorgen habe als im Rest der Republik“ (LAVA-KVen 2015b). Diese Aussage ist schlicht falsch. Die Ärzte in Sachsen-Anhalt behandeln zwar im Durchschnitt mehr Fälle als die arztgruppengleichen Ärzte im Bundesdurchschnitt. Allerdings sind ihre Einkommen, wie der Honorarbericht 2013 der KBV belegt, auch deutlich höher. Aus Abbildung 5 ist ersichtlich, dass die GKV-Honorare je Arzt in Sachsen-Anhalt um fast 30.000 Euro über dem Bundesdurchschnitt liegen. Die höchsten GKV-Umsätze erzielen die Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen Sachsen und Sachsen-Anhalt. Aber auch in den LAVA-KVen Westfalen-Lippe und Rheinland-Pfalz sind die Honorare je Arzt überdurchschnittlich.

Zu beachten ist, dass in diesen Zahlen selektivvertragliche Vergütungen und Vergütungen aus der knappschaftlichen Versorgung, die insbesondere in Westfalen-Lippe und Nordrhein anfallen, nicht enthalten sind.

Ergebnisse der Bedarfsplanung haben Auswirkungen auf die Vergütungshöhe

Einen direkten Einfluss auf die Arztdichte und damit auf die Kapazitäten der ärztlichen Leistungsmengen hat die Bedarfsplanung. Die in der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 Absatz 1 Nummer 9 SGB V festgelegten sogenannten arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen (Einwohner je Arztstz) legen für die unterschiedlichen Typen von Planungsbereichen ein bedarfsgerechtes Einwohner-Arzt-Verhältnis fest. Dieses Verhältnis bestimmt sich für einen Planungsbereich durch dessen Zuordnung nach Regionstyp. So ist beispielsweise in Kernstädten ein niedrigeres Verhältnis vorgesehen, das bedeutet mehr Ärzte je Einwohner beziehungsweise weniger Einwohner je Arzt, als in ländlichen Regionen.

Abbildung 5: GKV-Umsatz Honorar je Arzt 2013, alle Ärzte und Psychotherapeuten



Quelle: KBV-Honorarbericht 4/2013 gemäß § 87c SGB V unter <http://www.kbv.de/html/honorarbericht.php>

In den KVen Baden-Württemberg und Bayern sind die Honorare je Arzt aufgrund der selektiv-vertragsbedingten Bereinigungen der Vergütungen vermindert.

Es ist unmittelbar evident, dass sich für die KV-Bezirke insgesamt mit ihren unterschiedlichen Stadt-Land-Anteilen auch im Saldo unterschiedliche Einwohner-Arzt-Verhältnisse ergeben müssen. Während etwa für die Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen in Gänze die höheren Kernstadt-Verhältniszahlen gelten und so mehr Ärzte je Einwohner geplant und zugelassen werden können, resultieren in Regionen mit einem hohen ländlichen Anteil demgemäß weniger Ärzte je Einwohner beziehungsweise mehr zu versorgende Einwohner je Arzt. Dieser direkte Einfluss der Bedarfsplanung auf die Arztdichte und damit auf die ärztlichen Kapazitäten ist daher auch verantwortlich für unterschiedliche Leistungsmengen je Versicherten.

Direkt auf die Arbeitsteilung zwischen dem vertragsärztlichen und dem Krankenhaussektor zielen zwei spezifische Bedarfsplanungsregelungen. So gelten beispielsweise für das Ruhrgebiet nach § 65 Absatz 2 bis 5 der Bedarfsplanungsrichtlinie aufgrund struktureller Besonderheiten höhere Verhältniszahlen bei gleicher Zuordnung nach Regionstyp als im übrigen Bundesgebiet (GBA 2014b). In Duisburg, Essen oder

Dortmund kommt hiernach ein Hausarzt auf 2.134 Einwohner, während im übrigen Bundesgebiet ein Hausarzt nur 1.671 Einwohner versorgt. Als Grund hierfür wurden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) „strukturelle Besonderheiten – etwa großstädtische Verkehrsvernetzung und hohe Krankenhausdichte“ (zitiert nach IGES 2014b: 41) benannt.

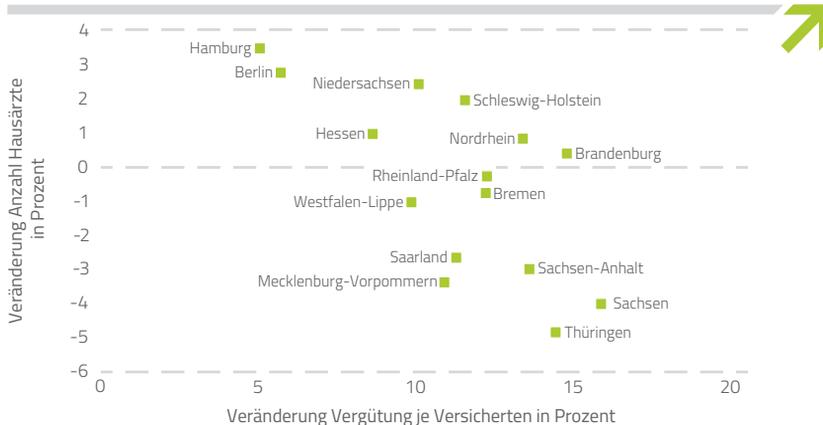
Ein anderes Beispiel für die Anerkennung des substitutiven Charakters von vertragsärztlicher Versorgung und der Versorgung durch Krankenhäuser ist die Berücksichtigung von ermächtigten Krankenhausärzten, sozialpädiatrischen Zentren und Psychiatrischen Institutsambulanzen bei der Bedarfsplanung (GBA 2014a). Die Anzahl der Sitze etwa für Nervenärzte oder Psychotherapeuten und damit die vertragsärztliche Kapazität und Leistungsmenge ist also direkt von dem Behandlungsangebot aus dem stationären Sektor beeinflusst.

Diese Beispiele zeigen, dass eine Angleichung der MGV auf Basis von Bundesdurchschnittswerten ohne Berücksichtigung von Faktoren der ärztlichen Angebotsstruktur, wie beispielsweise der Bedarfsplanung, definitiv nicht zu einer bedarfsgerechten regionalen Vergütung führen würde. Je nach Region hätte dies eine Über- beziehungsweise Unterfinanzierung des vertragsärztlichen Bereichs zur Folge.

Eine Angleichung der Vergütung führt nicht zu Niederlassungsanreizen

Sehr strapaziert wird von den LAVA-KVen das Argument, dass es ohne Vergütungsanhebung für junge Ärzte keine Anreize für eine Niederlassung gebe (KV Sachsen-Anhalt 2014). Empirisch lässt sich allerdings ein Zusammenhang von Honorar und Standortentscheidung nicht feststellen. Abbildung 6 zeigt die Veränderungen der Zahlen der Hausärzte in den Jahren 2009 bis 2013 und stellt diese in einen Zusammenhang mit dem Zuwachs der MGV. Es ist definitiv nicht so, dass in Regionen mit einem Anwachsen der MGV sich auch die Arztzahlen erhöhen würden; umgekehrt lässt sich kein Rückgang der Arztzahlen in Regionen mit niedrigeren MGV-Steigungen zeigen. Zum Teil lässt sich der gegenteilige Fall beobachten, dass in Regionen mit starken Vergütungszuwächsen die Arztzahlen sinken. Dieser Befund bestätigt die Aussagen, die vielfach im Kontext der Diskussionen zur Landarztproblematik auch von Ärzteseite getroffen werden.

Abbildung 6: Zusammenhang von Zuwachs, Vergütung je Versicherten und Anzahl Hausärzte nach KVen 2009 bis 2013



Quelle: KBV-Honorarbericht 4/2013 gemäß § 87c SGB V unter <http://www.kbv.de/html/honorarbericht.php>; Bericht des Bewertungsausschusses (2013) über die Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung und der regionalen Verteilung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer gemäß § 87 Absatz 3a SGB V für das Jahr 2011. * Die KVen Baden-Württemberg und Bayern wurden aufgrund des dort relativ hohen Anteils der selektivvertraglichen Versorgung nicht ausgewiesen.

Die Ursachen für die Zunahme oder Abnahme von Arztzahlen sind vielfältiger Art und keinesfalls eindimensional zu erklären. Bei der Niederlassungsentscheidung treffen die Ärzte eine Gesamtabwägung unter Einbezug insbesondere auch nicht monetärer Faktoren wie der Familien- und Freizeitkompatibilität oder des Bildungs- und kulturellen Angebots eines Standortes. Neben der Attraktivität von Standorten ist auch die Bedarfsplanung von Bedeutung, die im Saldo, etwa aufgrund des Bevölkerungsrückgangs in den neuen Bundesländern, zu einem Arztzahlrückgang beitragen kann. MGW-Angleichungen nach dem Gießkannenprinzip jedenfalls scheinen kaum eine Rolle für die Entscheidung zur Niederlassung zu spielen. Zur Schaffung von Niederlassungsanreizen bedarf es anderer und gezielterer Maßnahmen. Die Behauptung der Angleichungsbefürworter, eine MGW-Angleichung könne hierzu Anreize schaffen, geht völlig an der Realität vorbei.

Parallelität von Vergütung und morbiditätsorientiertem RSA

Ein weiteres häufig im Kontext der Vergütungsangleichung angebrachtes Argument ist die Forderung nach einer Parallelität der Vergütungssystematik zur Systematik des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Die Krankenkassen sollten danach ihre Zuweisungen „für den ambulanten Bereich“ quasi direkt an die KVen weitergeben. Hiermit wird unterstellt, dass die KVen auf die von den Krankenkassen für ihre Versicherten aus dem Gesundheitsfonds erhaltenen Zuschläge einen direkten Anspruch haben.

Diese Sichtweise beruht auf einer Reihe von Missverständnissen. Erstens gibt es keine leistungsbereichsbezogenen Zuweisungen; die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen beziehen sich ausschließlich auf das Gesamtrisiko, das bedeutet alle ausgleichsfähigen Leistungsbereiche insgesamt. Für die Funktionsweise und Ziele des Risikostrukturausgleichs ist es unerheblich, welcher Leistungsbereich für die Ausgaben der Versicherten verantwortlich ist. Der wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs hat dies folgendermaßen formuliert:

„Eine sektorale Sichtweise ist dem Risikostrukturausgleich allerdings fremd; die Krankenkassen müssen aus der Gesamtheit ihrer Zuweisungen den gesamten Versorgungsbedarf ihrer Versicherten decken, unabhängig davon, über welche Sektoren diese Versorgung im Einzelfall sichergestellt wird“ (Wissenschaftlicher Beirat 2011: 71).

Zweitens würde eine Parallelisierung von Vergütung und Finanzierung den Sinn und Zweck des Risikostrukturausgleichs, nämlich die Schaffung von fairen Wettbewerbsbedingungen und von Wirtschaftlichkeitsanreizen für die Krankenkassen, konterkarieren. Auswirkungen von krankenkassenspezifischen Steuerungsmaßnahmen, die vergütungsrelevant sein sollten und wettbewerblich erwünscht sind, würden durch eine Parallelisierung der Vergütung mit dem Risikostrukturausgleich weggebügelt. Wenn Zuweisungen aufgrund von Risiken zur Vergütung werden, wie von den Befürwortern einer morbiditätsgewichteten Angleichung der Vergütung vorgeschlagen, und den Krankenkassen diese oder ähnliche Risiken im Morbi-RSA wieder zugewiesen werden,

dann werden Risiken mit Risiken aufgerechnet. Dies würde tendenziell zu einem Ausgabenausgleich führen (Staffeldt 2011). Eine Gleichschaltung von Finanzierung und Vergütung ist daher gerade nicht sinnvoll und wäre als grober ordnungspolitischer Sündenfall zu bewerten. Die Krankenkassen sollen vielmehr Anreize haben, ihre Ausgaben mit wettbewerblichen Steuerungsmechanismen für die Versicherten einer gegebenen Morbidität unter die standardisierten Leistungsausgaben zu senken. Es ist gewünscht, dass gute Verträge und eine effiziente Leistungs- und Ausgabensteuerung die Wettbewerbsposition einer Krankenkasse verbessern sollen.

Ein leistungsgerechtes Vergütungssystem (Leistungsprinzip) und ein risikobezogenes Finanzierungssystem (Versicherungsprinzip) haben also nichts miteinander zu tun. Darauf weist auch der Präsident des Bundesversicherungsamtes in einer Reaktion auf eine Pressemitteilung der KV Bayern zur Verwendung von Diagnosen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich hin:

„Das eine ist ein Honorarsystem, das sich am Therapie- und Behandlungsbedarf für die Patienten ausrichtet; das andere sind Mittelzuweisungen an Versicherungen, um deren kalkulatorisches Durchschnitts-Risiko auszugleichen. Es gehört zum Wesen einer Versicherung, mit Durchschnittskosten zu kalkulieren.“ Und weiter: „Es ist daher eine falsche Vorstellung, der Morbi-RSA würde Diagnosen zu Messgrößen für den Behandlungsbedarf in der medizinischen Versorgung machen: Vertragsärzte werden in erster Linie für die medizinischen Leistungen bezahlt, die sie am Patienten erbringen, nicht für die Diagnosen, die sie kodieren und an die Kassenärztlichen Vereinigungen melden“ (BVA 2013).

Mit Blick auf die vertragsärztliche Vergütung betont auch die Begründung zum GKV-VStG, dass mit der Orientierung der Vergütung am Ist-Leistungsbedarf die Anreize zum wirtschaftlichen Handeln, beispielsweise zur Beeinflussung überproportionaler Leistungsmengen durch Nutzung von gesetzlich ermöglichten Vertragsoptionen, gestärkt werden sollen (Bundestags-Drucksache 17/6906: 63).

... auf Endlosspiralen in den Vergütungshimmel!

Das Problematische an Vergütungsangleichungen ist die ihnen innewohnende Tendenz, die Begründung für die nächste Konvergenzrunde gleich mitzuliefern. Hat man erst mal die Vergütungen der entsprechenden KVen angeglichen, so ergibt sich allein durch diese Anpassungen eine Erhöhung des Mittelwertes im Folgejahr. Zudem tut die regionale Gestaltung ein Übriges, und schon gibt es einen neuen Mittelwert, auf den es sich zu konvergieren lohnt. Und es gibt andere KVen, die nun unter dem Durchschnitt liegen. Und wenn das Thema MGV-Angleichung nicht mehr lohnenswert erscheint und aufgrund der nicht leistungsgerechten Vergütungsanpassungen beispielsweise die durchschnittlichen Auszahlungspunktwerte zwischen den KVen auseinandergefallen sind, dann ist ein neues Angleichungsthema schnell gefunden; das Spiel kann von vorne beginnen. So kann man auf Endlosspiralen in den Vergütungshimmel schweben!

Die Angleichungsregelung ist überflüssig und sollte abgeschafft werden

Die Angleichung der Vergütungen ist eine dirigistische Maßnahme ohne erkennbaren Nutzen, aber mit erheblichen finanziellen Risiken. Das Alibi, dass „nur“ sogenannte „unbegründete“ Vergütungsunterschiede ausgeglichen werden sollen, vermag diese Bewertung nicht zu verändern. Immerhin wurde die Einführung der Angleichungsregelung von ursprünglich 2016 auf das Jahr 2017 verschoben. Dies macht die Sache angesichts der dann immer knapper werdenden GKV-Finzen allerdings auch nicht besser. Die Regelung sollte daher ersatzlos gestrichen werden.

Mindestens ist zu hoffen, dass die regionalen Vertragspartner in rationaler Weise mit der aus Sicht der Autoren dysfunktionalen und überflüssigen Regelung zur Vergütungsangleichung umgehen. Dies bedeutet eine ernsthafte Prüfung der Begründetheit beziehungsweise Unbegründetheit von Vergütungsunterschieden und der Notwendigkeit von Angleichungen. Die Krankenkassen werden dabei gute Argumente haben, ungerechtfertigte Angleichungen abzulehnen. Zu hoffen ist, dass die Schiedsämter und Sozialgerichte eine objektive Prüfung der Argumente vornehmen und nicht alle Ventile zur Vergütungserhöhung auf maximale Öffnung stellen werden.

Die Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen mit ihrem Aufsatz auf dem Leistungsbedarf des Vorjahres und ihrer morbiditätsbezogenen Dynamisierung ist prinzipiell rational geregelt. Zur Weiterentwicklung der Vergütungen nach regionalem Gusto existiert bereits eine Vielzahl von Möglichkeiten. Neben den oben dargestellten Instrumenten gibt es weitere Möglichkeiten wie die Förderung von Niederlassungen durch Sicherstellungszuschläge und den Strukturfonds nach § 105 SGB V.

Eine strukturell bedingte Anhebung der Vergütung des vertragsärztlichen Bereichs ist jedenfalls nur dann sinnvoll, wenn diese mit der nachweisbaren Verbesserung der Versorgung der Versicherten auf Basis von konkreten Versorgungszielen oder mit dem Aufbau von Versorgungskapazitäten einhergeht. Die KV Bayern äußerte sich schon 2011 zu dieser Problematik:

„Honorargerechtigkeit bedeutet, die jeweils vor Ort erbrachten Leistungen zur medizinischen Behandlung und zur Gesunderhaltung der Patienten angemessen zu vergüten. Um diese Leistungen aber überhaupt erbringen zu können, bedarf es gewisser ambulanter Versorgungsstrukturen. Einfach nur nach mehr Geld zu rufen, ohne gleichzeitig Verbesserungspotenziale in der Struktur der ambulanten Versorgung aufzuzeigen, ist weder sinnvoll noch gerecht. Ohne bessere Versorgungsstrukturen – und das heißt: Ohne mehr Ärzte in den heute weniger gut versorgten Regionen – macht eine noch höhere Gesamtvergütung dort keinen Sinn“ (KV Bayern 2011).

Der Auf- oder Umbau von Behandlungskapazitäten oder das Erreichen von Versorgungszielen sind sehr langfristige Prozesse, sodass selbst, wenn durch die Konvergenzregelung des GKV-VSG eine ernsthafte Versorgungsverbesserung angestrebt würde, fraglich ist, wie die erheblichen zusätzlichen Mittel hierfür in kurzer Zeit ausgegeben werden sollten. Wie schwierig es derzeit ist, in unterversorgten Regionen auf dem Lande Ärzte zu einer Niederlassung zu bewegen, zeigt, in welchen zeitlichen Dimensionen man hier planen muss. Vor diesem Hintergrund ist es spannend zu sehen, für welche Maßnahmen die begünstigten KVen die über die Angleichungsregelung erhaltenen Zusatzmittel verwenden wollen. Am Ende ist zu befürchten, dass schlicht Zuschläge gezahlt werden.

Die ambulante Versorgung ist insbesondere an der Schnittstelle zum stationären Bereich durch immer neue Versorgungsformen gekennzeichnet. Durch die weitere Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung geraten die Vertragsärzte verstärkt in den Wettbewerb mit dem stationären Sektor. Welche Schwierigkeiten die Vertragsärzteschaft hierbei hat, zeigt beispielhaft die aktuelle innerärztliche Diskussion um ihre Rolle bei der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (Ärzte Zeitung 2015). Klar dürfte sein, dass der Umfang der ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser weiter anwachsen wird. Bereits heute beträgt das Finanzvolumen hierfür knapp 2,4 Milliarden Euro (KJ1-Statistik 2013). Allerdings ist eine starke regionale Differenzierung festzustellen. Während beispielsweise in Schleswig-Holstein und Hessen die ambulante spezialärztliche Versorgung nach § 116b (alt) SGB V bereits eine nennenswerte Größe erreicht hat, ist sie in Baden-Württemberg oder Bayern noch nicht entsprechend entwickelt.

Auch die Versorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen, sozialpädiatrische Zentren, Hochschulambulanzen und künftig der geriatrischen Institutsambulanzen wird sich regional unterschiedlich (weiter)entwickeln. Welche Auswirkungen das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) mit seinem Strukturfonds auf die Krankenhauslandschaft haben wird und wie dies die ambulante-stationäre Schnittstelle beeinflusst, ist derzeit kaum absehbar. Sicher dürfte aber sein, dass es mit Blick auf die Arbeitsteilung zwischen den Sektoren weitere Verschiebungen geben wird.

Eine im ambulanten Bereich ebenfalls an Bedeutung gewinnende Versorgungsform ist die selektivvertragliche Versorgung nach den §§ 73b und 73c SGB V beziehungsweise dem neuen § 140a SGB V. Nachdem sich in den letzten Jahren insbesondere die hausarztzentrierte Versorgung entwickelt hat, werden derzeit auch vermehrt Selektivverträge zu fachärztlichen Leistungen vereinbart. Alle diese Faktoren werden zu einer noch stärkeren regionalen Differenzierung der vertragsärztlichen Vergütung führen als bisher.

Insgesamt zeichnet sich daher zukünftig ein immer unübersichtlicher werdendes Bild der ambulanten Versorgung ab. Es werden sich regional sehr unterschiedliche Versorgungslandschaften aus einem Mix von Vertragsarztsystem, ambulanter Versorgung durch Krankenhäuser sowie selektivvertraglicher Versorgung bilden. Dabei definieren

sich die Versorgungsrollen der Akteure stetig neu. Dieser Prozess steht nicht bevor; er ist bereits in vollem Gange. Angesichts dieser Entwicklungen, an einer Angleichung beziehungsweise Konvergenz der Vergütungen festzuhalten, muss als realitätsfremd bezeichnet werden. Der Gesundheitspolitik ist daher der Mut zu wünschen, diese Regelung noch einmal zu überdenken. Zumindest sollte sie sich selbst beim Wort nehmen und zunächst den eigenen Prüfauftrag aus dem Koalitionsvertrag umsetzen.

Literatur und Quellen

Ärzteblatt (2014a): Ausgabe vom 7. April 2014: Bayerischer Hausärztetag: Freude über politische Unterstützung der Hausarztverträge.

Ärzteblatt (2014b): Ausgabe vom 10. April 2014: Streit um Honorarkonvergenz Barbara Steffens. (Auch online unter www.aerzteblatt.de/nachrichten/58303/Streit-um-Honorarkonvergenz).

Ärzte Zeitung (2014): Ausgabe vom 16. Dezember 2014: Honorarflaute in NRW - Laumann will mehr Geld. www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/875913/honorarflaute-nrw-laumann-will-geld.html (Download am 11. Juni 2015).

Ärzte Zeitung (2015): Ausgabe vom 22. April 2015: Gassen räumt im ASV-Streit Fehler ein. www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/884303/kbv-vv-gassen-raeumt-asv-streit-fehler.html (Download am 14. Juni 2015).

Bewertungsausschuss (2012): Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 zu Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V für das Jahr 2013 mit Wirkung zum 22. Oktober 2012.

Bewertungsausschuss (2013a): Bericht des Bewertungsausschusses über die Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung und der regionalen Verteilung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer gemäß § 87 Abs. 3a SGB V für das Jahr 2011.

Bewertungsausschuss (2013b): Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 315. Sitzung am 25. September 2013 zu Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V für das Jahr 2014 mit Wirkung zum 25. September 2013.

- Bewertungsausschuss (2014a): Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 334. Sitzung am 27. August 2014 zu Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V für das Jahr 2015 mit Wirkung zum 27. August 2014.
- Bewertungsausschuss (2014b): Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 zu Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V für das Jahr 2015 für den KV-Bezirk Baden-Württemberg mit Wirkung zum 24. September 2014.
- Bundessozialgericht (2014): Urteil in dem Rechtsstreit AOK Sachsen-Anhalt – die Gesundheitskasse u. a. gegen Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung Landes Sachsen-Anhalt vom 13. August 2014, Az: B 6 KA 6/14 R.
- Bundestags-Drucksache 17/6906. Begründung zum § 87a Abs. 4 Satz 2 GKV-VStG. S. 63.
- Bundestags-Drucksache 17/7735. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen.
- Bundesversicherungsamt (2013): Dr. Gaßner: „Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich und ärztliche Vergütung sind zwei Paar Schuhe“. Pressemitteilung vom 5. September 2013. www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2013/2013-09-05_PE_Morbi-RSA.pdf (Download am 11. Juni 2015).
- Drösler, S., B. Neukirch, V. Ulrich und E. Wille (2013): Möglichkeiten und Notwendigkeit der Morbiditätsmessung im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung unter besonderer Berücksichtigung des Klassifikationsmodells des Bewertungsausschusses. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, Krefeld, Bayreuth und Mannheim im September 2013.
- Feldmann, R. (2014): Rede bei der Fachtagung „Ambulant vor stationär“ vom 8. September 2014 in Berlin. www.zi.de/cms/veranstaltungen/ambulant-vor-stationaer (Download am 14. Juni 2015).
- Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA (2014a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren vom 17. April 2014.

Gemeinsamer Bundesausschuss - G-BA (2014b): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung, zuletzt geändert am 18. Dezember 2014.

Institut für Gesundheits- und Sozialwissenschaften - IGES (2012): Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen. Eine Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbands in Kooperation mit der BARMER GEK. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/verguetung_und_leistungen/klassifikationsverfahren/Endbericht_Kodierqualitaet_Hauptstudie_2012_12-19.pdf (Download am 14. Juni 2015).

Institut für Gesundheits- und Sozialwissenschaften (IGES) (2014a): Forschungsvorhaben zur Umsetzung des § 221b Absatz 2 SGB V. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin, 5. Juni 2014. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Forschungsberichte/2014/2014_3/140808_Forschungsbericht-IGES-Institut-Versorgung-Aerzte.pdf (Download am 14. Juni 2015).

Institut für Gesundheits- und Sozialwissenschaften (IGES) (2014b): Zur Frage der Sachgerechtigkeit einer Basisanpassung der regionalen Gesamtvergütungen (Konvergenz der Vergütungen) - Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbands. Berlin, 23. Juni 2014. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/aerzteverguetung/IGES-Gutachten_Konvergenz-2014-06-23.pdf (Download am 10. Juni 2015).

Kassenärztliche Bundesvereinigung 2014: Honorarbericht für das vierte Quartal 2013. www.kbv.de/media/sp/2014_04_07_Honorarbericht_4_2013.pdf (Download am 20. Juni 2015).

KJ1-Statistik (2014): Gesetzliche Krankenversicherung – Endgültige Rechnungsergebnisse 2013. Bundesministerium für Gesundheit.

KV Bayern (2011): Hintergrundinformation Kassenärztliche Vereinigung Bayerns – Argumente gegen die geplante bundesweite Konvergenz der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV). Aktualisiert am 23. Mai 2011. www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Presse/Weitere/KVB-Hintergrund-2011-05-20-Konvergenz-mGV.pdf (Download am 14. Juni 2015).

- KV Nordrhein (2014): KV Nordrhein begrüßt das Eintreten von Ministerin Steffens gegen bayerische Blockade bei ärztlicher Vergütung: Pressemitteilung vom 10. April 2014. www.kvno.de/60neues/2014/pm_verguetung/index.html (Download am 14. Juni 2015).
- KV-Sachsen-Anhalt (2014): Entscheidung des Bundessozialgerichts zur vertragsärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt: Versorgung gefährdet. www.kvsa.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen_detail/artikel/entscheidung-des-bundessozialgerichts-zur-vertragsaerztlichen-versorgung-in-sachsen-anhalt-versorgu-1.html (Download am 5. Juni 2015).
- Koalitionsvertrag zwischen CDU/ CSU und SPD, 18. Legislaturperiode: S. 77. www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf?__blob=publicationFile (Download am 14. Juni 2015).
- Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung (2013): Schiedsspruch in dem Verfahren Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt gegen AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse u. a. zur Festsetzung der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen für das Jahr 2013 vom 19. Februar 2013.
- LAVA-KVen (2015a): Gleiche Bedingungen für alle Regionen! KV-Bündnis kämpft für die Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung. Gemeinsame Pressemitteilung der Arbeitsgemeinschaft LAVA – „Länderübergreifender Angemessener Versorgungsanspruch“, ein Zusammenschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen Brandenburg, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Westfalen-Lippe, Potsdam, 18. Januar 2012. www.kvbb.de/presse/pressemitteilungen/newsdetail/article/lava-gleiche-bedingungen-fuer-alle-regionen/1/?print=1&no_cache=1 (Download am 10. Juni 2015).
- LAVA-KVen (2015b): LAVA-KVen entrüstet: Politik schreibt regionale Verzerrungen in der Zuweisung der Versorgungsmittel bewusst fort. Gemeinsame Presseerklärung vom 27. Mai 2015. www.kvs-sachsen.de/aktuell/aktuelle-nachrichten-und-themen/lava-kven-entruestet-politik-schreibt-regionale-verzerrungen-in-der-zuweisung-der-versorgungsmittel-bewusst-fort (Download am 10. Juni 2015).
- Ozegowski, S. (2013): Regionale Unterschiede in der Kodierqualität ambulanter Diagnosen. In: GGW (13) Heft 1 (Januar). S. 23–34.

- Schramm, A. et al. (2014): Die Analyse der ambulanten Kodierqualität in Sachsen und Thüringen anhand von Routinedaten der AOK PLUS. In: Gesundheitswesen 2012. S. 74–109.
- Staffeldt, T. (2011): Einfach und verständlich. In: Gesundheits- und Sozialpolitik (65) 2 2011. S. 34–38.
- Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Forschungsberichte/Evaluationsbericht_zum_Jahresausgleich.pdf (Download am 16. Juni 2015).

