



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

April 2016, 16. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Britta Müller*, Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie an der Universität Rostock 2

Drei Fragen an

Hans-Helmut König, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 3

WIDO

Pflege-Report 2016

Versorgungsmix ermöglicht mehr Unterstützung 5

Krankenhaus-Report 2016

Transparenz und Gesamtkonzept fehlen noch 6

ANALYSEN

Keine Schnellschüsse beim Risikostrukturausgleich

Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK 7

Der kalkulatorische Arztlohn in der ärztlichen Vergütung

Stefan Greß, Hochschule Fulda 15

Die aktuelle Debatte über Beitragsparität – eine ökonomische Reflexion

Jochen Pimpertz, Institut der deutschen Wirtschaft Köln 23

STUDIE IM FOKUS

Adäquater Antibiotika-Einsatz bei Atemwegserkrankungen 27

SERVICE

Köpfe, Kongresse, Kontakte 28

Liebe Leserinnen und Leser,

geht Ihnen das auch so? Ich habe gerade das Gefühl, dass ich in zwei Welten lebe, die nach völlig unterschiedlichen Logiken funktionieren: Die eine ist die Welt der Nachrichten, die andere ist mein Alltag. Die Welt der Nachrichten – so mein Eindruck – suggeriert mir zweierlei. Erstens, dass es zu jedem Zeitpunkt nur ein einziges, ganz furchtbar wichtiges Thema gibt (gerade sind es die Flüchtlinge, davor war es die griechische Staatsverschuldung, ab Juni ist es vielleicht die Fußball-Europameisterschaft), alles andere ist angeblich vergleichsweise unwichtig, jedenfalls zählt es gerade nicht. Zweitens, dass für die mit dem Mega-Thema zusammenhängenden Probleme grundsätzlich schnelle und abschließende Lösungen her müssen; alles andere ist minderwertig. Mein Alltag sieht aber ganz anders aus: Ich beschäftige mich parallel mit einer Vielzahl von Printprodukten, gesundheitspolitischen Projekten und privat mit einem Sammelsurium von Dingen. Lösungen gehen da bisweilen blitzschnell, manchmal aber brauchen sie ewig, und dass sie von Dauer sind, ist oft von vornherein nicht klar beziehungsweise gar nicht nötig. Von Monothematik und selig machender Schnelligkeit also keine Spur in meinem Alltag.

Sehr angenehm finde ich da, dass die neue GGW eher meine Lebenswirklichkeit widerspiegelt als die Nachrichtenlage. Wir präsentieren Ihnen in diesem Heft drei Analysen zu völlig unterschiedlichen Sachgebieten: **Klaus Jacobs** greift aktuelle Gutachten zum Risikostrukturausgleich auf; **Stefan Greß** hinterfragt, warum sich die Vergütung der Niedergelassenen an den Gehältern von Klinik-Oberärzten orientiert; und **Jochen Pimpertz** untersucht das Für und Wider der oft geforderten Beitragsparität. Schnelle und abschließende Problemlösungen erwartet hier keiner der Autoren, im Gegenteil: Es wird teilweise sogar explizit davor gewarnt. Sehr sympathisch, weil lebensnah!

Viel Vergnügen beim Lesen wünscht Ihnen

Traumaforschung**Körperliche und seelische Verletzungen im Blick**

Mit rund drei Millionen Euro An-schubfinanzierung unterstützt das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst (MWK) des Landes Baden-Württemberg den Aufbau eines transdisziplinären Zentrums für Traumaforschung (ZTF) an der Universität Ulm. Im Mittelpunkt der Forschung sollen die komplexen Wechselwirkungen zwischen psychischen und physischen Traumata stehen. ■

Mehr Informationen:

www.uni-ulm.de/med/zentrum-fuer-traumaforschung-ulm.html

Nationales Forschungsnetz**Gegen Infektionen bei Menschen und Tieren**

Für den Aufbau eines interdisziplinären „Nationalen Forschungsnetzes zu zoonotischen Infektionserkrankungen“ will das Bundesforschungsministerium 40 Millionen Euro für fünf Jahre zur Verfügung stellen. Zoonosen sind Krankheiten, die zwischen Tieren und Menschen übertragbar sind. Sie machen weltweit etwa zwei Drittel aller Infektionskrankheiten beim Menschen aus. ■

Mehr Informationen:

www.bmbf.de/files/Forschungsver-einbarung_Zoonosen.pdf

Forschungsprojekt**Gesunde Arbeitsplätze in einer digitalen Welt**

Die moderne Arbeitswelt wird immer flexibler. An der Universität Siegen suchen nun Forscher nach Wegen, wie sich die Vorteile der Flexibilisierung besser mit den Bedürfnissen der Beschäftigten und dem Arbeits- und Gesundheitsschutz in Einklang bringen lassen. Das Bundesforschungsministerium fördert das Projekt SUGAR (smart und gesund arbeiten) mit insgesamt 1,8 Millionen Euro. ■

Mehr Informationen:

www.uni-siegen.de/crid/forschung/projekte/sugar.html

ZEITSCHRIFTENSCHAU**Demenzrate sinkt bei höherem Bildungsgrad**

Zur Prognose der Demenzhäufigkeit sind Inzidenzraten unabdingbar. Der Anteil derjenigen Personen an einer Gesamtpopulation, die innerhalb eines bestimmten Zeitraums daran erkranken, ist jedoch nicht notwendigerweise zeitstabil, wie eine Studie jetzt zeigte. Die Autoren analysierten die Daten von 5.205 Teilnehmern der Framingham Heart Study aus den Jahren 1977 bis 2008. Dabei wurde deutlich, dass sich die alters- und geschlechtskontrollierten Demenzinzidenzen über drei Dekaden hinweg von 3,6 auf 2,0 Prozent verringerten. Diese Reduktion ging jedoch ausschließlich auf Teilnehmer mit Highschool-Abschluss zurück, die mehr als drei Viertel der Gesamtstichprobe stellten. Bei Personen mit niedrigerem Schulabschluss stieg die Inzidenz hingegen an. Weitere Forschung ist nun notwendig, um die Mechanismen des Bildungseffekts auf das Demenzrisiko besser zu verstehen. ■

New Engl J Med 2016;374(6):523-532



Von

Dr. Britta Müller,

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsmedizin Rostock

Adresse:

Gehlsheimer Straße 20
18147 Rostock
Telefon:
0381 494-9596
Fax: 0381 494-9532
britta.mueller@med.uni-rostock.de
www.imp.med.uni-rostock.de

Positives Altersbild fördert neue Kontakte

Soziale Beziehungen im Alter werden von Erwartungshaltungen beeinflusst. Das ist das Ergebnis einer Studie, bei der 424 ältere, überwiegend schwarze Frauen aus Baltimore zu Beginn, nach zwölf und nach 24 Monaten Auskunft über ihre Erwartungen im Hinblick auf das eigene Alter sowie über die Struktur und Qualität ihrer sozialen Netzwerke gaben. Es stellte sich heraus, dass Teilneh-

mer, die bei Studienbeginn positive Erwartungen an das Alter hatten, im Laufe der folgenden zwei Jahre mehr neue Freundschaften – sowohl enge als auch weniger enge – eingegangen waren als jene mit eher negativen Erwartungen. Außerdem hatte bei Teilnehmern mit positiven Erwartungen das wahrgenommene Unterstützungspotenzial ihrer sozialen Netzwerke stärker zugenommen. ■

J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2016;00(00):1-11, doi:10.1093/geronb/gbv118

Stress im Job bremst Bewegungsdrang

Bekannt ist, dass psychosoziale Arbeitsbelastungen das Risiko für stressassoziierte Erkrankungen erhöhen. Was das mit dem Freizeitverhalten zu tun hat, wollten Forscher von der Hitotsubashi University in Tokyo genauer wissen. Anhand der Daten von 9.871 Beschäftigten in Japan fanden sie heraus, dass sich insbesondere diejenigen Studienteilnehmer in ihrer Freizeit wenig bewegten, die bei geringem Entscheidungsspielraum hohe Arbeitsanforderungen erfüllen mussten, oder die sich beruflich stark verausgabten, dafür aber nur gering belohnt wurden. Da Bewegungsmangel ein gravierendes Gesundheitsrisiko darstellt, empfehlen die Autoren, dass die Politik Maßnahmen zur Reduktion berufsbedingten Stresses ergreift und Bewegungsanreize für gestresste Berufstätige fördert. ■

Scand J Work Environ Health 2016;doi:10.5271/sjweh.3555

Evidenzbasierte Medizin Eckpfeiler der Recherche droht wegzubrechen

Die evidenzbasierte Medizin in Deutschland verliert möglicherweise bald wichtige Informationsquellen. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hatte zu Jahresbeginn angekündigt, sich künftig auf datenbasierte Angebote zu konzentrieren und Ende 2016 den Betrieb fast aller Literaturdatenbanken einzustellen. Einige dieser Datenbanken, die systematische Recherchen zur medizinischen Evidenz ermöglichen, sollten laut DIMDI über ZB Med – Leibniz-Informationszentrum Lebenswissenschaften weiterhin verfügbar sein. Nun droht diesem Zentrum, seit 2014 eine Stiftung öffentlichen Rechts, jedoch die Schließung: Der Senat der Leibniz-Gemeinschaft hat empfohlen, die Finanzierung durch Bund und Länder zu beenden, da keine schlüssige Zukunftsstrategie vorliege. Gerd Antes, der Direktor des Deutschen Cochrane Zentrums, warnte angesichts dieser Entwicklung vor einem „Abschied Deutschlands von der internationalen Literatur“. Auch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften betonte, ZB Med sei „für alle wissenschaftlich und praktisch Tätigen im Bereich der Medizin essenziell wichtig“.

Mehr Informationen:

www.dimdi.de; www.zbmed.de;
www.leibniz-gemeinschaft.de;
www.awmf.org

Europäische Allianz Impfstoff gegen Aids- Virus gesucht

Die Europäische Kommission fördert mit mehr als 22 Millionen Euro die Entwicklung neuer präventiver und therapeutischer

Impfstoffe gegen HIV. An der „European HIV Alliance“ (EHVA) beteiligen sich 39 Partner weltweit, darunter auch das Hamburger Heinrich-Pette-Institut, das

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf sowie die Universitäten München und Regensburg. ■

Mehr Informationen:

www.ehva.eu

DREI FRAGEN AN ...



Forschungsschwerpunkte:

Ökonomische Evaluation von Gesundheitsleistungen, mit Schwerpunkten auf psychischen und altersassoziierten Erkrankungen; Krankheitskostenstudien; Messung und Bewertung von Lebensqualität; Präferenzmessung; Versorgungsepidemiologie

Jahresetat:

Leistungsabhängige Landesmittel und Drittmittel

Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter:

insgesamt 20, darunter
1 Professor und
14 wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Adresse:

Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf (UKE)
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Telefon: 040 7410-53382
Fax: 040 7410-40261
h.koenig@uke.de
www.uke.de/kliniken-institute/institute/gesundheitsoekonomie-und-versorgungsforschung/index.html

Versorgungsforschung: Guter Rat für die Gesundheitspolitik

... Professor Dr. med. Hans-Helmut König, MPH, Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE)

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

In verschiedenen Projekten untersuchen wir Einflussfaktoren auf Versorgungsbedarf, Leistungsanspruchnahme und Versorgungskosten im Alter. Dabei interessieren uns auch die Inanspruchnahme informeller Pflegeleistungen sowie private Zuzahlungen. Im Fokus stehen die Krankheiten Demenz und Depression. Darüber hinaus analysieren wir begleitend zu klinischen Studien die Kosteneffektivität psychotherapeutischer Therapieverfahren bei diversen psychischen Krankheiten.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Unser Institut ist Teil des interdisziplinären Forschungsschwerpunkts Versorgungsforschung des UKE sowie Mitglied des fakultätsübergreifenden Hamburg Center for Health Economics an der Universität Hamburg und ist in zahlreiche interdisziplinäre überregionale Forschungsverbünde eingebunden. Die Interdisziplinarität spiegelt sich auch in der Qualifikation unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wider, unter denen sich Wirtschaftswissenschaftler, Soziologen, Statistiker, Mediziner sowie Gesundheits- und Pflegewissenschaftler finden.

Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört?

Die Wissenschaft kann politische Entscheidungsprozesse unterstützen, aber sie natürlich nicht ersetzen. Nach meinem Eindruck gibt es in Deutschland in den letzten Jahren einen zunehmend positiven Austausch zwischen Versorgungsforschung und Gesundheitspolitik, auch wenn dabei die Erwartungen auf beiden Seiten manchmal (noch) nicht erfüllt werden. Neue Förderinstrumente wie der Innovationsfonds können dazu beitragen, dass die Wissenschaft ihrer Unterstützerrolle im politischen Entscheidungsprozess noch besser gerecht werden kann.

Leukämie**Behandlungschancen präziser voraussagen**

Für Patienten mit Chronischer Lymphatischer Leukämie (CLL) stehen neue Therapien zur Verfügung, die Krebszellen auf molekularem Wege bekämpfen. Forscher aus Ulm und Heidelberg suchen jetzt im Verbundprojekt PRECiSe nach Biomarkern, die anzeigen, ob die erkrankten Zellen eines Leukämiepatienten auf diese neuen Therapien ansprechen. Ziel ist, Betroffenen unnötige Therapien zu ersparen. Das Bundesforschungsministerium fördert das Vorhaben über drei Jahre mit 2,7 Millionen Euro. ■

Mehr Informationen:

www.idw-online.de/de/news646988

Krebserkrankungen**Europäisches Zentrum für Tumorpatienten**

Die Charité – Universitätsmedizin Berlin hat ein interdisziplinäres Zentrum für Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen eröffnet. Ein Team aus Onkologen, Radiologen, Strahlentherapeuten und Chirurgen wird dort für jeden Patienten einen individuellen Therapieansatz nach dem neuesten Stand des medizinischen Wissens erarbeiten. Das neue Zentrum steht Patienten aus ganz Europa offen und versteht sich auch als beratende Anlaufstelle für Ärzte. ■

Mehr Informationen:

www.idw-online.de/de/news645949

Diabetes Typ I**Neuer Therapieansatz wird getestet**

Patienten mit Typ-1-Diabetes können aufgrund eines genetischen Defekts oder einer Autoimmunerkrankung kein Insulin bilden. Eine europäische Forschergruppe

unter Federführung der Goethe-Universität Frankfurt prüft nun den Ansatz, intakte Insulinzellen aus Spenderorganen im Labor zu vermehren und sie anschließend in die Bauchspeicheldrüse von Diabetes-Patienten zu transplantieren. Die Europäische Union fördert das Projekt in den nächsten vier Jahren mit mehr als fünf Millionen Euro. ■

Mehr Informationen:

www.muk.uni-frankfurt.de/60713893/076?

Studium I**Neues Wahlpflichtfach Flüchtlingsversorgung**

Die Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden bereitet ab dem Sommersemester 2016 angehende Ärzte gezielt auf die Versorgung von Flüchtlingen vor. In Kooperation mit der im Herbst 2015 gegründeten Flüchtlingsambulanz der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) bietet die Hochschule erstmals das Wahlpflichtfach „Flüchtlingsversorgung“ an. ■

Mehr Informationen:

www.tu-dresden.de > Fakultäten und Einrichtungen > Bereich Medizin

Studium II**Pflegekräfte sollen heilkundlich tätig werden**

Die Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg wird voraussichtlich zum Wintersemester 2016/2017 den bundesweit ersten primärqualifizierenden Bachelor-Studiengang „Evidenzbasierte Pflege“ anbieten. Der auf vier Semester angelegte Modellstudiengang soll den Absolventen auch für die Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten bei Bluthochdruck-, Demenz- sowie Diabetes-Patienten

und bei chronischen Wunden qualifizieren. Bewerbungen werden wohl ab Mai 2016 möglich sein. ■

Mehr Informationen:

www.medin.uni-halle.de > Presse > Alle News-Artikel > Februar 2016

Studium III**Nachhaltigkeit und Innovation**

Die Hochschule Fresenius, Fachbereich Wirtschaft & Medien, bietet zum Wintersemester 2016/2017 erstmals einen Masterstudiengang „Nachhaltigkeit und Innovation im Gesundheitsmanagement“ an. Studieninhalte sind unter anderem Gesundheitsmanagement, -ökonomie und -psychologie, Ethik, Recht, Risikomanagement und Vertragsgestaltung sowie interkulturelles Personal- und Patientenmanagement. Die Studiendauer ist auf zwei Jahre angelegt, die monatlichen Studiengebühren betragen 750 Euro. ■

Mehr Informationen:

www.hs-fresenius.de > Studium > Business School

Studium IV**Medizinisches Management**

An der Technischen Hochschule Mittelhessen startet zum Sommersemester der zulassungsfreie Bachelorstudiengang „Medizinisches Management“. Das sieben Semester umfassende Studium vermittelt medizinische Grundlagen sowie Kenntnisse in Betriebswirtschaft, Informationstechnik, Datensicherheit, Medizinrecht und Medizinischem Prozessmanagement. Es soll die Absolventen dazu befähigen, medizinische, technische und betriebswirtschaftliche Abläufe im Gesundheitswesen zu organisieren. ■

Mehr Informationen:

www.thm.de > Studium > Studiengänge > Bachelorstudiengänge

Pflege-Report 2016

Versorgungsmix ermöglicht mehr Unterstützung

Die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland wird weiter steigen – von derzeit rund 2,6 auf knapp 3,5 Millionen im Jahr 2030. Diese Menschen gut zu versorgen, wird eine wichtige gesellschaftliche Herausforderung der kommenden Jahrzehnte sein.

Der Schwerpunkt des Pflege-Reports 2016 widmet sich den Personen und Berufsgruppen, die besonders häufig pflegen. Dazu gehören die informell Pflegenden wie Familienangehörige oder Freunde, aber auch Ehrenamtliche sowie professionelle Pflegefach- und Pflegehilfskräfte und zunehmend auch Personen aus dem sozialen Dienstleistungssektor. Der pflegerische Versorgungsmix aus informeller und professioneller Hilfe, Geld- und Sachleistungen wurde durch gesetzliche Vorgaben erweitert, ausdifferenziert und neu zugeschnitten. Daraus entstehen neue Möglichkeiten der Unterstützung, denen sich die Autoren des Pflege-Reports mit Blick auf die professionell Pflegenden zuwenden.

Angesichts der geplanten Ausbildungsreform erfolgt eine Bestandsaufnahme und Standortbestimmung der bisherigen Ausbildung in den Pflegeberufen. Dabei werden Qualifizierungsmöglichkeiten beschrieben und Themen wie Generalistik und Akademisierung der Pflegeausbildung erörtert. Ein eigener Beitrag geht der Frage nach, wie sich die Attraktivität des Pflegeberufs erhöhen lässt. Dafür werden als Handlungsfelder die Akademisierung, die Arbeitsbedingungen und die Verdienstmöglichkeiten in der Kranken- und Altenpflege untersucht.

Um die Situation in Deutschland besser einschätzen zu können, befasst sich der Pflege-Report 2016 auch mit den Bedingungen in einigen europäischen Nachbarländern. Dabei geht es um den Personen- und Professionen-Mix in der Pflege in Dänemark, Italien, Polen und der Slowakei sowie um die Ausbildungssituation in Frankreich, Großbritannien, den Niederlanden und Österreich. Ein eigener Beitrag beschäftigt sich mit der Rolle, die Pflegekammern als berufliche Interessenvertretung einnehmen können.

Der Fachkräftmangel in der Pflege ist bereits deutlich zu spüren, weshalb schon seit längerem Pflegekräfte aus dem Ausland angeworben werden. Der Pflege-Report 2016 befasst sich mit rechtlichen Bedingungen und praktischen Erfahrungen und beschreibt Kooperationen mit anderen Ländern.

Um dem Hilfebedarf vor allem dementer Menschen besser gerecht zu werden, hat der Gesetzgeber durch Modellvorhaben Betreuungsdienste gestärkt, die die Betroffenen vor allem bei der Haushaltsführung unterstützen sollen. Der Pflege-Report 2016 bewertet die Qualität und Wirtschaftlichkeit solcher Dienstleister und geht der Frage nach, wie sehr Pflegebedürftige diese akzeptieren. Des Weiteren wird gezeigt, wie sehr sich das Tätigkeitsfeld Pflege schon heute in die Bereiche Fachpflege, Betreuungsarbeit und Sorgearbeit ausdifferenziert hat.

Neben den beruflich und ehrenamtlich Pflegenden nimmt der Report aber auch die pflegenden Angehörigen in den Blick und gibt eine detaillierte Übersicht über ihre Situation. Eine Befragung zeigt, wie (un)bekannt die unterschiedlichen Unterstützungsangebote sind, wie stark Pflegenden diese beanspruchen und wie sie sie bewerten. Darüber hinaus wird hinterfragt, wie sich Pflege und Beruf vereinbaren lassen, wie Bevölkerung und Unternehmen die jüngsten Reformen der Pflege- und der Familienpflegezeit bewerten und wie stark sie dieses Angebot nutzen.

Ein umfangreicher Statistikeil dokumentiert abschließend, wie sich Pflegebedürftigkeit in Deutschland entwickelt hat und wie es um die Gesundheitsversorgung in diesem Bereich bestellt ist. ■



Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer 2016; 364 Seiten, 54,99 Euro, ISBN 978-3-7945-3175-2

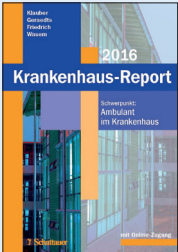


Antje Schwinger, Mitarbeiterin des Forschungsbereichs Pflege im Wido

„Ob private, ehrenamtliche oder professionelle Pflege – es kommt auch künftig darauf an, genügend Menschen für diese Aufgabe zu gewinnen. Die Chancen, die sich dabei aus neuen Formen der Zusammenarbeit ergeben, gilt es zu nutzen.“

Ambulante Versorgung im Krankenhaus

Transparenz und Gesamtkonzept fehlen noch



Immer stärker haben sich die Krankenhäuser im Laufe der Zeit für ambulante Behandlungen geöffnet – diese Entwicklung zieht sich wie ein roter Faden durch die Gesundheitsreformen der letzten Jahrzehnte. Transparenz über die konkreten Leistungen besteht jedoch nicht.

„Ambulant im Krankenhaus“ heißt der Schwerpunkt des Krankenhaus-Reports 2016. Er beleuchtet die wichtigsten Formen der ambulanten Versorgung und ihre Bedeutung für die Patienten. Zum Beispiel werden jedes Jahr für rund 3,5 Millionen Fälle in den Hochschulambulanzen behandelt – das entspricht einem Finanzvolumen von etwa 500 Millionen Euro. Bei den ambulanten Operationen liegen die Ausgaben mit mehr als 600 Millionen Euro pro Jahr noch darüber. Stark frequentiert wird vor allem die Notfallversorgung: Wie der Krankenhaus-Report 2016 exemplarisch für Berlin und Brandenburg zeigt, suchten dort mehr als drei Viertel der Notfallpatienten nicht den ärztlichen Notdienst auf, sondern eine Klinik. Andere Formen, wie die ambulante Behandlung bei Unterversorgung, spielen so gut wie keine Rolle.

Gerade in den Ballungszentren dienen Krankenhäuser vermehrt als Anlaufstellen für die ambulante Versorgung. So befinden sich über 40 Prozent der medizinischen Versorgungszentren in der Trägerschaft eines Kran-

kenhauses, die meisten davon in dicht besiedelten Gebieten.

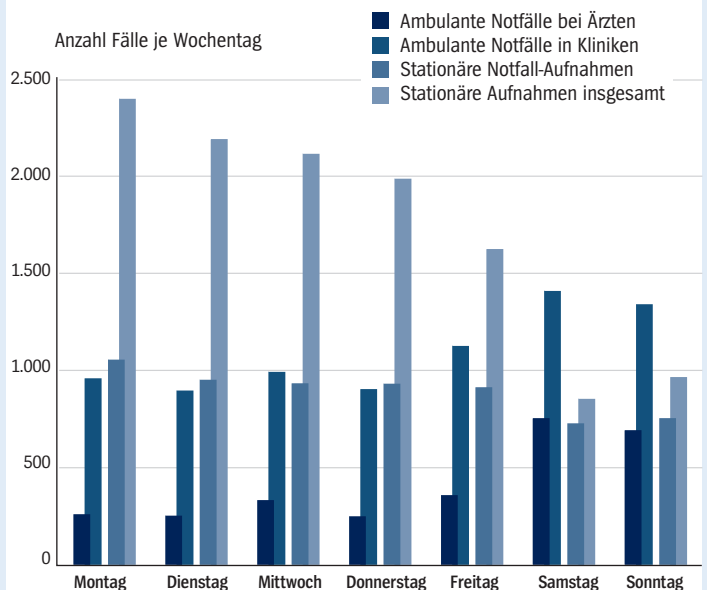
Trotz dieser fortschreitenden Öffnung erbringen die Krankenhäuser nach wie vor nur einen geringen Teil aller ambulanten Leistungen. Gemessen an den gesamten Ausgaben für die ambulante Versorgung liegt der Anteil der Krankenhäuser trotz dynamischer Entwicklung immer noch bei weniger als drei Prozent. Die beschriebene Entwicklung folgte zudem keinem übergeordneten Gesamtkonzept, sondern geschah bloß punktuell. Das hat mitunter zur Folge, dass gleiche Leistungen in unterschiedlichen

Ambulanzformen unterschiedlichen Regelungen zu Vergütung, Zulassung oder Bedarfsplanung unterliegen. Fehlanreize für die Leistungserbringer sind damit unvermeidbar.

Der Krankenhaus-Report 2016 analysiert die vielfältigen Formen, in denen ambulante Leistungen in den Kliniken erbracht werden, und zieht zwei wichtige Schlussfolgerungen: Zum einen muss die ambulante Versorgung im Krankenhaus transparenter werden, zum anderen braucht dieser wichtige Leistungsbereich einen geeigneten und homogenen Ordnungsrahmen. ■

Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus*. Stuttgart: Schattauer 2016; 521 Seiten, 54,99 Euro, ISBN 978-3-7945-3154-7

Ambulante Notfälle und vollstationäre Aufnahmen*



*AOK-Fälle 2013 für Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern

Quelle: Krankenhaus-Report 2016; Grafik: G+G Wissenschaft

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: Hanna Leicht: „Prostataoperationen bei Benignem Prostatasyndrom im Spiegel von Routinedaten: Häufigkeiten und Komplikationen“, 7. Urologisches Sommerforum 2016, Kampen (Sylt), 5/16 +++ Prof. Dr. Klaus Jacobs: „Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV – Fiktion und Realität“, 26. Wissenschaftstagung des Bundes der Versicherten (BdV), Berlin, 4/16 +++ Gisbert W. Selke: „Optionen und Probleme bei der Steuerung der Arzneimittelpreise“, 16. Deutsch-Österreichische Sozialrechtsgespräche, Passau, 1/16 +++

Keine Schnellschüsse beim Risikostrukturausgleich

von Klaus Jacobs¹

ABSTRACT

Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein Dauerthema. Vor dem Hintergrund der Entstehungs- und Entwicklungsgeschichte der Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs werden in dem Beitrag zwei aktuelle Reformvorschläge analysiert: der Wegfall des Ausgleichsmerkmals „Bezug einer Erwerbsminderungsrente“ sowie ein verändertes Verfahren zur Auswahl der berücksichtigten Krankheiten. Beide Vorschläge werden als isolierte Reformmaßnahmen verworfen. Der Risikostrukturausgleich kann nur auf der Grundlage einer umfassenden Gesamtevaluation sinnvoll weiterentwickelt werden. Dabei sollte künftig das gesamte Krankheitsspektrum berücksichtigt werden.

Schlüsselwörter: Risikostrukturausgleich, Krankheitszuschläge, Erwerbsminderungsstatus, Krankheitsauswahl

Developing the risk adjustment scheme further is a matter of constant debate. Bearing in mind the genesis and the historic development of the morbidity orientation of the risk adjustment scheme, the analysis concentrates on two reform proposals: deleting the feature „receipt of a disability pension“ and changing the criteria for choosing the diseases which trigger a surcharge. Both proposals are discarded, since they only concentrate on isolated parts of the adjustment scheme. A sensible development, however, presupposes the comprehensive evaluation of the complete scheme. The risk adjustment scheme should take the full spectrum of diseases into account.

Keywords: risk adjustment scheme, morbidity-based risk adjusters, disability, selection of morbidity groups

1 Aktuelle RSA-Reformdebatte

Die aktuelle Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs (RSA) zwischen den Krankenkassen gibt es seit 2009. Sie wurde durch das 2007 verabschiedete GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zusammen mit der neuen Finanzkonstruktion der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus Gesundheitsfonds und kassenindividuellen Zusatzbeiträgen eingeführt. Bei der Beitragsgestaltung der GKV gibt es seither schon die dritte Ausgestaltungsform, nachdem 2011 obligatorisch pauschale Zusatzbeiträge mit steuerfinanziertem Sozialausgleich und 2015 prozentuale Zusatzbeiträge bei vermindertem Beitragssatz zum Gesundheitsfonds eingeführt worden waren. Demgegenüber war es um den RSA lange Zeit bemerkenswert ruhig. Vielen Unkenrufen zum Trotz war die Einführung seiner direkten Morbiditätsorientierung durch das Bundesversicherungsamt (BVA) fast geräuschlos umgesetzt worden.

Die mehrjährige Ruhe um den RSA hat sich mittlerweile allerdings gelegt und ist teilweise sogar in hektische Betriebsamkeit umgeschlagen, mit der manche Akteure aus Kassen und Verbänden angesichts vermeintlicher Schiefagen bei den Zusatzbeiträgen Korrekturen am RSA fordern. Die Berliner Politik hat darauf bislang nicht reagiert und tut auch weiterhin gut daran, sich nicht zu Schnellschüssen verleiten zu lassen.

Für diese Einschätzung spricht vor allem, dass die Problemdiagnose hinter den Forderungen nach schnellen RSA-Reformen in aller Regel zu kurz springt (*Jacobs 2015*). So haben insbesondere die unterschiedlich hohen Rücklagen einzelner Kassen und daraus resultierende Unterschiede bei den Zusatzbeiträgen keineswegs unmittelbar mit der angeblich unzureichenden Zielgenauigkeit des RSA zu tun. Sie sind vielmehr Resultat der von 2009 bis 2014 untauglichen Beitragsregelung der GKV. Da die Politik ihrer eigenen Konstruktion misstraute, wurde der Gesundheitsfonds mit unnötig viel Finanzmitteln geflutet. Deshalb musste zwar kaum eine Kasse einen Zusatzbeitrag erheben, doch wurden zugleich sechs Jahre lang unterschiedlich hohe Rücklagen aufgebaut. Dazu wäre es vom Grundsatz her bei jeder Ausgestaltung des RSA gekommen, der bekanntlich keine tatsächlichen Ausgaben ausgleicht, sondern durchschnittliche Ausgabenrisiken. Folglich gibt es bei jedem RSA immer Kassen, die mit den Zuweisungen besser zurechtkommen als andere, und zwar quer durch alle sogenannten Kassenarten. Dass Krankenkassen mit positiven Deckungsbeiträgen diese sechs Jahre lang ansammeln konnten, ist indes nicht dem RSA anzukreiden.

Es gibt noch einen zweiten Grund, der gegen vorschnelle RSA-Reformen spricht. Was bislang an Reformvorschlägen vorliegt, taugt relativ wenig. Das gilt für die konzeptionellen

¹ Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346462182
E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

Grundlagen der Vorschläge wie für die Abschätzung ihrer Finanzwirkungen. Deshalb wäre die Gefahr von Kollateralschäden größer als die Aussicht auf eine sachadäquate Weiterentwicklung des RSA. In diesem Beitrag sollen zwei aktuelle Reformvorschläge betrachtet werden, die im Auftrag verschiedener Kassen vorgelegt wurden, die als sogenannte RSA-Allianz auftreten. Dabei geht es zum einen um eine veränderte Auswahl der maximal 80 Krankheiten, die im RSA mit Zuschlägen bedacht werden (*IGES et al. 2015*), sowie zum anderen um den Verzicht auf das Ausgleichsmerkmal „Erwerbsminderungsstatus“ im RSA (*IGES und Glaeske 2016*). Zuvor soll jedoch ein kurzer Rückblick auf die Genese des Morbi-RSA geworfen werden, weil die aktuelle Debatte stellenweise eine bemerkenswerte Unkenntnis über die gerade einmal 15 Jahre lange Entstehungs- und Entwicklungsgeschichte der direkten Morbiditätsorientierung des RSA offenbart. Ein Fazit und ein kurzer Ausblick schließen den Beitrag ab.

2 Zur Genese des Morbi-RSA

Zur Geschichte des RSA und seiner direkten Morbiditätsorientierung gibt es viele Quellen von unmittelbaren Zeitzeugen (etwa *Buchner und Göppfarth 2014*; *Knieps und Reiners 2015, 130 ff.*; zum RSA von 1994/95 *Schneider 1994*). Was IGES und Glaeske bewegen haben mag, in ihrem Gutachten zur Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus im RSA ein langes Kapitel zur historischen Entwicklung des RSA auf eine Masterarbeit der Hochschule Magdeburg-Stendal von 2010 zu stützen (*IGES und Glaeske 2016*), ist vor diesem Hintergrund schwer nachvollziehbar. Dies umso weniger, als bei der vorgenommenen chronologischen Darstellung in drei Zeitabschnitten (ab 1994, ab 2001 und ab 2009) nach der Reihenfolge des Inkrafttretens der relevanten Gesetzesregelungen der falsche Eindruck entstehen kann, als seien die zentralen RSA-Reformen seit Anfang des vergangenen Jahrzehnts auch nacheinander konzipiert gewesen.

Dieser Eindruck ist falsch, weil die zwischen 2002 und Ende 2008 eingeführten Regelungen – die Einführung eines als Risikopool bezeichneten partiellen Ausgabenausgleichs von Hochkostenfällen und die Ermittlung gesonderter Beitragsbedarfe für eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen (DMP) – von vornherein als befristete Kurzfristmaßnahmen bis zum Inkrafttreten eines direkt morbiditätsorientierten RSA fungieren sollten.

Zentrale Grundlage der Morbiditätsorientierung des RSA waren zwei Gutachten von Anfang 2001: ein Gutachten von IGES, Cassel und Wasem im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums (*IGES et al. 2001*) sowie ein Gutachten von Lauterbach und Wille im Auftrag der Bundesverbände der AOK, IKK und der Ersatzkassen (*Lauterbach und Wille 2001*). Auf

Veranlassung von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt verständigten sich beide Gutachtergruppen im Februar 2001 auf folgenden Konsens: mittelfristig die Einführung eines vollständigen Morbi-RSA ab 2007, wie im Gutachten von IGES, Cassel und Wasem vorgeschlagen, sowie kurzfristig als „partiell vorgezogene Morbiditätsorientierung“ die gesonderte Beitragsbedarfsermittlung für Versicherte, die in zugelassene DMP eingeschrieben waren (nach dem Gutachten von Lauterbach und Wille). Daneben befürworteten IGES, Cassel und Wasem als weitere Übergangsmaßnahme die Einführung eines Risikopools, während Lauterbach und Wille für eine sogenannte Wechslerkomponente plädierten (siehe *Deutscher Bundestag 2001*). Die Politik folgte den Vorschlägen der Gutachter im Ende 2001 verabschiedeten RSA-Reformgesetz. Dabei entschied sie sich als zweite Kurzfristmaßnahme – neben der DMP-Anbindung – zwar vom Grundsatz her für den Risikopool, hatte diesem aber „die Zähne gezogen“ (*Göppfarth 2004, 6*), denn anstelle des vorgeschlagenen Schwellenwerts von gut 10.000 Euro wurde dieser auf mehr als 20.000 Euro genauso verdoppelt wie der vorgeschlagene Eigenanteil der Kassen von 20 auf 40 Prozent (siehe auch *Schillo et al. 2016, 142*). Dass ein solcherart ausgestalteter Risikopool bei der Mehrzahl der Kassen keine Beitragssatzrelevanz erreichte (*Otto und Göppfarth 2010, 187*), war von vornherein absehbar.

Dieser Rückblick macht deutlich, dass die morbiditätsorientierte Weiterentwicklung des RSA sehr wohl ein großer Wurf war – und keineswegs eine Abfolge vieler Teilschritte zur immer weiteren Verfeinerung des RSA. Im Grundsatz ist 2009 mit der RSA-Reform vollzogen worden, was bereits etliche Jahre zuvor gutachterlich vorbereitet und vom Gesetzgeber auf den Weg gebracht worden war – lediglich mit zwei Modifikationen: Der Morbi-RSA kam zeitgleich mit dem Gesundheitsfonds erst 2009 und nicht schon 2007, wie ursprünglich beabsichtigt, und er wurde nicht für das gesamte prospektiv ausgabenrelevante Krankheitsspektrum eingeführt, sondern lediglich für maximal 80 Krankheiten, wodurch – so die Begründung im Gesetz – „eine gleitende Einführung der direkten Morbiditätsorientierung sichergestellt werden (soll), um die Kalkulationssicherheit und Planbarkeit für die Krankenkassen zu erhöhen“ (*Deutscher Bundestag 2006, 204*).

Ansonsten aber wurde dem Reform-Fahrplan von 2001 gefolgt, und dabei gab es einen ganz wesentlichen Meilenstein, der im aktuellen Gutachten von IGES und Glaeske bemerkenswerterweise vollständig ignoriert wird: das Gutachten von IGES, Lauterbach und Wasem zu den Klassifikationsmodellen für Versicherte im Morbi-RSA (*IGES et al. 2004*; siehe auch *Wasem et al. 2005* sowie *Schröder et al. 2007*). Dass der Gesetzgeber 2001 entschied, den RSA nicht sofort, sondern erst mittelfristig morbiditätsorientiert auszugestalten – weshalb kurzfristig wirksame Übergangsregelungen erfor-

derlich wurden – hatte den triftigen Grund, dass für die Einführung des Morbi-RSA noch umfangreiche Vorbereitungen getroffen werden mussten. Sie wurden jedoch bereits mit dem 2001 verabschiedeten RSA-Gesetz in die Wege geleitet, und zwar nicht zuletzt in Gestalt des gerade genannten Gutachtens zur umfassenden Bestandsaufnahme geeigneter Versicherten-Klassifikationsmodelle einschließlich der empirischen Überprüfung ihrer Auswirkungen. Daneben enthielt das Gutachten aber auch eine Reihe von Analysen zu weiteren Gestaltungselementen des Morbi-RSA, unter anderem auch zu den Fragen,

- ob nach Einführung des Morbi-RSA weiterhin am Ausgleichsmerkmal „Bezug einer Erwerbsminderungsrente“ festgehalten,
- wie mit DMP-Versicherten – auf der Grundlage von vier alternativen Modellvarianten – umgegangen und
- ob ein flankierender Hochrisikopool eingerichtet werden sollte.

Wie vor diesem Hintergrund behauptet werden kann, dass mit dem Start des Morbi-RSA keine Bewertung des Schätzers „Erwerbsminderungsstatus“ erfolgt sei (*IGES und Glaeske 2016, 52*) und deshalb „erstmalig eine umfassende Diskussion und Analyse des Erwerbsminderungsstatus im Morbi-RSA erfolgen (soll)“ (*ebenda, 28*), ist nicht nachvollziehbar. Künftigen RSA-Gutachtern sei dringend empfohlen, sich mit der Geschichte des RSA und der einschlägigen Literatur hinreichend vertraut zu machen. Angesichts der gewachsenen Bedeutung der Thematik in der internationalen Gesundheitsökonomie muss die Lektüre dabei keineswegs auf das deutsche Schrifttum beschränkt bleiben.

3 Ausgleichsmerkmal „Bezug einer Erwerbsminderungsrente“

Seit Einbeziehung der Krankenversicherung der Rentner in den RSA, also seit 1995, wurde für die damals Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentner (BU/EU-Rentner) genannten Invaliditätsrentner ein gesonderter Beitragsbedarf ermittelt. Der zentrale empirische Befund dazu stammte aus einem GKV-Transparenzprojekt in Baden-Württemberg in der zweiten Hälfte der 1980er-Jahre. Danach überstiegen die durchschnittlichen Leistungsausgaben von BU/EU-Rentnern diejenigen gleichaltriger Versicherter ohne BU/EU-Rente teilweise um ein Mehrfaches, und zwar besonders ausgeprägt im mittleren Lebensalter. Dieser Befund wurde in die damalige Diskussion um die Einführung von freier Kassenwahl und Risikostrukturausgleich eingebracht (*Jacobs und Schröder 1989*). Obwohl es in dieser Zeit zahlreiche Untersuchungen zur Risikostruktur bestimmter Versichertengruppen (unter anderem Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger) gab, waren die BU/EU-Rentner die einzige Versichertengruppe, für die im

RSA ab 1994/95 gesonderte Beitragsbedarfe ermittelt wurden. Dafür war – neben der eindeutigen Empirie zum Ausgabengeschehen, die auch mit Befunden zur hohen (Früh-)Sterblichkeit dieser Personen korrespondierte (*Schröder und Reschke 2006, 324*) – vor allem ausschlaggebend, dass für den Bezug einer BU/EU-Rente eine schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigung Voraussetzung war und dass deren Feststellung „von dritter Seite“ (nämlich von der Rentenversicherung) erfolgte. Damit handelte es sich eindeutig um ein Merkmal, das inzwischen als manipulationsresistent bezeichnet wird.

Dies gilt heute unverändert wie damals – außer dass die früheren BU/EU-Renten seit 2001 durch Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Erwerbsminderung; EM) abgelöst worden sind. Dies mit einer „Erweiterung“ gleichzusetzen (*IGES und Glaeske 2016, 28*) verkennt die rentenrechtliche Realität allerdings diametral, denn mit dem damals unter anderem erfolgten Wegfall der Berufsunfähigkeitsrenten haben sich die Voraussetzungen für den Bezug einer Invaliditätsrente gegenüber früher eher verschärft.

Der Morbi-RSA ist ein Zuschlagsmodell, in dem nicht mehr – wie beim früheren Zellenansatz – jeder Versicherter eindeutig einer bestimmten Zelle mit einem Euro-Betrag zugeordnet ist, sondern zusätzlich zu einem Sockelbetrag additiv Zuschläge erhalten kann. Mit Hilfe eines Regressionsmodells wird statistisch ermittelt, in welchem Umfang bestimmte Risikomerkmale (als unabhängige Variable) zur Schätzung der Leistungsausgaben beitragen. Dabei gibt es a priori keine besseren (weil „direkten“) oder schlechteren (weil „indirekten“) Merkmale, wie der von IGES und Glaeske gewählte Begriff „Surrogatparameter“ für das Merkmal EM-Status nahelegen könnte (oder soll?) – was allein zählt, ist die statistische Erklärungskraft eines Merkmals in Bezug auf die Leistungsausgaben der Versicherten im Folgejahr.

IGES und Glaeske empfehlen, auf das Merkmal EM-Status im RSA künftig zu verzichten. Die überwältigende Mehrheit der EM-Versicherten erhalte mindestens einen Krankheitszuschlag, „die bedarfsgerechte Zuweisung finanzieller Mittel für diese Versicherten wäre also bei Herausnahme der EMGs gesichert“ (*IGES und Glaeske 2016, 52*). Dieser Argumentation haben sich auch der Verband der Ersatzkassen und der BKK-Dachverband in einer gemeinsamen Pressemitteilung angeschlossen, in der es heißt, „das IGES-Gutachten belege eindeutig, dass es einer Berücksichtigung von gesonderten Zuschlägen für Erwerbsminderungsrentner nicht mehr bedarf, da der Finanzbedarf von EM-Rentnern heute bereits im Morbi-RSA abgebildet wird“ (*BKK und vdek 2016*).

Das Problem ist nur, dass die Frage nach der Bedarfsgerechtigkeit der Zuweisungen für Versicherte mit EM-Status in dem Gutachten gar nicht untersucht wird. Das Gutachten

zeigt lediglich, dass Versicherte mit EM-Status fast immer auch einen Krankheitszuschlag erhalten. Das ist aber noch keine besonders relevante Information, auf die man im Übrigen auch schon durch einen Abgleich der Statistik der Rentenversicherung zu den Diagnose(gruppe)n der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit der Krankheitsliste des RSA gekommen wäre.

Ob die „normalen“ Krankheitszuschläge für EM-Rentner ausreichend sind oder nicht, hätte eine andere Analyse erfordert. Insbesondere geben die von IGES und Glaeske betrachteten Gütemaße (R^2 , CPM, MAPE) keine Auskunft auf die Frage, ob der Verzicht auf das Ausgleichsmerkmal EM-Status Anreize zur Risikoselektion gegen diese Versicherten setzt. Wie etwa im Evaluationsbericht zum Morbi-RSA 2009 des wissenschaftlichen Beirats beim BVA nachzulesen ist, müssen zur Beantwortung dieser Frage Deckungsquoten auf Gruppenebene betrachtet werden: „Wenn es für die Krankenkassen leicht identifizierbare Gruppen gibt, die systematisch negative Deckungsbeiträge aufweisen, so bestünde die Gefahr, dass Krankenkassen dies bei etwaigen Selektionsstrategien berücksichtigen könnten“ (Drösler et al. 2011, 38). „Grundsätzlich sollten Deckungsquoten auf Gruppenebene für Merkmale gewählt werden, die bei der Krankenkasse verfügbar und leicht zur Identifizierung relevanter Gruppen eingesetzt werden könnten“ (ebenda, 39).

Im Gutachten von IGES, Lauterbach und Wasem von 2004 ist eine solche Analyse für die Versicherten mit EM-Status erfolgt. Ergebnis: „Die Gutachter sehen es als sachgerecht an, den Bezug einer Erwerbsminderungsrente weiterhin als Ausgleichsmerkmal im RSA zu berücksichtigen. Die empirischen Untersuchungen haben gezeigt, dass dieses Merkmal auch unter Berücksichtigung von direkten Morbiditätsindikatoren weiterhin zur Erklärung systematischer Ausgabenunterschiede beiträgt“ (IGES et al. 2004, 14). Konkret wurde für die EM-Versicherten bei einem Morbi-RSA ohne EM-Zuschläge eine Deckungsquote (Predictive Ratio) von 76 Prozent ermittelt, während sie bei einem Morbi-RSA mit EM-Zuschlägen 100 Prozent betrug (ebenda, 252 f.). Dabei ist zu beachten, dass die Gutachter ihre damalige Analyse auf der Grundlage eines anderen Klassifikationsmodells durchgeführt hatten, denn anstelle des von ihnen für den Morbi-RSA empfohlenen (und bei der Analyse verwendeten) Modells RxGroups+IPHCC (ohne ambulante Diagnosen) entschied sich das BVA aufgrund der 2007 beschlossenen Begrenzung der Anzahl berücksichtigungsfähiger Krankheiten für das von den Gutachtern lediglich als „second best“ bewertete HCC-Modell (Göpfarth 2009, 110 ff.). Überdies basierte die Analyse auf einem Morbi-RSA für das gesamte Krankheitsspektrum. Die Gutachter vermuteten, dass das Ausgleichsmerkmal „auf weitere Morbiditätsmerkmale verweist, die vom Klassifikationsmodell nicht berücksichtigt werden“ (IGES et al. 2004, 255), und empfahlen, das Merkmal im RSA zu belassen, weil auch

„noch nach Anwendung eines morbiditätsorientierten Klassifikationsmodells (...) der Erwerbsminderungsrentner-Status ein zwar abgemildertes Selektionsmerkmal (wäre), das den Kassen zur Verfügung stünde“ (ebenda, 253).

Sofern die damaligen Analyseergebnisse vom Grundsatz her auch heute noch zutreffen, wäre es zur Vermeidung von Anreizen zur Risikoselektion somit geradezu zwingend, daran festzuhalten, was in der BKK-vdek-Pressemitteilung als „ungerechtfertigte Mehrfachzuweisung“ bezeichnet wird, nämlich dass „für einen EMG-Rentner zum Beispiel mit der Diagnose Depression (...) eine Kasse heute mehr Zuweisungen (erhalte) als ein normaler Versicherter mit haargenau der gleichen Diagnose“ (BKK und vdek 2016). Abgesehen davon, dass die Kassen auch aufgrund des „Surrogatparameters“ Alter unterschiedlich hohe Zuweisungen für Versicherte mit der gleichen Diagnose erhalten, sind die Ausgaben für Versicherte, deren Erkrankung derart schwerwiegend ist, dass sie auf längere Dauer oder überhaupt nicht mehr erwerbstätig sein können, mutmaßlich systematisch höher als bei Versicherten, bei denen dies nicht der Fall ist. Bei einem Morbi-RSA mit Zellenmodell wären die Ausgaben in den Zellen für EM-Versicherte mit Depression (oder einer anderen für das EM-Geschehen relevanten Erkrankung) – bei jeweils gleichem Alter und Geschlecht – entsprechend höher als in den Zellen für die übrigen Versicherten. Im heutigen Morbi-RSA wird dies über einen entsprechenden EM-Zuschlag berücksichtigt – das bleibt sachgerecht bis zum empirisch geführten Gegenbeweis, den das Gutachten von IGES und Glaeske nicht einmal ansatzweise erbracht hat.

4 Krankheitsauswahl im Morbi-RSA

Ein zweites von der sogenannten RSA-Allianz initiiertes Gutachten zum RSA befasst sich mit dem Verfahren zur Auswahl der maximal 80 im RSA berücksichtigungsfähigen Krankheiten. Es empfiehlt ein modifiziertes Auswahlverfahren, bei dem die Häufigkeit (Prävalenz) der Krankheiten weniger stark gewichtet wird, was im Ergebnis dazu führt, dass weniger Krankheiten mit hoher Verbreitung, aber im Einzelfall geringeren Ausgaben im RSA mit Zuschlägen bedacht werden.

Die Frage der Krankheitsauswahl im Morbi-RSA hatte bereits vor dessen Einführung eine Kontroverse ausgelöst. In dem Ende 2007 vom ersten wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA vorgelegten Gutachten (Busse et al. 2007) war insbesondere dessen Empfehlung zur Prävalenzgewichtung der Krankheiten auf Kritik gestoßen. Der Beirat hatte sich gegen eine lineare Prävalenzgewichtung (Fallzahl mal Kosten) ausgesprochen, weil kostenintensive Krankheiten mit geringer Verbreitung in diesem Fall unbe-

rücksichtigt geblieben wären, und schlug „zur Abschwächung des Einflusses der Krankheitshäufigkeit“ vor, „die ermittelten diagnosebezogenen Kosten nicht linear, sondern logarithmisch mit der Prävalenz“ zu gewichten (*ebenda*, 25).

Das für die Krankheitsauswahl zuständige BVA folgte dieser Empfehlung jedoch nicht, sondern entschied sich für eine höhere Gewichtung der Prävalenz in Gestalt der Wurzelfunktion. Das war bereits ein Kompromiss, weil es einen Mittelweg zwischen den vom Beirat genannten Alternativen der linearen beziehungsweise logarithmischen Prävalenzgewichtung darstellt. Zur Begründung wurde insbesondere auf eine Vielzahl von Stellungnahmen verwiesen, denen zufolge der Vorschlag des Beirats nicht der Zielsetzung des Gesetzgebers entspreche, Krankheiten auszuwählen, die „für das Versorgungsgeschehen von besonderer Bedeutung sind und wesentlichen Einfluss auf die Kostenbelastung der Krankenkassen haben“ (*Deutscher Bundestag 2006, 204*), und auch das Ziel der Verringerung von Anreizen zur Risikoselektion für eine stärkere Berücksichtigung der Prävalenz spreche (*BVA 2008, 27*).

Im Kontext der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 hat das BVA seine damalige – „und vom zweiten wissenschaftlichen Beirat in allen weiteren Festlegungen mitgetragene“ (*BVA 2015, 10*) – Entscheidung zur Verwendung der Wurzelfunktion zur Prävalenzgewichtung bei der Krankheitsauswahl noch einmal überprüft und umfangreiche Auswertungen zu unterschiedlichen Prävalenzgewichtungen durchgeführt. Als Ergebnis wird festgestellt, dass „eine Rückkehr zur logarithmischen Gewichtungsfunktion (...) auf Basis dieser Kennzahlen nicht mehr zur Diskussion stehen (sollte)“ (*ebenda*, 14) und dass der wissenschaftliche Beirat empfehle, „an der Quadratwurzel der Prävalenz als Funktion zur Gewichtung der Kostenintensität der Krankheiten festzuhalten“ (*ebenda*, 15).

Dieser Vorschlag der logarithmischen Gewichtung bei der Krankheitsauswahl, der laut BVA „nicht mehr zur Diskussion stehen sollte“, ist nunmehr von IGES, Glaeske und Greiner wieder unterbreitet worden. Was das für das Ausgleichsjahr 2015 konkret bedeutet hätte, zeigt Tabelle 1 in Bezug auf die weggefallenen Krankheiten. Im Ergebnis hätte sich das Gesamtvolumen der über Krankheitszuschläge erfolgten Zuweisungen massiv reduziert. Für diesen Vorschlag werden vor allem zwei Gründe angeführt. Zum einen seien dann weniger Erkrankungen vertreten, die vor allem über ambulante Diagnosen abgebildet werden; dadurch sinke die Manipulationsanfälligkeit des Ausgleichs. Zum anderen würden Unter- und Überdeckungen einzelner Kassenarten angeglichen, wodurch die Chancengleichheit im Wettbewerb steige (*IGES et al. 2015, 9*). Zur Vermeidung von Kodier-Manipulationen verfügt das BVA über probate Prüf- und Sanktionsmöglichkeiten (siehe dazu auch *Drösler et al. 2011, 172 ff.*) – ausgerechnet die Krankheitsauswahl hierfür zu instrumentalisieren, er-

scheint recht weit hergeholt. Völlig in die Irre führt die Orientierung an Deckungsquoten auf Kassenartenebene. Nicht „Kassenarten“ stehen miteinander im Wettbewerb, sondern einzelne Kassen, und zwar vielfach auch aus derselben „Kassenart“. Zudem kann sich die Deckungsquote einer „Kassenart“ auch verbessern, wenn sich Über- und Unterdeckungen bei den Einzelkassen vergrößern. Was hätte aber etwa die DAK davon, wenn Überdeckungen bei der TK aufgrund einer veränderten Krankheitsauswahl zunähmen und sich die aggregierte Deckungsquote aller Ersatzkassen per Saldo verbesserte, sie selbst aber womöglich wachsende Unterdeckungen aufwiese? Für welche Versichertengruppen die Ermittlung von Deckungsquoten Sinn macht, zeigt der Evaluationsbericht zum Morbi-RSA 2009 (*Drösler et al. 2011, 48 ff.*) – „Kassenarten“ zählen nicht dazu, denn sie taugen nicht als „Surrogat“ – nicht einmal als ein schlechtes – zur Analyse der Wettbewerbswirkungen alternativer RSA-Modelle.

Die stets mit Kontroversen verbundene Aufgabe der Krankheitsauswahl gibt es nur aufgrund der einem politischen Kompromiss geschuldeten Begrenzung der Anzahl berücksichtigungsfähiger Krankheiten im RSA auf 50 bis 80 – „aus fachlicher Sicht (...) ein unsinniges Vorhaben“ (*Knieps und Reiners 2015, 146*). Diese Einschätzung wird auch von der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) geteilt, die in ihren Stellungnahmen zur Krankheitsauswahl wiederholt darauf hingewiesen haben, dass „die festgelegte Obergrenze von 80 Krankheiten keine medizinisch sachgerechte Begrenzung darstellt“ (*KBV und BÄK 2014, 4*). Da der Gesetzgeber – wie gesehen – die Begrenzung mit der Absicht einer gleitenden Einführung des Morbi-RSA begründet hat, wäre es nunmehr an der Zeit, die Gleitphase für beendet zu erklären und das gesamte prospektiv ausgabenrelevante Krankheitsspektrum im RSA zu berücksichtigen, zumal damit – bei einem für das gesamte Krankheitsspektrum ausgearbeiteten Klassifikationsmodell – ein beträchtliches Potenzial zur weiteren Verbesserung der Zielgenauigkeit des RSA verbunden wäre, wie die Analyse des BVA erkennen lässt (*BVA 2015, 14 f.*). IGES, Glaeske und Greiner verwerfen diese Reformalternative vor allem wegen ihrer vermeintlich mangelnden Praktikabilität und Verwaltungseffizienz (*IGES et al. 2015, 64 f.*). Das erscheint zumindest vorschnell und lässt unberücksichtigt, dass sich zum einen für einen Teil der neu hinzukommenden Krankheiten im prospektiven Modellansatz, zum Beispiel aufgrund eines vorwiegend akuten Krankheitsverlaufs, keine relevanten Folgekosten ergeben dürften und deshalb für diese Erkrankungen eine schlanke Umsetzung im Klassifikationsmodell über einfache Klassifikationsregeln ausreichend und sachgerecht wäre und dass zum anderen der aktuell mit der Krankheitsauswahl verbundene Verwaltungsaufwand entfiel und erforderlicher Mehraufwand somit kompensiert würde.

TABELLE 1

Entfallene Krankheiten im Morbi-RSA 2015 bei logarithmischer Prävalenzgewichtung

Nummer	Krankheitsbezeichnung	N GKV 2012	Mittlere Folgekosten 2012
32	Bösartige Neubildungen der Genitalorgane	762.776	584 Euro
43	Neubildungen unsicheren oder bekannten Verhaltens unterschiedlicher Organe	895.683	552 Euro
81	Depression	6.379.485	541 Euro
82	Angst- und Zwangsspektrumsstörungen	2.446.417	319 Euro
101	Sekundärer Parkinsonismus unter anderem extrapyramidale Bewegungsstörungen	698.873	532 Euro
109	Schlaganfall und Komplikationen	1.338.093	415 Euro
151	Erkrankungen der Herzklappen	1.925.504	375 Euro
152	Hypertonie	18.633.271	302 Euro
153	Ischämische Herzkrankheit	4.796.280	537 Euro
162	Herzinsuffizienz	2.982.090	608 Euro
235	Psoriasis und Parapsoriasis	1.135.877	481 Euro
250	Osteoarthritis der großen Gelenke	5.410.224	233 Euro
262	Spinalkanalstenose	1.051.729	600 Euro
267	Osteoporose und Folgeerkrankungen	2.520.807	366 Euro
Gesamt/gew. Mittelwert		50.986.199	396 Euro

Nach dem Vorschlag von IGES et al. (2015) zur Krankheitsauswahl würden 2015 mehr als 50 Millionen Patienten mit krankheitsbedingten Folgekosten von durchschnittlich 396 Euro nicht mehr im RSA berücksichtigt. Zusätzliche Morbiditätszuweisungen durch die neu aufgenommenen Krankheiten würden lediglich 500.000 Patienten mit krankheitsbedingten Folgekosten von durchschnittlich 1.270 Euro erhalten.

Quelle: Eigene Berechnung nach BVA (2014, 2015), Grafik: G+G Wissenschaft 2016

5 Fazit und Ausblick

Die beiden betrachteten Gutachten der sogenannten RSA-Allianz sind als Auftakt einer Begleitforschung angekündigt, bei der Ergebnisse zum Morbi-RSA in regelmäßigen Abständen publiziert werden sollen (IGES et al. 2015, 6). Bereits nach den ersten beiden Gutachten zeigt sich, dass dieses Unterfangen zum Scheitern verurteilt ist. Dieses Urteil gründet sich keineswegs allein auf die vielen Schwächen der beiden Gutachten, von denen hier einige aufgezeigt wurden. Vor allem zeigt sich, dass es grundsätzlich unmöglich ist, einzelne Komponenten des RSA isoliert analytisch und empirisch zu untersuchen und zu bewerten, weil dabei eine Fülle wesentlicher Interdependenzen unbeachtet bleibt. Dafür nur drei Beispiele aus den beiden Gutachten:

- Im Prävalenzgutachten wird das Modell „vollständiges Krankheitsspektrum“ unter anderem verworfen, weil wesentliche Ausgabeneffekte der bislang nicht explizit berücksichtigten Erkrankungen auch durch Alter, Geschlecht und EM-Status erfasst würden (IGES et al. 2015, 64) – auf

letzteres Merkmal soll dem EM-Gutachten zufolge jedoch gerade verzichtet werden.

- Dieser Verzicht auf den EM-Status wird unter anderem damit begründet, dass dadurch „eine stärkere Morbiditätsorientierung des Ausgleichs umgesetzt und damit dem ursprünglichen Ansatz des Morbi-RSA entsprochen (würde)“ (IGES und Glaeske 2016, 52); abgesehen von der Fragwürdigkeit dieser Aussage, würde der Vorschlag zur Krankheitsauswahl dazu führen, dass sich der Anteil der über Krankheitszuschläge erfolgenden Zuweisungen gegenüber den Zuweisungen nach Alter und Geschlecht spürbar verminderte, also das Gegenteil einer stärkeren Morbiditätsorientierung erreicht würde.
- Zugunsten des vorgeschlagenen Verzichts auf das Ausgleichsmerkmal EM-Status wird angeführt, dass praktisch jeder EM-Versicherte schon einen Krankheitszuschlag erhält. Nach dem Reformvorschlag zur Krankheitsauswahl wäre das aber womöglich gar nicht mehr der Fall; nach Analysen des BVA würde es bei einer logarithmischen Prävalenzgewichtung zum Beispiel keine Krankheitszu-

schläge mehr für Depression, Schlaganfall und Komplikationen, Ischämische Herzkrankheit oder Herzinsuffizienz geben (BVA 2015, 12), also für Krankheiten, die beim EM-Geschehen von Bedeutung sind (vergleiche Tabelle 1).

Für die Notwendigkeit der interdependenten Analyse der gesamten RSA-Konstruktion gibt es auch ein Beispiel aus der RSA-Geschichte. In ihrer Untersuchung von 2004 waren IGES, Lauterbach und Wasem zu dem Schluss gekommen, dass bei einem vollständigen Morbi-RSA auf einen flankierenden Hochrisikopool verzichtet werden könne, wie er noch im Gutachten von IGES, Cassel und Wasem von 2001 als modifizierte Fortführung des 2002 eingeführten Risikopools vorgesehen war. Daraufhin schaffte der Gesetzgeber den Risikopool ab, obwohl es gar nicht zur Einführung eines vollständigen Morbi-RSA kam, sondern die Anzahl der mit Zuschlägen bedachten Krankheiten auf maximal 80 begrenzt wurde. Bei einem derart reduzierten Morbi-RSA wäre die Empfehlung der Gutachter von 2004 möglicherweise anders ausgefallen.

Auch der Evaluationsbericht des wissenschaftlichen Beirats zum Morbi-RSA 2009 verweist auf starke Interdependenzen einzelner RSA-Parameter – hier konkret in Bezug auf unterschiedliche Varianten von Anzahl und Auswahl der berücksichtigungsfähigen Krankheiten sowie den Stellenwert des EM-Status. So schwankt der Anteil der Zuweisungen über EM-Zuschläge bei verschiedenen untersuchten Krankheitsmodellen zwischen 1,8 und 4,2 Prozent (Drösler et al. 2011, 105, 118, 125).

Es gibt keine Alternative zur einer neuerlichen Gesamtevaluation des RSA durch den wissenschaftlichen Beirat. Dass so etwas nicht ohnehin regelhaft mindestens alle drei Jahre erfolgt, ist angesichts der Bedeutung des RSA schlicht nicht nachvollziehbar. Dabei steht es grundsätzlich jedem frei, Anregungen für die Untersuchung zu geben. Eine Analyse durch den wissenschaftlichen Beirat ist auch wegen der notwendigen repräsentativen Datenbasis alternativlos. Allein das BVA verfügt über alle erforderlichen Daten der gesamten GKV. Ob dagegen zum Beispiel die Datengrundlage der sogenannten RSA-Allianz auch nach Adjustierung hinreichend repräsentativ ist, lässt sich von außen kaum einschätzen. Hinweise in den Gutachten lassen zumindest erkennen, dass die Versicherungsstruktur der beteiligten Kassen gegenüber der GKV insgesamt gesünder ist sowie weniger Hochkostenfälle und EM-Versicherte aufweist, was gerade im Hinblick auf die untersuchten Fragen Probleme aufwerfen könnte.

Natürlich ist es verständlich, wenn Kassen mit unterdurchschnittlich vielen kranken Versicherten ein Interesse daran haben, dass der Anteil der Morbiditätszuschläge an der Gesamtheit der Zuweisungen eher klein ausfällt und Kassen mit relativ wenig EM-Versicherten sehr gut ohne dieses Merkmal

im RSA auskommen können. Dass Gutachter solche Partikularinteressen in ein vermeintliches Gesamtinteresse zu transformieren helfen, muss gleichfalls akzeptiert werden. Wer dabei erkennbar wissenschaftliche Mindeststandards reißt, schadet sich und seinen Auftraggebern am Ende selbst. Etwas bedenklich muss es dagegen stimmen, wenn sich Verbände allzu leichtfertig vor jeden Karren spannen lassen. Wer nach dem heutigen Kenntnisstand die Erwerbsminderungszuschläge im RSA abschaffen will, sollte sich darüber im Klaren sein, dass damit die Tür für Risikoselektion gegen rund 1,7 Millionen Versicherte geöffnet würde. Das sollte nicht die Zukunft der sozialen Krankenversicherung sein.

Literatur

- BKK, vdek (BKK Dachverband, Verband der Ersatzkassen) (2016):** Gemeinsame Pressemitteilung: Verband der Ersatzkassen e. V. und BKK Dachverband e. V. unterstützen Forderung nach Reform des Morbi-RSA: Faire Wettbewerbsbedingungen schaffen. Erster Schritt: Wegfall von Zuschlägen für Erwerbsminderungsrentner!, Berlin, 3. März 2016; www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2016/03-03-2016.html
- Buchner F, Göppfarth D (2014):** Der Risikostrukturausgleich als „technischer Kern“ der Solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Cassel D, Jacobs K, Vauth C, Zerth J (Hrsg.): Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Heidelberg: medhochzwei Verlag, 75–117
- BVA (Bundesversicherungsamt) (2008):** Festlegung der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten durch das Bundesversicherungsamt. Dokumentation des Festlegungsprozesses, 13. Mai 2008; www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html#c4336
- BVA (Bundesversicherungsamt) (2014):** Festlegung der zu berücksichtigenden Krankheiten nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV. Anhang 3, 14. März 2014; www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html
- BVA (Bundesversicherungsamt) (2015):** Anlage 1: Erläuterungen zum Entwurf zur Auswahl der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2016, 30. Januar 2015; www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html#c4336
- Busse R, Drösler S, Glaeske G et al. (2007):** Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, Dezember 2007; www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/wissenschaftlicher-beirat.html
- Deutscher Bundestag (2001):** Bericht der Bundesregierung über die Untersuchung zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Drucksache 14/5681 vom 28. März 2001. Berlin

Deutscher Bundestag (2006): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Drucksache 16/3100 vom 14. Oktober 2006. Berlin

Dröslér S, Hasford J, Kurth B-M et al. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich; www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/wissenschaftlicher-beirat.html

Göppfarth D (2004): Die Reform des Risikostrukturausgleichs – Eine Zwischenbilanz. Technische Universität Berlin, Fakultät VIII, Diskussionspapier; www.dbwm.tu-berlin.de/fileadmin/f8/wiwidok/diskussionspapiere_wiwidok/dp18-2004.pdf

Göppfarth D (2009): Auswahl und Anpassung eines Versichertenklassifikationsmodells für den Risikostrukturausgleich. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008: Morbi-RSA. St. Augustin: Asgard Verlag, 101–131

IGES, Cassel D, Wasem J (2001): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit; iges.com/e6/e1621/e10211/e6061/e6630/e6632/e9590/e9592/attr_obj12667/RSA-Gutachten2001_ger.pdf

IGES, Glaeske G (2016): Begleitforschung zum Morbi-RSA – Erwerbsminderungsrenten als Morbiditätsindikatoren? Abschlussbericht für den BKK-Landesverband Bayern. Berlin, Februar 2016; iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2016/morbi-rsa-ii/index_ger.html

IGES, Glaeske G, Greiner W (2015): Begleitforschung zum Morbi-RSA (Teil 1). Kriterien, Wirkungen, Alternativen. Gutachten für den BKK-Landesverband Bayern. Berlin, Dezember 2015; iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2016/morbi-rsa/index_ger.html

IGES, Lauterbach KW, Wasem J (2004): Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. 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; iges.com/e6/e1621/e10211/e6061/e6372/e6488/e9854/e9856/attr_obj9861/EndberichtRSA-Gutachten_ger.pdf

Jacobs K (2015): Aktuelle RSA-Debatte: Mehr Ordnung täte gut. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 15, Heft 4, 23–30

Jacobs K, Schröder WF (1989): Die Krankenversicherung der Rentner im Kontext der GKV-Organisationsreform. *Arbeit und Sozialpolitik*, Jg. 43, Heft 7, 182–189

KBV, BÄK (Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesärztekammer) (2014): Anhörung zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2015. Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer, 20. Januar 2014; www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html > Stellungnahmen zur Anhörung vom 6. Dezember 2013

Knieps F, Reiners H (2015): Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen – Kontroversen. Bern: Verlag Hans Huber

Lauterbach KW, Wille E (2001): Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich. Sofortprogramm „Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung“ unter Berücksichtigung der Morbidität. Gutachten im Auftrag von VdAK/AEV, AOK-Bundesverband und IKK-Bundesverband; www.hpm.org/kai/igmg/endgutachten_rsa.pdf

Otto F, Göppfarth D (2010): RSA-Jahresausgleich 2007 – Daten und Fakten. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010: Von der Selektion zur Manipulation? Heidelberg: medhochzwei Verlag, 169–209

Schillo S, Lux G, Wasem J, Buchner F (2016): High Cost Pool or High Cost Groups—How to Handle High(est) Cost Cases in a Risk Adjustment Mechanism? *Health Policy*, Jg. 20, Heft 2, 141–147

Schneider W (1994): Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin: Erich Schmidt Verlag

Schröder WF, Reschke P (2006): Die empirischen Grundlagen zur Einführung des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006: Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit. St. Augustin: Asgard Verlag, 317–329

Schröder WF, Sehlen S, Schiffhorst G (2007): Komponenten der Morbiditätsorientierung im RSA – Nachlese zum Gutachten 2004. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007: Gesundheitsfonds. St. Augustin: Asgard Verlag, 115–138

Wasem J, Lauterbach KW, Schröder WF (2005): Klassifikationsmodelle für Versicherte im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 5, Heft 2, 7–15

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 28. März 2016)

DER AUTOR



Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs,

Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo) und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld und Promotion an der Freien Universität (FU) Berlin. Wissenschaftliche Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Honorarprofessor der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.

Der kalkulatorische Arztlohn in der ärztlichen Vergütung

von Stefan Greß¹

ABSTRACT

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat die Berechnung des kalkulatorischen Arztlohns aus pragmatischen Gründen am Prinzip der Opportunitätskosten orientiert. Das ist grundsätzlich sachgemäß. Es ist allerdings nicht zwingend, dass das Oberarztgehalt im Krankenhaus als Referenzmaßstab dient. Für einen erheblichen Teil der niedergelassenen Ärzte dürfte – insbesondere wegen der geringen Leitungs- und Personalverantwortung im Vergleich zur oberärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus – eher das Facharztgehalt der geeignete Referenzmaßstab sein. Ausgesprochen kritisch sind zudem Vorschläge zu bewerten, die zusätzlich zum kalkulatorischen Arztlohn einen Risikoaufschlag für die unternehmerische Tätigkeit des Arztes vorsehen. Ähnliches gilt für Forderungen, die Aufschläge auf den kalkulatorischen Arztlohn in Regionen mit überdurchschnittlich hoher Produktivität beziehungsweise Kaufkraft vorsehen.

Schlüsselwörter: kalkulatorischer Arztlohn, Opportunitätskosten, Oberarzt, Vergütung, Risikozuschlag

The Extended Valuation Committee has linked the calculation of the imputed remuneration of physicians in their own private practices to the principle of opportunity costs. This is mainly due to pragmatic reasons and generally appropriate. However, it is by no means mandatory to take the salary of senior hospital physicians as a reference. It makes more sense to gauge the yardstick to the salary of hospital consultants, i.e. medical specialists, since these – like most physicians in their own practices – are not accountable for staff, nor do they necessarily have to show extensive leadership qualities. Concepts to provide an additional risk surcharge on account of the physicians' entrepreneurial activities should be viewed with due skepticism. The same goes for surcharges on account of a higher than average productivity or purchasing power within a particular region.

Keywords: (imputed) remuneration, opportunity costs, senior physician, risk surcharge

1 Hintergrund

Der kalkulatorische Arztlohn ist neben dem technischen Leistungsanteil eine zentrale Bestimmungsgröße für die relative Bewertung von ärztlichen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Mit dem erstmals im Jahr 2003 auf den Betrag von 95.552,81 Euro pro Jahr festgesetzten kalkulatorischen Arztlohn findet jedoch ein Konzept Eingang in den EBM, das einer freiberuflichen selbstständigen Tätigkeit niedergelassener Ärzte zunächst einmal entgegensteht. So ist auf den ersten Blick nicht eingängig, warum Angehörige eines freien Berufsstandes sich bei der Berechnung eines wesentlichen Umsatzbestandteils auf eine Vergütungsform von abhängig Beschäftigten beziehen.

Eine regelmäßige Anpassung der Höhe des kalkulatorischen Arztlohns hat bisher nicht stattgefunden. Zuletzt hat der Erweiterte Bewertungsausschuss den Arztlohn in einem Beschluss aus dem Jahr 2007 auf den Betrag von 105.571,43 Euro erhöht und sich dabei – wie schon in seinem Beschluss aus dem Jahr 2003 – an dem Tarifgehalt für in Krankenhäusern tätige Oberärzte orientiert. Nichtsdestoweniger fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in den jährlichen Verhandlungen um die Anpassung des Orientierungswerts regelmäßig auch eine Anpassung des kalkulatorischen Arztlohns.

In einem Interview mit der *Ärzte-Zeitung* (Gassen 2014) forderte der KBV-Chef Dr. Andreas Gassen etwa eine Erhöhung des kalkulatorischen Arztlohns auf 133.000 Euro pro

¹ Prof. Dr. rer. pol. Stefan Greß, Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit · Leipziger Straße 123 · 36037 Fulda
Telefon: 0661 9640-601 · E-Mail: stefan.gress@pg.hs-fulda.de

Jahr. Daraus ergebe sich rein rechnerisch ein Nachholbedarf der niedergelassenen Ärzte gegenüber den im Krankenhaus tätigen Kolleginnen und Kollegen von drei Milliarden Euro. Ein Argumentationspapier aus dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung geht in eine ähnliche Richtung. Demnach müsse der Orientierungswert Jahr für Jahr so erhöht werden, dass ein Vertragsarzt das tatsächliche Referenzeinkommen – das durchschnittliche Einkommen von Oberärzten – erreichen könne (von Stillfried und Czihal 2014). Nach Berechnungen von Prof. Dr. Günter Neubauer vom Institut für Gesundheitsökonomik in München müsste der kalkulatorische Arztlohn sogar in einer Spanne zwischen 159.000 Euro und 175.000 Euro pro Jahr liegen (Höhl 2014).

In einer Protokollnotiz zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 24. September 2014 wurde vereinbart, die Anpassung des kalkulatorischen Arztlohns im Rahmen der vereinbarten Weiterentwicklung des EBM mit Wirkung zum 1. Januar 2016 zu prüfen. Darüber hinaus solle „ergebnisoffen“ geprüft werden, welche Auswirkungen eine sich gegebenenfalls ergebende Anpassung des Punktzahlvolumens auf die vereinbarte Ausgabenneutralität der EBM-Reform habe. Weiterhin werde geprüft, ob das Verfahren zur Anpassung des Orientierungswerts vereinfacht werden könne und „ob und wie ... die Berücksichtigung des kalkulatorischen Arztlohns bei den Praxiskosten konsistent in ein Gesamtmodell eingebunden werden“ könne.

Ein Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 11. Mai 2015 (VV KBV 2015) sieht zudem vor, dass „der Leistungsanteil für die ärztliche Arbeit deutlich gestärkt und der sogenannte kalkulatorische Arztlohn dem aktuellen Alternativeinkommen im Krankenhaus angeglichen wird“.

Vor dem skizzierten Hintergrund befasst sich dieser Beitrag mit der Frage, welche Verfahren und Kriterien zur Bestimmung des kalkulatorischen Arztlohns sachgerecht sind. Dabei werden sowohl alternative als auch ergänzende Kalkulationsansätze vorgestellt und bewertet. Er ist die Kurzfassung eines Gutachtens, das der Autor im Auftrag des GKV-Spitzenverbands erstellt hat. Die Langfassung des Gutachtens ist ebenfalls veröffentlicht (Grefß 2015 a).

2 Alternative Ansätze zur Bestimmung des kalkulatorischen Arztlohns

Der kalkulatorische Arztlohn stellt im EBM einen wesentlichen Bestimmungsfaktor für die relative Bewertung der ärztlichen Leistungen dar. Im Grundsatz unterscheidet die Kalkulationssystematik des EBM den rein ärztlichen Leis-

tungsanteil und den technischen Leistungsanteil. Die Bestimmung des kalkulatorischen Arztlohns ist eine zentrale Voraussetzung dafür, den Zeitaufwand für die ärztliche Leistung im EBM monetär bewerten zu können (IGES-Institut 2010).

Das Konstrukt des kalkulatorischen Arztlohns orientiert sich am Prinzip des kalkulatorischen Unternehmerlohns. Letzterer findet dort Anwendung, wo sich der Firmeninhaber kein marktübliches Gehalt auszahlt. Demzufolge ist der kalkulatorische Arztlohn im Grundsatz keine empirisch abgeleitete Einkommensgröße, sondern eine normativ gesetzte kalkulatorische Kostengröße. Damit ist kein direkter Rückschluss vom kalkulatorischen Arztlohn auf das tatsächlich erzielbare ärztliche Einkommen möglich. Mit anderen Worten handelt es sich weder um ein von den Kostenträgern garantiertes Mindesteinkommen noch um ein Höchsteinkommen.

Die Berechnung des kalkulatorischen Arztlohns orientiert sich am Bruttogehalt und den arbeitgeberseitigen Sozialleistungen auf der Basis einer regelmäßigen Wochen- beziehungsweise Jahresarbeitszeit. Eine normal ausgelastete Arztpraxis muss daher in der Lage sein, einen Überschuss in Höhe des kalkulatorischen Arztlohns zu erzielen.

Eine objektive Bestimmung des kalkulatorischen Arztlohns ist insofern problematisch, als dass niedergelassene Ärzte in der gesetzlichen Krankenversicherung kein festes Gehalt bekommen. Im Regelfall erfolgt die Vergütung im Rahmen der selbstständigen und freiberuflichen Tätigkeit aus Einkünften der gesetzlichen Krankenkassen, der privaten Krankenversicherungen und Eigenleistungen der Patienten. Insofern ist es aus ökonomischer Sicht folgerichtig, dass der Erweiterte Bewertungsausschuss die Berechnung des kalkulatorischen Arztlohns aus pragmatischen Gründen auf der Basis eines Opportunitätskostenansatzes durchgeführt hat. Der kalkulatorische Arztlohn der niedergelassenen Ärzte wird dann auf der Basis entgangener Einkünfte in alternativen Tätigkeitsfeldern definiert.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat diese alternativen Tätigkeitsfelder vergleichsweise eng definiert und den kalkulatorischen Arztlohn auf der Basis des Tarifgehalts von angestellten Oberärzten in Krankenhäusern berechnet. Der kalkulatorische Arztlohn wurde vom Erweiterten Bewertungsausschuss zuletzt am 12. Oktober 2007 auf den Betrag von 105.571,50 Euro festgelegt. Damit ist nach Auffassung des Erweiterten Bewertungsausschusses sowohl die wöchentliche Arbeitszeit als auch das kalkulatorische Wagnis eines Vertragsarztes abgegolten. Weitere Anpassungen des kalkulatorischen Arztlohns hat der Erweiterte

TABELLE 1

Tätige Personen in Arztpraxen 2011

	Durchschnittliche Summe der Personen	Durchschnittliche Zahl der Praxisinhaber*	Durchschnittliche Zahl der abhängig Beschäftigten	... davon angestellte Ärzte	... davon andere Angestellte**	Anzahl Praxen
Alle Praxen einschließlich Medizinischer Versorgungszentren	8,4	1,5	6,9	0,3	6,6	107.872
... davon Einzelpraxen (alle)	5,8	1,1	6,5	0,2	6,3	53.701
... davon Einzelpraxen mit einem Umsatz von mehr als 500.000 Euro	9,6	1,1	8,5	0,6	7,9	5.711
... davon Gemeinschaftspraxen alle	13,8	2,6	11,2	0,4	10,8	48.242
... davon Gemeinschaftspraxen mit einem Umsatz von mehr als einer Million Euro	23,6	3,1	20,5	1,1	19,4	5.878

* Praxisinhaber zuzüglich unentgeltlich helfender Familienangehöriger

** Technische Assistenzberufe, Medizinische Fachangestellte, Auszubildende und Sonstige

Praxisinhaber haben eine vergleichsweise geringe Personalverantwortung, nämlich durchschnittlich 4,6 abhängig Beschäftigte pro Inhaber. Niedergelassene Ärzte mit Oberärzten in Kliniken zu vergleichen, ist unter anderem deswegen fragwürdig.

Bewertungsausschuss seitdem nicht vorgenommen (zu einer detaillierten Beschreibung der Berechnung durch den GBA siehe auch *Greß 2015 a*).

Das vergleichsweise enge Verständnis des Opportunitätskostenansatzes durch den Erweiterten Bewertungsausschuss ist jedoch nicht alternativlos. So beruht das derzeitige Kalkulationsmodell implizit auf der Annahme, dass die derzeit niedergelassenen Ärzte durchgängig alternativ eine leitende Tätigkeit als Oberarzt in der stationären Versorgung ausüben könnten. Diese Annahme ist jedoch außerordentlich ambitioniert. Nach den einschlägigen Regelungen im Tarifvertrag ist ein Oberarzt beziehungsweise eine Oberärztin derjenige Arzt beziehungsweise diejenige Ärztin, dem beziehungsweise der die medizinische Verantwortung für selbstständige Teil- oder Funktionsbereiche der Klinik beziehungsweise Abteilung vom Arbeitgeber ausdrücklich übertragen worden ist. Nachzulesen ist dies im Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TV-Ärzte/VKA) in der Fassung vom 5. Februar 2015.

Für einen Teil der Niedergelassenen – insbesondere solcher Ärzte in größeren Praxen beziehungsweise Versorgungszentren mit leitender Tätigkeit und Personalverantwortung – dürfte die genannte Annahme zutreffen. Für einen größeren Teil – insbesondere Niedergelassene in Einzelpraxen und kleineren Praxiseinheiten mit eher eingeschränkter Personalverantwortung – ist dies jedoch nicht der Fall. Tabelle 1 stellt die Anzahl der in Arztpraxen tätigen Personen dar. Es wird deutlich, dass die Anzahl der in abhängiger Beschäftigung tätigen Personen (diese sind gelistet, nicht etwa Vollzeitäquivalente) – für die die Praxisinhaber Personalverantwortung haben – vergleichsweise gering ist.

In allen Arztpraxen waren im Jahr 2011 nach Angaben des Statistischen Bundesamts im Durchschnitt 6,9 Personen abhängig beschäftigt – davon 0,3 angestellte Ärzte. In Gemeinschaftspraxen ist zwar die Zahl der Praxisinhaber höher, aber nicht die Zahl der angestellten Ärzte. Im Gegensatz zum Krankenhaus sind in der ambulanten ärztlichen Versorgung zudem vor allem Medizinische Fachangestellte beschäftigt. Erst in Praxen mit überdurchschnittlich hohen

Umsätzen steigt auch die Personalverantwortung deutlich an. Die Anzahl dieser Praxen ist jedoch vergleichsweise gering. Mindestens für die Inhaber von Einzelpraxen sowie von kleineren Gemeinschaftspraxen wäre daher eher das fachärztliche Gehalt im Krankenhaus ein passender Vergleichsmaßstab für die Ableitung des kalkulatorischen Arztlohns. Insofern wäre eher eine Mischkalkulation aus tariflichem Oberarztgehalt und dem Gehalt für eine fachärztliche Tätigkeit ohne Personalverantwortung sachgerecht. Alternativ könnte in dieser Mischkalkulation zudem die Vergütung für angestellte Ärzte in medizinischen Versorgungszentren herangezogen werden.

Auch Bundesärztekammer und KBV haben in der Vergangenheit alternative Bewertungsansätze eines kalkulatorischen Arztlohns beziehungsweise Arztgehalts öffentlich thematisiert – allerdings in einem anderen Zusammenhang. In den zuletzt 2008 aktualisierten Hinweisen zur Bewertung von Arztpraxen geben die beiden genannten Institutionen Empfehlungen für die Berechnung eines kalkulatorischen Arztgehalts. Danach seien als Ausgangswert für das Jahr 2008 „unter Berücksichtigung von Facharztgehältern im Krankenhaus, bei Verbänden und der Pharmaindustrie 76.000 Euro angesetzt“ worden (*Bundesärztekammer und KBV 2008*). Dieser unter Mitwirkung von betriebswirtschaftlichen Beratern der Kassennärztlichen Vereinigungen empfohlene Betrag für ein kalkulatorisches Arztgehalt liegt demzufolge deutlich unter dem im Jahr 2007 vom Erweiterten Bewertungsausschuss festgelegten kalkulatorischen Arztlohn in Höhe von rund 105.000 Euro. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass zu dem kalkulatorischen Arztgehalt noch der sogenannte nachhaltig erzielbare Gewinn hinzukommt. Dieser Betrag stellt demnach „den zusätzlichen Gewinn dar, den der Arzt als Unternehmer in eigener Praxis gegenüber einer Tätigkeit als angestellter Arzt erwirtschaften kann“ (*ebenda*).

Ein weiterer in der Debatte genannter Vergleichsmaßstab ist die Vergütung von Honorarärzten im stationären Bereich, die deutlich über dem im Berechnungsmodell des Erweiterten Bewertungsausschusses verwendeten Oberarztgehalt liegt. Das entsprechende Vergleichseinkommen müsste dann in einer Spanne zwischen 150.000 und 200.000 Euro pro Jahr liegen (*Neubauer 2014*). Die Angemessenheit dieses Vergleichsmaßstabs ist ebenfalls mehr als fraglich. Die atypische Beschäftigungsform des Honorararztes stellt nur für einen kleinen Teil niedergelassener Ärzte eine wirkliche Alternative dar. Die Tätigkeit ist durch häufig wechselnde Beschäftigungsorte und geringe Integration in Teamstrukturen gekennzeichnet. Zudem ist die Nachfrage nach honorarärztlicher Tätigkeit nicht für alle Facharztgruppen gleich hoch. Geeignet für honorarärztliche Tätigkeiten sind vor allem solche Facharztgruppen, in denen ein kontinuierlicher Arzt-Patienten-Kontakt von

untergeordneter Bedeutung ist. So ist es auch nicht überraschend, dass – je nach Befragung – zwischen 40 Prozent und nahezu 70 Prozent der Honorarärzte Fachärzte für Anästhesiologie sind (*Keller und Wilkesmann 2014*).

Jüngst wird vermehrt diskutiert, das Einkommen anderer freier Berufe als Vergleichsmaßstab für den kalkulatorischen Arztlohn heranzuziehen. So zog während einer Tagung des Zentralinstituts für die Kassennärztliche Versorgung im November 2014 der Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik, Prof. Dr. Günter Neubauer, die Einkünfte von Angehörigen „vergleichbarer akademischer“ freier Berufe als Maßstab für ein angemessenes Arzteinkommen heran (vergleiche etwa *Osterloh 2014*). In Tabelle 2 werden die Angaben von Prof. Dr. Neubauer zitiert.

Beim Abgleich der ausgewählten Berufsgruppen mit den Originaldaten des Statistischen Bundesamts fällt zunächst auf, dass nur vier Berufsgruppen ein höheres Jahreseinkommen aufweisen als Ärzte. Alle vier Berufsgruppen – Notare, Patentanwälte, Lotsen und Zahnärzte – wurden als Vergleichsmaßstab herangezogen. Insgesamt 50 Berufsgruppen – unter anderem Architekten, weitere Heilberufe, Journalisten und künstlerische Berufe – hatten im Jahr 2007 ein zum Teil deutlich geringeres Einkommen als Ärzte.

Als Vergleichsmaßstab wurden jedoch nur vier weitere Berufsgruppen herangezogen, deren Einkommen demjenigen von Ärzten am nächsten liegt. Mit anderen Worten wird in Tabelle 2 nicht das Einkommen von Ärzten mit dem Einkommen von Angehörigen „vergleichbarer“ freier Berufe in Relation gesetzt. Das Auswahlkriterium ist vielmehr das des Einkommens auf höchstem Niveau und damit höchst selektiv. Das oben berechnete Vergleichseinkommen würde massiv zurückgehen, wenn andere Berufsgruppen in dem Vergleichsmaßstab berücksichtigt werden würden. Im Extremfall – bei Berücksichtigung sämtlicher vom Statistischen Bundesamt gelisteten freier Berufsgruppen – würde das Vergleichseinkommen auf 57.456 Euro pro Jahr zurückgehen. Dieser Betrag entspricht dem vom Statistischen Bundesamt ausgewiesenen Durchschnittseinkommen aller freien Berufe (*Statistische Bundesamt 2012, 21*).

Letztlich führt der Vergleich des ärztlichen Einkommens mit dem anderer freier Berufe aus Sicht des Gutachters ohnehin in die Irre, weil der Opportunitätskostenansatz hier nicht anwendbar ist. Eine Anwendbarkeit würde genau wie die Forderung nach einem „konkurrenzfähigen Honorar“ (vergleiche *Osterloh 2014*) voraussetzen, dass Ärzte ihren Beruf aufgeben und wegen der attraktiveren Verdienstmöglichkeiten als Notar, Patentanwalt oder Lotse tätig werden. Die Aufnahme einer solchen Tätigkeit ist jedoch ohne einschlägige Ausbildung ausgeschlossen.

TABELLE 2

Einkünfte von ausgewählten vergleichbaren Freiberuflern 2007 in Euro

Berufsgruppe	Jahreseinkommen
Notare	260.970
Patentanwälte	186.508
Lotsen	148.468
Zahnärzte	125.624
Ärzte	124.799
Wirtschaftsprüfer	97.444
Steuerberater und Steuerbevollmächtigte	89.039
Rechtsanwälte mit Notariat	84.442
Vereidigte Buchprüfer	76.615
Durchschnitt Vergleichsberufe	133.689

Nur vier von 50 in den Zahlen des Statistischen Bundesamtes gelisteten akademischen Berufsgruppen erzielen ein höheres Einkommen als Ärzte.

Quelle: Neubauer 2014; Statistisches Bundesamt 2012; Grafik: G+G Wissenschaft 2016

3 Ergänzende Ansätze zur Bestimmung des kalkulatorischen Arztlohns

Zudem wurden in der jüngeren Vergangenheit weitere Ansätze zur Bestimmung des kalkulatorischen Arztlohns lanciert, die den Opportunitätskostenansatz des Erweiterten Bewertungsausschusses ergänzen sollen. Vorgeschlagen wurden insbesondere Zuschläge auf den kalkulatorischen Arztlohn – insbesondere zur Berücksichtigung des unternehmerischen Risikos freiberuflich tätiger Ärzte. Hinter diesem Vorschlag steckt offensichtlich die Annahme, dass freiberuflich tätige Ärzte im Vergleich zur oberärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus durch ihre Entscheidung zur Niederlassung ein erhöhtes unternehmerisches Risiko eingehen. Dieses müsse honoriert werden. Diese Annahme wäre aber nur gerechtfertigt, wenn die Niederlassungsentscheidung tatsächlich mit einem erhöhten unternehmerischen Risiko verbunden wäre.

Gegen das Vorliegen eines erhöhten unternehmerischen Risikos der Niederlassungsentscheidung sprechen drei zentrale Argumente. Erstens erhalten zugelassene Ärzte von den gesetzlichen Krankenkassen für die bei ihnen versicherten Patienten eine Art Umsatzgarantie. Diese Umsät-

ze aus der Behandlung von gesetzlich Versicherten sind zudem unabhängig von deren Zahlungsbereitschaft und Zahlungsfähigkeit. Eine solche Umsatzgarantie reduziert demzufolge das unternehmerische Risiko in erheblichem Ausmaß.

Zweitens unterliegt auch der Markteintritt – die Zulassung – im Rahmen der Bedarfsplanung eher planwirtschaftlichen als wettbewerblichen Steuerungsmechanismen. Zwar wurde die Bedarfsplanung ursprünglich eingeführt, um die Versichertengemeinschaft vor den finanziellen Konsequenzen einer Überversorgung mit niedergelassenen Ärzten zu schützen. Die Mechanismen der Bedarfsplanung sorgen aber gleichzeitig dafür, dass das unternehmerische Risiko massiv reduziert wird, wenn die Zulassung erst einmal erfolgt ist. Zum einen werden Markteintritte zusätzlicher Konkurrenten in überversorgten Regionen verhindert und damit der eigene Marktanteil gesichert. Zum anderen reduziert die Möglichkeit zur Wiederbesetzung in überversorgten Regionen das Investitionsrisiko in erheblichem Ausmaß. Daran wird sich nach Einschätzung des Autors auch nach Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes nichts Wesentliches ändern (Greß 2015 b).

Für ein erhöhtes unternehmerisches Risiko müsste es drittens Anzeichen in Form von erfolglosen Unternehmensgründungen und damit Marktaustritten geben. Es gibt jedoch keinerlei Anzeichen dafür, dass dies tatsächlich in nennenswertem Umfang der Fall ist (vergleiche Tabelle 3). Nach Erhebungen der Wirtschaftsauskunft Creditreform lag das Insolvenzrisiko in haus- und fachärztlichen Praxen im Jahr 2012 bei etwa 0,4 Prozent. In den Facharztpraxen ist das Ausfallrisiko im Folgejahr auf 0,3 Prozent gesunken. Danach wiesen von 27.253 Praxen lediglich 88 Facharztpraxen Negativmerkmale auf (Sparkassen-Finanzgruppe 2014). Bezogen auf die Gesamtwirtschaft liegt das Ausfallrisiko bei etwa zwei Prozent. Demnach ist der Einschätzung zuzustimmen, dass „Vertragsärzte ... generell einem erheblich geringeren Insolvenzrisiko ausgesetzt sind, als dies im Durchschnitt der Unternehmen in Deutschland der Fall ist“ (Ossege 2013).

Bemerkenswert ist zudem, dass die absolute Zahl der Insolvenzen im Rezessionsjahr 2008 sogar von 223 auf 165 Praxen zurückging, wie Spiegel Online am 21. März 2009 meldete (Spiegel Online 2009). Die freiberufliche Tätigkeit in der Arztpraxis weist damit nicht nur ein deutlich reduziertes Insolvenzrisiko auf – sie ist zudem auch vergleichsweise unempfindlich gegenüber konjunkturellen Krisen (Tabelle 3). Diese Zahlen sind insofern nicht überraschend, als dass die Umsatzgarantie durch die gesetzlichen Krankenkassen das unternehmerische Risiko der Niederlassungsentscheidungen erheblich reduziert und zudem die Bedarfsplanung zugelassene Ärzten vor Markteintritten schützt.

TABELLE 3

Ausfallrisiko Arztpraxen 2009 bis 2014 in Prozent

	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
Ausfallrisiko Praxen Allgemeinmedizin	0,42	0,54	0,44	0,39	k. A.	k. A.
Ausfallrisiko Facharztpraxen	0,33	0,33	0,32	0,43	0,30	0,30
Ausfallrisiko Gesamtwirtschaft	2,30	2,25	2,15	2,06	2,01	1,99

* Prognose

Quelle: Creditreform 2012 a, Creditreform 2012 b, Sparkassen-Finanzgruppe 2014; Grafik: G+G Wissenschaft 2016

Das gesamtwirtschaftliche Ausfallrisiko ist deutlich höher als das der niedergelassenen Ärzte. Dies gilt sowohl für die Allgemeinmediziner als auch für die Fachärzte. Risikozuschläge für die Niedergelassenen aufgrund ihrer unternehmerischen Tätigkeit sind so nicht zu rechtfertigen.

Es könnte im Gegenteil sogar argumentiert werden, dass angesichts der wirtschaftlichen Situation vieler Krankenhäuser die freiberufliche Tätigkeit von geringerem Risiko geprägt ist als der Verbleib im stationären Sektor. Ein Risikoaufschlag auf den kalkulatorischen Arztlohn ist daher nicht zu rechtfertigen. Das hat offensichtlich auch der Erweiterte Bewertungsausschuss in seinem Beschluss zur Bestimmung des kalkulatorischen Arztlohns vom Dezember 2003 so gesehen, wonach in dem damals festgesetzten Wert auch das „kalkulatorische Wagnis“ eines Vertragsarztes abgegolten sei.

Verschiedentlich wird zudem ein Aufschlag auf den kalkulatorischen Arztlohn auf der Grundlage regionaler Produktivitäts- und Kaufkraftunterschiede gefordert (Neubauer 2014). Dieser Vorschlag lässt sich mit dem Opportunitätskostenansatz nicht begründen, weil die Tarifgehälter nicht nach Produktivitäts- und Kaufkraftunterschieden differenziert sind. Hintergrund scheint hier die Forderung nach einer konkurrenzfähigen Vergütung im Vergleich zu anderen Berufsgruppen zu sein. Es soll wohl vermieden werden, dass Ärzte im Vergleich zu anderen Beschäftigten und Selbstständigen in der gleichen Region benachteiligt werden und sich womöglich finanziell attraktivere Beschäftigungsmöglichkeiten suchen. Dies ist allerdings aufgrund unterschiedlicher Ausbildungsanforderungen weitgehend ausgeschlossen.

Eine weitere mögliche Begründung für eine regionale Differenzierung des kalkulatorischen Arztlohns könnten erwünschte Steuerungswirkungen sein. Dies wäre etwa dann der Fall, wenn es in Regionen mit hoher Bruttowert-

schöpfung beziehungsweise hoher Kaufkraft mangelnde finanzielle Anreize zur Niederlassung gäbe. Dies ist jedoch nicht zu erkennen. Im Gegenteil gelten Regionen mit hoher Kaufkraft wegen ihrer höheren Attraktivität – insbesondere aufgrund des hohen Anteils von Versicherten mit privater Krankenvollversicherung – eher als überversorgt. Umgekehrt sind Regionen mit unterdurchschnittlicher Kaufkraft eher unterversorgt beziehungsweise von Unterversorgung bedroht. Ein Aufschlag auf den kalkulierten Arztlohn in Regionen mit überdurchschnittlicher Produktivität beziehungsweise Kaufkraft ist daher nicht zu rechtfertigen beziehungsweise wäre sogar kontraproduktiv.

4 Fazit

Es ist grundsätzlich sachgerecht, dass der Erweiterte Bewertungsausschuss die Berechnung des kalkulatorischen Arztlohns aus pragmatischen Gründen am Prinzip der Opportunitätskosten orientiert hat. Nach diesem Prinzip wird der kalkulatorische Arztlohn auf der Basis von entgangenen Einkünften in anderen Tätigkeitsfeldern berechnet. Es ist allerdings nicht zwingend, dass – wie bisher vom Erweiterten Bewertungsausschuss praktiziert – das Oberarztgehalt im Krankenhaus als Referenzmaßstab dient. Für einen erheblichen Teil der niedergelassenen Ärzte dürfte – insbesondere wegen der geringen Leitungs- und Personalverantwortung im Vergleich zur oberärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus – eher das Facharztgehalt der geeignete Referenzmaßstab sein. Es wäre demnach eher eine Mischkalkulation aus Oberarzt- und Facharztgehalt angemessen.

In jüngster Zeit werden vermehrt Forderungen diskutiert, vom bisher angewandten Modell zur Berechnung des kalkulatorischen Arztlohns abzuweichen. Einer dieser Ansätze sieht die Berechnung eines konkurrenzfähigen Arzthonorars auf der Basis des Einkommens von Angehörigen vergleichbarer freier Berufe vor. Diese Berechnungen basieren jedoch auf den Einkommen von freien Berufen, die an der Spitze der einschlägigen Statistik stehen, und sind somit höchst selektiv. Der Durchschnitt des Einkommens freier Berufe liegt weit unter dem zuletzt im Jahr 2007 vom Erweiterten Bewertungsausschuss festgelegten kalkulierten Arztlohn. Letztlich ist der Vergleich des ärztlichen Einkommens mit dem anderer freier Berufe ohnehin nicht sachgerecht, weil die Ausübungen der entsprechenden Tätigkeit – etwa als Notar oder Patentanwalt – ohne einschlägige Ausbildung ausgeschlossen ist. Ebenso wenig dürfte die ebenfalls deutlich besser honorierte Tätigkeit als Honorararzt ein angemessener Referenzmaßstab für die Berechnung des kalkulatorischen Arztlohns sein. Diese kommt schließlich nur für einen kleinen Teil der Niedergelassenen überhaupt als Alternative in Frage.

Ausgesprochen kritisch sind zudem Vorschläge zu bewerten, die zusätzlich zum kalkulierten Arztlohn einen Risikoaufschlag für die unternehmerische Tätigkeit des Arztes vorsehen. Das unternehmerische Risiko der Niederlassung ist schließlich durch eine Vielzahl von Regelungen massiv eingeschränkt. Erstens erhalten die Niedergelassenen von den gesetzlichen Krankenkassen eine Art Umsatzgarantie. Zweitens schützen Markteintrittsbarrieren im Zusammenhang mit der Bedarfsplanung die bereits zugelassenen Ärzte vor unerwünschter Konkurrenz. Letztlich deutet auch die außerordentlich geringe Insolvenzquote niedergelassener Praxen auf ein geringes unternehmerisches Risiko. Ein entsprechender Risikoaufschlag auf den kalkulatorischen Arztlohn ist jedenfalls unter den derzeitigen Rahmenbedingungen nicht zu rechtfertigen. Ähnliches gilt für Forderungen, die Aufschläge auf den kalkulatorischen Arztlohn in Regionen mit überdurchschnittlich hoher Produktivität beziehungsweise Kaufkraft vorsehen. Solche Zuschläge wären nur zu rechtfertigen, wenn es in Regionen mit hoher Kaufkraft beziehungsweise Produktivität keine hinreichenden finanziellen Anreize zur Niederlassung gäbe. Dies ist jedoch nicht zu erkennen.

Literatur

Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008):

Hinweise zur Bewertung von Arztpraxen, Stand 9. September 2008. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 51–52, A4–A6; www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Arztpraxen.pdf

Creditreform (2012 a): Branchenanalyse Arztpraxen für Allgemeinmedizin. Neuss: Creditreform Rating AG

Creditreform (2012 b): Branchenanalyse Facharztpraxen. Neuss: Creditreform Rating AG

Gassen A (2014): „Ärzte erbringen mehr Leistungen als erstattet werden“ (Interview). Ärzte-Zeitung, Nr. 80 vom 18. Juli 2014, 4

Greß S (2015 a): Der kalkulatorische Arztlohn in der ärztlichen Vergütung. Gutachterliche Stellungnahme für den GKV-Spitzenverband. Hochschule Fulda: pg-papers. Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit 2/2015; fuldok.hs-fulda.de/opus4/files/344/pgp_2015_02_gress.pdf

Greß S (2015 b): Schriftliche Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG). Berlin: Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, Ausschussdrucksache 18(14)0091(32)

Höhl R (2014): Wie schafft es die ärztliche Arbeitszeit ins Honorar?, Ärzte-Zeitung, Nr. 121 vom 14. November 2014, 16

IGES Institut (2010): Plausibilität der Kalkulation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbands; www.iges.com/e6/e1621/e10211/e5280/e5342/e7150/e7784/attr_objs12662/IGES_Institut_Expertise_EBM_ger.pdf

Keller B, Wilkesmann M (2014): Untypisch atypisch Beschäftigte. Honorarärzte zwischen Befristung, Leiharbeit und (Solo-)Selbstständigkeit. Industrielle Beziehungen, Jg. 21, Heft 1, 99–125

Neubauer G (2014): Kriterien zur Bewertung des Einkommens aus ärztlicher Tätigkeit. Präsentation beim ZI Forum am 12. November 2014 in Berlin

Ossege M (2013): Mitwirkungspflichten insolventer Vertragsärzte bei der Abrechnung. Gesundheitsrecht (GesR), Jg. 12, Heft 1, 16–20

Osterloh F (2014): Konkurrenzfähiges Honorar gefordert. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 111, Heft 47, A 2043

Sparkassen-Finanzgruppe (2014): Fachärzte. BranchenReport 2014. Stuttgart: Deutscher Sparkassen-Verlag

Spiegel Online (2009): Gutverdiener: Deutsche Ärzte gehen seltener bankrott; www.spiegel.de/wirtschaft/gutverdiener-deutsche-aerzte-gehen-seltener-bankrott-a-614709.html

Statistisches Bundesamt (2012): Fachserie 14. Reihe 7.1. Finanzen und Steuern. Lohn- und Einkommensteuer 2007. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Statistisches Bundesamt (2013): Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten. Fachserie 2. Reihe 1.6.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

von Stillfried D, Czihal T (2014): Vergütung in der ambulanten Versorgung: Ärztliche Arbeitszeit beim Orientierungswert berücksichtigen. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 111, Heft 4, A114–A117

Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (VV KBV) (2015): 29. Sitzung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (14. Amtsperiode) am 11. Mai 2015 in Frankfurt/Main. TOP 2: Bericht an die Vertreterversammlung der KBV, Antrag 1: Durch Honorarpolitik tragfähige Strukturen schaffen; www.kbv.de/media/sp/Beschluesse_VV_2015_05_11.pdf

(letzter Zugriff auf alle Quellen: 8. März 2016)

DER AUTOR

**Prof. Dr. rer. pol. Stefan Greß,**

Jahrgang 1967, Studium der Wirtschaftswissenschaft in Bremen und New York, im Anschluss Berater für Krankenversicherungen und Promotion an der Universität Bremen. Ab 2001 Tätigkeiten als wissenschaftlicher Assistent an den Universitäten Greifswald und Duisburg-Essen, seit 2007 Professor für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fulda. Seit 2010 außerdem Dekan des Fachbereichs Pflege und Gesundheit. Forschungs- und Publikationsschwerpunkte: Gesundheitssystemdesign, Krankenversicherungsökonomie, Internationaler Gesundheitssystemvergleich, Gesundheitspolitik, Steuerung der Primärversorgung.

Die aktuelle Debatte über Beitragsparität – eine ökonomische Reflexion

von Jochen Pimpertz¹

ABSTRACT

Eine Rückkehr zur paritätischen Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist umstritten. Bereits in der Vergangenheit bestand weder in der Selbstverwaltung noch bei der Finanzierung Parität im engen Sinne. Vor allem aber vermag eine Abschaffung des Arbeitnehmer-Zusatzbeitrags kaum etwas an dem Problem überproportional stark wachsender Ausgaben zu ändern. Im Gegenteil: Das Preissignal, auf das Versicherte im Wettbewerb um effiziente Versorgungsformen reagieren können, wird bei hälftiger Beitragsteilung verwässert. Ein Zusatzbeitrag ist aber nicht nur für den Wettbewerb bedeutsam. Der demografische Wandel belastet zunehmend auch den solidarischen Ausgleich zwischen Jung und Alt. Wenn die Zustimmung zur intergenerativen Solidarität nachhaltig sichergestellt, aber Einschränkungen des Leistungskatalogs vermieden werden sollen, bietet der Zusatzbeitrag den Ausgangspunkt für notwendige Reformen.

Schlüsselwörter: Krankenversicherung, Beitragsfinanzierung, Parität, Solidarität, Demografie

A return of the statutory health insurance to equal funding is controversial. Currently the employee's contribution rate is 1.1 percentage points higher than the employer's. In the past health care expenditure was also not covered equally. More importantly the debate ignores some of the most crucial problems. For some years now the health insurance scheme has suffered from disproportionate growth of expenditure. Whatever partitioning of contribution is chosen, it won't affect the allocation of resources. Quite the contrary, a renunciation of the employee's extra contribution would lower the competitive pressure within the health care market. Furthermore, the demographic change will increase the burden on younger people and thereby jeopardise the acceptance of intergenerational solidarity. Therefore a contribution solely paid by the persons insured is a useful starting point for necessary reforms.

Keywords: health insurance, employee's contribution, employer's contribution, solidarity, demography

1 Ungleiche Beitragssatzanteile

Seit Einführung des Sonderbeitrags im Jahr 2005 wird der Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht mehr hälftig zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern geteilt. Außerdem erhielten die gesetzlichen Kassen ab 2009 die Möglichkeit, einen weiteren Beitrag bei ihren Mitgliedern einkommensunabhängig zu erheben. Beide Instrumente hat die Große Koalition in einem kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz vereint. Während der Arbeitgebersatz auf 7,3 Prozent festgeschrieben ist, mussten Arbeitnehmer im Jahr 2015 im Durchschnitt insgesamt 8,2 Prozent zahlen. Für 2016 rechnen Experten mit einem Anstieg des Zusatzbeitragssatzes um durchschnittlich 0,2 Punkte. Der Arbeitnehmeranteil steigt damit auf insgesamt 8,4 Prozent. Angesichts

weiterer Erhöhungen, die in den nächsten Jahren drohen, monieren manche Stimmen die einseitige Belastung der Arbeitnehmer und sehen darin einen Verstoß gegen die solidarische Finanzierung (SPD 2016; IG Metall 2016).

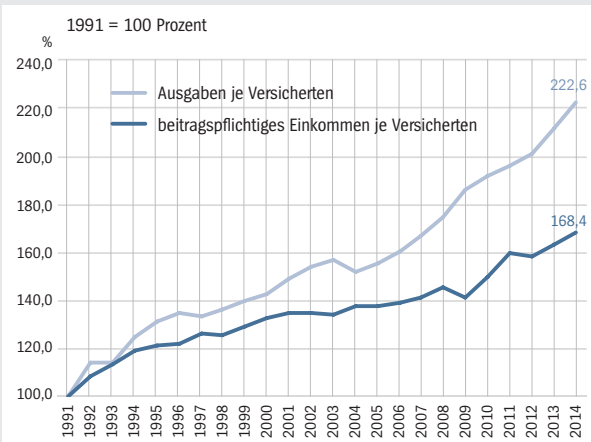
2 Parität – Fakt oder Norm?

Die daraus abgeleitete Forderung nach einer Rückkehr zur vollständig paritätischen Finanzierung suggeriert, dass sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer den Gesamtbeitrag in der Vergangenheit hälftig geteilt hätten. Laut Sozialbudget 2014 finanzierten die Arbeitgeber im Jahr 2014 tatsächlich nur 38,5 Prozent der GKV-Ausgaben (BMAS 2015; Reiners 2015, 9).

¹ Dr. rer. pol. Jochen Pimpertz, Institut der deutschen Wirtschaft Köln · Konrad-Adenauer-Ufer 21 · 50668 Köln · Telefon: 0221 4981760
E-Mail: pimpertz@iwkoeeln.de

ABBILDUNG 1

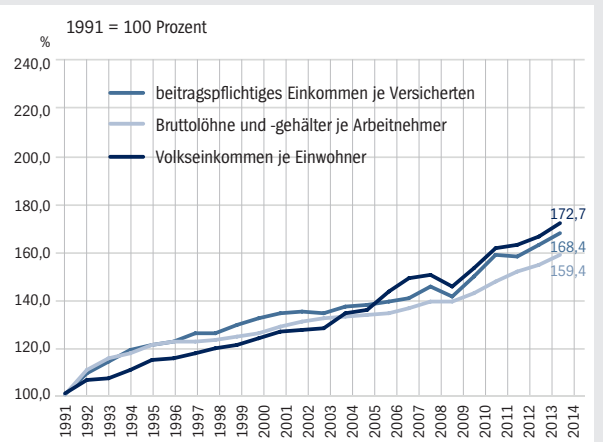
Ausgaben und beitragspflichtige Einkommen



Beitragspflichtige Einkommen: auf Basis der Versichertenzahlen, bis 1997 jeweils 1. Oktober, ab 1998 Jahresdurchschnitt, errechnet aus durchschnittlichem Beitragssatz und Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen im jeweiligen Jahr; Volkseinkommen je Einwohner sowie Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer: nach dem Inländerkonzept.

ABBILDUNG 2

Volks- und beitragspflichtige Einkommen



Quellen: BMG 2016, SVR 2015, Statistisches Bundesamt 2015; Grafik: G+G Wissenschaft 2016

Doch dieser Wert führt zu Fehlschlüssen, weil darin auch die Aufwendungen für Rentner, Selbstständige oder Empfänger von Grundsicherungsleistungen enthalten sind, die nicht allein durch GKV-Beiträge der Sozialpartner finanziert werden.

Ebenso wenig hilft ein Verweis auf den Grundsatz der paritätischen Besetzung von Selbstverwaltungsgremien, unterliegen die Ersatzkrankenkassen doch seit jeher eigenen Bestimmungen. Über die gesamte GKV betrachtet hat demnach bisher keine paritätische Repräsentanz bestanden (Reiners 2015, 8 f.) – geschweige denn, dass sich daraus zwingend auf eine Beitragsteilung schließen ließe.

Andererseits wird angeführt, dass weitere gesundheitsbezogene Ausgaben wie die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall allein von den Arbeitgebern finanziert werden. Gemessen an dem Anspruch einer paritätischen Finanzierung neigt sich die Waage damit aber zugunsten der Arbeitnehmer statt zu ihren Lasten (BDA 2016, 2). Ohne das Argument selbst zu diskutieren, verweist der Einwand jedoch auf die grundlegende Frage nach der Referenz, auf die sich Parität beziehen soll.

Tatsächlich profitieren die Versicherten fortlaufend von medizinischen Fortschritten, die verbesserte Behandlungsmöglichkeiten eröffnen, oftmals aber auch zusätzliche Finanzierungserfordernisse begründen. Darf Parität deshalb universelle Geltung beanspruchen, also auch für alle künftigen Ausgabenentwicklungen in der GKV? Ein derartiges Verständnis bliebe nicht ohne Wechselwirkungen mit der

Lohnfindung, müssen Arbeitnehmer doch mit ihrer Leistung sämtliche Arbeitskosten erwirtschaften (einschließlich des Arbeitgeberanteils am Sozialversicherungsbeitrag), damit ihre Beschäftigung dauerhaft rentabel ist.

Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund wurde der GKV-Leistungskatalog wiederholt eingeschränkt, zum Beispiel zu Lasten des Zahnersatzes oder der Sehhilfen. Diese Eingriffe haben dazu geführt, dass sich Versicherte seitdem gegen das Kostenrisiko einer bis dato paritätisch finanzierten Leistung privat absichern müssen. Ähnliches gilt für die Einführung und Ausweitung von Zuzahlungspflichten. Offenkundig bestand schon früher ein Unterschied zwischen der Aufteilung des Beitragssatzes und der Finanzierung.

3 Überproportionales Ausgabenwachstum

Das führt weiter zu der Frage, ob die GKV primär unter einnahmeseitigen Problemen, namentlich der Aufteilung der Beitragszahlung, leidet oder vorrangig an ausgabenseitigen Problemen. Zur Klärung dieser Frage werden die Entwicklungen der GKV-Ausgaben und beitragspflichtigen Einkommen jeweils je Versicherten verglichen (Abbildung 1). Seit 1991 sind die Ausgaben mit jahresdurchschnittlich 3,54 Prozent um 1,25 Punkte pro Jahr stärker gewachsen als die beitragspflichtigen Einkommen. Dieses Indiz spricht für ein Problem vor allem auf der Leistungsseite.

Gleichwohl schließt der Befund nicht aus, dass die Basis für die Beitragsfinanzierung dauerhaft erodiert. Deshalb bedarf es einer weiteren Bezugsgröße. Abstrahiert man von dem Finanzierungsmodus – also ob die GKV-Ausgaben über Prämien, Beiträge oder aus Steuermitteln finanziert werden – und schließt man Verschuldung als Finanzierungsoption ebenso aus wie den Verzehr des Kapitalstocks, dann liefert das Volkseinkommen einen Hinweis auf die Konsummöglichkeiten einer Gesellschaft (*Pimpertz 2010, 78 ff.*). Da das Volkseinkommen nur auf die Einwohner, nicht aber auf die GKV-Versicherten bezogen werden kann, muss diese statistische Unschärfe in Kauf genommen werden. Im Ergebnis ist das Volkseinkommen seit 1991 zwar etwas stärker gewachsen als die beitragspflichtigen Einkommen, aber deutlich schwächer als die GKV-Ausgaben (Abbildung 2).

Mit Blick auf entgeltbezogene Finanzierungsformen bilden die Bruttolöhne und -gehälter die denkbar breiteste Bemessungsgrundlage, weil sie sowohl die Entgelte der Staatsdiener als auch die Entgeltbestandteile jenseits der Bemessungsgrenze einbeziehen. Allerdings bleibt die Entwicklung der beitragspflichtigen Alterseinkommen außer Acht. Hier zeigt sich, dass die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten etwas dynamischer gewachsen sind.

Im Lichte dieser gesamtwirtschaftlichen Indikatorik ergeben sich keine Indizien für eine erodierende Beitragsbemessungsgrundlage. Vielmehr ist von einem vorrangig ausgaben-seitigen Problem der GKV auszugehen. Welche Rolle spielt aber Beitrags(satz)parität, wenn es gilt, die Ausgabendynamik zu bremsen?

4 Wettbewerbspolitische Einordnung

Ein arbeitnehmerfinanzierter Zusatzbeitrag lässt sich mit der Idee einer wettbewerblichen Steuerung des Gesundheitssystems begründen: Die Kassen sollen angehalten werden, eine wirtschaftlich vorteilhafte Versorgung anzubieten, diese Vorteile in Form von Beitragsnachlässen an ihre Mitglieder weiterzugeben und so dämpfend auf die Entwicklung der GKV-Ausgaben einzuwirken. Selbst mit den notwendigen Vertragsfreiheiten haben die Krankenkassen dazu aber nur dann einen Anreiz, wenn die Mitglieder auf Preisunterschiede reagieren. Doch erst unterschiedlich hohe Beitragsforderungen liefern ihnen die notwendige Information für eine Kosten-Nutzen-Abwägung über die Kassenwahl (*Pimpertz 2007, 23 ff.*).

Folgt man dieser Steuerlogik, dann fällt der Anreiz zum Kassenwechsel bei einer hälftigen Teilung eines kassenindividuellen Beitrags schwächer aus als bei alleiniger Anpassung des Arbeitnehmerbeitrags. Denn die monetären Konsequenzen der Kassenwahl werden lediglich zur Hälfte

im Nettoentgelt des Beitragszahlers sichtbar (*Fetzer und Hagist 2014, 207 ff.*).

Gegen diesen Gedanken wird argumentiert, dass eine fehlerhafte Abbildung tatsächlich anfallender Kosten im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) den Wettbewerb verzerre. In der Folge basieren Beitragsatzunterschiede nicht (nur) auf Effizienzunterschieden. Dieser Einwand spricht allerdings nicht gegen den Zusatzbeitrag, sondern für eine Nachjustierung des RSA mit dem Ziel, einen wettbewerbsneutralen Risikoausgleich herbeizuführen.

Gleichwohl wird gefordert, dass sich der Wettbewerb auf die Qualität der Versorgung statt auf den Preis konzentrieren solle, um soziale Verwerfungen auszuschließen. Angesichts einer systematischen Informationsasymmetrie zu Lasten der Patienten bleibt aber unklar, wie sich dabei der Kassenwettbewerb entfalten soll. Denn Qualitätsunterschiede können von den Versicherten kaum beurteilt werden. Sie werden dazu nicht einmal angehalten, solange die Politik allen Bürgern gleichermaßen Zugang zu einer hochqualitativen Medizin verspricht.

5 Ausblick: Wahrung der Solidarität statt der Parität

Unbestritten ist, dass sich im Zuge der anstehenden Bevölkerungsalterung das Ausgabenwachstum weiter zu beschleunigen droht (*Rausch und Gasche 2014*). In einem solchen Szenario ist der Verweis auf das Solidaritätsprinzip in der GKV nicht etwa die Lösung, sondern es gerät selbst unter Rechtfertigungsdruck. Denn der demografische Wandel tangiert verschiedene Dimensionen von Solidarität (*Kochskämper und Pimpertz 2015, 112*). So bleibt bei unverändertem Finanzierungsmodus der Solidarausgleich zwischen Jung und Alt zwar in jeder Periode erhalten. Allerdings verteuert sich der implizite Preis der Solidarität für die Versicherten gleichen Alters von Jahrgang zu Jahrgang (*Kochskämper und Pimpertz 2015, 110 ff.*). Der intergenerative Ausgleich im Querschnitt der Versicherten gerät in einen Konflikt mit dem Ausgleich über mehrere Generationen.

Geht man weiter davon aus, dass eine solche Entwicklung Anpassungen in der GKV nach sich ziehen muss, stellt sich die Frage, auf welchem Weg und mit welchen Folgen. Einschränkungen des Leistungskatalogs, wie sie in der Vergangenheit immer wieder vorgenommen werden mussten, können zwar auch künftig das Ausgabenniveau begrenzen. Damit würden die jüngeren Mitglieder aber nicht entlastet, denn sie müssten für die ausgeklammerten Leistungsansprüche privat vorsorgen, während ältere Mitglieder über eine längere Lebensphase volle Leistungsansprüche ohne private

Vorsorge genießen konnten. Diese Problematik tritt sowohl bei Beitrags(satz)parität als auch in der Variante mit Arbeitnehmerzusatzbeitrag auf.

Was ist also zu tun? Würde der Zusatzbeitrag stattdessen einkommensunabhängig erhoben und im Rahmen einer obligatorischen kapitalgedeckten Säule organisiert, dann würde die intergenerative Lastverschiebung effektiv begrenzt (Kochskämper und Pimpertz 2015, 116). Denn idealiter können in einem privatwirtschaftlich organisierten Kapitaldeckungsverfahren die Mitglieder einer Kohorte ihre altersabhängig steigenden Ausgaben nicht auf die Mitglieder anderer Kohorten überwälzen. Allerdings hätte ein solcher Reformschritt zunächst eine Begrenzung des sozialen Ausgleichs zur Folge. Da aber lohnbezogener Beitrag und einkommensunabhängige Prämie gleichermaßen unter dem Dach einer unverändert umfänglichen Versicherungspflicht stehen, lässt sich die Forderung nach einem ergänzenden steuerfinanzierten Sozialausgleich begründen. Genau diese Begründung entfällt aber im Rahmen einer „vollständig paritätischen“ Finanzierung, sobald die Politik sich gezwungen sieht, in den Leistungskatalog einzugreifen.

Literatur

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2015): Sozialbudget 2014. 1. Juli 2015; www.bmas.de → Service → Medien → Publikationen

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2016): Mitgliederstatistiken; www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html

Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) (2016): Festschreibung des Arbeitgeberanteils in der Krankenversicherung beibehalten, BDA-Position vom 8. Januar 2016; www.arbeitgeber.de → Presse → Stellungnahmen & Positionen

Fetzer S, Hagist C (2014): Einkommensabhängiger Zusatzbeitrag in der GKV: Verteilungs- und Anreizwirkungen. *Wirtschaftsdienst*, Jg. 94, Heft 3, 203–209

IG Metall (2016): IG Metall fordert Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge. Pressemitteilung Nr. 7/2016 vom 8. Februar 2016; www.igmetall.de → Presse → Pressemitteilungen 2016

Kochskämper S, Pimpertz J (2015): Welche Umverteilungseffekte deckt das Solidaritätsprinzip in der GKV ab? *IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung*, Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.), Jg. 42, Heft 1, 105–119

Pimpertz J (2007): Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gestaltungsoptionen unter sozialpolitischen Vorgaben. *IW-Positionen – Beiträge zur Ordnungspolitik*, Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.), Nr. 28 vom 25. Mai 2007

Pimpertz J (2010): Ausgabentreiber in der gesetzlichen Krankenversicherung. *IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung*, Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.), Jg. 37, Heft 2, 75–90

Rausch J, Gasche M (2014): Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung. Projektionen und Determinanten. *Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik: MEA Discussion Papers 04-2014*; mea.mpisoc.mpg.de/uploads/user_mea_discussionpapers/1442_04-2014.pdf

Reiners H (2015): Paritätische Finanzierung und Selbstverwaltung: Grundsatz und Wirklichkeit. *Gesundheit und Gesellschaft* Wissenschaft, Jg. 15, Heft 4, 7–15

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2015): Struktur der Einnahmen und Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung; www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/zr_deutschland.html?&L=0

Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD) (2016): Beschluss des SPD-Präsidiums: Gleiche Gesundheitschancen für alle – Zusammenhalt und Solidarität im Gesundheitswesen herstellen. Pressemitteilung 044/16 vom 15. Februar 2016; www.spd.de → presse → pressemitteilungen

Statistisches Bundesamt (2015): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen – Inlandsproduktberechnung. Detaillierte Jahresergebnisse 2014. Fachserie 18 Reihe 1.4. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

(letzter Zugriff auf alle Quellen: 1. März 2016)

DER AUTOR



Dr. Jochen Pimpertz,

Jahrgang 1965, arbeitet seit 2001 im Institut der deutschen Wirtschaft Köln und leitet seit 2011 das Kompetenzfeld „Öffentliche Finanzen, Soziale Sicherung, Verteilung“. Zuvor hat er das Studium der Betriebswirtschaftslehre sowie der Wirtschafts- und Sozialpädagogik an der Universität zu Köln absolviert und dort im Jahr 2000 im Fach Volkswirtschaftslehre promoviert. Persönliche Arbeitsschwerpunkte bilden Fragen der Gesundheitssystemforschung und Altersvorsorge. Seit 2015 nimmt er einen Lehrauftrag für volkswirtschaftliche Grundlagen der Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln wahr.

Adäquater Antibiotika-Einsatz bei akuten Atemwegsinfektionen

von Christiane Roick*

Akute Atemwegsinfektionen (AAWI) sind die Hauptindikation für ambulante Antibiotika-Verordnungen. Bei 90 Prozent dieser Erkrankungen sind diese aber nicht indiziert. Da ein unkritischer Antibiotika-Einsatz die Gesundheit der Patienten gefährden und Resistenzentwicklungen begünstigen kann, wurden in den USA für ambulante Ärzte Empfehlungen zum angemessenen Antibiotika-Einsatz bei AAWI erarbeitet.

1 Was ist das Problem?

In den USA kommt es jährlich zu mindestens zwei Millionen Erkrankungen mit antibiotikaresistenten Erregern, 23.000 davon enden tödlich. Die Entwicklung von Antibiotika-Resistenzen korreliert mit der Einnahmehäufigkeit dieser Medikamente. Zudem treten bei bis zu einem Viertel aller Antibiotika-Verordnungen Nebenwirkungen auf; 20 Prozent aller Notaufnahmen wegen Arzneimittel-Nebenwirkungen entfallen auf Antibiotika. Deshalb sollten Antibiotika nur nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung verordnet werden. Im ambulanten Bereich werden Antibiotika aber oft bei Erkrankungen verordnet, bei denen sie keinen Nutzen haben. Das American College of Physicians und die Centers for Disease Control and Prevention haben deshalb vier komprimierte Empfehlungen zum adäquaten Antibiotika-Einsatz für ambulante Ärzte erarbeitet.

2 Wie wurde untersucht?

Die Empfehlungen gelten für erwachsene AAWI-Patienten ohne chronische Lungenerkrankungen oder Immunschwäche. Sie basieren auf klinischen Leitlinien führender Fachgesellschaften und einer umfangreichen Datenbankrecherche nach Meta-Analysen, systematischen Reviews und randomisierten kontrollierten Studien.

3 Was ist rausgekommen?

Bei einer akuten unkomplizierten Bronchitis sollte nur bei Verdacht auf eine Lungenentzündung ein Erreger-Test und gegebenenfalls eine Antibiotika-Therapie erfolgen. Die meisten akuten Bronchitiden sind viral verursacht. Auch akute Rachenentzündungen sind meist viral verursacht. Deuten Symptome auf A-Streptokokken hin, sollte auf diese Erreger getestet und erst nach positivem Testergebnis eine Antibiotika-Therapie begonnen werden. Bei einer ebenfalls meist viral verursachten akuten Rhinosinusitis sollte eine Antibiotika-Therapie nur erwogen werden, wenn die Symptome seit über zehn Tagen bestehen, schwere Symptome oder Fieber über 39 °C vorliegen und an mindestens drei aufeinanderfolgenden Tagen eitriger Nasenausfluss oder Gesichtsschmerz bestand oder wenn nach einer anfänglichen Verbesserung wieder eine Verschlechterung aufgetreten ist. Bei einer gewöhnlichen, durch Viren verursachten Erkältung sollten Antibiotika nicht verordnet werden.

4 Wie gut ist die Studie?

Deutschland schneidet bei ambulanten Antibiotika-Verordnungen im Vergleich

zu anderen europäischen Ländern bereits recht gut ab, doch die Niederlande oder die Schweiz zeigen, dass ohne Qualitätseinbußen noch deutlich niedrigere Verordnungsraten möglich sind. Deshalb sieht der Zehn-Punkte-Plan des Bundesgesundheitsministeriums zur Bekämpfung resistenter Erreger unter anderem vor, den Antibiotika-Verbrauch in der Humanmedizin noch stärker zu überwachen und Resistenzentwicklungen vorzubeugen. Die vorliegenden Empfehlungen für einen verantwortungsbewussten Antibiotika-Einsatz könnten dazu einen Beitrag leisten. Zwar geben auch einige deutsche Leitlinien, wie die DEGAM-Leitlinien zu Husten, Halsschmerzen und akuter Rhinosinusitis, bereits ähnliche Empfehlungen zur Therapie von AAWI. Die US-amerikanischen Empfehlungen fokussieren jedoch komprimiert auf die häufigsten AAWI und sind daher besonders gut in den Praxisalltag ambulanter Ärzte zu integrieren.

Quelle: Harris A, Hicks L, Qaseem A: *Appropriate Antibiotic Use for Acute Respiratory Tract Infection in Adults. Ann Intern Med.* 2016;164(6):425–434. doi:10.7326/M15-1840

* PD Dr. med. Christiane Roick, MPH, Stellv. Leiterin des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: christiane.roick@bv.aok.de

DER KOMMENTAR

Um nachhaltig den inadäquaten Antibiotikaeinsatz zu reduzieren, verspricht ein mehrdimensionaler Ansatz die größten Erfolgsaussichten. Regelmäßige Kommunikationsschulungen für Ärzte und Praxisteams (Wie überzeuge ich den Patienten? Auf welche

Wortwahl kommt es an?), eine themenzentrierte Qualitätszirkelarbeit sowie der konsequente Einsatz von Patienteninformations- und Aufklärungsmaterial spielen eine wichtige Rolle. Besonders großen Einfluss scheinen regelmäßige Praxis-Feedbackberichte zu haben, die das eigene Verordnungsverhalten mithilfe sogenannter Qualitätsindikatoren im Zeitverlauf abbilden und in Vergleich zu Best Practice oder zum Durchschnitt eines Ärztekollektivs (etwa eines Praxisnetzes) setzen.

Dr. med. Veit Wambach
Facharzt für Allgemeinmedizin
und Vorsitzender des
Gesundheitsnetzes QuE eG
Nürnberg



KÖPFE

Prof. Dr. med. Tobias Esch hat die Professur für Integrierte Gesundheitsversorgung und -förderung an der Universität Witten/Herdecke übernommen. Er studierte Medizin in Göttingen, Lüneburg, Aarau/Schweiz und Penang/Malaysia und war dann wissenschaftlicher Mitarbeiter in Witten. Nach Stationen in Essen, Münster und an der Charité Berlin lehrte er seit 2005 Integrative Gesundheitsförderung an der Hochschule Coburg und war auch an der Harvard Medical School und der State University of New York tätig.

Prof. Dr. med. Martin Lohse ist der neue Wissenschaftliche Vorstand und Vorstandsvorsitzende des Max-Delbrück-Centrums für Molekulare Medizin in der Helmholtz-Gemeinschaft (MDC) in Berlin. Nach dem Medizinstudium in Göttingen, London und Paris promovierte er am Max-Planck-Institut für biophysikalische Chemie in Göttingen und war Wissenschaftlicher Assistent

in Bonn und Heidelberg, bevor er an die Duke University in Durham/USA wechselte. Ab 1993 forschte er an der Universität München und am Max-Planck-Institut für Biochemie in Martinsried und übernahm 1993 die Professur für Pharmakologie und Toxikologie an der Universität Würzburg, wo er auch das Rudolf-Virchow-Zentrum für Experimentelle Biomedizin leitete.

Prof. Dr. rer. soc. Holger Pfaff, Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) an der Universität zu Köln, ist zum Vorsitzenden des Expertenbeirats zum Innovationsfonds berufen worden. Stellvertreterin wurde **Prof. Dr. rer. biol. hum. Marie-Luise Dierks**, die den Forschungsschwerpunkt Patientenorientierung und Gesundheitsbildung am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover leitet.

Prof. Dr. phil. Miriam Tariba Richter, die seit März Pflegewissenschaft an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg lehrt, ist die 500. Professorin, die im Professorinnenprogramm des Bundesforschungsministeriums gefördert wird. Die gelernte Kinderkrankenschwester studierte an der Universität Bremen Pflegewissenschaften und war dort zuletzt als Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Public Health und Pflegeforschung tätig.

Prof. Dr. rer. pol. Boris Augurzky ist zum außerplanmäßigen Professor an der Universität Duisburg-Essen ernannt worden. Der Gesundheitsökonom, der an der Universität Heidelberg Volkswirtschaftslehre studierte, leitet den Kompetenzbereich „Gesundheit“ am Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) in Essen und ist Geschäftsführer des Institute for Health Care Business GmbH sowie der neu errichteten Stiftung Münch in München.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
51. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)	Aktuelle Strategien der Lebensstilintervention, neue Technologien für die Therapie	4.–7.5.2016 Berlin	Deutsche Diabetes Gesellschaft Reinhardtstr. 31 10117 Berlin	www.diabeteskongress.de/anmeldung E-Mail: diabetes-kongress@kit-group.org Telefon: 030 24603-0
3. DachS-Symposium des Dachverbands Salutogenese „Gesundheit zwischen den Menschen“	Gesundheit in den Lebenswelten, Soziale Beziehungen, Resilienz und Salutogenese	6.–8.5.2016 Göttingen	Dachverband Salutogenese c/o Zentrum für Salutogenese Barfüßerkloster 10 37581 Bad Gandersheim	www.dachverband-salutogenese.de > Symposium 2016; E-Mail: info@salutogenese-dachverband.de Telefon: 05382 9554730
16th International Conference on Integrated Care „Re-Imagining Health“	Palliativpflege, digitale Lösungen für das Gesundheitswesen, Case Management	23.–25.5.2016 Barcelona	International Foundation for Integrated Care, 7200 The Quorum, Garsington Road, Oxford OX4 2JZ, Großbritannien	www.integratedcarefoundation.org E-Mail: miriamcurran@integratedcarefoundation.org Telefon: 00353 871006866
1. SIQ!-Forum der Stiftung Initiative Qualitätskliniken	Patientensicherheit, Kernindikatoren, Korrelation von Struktur- und Ergebnisqualität	30.–31.5.2016 Berlin	Stiftung Initiative Qualitätskliniken gGmbH, Friedrichstraße 60 10117 Berlin	www.initiative-qualitaetskliniken.de > Anmeldung; E-Mail: katrin.ruhnke@initiative-qualitaetsmedizin.de Telefon: 030 25811650
4. DNVF-Forum Versorgungsforschung „Die Qualitätsoffensive der Bundesregierung“	Versorgungsforschung im internationalen Vergleich, Erwartungen aus Sicht der Politik	7.6.2016 Berlin	Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V., c/o Institut für Medizinsoziologie, Universität zu Köln, Eupener Str. 129, 50933 Köln	www.dnvf.de > DNVF-Forum VF > 4. DNVF-Forum VF > Anmeldung E-Mail: dnvf@uk-koeln.de Telefon: 0221 478-97115
Fachkongress und Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management	Praxis der Kommunikation im Case Management	24.–25.6.2016 Dresden	Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) Saarstr. 3 55122 Mainz	www.dgcc.de/praxis-der-kommunikation-im-case-management E-Mail: info@dgcc.de Fax: 03222-3768056

Kontakte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber.

G+G Wissenschaft (GGW)

GGW ist eine Verlagsbeilage von *Gesundheit und Gesellschaft*
Herausgeber: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Verantwortliche Redakteure:

Ines Körver (KomPart),
Prof. Dr. Klaus Jacobs, Sabine Schulze (WIdO)
Red.-Mitglieder: Dr. Silke Heller-Jung, Annegret Himrich; **Grafik:** Geertje Steglich (KomPart)

Anschrift der Redaktion:

Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft,
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 030 22011-201, Fax: 030 22011-105
E-Mail: ggw-redaktion@kompart.de