

Hartmut Günther

Das Unglück der Dreiecksbeziehung morbiditätsgerechte Vergütung, Codierung ärztlicher Diagnosen und morbiditätsgerechte Zuweisung

Sowohl bei der morbiditätsorientierten ambulanten Vergütung als auch beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich kommt der Codierung der ambulanten Diagnosen eine zentrale Rolle zu. Mit Einführung der Codierrichtlinien sollte die Qualität, Vollständigkeit und Einheitlichkeit der Diagnosencodierung verbessert werden. Es wurde aber auch in der Presse bereits über zahlreiche Aktivitäten von Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen berichtet, die das Ziel hatten, die Anzahl der dokumentierten Diagnosen zu erhöhen. Die Manipulationssicherheit und Verlässlichkeit der ambulanten Diagnosen bleibt also ebenso fraglich wie auch die Frage danach, inwieweit ein neues Vergütungssystem auf den Diagnosen aufbauen kann.

Einleitung

Die Einrichtung des neuen Gesundheitsfonds, der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich und die Festlegung eines für alle Krankenkassen einheitlichen Beitragssatzes verändern die Strukturen des Gesundheitswesens. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds ist die Finanzierung der Krankenkassen von der Morbidität ihrer Versicherten abhängig. Dagegen beruhte bisher die Zahllast der Krankenkassen an die kassenärztlichen Vereinigungen auf Kopfpauschalen je Mitglied, losgelöst von deren Morbidität. Die aktuelle Diskussion um die Reform des ärztlichen Vergütungssystems stellt deshalb die Abbildung und Bewertung der Morbidität ins Zentrum der Betrachtung. Weil eine umfassende Codierung der Diagnosen aber auch die Einnahmen der Krankenkassen maximiert, machen einzelne Krankenkassen durch zweifelhafte „Up and Right Coding“-Aktivitäten auf sich aufmerksam. Die Zusammenhänge zwischen morbiditätsorientierter Vergütung, Codierung und morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich sowie die aktuellen Auseinandersetzungen um die Reform des ärztlichen Vergütungssystems werden dargestellt und kommentiert.

Seit Inkrafttreten des Kassenarztrechts im Jahr 1955 hat keine Reform der gesetzlichen Krankenversicherung so massive strukturverändernde Eingriffe und so kontroverse Debatten ausgelöst wie das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG). Vor allem die Einrichtung eines neuen Gesundheitsfonds, der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich und die Festlegung eines für alle Krankenkassen einheitlichen Beitragssatzes verändern die Strukturen des Gesundheitswesens und bringen auch die Eckpfeiler einer in Jahrzehnten gewachsenen Struktur der vertragsärztlichen Versorgung ins Wanken. So werden durch diese neue Finanzierungslogik und über die Neugestaltung des vertragsärztlichen Vergütungssystems regionale Honorarstrukturen und -verhandlungen durch deutlich stärkere bundeseinheitliche Vorgaben und Preise abgelöst. Die konfliktreichen Auseinandersetzungen zwischen Politik und den Akteuren aufseiten der Vertragsärzte und Krankenkassen über die konkrete Umsetzung der Honorarreform drohten und drohen alle anderen Aspekte der Gesundheitsreform zu überlagern.

Wiederum ausgelöst durch die neue Finanz- und Zuweisungsarchitektur des Fonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs konzentrieren Krankenkassen ihre Aktivitäten – schneller und intensiver, als alle Kritiker dieses neuen Systems vorhersehen konnten – auf Optimierungen ihrer Zuweisungen über Einflussnahmen bei der Codierung der ärztlichen Diagnosen.

Im Folgenden sollen zunächst die Wirkmechanismen des Gesundheitsfonds, der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich und der einheitliche Beitragssatz beschrieben und die Auswirkungen auf die vertragsärztliche Versorgung untersucht und dargestellt werden. Es wird weiterhin gezeigt, dass bei den Krankenkassen selektive Vertragsaktivitäten keinen Bedeutungsverlust erleiden und sich im kollektiven Vertragsbereich stärker bundesweite Preise und Strukturen etablieren werden. Neben den Vertragsaktivitäten versucht eine Reihe von Krankenkassen ihre Finanzlage durch zuweilen zweifelhafte Codierungsaktivitäten zu optimieren. Diese Aktivitäten werden dargestellt und dabei

wird untersucht, ob die vom Bundesversicherungsamt (BVA), vom Gesetzgeber und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) eingeleiteten Maßnahmen zur Unterbindung dieser Aktivitäten erfolgreich sein werden.

Die Morbiditätsorientierung sollte nicht nur auf der Finanzierungsseite ausschlaggebend für die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen sein. Um Verwerfungen zu vermeiden, haben sich auch bei der Frage, wie künftig vertragsärztliche Leistungen vergütet werden sollen, die Finanzvolumina der vertragsärztlichen Versorgung an der Morbidität der Versicherten zu orientieren. Die aktuellen Auseinandersetzungen um die Reform der ärztlichen Vergütung und insbesondere die Berücksichtigung der Morbidität für die Berechnung der Gesamtvergütung werden dann beschrieben und kommentiert. Schließlich wird im Fazit eine Auflösung des „unglücklichen Dreiecks“ morbiditätsorientierte Vergütung, Codierung und morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich durch Herausnahme der ambulanten ärztlichen Diagnosen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich vorgeschlagen.

Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung und Auswirkungen auf die vertragsärztliche Versorgung

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds wird ein von der Bundesregierung per Rechtsverordnung festgesetzter einheitlicher Beitragssatz für alle Krankenkassen festgeschrieben. Die mit diesem einheitlichen Beitragssatz erhobenen Beiträge fließen nicht mehr an die Krankenkassen, sondern finanzieren den Fonds. Damit findet erstmals ein vollständiger Finanzausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung statt. Aus dem Fonds erhalten die Krankenkassen monatlich – neben den Zuweisungen für Verwaltungskosten und Satzungsleistungen – bundesweit identische Grundpauschalen, auf die

- alters- und geschlechtsspezifische Zu- und Abschläge,
- morbiditäts- und damit risikoadjustierte Zuschläge,

- Zuschläge für Erwerbsminderungsrenten und
- Zuschläge für im Ausland wohnhafte Versicherte.

Die Kalkulation der pauschalisierten Zuweisungen sowie der risiko-adjustierten Zuschläge (morbidityorientierter Risikostrukturausgleich) erfolgt auf Basis standardisierter GKV-Durchschnittsausgaben. Reichen diese Zuweisungen zur Deckung der Ausgaben nicht aus, muss eine Krankenkasse eine Zusatzprämie direkt bei ihren Mitgliedern erheben. Dabei ist zu vermuten, dass denjenigen Krankenkassen, die zuerst diese Zusatzprämien einfordern, sofort spürbare Mitgliederverluste und damit massive Wettbewerbsnachteile drohen. Ein halbes Jahr nach Start des Gesundheitsfonds sind deshalb alle Aktivitäten der Krankenkassen darauf gerichtet, diese Zusatzprämie zu vermeiden.

Auswirkungen auf Vertragsaktivitäten der Krankenkassen

Diese Neuausrichtung der Finanzierungsseite der Krankenkassen verbunden mit knappen Fondsmitteln und dem großen Wettbewerbsdruck, der von der möglichen Erhebung von Zusatzprämien ausgeht, bedeutet für das Vertrags- und Versorgungsmanagement, dass alle selektiven Vertragsaktivitäten einer harten Wirtschaftlichkeitsprüfung unterzogen werden. Da mit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung Ende des letzten Jahres zusätzliche Mittel für Erprobungs- und Suchprozesse nicht mehr zur Verfügung stehen, erfordert die Logik der neuen GKV-Finanzierung, dass zusätzliche einzelvertragliche Aktivitäten entweder eine positive Kosten-Nutzen-Bilanz aufweisen oder die Krankenkasse bereit ist, Mehrwerte im Servicebereich oder zur Stärkung ihrer Marke extra zu finanzieren. Diese notwendige Neuausrichtung muss nicht dazu führen, dass Krankenkassen in diesem und in den nächsten Jahren insbesondere ihre Vertragsaktivitäten zurückfahren. Im Einzelvertragsbereich werden schon seit dem letzten Jahr Vertragsprozesse konsolidiert mit der Folge, dass ein kleiner Teil der Integrationsverträge auch gekündigt wird. Umgekehrt werden aber auch erfolgreiche Vertragsmuster weiter ausgerollt beziehungsweise Aktivitäten zur Unterstützung und Verbesserung der Teilnahmequoten

der Versicherten aufgelegt. Im Übrigen bleiben selektive Verträge (etwa Hausarztverträge) für die Krankenkassen neben Marketingaktivitäten das wichtige Feld, um in Zeiten einheitlicher Beitragssätze die eigene Leistungsfähigkeit markenstärkend den Versicherten und der interessierten Öffentlichkeit zu präsentieren.

Für den kollektiven Vertragsbereich bedeutet die eben beschriebene neue Finanzierungslogik die Etablierung von noch stärkeren, bundesweit einheitlichen Strukturen und Preisen für die großen Ausgabenblöcke der Gesetzlichen Krankenversicherung. Wenn Krankenkassen für jeden ihrer Versicherten, abhängig von Alter, Geschlecht und Risiko, identische Zuweisungen erhalten, ist es folgerichtig und konsequent – mindestens zum Start des neuen Finanzierungssystems –, auf der Ausgabenseite bundesweit gleiche Preise zu vereinbaren. Bei den Arzneimittelpreisen ist dies der Fall, im stationären Sektor ist die Entscheidung, von landesweiten zu einem bundesweiten Basisfallwert zu konvergieren, mit dem Krankenhausreformgesetz (KHRG) im Jahr 2009 eingeleitet worden. Auch im Arztbereich wird durch die neuen gesetzlichen Vorgaben zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband ein bundesweiter Preis (Orientierungswert) für die ärztlichen Leistungen verhandelt beziehungsweise über den Bewertungsausschuss festgelegt. Gerade im vertragsärztlichen Bereich haben 50 Jahre regionales Verhandlungsgeschäft mit differierenden Vertragsansätzen zwischen Regional- und Ersatzkassen und auch unterschiedliche Honorarstrategien aufseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen zu einer unübersichtlichen und kaum vergleichbaren Honorarstruktur geführt. Ohne eine Angleichung zunächst auf der Preisseite hätte die Einführung der neuen Finanzierungssystematik sofort zu Verwerfungen und Schief lagen aufseiten der Kostenträger geführt. Krankenkassen mit hohen ärztlichen Vergütungsniveaus, die nur mit weit in der Vergangenheit liegenden Vergütungskonzepten begründbar sind und weder auf dem Verhandlungswege noch in Schiedsämtern abgesenkt werden konnten, hätten mit Zusatzprämien reagieren müssen.

In diesem Zusammenhang ist schließlich darauf hinzuweisen, dass der Schritt der Angleichung der Honorarstrukturen im Arztbereich auch im Zahnarztbereich vollzogen werden muss. Auch hier gilt wie im Arztbereich, dass – nur historisch erklärbar – insbesondere Ersatzkassen mit Ausnahme des Zahnersatzes deutlich höhere zahnärztliche Vergütungen zahlen und dass diese Vergütungsunterschiede trotz mannigfaltiger Anstrengungen und Konflikte zwischen den Vertragspartnern nicht spürbar angeglichen werden konnten. Für diesen letzten großen Ausgabenblock steht deshalb eine gesetzgeberische Initiative noch aus, mit der eine – für die Zahnärzte kostenneutrale – Angleichung der Honorare erfolgt und damit faire Ausgangsbedingungen für „chancengleichen“ Wettbewerb zwischen den Krankenkassen geschaffen werden (vergleiche dazu auch Gerdemann 2007, Knappe 2008 sowie Wessels und Schneider 2008).

Im Zentrum: Ärztliche Codierung von Diagnosen

Schon vor Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs wurden Befürchtungen geäußert, dass aufgrund der hohen morbiditätsabhängigen Zuweisungen an die Krankenkassen Anreizsysteme etabliert werden könnten, die Ärzte – auch nachträglich – zu einem von Krankenkassen gewünschten Codierverhalten motivieren. Dabei sind bei den Möglichkeiten der Einflussnahme dem Erfindergeist keine Grenzen gesetzt. So wird versucht durch „Praxisberater“ der Krankenkasse in der Arztpraxis die „Qualität der Kodierung mit konstruktiver Hilfestellung“ zu verbessern (vergleiche Platzer 2009). Andere Krankenkassen versuchen über finanzielle Anreize bei den Vertragsärzten das Codierverhalten zu beeinflussen. So hat etwa die AOK Niedersachsen die Überprüfung von Diagnosen durch Vertragsärzte mit zehn Euro pro Patient belohnt (vergleiche dazu Meißner 2009). Krankenkassen versuchen gemeinsam mit ihren Kassenärztlichen Vereinigungen über Aktivitäten zur Verbesserung der Diagnosedokumentation die eigenen Einnahmen und damit auch die Zahlungsströme in die betroffenen Bundesländer (zulasten der übrigen Länder) zu optimieren, wodurch auch finanzielle Spielräume zur besseren Finanzierung ärztlicher Leistungen

entstehen (vergleiche Kröger 2009 sowie Oelkers 2009). Wiederum andere Krankenkassen vereinbaren Vertragskonstruktionen nach § 73b SGB V (Hausarztverträge), um Vertragsärzte zu einem aus ihrer Sicht „richtigen“ Codieren anzuhalten. Wie die Mechanismen dann wirken, soll folgendes Beispiel zeigen:

So schreibt der Vorsitzende des Bayerischen Hausarztverbandes in seinem Rundfax vom 5. Dezember 2008 an die Hausärzte in Bayern:

„Wie uns berichtet wird, schwärmen gerade die Mitarbeiter der AOK aus, um Ihnen in Ihrer Praxis Nachhilfeunterricht im Codieren der Diagnosen zu geben. Was steckt dahinter? Die Verteilung der Gelder aus dem Gesundheitsfonds an die Kassen erfolgt ab 1. Januar 2009 morbiditätsgewichtet. Das heißt, je genauer Sie die Diagnosen angeben, desto mehr Fonds-Gelder fließen an die AOK. Es ist zum Beispiel ein großer Unterschied, ob Sie nur die Diagnose „Diabetes“ oder ob Sie die Diagnose „Diabetes mit Retinopathie“ codieren.

[...] Unserer Forderung, sofort die Verhandlungen nach § 73b neu aufzunehmen, wollte die AOK keinesfalls nachkommen. [...] Verweisen Sie die AOK-Mitarbeiter aus Ihren Praxen. [...] Wir werden die AOK erst dann unterstützen, wenn ein Hausarztvertrag neu mit uns unterzeichnet ist“ (Hoppenthaler 2008a).

Einige Tage später ist der Hausarztvertrag fast unterschriftsreif und im Rundfax des Bayerischen Hausärzteverbandes vom 16. Dezember 2008 wird das wie folgt kommentiert:

„Wir befinden uns derzeit in intensiven Verhandlungen mit der AOK, welche sehr positiv verlaufen. [...] Ich bitte Sie nun dringend, noch vor den Weihnachtsfeiertagen bei Ihren AOK-Patienten die genaue Diagnose-Codierung durchzuführen. Benützen Sie hierzu bitte das Ihnen eventuell zugewandene individuelle Schreiben der AOK und codieren Sie immer bis auf die letzte ICD-10-Stelle. [...] Überprüfen Sie bitte Ihre AOK-Patienten

auch hinsichtlich der 80 RSA-relevanten Diagnosen [...] Bitte beachten Sie, dass wir derzeit ausschließlich für die AOK die Codierung überprüfen. [...] Bitte unterstützen Sie den Vorstand des Bayerischen Hausärzterverbandes bei seinen Verhandlungen und führen Sie die Codierung noch in diesem Quartal durch. Es geht um unser Honorar!“ (Hoppenthaler 2008b.)

Klarer können die Zusammenhänge und damit die Strategiefähigkeit zwischen den Zuweisungen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich an die Krankenkassen, dem ärztlichen Codierverhalten und dem ärztlichen Honorar nicht beschrieben werden. Schon bei der Etablierung der Disease-Management-Programme (DMP) und der Verknüpfung der Zahlungsströme aus dem Risikostrukturausgleich mit der Einschreibung des Patienten beim Vertragsarzt hat sich die Erpressbarkeit der Krankenkassen und ihrer Verbände bezüglich hoher Honorarforderungen der Vertragsärzte beziehungsweise deren Kassenärztlichen Vereinigungen gezeigt. Wenn Krankenkassen ihre Gutschriften aus dem Risikostrukturausgleich über hohe Einschreibequoten bei den DMP optimieren wollten, entstanden sofort Schief lagen in Vergütungsverhandlungen, die dann auch von Vertragsärzten und ihren Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber Krankenkassen/Verbänden ausgenutzt wurden (vergleiche Häußler und Berger 2004, Mühlwinkel 2005 sowie Walkenhorst et al. 2005). Das zitierte Beispiel des Hausarztverbandes und der AOK Bayern zeigt schlaglichtartig, dass die Verknüpfung von Diagnosen der Ärzte und entsprechenden Zuweisungen an die Krankenkassen im ambulanten Bereich aufgrund der hohen Anreizwirkungen für die Krankenkassen und Vertragsärzte missbräuchliches Verhalten zulasten Dritter auslöst.

Natürlich musste diese Praxis das Bundesversicherungsamt als die für die Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zuständige Behörde und das Bundesministerium für Gesundheit aufschrecken. So weist das Bundesversicherungsamt zu Recht darauf hin, dass das beschriebene „Kodierungstuning“ der Krankenkassen

rechtswidrig ist. Der Präsident des Bundesversicherungsamtes Hecken bezeichnet die Aktivitäten der AOK Bayern zur Diagnoseoptimierung als „eine abgrundtiefe Sauerei“. Der Vorsitzende des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Wille spricht bezüglich des oben genannten Rundfaxes des Vorsitzenden des Bayerischen Hausarztverbandes vom 16. Dezember 2008 von einem „Aufruf zum Betrug“ (vergleiche Ärzte Zeitung von 17. Juni 2009 sowie Meißner 2009). Die Hinweise des Bundesversicherungsamtes sind deshalb wichtig, weil damit auch sogenannte „Right Coding“-Aktivitäten der Krankenkassen ausgeschlossen werden sollen. Solange die Codierqualität der Vertragsärzte zwischen den Kassen nicht variiert und Vertragsärzte in der Regel Versicherte aus verschiedenen Krankenkassen behandeln, haben Unterschiede in der Codierpraxis für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds keine wettbewerblichen Auswirkungen. Erst wenn einzelne Krankenkassen versuchen, die Wertigkeit der Diagnosen nur für ihre Versicherten zu verbessern, entstehen durch eine darauf basierende Verschiebung der Zuweisungen Wettbewerbsverzerrungen.

Ob die Reaktion des Gesetzgebers auf diese ersten Manipulationsversuche mit der 15. Novelle des Arzneimittelgesetzes und der Erweiterung von Prüfungs- und Sanktionsmöglichkeiten durch das Bundesversicherungsamt erfolgreich sein wird, muss abgewartet werden. Skepsis ist angebracht, weil die Einflussmöglichkeiten so vielfältig und subtil sein können und die Prüfer des Bundesversicherungsamtes allenfalls reagieren können.

Diese zurückhaltende Einschätzung gilt auch für die mit dem GKV-WSG in § 295 Absatz 3 Satz 2 SGB V verankerte Verpflichtung von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband, bis zum 30. Juni 2009 sogenannte Codierrichtlinien zu vereinbaren, um ähnlich wie im stationären Bereich eine sachgerechte und weitgehend manipulationsfreie Dokumentation von Diagnosen auch im ambulanten Sektor zu gewährleisten. Allerdings liegen zum angeordneten Termin allenfalls allgemeine Codierrichtlinien vor. Zu welchem Zeitpunkt die wichtigeren

speziellen Codierrichtlinien verabschiedet werden können, ist offen, da Klärungsbedarf bezüglich EDV-technischer Fragen besteht und auch lizenzrechtliche Probleme in Bezug auf die stationären Codierrichtlinien noch ungelöst sind.

Vergütungsreform im vertragsärztlichen Bereich

Reformaktivitäten des Gesetzgebers in den letzten Jahren und Jahrzehnten zur Begrenzung der Ausgaben in der GKV hatten auch immer die Entwicklung von Preisen, Mengen und Strukturen des vertragsärztlichen Bereiches im Blick. So ist ab Mitte der 1970er-Jahre die reine Einzelleistungsvergütung aufgrund einer starken Mengendynamik nach wirkungslosen Empfehlungen der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen zunächst auf dem Vereinbarungswege von Pauschalierungsinstrumenten für Teile der ärztlichen Leistungen abgelöst worden. Seit Mitte der 1980er-Jahre wurden dann Verträge geschlossen, in denen sich die Vertragspartner verpflichteten, die Koppelung von Vergütungszuwächsen an die Grundlohnsumme als verbindlich zu akzeptieren (Graf 2000). Zu Beginn der 1990er-Jahre hat sich dann als vorherrschendes Vergütungssystem die kopfpauschalierte Gesamtvergütung etabliert, die erst in diesem Jahr durch die Neuregelungen im GKV-WSG abgelöst wurde.

Reformbedarf war nach fast 20 Jahren Kopfpauschale und begrenzter Gesamtvergütung nicht nur wegen der schon beschriebenen systematischen Zwänge evident, die aus der neuen Finanzierungslogik entstehen. Die zuletzt vereinbarten mitgliederbezogenen Kopfpauschalen beruhten in den alten Bundesländern auf kassenartbezogenen Preisstrukturen und Leistungsbedarfen aus dem Beginn der 1990er-Jahre. Die Kopfpauschalen wurden in den folgenden Jahren zwar entsprechend der Grundlohnsummenentwicklung erhöht; allerdings veränderte sich im Lauf der Jahre bei den einzelnen Krankenkassen sowohl die Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen als auch die Struktur der Mitglieder- und Versichertengemeinschaften. Da diese Veränderungen keinen Einfluss auf die Höhe der Kopfpauschalen hatten, ging der Zusammenhang

zwischen Inanspruchnahme von Leistungen und Finanzierung dieser Leistungen immer weiter verloren. Große kalkulatorische Punktwertunterschiede zwischen den Krankenkassen waren Ausdruck dieser Verwerfungen. In den neuen Bundesländern waren die Punktwerte bei Einführung der Kopfpauschalen identisch, bei der Ablösung des Kopfpauschalensystems waren die Unterschiede in den neuen Bundesländern durch die unterschiedlich starken Mitgliederbewegungen am Ende noch größer als in den alten Bundesländern.

Hinzu kam aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigungen, dass durch Mitgliederwanderungen von Krankenkassen mit hohen Kopfpauschalen zu Krankenkassen mit niedrigen Kopfpauschalen die Finanzierungsgrundlagen der Kassenärztlichen Vereinigungen zunehmend erodierten. So sah sich schließlich der Gesetzgeber mit dem GKV-WSG zum Handeln veranlasst. Mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs und den dadurch erhöhten Zuflüssen insbesondere an das AOK-System schien die Gelegenheit günstig, eine Angleichung der unterschiedlichen Vergütungsniveaus der Kassenarten und eine Morbiditätsorientierung der Gesamtvergütung vorzunehmen. Dies belastet bei der ärztlichen Vergütung tendenziell die Kassen, die beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu den Gewinnern gehören.

So soll mit der jetzt umzusetzenden Reform unter anderem:

- die bisherige Budgetierung abgelöst,
- eine Gebührenordnung mit festen Preisen und einer Mengensteuerung etabliert,
- das Morbiditätsrisiko auf die Kassen übertragen und
- eine Gleichbehandlung der Krankenkassen bei der Finanzierung der ärztlichen Leistung erreicht werden.

Mit der Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen stehen die Morbiditätsstruktur und die Veränderung der Morbidität im Zentrum der Betrachtungsweise.

Fortschreibungs- oder Aufteilungsmodell?

Aktuell ist im Sommer 2009 als die zentrale Frage für das neue Vergütungssystem über den Umfang der Morbiditätsberücksichtigung im Bewertungsausschuss zu entscheiden. Bei der Festlegung von Eckpunkten zur Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (§ 87a Absatz 3 Satz 1 SGB V) geht es vereinfacht dargestellt darum, dass am Ende des Prozesses die regionalen Vertragspartner als wesentlichen Teil der Gesamtvergütung den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf (Punktzahlvolumen) vereinbaren. Diese Anpassung beziehungsweise (erste) Festlegung des Behandlungsbedarfs auf der Grundlage der Morbiditätsstruktur der Versicherten erfolgt mithilfe eines sogenannten Klassifikationssystems, das vom Bewertungsausschuss festgelegt worden ist. Das genaue Verfahren zur Bestimmung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur beschließt der Bewertungsausschuss.

Zwischen den Akteuren auf der Bundesebene, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem GKV-Spitzenverband und den ehemaligen Spitzenverbänden der Krankenkassen, sind die Konzepte zur Ermittlung des Behandlungsbedarfs umstritten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung favorisiert das sogenannte „Aufteilungsmodell“, das eine vollständige Neuberechnung und -verteilung des Behandlungsbedarfs zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und gegebenenfalls auch zwischen den Krankenkassen vorsieht (Schneider und Wolff 2009, Wasem und Walendzik 2009a sowie Wasem und Walendzik 2009b). Angesichts der dann erneut auftretenden Verschiebung der Zahlungsströme zwischen den Ländern kann ein solcher Vorschlag analog der DRG-Einführung im Krankenhausbereich wenn überhaupt nur über eine Konvergenzphase realisiert werden.

Das Alternativmodell, das aber innerhalb der Krankenkassen im GKV-Spitzenverband keinen Konsens findet, wird als „Fortschreibungsmodell“ bezeichnet und sieht vor, dass mithilfe des Klassifikationsverfahrens nur die Veränderungsrate des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs

gemessen und vereinbart wird. Diese würde dann auf den vereinbarten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf je Versicherten des Vorjahres bezogen. Zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt damit keine Neuverteilung des Behandlungsbedarfs. Dabei muss damit gerechnet werden, dass bei den jeweiligen Krankenkassen Versicherte mit gleicher (nach Diagnosen festgestellter) Morbidität unterschiedliche Leistungsbedarfe zugerechnet bekommen.

Im Kern geht es bei dieser Auseinandersetzung um die Frage, in welchem Umfang die Morbidität bei der Berechnung der Gesamtvergütung berücksichtigt wird. Nach der hier vertretenen Auffassung fordern der Gesetzestext, die Gesetzesbegründung und der Kontext der Regelungen eine umfängliche Berücksichtigung der Morbidität bei der Berechnung der Gesamtvergütung. § 87a Absatz 3 Satz 1 und Satz 2 SGB V definieren die Gesamtvergütung „als den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf“, ausgedrückt als Punktzahlvolumen, bewertet mit Punktwerten in Euro. Absatz 4 dieser Vorschrift regelt, dass „bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs insbesondere Veränderungen der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten zu berücksichtigen sind“. In diesem Zusammenhang setzt „Anpassung“ auch die erstmalige Festlegung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs auf der Grundlage der Morbiditätsstruktur der Versicherten voraus, da die aktuelle Zahl und die Morbiditätsstruktur der Versicherten in den historischen Behandlungsbedarfen nicht berücksichtigt sind. Im Übrigen sieht der Gesetzgeber die Fortschreibung des historischen Behandlungsbedarfs um eine morbiditätsbedingte Veränderungsrate allein für das Jahr 2009 vor (§ 87c Absatz 4 SGB V).

Auch der Gesetzgeber geht in der Begründung zu § 87a Absatz 3 SGB V davon aus, dass bei der erstmaligen Berechnung der Gesamtvergütung eine Neuberechnung und -verteilung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt. So wird darauf hingewiesen, dass zentrales Kennzeichen des neuen Vergütungssystems die Übernahme des

Morbiditätsrisikos durch die Krankenkassen ist und sie damit alle finanziellen Lasten tragen, die aus der Erbringung medizinisch notwendiger vertragsärztlicher Leistungen entstehen. Weiter heißt es, „dass zukünftig die Krankenkassen, deren Versicherte im Vergleich zu den Versicherten anderer Krankenkassen einen relativ höheren Behandlungsaufwand nachweisen, auch höhere Honorarsummen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu entrichten haben. Somit wird an der Zielsetzung der Vergütungsreform des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) festgehalten, für eine gerechtere Aufteilung der finanziellen Lasten zwischen den Krankenkassen zu sorgen“ (Gesetzesbegründung zum GKV-WSG zu § 87a Absatz 3 SGB V). Im Übrigen wird damit auch verhindert, dass ein Kassenwechsel zu Vergütungsverlusten bei den betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen führen kann.

Die Parallelen zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich liegen auf der Hand. So ist es nur fair und folgerichtig, dass diejenigen Kassen, die erhöhte Zuweisungen aufgrund einer erhöhten Morbidität ihrer Versicherten aus dem Gesundheitsfonds erhalten, umgekehrt diese Finanzmittel zur Finanzierung der vertragsärztlichen Leistungserbringung einsetzen müssen. Wer den Morbiditätsbezug bei der Berechnung der Gesamtvergütung mit dem Hinweis auf Unsicherheiten und Ungereimtheiten bei der Diagnosestellung möglichst klein halten will, muss erklären, warum genau diese Diagnosen der Vertragsärzte sachgerecht für die Ermittlung von hohen Zuweisungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich sind. Wenn Krankenkassen durch unterschiedlichste Aktivitäten bei den Vertragsärzten eine erhöhte Morbidität ihrer Versicherten zur Optimierung der eigenen Zuweisungslage aus dem Gesundheitsfonds stimulieren, muss umgekehrt genau diese Morbiditätslast im Vergütungsbereich von diesen Krankenkassen finanziert werden.

Ein einfaches und transparentes Vergütungssystem

Der Gesetzgeber hat ausweislich der Gesetzesbegründung klargestellt, dass „die Vergütung der einzelnen Ärztin beziehungsweise des einzelnen Arztes kalkulierbar gemacht, entbürokratisiert, vereinfacht und

transparenter gestaltet wird“ (Gesetzesbegründung zum GKV-WSG zu § 87a Absatz 3 SGB V). Angesichts der ersten Ergebnisse der Honorarreform inklusive der Umsetzung der Vorgabe der Politik, 2,5 bis 3 Milliarden Euro an zusätzlichen Finanzmitteln für die ärztliche Vergütung bereitzustellen, wird dieses Streben nach Klarheit und Transparenz im Honorarbereich nicht eingehalten. Mit den ersten Umsetzungsschritten und den entsprechenden Vereinbarungen und Entscheidungen im (erweiterten) Bewertungsausschuss in diesem Jahr hat der Honorarbereich einen Komplexitätsgrad erreicht, der weder Ärzten, schon gar nicht Versicherten, noch den professionellen Akteuren im Bereich der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen zu vermitteln ist. Bestes Beispiel für die verworrene Situation ist das kaum erklärbare Versickern von drei Milliarden Euro auf dem Weg von den Krankenkassen zum einzelnen Vertragsarzt (vergleiche Korzilius und Reiser 2009 sowie Hoffmann und Schulze 2009).

Bestanden die Honorarregelungen in der Reichsversicherungsordnung (RVO) vor Inkrafttreten des SGB V durch das Gesundheitsreformgesetz (GRG) vom 20. Dezember 1988 aus einem Paragraphen mit vier Absätzen (§ 368f Absatz 1 bis 4 RVO), sind die §§ 85-87d SGB V aufgrund der Reformen seither zu einem unübersichtlichen, widersprüchlichen und kaum verstehbaren Paragraphenschwengel angewachsen. So weist die Kernvorschrift des vertragsärztlichen Vergütungsbereichs, § 85 SGB V, mittlerweile 18 Absätze auf. Jede der großen Reformen seit Inkrafttreten des GRG hat vermeintliche Schwächen der vorherigen Gesetzgebung im Honorarbereich durch eine Erhöhung von Komplexität und Regelungstiefe versucht auszugleichen. So beklagen Parlamentarier die Regelungsdichte und die immer weitergehende „Implementierung und Steuerung kleinster Stellschrauben im System, die schwer nachvollziehbar und nicht angreifbar sind“ (Koschorrek 2009). Der Versuch, begrenzte Gesamtvergütungszuwächse immer gerechter und fairer zu verteilen, dabei auch immer den Honorar-Status-quo zwischen den Arztgruppen bis hin zu den einzelnen Ärzten sicherzustellen, hat lange gehalten. Allerdings wurde der Unmut der Ärzte über die aus ihrer Sicht nicht

mehr akzeptable „Muschelwährung“ und über die einseitige Verteilung der Morbiditätslasten hin zur Ärzteschaft immer größer. Aufseiten der Politik hat das dazu geführt, die Krankenkassen zu einer Bereitstellung von zusätzlichen Finanzmitteln zu bewegen und mit der Honorarreform im GKV-WSG dem ärztlichen Protest Rechnung zu tragen.

Vor diesem Hintergrund sind Verträge wie in Baden-Württemberg und Bayern zwischen der AOK und dem Hausarztverband nach § 73b SGB V mit einer klaren und überschaubaren Vergütungssystematik, nicht durchbrochen von komplexen Honorarverteilungsregeln, auch jenseits hoher Honorarzuwächse für die teilnehmenden Vertragsärzte attraktiv.

Fazit

Angesichts der beschriebenen komplexen aktuellen Regelungen und Weiterentwicklungsvarianten der Honorarreform und angesichts der sehr starken Anreizwirkungen durch die Verbindung von Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen und einer „morbiditätsgerechten“ Codierung durch die Vertragsärzte besteht für die nächste Gesundheitsreform Handlungsbedarf.

So ist es zwar schlüssig und in sich konsistent, wenn wie vorher dargestellt im Bereich der ärztlichen Vergütung der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf vergütet wird, auf der Finanzierungsseite morbiditätsorientierte Zuweisungen erfolgen und wenn im Idealfall die Aufsichtspraxis des Bundesversicherungsamtes und entsprechende Codierrichtlinien dafür sorgen, dass Vertragsärzte allein nach medizinischen Kriterien unterschiedslos zwischen den Krankenkassen codieren.

Allerdings zeigen die Erfahrungen aus der Zeit der Etablierung der DMP, die vielfältigen Einflussnahmen der Krankenkassen aus dem ersten halben Jahr 2009 und der künftig noch stärkere Finanzdruck auf die Krankenkassen, die dann alles tun werden, um eine Zusatzprämie zu vermeiden, dass der beschriebene Idealfall nicht eintreten wird.

Es sollte deshalb überlegt werden, ob auf der einen Seite ein wirklich einfaches und verständliches ärztliches Vergütungssystem etabliert werden kann, das ärztliche Leistungen direkt in Euro finanziert, die Komplexität der aktuellen Honorarverteilung reduziert und bezüglich medizinisch nicht indizierter Mengenausweitungen Grenzen setzt. Ein Ansatzpunkt könnte sein, ähnlich wie im Zahnarztbereich, ein Einzel Leistungsvergütungssystem zu etablieren, das nur wenig Honorarverteilungsregeln benötigt und das bei Überschreitung von Obergrenzen den Ausgleich in der dann folgenden Honorarperiode vorsieht.

Für die Ermittlung der morbiditätsorientierten Zuweisungen sollte auf Diagnosen der niedergelassenen Ärzte ganz verzichtet werden, da sie manipulationsanfällig sind. Als Grundlage sollten ausschließlich Krankenhausdiagnosen und eine ausgewählte Anzahl von Arzneimitteln herangezogen werden. So könnte ein Schritt in Richtung manipulationsfreier morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich gegangen und zweifelhafte Codierungsaktivitäten der Krankenkassen abgestellt werden. Bei der notwendigen Reform des vertragsärztlichen Honorarsystems sind die Anreize so zu setzen, dass sich Ärzte auf eine qualitätsgesicherte und an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Behandlung konzentrieren und sich alle Akteure der Gesetzlichen Krankenversicherung wieder dem Wettbewerb um die besten Vertrags- und Versorgungskonzepte zuwenden können.

Literatur

- Gerdemann, W. (2007): Zahnärztliche Vergütung – Abbau des Vergütungsabstandes notwendig. In: Die Ersatzkasse. Nummer 6/2007. S. 219.
- Graf, J. (2000): Wechselwirkungen zwischen Kassenwahlfreiheit, Risikostrukturausgleich und ärztlichem Vergütungssystem. In: Arbeits- und Sozialpolitik. Nummer 9-10/2000. S. 59-66.
- Häussler, B., und U. Berger (2004): Bedingungen für effektive Disease-Management-Programme. Baden-Baden.
- Hoffmann, A., und E. Schulze (2009): Auf dem Rücken der Patienten. In: Stern. Heft 14. 26. März 2009.

- Hoppenthaler, W. (2008a): Rundfax 5. Dezember 2008: AOK gibt Nachhilfeunterricht in Codierung von Diagnosen. Bayerischer Hausärzterverband. www.bhaev.de (Download 16. Dezember 2008). Dieses Rundfax wurde inzwischen von der Homepage des Bayerischen Hausärzterverbandes entfernt, liegt dem Autor jedoch vor.
- Hoppenthaler, W. (2008b): Rundfax 16. Dezember 2008: AOK-Hausärztervertrag/RSA Diagnose-Codierung. Bayerischer Hausärzterverband. bhaev.de/index.php?option=com_content&task=view&id=1038&Itemid=37 (Download 22. Juli 2009).
- „Kassen entdecken Kranke als neue Zielgruppe“. Ärzte Zeitung vom 17. Juni 2009.
- Knappe, D. (2008): Ungleichgewicht bei der zahnärztlichen Vergütung – Ersatzkassen-Gutachten über Vergütungsabstände. In: Die Ersatzkasse. Nummer 1/2008. S. 24-25.
- Korzilius, H., und S. Reiser (2009): Honorarreform 2009: „Wo ist bloß das Geld geblieben?“ In: Deutsches Ärzteblatt. Heft 4. 23. Januar 2009. S. B99-B102.
- Koschorrek, R. (2009): Es darf kein dickes Minus geben. In: Ärztliche Praxis. Nummer 6/2009. 24. März 2009. S. 4.
- Kröger, D. (2009): Morbi-RSA: Diagnosefieber – Risiken und Nebenwirkungen des Morbi-RSA. In: Nordlicht Aktuell. Nummer 04/2009. S. 11.
- Meißner, M. (2009): Morbi-RSA: Gerangel um „korrekte“ Codierung. In: Deutsches Ärzteblatt. Heft 5. 30. Januar 2009. S. B147.
- Mühlwinkel, I. (2005): Auslaufmodell DMP. In: kma – Magazin für die Gesundheitswirtschaft. Nummer 6/2005. S. 12-15.
- Oelkers, A. (2009): Wie krank ist Schleswig-Holstein? Kodierung von Diagnosen bekommt eine neue Bedeutung. In: Nordlicht Aktuell. Nummer 04/2009. S. 9-10.
- Platzer, H. (2009): Praxisberatung: Kodierungen gehen uns alle an. www.aok-gesundheitspartner.de/by/arztundpraxis/praxisberatung (Download 22. Juli 2009).
- Schneider, M., und S. Wolff (2009): Vergütungsreform Ärzte: Umsetzung der dritten Stufe – was steht an? In: Die Ersatzkasse. Nummer 5/2009. S. 180-183.

Walkenhorst, K., D. Köppel, F. Verheyen und C. Straub (2005): Disease-Management-Programme – eine kritische Bestandsaufnahme: In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement. Heft S1. S. S14-S17.

Wasem, J., und A. Walendzik (2009a): Weiterentwicklung der Vergütungsreform – Was bedeutet die Morbiditätsorientierung der Gesamtvergütungen? In: Gesellschaftspolitische Kommentare. Nummer 5/2009. S. 24-29.

Wasem, J., und A. Walendzik (2009b): Quo vadis Honorarreform? Antworten und neue Fragen. In: Die Krankenversicherung. Nummer 05/2009. S. 102-105.

Wessels, M., und M. Schneider (2008): Zahnärztliche Vergütung: Bei der Gesundheitsreform offensichtlich einfach vergessen. In: Gesellschaftspolitische Kommentare. Nummer 1/2008. S. 11-14.

