

Auswahl der Krankheitsarten im RSA – aus Sicht der TK

Dr. med. Jens Baas ist
Vorstandsvorsitzender der
Techniker Krankenkasse,
Hamburg

Ein Gesundheitssystem, in dem die Krankenkassen in einen fairen Wettbewerb untereinander treten sollen, braucht einen Finanzausgleich. So weit, so richtig. Wenn der Verteilung der Gelder – rund 200 Milliarden Euro pro Jahr – allerdings Kriterien zugrunde liegen, die manipulationsanfällig sind und grundfalsche Anreize setzen, wird es kritisch. Gleiches gilt, wenn die (betriebswirtschaftlich rationale) Nutzung dieser Anreize zu Mittelverschwendung führen. Seit 2014 haben die Krankenkassen rund eine Milliarde Euro ausgegeben für Vergütungen an Ärzte sowie für Beraterhonorare, die letztlich nur darauf abzielten, um ausgleichsrelevante Kodierungen für ihre Versicherten zu erreichen. Das Geld wäre in der Versorgung der Patienten sicher besser angelegt. Und: Das heutige System bevorzugt eine Kassenart zu Lasten fast aller anderen. Der Reformbedarf ist unübersehbar.

Nichts ist so leicht zu produzieren wie Kosten. Und mit Blick auf das eigene Individuum oder das Unternehmen, dem man vorsteht, ist es subjektiv nachvollziehbar und rational, dass als die besten Kosten jene angesehen werden, die zumindest teilweise andere tragen müssen und zugleich einem selbst einen guten return on investment bringen. Man muss nicht Volkswirtschaftslehre studiert haben, um zu sehen, dass dies unter dem Strich teuer und ineffizient ist – mit der in unserem Gesundheitswesen zu beobachtenden Tendenz, dass sich die Spirale nach oben schraubt. Solchen Entwicklungen Einhalt zu gebieten, sollte politisch und ökonomisch geboten sein – das würde zumindest die Vernunft nahelegen. Im deutschen Gesundheitssystem passiert seit einigen Jahren allerdings das Gegenteil: Es sind nachhaltige Anreize gesetzt worden, Diagnosen und damit Kosten zu produzieren – aus Sicht einer

Krankenkasse allerdings keineswegs zum eigenen Schaden, sondern mit dem intendierten Ergebnis, höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten. Letztlich geht das zu Lasten des Gesamtsystems und der Volkswirtschaft. Aber auch für einzelne Patienten können solche Entwicklungen ausgesprochen problematisch sein.

Was ist faul?

Die Wurzel des Übels liegt in der Anlage des „morbidityorientierten Risikostrukturausgleichs“, verniedlichend meist „Morbi-RSA“ genannt. Er ist eine Geldverteilmaschine gigantischen Ausmaßes: Rund 200 Milliarden Euro verteilt er Jahr für Jahr an die rund 130 Krankenkassen in Deutschland. Diese haben zuvor ihre sämtlichen Beitragseinnahmen an den Gesundheitsfonds abgeliefert, der im Fonds angesiedelte

Morbi-RSA lenkt nun die Zahlungsströme wieder zurück an die Kassen. Das ist prinzipiell richtig und nötig für einen fairen Wettbewerb. Aber wenn dieser Finanzverteilung keine eindeutigen und manipulationsresistenten Kriterien zugrunde liegen, ist es kritisch, und genau das ist der Fall. Die Gründe dafür sind vielfältig, ein ganz wesentlicher ist die Auswahl der Krankheiten, die im Finanzausgleich berücksichtigt werden und deren Art der Berücksichtigung zum Teil ganz erhebliche Zuweisungs-Zuschläge für die jeweilige Krankenkasse auslösen.

Auf 50 bis 80 Krankheiten sollte sich die Morbiditätsorientierung im Finanzausgleich beschränken, so wollte es seinerzeit der Gesetzgeber, der dem Bundesversicherungsamt (BVA) die Festlegung übertrug. Maßgabe dabei war, dass die ausgewählten Krankheiten „von besonderer Bedeutung für das Versorgungsgeschehen“ sein bzw. „einen wesentlichen Einfluss auf das Kostengeschehen der Krankenkassen“ haben sollten. Der wissenschaftliche Beirat des BVA, der 2007 seine Arbeit aufgenommen hatte, hat sich sehr intensiv nicht nur mit der Auswahl der im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten, sondern auch mit ihrer Gewichtung und der ausgewogenen Berücksichtigung der Faktoren „Prävalenz“ und „Kosten“ befasst. Im Vordergrund der Gewichtung standen dabei die Logarithmus- sowie die Wurzelfunktion (die lineare Gewichtung wurde schnell verworfen) – und damit eine sehr grundsätzliche Entscheidung. Was soll größere Zuweisungen aus dem Fonds für die Krankenkassen auslösen? Krankheiten, die sehr häufig sind („Volkskrankheiten“), im einzelnen Fall aber nicht so teuer? Oder Erkrankungen mit geringerer Prävalenz, die aber im Einzelfall höhere Ausgaben verursachen?

Der wissenschaftliche Beirat des BVA hatte sich seinerzeit in dieser Frage eindeutig positioniert und die Logarithmusfunktion empfohlen. Dabei hatte er die Rechnung allerdings ohne die Politik gemacht, die trotz des Rates der Wissenschaftler die Wurzelfunktion auswählte und damit den Grundstein für eine stärkere Berücksichtigung u.a. der „Volkskrankheiten“ legte. Der damalige Beiratsvorsitzende Prof. Gerd Glaeske ließ sich in einer Meldung der Deutschen Presse-Agentur mit dem immer größer gewordenen „Spagat zwischen Rechtssi-

cherheit und politischen Zielen einerseits und wissenschaftlicher Begründbarkeit andererseits“ zitieren. Letztere ist auf dem Altar des Politischen geopfert worden. Der Beirat trat daraufhin im März 2008 geschlossen zurück.

Wurzel oder Logarithmus: falsche Weichenstellung

Was macht nun den Unterschied zwischen Wurzel und Logarithmus für das Gesamtsystem so gravierend? Kurz gesagt: Mit der stärkeren Gewichtung von häufig vorkommenden Krankheiten – und das sind in Deutschland nun einmal üblicherweise Erkrankungen, die einer Lebensstiländerung durchaus zugänglich sind – wurde die Jagd der Krankenkassen auf die ambulanten Diagnosen eröffnet. Der Anreiz ist platt: Je mehr RSA-relevante Kodierungen für einen Patienten erfolgen, desto mehr Geld bekommt seine Kasse via Morbi-RSA aus dem Fonds. Sie hat also ein hartes ökonomisches Interesse daran, dass der Versicherte auf dem Papier möglichst krank aussieht. Und da die niedergelassenen Ärzte keinen verpflichtenden Kodiervorgaben unterliegen, haben sie zum einen ein gewisses Ermessen bei der Kodierung. Zum anderen führt dies zu gleichgelagerten Interessen von Vertragspartnern, wo doch eigentlich die Ausbalancierung der unterschiedlichen Interessen das Wesen der Vertragspartnerschaft ist.

Und das mündet dann unter anderem in den eingangs erwähnten Kosten, die Kassen produzieren und die ihre Wettbewerber tragen müssen. Mit Blick auf das eigene Unternehmen ist diese „Kostenproduktion“ betriebswirtschaftlich nachvollziehbar, volkswirtschaftlich ist es nichts anderes als systematische Verschwendung.

Ein Beispiel: Ein 50-jähriger Mann, für den keine RSA-relevante Diagnose gestellt worden ist und der nur im altersgemäßen „gewöhnlichen“ Umfang im Versorgungsgeschehen präsent ist (z.B. Zahnvorsorge, Check-up-Untersuchungen etc.), kann für eine Krankenkasse ein erhebliches „Verlustgeschäft“ sein: 1.000 Euro pro Jahr sind nicht unrealistisch – so groß kann das Delta zwischen seinen Leistungsausgaben und den Zuweisungen, die die Kasse für ihn aus dem Gesundheitsfonds erhält, durchaus sein. Die Zuweisungen errechnen sich bekanntermaßen nach dem komplizierten

Geflecht „Morbi-RSA“. Dokumentiert der Arzt bei diesem Mann nun für zwei Quartale einen beginnenden Diabetes – eine hauptsächlich lebensstilbedingte Stoffwechsel-Erkrankung –, verbessert sich die Lage seiner Krankenkasse unmittelbar: Die Zuweisungen steigen um 400 Euro, der „Verlust“ vermindert sich entsprechend. Wird nun auch noch eine Adipositas diagnostiziert (nicht ungewöhnlich bei Menschen mit Diabetes Typ 2), wachsen die Zuweisungen weiter und verringern das Minus der Kasse weiter. Kommt Bluthochdruck hinzu, was bei Diabetikern eher die Regel als die Ausnahme ist und eine gefährliche Kombination darstellt, aber ebenfalls durch eine Änderung des Lebensstils relevant beeinflussbar ist, kann seine Krankenkasse je nach Ausgangslage ins Plus rutschen – für sie ein überaus lohnenswertes Geschäft. Bei richtiger Codierung wäre das noch okay, aber der Anreiz für Upcoding ist riesig.

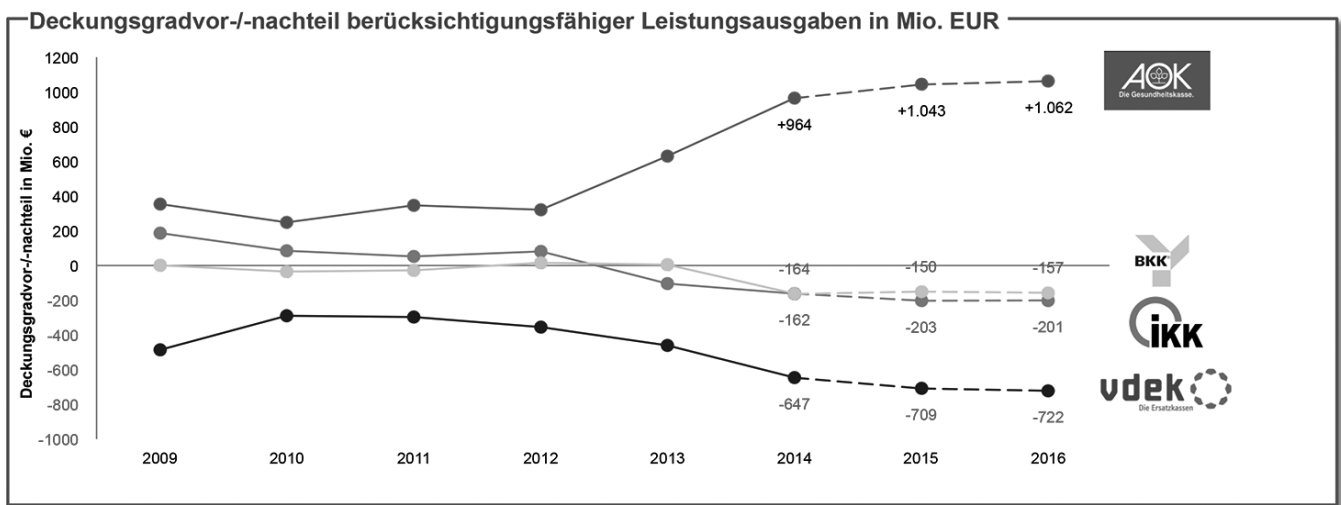
Übrigens ist es keineswegs erforderlich, dass der Patient tatsächlich zweimal im Jahr („M2Q“ = Kodierung in zwei Quartalen p.a.) in die Praxis kommt, es genügt, dass er sich ein Rezept abholt. Denn die Praxen können in ihrer Software Diagnosen auch als sogenannte Dauerdiagnosen hinterlegen: Bei jeder Quartalsabrechnung erfolgt die Berücksichtigung damit automatisch.

Dieses Beispiel zeigt eindrücklich, dass der Finanzausgleich in seiner heutigen Ausgestaltung starke Anreize setzt, den Spielraum bei der Kodierung ambulanter Diagnosen auszunutzen. Zum Nutzen des Patienten, der im Gesundheitssystem ja gebetsmühlenartig in den Mittelpunkt gestellt wird, ist das sicher nicht. Aber seine Kasse profitiert. Die Auswahl der Krankheiten und ihre Gewichtung laden ein zur Manipulation. Der Phantasie sind da kaum Grenzen gesetzt.

Wie kommen die Diagnosen ins System? Die Aufsicht redet mit.

Die lukrativen Kodierungen in die RSA-Maschinerie einzuschleusen, ist ein kostspieliges, aber für die einzelne Kasse rationales, weil lohnenswertes Unterfangen. Grundsätzlich gibt es mehrere Wege. Da sind zum einen die sogenannten Betreuungsstrukturverträge zwischen Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Die sperrige Bezeichnung steht für ein Übel, das

Abbildung 1: Wettbewerbsverwerfungen auf Ebene der Kassenarten sind klar erkennbar



Quelle: 2009 – 2014 Veröffentlichungen des BVA und Datenaustausch des GKV-SV zum Jahresausgleich; 2015 Stand RE; 2016 eigene Hochrechnung

Druck erzeugt, denn es handelt sich um Vereinbarungen, die weniger auf eine bessere Patientenversorgung als auf die Kodierung ambulanter Diagnosen abzielen. Der Effekt solche Verträge ist vergleichbar mit der Situation, wenn im Kino einer aufsteht: Alle machen mit, wenn sie etwas sehen oder in diesem Fall bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht ganz abgehängt werden wollen? Das ist der einfache Grund, weshalb nicht einmal wir als Techniker Krankenkasse, die wir solche Verträge für systemschädlich halten, uns diesen völlig entziehen können.

Die direkte Vergütung des Arztes für Diagnosekodierungen oder die direkte Ansprache von Ärzten als „Serviceleistungen“ der Kassen sind weitere Möglichkeiten, das RSA-Schwungrad anzukurbeln. Sie werden allerdings unterschiedlich genutzt aufgrund der divergierenden Aufsichtspraxis zwischen überregionalen Kassen, für die das Bundesversicherungsamt zuständig ist, und regionalen Kassen unter der Aufsicht des jeweiligen Sozialministeriums. Das unterschiedliche Handeln der Aufsichtsbehörden in Bund und Land ist an vielen Stellen des Gesundheitssystems problematisch, da wettbewerbsverzerrend. Im Falle des Hebels „Geld für Kodierung“ ist es besonders augenfällig und finanzwirksam – zum Vorteil einer Kassenart zu Lasten fast aller anderen.

Wie sehr die Schere zwischen den Kassenarten bereits auseinander geht,

zeigt die folgende Grafik. Schon im Jahr 2014 belief sich das Delta der Deckungsgradvor- und -nachteile bei den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben zwischen den AOKs und Ersatzkassen auf rund 1,5 Milliarden Euro. Für 2015 wird das nach TK-Hochrechnungen auf 1,7 Milliarden Euro anwachsen – mit weiter steigender Tendenz für 2016. Die AOKs sind im Übrigen die einzige überdeckte Kassenart: Auch Betriebs- und Innungskrankenkassen haben bei den Leistungsausgaben einen klaren Deckungsgradnachteil, bekommen also ebenfalls weniger Geld aus dem Fonds zugewiesen, als sie tatsächlich benötigen.

Milliardengrab Kodierbeeinflussung

Dass die „richtigen“ Diagnosen auf dem Papier und in den IT-Systemen landen, ist ein teures Spiel. Es ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen seit 2014 fast eine Milliarde Euro dafür ausgegeben haben. Das entspricht den Monatsbeiträgen von rund 2,5 Millionen freiwillig Versicherten oder aber fast den GKV-Ausgaben eines Jahres für Schutzimpfungen. Mehr als 900 Millionen Euro dürften an Vergütungen für Ärzte geflossen sein, bis zu 50 Millionen Euro für Beraterleistungen (die Wertschöpfungsketten enden also auch nicht an den Grenzen des Gesundheitssystems) und natürlich sind noch Personalkosten der

sogenannten Praxisberater angefallen. Das für die Dokumentation von Diagnosen bislang aufgewendete Geld und jene Summen, die in Zukunft noch fließen werden, wären in der Patientenversorgung sicher besser angelegt. Aber der Wirkungsgrad kann sich sehen lassen: Jeder eingesetzte Euro erwirtschaftet ein Mehrfaches an Zuweisungen. Wenn das kein – falscher – Anreiz ist!

Dieses Vorgehen hat im Übrigen auch nichts mit dem gesetzlich normierten Auftrag der Krankenkassen zu tun. In § 1 des SGB V heißt es dazu: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten.“ Von einem „Rattenrennen um die Versichertengelder“, wie die „Welt am Sonntag am 18. September 2016 schrieb, ist da nicht die Rede.

Und der Patient? Kein Nutzen, aber potenzielle Schäden

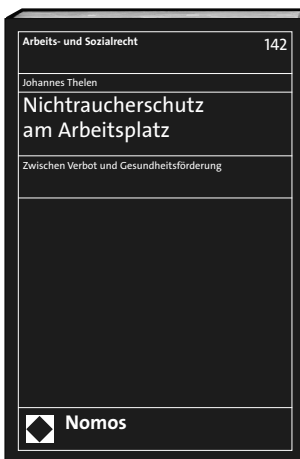
Derjenige, die ja eigentlich immer im Mittelpunkt stehen sollte, hat von all dem nichts. Dem Patienten können aber durchaus handfeste Nachteile erwachsen: Was ist, wenn ein Patient keine Leistung aus seiner Berufsunfähigkeitsversicherung bekommt, weil für ihn Diagnosen gestellt wurden, von denen er gar nichts wusste und die er beim Abschluss der

Versicherung daher auch nicht angeben hat? Ein Gesundheitssystem, in dem die Kassen aufgrund der gesetzten Anreize die eigene Einkommenssicherung über das Patientenwohl stellen (müssen) und das volkswirtschaftliche Nachteile billigend in Kauf nimmt, ist weder human noch zukunftsfähig. Ein allererster Schritt wäre es, im Finanzausgleich der

Kassen die Anreize für Manipulation und Upcoding so weit wie möglich einzudämmen. Hier gehören auch die Auswahl der Krankheiten und ihre Gewichtung auf die Agenda, denn beides zusammen führt zu sowohl volkswirtschaftlich als auch patientenindividuell potenziell nachteiligen Resultaten. Ein Vollmodell – also der Verzicht auf eine Auswahl, sondern

stattdessen die Berücksichtigung aller Krankheiten –, wie es derzeit verschiedentlich in die Debatte geworfen wird, wäre dabei keine gute Richtungsentscheidung, denn der Katalog würde erweitert um eine Reihe anderer Diagnosen mit „Kodierpotenzial“. Dieser Schritt würde Fehlentwicklungen begünstigen, nicht beseitigen. ■

Reihe Arbeits- und Sozialrecht



Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz

Zwischen Verbot und Gesundheitsförderung

Von Dr. Johannes Thelen

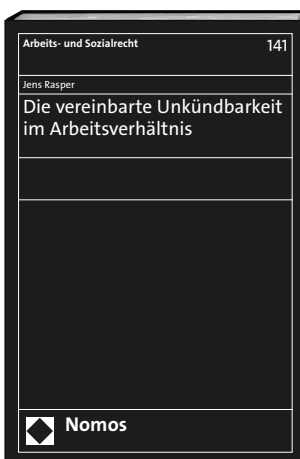
2016, Band 142, 290 S., brosch., 76,- €

ISBN 978-3-8487-3288-3

eISBN 978-3-8452-7641-0

www.nomos-shop.de/27784

Der Autor bietet eine umfassende Darstellung des Nichtraucherschutzes am Arbeitsplatz unter Berücksichtigung der WHO-Tabakrahenkonvention, einschließlich einer ausführlichen Darlegung der Möglichkeiten betrieblicher Gesundheitsförderung. Das Werk richtet sich sowohl an Wissenschaftler als auch an Praktiker.



Die vereinbarte Unkündbarkeit im Arbeitsverhältnis

Von RA Dr. Jens Rasper

2016, Band 141, 346 S., brosch., 89,- €

ISBN 978-3-8487-3258-6

eISBN 978-3-8452-7606-9

www.nomos-shop.de/27665

Der vertragliche Ausschluss der ordentlichen Kündigung (sogenannte Unkündbarkeit) ist als Senioritäts- und Rationalisierungsschutz in der Tariflandschaft weit verbreitet und daher häufig Gegenstand gerichtlicher Auseinandersetzungen. Infolge des mit ihm verbundenen Eingriffs in die Systematik des Kündigungsrechts führt er zu zahlreichen praxisrelevanten Rechtsfragen, denen sich der Autor umfassend widmet.



Unser Wissenschaftsprogramm ist auch online verfügbar unter: www.nomos-elibrary.de

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter 07221/2104-37
Portofreie Buch-Bestellungen unter www.nomos-shop.de

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



Nomos