

Sind die Diagnosezahlen nach Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs angestiegen?

Zum 1. Januar 2009 wurde der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich eingeführt, der zur Ermittlung der Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds dient. Kritiker haben von Anfang an befürchtet, dass dieses Verfahren den Krankenkassen Anreize gibt, Einfluss auf die Kodierung durch die Ärzte auszuüben (upcoding). Der starke Anstieg der Diagnosezahlen in den ersten Jahren des Gesundheitsfonds scheint den Kritikern Recht zu geben. Eine umfassende Analyse zeigt aber, dass der Anstieg in den Jahren vor Einführung des neuen Ausgleichs noch stärker war und auch Diagnosen umfasst, die im Verfahren keine Rolle spielen. Vielmehr scheinen bessere diagnostische Möglichkeiten, ein ausgeprägteres Bewusstsein der Ärzteschaft für die Bedeutung genauer Diagnosestellungen und eine vollständigere Erfassung durch die Krankenkassen eine entscheidende Rolle zu spielen. Trotzdem sollte die Entwicklung in den nächsten Jahren sorgsam beobachtet werden.

■ Maximilian Gaßner, Volker Arndt, Lisa Fischer, Dirk Göppfarth

1. Die Diskussion um die Anreizwirkung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

Zum 1. Januar 2009 wurde der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich eingeführt. Er löste den bisherigen – im Wesentlichen auf soziodemographischen Merkmalen beruhenden – Risikostrukturausgleich ab. Die Zuweisungen, die eine Krankenkasse zur Deckung ihrer Leistungsausgaben aus dem Gesundheitsfonds erhält, hängen seitdem nicht mehr nur von der Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten und der Zahl der Erwerbsminderungsrentner ab, sondern auch von der über Diagnosen und Verordnungen erfassten Morbidität der Versicherten (Göppfarth 2009). Hierfür werden die Versicherten einer Krankenkasse Morbiditätsgruppen zugeordnet, für die ein Morbiditätszuschlag in Höhe der durchschnittlichen, mit der Krankheit verbundenen Folgekosten gezahlt wird.

Dr. Maximilian Gaßner, Präsident des Bundesversicherungsamtes, Bonn

PD Dr. Volker Arndt, Referent im Bundesversicherungsamt, Bonn

Lisa Fischer, Referentin im Bundesversicherungsamt, Bonn

Dr. Dirk Göppfarth, Referatsleiter im Bundesversicherungsamt, Bonn

Aufgrund einer gesetzlichen Vorgabe ist das berücksichtigte Morbiditätsspektrum auf 80 schwerwiegende oder kostenintensive chronische Krankheiten beschränkt, für die gegenwärtig 112 Morbiditätsgruppen gebildet werden. Die Zuordnung zu diesen Morbiditätsgruppen erfolgt anhand der von den Ärzten im Krankenhaus oder in der vertragsärztlichen Versorgung dokumentierten, und im Rahmen der Abrechnung an die Krankenkassen gemeldeten Diagnosen. In einigen Fällen werden auch Arzneimittelverordnungen als zusätzliches Kriterium neben den vertragsärztlichen Diagnosen genutzt oder zur Schweregradifferenzierung herangezogen.

Die Ermittlung der Zuschläge für Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG), Erwerbsminderungsgruppen (EMG) und Hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG) erfolgt anhand einer multiplen linearen Regression, bei der die AGG, EMG und HMG als unabhängige Variablen und die Ausgaben je Versicherten als abhängige Variable eingehen. Bei den Morbiditätsgruppen wird ein prospektiver Ansatz verfolgt, d.h. es wird der Zusammenhang zwischen den Morbiditätsgruppen, die anhand der Diagnosen und Verordnungen im Vorjahr belegt werden, und den Ausgaben des Folgejahres ermittelt. Dementsprechend beruhen auch die Zuschläge an die Krankenkassen auf den Diagnosen und Verordnungen aus dem Vorjahr.

Kritiker des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs befürchten, dass dieses System den Krankenkassen erhebliche Anreize zum *upcoding*, d.h. einer medizinisch nicht induzierten Ausweitung von Diagnosestellungen bzw. Schweregraden, gibt (König/Malin 2005, Dudey 2010). Befürworter weisen dagegen darauf hin, dass die Diagnosestellung in der Verantwortung der Ärzte liegt und bestehenden Abrechnungssystemen unterliegt. Eine Einflussnahme der Krankenkassen auf die Ärzte sei in diesem Kontext nur schwer vorstellbar (Glaeske et al. 2006). Auch wird das betriebswirtschaftliche Kalkül solcher Maßnahmen kritisch hinterfragt (Ballesteros Kracher 2010). Auch wenn anfängliche Aktivitäten der Krankenkassen in diesem Bereich belegt sind (Göpfarth/Sichert 2009), stellt sich die Frage, ob diese teils sehr kruden Aktivitäten wirklich zu einem Anstieg der Diagnosen – wie in den Medien teilweise behauptet¹ – geführt haben. Da die berichteten Aktivitäten sich in erster Linie auf die Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung beziehen, stehen diese auch im Fokus der folgenden Untersuchung.

Der vorliegende Beitrag will anhand der im Risikostrukturausgleich gemeldeten Diagnosedaten prüfen, ob sich als Folge der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs tatsächlich ein Anstieg in der Zahl oder dem Schweregrad der gemeldeten Diagnosen beobachten lässt. Hierzu wird zunächst die Entwicklung der Diagnosezahlen und deren Auswirkung im Risikostrukturausgleich dargestellt (Abschnitt 2). Im dritten Abschnitt werden dann mögliche Ursachen für den Diagnoseanstieg ermittelt und deren Anwendbarkeit auf den vorliegenden Fall untersucht. Der Beitrag schließt mit einigen Schlussfolgerungen.

2. Entwicklung der Diagnosezahlen

2.1 Entwicklung der Datenmeldungen

Für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs liegen inzwischen versichertenbezogene, pseudonymisierte Datenmeldungen für alle ca. 70 Mio. GKV-Versicherte für die Jahre 2006 bis 2009 vor. Die zugehörigen Ausgaben liegen für denselben Zeitraum für eine Stichprobe von rund 7 % der GKV-Versicherten vor. Die Versichertenzahlen waren im Betrachtungszeitraum nahezu konstant: 2006/2007 ohne Änderung, 2007/2008 mit einem leichten Anstieg von 0,2 % und 2008/2009 mit einem Rückgang von 0,6 %.

Trotz der relativ konstanten Versichertenzahlen stieg die Zahl der gemeldeten Diagnosen erheblich an. Die Zahl der Krankenhausdiagnosen erhöhte sich im Betrachtungszeitraum von 76,7 Mio. auf 94,5 Mio. Diagnosen, d.h. um fast ein Viertel. Die Zahl der Versicherten mit Krankenhausaufenthalt nahm im selben Zeitraum jedoch lediglich um 7,3 % zu.

Die Zahl der Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung ist von 1,589 Mrd. auf 1,845 Mrd. Diagnosen, d.h. um 16,1 %, angestiegen.² Dabei werden jeweils eindeutige Diagnosen je Quartal gemeldet. Insgesamt steigt die durch-

schnittliche Zahl der gemeldeten Diagnosen je Versicherten damit von 21,6 auf 25,4. Der Anteil der gesicherten Diagnosen an den gemeldeten Diagnosen nahm leicht zu von 87,5 % auf 88,2 %.

Gemeldet werden auch die abgerechneten Arzneimittel. Diese sind im Betrachtungszeitraum von 603,3 Mio. auf 654,6 Mio, d.h. um 8,5 %, angestiegen.

2.2 Entwicklung der Morbiditätszuschläge

Ein Anstieg der Zahl der gemeldeten Diagnosen kann zusätzliche Morbiditätszuschläge auslösen, muss es aber nicht. Wird z.B. für einen Versicherten in einem Jahr in zwei Quartalen Diabetes diagnostiziert, im nächsten Jahr aber in drei Quartalen, steigt die Zahl der Diagnosen um 50 %, es wird aber in beiden Jahren nur ein Zuschlag für Diabetes für den Versicherten ausgezahlt.

Aber auch ein Anstieg der Zahl der geleisteten Morbiditätszuschläge führt nicht zwangsläufig zu höheren Zuweisungen. Die Gesamtsumme an Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds steht nämlich schon im Vorhinein fest; sie wird im Herbst des Vorjahres in Höhe der erwarteten Einnahmen des Gesundheitsfonds fixiert. Allerdings erfolgen die Zuweisungen anhand der Merkmale Alter und Geschlecht, Bezug von Erwerbsminderungsrenten und Morbidität. Die Bedeutung der einzelnen Komponenten ergibt sich als Ergebnis einer multiplen Regression, in die die verschiedenen Merkmale simultan als unabhängige Variablen eingehen. Steigt also durch den Morbiditätsanstieg tatsächlich auch die Erklärungskraft der Morbiditätsmerkmale, kann es zu einer Ausweitung der Morbiditätszuschläge zu Lasten der anderen Zuweisungskomponenten kommen. Anderenfalls kommt es zu einer Kompensation der Mengenzunahmen durch einen Verfall der Zuschlagshöhe (König et al. 2009).

Diese Effekte können für die Jahre 2006 bis 2008 aufgezeigt werden. Um auch die kompensierenden Effekte im Rahmen der Ermittlung neuer Kostengewichte in der Regression aufzeigen zu können, beziehen sich die folgenden Angaben ausschließlich auf den Stichprobendatensatz. Aufgrund des prospektiven Ansatzes können nun drei Jahre verglichen werden: Es werden also die Morbiditätsdaten 2006 mit den Stammdaten und Ausgaben 2007, die Morbiditätsdaten 2007 mit den Stammdaten und Ausgaben 2008 sowie die Morbiditätsdaten 2008 mit den Stammdaten und Ausgaben 2009 verknüpft.

2007/2008 kommt es gegenüber 2006/2007 zu einem Anstieg der Zahl der Morbiditätszuschläge um 7,1 % bei einem Anstieg der Zahl der Versicherten in der Stichprobe von 2,0 %. Dieser Anstieg bewirkt eine Zunahme der Risikomenge (case mix) bei konstanten Gewichtungsfaktoren um 7,2 %. Der Anteil der Morbiditätszuschläge an den Gesamtzuweisungen steigt von 47,7 % auf 48,5 %. Dieser Anstieg um 0,8 Prozentpunkte lässt sich in einen Mengeneffekt (Zunahme der Zahl der Morbiditätszuschläge) von 3,2 Prozentpunkten, einen Struktureffekt (Umschichtung in Morbiditätsgruppen mit höheren Zuschlägen) von 0,05

Prozentpunkten und einen kompensierenden „Preiseffekt“ (Rückgang der Kostengewichte in der Regression) in Höhe von -2,4 Prozentpunkten zerlegen.

Die Zahl der Morbiditätszuschläge steigt von 2007/2008 auf 2008/2009 um 6,7% bei einem Rückgang der Zahl der Versicherten in der Stichprobe von 0,4%. Die Zunahme der Risikomenge beträgt 7,7%. Der Anteil der Morbiditätszuschläge an den Gesamtzuweisungen steigt von 48,5% auf 49,1%. Dieser Anstieg um 0,6 Prozentpunkte lässt sich in einen Mengeneffekt von 3,1 Prozentpunkten, einen Struktureffekt von 0,4 Prozentpunkten und einen Preiseffekt in Höhe von -2,9 Prozentpunkten zerlegen.

Insgesamt wird also der Mengenanstieg durch einen Rückgang der entsprechenden Zuschläge weitestgehend kompensiert. Bedeutet dies, dass hier ein kausaler Zusammenhang besteht? Wenn ja, wäre anzunehmen, dass hohe Mengenanstiege mit starken „Preisrückgängen“ korreliert wären, und umgekehrt. Dies ist aber offensichtlich nicht der Fall, wie Abbildung 1 entnommen werden kann. Dort ist auf der Abszisse die Veränderung der relativen Häufigkeit (Mengeneffekt) abgetragen, auf der Ordinate die Veränderung des zugehörigen Gewichtungsfaktors, also der relativen Bewertung der Risikogruppe (Preiseffekt). Offensichtlich nimmt die Höhe der Gewichtungsfaktoren allgemein ab, mit zahlreichen Ausreißern nach oben und unten, die aber nichts mit der Veränderung der Häufigkeit zu tun haben.

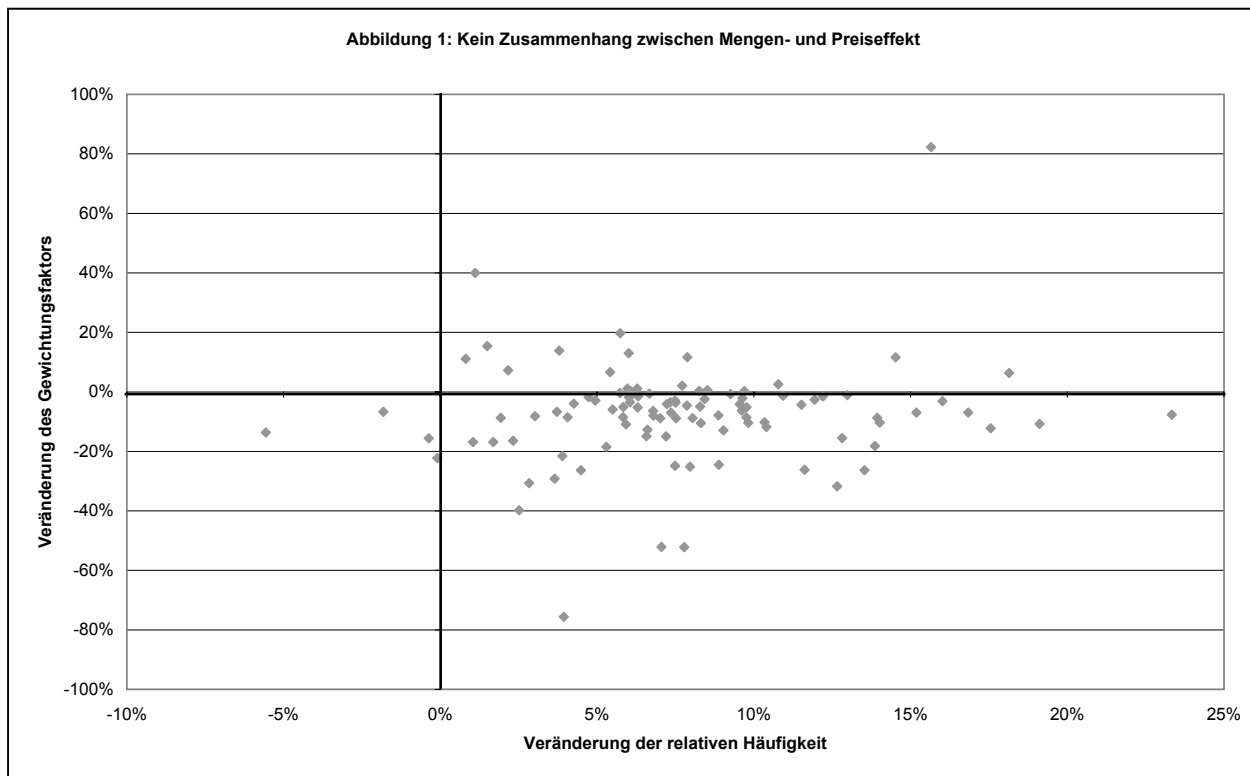
2.3 Auffälligkeiten in einzelnen Morbiditätsgruppen

Der Anstieg der Fallzahlen von 7,1% bzw. 6,7% verteilt sich nicht gleichförmig auf alle Morbiditätsgruppen. Die zehn Morbiditätsgruppen mit den höchsten Steigerungsraten können Tabelle 1 entnommen werden.

Tabelle 1: Morbiditätsgruppen mit dem höchsten Anstieg 2008/2009 gegenüber 2007/2008

Morbiditätsgruppe	Veränderungsrate
Dialysestatus	20,67%
Spinalkanalstenose	17,81%
Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom	16,87%
Lymphknotenmetastasen	14,77%
N.n.s. Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen	14,52%
Akutes Lungenödem und respiratorische Insuffizienz	14,40%
Ösophagitis, Reflux und andere Erkrankungen der Speiseröhre	13,92%
Diabetes mit renalen Manifestationen	13,90%
Sehr schwere Stoffwechselstörungen	13,51%
Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	13,15%

Quelle: Eigene Berechnungen



Auffällig ist, dass die höchsten Anstiege gerade nicht bei den großen Volkskrankheiten zu verzeichnen sind: Diabetes + 4,4%, Demenz + 4,6%, Depression + 5,4%, KHK + 1,0%, Hypertonie + 5,8%, Asthma/COPD + 4,7%.

3. Was treibt den Diagnoseanstieg?

3.1 Mögliche Gründe für den Diagnoseanstieg

Carter/Ginsburg (1985) nennen drei mögliche Ursachen für einen Anstieg der Diagnosezahlen: (1) Änderungen in der Versichertenstruktur, (2) Änderungen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts, insbesondere neuer diagnostischer Möglichkeiten und (3) Änderungen im Kodier- und Dokumentationsverhalten der Ärzte. Des Weiteren kann es (4) aufgrund einer datentechnischen Vervollständigung der Erfassung zu einem Anstieg kommen. Bei den Änderungen im Kodier- und Dokumentationsverhalten sind weiterhin zu differenzieren: (a) Folgen veränderter Vorgaben zur Kodierung, z.B. im Rahmen von Änderungen im ICD-Katalog oder in den Kodierrichtlinien, (b) eine höhere Sorgfalt der Ärzte bei der Kodierung, im Sinne einer Anpassung der dokumentierten Morbidität an die tatsächliche Morbidität, und (c) eine strategische Änderung der Kodierung z.B. im Sinne einer Vergütungsoptimierung. Nur im letzten Fall kann von *upcoding* im eigentlichen Sinne die Rede sein.

3.2 Änderungen in der Versichertenstruktur

Da die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im Wesentlichen ein geschlossenes System darstellt, geht es bei der Änderung der Versichertenstruktur in erster Linie um Alterung. Strukturänderungen durch Migration oder Wechsel in die PKV spielen hingegen lediglich eine marginale Rolle. Um den Effekt der Alterung auf die Prävalenzen der Krankheiten zu ermitteln, wurden für das Jahr 2008 in den einzelnen HMG die Prävalenzen nach Alter und Geschlecht berechnet. Dann wurde die Alters- und Geschlechtsstruktur des Jahres 2009 auf diese differenzierten Prävalenzen angewandt und die sich so ergebenden demographischen Veränderungsdaten für die einzelnen HMG ermittelt.

Es ergibt sich, dass aus demographischen Gründen kein Anstieg der Gesamtzahl der Diagnosen zu erwarten wäre. Hintergrund dieses überraschenden Ergebnisses ist vor allem der Rückgang der Gesamtzahl der Versicherten um 0,6%. Für die einzelnen HMG ergibt sich aber ein differenziertes Bild: Demographische Rückgänge von 1% bis 2% wären bei ADHS, Asthma, Schwangerschaften oder Mukoviszidose zu erwarten, während Anstiege von 1% bis 1,5% bei Demenz, Alzheimer oder Nierenversagen zu erwarten wären. Selbst bei Diabetes mellitus Typ 2 wäre mit einem demographischen Anstieg von lediglich 0,4% zu rechnen.

Insgesamt kann die demographische Entwicklung den Anstieg der Diagnosen nicht erklären. Gerade bei den Mor-

biditätsgruppen mit den höchsten Anstiegen ist eben nicht mit einem demographischen Anstieg zu rechnen, sondern eher mit einem demographisch bedingten Rückgang.

3.3 Änderungen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts

Auch der medizinisch-technische Fortschritt kann einen Anstieg der Diagnosezahlen auslösen. Zu denken ist hierbei insbesondere an neue oder verbesserte diagnostische Verfahren. Beispielsweise lassen sich Herzinfarkte durch einen neuen Bluttest auf Troponin T erheblich früher und zuverlässiger diagnostizieren (Weber et al. 2009). Bei einigen Krankheiten wird gezielt nach Methoden einer Frühdiagnostik gesucht, da die Chancen der Wirksamkeit der Behandlung umso größer sind, je früher die Behandlung beginnt, z.B. bei Multipler Sklerose (Bendszus et al. 2008). Diese Evidenz ist zugegebenermaßen eher anekdotisch. So ist es naheliegend, den ungewöhnlichen Anstieg der Spinalkanalstenose mit einem zunehmenden Einsatz bildgebender Verfahren in Verbindung zu bringen. Systematische Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen den diagnostischen Möglichkeiten und der in Abrechnungsdaten dokumentierten Prävalenz der Krankheiten sind den Autoren nicht bekannt; entsprechende Untersuchungen können auch mit den uns vorliegenden Daten nicht vorgenommen werden. Es spricht aber einiges dafür, einen Teil des Diagnoseanstieges verbesserten diagnostischen Möglichkeiten zuzurechnen.

3.4 Änderungen im Kodierverhalten der Ärzte

Bevor auf mögliche strategische Änderungen der Kodierung im Sinne einer Vergütungsoptimierung eingegangen wird, werden zunächst andere Gründe für Änderungen im Kodierverhalten untersucht. So können Änderungen vorgegeben werden, z.B. durch Änderungen im ICD-Verzeichnis oder in den Kodierrichtlinien. Grenzwerte, die für die Kodierung maßgeblich sind, können im Zeitverlauf geändert werden. Beispiele hierfür sind die Grenzwerte für Bluthochdruck bei Hypertonie, der LDL-Wert für Fettstoffwechselstörungen oder der Harnsäurewert bei Gicht. Auch gibt es einen „Katalogeffekt“ durch die für die Kodierung zur Verfügung stehenden Diagnosen. So wurde in der 2009er Revision des ICD-GM die Zahl der Codes, die für die Kodierung von Diabetes mit renalen oder multiplen Manifestationen zur Verfügung stehen, von 30 auf 50 erhöht. Entsprechend sprunghaft ist auch die Zahl der plausibilisierten Diagnosen mit der Umstellung angestiegen (Abbildung 2).

Die Kodierrichtlinien treten für die vertragsärztliche Versorgung erst zum 1. Januar 2011 in Kraft. Trotzdem kann bereits die Diskussion um deren Einführung zu einer größeren Sorgfalt der Ärzte bei der Kodierung geführt haben. Auch die Diskussion um die Bedeutung genauer Diagnostik für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich kann – ohne konkrete Einflussnahme seitens der

Krankenkassen – zu einer sorgfältigeren Kodierung geführt haben. Ähnliches gilt auch für eine verbesserte Kodierunterstützung in der Praxisverwaltungssoftware. Schließlich sind auch Auswirkungen der stationären Kodierrichtlinien auf die vertragsärztliche Diagnosestellung denkbar. Krankenhausärzte, die sich niederlassen, werden sicherlich ihre am DRG-System geschulten Kodiergewohnheiten nicht aufgeben.

Es lässt sich nur schwer feststellen, ob es sich bei Änderungen der ärztlichen Kodiergewohnheiten um eine Annäherung der dokumentierten Morbidität an die reale Morbidität handelt, oder um eine vergütungsoptimierende Abweichung der dokumentierten Morbidität von der realen Morbidität, da sich die reale Morbidität nicht so ohne Weiteres feststellen lässt. Wir haben aber zwei mögliche Vergleichsmaßstäbe. Mit dem Inkrafttreten des GKV-WSG Anfang 2007 stand zwar fest, dass ein auf 80 Krankheiten beschränkter morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich eingeführt würde, es bestand aber erhebliche Unsicherheit über die Ausgestaltung. Weder waren die 80 Krankheiten bekannt, noch war es von Anfang an klar, dass die Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung herangezogen würden. Erst mit der Festlegung des Bundesversicherungsamtes im Sommer 2008 konnten Krankenkassen etwaige Strategien zur Beeinflussung der

Kodierung entwickeln. Der Vergleichsmaßstab lautet also, ob es einen zeitlichen Zusammenhang zwischen Änderungen im Kodierverhalten und der Festlegung des BVAs gibt. Der zweite Maßstab stellt auf die Tatsache ab, dass es mit der Beschränkung auf 80 Krankheiten auch zahlreiche Krankheiten gibt, die im RSA nicht berücksichtigt werden. Daher ist zu fragen, ob es systematische Unterschiede zwischen dem Diagnoseanstieg bei berücksichtigungsfähigen und nicht berücksichtigungsfähigen Krankheiten gibt (Abbildungen 3 und 4).

Zunächst fällt auf, dass die Steigerungsraten bei den Diagnosen der berücksichtigungsfähigen Krankheiten höher liegen als bei denen der nicht berücksichtigungsfähigen Krankheiten. Allerdings: Auch wenn sich ein Diagnoseanstieg insgesamt nicht demographisch erklären lässt, so kann ein Unterschied von 0,5 % bis 1 % zwischen den Steigerungsraten bei den berücksichtigungsfähigen Krankheiten, d.h. den wesentlichen chronischen Krankheiten, und den nicht berücksichtigungsfähigen Krankheiten, die insbesondere auch akute Krankheiten beinhalten, demographisch erklärt werden. Auffällig ist aber die Steigerungsrate von 2007 auf 2008. Hier hat sich der Abstand bei den berücksichtigungsfähigen zu den nicht berücksichtigungsfähigen Diagnosen auf 2,3 Prozentpunkte erhöht. Allerdings resultiert dieser Anstieg im Jahr 2008 aus einer

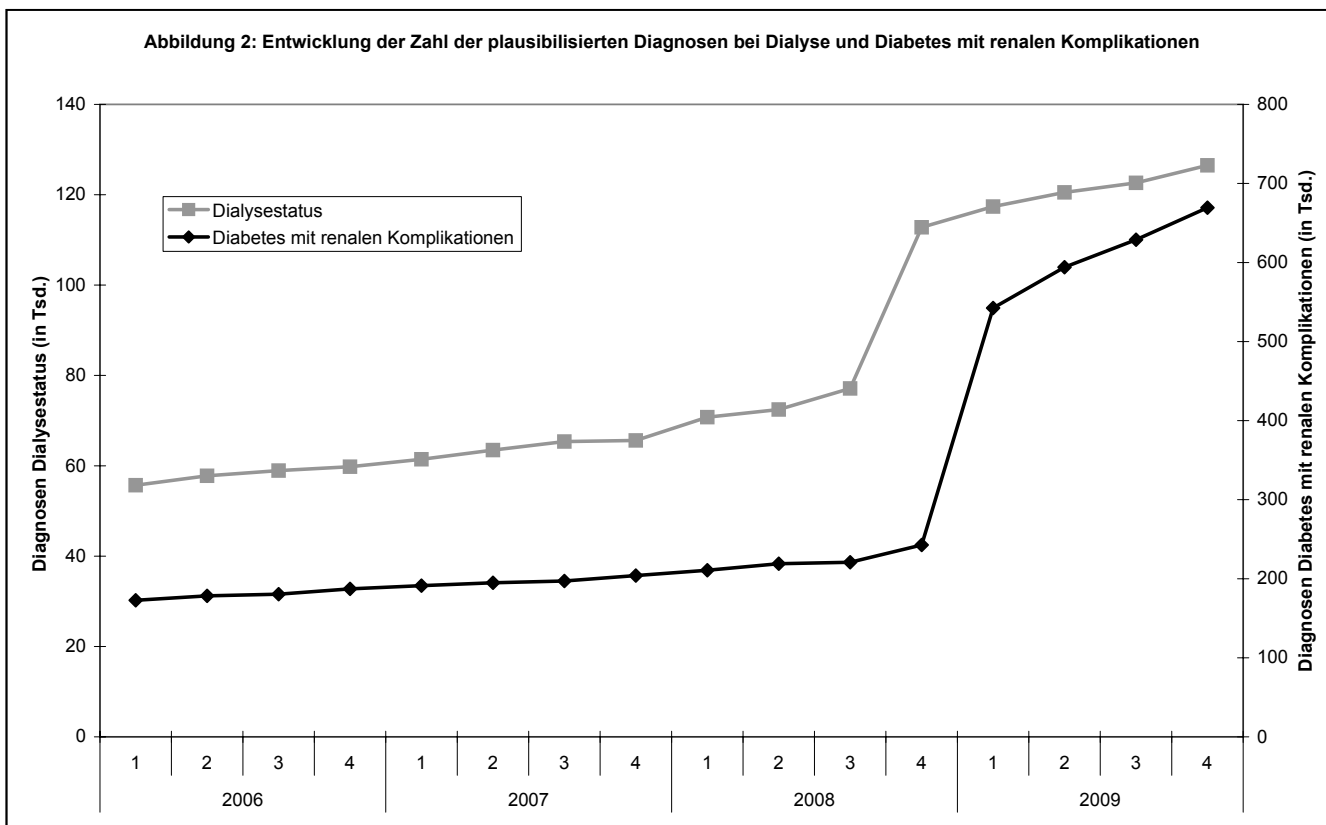


Abbildung 3: Veränderungsrate bei den plausibilisierten Diagnosen für nicht berücksichtigungsfähige Krankheiten

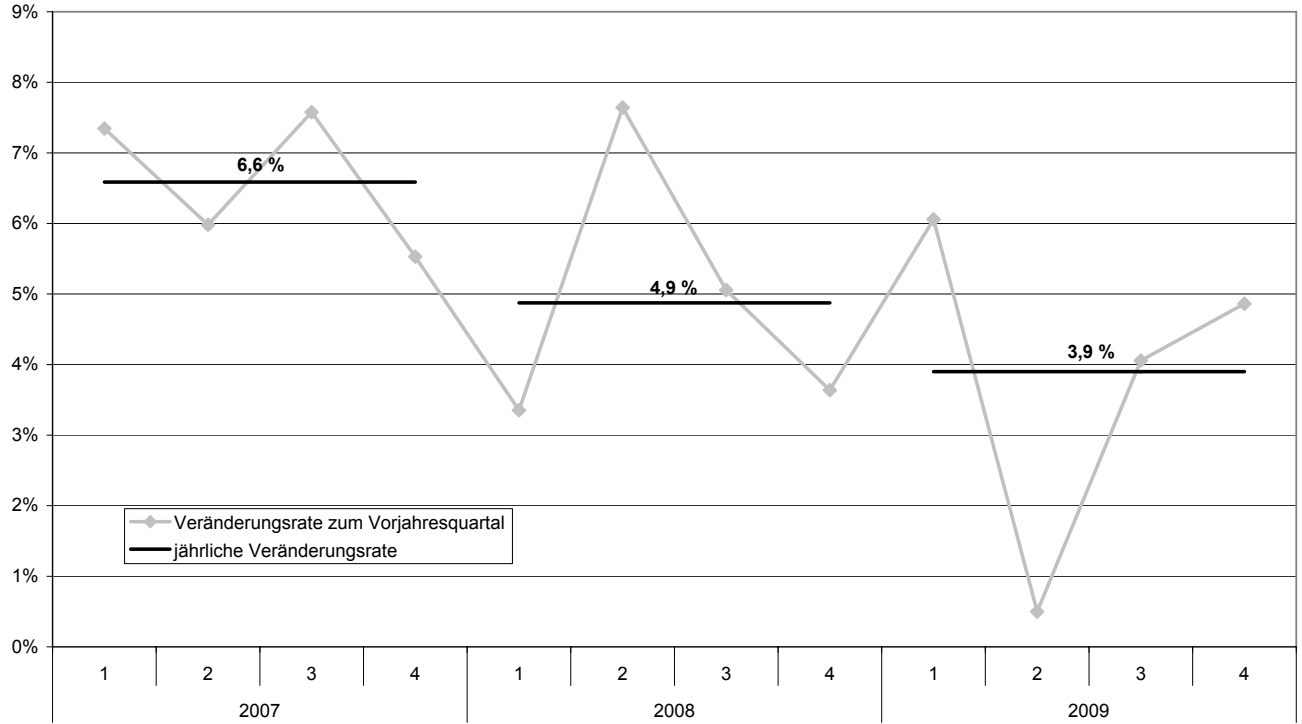
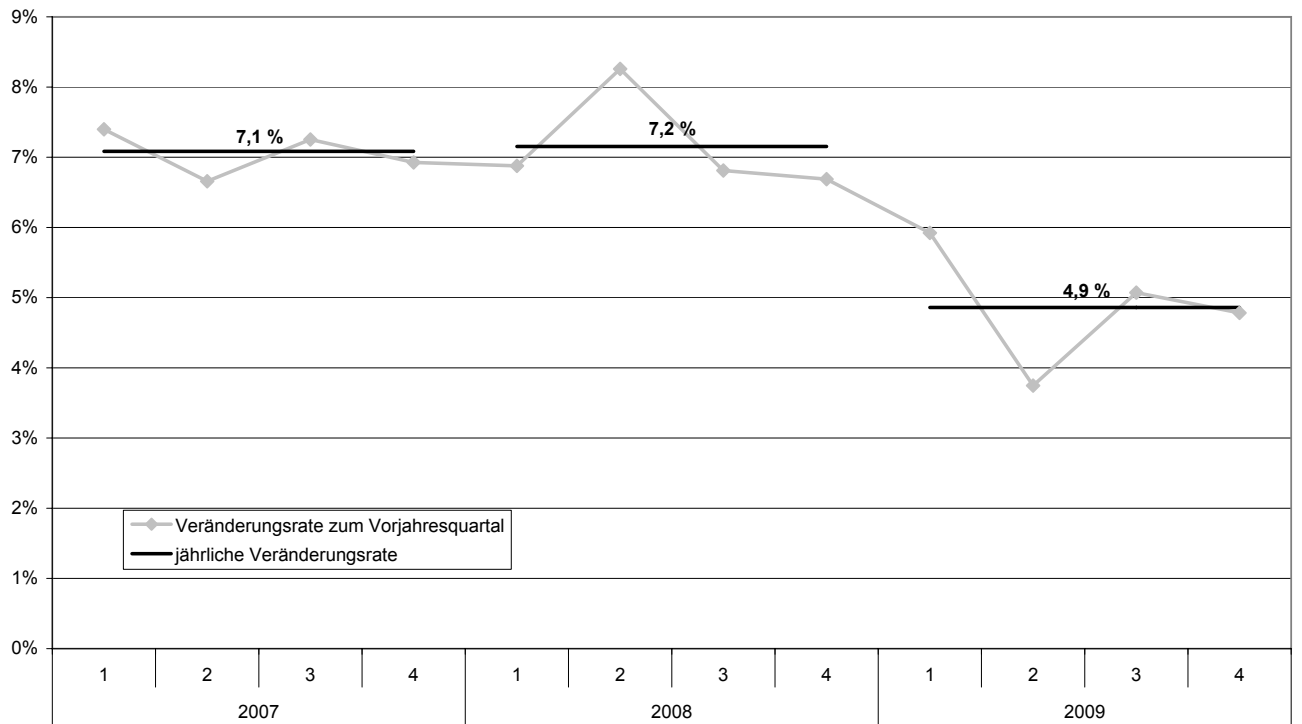


Abbildung 4: Veränderungsrate bei den plausibilisierten Diagnosen für berücksichtigungsfähige Krankheiten



außergewöhnlich hohen Steigerungsrate im ersten Halbjahr 2008, also vor dem Bekanntwerden der Spezifikation des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.

Tabelle 2: Steigerungsraten der Diagnosen im Zeitverlauf für die Morbiditätsgruppen aus Tabelle 1

Morbiditätsgruppe	2006/2007	2007/2008	2008/2009
Dialysestatus	10,20%	30,20%	46,20%
Spinalkanalstenose	21,20%	19,80%	16,40%
Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom	14,30%	15,20%	9,70%
Lymphknotenmetastasen	13,10%	15,10%	9,80%
N.n.s. Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen	4,00%	18,80%	-8,80%
Akutes Lungenödem und respiratorische Insuffizienz	6,30%	5,90%	6,70%
Ösophagitis, Reflux und andere Erkrankungen der Speiseröhre	12,00%	11,00%	7,90%
Diabetes mit renalen Manifestationen	9,50%	13,50%	172,60%
Sehr schwere Stoffwechselstörungen	10,10%	12,30%	7,40%
Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	8,90%	10,20%	6,80%

Quelle: Eigene Berechnungen

Auch für die Krankheiten mit den stärksten Steigerungsraten aus Tabelle 1 lassen sich diese Steigerungsraten in einem langfristigen Trend beobachten, der sich seit Anfang 2006 beobachten lässt (Tabelle 2). Nicht nur lassen sich die Steigerungen bereits weit vor Einführung des morbiditätsorientierten RSA beobachten, vielmehr lässt sich zuletzt auch ein Rückgang beobachten. Ausnahmen sind – neben dem bereits oben diskutierten Fall des Diabetes mit renalen oder multiplen Manifestationen – die Diagnosen für die Morbiditätsgruppe „Dialysestatus“ (Abbildung 2). Deren Anstieg steht offenbar tatsächlich mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs in Zusammenhang (sprunghafter Anstieg im 4. Quartal 2008). Das Klassifikationsmodell fordert hier für das Jahr 2009 ausschließlich die Diagnosen aus dem Z-Kapitel der ICD-Klassifikation (Z49, Z99.2). Es hat sich jedoch herausgestellt, dass viele Ärzte lediglich die terminale Niereninsuffizienz kodieren (N18.0, N18.84), ohne die entsprechenden Z-Codes zu dokumentieren. Dies wurde mit der Anpassung der Klassifikation für das Jahr 2010 behoben; gleichwohl haben die Krankenkassen mit dem Start des Fonds für viele teure Dialysefälle nicht den entsprechenden Morbiditätszuschlag erhalten. Offensichtlich waren die Krankenkassen erfolgreich darin, nach Veröffentlichung des Klassifikationsmodells viele Nephrologen von der Wichtigkeit der Z-Diagnosen zu überzeugen. Hierfür spricht nicht nur der Sprung im 4. Quartal 2008, der von einer danach sogar unterdurchschnittlichen Entwicklung gefolgt wird, sondern

auch die Tatsache, dass zum einen der Anstieg flächendeckend bei allen Krankenkassen zu beobachten ist und sich die Höhe des Zuschlags trotz der Mengenausweitung nicht verändert hat.

3.5 Datentechnische Vervollständigung der Erfassung

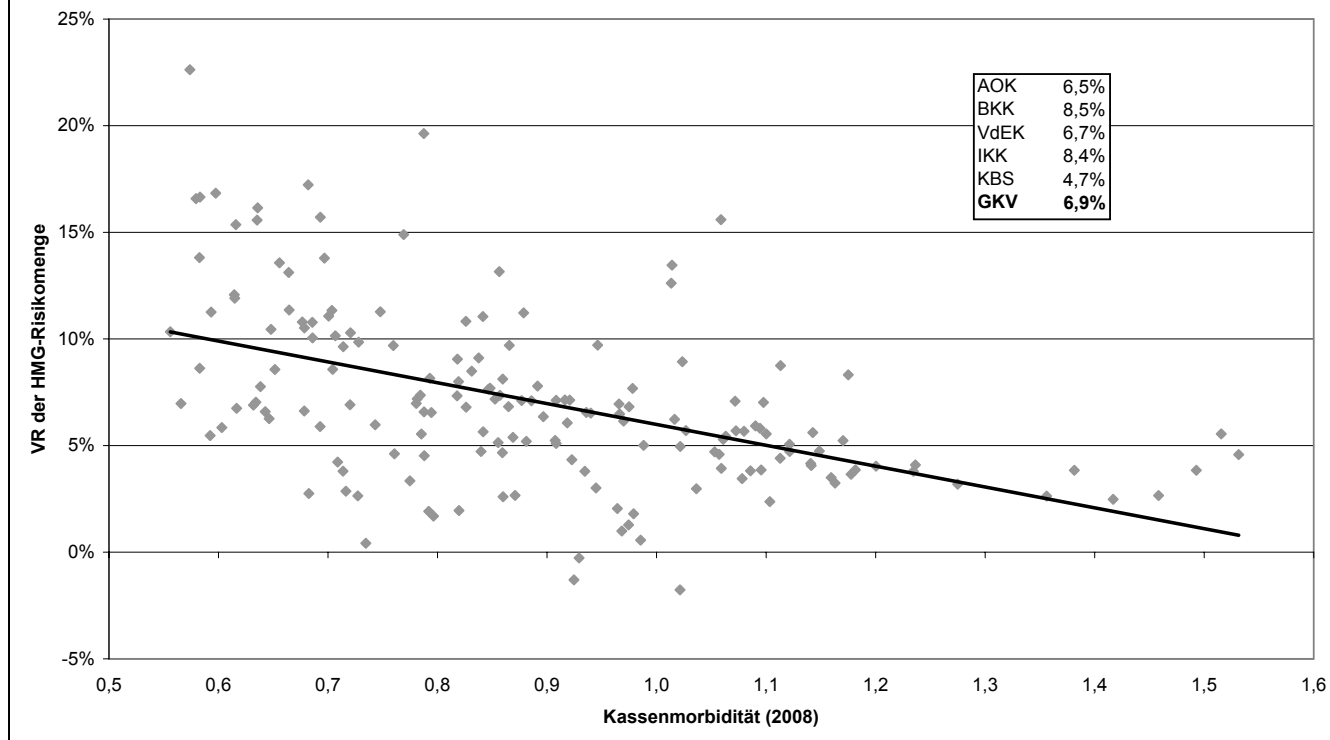
Die Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung werden seit dem Jahr 2004 an die Krankenkassen gemeldet. Es ist daher zu erwarten, dass diese Diagnosen inzwischen verlässlich und vollständig von den Krankenkassen erfasst werden. Allerdings gibt es neben diesen Einzelfallnachweisen, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen quartalsweise an die Krankenkassen elektronisch gemeldet werden, weitere Diagnosequellen. So gibt es Diagnosen aus den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Krankenhäusern, Diagnosen aus Integrierten Versorgungsverträgen etc., für die ggf. andere Abrechnungswege gelten. Diese wurden möglicherweise nicht bei allen Krankenkassen erfasst und waren daher in den ersten Meldungen nicht vollständig. Mit der finanziellen Bedeutung, die die Diagnosen nun erlangt haben, werden in der Zwischenzeit alle Krankenkasse Maßnahmen ergriffen haben, alle vorliegenden Diagnosen auch zu erfassen und zu melden. Eine weitere Erklärung für den Diagnoseanstieg kann daher eine vollständigere Erfassung bei den Krankenkassen sein.

Um dies zu analysieren, wird in Abbildung 5 der Anstieg der (mit den Gewichtungsfaktoren des Jahresausgleichs 2009 bewerteten) Risikomenge je Versicherten in den HMG der einzelnen Krankenkassen auf der Ordinate abgetragen. Auf der Abszisse wird der entsprechende Risikofaktor (case mix index) der Krankenkasse abgetragen (überdurchschnittliche Morbidität > 1, unterdurchschnittliche Morbidität < 1). Die höchsten Steigerungsraten sind bei Krankenkassen mit niedriger Morbidität zu verzeichnen. Dies alleine ist kein Beweis dafür, dass es sich bei den Steigerungen um EDV-Nacherfassungen handelt. Zusammen mit der Tatsache, dass Aktivitäten zur Beeinflussung der dokumentierten Morbidität insbesondere bei morbiditätsstarken Krankenkassen bekannt geworden sind (Göpffarth/Sichert 2009) und den bekannten EDV-Problemen, insbesondere der Betriebs- und Innungskrankenkassen, bei den ersten Datenmeldungen für den morbiditätsorientierten RSA (Hock 2010), sind dies jedoch starke Indizien.

4. Schlussfolgerungen

Der hohe Anstieg der Diagnosen bleibt ein Phänomen, für das sich keine einfache Erklärung anbietet. Weder inhaltlich noch zeitlich kann ein Zusammenhang mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs festgestellt werden. Dies deckt sich auch mit Erkenntnissen des Instituts des Bewertungsausschusses (2009), das für den Zeitraum 2004 bis 2007 von Zunahmen der Prävalenzen nach Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung von bis zu 17% (Hypertonie) berichtet. Vermutlich setzt sich der Anstieg daher aus einer Vielzahl von Einzeleffekten zusammen. Jeweils ein Teil des Anstiegs

Abbildung 5: Anstieg der Risikomege nach Kassenmorbidity



lässt sich auf verbesserte Diagnostik, verfeinerte Kodiervorgaben, größere Sorgfalt bei der Kodierung durch Ärzte und eine vollständigere Erfassung bei den Krankenkassen zurückführen. Mit der Ausnahme des Sonderfalls „Dialysestatus“ gibt es bislang keinen Hinweis, dass der Anstieg der Diagnosen sachlich oder zeitlich mit der Einführung des morbiditätsorientierten RSA zu tun hat.

Auch wenn sich hier kein Zusammenhang zeigt, gilt es wachsam zu bleiben. Aktivitäten der Krankenkassen in diesem Bereich sind bekannt (vgl. Göppfarth/Sichert 2009). Nachdem bislang die vertragsärztlichen Diagnosen im Vordergrund standen, geraten nun auch die Krankenhausdiagnosen in den Fokus. Der Gesetzgeber hat hierauf reagiert, und dem Bundesversicherungsamt eine entsprechende Beobachtungspflicht aufgetragen, mit der Möglichkeit, Prüfungen bei den Krankenkassen einzuleiten und ggf. auch finanzielle Sanktionen zu verhängen (§ 273 SGB V).

Auch wenn der Diagnoseanstieg (bislang) nicht auf Manipulationen durch die Krankenkassen zurückzuführen ist, stellt sich die Frage, welche Auswirkungen der kontinuierliche Anstieg für das Verfahren hat. Im morbiditätsorientierten RSA scheinen diese Auswirkungen gering zu sein. Hier hilft die Konstruktion des Gesundheitsfonds, bei der das zu verteilende Finanzvolumen schon im Vorhinein feststeht. Erhöhte Morbidität führt damit zu kompensierenden Effekten, die den Morbiditätsanteil der Zuweisungen und

damit auch die Verteilungswirkungen gering halten. Die Auswirkungen auf morbiditätsorientierte Vergütungssysteme, die nicht gedeckelt sind, wären damit erheblich größer.

Langfristig entscheidend wird die Frage sein, ob es sich um eine Annäherung der dokumentierten Morbidität an die tatsächliche Morbidität handelt. Gerade im Bereich der Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung ist bekannt, dass die Qualität der Kodierung noch verbessert werden kann (vgl. Gerste/Gutschmidt 2006, Schwinger et al. 2006, Erler et al. 2009). Handelt es sich um eine Qualitätsverbesserung, dürfte der Anstieg nicht kontinuierlich sein, sondern sich einem Niveau annähern. Hierfür sprechen die im Zeitverlauf fallenden Steigerungsraten, obwohl sie immer noch sehr hoch sind. Sollte es sich hingegen um eine dauerhafte Inflation der Diagnosezahlen handeln, könnte dies langfristig zu Lasten der Erklärungskraft des Verfahrens gehen. Daher bleibt zu beobachten, wie sich diese Entwicklung in den nächsten Jahren fortsetzt.

Literatur:

- Ballesteros Kracher, P. (2010): Wie manipulierbar ist der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich?, in: D. Göppfarth; S. Greß; K. Jacobs; J. Wasem (Hrsg): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010, Heidelberg, S. 13-25.
- Bendszus, M.; Ladewig, G.; Jestaedt, L.; Misselwitz, B.; Solymosi, L.; Toyka, K.; Stoll, G. (2008): Gadofluorine M enhancement allows more sensitive

detection of inflammatory CNS lesions than T2-w imaging: a quantitative MRI study, *Brain* (131): 2341-2352.

Carter, G.M.; Ginsburg, P.B. (1985): The Medicare Case Mix Increase, Report prepared for the Health Care Financing Administration, RAND/UCLA Center for Health Care Financing Policy Analysis.

Dudey, S. (2010): Optimale Morbiditätsabbildung bei fehlerhaften und unvollständigen Datengrundlagen?, in: D. Göppfarth; S. Greß; K. Jacobs; J. Wasem (Hrsg): *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010*, Heidelberg, S. 27-39.

Erlar, A.; Beyer, M.; Muth, C.; Gerlach, F. M.; Brennecke, R. (2009): Garbage in – Garbage out? Validität von Abrechnungsdiagnosen in hausärztlichen Praxen, *Gesundheitswesen* (71): 823-831.

Gerste, B.; Gutschmidt, S. (2006): Diagnosequalität von Diagnosedaten aus dem ambulanten Bereich, *Gesundheits- und Sozialpolitik* 60 (3-4): 29-43.

Glaeske, G.; Göppfarth, D.; Otto, F. (2006): Fehlanreize durch RxGroups im Risikostrukturausgleich? Eine Erwiderung, *Gesundheits- und Sozialpolitik* 60 (5-6): 59-63.

Göppfarth, D. (2009): Der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds, *Soziale Sicherheit* 58 (1): 12-17.

Göppfarth, D.; Sichert, M. (2009): Morbi-RSA und Einflussnahmen auf ärztliches Kodierverhalten, *Die Krankenversicherung* 61 (8): 186-191.

Hock, M. (2010): Datenqualität im Vergleich der Kassenarten, Vortrag bei der Tagung „Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich – Erfahrungen, Entwicklungen, Herausforderungen“ des BKK-Bundesverbandes am 22. November 2010 in Essen.

Institut des Bewertungsausschusses (2009): Bericht zur Schätzung der Morbiditätsveränderung 2008/2009 und zur Repräsentativität und Plausibilisierung der Datengrundlage des Bewertungsausschusses, Berlin.

Institut des Bewertungsausschusses (2010): Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses zu Vollständigkeits- und Repräsentativitätsprüfungen gemäß Beschluss des 184. BA vom 20. Mai 2009 und den Ermittlungen der Strukturveränderung der Morbidität zwischen den Jahren 2006 und 2008, Berlin.

König, W.; Malin, E.-M. (2005): Zur Effektivität des morbiditätsorientierten RSA – Wunsch und Wirklichkeit, *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2005; 59 (1-2): 25-27.

König, W.; Malin, E.-M.; Hernold, P. (2009): Stolperstart in den Gesundheitsfonds: Zusatzbeitrag vornehmlich für Gesunde?, *Die BKK* 97 (1): 8-16.

Schwinger, A.; Dräther, H.; Heller, G. (2006): Von der Diagnose zum Honorar, *Gesundheit und Gesellschaft* 9 (5): 18-19.

Weber, M.W.; Nef, H.; Moellmann, H.; Mayer, S.; Liebetrau, C.; Woelken, M.; Hamm, C.W. (2009): Diagnostic and Prognostic Value of High Sensitive Troponin T in Patients With Acute Coronary Syndromes, *Circulation* 120: 1036.

Fußnoten:

- 1 Vgl. NDR-Panorama Nr. 732 vom 14. Oktober 2010. In der Sendung führt Prof. Glaeske aus: „...das sind Steigerungen, die nur auf die Codierweise zurückzuführen sind und nicht darauf, dass hier wirklich die Krankheiten angestiegen sind. [...] Das ist sozusagen die Manipulation, die in diesem System liegt: Ich schaffe mehr Krankheit, weil ich dadurch mehr Honorar schaffen kann für meine Praxis und mehr Zuweisung schaffen kann für meine Krankenversicherung.“
- 2 Vergleichbare Steigerungsraten verzeichnet auch das Institut des Bewertungsausschusses (2010: 53).

Schriften zur europäischen Arbeits- und Sozialpolitik



Gewerkschaften und kollektives Arbeitsrecht in Polen

Wechselbeziehungen im geschichtlichen Kontext

Von Dr. Karolina Stegemann

2011, Band 7, 630 S., brosch., 119,-€, ISBN 978-3-8329-5715-5

Gewerkschaften spielten in Polens jüngster Geschichte und bei der Rechtsentwicklung eine besondere Rolle. Diese Studie liefert erstmals eine interdisziplinäre Analyse der vielschichtigen Wechselbeziehungen, welche die Dynamik gegenseitiger Beziehungen zwischen Staat, Gewerkschaften und Arbeitgebern ausmachen und das aktuelle polnische Arbeitsrecht prägen.

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



Nomos