

EDITORIAL

Die Gesundheitsberufe beklagen seit jeher das kaltherzige Diktat der Ökonomie und insbesondere der Gesundheitsökonomie. Als sie in der kurzen Blüte der so genannten „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“ zur Begründung finanzieller Mehrbedarfe neben „ökonomischen“ nun auch „medizinische Orientierungsdaten“ forderten, erlebten sie eine Flut in ihrem Sinne prekärer Gutachten. Diese Gutachten postulierten Qualitätsdefizite en masse sowie Über-, Unter- und Fehlversorgung: Die passende wissenschaftliche Begleitmusik für Jahre der Budgetierung und – wenn auch lückenhafte - Bindung ihrer Ausgaben an die Einnahmen der Krankenkassen.

Der Fortschritt der Gesundheitsökonomie hat inzwischen zu an „medizinischen“ Parametern orientierte Instrumente geführt. Bei der Verteilung von Gesundheitsbudgets werden diagnosenbasierte Vergütungssysteme eingesetzt. Im Krankenhaus die Diagnosebasierten Fallpauschalen (DRG), in der ambulanten ärztlichen Behandlung die Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung. Diese Systeme verheißen mit „Upcoding“ die Chance, sich mittels ärztlich medizinischer Feststellungen aus der Knappheit zu diagnostizieren und dem Diktat der Ökonomie zu entgehen. Höher bewertete Diagnosen führen zu höheren Zuschlägen und damit zu höheren Fallpauschalen bzw. Vergütungen. Und stehen die Krankenkassen tatsächlich unter einem politisch breit angelegten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich „light“ mit Dominanz ambulanter ärztlicher Diagnosen, verbindet sich ihre Suche nach dem „gesunden Kranken“ mit der Präferenz der Ärzte für den gerade kranken Gesunden zu einer perversen Inszenierung. Das politisch inspirierte Encounter-Modell des BVA, das ohne indikationsbezogene Schweregrade auskommt, hätte alle Chancen dazu und hielt auch die finanzielle Aufmerksamkeit der Krankenkassen auf der prämaladen Kundschaft der Kassenärzte. Die Schwerkranken wären die Verlierer.

Auch von daher ist mit Nachdruck daran zu erinnern: Was die Morbiditätsorientierte Vergütungssysteme gut können, ist Geld nach der morbiditätsbedingten Dringlichkeit des Bedarfs der Patienten in verschiedene Verwendungen

zu lenken. Anders als bei den Krankenhäusern hat der Gesetzgeber diesen Allokationsvorteil bei den Ärzten nicht genutzt. Der Morbiditätsbezug gilt hier nur für die Geldbeschaffung der Kassenärztlichen Vereinigung bei den Krankenkassen und nicht im Hinblick auf die eigentliche Stärke des Instruments in der Verteilung auf den Arzt und seine Patienten. Es wäre aber eine Illusion zu glauben, Morbi-Vergütungssysteme brächten das bedarfsgerechte Budget oder die ideale Gesundheitsquote hervor. Kurzfristig ist nur die veränderte Altersstruktur der Versicherten relevant. Und deshalb fordern zurzeit Ärzte wie Krankenhäuser finanziellen Nachschlag. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird mit Forderungen von 4 bis 8 Mrd. Euro zitiert und die Deutsche Krankenhausgesellschaft steht dem kaum nach.

Da in 2009 auch der Gesundheitsfonds eingeführt werden soll und der Startbeitragssatz der Krankenkassen gesetzlich festgesetzt werden wird, richten sich die Forderungen tatsächlich an die Politik. Und im Jahre 2009 wird der Bundestag neu gewählt. Soweit die Einnahmen der Krankenkassen basierend auf der Grundlohnentwicklung der Versicherten überfordert werden, sind „Staatszuschüsse“ und/oder Zusatzprämien der Versicherten das Ventil. Und die Krankenkassen werden angesichts „morbiditätsbasierter“ Vergütungssysteme alle Mühe haben, die Ausgabenanstiege einzudämmen. Wie bei EBM-Reformen der Ärzte gezeigt, sind über Nacht leicht 30 Prozent mehr Leistungen aufgeschrieben bzw. abgerechnet. Gesundheitsreformen im Jahrestakt werden so kaum der Vergangenheit angehören. Werden die Budgetlinien auch nur nach dem Anstieg des Bruttoinlandsprodukts erhöht und nicht nur nach dem geringeren Anstieg der Grundlöhne der Versicherten, ist die Treppe eingerichtet, nach der der Staatszuschuss mindestens steigen muss. Der Weg in die Morbidität geht auf jeden Fall „aufwärts“.

K.H. Schönbach

