

Wie viel Morbiditätsorientierung braucht das vertragsärztliche Vergütungssystem? – Ein vorläufiges Fazit

Ein zentrales Element der durch das GKV-WSG ins Werk gesetzten ambulanten Vergütungsreform ist die Morbiditätsorientierung, d.h. die Kopplung der vertragsärztlichen Vergütung an ambulante Diagnosen. Angesichts der Ankündigung einer erneuten Reform im Jahr 2011 wird diskutiert, welche Schlüsse aus der bisherigen Umsetzung der Morbiditätsorientierung zu ziehen sind, insbesondere welche Funktionen fortentwickelt und welche eher aufgegeben werden sollten.

■ Antje Schwinger, Hans-Dieter Nolting

1 Einleitung

Zentraler Bestandteil der letzten Honorarreform war die Morbiditätsorientierung, d.h. in diesem Fall die Kopplung der vertragsärztlichen Vergütung an ambulante Diagnosen. Die Budgetierung der ärztlichen Honorare sollte aufgehoben, die ärztliche Vergütung stattdessen an der Morbiditätsentwicklung der GKV-Versicherten ausgerichtet werden.

Mehr als sechs Jahre nach erstmaliger gesetzlicher Verankerung dieses Ansatzes im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) und zwei Jahre nach Inkrafttreten der durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vorgenommenen Modifizierungen ist die Morbiditätsorientierung faktisch nur in Ansätzen realisiert. Die fachliche Diskussion über die konkrete Ausgestaltung ist bei Weitem nicht abgeschlossen. Zum einen ist die Frage bislang ungelöst, was mit der Morbiditätsorientierung bewirkt werden soll: Geht es nur darum, den Zuwachs der ärztlichen Honorare zu bemessen oder soll mit Hilfe der Morbiditätsorientierung auch die Verteilung der Mittel gesteuert werden? Zum anderen sind aber auch methodische Aspekte weiterhin offen: Wie ist das Patientenklassifikationssystem, mit dem

die Morbidität gemessen werden soll, auszugestalten? Wie sind Right- bzw. Upcoding-Effekte oder Verlagerungen zwischen den Sektoren zu quantifizieren?

Während diese Fragen einer Beantwortung harren, wird durch das Bundesministerium für Gesundheit für 2011 bereits die nächste Reform angekündigt (Deutsches Ärzteblatt 2010). Es ist also an der Zeit, grundlegend zu hinterfragen, für welche Aufgabenstellungen eine Morbiditätsorientierung tatsächlich sinnvoll bzw. erforderlich ist.

Im Folgenden werden der Begründungskontext der Reform dargestellt und die im Gesetz verankerten Ziele und Aufgaben der Morbiditätsorientierung herausgearbeitet. Anschließend wird deren Stichhaltigkeit – insbesondere auch vor dem Hintergrund der heutigen Erfahrungen – kritisch aufgegriffen und diskutiert, für welche konkreten Zwecke eine Morbiditätsorientierung sinnvoll sein kann und für welche nicht.

2 Was wurde mit der Morbiditätsorientierung bezweckt?

Die Morbiditätsorientierung der vertragsärztlichen Vergütung wurde im Jahr 2004 mit dem GMG gesetzlich verankert. Zentrales Argument war, dass die Ärzte aufgrund des demographischen Wandels, medizinischer Innovati-

Antje Schwinger und Hans-Dieter Nolting,
IGES Institut GmbH, Berlin

onen und wachsender ambulanter Behandlungsmöglichkeiten immer mehr Leistungen erbrächten, gleichzeitig die Vergütung aufgrund ihrer Koppelung an die Einnahmementwicklung der Krankenkassen („Budgetierung“) aber nicht im gleichen Umfang steige. Dies wurde auf die Formel gebracht, dass die Ärzte das Morbiditätsrisiko trügen und dieses wieder auf die Kassen übergehen solle.

Nach dem Willen des damaligen Gesetzgebers sollte die Morbiditätsorientierung dafür sorgen, dass die ärztliche Vergütung sich nicht mehr primär an der finanziellen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung sondern an dem Versorgungsbedarf der Patienten orientiert (vgl. BT-Drs. 15/1525, S. 74). Zukünftig sollten Leistungsmengen, ausgedrückt in Form von EBM-Punkten, sowie ein fester und einheitlicher Punktwert vereinbart werden. Die Leistungsmengen seien mit Hilfe eines Patientenklassifikationssystems (PKS) zu ermitteln, das auf Basis von vertragsärztlichen Diagnosen eine Messung der Morbidität leistet (§ 85a (5) SGB V i.d.F. des GMG). Gleichzeitig sollte das PKS aber auch dazu dienen, die Leistungsmengen auf die Arztgruppen aufzuteilen. Sogar das Regelleistungsvolumen des einzelnen Arztes sollte die „Morbiditätsstruktur“ der durch ihn behandelten Versicherten berücksichtigen (§ 85b (3) SGB V i.d.F. des GMG).

Zwar wurde mit dem GKV-WSG im Jahr 2007 die Morbiditätsorientierung auf Arztgruppen- und Arzzebene wieder zurückgenommen, grundsätzlich aber an dem Konzept festgehalten. Dabei ist einerseits die Veränderung der Gesamtvergütung morbiditätsorientiert zu bestimmen (§ 87a (4) und (5) SGB V). Die methodische Umsetzung dieser Morbiditätsmessung ist jedoch bis heute nicht abschließend konsentiert und wird durch das aktuell (Oktober 2010) noch im Gesetzgebungsverfahren befindliche GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) für die beiden kommenden Jahre auch erst einmal ausgesetzt (BT-Drs. 581/10).

Andererseits stand aber immer auch die Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten sowie die Finanzierungsgerechtigkeit unter den Kassen im Fokus der Vergütungsreform. Letztere zahlten bis zum Jahr 2008 Kopfpauschalen, welche – historisch bedingt – weder Inanspruchnahme noch Morbidität der Versicherten widerspiegeln. Dies drückte sich in unterschiedlich hohen Punktwerten je Kassenärztlicher Vereinigung (KV) und Kasse(nart) aus und war vor dem Hintergrund einer zunehmenden Wettbewerbsorientierung sowie der Einführung des Risikostrukturausgleichs Mitte der 90iger Jahre nicht mehr tragbar.

Ziel der Vergütungsreform war also auch, die Krankenkassen entsprechend der Morbidität ihrer Versicherten zu belasten. Dies hat in der Diskussion häufig dazu geführt, dass ein unmittelbarer verfahrensmäßiger Zusammenhang zwischen der Morbiditätsorientierung im System der ambulanten Vergütung und der des Risikostrukturausgleichs gefordert wurde. Neben der Tatsache, dass dies auch ordnungspolitisch kritisch zu diskutieren ist (dazu mehr in Abschnitt 3.2), muss betont werden, dass sich die regionalen Gesamtvergütungen (wie auch die kassenspezifischen Zahlungen) im Vergleich zum Jahr 2008 zwar verändert

haben, dies aber nicht auf eine Morbiditätsorientierung zurück zu führen ist.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Gesetz zwar das Ziel „Gleichbehandlung der gesetzlichen Krankenkassen bei der Finanzierung der ärztlichen Vergütung“ genannt (BT-Drs. 16/3100, S. 118ff) wird, die diesbezüglichen Bestimmungen aber unvollständig bleiben. So wird für das Einführungsjahr der neuen Vergütungssystematik (2009) explizit der Aufsatz auf Ist-Leistungsmengen des Jahres 2008 vorgegeben, für die Folgejahre finden sich jedoch keine weiteren Festlegungen (vgl. § 87c (4) SGB V).

Neben der Fortschreibung der Gesamtvergütung sowie der Verbesserung der Finanzierungs- und Verteilungsgerechtigkeit unter den Kassen bzw. den Ärzten wurde die Morbiditätsorientierung darüber hinaus immer auch als Lösung für die Bereinigung der Gesamtvergütung bei den seit Ende der 90iger Jahre zunehmenden Selektivverträgen angesehen. Aufgrund der vom Leistungsgeschehen und der Zahl der Versicherten entkoppelten mitgliederbezogenen Kopfpauschalen war die Bereinigung, d.h. die Kürzung der Gesamtvergütung um die im Selektivvertrag erbrachten Leistungen, faktisch nicht umsetzbar.

Bereits mit dem GMG wurde deutlich der Anspruch formuliert, dass durch die Neuausrichtung der Vergütung ein zentrales Hindernis für die Entwicklung innovativer Versorgungsformen im Rahmen von selektiven Verträgen ausgeräumt werden solle (vgl. BT-Drs. 15/1525, S. 102). Mit dem GKV-WSG wurde hieran angeknüpft und die Bereinigung der Gesamtvergütung in den entsprechenden Verträgen nach §§ 73b, 73c und 140a-d SGB V mit einem direkten Bezug zur Morbiditätsstruktur der Versicherten verankert.

Die Morbiditätsorientierung im System der ambulanten Vergütung soll also – auch in der gegenüber dem GMG bereits um die innerärztlichen Verteilungsfunktionen „abgespeckten“ Variante des GKV-WSG – mehrere Funktionen erfüllen. Von einer schlüssigen Ausgestaltung dieses Ansatzes ist man aber weit entfernt. In Anbetracht der angekündigten erneuten Reform im Jahr 2011 soll der Frage nachgegangen werden, für welche der beschriebenen Ziele bzw. Aufgaben eine Morbiditätsorientierung überhaupt den richtigen Lösungsansatz darstellen könnte.

3 Wofür ist eine Morbiditätsorientierung notwendig?

3.1 Fortschreibung des vertragsärztlichen Gesamtvergütungsvolumens

Grundgedanke einer morbiditätsorientierten Fortschreibung der Gesamtvergütung ist der Wunsch, die für die ärztliche Versorgung bereitgestellten Ressourcen am Behandlungsbedarf der Bevölkerung zu orientieren. Hierbei ist anzuerkennen, dass die Vertragsärzte weder die Kosten einer alternden Gesellschaft und deren steigenden Versorgungsbedarf, noch die finanziellen Folgen des

medizinischen Fortschritts tragen sollten. Gleichzeitig muss aber darauf verwiesen werden, dass die Vertragsärzte im Rahmen der kollektivvertraglichen Ausgestaltung auch die Verantwortung haben, das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten zu steuern und medizinisch nicht begründete Mengenausweitungen zu vermeiden.

Der durch das Patientenklassifikationssystem zu ermittelnde morbiditätsorientierte Behandlungsbedarf soll – dies wird durch § 87a (3) Satz 2 SGB V explizit formuliert – die Leistungsmenge definieren, die medizinisch notwendig ist. Hinter der Morbiditätsorientierung steht also der Wunsch, auf empirischer Basis den „echten“ (Mehr-)Bedarf von „medizinisch nicht notwendigen Mengenentwicklungen“ zu trennen.

Diese Idee stößt in der Praxis gleich auf mehrere grundlegende Probleme. Eines ist der Anreiz zum strategischen Kodieren, welches auch in anderen Kontexten kritisch diskutiert wird.¹ Gleichzeitig waren bei Einführung des diagnosebasierten Vergütungssystems keine über den Minimalstandard des ICD-10 GM² hinausgehenden Kodierregeln in Kraft. Kodierrichtlinien wurden erst Mitte des Jahres (2010) konsentiert, werden zur Zeit erprobt und voraussichtlich zum 1. Januar 2011 eingeführt.³

Vor diesem Hintergrund ist nicht davon auszugehen, dass die mit Hilfe des PKS gemessene Fortschreibungsrate allein die veränderte Morbidität, sondern immer auch das veränderte Kodierverhalten ausdrückt. Die Trennung der echten Morbiditätsentwicklung von den Kodiereffekten gilt daher als eine der zentralen Herausforderungen für die Weiterentwicklung des Systems ab 2009 (Wasem & Walendzik, 2008).

Mindestens so schwer wie die Defizite hinsichtlich einer verlässlichen Kodierpraxis wiegt jedoch, dass die Methode der Morbiditätsorientierung gar nicht dafür entwickelt wurde, „echten“ Bedarf von „falscher“ Mengenentwicklung zu trennen. Ansatz der diagnosebezogenen Klassifikationsverfahren ist die Erkenntnis, dass Alter und Geschlecht nicht ausreichen, individuelle Krankheitskosten präzise genug vorherzusagen, weshalb man Diagnosen – je nach methodischer Ausgestaltung u.U. zusätzlich auch Arzneimittelverordnungen – als Prädiktoren zur Hilfe nimmt. Die Methode wird auch heute vorwiegend dafür eingesetzt, individuelle Ausgaben der Versicherten möglichst genau zu schätzen, um Risikoselektion zu vermeiden oder faires Benchmarking zu ermöglichen.

Auf den ersten Blick ist es einleuchtend, diese Methode auf die Frage nach einer angemessenen Fortentwicklung der Vergütung zu übertragen: Mit Hilfe des PKS wird ein standardisierter Behandlungsbedarf je Diagnose ermittelt. Wenn man die oben beschriebenen Probleme bezüglich strategischen Kodierens ausklammert, müsste jede neue Diagnose im Mittel genau diesen zusätzlichen Behandlungsbedarf auslösen. Die Fortschreibungsrate ergäbe sich aus der Summe der zusätzlich erwarteten standardisierten Behandlungsbedarfe aufgrund neuer bzw. veränderter Diagnosen – sprich aus der Morbiditätsveränderung.

Mag dies auf den ersten Blick überzeugen, so stecken die Probleme wie so häufig im Detail, denn je nachdem

- welche konkreten Diagnosen Eingang in die Messung finden,
- welcher Zeitbezug für die Prädiktion gesetzt wird und
- wie die Risikoklassen abgegrenzt bzw. zusammengefasst werden,

wird jeweils ein anderer Behandlungsbedarf festgestellt. Folglich stellt sich die Fortschreibungsrate je nach konkreter Ausgestaltung des PKS unterschiedlich dar. Dies wird z.B. in einer Analyse des Instituts des Bewertungsausschusses anschaulich. Dort wurden zwölf Ausgestaltungsvarianten erprobt. Diese liefern Steigerungsraten für 2007 auf 2008, die von 2,26 Prozent bis 4,63 Prozent reichen (vgl. Institut des Bewertungsausschusses 2010, S. 80). Dies würde z.B. bezogen auf ein budgetiertes Vergütungsvolumen von 25 Mrd. Euro einen Unterschied von knapp 600 Mio. Euro bedeuten.

Darüber hinaus muss kritisch diskutiert werden, inwiefern es überhaupt sachgerecht ist, bei der Bedarfsermittlung auf dem Status quo, also den empirisch vorgefundenen Leistungsmengen eines Jahres aufzusetzen. Fließen nicht z.B. auch Regionen mit Überversorgung und damit ggf. medizinisch nicht indizierte Leistungen in die Berechnungen ein? Sind alle Wirtschaftlichkeitsreserven berücksichtigt und Leistungsverlagerungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor erfasst?

Diese Fragen sind bis heute nicht beantwortet. Weder die konkrete Ausgestaltung des Patientenklassifikationssystems, noch Verfahrensansätze zur Bemessung von Wirtschaftlichkeitsreserven oder Verlagerungseffekten sind zwischen den Selbstverwaltungspartnern abschließend konsentiert.⁴ Auch ist für Dritte nicht transparent, ob die Fortschreibung der Vergütung heute tatsächlich auf dem Konzept der Morbiditätsorientierung beruht oder nicht viel eher als politisch beeinflusstes Verhandlungsergebnis bezeichnet werden müsste.

Zum Beispiel wurde für das Jahr 2009 eine Veränderungsrate der Leistungsmengen gegenüber dem Vorjahr von 5,1 Prozent vereinbart (vgl. 7. EBA 2008). Der Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses zur Schätzung der Morbiditätsveränderung für dieses Jahr weist für 2006 auf 2007 jedoch lediglich Raten zwischen 2,03 und 2,25 Prozent aus (Institut des Bewertungsausschusses 2009, S. 35).

Im nächsten Jahr (2010) wurden dann auf der einen Seite die Berechnungsgrundlagen durch das Institut des Bewertungsausschusses (2010) ausführlich dargelegt. Andererseits wird die für die Ableitung der Vergütungssteigerung vorgenommene Gewichtung der morbiditätsorientierten Veränderungsrate mit dem Faktor 61 Prozent und der Demographiekomponente von 39 Prozent weder durch den Bewertungsausschuss noch durch das Institut des Bewertungsausschusses empirisch begründet.

Für 2010 und 2011 soll vor dem Hintergrund der von der Regierung geplanten Kostendämpfungsmaßnahmen

die Fortschreibung der Gesamtvergütung wieder gesetzlich vorgegeben werden. Damit wird die Koppelung der Gesamtvergütung an wissenschaftlich fundierte Messungen von Morbiditätsveränderungen ausgesetzt. Aus Sicht der Autoren zeigt die beschriebene Entwicklung, dass die Fortschreibung der Gesamtvergütungen stets primär ein Verhandlungsergebnis darstellen wird. Eine Determination oder gar Substitution dieser Verhandlungen durch eine Morbiditätsveränderungsmessung ist u.E. weder realistisch, noch wünschenswert.

3.2 Aufteilung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung

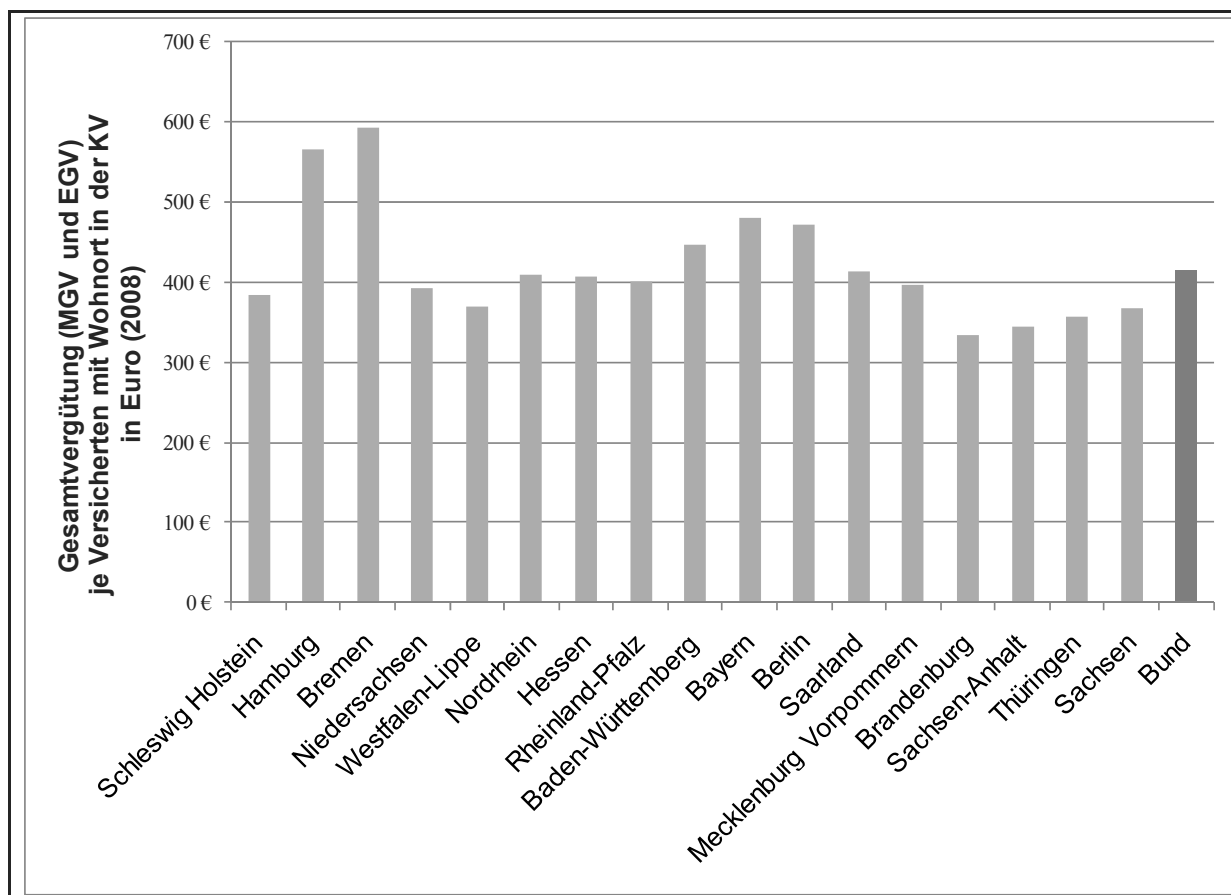
Die Bemessung der Gesamtvergütung je KV sowie die Aufteilung der je KV festgestellten Gesamtvergütung auf die Kassen erfolgt heute ohne Morbiditätsbezug. Die Vergütungshöhe je Versicherten und KV ergibt sich vereinfacht gesprochen aus den vor der Reform erbrach-

ten Leistungsmengen, welche nun mit einem bundesweit einheitlichen Punktwert vergütet werden. Die Morbidität, d.h. die Diagnosen der Versicherten, spielt hierbei keine Rolle (für eine ausführliche Darstellung vgl. Nolting & Schwinger 2009, S. 17f).

Wie Abbildung 1 zeigt, variieren die je Versicherten gezahlten Gesamtvergütungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen in erheblichem Maße: In der KV Bremen lag der Wert 2008 um 43 Prozent über und in der KV Brandenburg um 19 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt. Dies ist gleichzusetzen mit Unterschieden der finanzierten Leistungsmenge je Versicherten.

Für das Jahr 2011 und 2012 ist laut GKV-Finanzierungsgesetz ein Verfahren zu beschließen, das regionale Anpassungsfaktoren festschreibt, wenn bezogen auf die KV „der durchschnittliche Behandlungsbedarf [je] Versicherten einen vom Bewertungsausschuss zu bestimmenden Wert unterschreitet“ (§ 87d (2) Satz 7 SGB V i.d.V. nach BR-Drs. 581/10). Ein Morbiditätsbezug wurde dabei durch den

Abbildung 1: Gesamtvergütung je Versicherten mit Wohnort in den Kassenärztlichen Vereinigungen im Jahr 2008



Quelle: IGES nach KBV (2010) und KM6;
(Zahlen getrennt nach MGV (budgetiert) und EGV (extrabudgetär) sind nicht zugänglich; Darstellung der Werte von 2008, da in 2009 in einigen KVen bereits eine Bereinigung stattgefunden hat; Hochrechnung des 1. Halbjahres auf 2008 Gesamt mit Faktor 2.)

diesbezüglichen Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nicht hergestellt (vgl. 23. EBA). Vielmehr wird die (budgetierte) Gesamtvergütung je KV – gestaffelt nach der regionalen Höhe der Vergütung je Versicherten – unterschiedlich stark angehoben und dadurch eine Annäherung der Vergütungsniveaus je Versicherten erreicht.⁵

Würde eine Morbiditätsorientierung, d.h. eine Vergütung, die sich nach der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten je KV richtet, eine Verbesserung darstellen? Möchte man dies hinsichtlich der gesetzlich gesteckten Ziele bewerten, so ist zuerst die Frage zu beantworten, ob eine Morbiditätsorientierung auf dieser Ebene zu einer höheren Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten führt.

Dies ist aus zwei Gründen zu verneinen. Zum einen, da auch bei gleichem Vergütungsanteil je Diagnose auf Ebene der KV-Gesamtvergütung die Vergütung je Arzt aufgrund unterschiedlicher Versorgungsstrukturen (Fach-/Arztdichte etc.) unterschiedlich bliebe. Darüber hinaus ist in der Honorarverteilung keine Morbiditätsorientierung implementiert⁶, so dass die Vergütungshöhe aus Sicht des einzelnen Arztes auch bei Einführung einer solchen auf KV-Ebene morbiditätsunabhängig bliebe.

Wie steht es mit dem Ziel der Gleichbehandlung der gesetzlichen Krankenkassen bei der Finanzierung der ärztlichen Versorgung? Hier muss aus Sicht der Autoren zwischen regionalen und innerhalb einer KV bestehenden Unterschieden differenziert werden.

Die regionalen Vergütungsunterschiede – also die unabhängig von der Morbiditätsstruktur der Versicherten beobachtbaren Niveauunterschiede zwischen den KVen – sind vor dem Hintergrund der standardisierten Zuweisungen aus dem Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (MRSA) kritisch zu diskutieren. Durch die regional unterschiedlichen Gesamtvergütungsausgaben je Versicherten (bei gleicher Morbidität) und bundesweit standardisierten MRSA-Zuweisungen erhalten Kassen für „teure Regionen“ zu geringe Zuweisungen und vice versa. Dies führt insbesondere zwischen regional und bundesweit agierenden Kassen zu Wettbewerbsverzerrungen. Die Argumentation, dies würde Anreize setzen, in Hochkostenregionen die Ausgaben zu senken, ist vor dem Hintergrund des durch die Vergütungsreform faktisch nicht mehr bestehenden Einflusses der regionalen Vertragspartner auf die Höhe der Gesamtvergütung fraglich. Andererseits würde bei einer bundesweit morbiditätsadjustierten Bemessung der Vergütung je Versicherten der Risikostrukturausgleich für den Teilbereich „Ambulante Vergütung“ letztlich zu einem Ist-Kosten-Ausgleich umfunktioniert; Wirtschaftlichkeitsanreize wären ausgesetzt.

Da eine morbiditätsorientierte Aufteilung der Gesamtvergütung häufig vor dem Hintergrund des MRSA gefordert wird, soll an dieser Stelle betont werden, dass die regionalen Ausgabenunterschiede zwar problematisch, letztlich aber in allen Sektoren zu finden sind. Welche Wirkungen die fehlende Regionalisierung des MRSA auf den Kassenwettbewerb hat, ist anderweitig diskutiert worden (vgl. z.B.

Wasem et al. 2007). Die Ausgestaltung der vertragsärztlichen Vergütung kann aus Sicht der Autoren jedoch nicht die Lösung möglicherweise bestehender Probleme der MRSA-Systematik darstellen.

Neben den regional unterschiedlichen Belastungen werden die Kassen bei gleicher Morbidität auch innerhalb einer KV unterschiedlich belastet. Die Zahlungen der einzelnen Kasse orientieren sich heute immer noch an den in Anspruch genommenen Leistungsmengen vor der Vergütungsreform. Dies bedeutet, dass zwei Kassen in der gleichen Region für zwei Versicherte mit gleichem Alter und gleicher Morbidität unterschiedliche Behandlungsbedarfe – nämlich jeweils entsprechend der tatsächlichen Inanspruchnahme – bezahlen.

Würde dieser Aufsatz auf Ist-Leistungsmengen jährlich aktualisiert erfolgen – dies ist zukünftig aber nicht vorgesehen (vgl. 23 EBA) – so wären Anreize zum wirtschaftlichen Handeln vorhanden, die im Prinzip für die Kassen auch umsetzbar wären. Zwar vermutlich nicht im Rahmen des Kollektivvertrags, aber durch Verlagerung der Versorgung in einen Selektivvertrag kann versucht werden, überproportionale Leistungsmengen der Versicherten zu beeinflussen.

Eine morbiditätsadjustierte Aufteilung der Gesamtvergütung innerhalb einer KV wäre daher aus Sicht der Autoren ordnungspolitisch falsch. Kassen, deren Versicherte eine überproportionale ambulante Leistungsanspruchnahme aufweisen, sollten auch die wirtschaftlichen Folgen tragen.

Die angedeuteten Wirtschaftlichkeitsanreize bestehen jedoch nur, wenn auf den jährlich aktualisierten Leistungsmengen der jeweiligen Versichertenkollektive aufgesetzt wird (natürlich nur im Verhältnis, nicht absolut im Sinne einer Einzelleistungsvergütung). Erfolgt diese Neuberechnung nicht, würde langfristig die Problematik der Kopfpauschalen reproduziert: Während sich die Inanspruchnahme der jeweiligen Kasse aufgrund von Alter, Morbidität sowie soziodemographischen Faktoren veränderte, bliebe ihr Anteil an der Gesamtvergütung innerhalb der KV konstant.

3.3 Bereinigung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung bei Selektivverträgen

Ansatz bei der Bereinigung ist, die Gesamtvergütung entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an den Verträgen teilnehmenden Versicherten unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrags zu bereinigen (vgl. § 73b (7), § 73c (6) und § 140d (2) SGB V).

Ein entsprechendes Verfahren für das Jahr 2010 wurde durch den Bewertungsausschuss beschlossen (vgl. 17. EBA). Dieses orientiert sich analog der Zahlungen der Krankenkassen (siehe Absatz 3.2) an der Inanspruchnahme der Versicherten und nicht an deren Morbidität.⁷

Das gewählte Vorgehen ist für den Zeitraum 2010 erst einmal als sachgerecht einzustufen, da für einen Versi-

cherten sowohl bei der Ermittlung der durch die Kasse zu zahlenden Gesamtvergütung als auch beim Bereinigungsvolumen jeweils die identischen Leistungsmengen herangezogen werden (Schwinger und Nolting 2010). Damit wird erst einmal der Grundsatz erfüllt, die Vergütung um den Betrag zu bereinigen, den die Versorgung im Rahmen der kollektivvertraglichen Versorgung gekostet hätte (vgl. auch BT-Drs. 16/3100 S. 113).

Das Bereinigungsverfahren sollte zukünftig jedoch an einigen zentralen Stellen überarbeitet werden (vgl. hierzu auch Schwinger und Nolting 2010). Zum einen funktioniert der Ansatz nur in befriedigender Weise bei Selektivverträgen, die sich auf Versorgungsleistungen mit zeitlich relativ konstanter individueller Inanspruchnahme beziehen – also vor allem bei Hausarztverträgen. Bei indikationsbezogenen oder facharztspezifischen Verträgen finden sich ggf. keine Leistungsmengen in der betreffenden Vorperiode, so dass der Bereinigungsbetrag bei diesen Versicherten Null ist. Die Einschreibung in einen solchen Vertrag erfolgt aber i.d.R. wenn eine Leistungsanspruchnahme erforderlich wird. Darüber hinaus muss die Frage gelöst werden, wie Bereinigungsbeträge im Zeitverlauf adäquat angepasst und wie ein geeigneter „Rückkehrer-Betrag“ zu bestimmen ist, nachdem die Versicherten ggf. mehrere Jahre das Kollektivsystem verlassen haben und damit auch diesbezüglich keine Leistungsdaten mehr vorliegen.

Es wird deutlich, dass es eines externen – nämlich dem Kollektivsystem entlehnten – Vergleichswertes bedarf, wenn der obige Bereinigungsgrundsatz erfüllt werden soll, nämlich die Höhe der Bereinigung den kollektiv zu erwartenden Aufwänden gleichzusetzen. Damit ist aber auch klar, dass dieser Vergleichswert in den ersten Jahren ggf. noch über historische Inanspruchnahmedaten abgebildet werden kann, im Zeitverlauf aber anders ermittelt werden muss. Hierbei auf morbiditätsadjustierte Pauschalen zurückzugreifen liegt nahe, wurde dieser Verfahrensansatz doch gerade für solche Anwendungen entwickelt, nämlich künftige Ausgaben mit Hilfe von Diagnoseparametern zu schätzen und damit gleichzeitig Anreize zur Risikoselektion zu vermeiden.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass von allen angesprochenen potenziellen Funktionen einer Morbiditätsorientierung die Anwendung im Kontext der Bereinigung als einzige zu überzeugen vermag. Zu prüfen ist jedoch auch hier, inwieweit z.B. für Hausarztverträge eine alters- und geschlechtsorientierte Pauschale nicht ebenso ausreichend wäre. Auch sollte untersucht werden, ob diagnosebezogene Schätzungen für indikations- oder fachärztliche Verträge valide Ergebnisse bringen oder ob die Methode für solche kleinteiligen Ausschnitte der Versorgung ggf. nicht funktional ist. Ferner müssen Aufwand und Nutzen einer dezidierten Diagnoseadjustierung abgewogen werden.

4 Fazit

Mehr als sechs Jahre nach Einführung der Morbiditätsorientierung in der vertragsärztlichen Vergütung ist

die fachliche Diskussion über deren Ausgestaltung nicht abgeschlossen, gleichzeitig wird die nächste Reform bereits angekündigt.

Es wurde gezeigt, dass die Idee, die Morbiditätsorientierung einzusetzen, um auf empirischer Basis den „echten“ Bedarf von „medizinisch nicht notwendigen Mengenentwicklungen“ zu trennen, an Grenzen stößt. Daneben wurde auf die fehlende Morbiditätsorientierung bei der Bemessung der Zahlungen der Kassen und damit auch der regionalen Vergütungshöhen hingewiesen. Die Verzerrungen des Kassenwettbewerbs aufgrund der unterschiedlichen Vergütungshöhen je Region wurden problematisiert. Gleichzeitig wurde herausgearbeitet, dass innerhalb der KV eine Angleichung der Vergütungsanteile der Kassen an ihre morbiditätsorientierten RSA-Zuweisungen aufgrund der damit verbundenen Beseitigung von Wirtschaftlichkeitsanreizen mit Nachteilen verbunden wäre.

Insgesamt sollte aus Sicht der Autoren die Diskussion, welche in den letzten Jahren durch Zuwachsfragen dominiert war, wieder stärker auf die Fragen der Verteilung gelenkt werden. Grundsätzlich ist die Frage zu beantworten, welchen Sinn es hat, Morbiditätsveränderungen der Bevölkerung zunächst sehr differenziert unter Verwendung von Diagnosen aus allen ambulanten Fachgebieten zu messen, anschließend diese Information dann aber keineswegs für eine differenzierte und zielgerichtete Anpassung der Ressourcen für die verschiedenen vertragsärztlichen Versorgungsaufgaben zu nutzen. Der naheliegende Gedanke, dort mehr Ressourcen zur Verfügung zu stellen, wo tatsächlich der Bedarf der Bevölkerung – gemessen mit dem PKS – überproportional wächst, ist mit den bestehenden Regelungen zur Honorarverteilung jedenfalls nicht umgesetzt.

Wie weit das Gesamtsystem von einer solchen Logik entfernt ist, zeigt die Hintergrunddiskussion, die zu dem nun mit dem GKV-Finanzierungsgesetz eingeschlagenen Weg geführt hat: Zusätzliche Ressourcen sollen eben auch in KV-Regionen gelenkt werden, wo die Steigerungsraten der Gesamtvergütungen in den beiden letzten Jahren die dortige Vertragsärzteschaft nicht zufrieden gestellt haben.

Allein die Morbiditätsorientierung im Kontext der Bereinigung ist dezidiert zu prüfen bzw. verfahrensmäßig zu entwickeln, insbesondere da dies die einzige der drei diskutierten Funktionen ist, wo Anreize zur Risikoselektion bestehen.

Der Stellenwert der Morbiditätsorientierung in der ambulanten Vergütung hängt somit eng mit der grundlegenden Frage nach dem künftigen Verhältnis von kollektiv- und selektivvertraglicher Versorgung zusammen. Setzt sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit ihrer Forderung nach Abschaffung substitutiver Selektivverträge durch, dann erledigt sich auch das Problem der Bereinigung, weil nur noch „Add-ons“ gezahlt werden. Geht die Entwicklung in Richtung einer wachsenden Bedeutung selektivvertraglicher Versorgung weiter, dann muss die Aufgabe der Organisation einer möglichst friktionsfreien Parallelität beider Systeme Priorität haben. In diesem Fall

wird auch die Ausgestaltung der Morbiditätsorientierung weiter ein dringliches Thema bleiben.

Literatur

7. EBA: Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in seiner 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008. *Deutsches Ärzteblatt* 2008, 105 (38), A1988-A1998.
15. EBA: Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2010 in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009. *Deutsches Ärzteblatt* 2009; 10: 467 – 79.
17. EBA: Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V bei Eintritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V sowie zur Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Abs. 2 und 3 SGB V sowie zu Übergangsbestimmungen für die Quartale 1 und 2/2010 in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009. *Deutsches Ärzteblatt* 2010; 107(3): A-102 / B-86 / C-86
23. EBA: Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 in seiner 23. Sitzung am 9./11. Oktober 2010
- Angels J, und Park E (2009). „Upcoding“ Problems exacerbates overpayment to Medicare Advantage Plans. Center on Budget and Policy Priorities <http://www.cbpp.org/cms/index.cfm?fa=view&id=2712>
- Bundesrat-Drucksache 5810/10 (2010). Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)
- Bundestags-Drucksache 15/1525 (2003). Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)
- Bundestags-Drucksache 16/3100 (2006). Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)
- Deutsches Ärzteblatt (2010). Interview mit Dr. med. Philipp Rösler (FDP), Bundesgesundheitsminister. *Deutsches Ärzteblatt* 2010, 107 (37):A1726 -1730
- Friedrich J, Günster C, (2005). Determinanten der Casemixentwicklung in Deutschland während der Einführung von DRGs (2002 bis 2004). In: Schellschmidt H et al. (Hrsg.). *Krankenhaus-Report*. Schattauer: Stuttgart
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2010). Stabilisierung der Honorarreform – Änderungen ab 1. Juli 2010: Pressegespräch der KBV am 28. Juni 2010 in Berlin. [<http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=4b378c84202ecb43139e2a4be8c71d73&DocId=003761885&Page=1>] Zugriff 8.10.2010
- Institut des Bewertungsausschusses (2009). Bericht zur Schätzung der Morbiditätsveränderung 2008/2009 und zur Repräsentativität und Plausibilität der Datengrundlage des Bewertungsausschusses. [http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de/publikationen/Bericht_SchaetzungMorbiditaetsveraenderung.pdf] Zugriff 8.10.2010
- Institut des Bewertungsausschusses (2010). Bericht des Institut des Bewertungsausschusses zu Vollständigkeits- und Repräsentativitätsprüfungen gemäß Beschluss des 184. BA vom 20. Mai 2009 und den Strukturveränderungen der Morbidität zwischen den Jahren 2006 und 2008. [http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de/publikationen/Bericht_SchaetzungMorbiditaetsveraenderung2010.pdf] Zugriff 8.10.2010

- Nolting H-D, Schwinger A (2009). Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems – Eine Zwischenbilanz. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 63(1): 12-22.
- Schwinger A, Nolting H-D (2010). Bereinigung der vertragsärztlichen Vergütung. Stand der Verfahrensentwicklung und Relevanz für einen fairen Wettbewerb zwischen kollektiv- und selektivvertraglicher Versorgung. In: Repschläger U, Schulte C und Osterkamp N (Hrsg.). *BARMER GEK. Gesundheitswesen aktuell 2010. Beiträge und Analysen*. Düsseldorf; 2010: 160-75.
- Song Y, Skinner J, Bynum J, Sutherland J, Wennberg J, Fisher E (2010) Regional Variations in Diagnostic Practice. *The New England Journal of Medicine*, 363: 45-53
- Wasem J, Buchner F (2007). Die Regionaldimension in der Gesetzlichen Krankenversicherung vor dem Hintergrund des GKV-WSG. *Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen, Campus Essen*, Nr. 153
- Wasem J, Walendzik A (2008). Reform der ambulanten ärztlichen Vergütung: Mehr Rationalität durch stärkere Zentralisierung? *Wirtschaftsdienst* 2008: 640-647

Fußnoten

- 1 Zum Beispiel analysierten Friedrich und Günster (2005) Diagnosekodierungen im stationären Sektor vor und nach der DRG-Einführung und kamen zu dem Schluss, dass die Krankenhäuser in der Lage seien, Kodierverhalten nach den Anreizwirkungen des DRG-Systems zu steuern. Song et al. (2010) konnten zeigen, das Medicare Fee-For-Service Patienten, welche in Regionen mit einer höheren bzw. niedrigeren Versorgungsdichte umzogen, anschließend einen erhöhten bzw. verminderten HCC-Risikoscore aufwiesen. Angels und Park (2009) verdeutlichen, dass Upcoding im Medicare-Kontext bereits über mehrere Jahre analysiert und als Kostentreiber identifiziert wurde. Als Folge sollen die Medicare Zahlungen an private Versicherungskonzerne seit dem „Deficit Reduction Act“ von 2006 den Upcoding-Effekt berücksichtigen. Auch in der Diskussion um den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich spielt die Frage der Manipulation durch Right-/Upcoding eine zentrale Rolle.
- 2 Die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) dient der Verschlüsselung von Diagnosen. Dabei ist in der ambulanten Versorgung nach der durch das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information erstellten deutschen Fassung zu verschlüsseln, welche z.Z. der ICD-10-GM ist (vgl. §295 SGB V).
- 3 siehe <http://www.kbv.de/kodieren/kodieren.html>
- 4 So wird im Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses (2010) das im Beschluss des 15. Erweiterten Bewertungsausschusses genannte „komprimierte Modell“ beschrieben. Gleichzeitig wird in dem Beschluss klargestellt, dass die Entscheidung für dieses Modell allein für 2010 gilt und kein „Präjudiz“ für die Ausgestaltung hinsichtlich des Jahres 2011 sei. Wirtschaftlichkeitsreserven oder Verlagerungseffekte wurden bis heute in den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nicht quantifiziert und werden durch das GKV-FinG zunächst bis 2012 außer Kraft gesetzt (vgl. § 87d SGB V i.d.V. der BR-Drs. 581/10).
- 5 vgl. z.B. <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=42966> [Zugriff 8.10.2010].
- 6 Die in der heutigen Honorarverteilung angelegte Fallwertdifferenzierung nach drei Altersgruppen (vgl. Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Abschnitt 3.2.2) ist aus Sicht der Autoren nicht als Morbiditätsorientierung im hier diskutierten Sinne aufzufassen.
- 7 Der Bereinigungsbeschluss für das Jahr 2011 lag bei Redaktionsschluss noch nicht vor.