

Der Morbi-RSA als Katalysator für mehr Vertragswettbewerb im Gesundheitswesen?

Roger Jaeckel, Leiter Gesundheitspolitik GlaxoSmithKline

Innovative Versorgungsformen auf dem Prüfstand

Mit dem Start des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 geht insbesondere auch die Frage einher, welcher Stellenwert dem Vertragswettbewerb als ordnungspolitisches Grundmuster künftig beizumessen ist. Den gesetzlichen Krankenkassen, deren aktuelle Gemütslage von Schockstarre bis Aufbruchstimmung reicht, kommt eine Schlüsselrolle bei der künftigen Ausgestaltung des Vertragswettbewerbs zu. In diesem Kontext dürfte der Morbi-RSA als neues „Finanzzuweisungsinstrument“ einen beachtlichen Einfluss darauf haben, ob und in welchem Umfang innovative Versorgungsmodelle die medizinische Versorgungslandschaft künftig prägen werden.

Zur Entwicklung vertragswettbewerblicher Strukturen: eine gesundheitspolitische Rückschau

Reformhistorisch betrachtet gehen die Anfänge dieser neuen selektiven Vertragswelt bereits auf das Jahr 2000 zurück. Mit dem damaligen GKV-Gesundheitsreformgesetz wurde im Zuge der geplanten Überwindung ambulanter und stationärer Schnittstellenprobleme mittels Integrierter Versorgung erstmalig die Möglichkeit zum Abschluss von Einzelverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern geschaffen. Wenngleich eine anfängliche Vereinbarungseuphorie zur Umsetzung dieses neuen Vertragstypus in Abgrenzung zu den bis dahin ausschließlich angewendeten Kollektivverträgen aus diversen Gründen ausblieb, wurde mit dem GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Jahr 2004 und der neuen Regelung der Anschubfinanzierung (Verwendung von 1 Prozent der vertragsärztlichen und stationären Behandlungskosten für Leistungen der Integrierten Versorgung) die Tür des Vertragswettbewerbs im deutschen Gesundheitswesen endgültig aufgestoßen.

Bei diesen anfänglichen Suchfindungsprozessen haben die zwischenzeitlich seit 2002 möglichen Verträge zur Implementierung von Disease Management Programmen (DMP) ebenfalls zu einer Aufwertung der Selektivverträge beigetragen, jedoch mit einem elementaren Unterschied. Bis heute gelten die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen als vertragspolitisch bevorzugter Wunschpartner zum Abschluss solcher DMP-Verträge. Diese Verhaltensweise lässt sich rational relativ einfach damit begründen, dass eine flächendeckende Einschreibung von DMP-Patienten nur durch den Sicherstellungsauftrag und damit das entscheidende Alleinstellungsmerkmal der KVen gewährleistet werden konnte. An diesem Umstand hat sich auch trotz Einführung von Gesundheitsfonds und Morbi-RSA bis heute faktisch nichts geändert.

Aber auch der vertragspolitische Aufbau kassenspezifischer Hausarztverträge hat seit 2004, wenn auch nicht flächendeckend, doch merklich an Gestalt gewonnen, zum größten Teil aber noch unter Beteiligung der regional jeweils ansässigen KV. Nicht selten hat die bis Ende 2008 geltende DMP-Vergütungslogik solche Vertragskonstellationen rational flächendeckend gefördert.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz im Jahr 2007 wurde der Krankenhaussektor im Rahmen der ambulanten Leistungserbringung nach § 116b SGB V für bestimmte hoch spezialisierte Indikationsbereiche zusätzlich und sehr stringent in diese selektive Vertragswelt eingebunden, allerdings mit dem Vorteil eines gesetzlich vorgegebenen Kontrahierungszwangs zu Lasten der gesetzlichen Kassen, wenn solche Vertragsangebote seitens der Krankenhäuser krankenhauplanerisch positiv beschieden wurden.

Am Vorabend des Gesundheitsfonds und der damit parallel einhergehenden Implementierung des Morbi-RSA hat der Gesetzgeber Ende 2008 im Rahmen des GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetzes (GKV-OrgWG) für den Abschluss von Hausarztverträgen nach § 73b SGB V eine sechsmonatige Fristset-

zung zum Abschluss solcher Verträge bis spätestens 30.6.2009 vorgesehen, gekoppelt mit einem gesetzlich legitimierten Verhandlungsmandat zu Gunsten der hausärztlichen Vereinigungen. Zur Integrierten Versorgung bleibt anzumerken, dass der seit 2004 bis Ende 2008 geltenden Anschubfinanzierung ab 2009 diese Anreizwirkung fehlt, so dass die bisherige Vertragswelt der Integrierten Versorgung mit rd. 5.500 abgeschlossenen Einzelverträgen ökonomisch sich wird neu behaupten müssen.

Merkmale der neuen Finanzierungslogik des Morbi-RSA

Fest steht, dass mit dem Gesundheitsfonds und dem Morbi-RSA eine neue Finanzära in der Geschichte der GKV ab 2009 begonnen hat. Mit einem bundesweit einheitlichen Beitragssatz von 15,5 Prozent steht dem Gesundheitsfonds und damit der gesamten GKV für 2009 eine Summe von rund 166,8 Mrd. Euro zur Verfügung. Angesichts eines Anteils von knapp 44 Prozent und eines daraus resultierenden gigantischen Finanzvolumens von rund 73,2 Mrd. Euro kommt den Krankheitszuschlägen aus dem Morbi-RSA eine ungeahnt hohe finanzielle Bedeutung zu. Dies wird insbesondere im Vergleich zu den 18,5 Mrd. Euro deutlich, die durch den alten RSA im Jahr 2007 umverteilt wurden. Der Morbi-RSA wird damit ab 1. Januar 2009 zu einer überlebenswichtigen Einnahmenquelle für die gesetzlichen Krankenkassen.

Die Höhe der Morbiditätszuschläge kann dabei monatlich zwischen 20 Euro (Nephritis) und 5065 Euro (Hämophilie) variieren. Die Krankenkassen erhalten diese Zuschläge jedoch nur für Versicherte, die an einer oder an mehreren der 80 Morbi-RSA relevanten Krankheiten leiden. Diese Einschränkung auf 80 Krankheiten birgt die durchaus reale Gefahr einer Benachteiligung der Patienten mit nicht berücksichtigten, chronischen Krankheiten, da die Krankenkassen für diese Versicherten nur die durch Alter und Geschlecht angepasste Grundpauschale aus dem Gesundheitsfonds zugewiesen bekommen. Dies kann bspw. bei einem 50-jährigen Mann mit einer nicht Morbi-RSA relevanten Krankheit zu einer monatlichen Zuweisung von nur 76 Euro führen. Die enorm hohen Kosten eines solchen chronischen Patienten können somit in keinsten Weise durch die Zuweisung gedeckt werden, sodass er für die Krankenkasse weiterhin ein „schlechtes“ Risiko mit negativem Deckungsbeitrag bleibt. Bei einer reinen Deckungsbeitragsbetrachtung besteht somit weiterhin die systemimmanente Gefahr,

dass sich Risikoselektion für Krankenkassen lohnen könnte.

Um auch wirklich sicher zu gehen, dass es sich tatsächlich um eine chronische oder schwerwiegende Krankheit im Sinne des Morbi-RSAs handelt, wurde die Zuschlagsgewährung an weitere Kriterien geknüpft. Im ambulanten Bereich, dem der Großteil der berücksichtigungsfähigen Diagnosen zuzuordnen ist, muss eine Diagnose derselben Krankheit in zwei unterschiedlichen Quartalen eines Jahres gestellt werden, um einen Morbiditätszuschlag auszulösen. Diese Regelung setzt eine hohe Kodierqualität im ambulanten Bereich voraus, wie sie im stationären Sektor im Zuge der DRG-Einführung bereits schon zu einem früheren Zeitpunkt erfolgte, allerdings auf der Grundlage einer ganz anderen Vergütungssystematik. Die mangelnde Kodierqualität haben auch bereits einige Krankenkassen erkannt. Sie begegnen diesem Problem ihrerseits mit finanziellen Zuweisungen an diejenigen Ärzte, die die „richtigen“ Diagnosen im Sinne des Morbi-RSA stellen (Stichwort „Right Coding“).

Bei einer relativ geringen Anzahl von ambulanten Diagnosen muss sogar ein zusätzliches Arzneimittelkriterium erfüllt werden, das auf dem System der definierten Tagesdosen (DDD, Defined Daily Doses) basiert. Da dieses Arzneimittelkriterium die Diagnosegruppen einiger großer Volkskrankheiten wie Diabetes und Asthma betrifft, dürfte es trotz der geringen Häufigkeit eine wichtige Rolle bei der Optimierung der Morbiditätszuschläge spielen. Für die Krankenkassen wird es künftig ein besonders wichtiges Anliegen sein, die vorgegebenen Mindestmengen an Arzneimitteln (10 DDD für akuten Krankheitsverlauf und 183 DDD für chronischen Krankheitsverlauf) einzuhalten, um keine finanziellen Optimierungspotenziale zu verschwenden und die „Morbi-Quote“ ihres Versichertenklientels zu erhöhen. In diesem Zusammenhang werden die Krankenkassen ein besonderes Augenmerk auf die vom BVA festgelegte Arzneimittelliste legen, die den einzelnen relevanten Diagnosegruppen die zugehörigen ATC-Arzneimittel-Codes zuordnet. Nur bei Verwendung der gelisteten Arzneimittel kann das Arzneimittelkriterium eingehalten und ein Zuschlag aus dem Morbi-RSA erwirtschaftet werden. Dies wird die Krankenkassen aller Voraussicht nach veranlassen, die Einhaltung dieses Kriteriums mit weiteren Incentives zu fördern.

Dagegen scheint die an keinerlei Kriterien gebundene Zuschlagsgenerierung im stationären Bereich für die Krankenkassen einige „Vorteile“ im Sinne von weni-

ger Aufwand im Rahmen des Morbi-RSA zu bieten. Dabei dürfen aber natürlich die enorm hohen Kosten von Krankenhausaufenthalten nicht vergessen werden, die im Einzelfall höher ausfallen können als der entsprechende Morbiditätszuschlag.

So wird auch in der aktuellen Diskussion häufig völlig außer Acht gelassen, dass der Morbiditätszuschlag keineswegs die Behandlungskosten einer chronischen Krankheit wie beispielsweise HIV/Aids abdecken soll. Bei einer Aids-Therapie würden die Zuschläge von rund 10.560 Euro pro Jahr noch nicht einmal für eine adäquate Arzneimitteltherapie ausreichen. Außerdem erhalten die Krankenkassen für HIV-infizierte Patienten ohne Therapie den gleichen Zuschlag wie für Patienten, die schon an einer Aids-Therapie teilnehmen müssen. Dabei sollte beachtet werden, dass auch unter den neuen Rahmenbedingungen weiterhin ein Solidarausgleich zwischen Gesunden und Kranken, Alten und Jungen usw. stattfindet. Die Zuschlagslogik des Morbi-RSA darf daher keineswegs als Preissystem verstanden und als Argument gegen die Morbiditätsorientierung ins Feld geführt werden.

Einfluss des Morbi-RSA auf den Vertragswettbewerb

Die Krankenkassen sind ab 2009 mit einer völlig neuen Einnahmensituation konfrontiert. Der Beitragssatz als wichtigstes Differenzierungsmerkmal im Kassenwettbewerb wird den Krankenkassen nun von staatlicher Seite vorgegeben, so dass sie sich auf andere Wettbewerbsparameter wie die Qualität der Versorgung konzentrieren müssen. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sind ebenfalls festgelegt und können von Seiten der Kassen nicht beeinflusst werden. Das einzige Instrument zur zusätzlichen Generierung von Einnahmen stellt die Erhebung eines Zusatzbeitrages dar, was sich auf die Wettbewerbsfähigkeit einer Kasse jedoch fatal auswirken dürfte.

Die offenbar einzige wettbewerbsneutrale Strategie auf der Einnahmenseite stellt in diesem Zusammenhang deshalb die Optimierung der Morbi-RSA-Zuschläge dar. Die Morbi-RSA relevanten Optimierungsstrategien der Kassen wie die bereits erwähnte Verbesserung der Kodierqualität im ambulanten Sektor („Right Coding“) oder die Erhöhung der „Morbi-Quote“ des eigenen Versichertenklientels werden sich vertragspolitisch am effektivsten nur durch Einzelverträge mit Leistungserbringern umsetzen lassen. Dies

wird auch aktuell schon umgesetzt, indem finanzielle Anreize für die Prüfung von Diagnose-Kodierungen geschaffen werden.

Solche Anreize zur Verbesserung der Versorgungsqualität bergen zwar die Gefahr des Upcodings, eine qualifiziertere Diagnosestellung führt tendenziell aber auch zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität. Die Einführung einheitlicher Kodierstandards im Sinne des Fairplay sind deshalb unumgänglich. Der Morbi-RSA ist folglich durchaus in der Lage, den verstärkten Abschluss von Selektivverträgen zu fördern und damit als Katalysator des Vertragswettbewerbs zu wirken.

Für diejenigen Krankenkassen, die bereits erfolgreich Disease Management Programme (DMP) durchgeführt haben, könnte sich dieses Konzept auch als vorteilhafte vertragspolitische Grundlage für die Umsetzung einer Morbi-RSA relevanten Optimierungsstrategie erweisen. Durch die im Rahmen der DMPs stattfindenden Schulungsmaßnahmen kann einerseits gezielt die Kodierqualität der beteiligten Ärzte verbessert werden. Andererseits ist eine leitlinienbasierte Qualitätssicherung verpflichtender Bestandteil eines strukturierten Behandlungsprogramms, was der qualitativen Versorgungsrationalität des Morbi-RSA entsprechen dürfte. Ein Nachteil dieser Variante stellt sicherlich das stark begrenzte Krankheitsspektrum der DMPs dar, mit dem die im Morbi-RSA berücksichtigten Krankheiten nicht vollständig abgebildet werden.

Durch die Aufhebung der direkten Kopplung der finanziellen Förderung der DMP-Programme an den RSA dürfte es vor allem für Krankenkassen, die bisher keine DMP-Strukturen aufgebaut haben, eher unwahrscheinlich sein, dass die neu eingeführte Programmkostenpauschale in Höhe von 180 Euro pro Jahr in Kombination mit dem individuellen Zuschlag aus dem Morbi-RSA weiterhin Anreize zur Einführung der DMPs setzen kann. Bei den Krankenkassen, die sich auch bisher im Bereich DMP engagiert haben, wird eine Fortführung dieser Programme in erster Linie davon abhängen, wie viele Versicherte bereits an einem solchen DMP teilnehmen und ob sich die Versorgungsqualität in der Weise verbessern lässt, dass sich Folgekosten der Krankheit nachweislich reduzieren lassen.

Die aktuelle vertragspolitische Entwicklung verdeutlicht den Trend, dass insbesondere die großen Versorgerkassen in Bezug auf den Morbi-RSA die Möglichkeit eines Vertragsabschlusses im Rahmen der Haus-

arztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V bevorzugen werden. Die Vorteile dieser Variante liegen sicherlich in der seit dem GKV-OrgWG zur Pflicht gewordenen flächendeckenden Sicherstellung des Angebots solcher Verträge und im daraus resultierenden großen Einzugsgebiet. Dieser Vorgabe müssen sich faktisch alle Krankenkassen unterordnen, unabhängig von deren eigentlicher vertragspolitischer Präferenz (s. Abbildung). Dadurch besteht für die Krankenkassen die Möglichkeit, die erforderliche Kodierqualität von einer Vielzahl von Leistungserbringern über vertragliche Vereinbarungen sicherzustellen und gleichzeitig das gesamte Krankheitsspektrum einzu beziehen.

Auch das Kriterium „Arzneimittelverordnung“ ließe sich durch diese Vertragsform großflächig überprüfen und verbessern.

Da sich die Regelungen des Morbi-RSA sowohl auf den ambulanten als auch den stationären Sektor beziehen, der eindeutige Schwerpunkt liegt jedoch im Bereich der ambulanten Versorgung, lässt sich durchaus eine Schnittmenge sowohl mit der sektorübergreifenden Integrierten Versorgung (IV) nach § 140 a SGB V als auch mit der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V bilden. Aufgrund der indikationsspezifischen Ausrichtung der IV-Verträge und der hoch spezialisierten Indikationsbereiche der § 116 b-Verträge bleibt aber fraglich, ob diese für Optimierungsstrategien im Rahmen des Morbi-RSA sich für alle Krankenkassen grundsätzlich eignen. Durch die bereits erwähnte ausgelaufene Anschubfinanzierung wird sich darüber hinaus auch generell zeigen müssen, ob und wie es vertragspolitisch mit der Integrierten Versorgung weitergehen wird.

Bewertung und Ausblick

Als Fazit kann festgehalten werden, dass der Morbi-RSA den Abschluss selektiver Vertragsformen grundsätzlich und gezielt fördert. Durch die fehlende ordnungspolitische Grundlogik geht von den einzelnen

Eignung selektiver Vertragsformen für kassenspezifische Optimierungsstrategien

Kriterien	Sicherstellung der Kodierqualität	Relevanz der Arzneimittelversorgung	Erfassung der 80 Morbi-RSA-Krankheiten
Hausarztzentrierte Versorgung (73b)	✓	✓	✓
Besondere ärztliche Versorgung (73c)	✓	✓	✗
Ambulante Behandlung im Krankenhaus (116b)	✓	✓	✗
Rabattverträge (130a)	✗	✗	✗
Disease Management Programme (137f)	✓	✓	✗
Integrierte Versorgung (140a)	✓	✓	✗

Quelle: GlaxoSmithKline, Abteilung Gesundheitspolitik 01/09

Vertragsformen jedoch eine recht unterschiedliche Umsetzungsqualität einher. Großflächig angelegte Vertragsformen wie Hausarztverträge entfalten gegenwärtig die größte Bindungswirkung in Bezug auf die Vereinbarung Morbi-RSA spezifischer Vertragsinhalte.

Der Weg zu einem qualitätsorientierten Versorgungsmanagement ist zwar vorgegeben, durch die politisch gesetzten Rahmenbedingungen des Gesundheitsfonds (einheitlicher Beitragssatz, Zusatzbeitrag, Überforderungsklausel) werden die Krankenkassen zumindest kurzfristig keine große Bereitschaft verspüren, vertragspolitisch neue Initiativen im größeren Umfang zu starten. Ganz im Gegenteil. Die zum Teil vorgenommene selektive Kündigung von Einzelverträgen lässt eher auf einen vertragspolitischen Stillstand schließen. Eine weitere ungenutzte Chance auf dem Weg zu einem morbiditätsorientierten Versorgungsmanagement, oder mit anderen Worten ausgedrückt: Der Gesundheitsfonds hält nicht, was der Morbi-RSA verspricht!