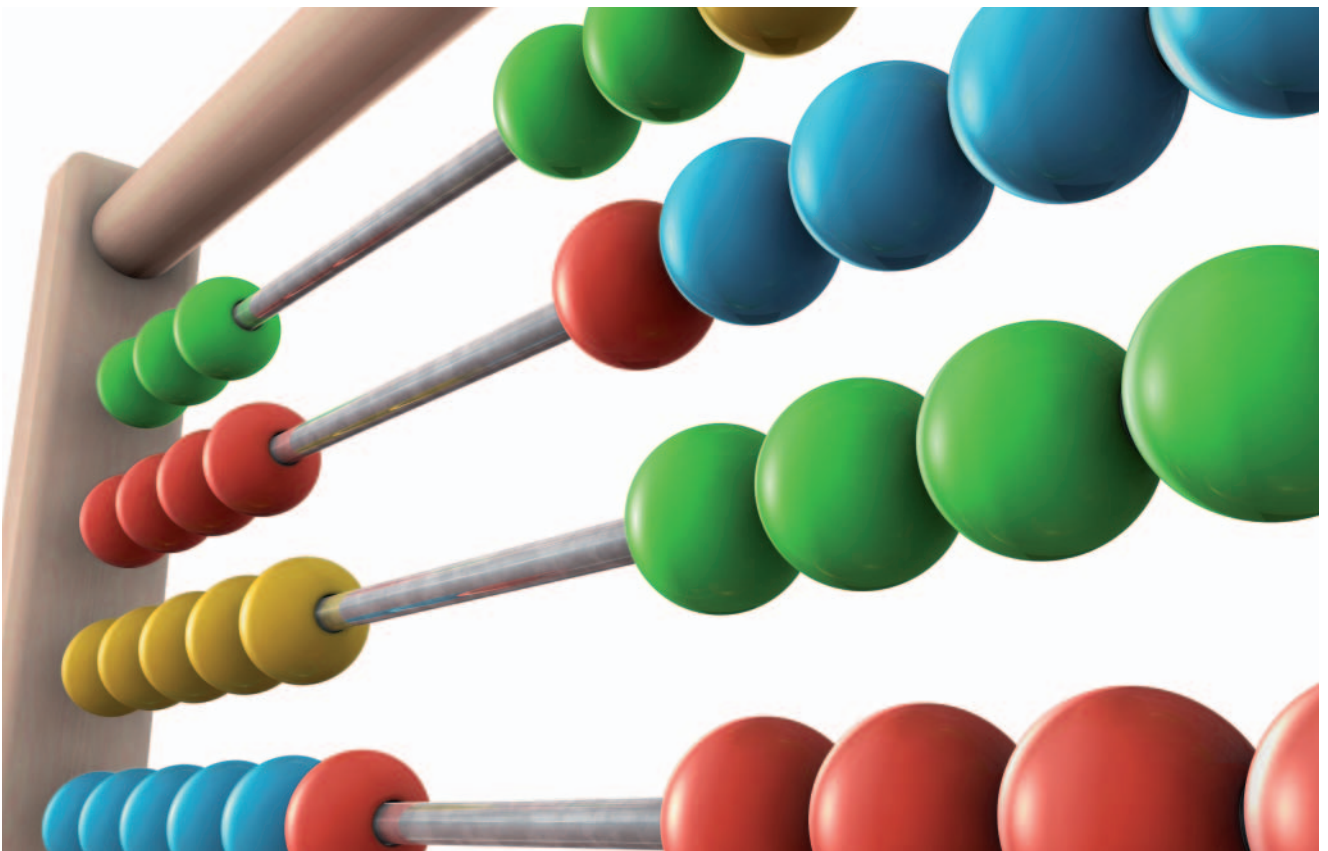


Neuer Risikostrukturausgleich – Teil 2

Was kostet die Versorgung? Und wie viel erhalten die Krankenkassen?

Seit 2009 erfolgt über den Gesundheitsfonds eine Mittelverteilung an die Krankenkassen anhand morbiditätsorientierter Kriterien. Basis ist der neue „Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich“, in dessen Zusammenhang immer wieder die ungerechte Honorarverteilung für unsere Fachgruppe genannt werden muss. Seine Grundstruktur haben wir im ersten Teil dieses Artikels (NEUROTRANSMITTER 3/2009) erklärt. In diesem zweiten Teil werden die einzelnen Krankheiten und die Höhe der Zuschläge ausführlich dargestellt.



- 10 Neuer Risikostrukturausgleich – Teil 2
Was kostet die Versorgung?**
- 18 Private Klinikketten
Angriff auf die fachärztliche Versorgung**

- 20 Individuelle Gesundheitsleistungen
Wachsende Akzeptanz in der Bevölkerung**
- 22 Existenzbedrohende Richtgrößenprüfung
Wege aus dem Regress**

- 24 Interview zum Phänomen Amok
Was die Psychiatrie leisten kann**
- 25 Leserbrief**

Eine Diagnose hat Zugang in den Katalog der 80 gelisteten Krankheiten des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (MRSA) gefunden, wenn sie sich anhand der Berechnungsalgorithmen des Bundesversicherungsamtes als besonders kostenintensiv und chronisch herausgestellt hat. Wir erklärten in Teil 1, dass über ein Drittel dieser Erkrankungen neuropsychiatrisch sind. Welche Bedingungen müssen nun praktisch erfüllt sein, damit eine Diagnose einen Zuschlag auslöst?

Voraussetzungen für Zuschläge

Zunächst muss eine Diagnose gesichert sein, Verdachtsdiagnosen werden nicht gewertet, die ICD-Codierung muss daher unabdingbar das Qualifizierungsmerkmal „G“ beinhalten. Bei einigen Krankheiten wird gefordert, dass eine stationäre Behandlung stattgefunden hat. Diese Zuordnungen sind, soweit wir das überschauen können, bei den neuropsychiatrischen Krankheiten plausibel erfolgt. So ist zum Beispiel für die Berücksichtigung der Diagnosen MS, Parkinson, Epilepsie, Depressionen und Psychosen durchweg keine stationäre Behandlung für eine Wertung erforderlich. Bei zerebralen Blutungen oder „zerebrovaskulären Ereignissen“ hingegen ist eine stationäre Behandlung obligate Voraussetzung. Eine in diesem Fall stationär gestellte Diagnose wird grundsätzlich gewertet, eine ambulant gestellte Diagnose nur dann, wenn sie in zwei aufeinander folgenden Quartalen co-

diert wird. Ähnliche Diagnosen werden dabei in „Morbiditätsgruppen“ hierarchisiert. Eine Diagnose wird innerhalb einer hierarchisierten Morbiditätsgruppe nur einmal bewertet, und zwar jeweils die Diagnose mit dem höchsten Zuschlag.

Ein weiteres Kriterium, ob eine Diagnose einen Zuschlag auslöst, ist die Frage, ob eine medikamentöse Behandlung erfolgt. Auch diese Zuordnungen sind nach erster Einschätzung im Grundsatz von Seiten des Bundesversicherungsamtes bei den neuropsychiatrischen Krankheiten plausibel vorgenommen worden. So ist bei Parkinsonsyndromen, MS, Epilepsie und Depressionen beispielsweise keine Arzneimittelbehandlung für eine Wertung Voraussetzung. Beim essenziellen Tremor und den meisten Demenzkrankheiten (außer Normaldruckhydrozephalus) ist hingegen eine medikamentöse Therapie Voraussetzung. Das Bundesversicherungsamt (BVA) möchte hier einem missbräuchlichem Up-Coding vorbeugen, damit nicht jede altersübliche Rückläufigkeit kognitiver Fähigkeiten als Demenz pathologisiert wird. Das BVA gibt für die einzelnen Diagnosen Arzneimittellisten vor, die sicherlich wie jede Arzneimittelliste auch in anderen Zusammenhängen im Detail kritisch zu sehen ist und nicht in jedem Fall leitlinienbasierten Standards standhält.

Wie werden die Zuschläge eines Versicherten nun im Einzelnen berechnet? Im ersten Teil des Betrages haben wir dargelegt, dass die Differenzierung der

Risikogruppen anhand des Alters, des Geschlechts, des Erwerbsstatus und anhand der MRSA-Diagnosen erfolgt. Die Grundpauschale für einen Versicherten beträgt circa 185 EUR. Für gesunde junge Versicherte werden zum Teil erhebliche, das heißt dreistellige Abschläge berechnet. Mit steigendem Alter sinken bei gesunden Versicherten die Abschläge. Hinzu kommen jeweils die Zuschläge für die Diagnosen, sofern die oben aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind. Innerhalb einer hierarchisierten Morbiditätsgruppe wird zwar nur der jeweils höchste Zuschlag gewertet, sodass eine Demenz oder eine Depression nur einmal berücksichtigt wird. Liegen jedoch mehrere Diagnosen vor, die sich nicht ausschließen, werden die Zuschläge addiert.

Wir wollen dies am Beispiel der MS einmal verdeutlichen. Der Tabelle auf der nachfolgenden Seite können sie entnehmen, dass die Diagnose einen monatlichen Zuschlag von 607 EUR beziehungsweise jährlich 7.280 EUR auslöst. Liegt gleichzeitig, was häufig der Fall ist, eine neurogene Blase oder eine Depression vor, addieren sich die Zuschläge bereits auf 9.243 EUR. Kommen dann noch eine schwere Parese und eine hirnorganische Störung hinzu, steigen die Zuschläge auf circa 20.000 EUR und damit auf ein Vielfaches der einfachen Diagnose. Hierbei wird deutlich, dass die tatsächlichen Geldflüsse entscheidend von unserem Codierverhalten abhängen.

MRSA: Zuschläge im Fachbereich Neurologie			
	Krankheit	Zuschläge monatlich [EUR]	jährlich [EUR]
HMG003	Nicht virale Infektionen des ZNS	227	2.728
HMG013	Sonstige ernste bösartige Neubildungen, Hirntumor	200	2.404
HMG016	Diabetes mit neurologischen Manifestationen	180	2.161
HMG039	Spinalkanalstenose	127	1.525
HMG048	Delir und Enzephalopathie	115	1.377
HMG049	Demenzerkrankungen	87	1.043
HMG051	Alkohol- und drogeninduzierte Psychose	246	2.949
HMG052	Alkohol- und Drogenabhängigkeit	149	1.792
HMG053	Schädlicher Gebrauch von Alkohol/Drogen ohne Abhängigkeitssyndrom	95	1.145
HMG054	Schizophrenie	516	6.194
HMG055	Bipolare affektive Störungen, Anorexia nervosa, Bulimie	286	3.435
HMG056	Psychosen, psychotische und dissoziative Störungen	164	1.964
HMG058	Depression und wahnhafte Störungen	84	1.006
HMG066	Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom	122	1.458
HMG067	Quadriplegie, andere ausgeprägte Lähmungen	779	9.343
HMG068	Querschnittslähmung	498	5.972
HMG069	Erkrankungen/Verletzungen des Rückenmarks	171	2.057
HMG070	Muskeldystrophie	433	5.191
HMG071	Polyneuropathie	83	1.000
HMG072	Multiple Sklerose	607	7.280
HMG073	Morbus Parkinson und Chorea Huntington	200	2.398
HMG074	Epilepsie	154	1.843
HMG075	Koma, Hirnödem / hypoxische Hirnschäden	448	5.376
HMG095	Zerebrale Blutung	202	2.424
HMG096	Zerebrale Ischämie oder nicht näher bezeichneter Schlaganfall	46	551
HMG100	Hemiplegie/Hemiparese	191	2.291
HMG101	Diplegie der oberen Extremitäten, Monoplegie und andere Lähmungen	160	1.918
HMG102	Aphasie	268	3.218
HMG103	Nicht näher spezifizierte Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen	83	996
HMG106	Atherosklerose	27	325
HMG133	Neurogene Blase	164	1.963

Im ersten Teil haben wir verdeutlicht, warum sich Codiermanipulationen nicht als Grundlage von Vertragsverhandlungen eignen. Kollege Bernhard van Treeck, Leiter des Medizinischen Fachbereichs Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nordrhein erörtert dies aus seiner Sicht ab Seite 14.

Wir sind im Rahmen von Verhandlungen von Selektivverträgen gut beraten, Right-Coding (wie im erwähnten Beispiel) zu praktizieren. Diese Diskussion macht aber auch deutlich, was das Grundproblem der Honorarverteilung im Vertragsarztwesen ist: Obschon wir ein Drittel der MRSA-Diagnosen versorgen, stehen wir wieder am Ende der Verteilung, nachdem alle freien Leistungen ohne Budgetzwang bedient worden sind. Für die Regelversorgung der schweren Krankheiten bleiben nur die Reste übrig. Mit Nachdruck müssen wir diese Verteilungsungerechtigkeit deutlich machen. Das Geld muss auch in der ambulanten Versorgung dem Bedarf (das heißt morbiditätsorientiert) und der Versorgungsleistung folgen, sei es in der Regelversorgung, sei es in Selektivverträgen. □

AUTOR

Dr. med Uwe Meier, Grevenbroich
Vorsitzender des BDN

Eine Chance für schwer Kranke

Der am 1. Januar 2009 eingeführte „Morbidityorientierte Risikostrukturausgleich“ (MRSA) bietet den Krankenkassen und den betroffenen Patienten besondere Chancen für die Versorgung bestimmter psychischer Erkrankungen. Durch die neuen finanziellen Verteilungsmechanismen wird zwangsläufig transparent, welche Kosten Patienten mit psychischen und neurologischen Erkrankungen verursachen und – was noch wichtiger ist – wie die Gelder den Kassen entsprechend der neu definierten Risikostrukturen zugeteilt werden. Die drei nebenstehenden Fallbeispiele verdeutlichen, wie aufwendig die Behandlung bestimmter neuropsychiatrischer Erkrankungen tatsächlich ist.

Transparenz ist die wichtigste Grundlage, um Behandlungs- und Versorgungsprozesse adäquat steuern zu können. Es ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen die Daten des Bundesversicherungsamtes dazu nutzen werden, ihr Case-Management weiter zu optimieren. Eine Krankenkasse spart dann Geld, wenn Behandlung und Versorgung inklusive Sekundärprävention so optimiert werden, dass die Kosten für die Behandlung unter den Beträgen liegen, die der Kasse im Rahmen des Gesundheitsfonds über den MRSA zugeteilt werden. Dies wird einen spürbaren Niederschlag in Selektivverträgen zur „Integrierten Versorgung“ nach § 140 a ff. SGBV und zur besonderen ambulanten Versorgung nach § 73 c SGB V finden. Es ist davon auszugehen, dass es zu einer Ausweitung der ambulanten Behandlung zu Lasten teilstationärer und stationärer Krankenhausbehandlung kommen wird.

Korrekte Verschlüsselung unentbehrlich

Die Klassifizierung der Morbidität durch spezifische Krankheitsbilder in Form von Diagnosegruppen ist das zentrale Element des MRSA. Besondere Bedeutung hat dabei die sachgerechte Verschlüsselung (Right-Coding) aller behandlungsbedürftigen Erkrankungen. Bei schizophrenen Patienten, auf die

Quelle Fallbeispiele: Dr. Bernhard van Treeck, MDK Nordrhein

		Fallbeispiel 1	
29-jähriger Patient mit Schizophrenie und schädlichem Gebrauch von Cannabis			
Grundbetrag	2.227,65 EUR	Jahr	
Grundbetrag	185,64 EUR	Monat	
Abschlag (AGG 26*)	-143,26 EUR	Monat	
Zuschlag (HMG 054**) Schizophrenie	+516,20 EUR	Monat	
Zuschlag (HMG 053) Schädlicher Gebrauch von Cannabis	+95,42 EUR	Monat	
= Finanzmittel	= 654 EUR	Monat	
= Finanzmittel	7.848 EUR	Jahr	
*AGG = Alters- und Geschlechtsgruppen			
**HMG = Hierarchisierte Morbiditätsgruppe (Zusammenfassung von DXGs mit ähnlichen Kosten)			

		Fallbeispiel 2	
49-jährige Patientin mit Schizophrenie, Alkoholabhängigkeit, alkohol- und medikamentenbedingter Hepatitis, Diabetes mellitus, Hypertonus und Erwerbsminderung			
Grundbetrag	2.227,65 EUR	Jahr	
Grundbetrag	185,64 EUR	Monat	
Abschlag (AGG 10)	-107,82 EUR	Monat	
Erwerbsminderung (EMG 2)	+189,85 EUR	Monat	
Zuschlag (HMG 054) Schizophrenie	+516,20 EUR	Monat	
Zuschlag (HMG 019) Diabetes ohne Komplikationen	+66,18 EUR	Monat	
Zuschlag (HMG 027) Chronische Hepatitis	+194,14 EUR	Monat	
Zuschlag (HMG 052) Alkoholabhängigkeit	+149,33 EUR	Monat	
Zuschlag (HMG 019) Hypertonie	+38,48 EUR	Monat	
= Finanzmittel	= 1232 EUR	Monat	
= Finanzmittel	14784 EUR	Jahr	

		Fallbeispiel 3	
60-jähriger Patient mit Schlaganfall und Hemiparese, insulinpflichtigem Diabetes, Hypertonie, koronarer Herzkrankheit und Erwerbsminderungsrente			
Grundbetrag	2.227,65 EUR	Jahr	
Grundbetrag	185,64 EUR	Monat	
Abschlag (AGG 33)	-68,80 EUR	Monat	
Erwerbsminderung (EMG 6)	+119,33 EUR	Monat	
Zuschlag (HMG 100) Schlaganfall	+190,95 EUR	Monat	
Zuschlag (HMG 016) Diabetes mit Komplikationen	+180,05 EUR	Monat	
Zuschlag (HMG 082) Koronare Herzkrankheit	+119,74 EUR	Monat	
Zuschlag (HMG 091) Hypertonie	+38,48 EUR	Monat	
= Finanzmittel	= 756,39 EUR	Monat	
= Finanzmittel	9.184,68 EUR	Jahr	

Rückblick

Teil 1 dieses Beitrags, der im NEUROTRANSMITTER 3/2009 erschien, umfasst die Hintergründe und Mechanismen der Gelderumverteilung im Rahmen des neuen Risikostrukturausgleichs.

sich zwei der drei genannten Fallbeispiele beziehen, wird es darauf ankommen, die bei diesen Patienten häufig zu beobachtende Komorbidität aus dem Bereich der Abhängigkeitserkrankungen und dem der somatischen Erkrankungen sachgerecht und korrekt zu verschlüsseln. Bislang wird diese Komorbidität nach meinem Eindruck unterdiagnostiziert. Unter den Bedingungen des MRSA entzieht eine oberflächliche oder nicht sachgerechte Diagnosenverschlüsselung der Krankenkasse die zur Versorgung benötigten Finanzmittel.

Es zählen nur die nach den §§ 295 und 301 SGB V elektronisch übermittelten Diagnosedaten. Wichtig ist, dass – wo von der ICD vorgesehen – eine fünfstellige Verschlüsselung nach ICD10 vorgenommen wird (z. B. F10.25 = Alkoholabhängigkeit, ständiger Substanzgebrauch). Vertragsärzte, niedergelassene Psychotherapeuten und – neu ab 1.1.2009 – auch psychiatrische Institutsambulanzen müssen zudem angeben, ob die Diagnose gesichert ist oder nicht (also z. B. F20.0g für die gesicherte Diagnose einer paranoiden Schizophrenie). Auch „Dauerdiagnosen“ sollten verschlüsselt werden. Derzeit wird dies nicht selten unterlassen und nur der akute Behandlungsanlass an die Kassen gemeldet.

Eine sachgerechte Kodierung der Komorbiditäten alleine vermeidet nicht eine eventuelle Rehospitalisierung der Patienten, führt nicht zur Kostensenkung und ist nicht im Sinne des Patienten. Auch die Behandlung des Patienten muss den Komorbiditäten und der Behandlung der Teilhabestörungen gebührenden Raum geben. Denkbar sind zum Beispiel Psychoedukation und Gruppenpsychotherapien zu Abhängigkeitserkrankungen oder auch spezielle Entwöhnungsangebote für schizophrene Patienten. Möglicherweise ist es aus therapeutischen aber auch aus ökonomischen Gründen sinn-

voll, häufiger als bislang Atypika und/oder Depot-Neuroleptika als potenziell Compliance-erhöhende Maßnahmen zu verordnen.

Nicht anzuraten ist Up-Coding. Im Rahmen der Prüfungen der Leistungserbringer durch Krankenkassen und MDK würde Up-Coding, wenn es systematisch geschieht, rasch auffällig werden. Selektivverträge nehmen an Bedeutung zu, das heißt, die Krankenkassen entscheiden immer häufiger selbstständig, mit wem sie zusammenarbeiten und mit wem nicht. Der MDK berät die Krankenkassen bei der Ausgestaltung des Versorgungsmanagements und auch bei der Vertragsgestaltung im Bereich der Selektivverträge. Es ist davon auszugehen, dass Praxen und Kliniken, die systematisch Up-Coding betreiben, von solchen Selektivverträgen nicht profitieren werden. Um ein vertragspartnerschaftliches Miteinander in der Realität zu etablieren, ist Right-Coding als Minimalanforderung zwingende Voraussetzung. □

AUTOR

Dr. med. Bernhard van Treeck

Leiter des Medizinischen Fachbereichs Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, MDK Nordrhein
E-Mail: bvantreeck@mdk-nordrhein.de