

Beschluss zur Honorarentwicklung macht Diagnosenkodierung heikel

Medical-Tribune-Bericht

BERLIN – KBV und GKV-Spitzenverband haben im Bewertungsausschuss beschlossen, wie die Honorarsteigerung 2018 berechnet werden soll. Die ICD-Kodierung spielt dabei eine zentrale Rolle.

Zur Vorbereitung des Klassifikationsmodells, mit dem die diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2018 bestimmt werden, wurde das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, „außergewöhnliche Prävalenzänderungen“ der nach ICD-10-GM kodierten Diagnosen zu ermitteln.

Vereinfacht gesagt, ist Folgendes vorgesehen: Der regionale Honorarzuwachs in einer Kassenärztlichen Vereinigung ist 2018 davon abhängig, wie gut dort zuvor das Kodieren geklappt hat. Denn damit nachträglich nichts manipuliert werden kann, werden die Jahre 2014 und 2015 zugrunde gelegt. Und für das Jahr 2019 werden es 2016 und 2017 sein.

Honorarzuwächse, wenn die Patienten kränker werden

Das heißt: Kodieren wir im laufenden Jahr zurückhaltend, wirkt sich das negativ auf die Honorarentwicklung 2019 aus. Schlimmer noch: Die Krankenkassen bekommen nicht genug Geld aus dem Topf des Risikostrukturausgleichs und können nicht an anderer Stelle, z.B. bei extrabudgetären Leistungen, „großzügig“ sein. Honorarzuwächse sind also künftig nur möglich, wenn unsere Patienten stetig kränker werden.

Das ist aber kein Anreiz für die ärztliche Tätigkeit und hat nichts mit den Kostensteigerungen zu tun, die wir durch Zuwächse in unseren Praxen abfangen müssen.

Wer durchschaut das komplizierte System noch?



Zu fragen ist auch, wer dieses komplizierte Vergütungssystem noch überblickt. Denn eine Morbiditätssteigerung ist nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses nicht verbindlich mit einer Anhebung des vertragsärztlichen Honorars gekoppelt. Die ermittelten außergewöhnlichen Prävalenzänderungen werden zunächst auf der Arbeitsebene des Ausschusses analysiert. Sie können – sofern genauere Begründungen für die Veränderungen vorliegen – bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems berücksichtigt werden. Dagegen können Ergebnisse unberücksichtigt bleiben, wenn sie sich nicht näher analysieren lassen oder wenn man einvernehmlich feststellt, dass keine genaueren Begründungen vorliegen. Hierin könnte ein Risiko für Manipulationen bestehen.

Der Bewertungsausschuss stellt klar, dass mit dem Ermitteln

außergewöhnlicher Prävalenzänderungen allein kein Feststellen unzutreffend dokumentierter Behandlungsdiagnosen verbunden ist. Auch sei die Definition zur Bestimmung außergewöhnlicher Prävalenzänderungen nicht als Präjudiz für künftige Honorarentwicklungen zu verstehen.

Wie verändern extrabudgetäre Leistungen die Diagnosen?

Völlig unkalkulierbar erscheint die Honorarentwicklung durch eine Protokollnotiz im Beschluss. Dort wird die Arbeitsebene des Bewertungsausschusses beauftragt, zu prüfen, inwiefern es z.B. durch neue außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) bezahlte EBM-Leistungen zu Veränderungen der Diagnosestruktur kommt.

Ferner soll geprüft werden, inwiefern die diagnosebezogene Veränderungsrate ansteigt, weil in Verbindung mit diesen Leistungen

entsprechende Diagnosen vermehrt auftreten.

Honorare vor der MGVS schützen

Das bedeutet: Auch künftig könnte es wichtig werden, bei der Diagnosenkodierung extrabudgetärer Leistungen ein erfolgsorientiertes Rightcoding zu gewährleisten. Sonst könnte es sein, dass solche Honorare außerhalb der MGV schnell wieder weg sind oder in die gedeckelte MGV verschoben werden.

Im hausärztlichen Bereich dürfte dieser Beschluss für die künftige Honorarentwicklung besonders problematisch werden. Zwar wird der regionale Honorarzuwachs über die MGV verteilt und wirkt sich entsprechend dem Trennungsfaktor pauschal auf den hausärztlichen und fachärztlichen Bereich aus.

Bei den Hausärzten steht aber die Versorgung chronisch Kranker und geriatrischer Patienten im Vordergrund. Die dort erbrachten Leistungen lassen sich nicht durch ein morbiditätsorientiertes Vergütungssystem korrekt abbilden.

So gesehen wird die Alternative der Hausarztzentrierten Versorgung immer wertvoller. Schade ist nur, wenn deren Bedeutung nicht erkannt wird und (wie jüngst in der „Welt am Sonntag“) sogar unterstellt wird, dass anstelle der zum Upcoding verbotenen Betreuungsstrukturverträge nun andere Vereinbarungen, allen voran die Hausarztverträge, treten würden.

Dr. Gerd W. Zimmermann