

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0239(10)

gel. VB zur öAnhörung am 13.02.

2017\_HHVG-2

08.02.2017

**verbraucherzentrale**

*Bundesverband*

# MITTELVERSCHWENDUNG UND VERZERRUNGEN ZULASTEN VON VERBRAUCHERN VERMEIDEN

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands

zu ausgewählten Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG)

sowie zum Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen: „Fairer Wettbewerb in der solidarischen Krankenversicherung ermöglichen – Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs vorantreiben“

8. Februar 2017

## Impressum

Verbraucherzentrale

Bundesverband e.V.

Team

Gesundheit und Pflege

Markgrafenstraße 66

10969 Berlin

[gesundheit@vzbv.de](mailto:gesundheit@vzbv.de)

Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

# INHALT

<b>I. EINLEITUNG</b>	<b>3</b>
<b>II. ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>3</b>
<b>III. ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN IM DETAIL</b>	<b>4</b>
1. Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung (Upcoding) .....	4
2. Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs .....	7

# I. EINLEITUNG

Am 30. November 2016 fand eine Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages zum anstehenden Gesetzesvorhaben eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) statt. Bei dieser Gelegenheit hat der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) die Gesetzesintentionen begrüßt, aber teilweise erheblichen Ergänzungs- und Änderungsbedarf bei der konkreten Umsetzung dieser Anliegen angeregt. Dennoch bleibt der Gesetzesentwurf in den aufgegriffenen Punkten unverändert, weshalb der vzbv nochmals auf die bereits vorgebrachten Punkte in seiner damaligen Stellungnahme hinweist.<sup>1</sup>

Die nun vorgelegten Änderungsanträge greifen insgesamt sechs Sachverhalte auf, die im ursprünglichen Gesetzesentwurf nicht enthalten waren und keinen unmittelbaren Bezug zur Heil- und Hilfsmittelversorgung aufweisen. Im Rahmen dieser Stellungnahme konzentriert sich der vzbv auf zwei der aufgegriffenen Themen:

- Änderungsantrag 1: Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung (Up-coding)
- Änderungsantrag 3: Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs.

Die letztere Thematik wird auch im Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen aufgegriffen, der entsprechend auch in diese Stellungnahme einbezogen wird.

# II. ZUSAMMENFASSUNG

Mit Blick auf die Verhinderung von Upcoding befürwortet der vzbv die im Änderungsantrag 1 der Regierungsfractionen gemachten Vorschläge, sieht diese aber als nicht hinreichend an, um das gesteckte Ziel zu erreichen. Nach Einschätzung des vzbv ist bei Umsetzung der geplanten Maßnahmen ein Ausweichen der Krankenkassen und Ärzte von der Beeinflussung mittels Betreuungsstrukturverträgen und Kodierberatern auf Selektivverträge zu erwarten. Deshalb schlägt der vzbv ergänzende Maßnahmen vor:

- ❖ Einführung verbindlicher ambulanter Kodierrichtlinien
- ❖ Evaluationsverpflichtung für Selektivverträge hinsichtlich ihrer Versorgungswirkung
- ❖ Vereinheitlichung der Aufsicht über die Selektivverträge der Krankenkassen
- ❖ Veröffentlichungspflicht für Selektivverträge

Nach Einschätzung des vzbv hätten diese Maßnahmen über die Verringerung des kasseninduzierten Upcoding hinaus weitere positive Auswirkungen auf Verbraucher hinsichtlich der zielgerichteten Verwendung von Beitragsmitteln, der Verbesserung der Versorgungsqualität und der Transparenz bei der Krankenkassenwahl.

Im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des morbi-RSA sieht der vzbv den im Änderungsantrag 3 vorgesehenen Folgeauftrag als zu eng eingegrenzt an. Er spricht sich nachdrücklich für eine umfassende Erarbeitung von Grundlagen für die Beseitigung von Verzerrungen und die Versorgungssteuerung im Interesse von Beitragszahlern und Patienten aus.

---

<sup>1</sup> Vgl. <http://www.vzbv.de/dokument/qualitaetsdefizite-bei-der-heil-und-hilfsmittelversorgung-vermeiden>

## III. ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN IM DETAIL

### 1. VERHINDERUNG UNZULÄSSIGER DIAGNOSEBEEINFLUSSUNG (UPCODING)

Unter Upcoding versteht man die Dokumentation von schwerwiegenderen Diagnosen als es dem eigentlichen Gesundheitszustand eines Patienten entspricht. So kann z.B. die Reaktion auf einen Todesfall im näheren persönlichen Umfeld gar nicht, als Anpassungsstörung oder, morbi-RSA-relevant, als Depression unterschiedlichster Ausprägung dokumentiert werden. Upcoding erfolgt durch den behandelnden Arzt mit dem Ziel, eine Erlössteigerung zu bewirken, die sich bei ihm, insbesondere aber auch bei der Krankenkasse des Patienten bemerkbar macht, wenn durch die veränderte Kodierung eine höhere Fallpauschale erreicht und über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (morbi-RSA) an die Krankenkasse ausgeschüttet wird. Es besteht also ein Anreiz, die möglichst erlösbringende Diagnoseverschlüsselung zu benutzen, zumal diese den Patienten zumeist verborgen bleibt. Für Verbraucher können derartige Diagnosen direkt Nachteile bedeuten, wenn sie beispielsweise für die Beantragung einer Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherung Angaben zu ihrem Gesundheitszustand machen müssen. Der Versicherungsabschluss ist damit ggf. teurer oder mit dem Risiko behaftet, dass die Versicherungsgesellschaft gegenüber ihrem Kunden (zumindest auf dem Papier berechnete) Vorwürfe erheben kann, relevante Vordiagnosen verschwiegen zu haben.

Upcoding bedeutet aber auch Verzerrungen und Nachteile für die Gemeinschaft der Versicherten: Wie kürzliche Aussagen von Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen belegen, investieren diese nicht unwesentlich in die Beeinflussung insbesondere der niedergelassenen Ärzte, um ihre individuellen Erlöse aus dem morbi-RSA zu erhöhen. Die entsprechenden Ressourcen (Geld, Zeit, Aufwand) kommen nicht der Patientenversorgung zu Gute, müssen aber dennoch von den Beitragszahlern aufgebracht werden. Sie gehen auch zu Lasten der übrigen Krankenkassen, so dass ein fataler Wettstreit um die effektivste Diagnosebeeinflussung entsteht. Vor diesem Hintergrund ist es dringend geboten, dieser Entwicklung einen wirksamen Riegel vorzuschieben, weshalb die Initiative der Regierungsfractionen vom vzbv prinzipiell begrüßt wird.

Der Änderungsantrag 1 der Regierungsfractionen zum HHVG sieht im Zusammenhang mit der Verhinderung von Upcoding die nachfolgend aufgeführten wesentlichen Maßnahmen vor, die der vzbv wie folgt bewertet:

- ❖ Es wird klargestellt, dass Vertragsärzte nicht für die Vergabe oder Dokumentation von Diagnosen wirtschaftliche Vorteile annehmen dürfen. – Diese Klarstellung bewertet der vzbv als notwendig, aber keineswegs als hinreichend, um entsprechendes Verhalten von Ärzten zu verhindern. Das wäre nur bei Überprüfung und ggf. Ahndung der Fälle, die aber nicht sichergestellt ist.
- ❖ Die Gesamtverträge der kassenärztlichen Vereinigungen dürfen keine kassenindividuellen oder kassenartenspezifischen Vereinbarungen mehr enthalten. – Diese unter dem Begriff „Betreuungsstrukturverträge“ bekannt gewordenen Konstrukte dienen der Aufteilung der mit dem Upcoding zu erzielenden Renditen zwischen den Krankenkassen und den kodierenden Vertragsärzten. Diese Möglichkeit auszu-

schließen erscheint sachgerecht, zumal mit dem Kollektivvertrag das Leistungsge-  
schehen und die daraus resultierende Honorierung für alle gesetzlich Versicherten  
einheitlich geregelt werden sollte.

- ❖ Zur besseren Erkennbarkeit von regionalen Verzerrungseffekten enthalten die an  
die Krankenkassen zu liefernden und von diesen zur Analyse zur Verfügung zu stel-  
lenden Daten nun Gemeindeschlüssel. – Diese Analysemöglichkeit ist aus verschie-  
denen Gründen, auch wegen der Nutzung der Daten für Versorgungsanalysen, zu  
begrüßen.
- ❖ Krankenkassen sind zur Mitwirkung bei Untersuchungen der Aufsichtsbehörden  
verpflichtet, die dem Verdacht von Upcoding nachgehen. – Diese Regelung er-  
scheint notwendig und sachgerecht.
- ❖ Nachträgliche Korrekturen der Diagnosedaten sind nur noch in begründeten Aus-  
nahmefällen möglich. – Krankenkassen haben Medienberichten zufolge z.B. mittels  
Kodierberatern nachträglich Einfluss auf dokumentierte Diagnosen genommen, da  
sie diese selbstverständlich erst kennen, wenn sie im Zuge des Flusses der Abrech-  
nungsdaten bei ihnen eintreffen. Indem die Möglichkeit der nachträglichen Datenän-  
derung eingeschränkt wird, entfällt diese Vorgehensweise, was der vzbv begrüßt.  
Wirklich wirksam wird die Vorschrift allerdings nur, wenn ihre Einhaltung überprüft  
wird.
- ❖ Die Krankenkassen dürfen keine Kodierberater mehr in Arztpraxen entsenden. –  
Diese Regelung erscheint ergänzend zur vorhergehenden erforderlich, da die prob-  
lematischen Beratungen natürlich auch zukünftige Kodierungen betreffen könnten.

In der Summe erscheinen all diese Maßnahmen notwendig und sachgerecht, aber es  
bleibt die Frage offen, ob sie auch ausreichen, um Mittelverschwendungen und Verzer-  
rungen im Rahmen von Upcoding umfassend zu verhindern. Hier sind Zweifel ange-  
bracht. Die eleganteste, da aufwandsärmste und in ihrer Reichweite überlegenste Form  
der Beeinflussung ist die strukturelle Mehrvergütung von Upcoding im Rahmen von  
Verträgen. Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf wird zwar die Möglichkeit genom-  
men, derartiges im Rahmen des Gesamtvertrags zu vereinbaren, aber die Möglichkeit  
über Selektivverträge (insbesondere §§ 73b und 140a SGB V) bleibt hiervon unberührt.  
Selektivverträge waren in der Vergangenheit möglicherweise weniger attraktiv für den  
Zweck des Upcodings, da ein höherer Aufwand betrieben werden muss: Im Selektiv-  
vertrag müssen die Patienten einzeln eingeschrieben werden, während die Verortung  
im Gesamtvertrag zu unmittelbarer Wirksamkeit für alle Versicherten führte. Wenn der  
Weg über die Gesamtverträge aber nun mit der vorliegenden Initiative der Regierungs-  
fraktionen verschlossen wird, dürften Selektivverträge für diesen Zweck an Bedeutung  
gewinnen. Die Methode der Wahl wäre dann, für morbi-RSA-relevant schwerer er-  
krankte Patienten eine besondere Betreuungspauschale zu vereinbaren, die natürlich  
nur bei Kodierung der entsprechenden Diagnose fällig wird. Wenn dann die Arztvergü-  
tung de facto über dem vereinbarten Leistungsumfang liegt, besteht wiederum ein An-  
reiz, Patienten möglichst in den Vertrag einzuschreiben und entsprechend zu doku-  
mentieren. Dass solche Abrechnungsmöglichkeiten prinzipiell denkbar und genehmi-  
gungsfähig sind, zeigen beispielsweise „kontaktunabhängige Betreuungspauschalen“,  
wie sie in der hausarztzentrierten Versorgung vereinbart wurden. Um also das Thema  
Upcoding tatsächlich zu beenden und nicht nur von einem Instrument auf ein anderes  
zu verlagern, schlägt der vzbv ergänzend zu den bereits im Änderungsantrag enthalte-  
nen Ansätzen folgende Maßnahmen vor:

❖ **Einführung verbindlicher ambulanter Kodierrichtlinien:**

Diese wären nicht nur für die Vermeidung von Upcoding bedeutsam, sondern auch für die bessere Nutzung ambulanter Daten z.B. für die Versorgungsforschung. Im stationären Sektor sind sie bereits lange etabliert.

❖ **Evaluationsverpflichtung für Selektivverträge hinsichtlich ihrer Versorgungswirkung:**

Derzeit werden Selektivverträge nur nachgelagert mit Blick auf ihre ökonomischen Wirkungen von den Aufsichtsbehörden überprüft. Auf diese Weise können Anreize, die sich überwiegend auf die Kodierung beziehen, nicht entdeckt werden oder wirken sogar positiv auf das ökonomische Gesamtergebnis des Vertrags. Deshalb sollte verpflichtend vorgegeben werden, dass auch die Versorgungswirkungen der Verträge durch unabhängige Instanzen geprüft werden. Das ist auch unabhängig von der Frage des Upcoding im Interesse von Patienten wie Versicherten, sollten doch Versichertengelder prinzipiell nur in notwendige und zweckmäßige Versorgungsleistungen fließen. Ob das bei den derzeitigen Selektivverträgen der Fall ist, ist zum größten Teil unbekannt.

❖ **Vereinheitlichung der Aufsicht über die Selektivverträge der Krankenkassen:**

Die Beurteilung, ob eine Vergütung in einem Selektivvertrag für entsprechende Versorgungsleistungen oder für Kodierung bezahlt wird, dürfte auch bei unabhängiger Evaluation im Einzelfall eine Ermessensentscheidung sein. Damit dieses Ermessen einheitlich ausgeübt wird, erscheint die Durchführung durch eine einzelne Stelle die einzige erfolgversprechende Lösung im Interesse gleicher Wettbewerbsbedingungen für die Krankenkassen.

❖ **Veröffentlichungspflicht für Selektivverträge:**

Im Zusammenhang mit dem Upcoding würde die Veröffentlichungspflicht dafür sorgen, dass auch konkurrierende Krankenkassen die Möglichkeit bekämen, sich davon zu überzeugen, ob und in welchem Umfang Anreize zum Upcoding in Selektivverträgen verborgen sind. So würde mindestens eine Angleichung, idealerweise sogar eine entsprechende Bereinigung problematischer Klauseln erfolgen. Mit dieser Maßnahme wären darüber hinaus aber auch noch weitere positive Effekte verbunden: Erstens könnten sich Patienten darüber informieren, welche Kasse bzw. welcher Leistungserbringer einen für sie vorteilhaften Vertrag und damit verbesserte Versorgung bereithält. Das ist heute bestenfalls rudimentär möglich und verhindert den viel zitierten Wettbewerb um Qualität im Zusammenhang mit Selektivverträgen. Zweitens könnten erfolgreiche Modelle weitere Verbreitung, idealerweise bis in den Kollektivvertrag, finden, damit möglichst viele Patienten in den Genuss verbesserter Versorgung kommen.

## 2. WEITERENTWICKLUNG DES RISIKOSTRUKTURAUSGLEICHS

Die Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs entscheidet darüber, ob der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um gute Versorgung, Leistungs- und Servicequalität geht oder darum, die richtigen Versicherten mit den positiven Deckungsbeiträgen an sich zu binden (Risikoselektion). Er entscheidet auch darüber, ob sich Krankenkassen im Interesse ihres Zusatzbeitrages und nachfolgenden wirtschaftlichen Überlebens genötigt sehen, Anreize zu Upcoding, stiller Rationierung oder sogar zum systematischen Demotivieren teurer Versicherter hinsichtlich der Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu setzen. Fraglos werden durch derartige Verhaltensweisen Verbraucher in ihrer Rolle als Beitragszahler bzw. Patient geschädigt, so dass Gegenmaßnahmen nötig sind. Eine der wichtigsten Maßnahmen ist folglich die Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs und die Überprüfung, ob die mit ihm gesetzten Anreize dem Gemeinwohl und der politischen Steuerungsabsicht entsprechen. Beides ist davon abhängig, dass entsprechende Untersuchungen angestellt und gewonnene Erkenntnisse umgesetzt werden, was angesichts der Komplexität der Sachlage, aber auch der enormen Hebelwirkung im Gesundheitswesen keine einfache Aufgabe ist. Vor diesem Hintergrund bedauert der vzbv, dass die Regierungsfractionen ihren Änderungsantrag 3 ausschließlich auf zwei, bereits seit 2011 bekannte Problempunkte des morbi-RSA beziehen. Insgesamt stellt sich die Frage, warum diese Verzerrungen im Risikostrukturausgleich, wenn sie schon seit 2011 bekannt sind, nicht bereits korrigiert sind. Wenn allerdings argumentiert wird, dass aufgrund des langen Zeitverzugs nun eine erneute Überprüfung der 2011 betrachteten Aspekte erforderlich ist, dann stellt sich umso mehr die Frage, warum nicht, entsprechend dem Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, eine unabhängige Evaluation des gesamten morbi-RSA mit Blick auf die Analyse möglicher Verzerrungs- aber auch Steuerungspotentiale in Auftrag gegeben wird. Auf dieser Grundlage könnte dann der Änderungsbedarf insgesamt beurteilt und eine hinsichtlich der politischen Steuerungsabsicht abgewogene Entscheidung getroffen werden. Insbesondere wäre nachteilig, wenn jetzt ein mehrjähriger, eingeschränkter Untersuchungsauftrag erteilt würde, der während seiner Laufzeit die erforderliche umfassende Analyse blockiert. In diesem Sinne unterstützt der vzbv die im Änderungsantrag von Bündnis 90/Die Grünen aufgestellten Forderungen.