

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

**19(14)123(18)**

gel. ESV zur öAnh am 18.12.2019 -

**GKV-FKG**

**12.12.2019**

## **Stellungnahme des Einzelsachverständigen**

**Dr. Werner Baumgärtner**

bei der

**öffentlichen Anhörung des Ausschuss für Gesundheit**

am **Mittwoch, den 18. Dezember 2019**, von **14:30 Uhr bis 17:30 Uhr**

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)**

(BT-Drucksache 19/15662)

### Vorbemerkungen

Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen hat in seinem Sondergutachten 2012 eine Reihe von Empfehlungen mit Blick auf den Ordnungsrahmen, die Ziele und die Voraussetzungen von (Vertrags-)Wettbewerb formuliert:

- die Ausrichtung des Leistungsangebotes am objektivierten Bedarf,
- die Berücksichtigung der Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten durch Lenkung der Leistungen,
- die Entlohnung nach erbrachter Leistungsqualität durch eine leistungsbezogene Vergütung.

Nach der wettbewerblichen Öffnung durch den Gesetzgeber wurde auch in Verträgen zur ambulanten ärztlichen Versorgung zunehmend ein Bezug zwischen spezifischer Diagnosestellung und danach bemessenen Versorgungsleistungen sowie deren Vergütung vereinbart und seitens der Aufsichtsbehörden genehmigt.

Insbesondere in Versorgungsverträgen (Selektivverträgen), die umfassende haus- und fachärztliche Leistungen beinhalten, aber auch in anderen innovativen Settings, etwa im Kontext von Innovationsfondsprojekten, ist es notwendig:

- ICD-Diagnosen als „**Zugangskriterium**“ für spezifische Leistungen nach aktuellem medizinischem Kenntnisstand zu definieren.
- den Aufwand einer medizinischen Intervention über möglichst spezifische Diagnosen je nach **Ausprägung, Verlauf und Schweregrad** einer Erkrankung differenziert abzubilden,
- über spezifische „Diagnose-Kataloge“ den **Leistungsinhalt von Pauschalentgelten** oder Einzelleistungen zu bestimmen und abzugrenzen,
- die Akteure **interdisziplinärer, interprofessioneller oder intersektoraler Behandlungsformen** in der Umsetzung von Versorgungspfaden – also eine **Strukturierung und Steuerung der Versorgung** zu schaffen.

### Kernbotschaft

Der Entwurf des GKV-FKG sieht in Artikel 5 Nr. 5, 7 und 11 vor, die bestehenden Regelungen zu **unzulässigen „Koppelungen“ ambulanter Vergütungsregelungen mit Behandlungsdiagnosen drastisch zu verschärfen**. Eine Vergütung ärztlicher Leistungen, die an bestimmte Diagnosen geknüpft ist, soll zukünftig generell verboten werden. Der Kabinettsentwurf des GKV-FKG ist offenkundig allein von der Abwehr möglicher Manipulationsversuche des Morbi-RSA geleitet.

Die geplante Regelung ist völlig unverhältnismäßig und greift substantiell in die Gestaltung sowohl künftiger als auch bestehender (selektivvertraglicher) Versorgungsverträge ein. Und sie konterkariert insbesondere jene Versorgungskonzepte, die anerkannte Experten, darunter der Sachverständigenrat, seit Jahren fordern, um die Koordinations- und Steuerungsdefizite im deutschen Gesundheitswesen abzubauen.

**Um Manipulationen zu verhindern, reicht die bisherige gesetzliche Regelung völlig aus. Artikel 5 Nummern 5, 7 und 11 sind deshalb zu streichen.**

### **Begründung:**

1. Diese **Regelungen verkennen** den unverzichtbaren Beitrag von spezifischen ICD-Diagnosen zu einer **transparenten und effizienteren Versorgung**, einer **bedarfsgerechten Ressourcenlenkung** und einer fortlaufenden **Qualitätssicherung und Evaluierung**.
2. Die geplante Regelung ist **weder sachgerecht noch verhältnismäßig**. Sie **stellt vielmehr innovative Versorgungsformen und -verträge wie z.B. die Haus- und Facharztverträge in Baden-Württemberg**, die sich gezielt an hochrangigen Leitlinien und Versorgungspfaden orientieren, in ihrer Substanz **zur Disposition**.
3. Mitte 2020 kommen die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) beschlossenen ambulanten **Kodier-Richtlinien. Leitlinienorientierung und Innovationsfähigkeit** von Versorgungs- und Vertragsstrukturen ausschließlich vom Motiv eines vermeintlichen Missbrauchs des Morbi-RSA her zu „denken“, würde einen **eklatanten versorgungspolitischen Rückschritt** bedeuten.
4. Ich appelliere an den Gesetzgeber, die **notwendigen Innovationspotentiale und Gestaltungsräume für eine evidenzbasierte Versorgungs- und Vertragsgestaltung im Sinne des Patientenwohls zu erhalten und weiter zu stärken. Spezifische Krankheitsbeschreibungen** nach dem internationalen Klassifikationssystem **und ihre sachgerechte Verknüpfung mit leistungs- und versorgungsadäquaten Entgelten sind dafür unverzichtbar**.
5. **Beispiele**  
**Krankheit: Diabetes mellitus**  
ICDs: E10.-Typ1; E11.-Typ2, E12.-i.V. Fehl-/Mangelernährung, E13.- sonst. Diabetes mellitus; E14-nicht näher bezeichnet

#### **Differenzierung/Kategorien in 4. und 5. Stelle nach**

- **Komplikationen** (z.B. Nieren, Augen, neurologisch) und
- **Zustand** (entgleist/nicht entgleist, diabetisches Fußsyndrom, multiple Komplikation)

**Vergütungsposition: Höhe und Häufigkeit richten sich nach Komplikation/Zustand**

#### **Krankheit: Herzinsuffizienz**

ICD I50.0- Rechtsherzinsuffizienz, ICD I50.1- Linksherzinsuffizienz  
ICD I50.9- Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet

**Differenzierung/Patientenversorgung und -steuerung** orientiert sich an

- **NYHA-Stadien I u. II**  
I50.02 ... ohne Beschwerden,  
I50.03 ... Beschwerden bei stärkerer Belastung  
Hier werden nur quartalsweise Pauschalen vergütet und maximal 5 Arzt-Patienten-Kontakte.

- **NYHA-Stadien III und IV:**

I50.04 ... Beschwerden bei leichter Belastung

I50.05 ... Beschwerden in Ruhe

Hier werden höhere Quartalspauschalen vergütet plus bis zu 12 Arzt-Patienten-Kontakte im Quartal, um stationäre Einweisungen zu verhindern.

**Fachärztliche Leistungen richten sich nach dem Schweregrad:**

Anamnese, Untersuchung, apparative Diagnostik, stadienbezogene (nicht)medikamentöse Behandlung.

**Vergütungsposition: Quartalspauschale oder Einzelleistung richten sich nach der NYHA-/LV-Funktion.**

Die ärztlichen Leistungsinhalte müssen sich also am Schweregrad, einer Komplikation oder am aktuellen Zustand des Patienten orientieren. Nur so kann z.B. eine Versorgungssteuerung z.B. zur Verhinderung stationärer Drehtür-Effekte funktionieren.

6. Soweit eine ärztliche Leistung mit einer bestimmten, tatsächlich vorliegenden Erkrankung im unmittelbaren Zusammenhang steht, ist es somit **systematisch richtig**, den **Vergütungsanspruch mit der Dokumentation** und damit der Kodierung dieser Erkrankung zu verknüpfen, weil nur so eine bedarfsgerechte Steuerung und eine aufwandsgerechte Vergütung vereinbart werden kann. Deshalb gibt es sowohl in der Krankenhausversorgung (diagnosebezogene Fallpauschalen - DRGs) als auch für die ambulante ärztliche Behandlung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) Abrechnungspositionen, die nur bei bestimmten ICD-10-Diagnosen abrechnungsfähig sind. Auch die Richtlinie zur ambulant-spezialärztlichen Versorgung (ASV) enthält eine Vielzahl endstelliger Diagnosen als Ausschluss- oder Erlaubniskriterium zur Erbringung von Leistungen (und damit ihrer Abrechnung), während eine entsprechende Funktion von Diagnosen ansonsten in der ambulanten Versorgung verboten werden soll.

7. **Selektivverträge**

Die Regelungen, die im Jahr 2017 mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz eingefügt wurden, sind ausreichend, um Manipulationen in der selektivvertraglichen Versorgung zu verhindern.

Sowohl in den Verträgen der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V als auch in Verträgen zur besonderen (fachärztlichen) Versorgung nach §73c SGB V a.F./§ 140a SGB V **beauftragt der Gesetzgeber die Vertragspartner, das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der Versorgung und deren Vergütung zu regeln und insofern den Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung zu übernehmen.**

Es ist gerade eines der **wesentlichen Ziele der HzV und der Verträge zur besonderen (fachärztlichen) Versorgung**, eine über die Regelversorgung hinausgehende Versorgung anzubieten. In diesen Versorgungsformen dienen **gerade die (Differenzial-)Diagnosen als vertraglicher Anker**, um die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte dazu anzuhalten, Patientinnen und Patienten mit hoher Morbidität (zum Beispiel chronisch erkrankte und multimorbid erkrankte Versicherte in der HzV) eine besonders intensive Versorgung zu gewähren.

Es ist daher **sinnvoll, angemessen und auch im Sinne des SGB V wirtschaftlich**, auf einer definierten, diagnosebezogenen Krankheits- beziehungsweise Diagnoseauswahl aufzusetzen, um durch ärztliche Interventionen und Leistungserbringung bei diesen Krankheitsbildern die **Versorgung der Versicherten rationaler zu steuern**. Käme es zu einem wie von der Bundesregierung vorgesehenen generellen **Verbot von Diagnoselisten**, würde die an der eindeutig definierten Krankheitslast ausgerichtete **steuernde Wirkung der HzV und der Verträge zur besonderen Versorgung entfallen**.

**Fazit:**

Das von der Bundesregierung mit den vorliegenden Regelungen verfolgte Ziel, ungerechtfertigte Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu unterbinden, steht im Konflikt zu den gravierenden Konsequenzen für **Versorgungsverträge nach §§ 73b und 140a SGB**.

Die ausweislich der Gesetzesbegründung genannte **Zulässigkeit** der Definition von - an bestimmte Krankheiten oder Krankheitsausprägungen (kodiert als ICD-10 Diagnose) geknüpfte - **Einschlusskriterien für spezifische Module** in Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung **ändert daran nichts**, weil sich die Versorgungs- und Leistungssteuerung nicht nur auf den Einschluss in ein Modul, sondern auch auf die laufende Behandlung erstreckt. Außerdem wird durch den „Ausschluss der Vereinbarung einer Vielzahl an Einzel-Modulen“ **verhindert**, dass **für multimorbide Patienten** in Selektivverträgen **kombinierte haus- und fachärztliche Versorgungsmodule** geschaffen werden können, obwohl gerade diese Patientengruppe hiervon besonders profitieren kann. Darüber hinaus würde diese Praxis modularer Einschlüsse in verschiedene Versorgungsangebote innerhalb einzelner Verträge zu einer weiteren Überbürokratisierung in Arztpraxen führen.

Neben den unmittelbaren **Versorgungsnachteilen für Patientinnen und Patienten** einer solchen Regelung in den §§ 73b und 140a SGB V würden sich darüber hinaus systemische Nachteile für Patientinnen und Patienten addieren, die mit der Minderung der Attraktivität des Arztberufs und entsprechenden Auswirkungen auf den ärztlichen Nachwuchs verbunden sind.

**Aus meiner Sicht sind somit Artikel 5 Nummern 5, 7 und 11 zu streichen, da die bisherigen gesetzlichen Regelungen völlig ausreichend sind, um Missbrauch bei Kodierung und Vergütung zu verhindern.**