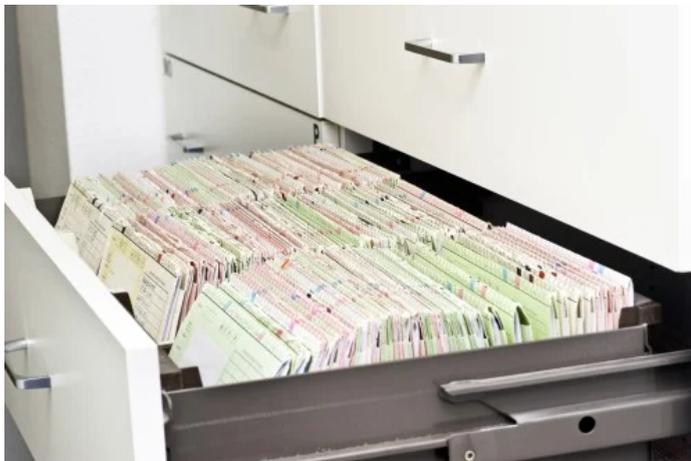


29.07.2019 **Praxis**

Reaktion auf den Referentenentwurf des „Faire-Kassenwahl-Gesetzes“

Allianz Deutscher Ärzteverbände



© IStock/wakila

Resolution

Behandlungsdiagnosen als Basis
einer bedarfsgerechten und
evidenzbasierten
Versorgungsgestaltung
unverzichtbar –

**Verbot im Referentenentwurf des
„Faire-Kassenwahl-Gesetzes“ (GKV-FKG) aufgeben!**

Der Referentenentwurf des „Faire-Kassenwahl-Gesetzes“ (GKV-FKG) sieht vor, das bestehende Verbot der „Koppelung“ ambulanter Vergütungsregelungen mit Behandlungsdiagnosen drastisch zu verschärfen. Eine Vergütung ärztlicher Leistungen, die an bestimmte Diagnosen geknüpft ist, soll generell verboten werden. Diese Regelung verkennt den unverzichtbaren Beitrag von ICD-Diagnosen zu einer transparenten und effizienten Versorgung und zu einer bedarfsgerechten Ressourcenlenkung. Die geplante Regelung ist deshalb weder sachgerecht noch verhältnismäßig. Sie stellt vielmehr innovative Versorgungsformen und -verträge, die sich gezielt an hochrangigen Leitlinien und Versorgungspfaden orientieren, in ihrer Substanz zur Disposition.

Ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ohne manipulative Verzerrung bildet die Voraussetzung für einen fairen Kassenwettbewerb. Dafür bedarf es jedoch keines pauschalen Verbots von Diagnosen im Kontext ambulanter Vergütungsregeln. Schon heute stehen den Aufsichtsbehörden die notwendigen Instrumente zur Verfügung, um einen rechtssicheren und manipulationsfreien Morbi-RSA zu gewährleisten. Hinzu kommen Mitte 2020 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.

Wir appellieren 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.

gezeichnet:

Prof. Dr. med. Hans Martin Hoffmeister
Berufsverband deutscher Internisten (BDI)

Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (GFB)

Dr. med. Klaus Reinhardt
Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands,

Dr. med. Werner Baumgärtner
MEDI GENO Deutschland

Dr. med. Dirk Heinrich
NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands

Dr. med. Dirk Heinrich
Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFa)

Resolution gegen ein Verbot von spezifischen Behandlungsdiagnosen als Voraussetzung für Leistungsvergütungen – Begründung

I. Status quo seit 2017

Im April 2017 wurde mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) eine weitreichende Regulierung von Verträgen zur (ambulanten) Versorgung beschlossen. Der Gesetzgeber untersagt insbesondere Verträge, in denen die Dokumentation spezifischer Behandlungsdiagnosen ohne entsprechenden konkreten Leistungsbezug gesondert vergütet wird. Diese gesetzgeberische Maßnahme war sinnvoll und angemessen.

Dem HHVG war eine in der Fachöffentlichkeit geführte Diskussion über nicht gerechtfertigte Diagnosen („upcoding“) vorausgegangen. Krankenkassen, so der Vorwurf, strebten mit vertraglichen Vergütungsanreizen für die gezielte Erfassung von Diagnosen nach möglichst hohen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Gleichzeitig wurde Ärztinnen und Ärzten unterstellt, dass sie ihren Patienten aus pekuniären Erwägungen auch vorsätzlich falsche Diagnosen zuweisen würden.

Der Blick auf die „Vertragslandschaft“ im Kontext neuer Versorgungsformen (insbesondere nach § 140a SGB V) zeigt, dass die regulatorische Absicht des Gesetzgebers erreicht wurde. Nicht zuletzt als Ergebnis der Abstimmung der Aufsichtsbehörden auf Bundes- und Landesebene – mit dem Ziel einer Vereinheitlichung der Aufsichtspraxis – sind bundesweit zahlreiche Verträge beanstandet und in der Folge beendet oder rechtskonform geändert worden.

Der Referentenentwurf des GKV-FKG formuliert nunmehr aber eine Regelung, die völlig unverhältnismäßig in die Gestaltung sowohl künftiger als auch bestehender Versorgungsverträge eingreift und insbesondere innovative Versorgungskonzepte teils schlicht unmöglich machen würde.

II. Diagnosen in der ambulanten Versorgung und ihre Funktionen

1. Leistungsbeschreibung

Die (Gesamt-)Verträge der ambulanten Regelversorgung sowie die Verträge nach §§ 73b und 140a SGB V beschreiben eine Vielzahl spezifischer ärztlicher bzw. medizinischer Leistungen, die – zum Teil unter Bezugnahme auf ICD-Diagnosen – eindeutig definiert und mit möglichst aufwandsgerechten Entgelten versehen sind. Behandlungsdiagnosen erfüllen somit eine beschreibende Funktion, die für die vertragliche Realisierung evidenzbasierter Versorgungsziele von zentraler Bedeutung ist:

1. Eine am konkreten Versorgungsbedarf orientierte Leistungserbringung, also mithin die **Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung.**
2. Die **Steuerung und Koordination der Patientenbehandlung** zwischen Leistungserbringern unterschiedlicher (ärztlicher) Fachgruppen, Versorgungsebenen und -sektoren sowie zwischen medizinischen Professionen.
3. Eine nach Art und Schwere einer Krankheit bemessene **aufwands- und leistungsgerechte Vergütung.**

2. Bedarfsorientierung und Qualitätsentwicklung

Der SVR hat sich insbesondere in seinem Sondergutachten 2012 mit Fragen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen auseinandergesetzt und eine Reihe von Empfehlungen mit Blick auf den Ordnungsrahmen, die Ziele und die Voraussetzungen von (Vertrags-)Wettbewerb formuliert. Als wesentliche Erwartungen an einen „funktionsfähigen Wettbewerb“ werden genannt:

- 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.**

In der Tat entfalten sektorenbezogene Budgets und ihre regulatorische Übertragung auf einzelne Leistungserbringer – als Pauschalentgelte, Individualbudgets oder Regelleistungsvolumina – Lenkungs- und Allokationseffekte, die nicht passgenau am tatsächlichen Versorgungsbedarf ausgerichtet sind.

Auch Einzelleistungen, als „Gegenmodell“ von Budgets, gewährleisten keineswegs eine bedarfsgerechte Lenkung von Ressourcen, sondern lösen insbesondere eine Mengendynamik mit nicht minder gravierenden Negativeffekten aus.

Als methodischer Ausweg aus diesem Dilemma wurden in der stationären Versorgung diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG) etabliert. Dabei wird jeder Behandlungsfall einer Fallpauschale auf der Basis von Diagnosen (ICD-10-GM) und Prozeduren (OPS) zugeordnet, die vom Krankenhaus verpflichtend zu dokumentieren sind.

Einen vergleichbaren Paradigmenwechsel hat es in der ambulanten Versorgung (mit Ausnahme des ambulanten Operierens) nicht gegeben. Allerdings finden seit der wettbewerblichen Öffnung von Vertrags- und Versorgungsformen sowie im Kontext der Umsetzung von geförderten Innovationsfondsprojekten nach § 92a SGB V Bezüge zu spezifischen Diagnosen zunehmend Eingang in die Vergütungs- und Honorarvereinbarungen – insbesondere in Verträgen nach §§ 73b, 73c (alt) und 140a SGB V:

- ICD-Diagnosen bilden ein „**Zugangskriterium**“ für spezifische Leistungen nach aktuellem Kenntnisstand.
- Der durchschnittliche Aufwand einer medizinischen Intervention kann über möglichst spezifische Diagnosen je nach **Ausprägung, Verlauf und Schweregrad** einer Erkrankung differenziert abgebildet werden.
- Es ist möglich, über „Diagnose-Kataloge“ den **Leistungsinhalt** etwa von Pauschalentgelten abschließend zu bestimmen und von anderen Leistungen abzugrenzen.
- Diagnosen unterstützen die Akteure interdisziplinärer, interprofessioneller oder intersektoraler Behandlungsformen sowohl in der Definition als auch der Umsetzung arbeitsteiliger Prozesse und Versorgungspfade – also mithin einer **Strukturierung** der Versorgung.

Nach den Erfahrungen und Evaluationsergebnissen innovativer Vertrags- und Versorgungsformen erfüllen entsprechende Regelungen ihren Zweck und tragen dazu bei, die Versorgung – im Einklang mit der Anforderung des SVR – am „objektivierten Bedarf“ auszurichten. Dies gilt insbesondere für indikationsspezifische (und zumeist kooperative) Versorgungsprojekte, wie sie etwa der Innovationsfonds häufig fördert, sowie für Verträge, die den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) der ambulanten Regelversorgung durch ein alternatives System der Leistungsbeschreibung und -vergütung vollständig ablösen, wie etwa die Haus- und Facharztverträge in Baden-Württemberg.

Darüber hinaus schafft die Verknüpfung von Behandlungsdiagnosen, medizinischen Leistungsbeschreibungen und ihrer Vergütung eine adäquate Datenbasis für mehr Transparenz im Versorgungsgeschehen – als Voraussetzung für Evidenz- und Qualitätsorientierung sowie für Zwecke der Versorgungsforschung.

3. Vergütung

Die Funktion von Behandlungsdiagnosen und ihre Handhabung folgen im GKV-System – je nach Versorgungskontext – höchst inkonsistenten oder gar widersprüchlichen Logiken:

- Ambulant tätige Ärzte sind nach § 295 SGB V zur (endstelligen) Diagnosekodierung verpflichtet, obwohl ihre Dokumentation für die Leistungsvergütung in der Regelversorgung vielfach bedeutungslos ist.
- In der stationären Versorgung sind Behandlungsdiagnosen als zentrales Vergütungskriterium etabliert und anerkannt, während ihre entsprechende Verwendung in der ambulanten Versorgung zukünftig einem strikten gesetzlichen Verbot unterliegen soll.
- Selbst innerhalb der ambulanten Versorgung sieht der Gesetzgeber abweichende Regelungen vor: So enthält die Richtlinie zur ambulant-spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) 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.
- Diagnosen sind für die Einnahmeseite der GKV das zentrale und – im Grundsatz – bewährte und anerkannte Allokationsinstrument, während auf der Ausgabenseite – und dort allein in der ambulanten ärztlichen Versorgung – den Akteuren eine „Blindheit“ gegenüber diesem für die Verteilungsgerechtigkeit wichtigem Instrument auferlegt werden soll.

4. GKV-FKG Fehlinterpretation

Der Referentenentwurf des GKV-FKG ist offenkundig allein von der Abwehr möglicher Manipulationsversuche des Morbi-RSA geleitet. In seiner Begründung bekräftigt der Entwurf...

„(...) das bisherige Verbot der Diagnosevergütung. (...) Um sämtliche Umgehungsstrategien in den Verträgen zu eliminieren, [werden die Verträge nach §§ 73b, 73c (alt) und 140a SGB V] nun so gefasst, dass generell vertragliche Regelungen unzulässig sind, in denen bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorgesehen werden. Auf die bisher oftmals umstrittene Frage, ob Vergütungen für Diagnosen oder für ärztliche Leistungen gezahlt werden, kommt es damit nicht mehr an. (...).“

Dabei hat der Entwurf die dadurch entstehende Problematik für bestehende und künftige Versorgungsverträge vermeintlich im Blick und will augenscheinlich Bedenken gegen das rigorose Vorgehen antizipieren:

„Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten angeboten werden, sind weiterhin möglich, sofern sie an die Kapitel- oder Obergruppengliederung nach ICD-10 oder einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen.“

Dadurch wird das Gefahrenpotenzial aber in keiner Weise adäquat adressiert. Tatsächlich ist die Bezugsebene der „ICD-Kapitel- und -Obergruppen“ für die notwendige differenzierte und praktikable Leistungsbeschreibung völlig ungeeignet. Dies illustrieren folgende Beispiele:

- Die ICD-Obergruppe „Diabetes mellitus“ (E10 bis E14) umfasst sowohl Diabetes Typ 1 als auch Typ 2 und Schwangerschaftsdiabetes.
- Die ICD-Obergruppe „Virushepatitis“ (B15 bis B19) umfasst Hepatitis A, B, C und E.

- Die ICD-Obergruppe „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (F10 bis F19) umfasst sowohl Störungen durch Alkohol als auch durch andere Substanzen wie Opioide, Cannabinoide, Kokain usw.

III. Fazit

Leistungs- und Vergütungsverträge bilden das Instrumentarium, um Versorgungskonzepte in konkreten Prozessketten abzubilden – und damit im Versorgungsalltag verwirklichen zu können. Jede unsachgemäße Beschränkung auf der Ebene der Verträge mindert die Handlungsoptionen der Akteure im Behandlungsgeschehen. Es käme einem eklatanten versorgungspolitischen Rückschritt gleich, Leitlinienorientierung und Innovationsfähigkeit von Versorgungs- und Vertragsstrukturen ausschließlich vom Motiv eines potentiellen Missbrauchs des Morbi-RSA her zu „denken“. **Die bereits erreichten und auch weiterhin notwendigen Fortschritte in der versorgungsgerechten Behandlung von Patientinnen und Patienten dürfen nicht durch eine überzogene Regulatorik aufs Spiel gesetzt werden!**

Die Allianz deutscher Ärzteverbände ist der Zusammenschluss der größten, bundesweit tätigen und fachübergreifenden Verbände und besteht aus:

- Berufsverband deutscher Internisten (BDI),
- Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (GFB),
- Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands,
- MEDI GENO Deutschland,
- NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, und
- Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFa).

Allianz Deutscher Ärzteverbände
c/o Hartmannbund, Verband der Ärzte Deutschlands e.V.
Kurfürstenstraße 132
10785 Berlin

Pressekontakt (Hartmannbund)
Michael Rauscher
Tel. 030 206208-12
michael.rauscher@hartmannbund.de