

**Stellungnahme des Deutschen Hausärzteverbandes e.V.
zum Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit
für ein Gesetz für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Kranken-
versicherung
(Faire – Kassenwahl – Gesetz – GKV-FKG)**

18. April 2019

A: Vorbemerkung

Zu dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für ein *Gesetz für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG)* nehmen wir zu einzelnen Regelungen wie folgt Stellung.

- I. **Art. 4 Nr. 5 – Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen [§§ 73b Abs. 5 Satz 7 SGB V]**
- II. **Art. 4 Nr. 7 u. 10 - Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen [§§ 83 Satz 4 u. 140a Abs. 2 Satz 7 SGB V]**
- III. **Art. 4 Nr. 11 – Öffnung der Ortskrankenkassen auf das gesamte Bundesgebiet [§ 143 SGB V]**
- IV. **Art. 4 Nr. 20 - Erfassung von Diagnosen nach Arztgruppenschlüsseln [§ 267 Abs. 2 SGB V]**
- V. **Art. 4 Nr. 22 a) – Abschaffung der Programmkostenpauschale für strukturierte Behandlungsprogramme [§ 270 Abs. 1 SGB V]**

B. Stellungnahme

- I. **Art. 4 Nr. 5 – Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen [§§ 73b Abs. 5 Satz 7 SGB V]**

Die beabsichtigte Neuregelung entspricht dem im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum TSVG diskutierten und umstrittenen „Änderungsantrag 6“. Der Deutsche Hausärzteverband lehnt die erneut in ein Gesetzgebungsverfahren eingebrachte Änderung des § 73 b Abs. 5 Satz 7 SGB V ab. Die Intention des Ministeriums, die hausärztliche Vergabe von Diagnosen frei von Beeinflussungen durch die Krankenkassen zu halten, ist richtig. Abzulehnen ist jedoch ein gesetzlicher Eingriff, der insoweit über das Ziel hinausschießt und der den enorm wichtigen Vertrags- bzw. Leistungswettbewerb der Krankenkassen unterbinden will, mit dem fatalen Ergebnis, dass Krankenkassen zur Verbesserung der Versorgung ihrer Versicherten (Versichertenstruktur) keine darauf ausgerichteten Leistungen vereinbaren können. Vertragswettbewerb fördert nachweislich die Qualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, denn sie gewährleistet eine auf die Bedürfnisse (Behandlungsbedarfe und Behandlungsumfänge) der Versicherten ausdifferenzierte Vereinbarung von Leistungen. Eine Differenzierung auf den Ebenen der Kapitel- oder Obergruppen nach ICD – 10 GM – wie in der Begründung ausgeführt – reicht hierbei gerade nicht. Auch der Verweis auf „allgemeine Krankheitsbegriffe“ ist nicht

zielführend, denn er führt zu nicht hinnehmbaren Ungenauigkeiten in der Abbildung der Morbidität. Genaue Daten sind aber unerlässlich, und zwar a) für eine sachgerechte Mittelzuweisung und -verwendung und b) für eine fortwährende Qualitätssicherung. Deshalb kommt es entgegen der ministeriellen Begründung sehr wohl auf die Unterscheidung an, ob Vergütungen für solche ärztlichen Leistungen gezahlt werden, oder eben nur für bestimmte Diagnosen.

Dabei steht außer Frage, dass die an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teilnehmenden Ärzte bei Erbringung der Betreuungs- und Behandlungsleistungen sowie bei deren Abrechnung keine Diagnosen vergeben, die nicht dem tatsächlichen Krankheitsbild des einzelnen Patienten entsprechen. Anderslautende Behauptungen sind bis heute nicht belegt; jedwede gesetzliche Regelung, die gleichwohl auf entsprechenden Behauptungen aufbaut, ist abzulehnen. Vermutungen, Annahmen, Indizien o. Ä. reichen keineswegs als Grundlage für gesetzliche Regelungen.

Vielmehr gilt Folgendes:

- ❖ Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung *„sind keine „Anhaltspunkte ersichtlich, dass die genannten Pauschalen (Chronikerzuschläge) nicht in erster Linie für die Verbesserung der Qualität der Betreuung und Behandlung der Patienten, sondern für das Codieren bestimmter Diagnosen gezahlt worden sein könnten“* (BSG, Urteil vom 21.03.2018, Az.: B 6 KA 44/16 R, Rz. 56.).
- ❖ Auch das Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, erstellt durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs vom 27.11.2017, hat keine belastbaren Beweise/Nachweise für – behauptete – Manipulationen bei der Vergabe von RSA-relevanten Diagnosen in der HZV feststellen können (vgl. Zusammenfassung/RZ 10, 11 /S. 205/).
- ❖ Krankenkassen sollen und dürfen nach dem unbestrittenen Verständnis (vgl. hierzu die vielfältige Fachliteratur, Gutachten des SVR, Evaluationsergebnisse [Gerlach, Szecsenyi, et.al.], BSG Rechtsprechung, etc.) im Rahmen der HZV ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung mit spezifischen Versorgungsinhalten anbieten. Hierzu gehört auch, dass die Krankenkassen gemeinsam mit ihren Vertragspartnern auf Ärzteseite vereinbaren können

und dürfen, bestimmte Leistungen, bestimmte Patientengruppen oder bestimmte Krankheitsbilder in das Zentrum der Versorgung zu stellen; z. B. chronische Erkrankungen (vgl. BSG, a. a. O.). Dabei dienen die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen der objektiven Plausibilisierung des Mehraufwands bei der hausärztlichen Betreuung und Behandlung.

- ❖ Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b Abs. 4 S.1 SGB V, die die Krankenkassen als Vollversorgungsverträge gemeinsam mit den (regionalen) Hausärzteverbänden vereinbaren, dürfen nicht verwechselt bzw. gleichgesetzt werden mit sog. Betreuungsstrukturverträgen, die einzelne Krankenkassen – vorwiegend mit Kassenärztlichen Vereinigungen – unter „der Überschrift“ der HVZ nach § 73b SGB V abgeschlossen haben. Anders als diese Betreuungsstrukturverträge sind „HZV-Vollversorgungsverträge“ nach § 73b Abs. 4 S. 1 SGB V allesamt rechtmäßig, haben mehrfach gerichtlichen Überprüfungen Stand gehalten und wurden bisher auch aufsichtsrechtlich nicht beanstandet.

Es gilt schließlich zur Kenntnis zu nehmen, dass die HZV eine wettbewerbliche und alternative Versorgungsform mit exzellenten Evaluationsergebnissen ist. Die HZV garantiert langfristig die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung. Aktuell nehmen mehr als fünf Millionen Versicherte und rund 17.000 Hausärzte teil; Tendenz steigend. Kernelement der HZV ist eine besondere hausärztliche Versorgung mit langfristiger Bindung der Patienten an die/den von ihnen gewählte/n Hausärztin/Hausarzt; einhergehend mit einer koordinierten Inanspruchnahme gebietsärztlicher, ambulanter oder pflegerischer Leistungen.

II. Art. 4 Nr. 7 u. 10 - Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen [§§ 83 Satz 4, 140a Abs. 2 Satz 7 SGB V]

Die angestrebten Neuregelungen sollen in ihrem Regelungsgehalt der Neuregelung in § 73b Abs. 5 Satz 7 SGB V entsprechen. Auch wenn die Wirkungen und Auswirkungen der bei den Gesamtverträgen und bei der Besonderen Versorgung verorteten Neuregelungen zur Entkoppelung von Diagnosen und Vergütungen andere sind als bei der Hausarztzentrierten Versorgung, wird hierzu auf die Ausführungen unter I. verwiesen.

Wegen der besonderen Bedeutung für Verträge zur besonderen ambulanten Versorgung (Abs. 1 Satz 2 Alt. 2), aber auch für Verträge mit sektorenübergreifenden Versorgungslösungen (Abs. 1 Satz 2 Alt. 1) verweisen wir auf die diesbezügliche Stellungnahme des AOK Bundesverbandes (S. 33 u. 34 der Stellungnahme v. 15.04.2019). Die dort aufgeführten Beispiele versorgungsverbessernder Verträge mit Indikationsbezügen sprechen für sich und machen deutlich, dass die in diesem Zusammenhang erneut angestrebten Verschärfungen im Ergebnis zu Lasten der Versicherten gehen werden, denn spezielle Erkrankungen brauchen spezielle medizinische Leistungen. Diese müssen Gegenstand von Selektiv- und Gesamtverträgen sein können.

III. Art. 4 Nr. 11 – Öffnung der Ortskrankenkassen auf das gesamte Bundesgebiet [§ 143 SGB V]

Die Neuregelung des § 143 SGB V, wonach der Zuständigkeitsbereich der Ortskrankenkassen sich künftig auf das gesamte Bundesgebiet erstrecken soll, lässt aus Sicht des Deutschen Hausärzteverbandes die Einschränkung wichtiger regionaler hausarztbezogener Projekte befürchten. Bisher konnten regionale Herausforderungen der hausärztliche Versorgung über die Ortskrankenkassen schnell und effektiv gelöst werden, insbesondere durch passgenaue HZV – Verträge.

Die mit der bundesweiten Öffnung der Ortskrankenkassen einhergehende Verlagerung der Aufsichtsrechte auf das Bundesversicherungsamt (BVA) wird dazu führen, dass regionale Versorgungsrealitäten bei der notwendigen Weiterentwicklung von innovativen Versorgungskonzepten zunehmend weniger Berücksichtigung finden werden. Die Versorgungsangebote müssen aber den Besonderheiten und Bedürfnissen der Patienten vor Ort Rechnung tragen, und dies in Flächenländern wie auch in Stadtstaaten. Das gelingt nicht durch eine Öffnung der Ortskrankenkassen und erst recht nicht durch Kompetenzerweiterung des BVA; dieses hat als Bundesbehörde naturgemäß nur einen sehr eingeschränkten Einblick in regionale Versorgungsbedarfe. Außerdem sollte das BVA von seiner Doppelfunktion als (1) Aufsichtsbehörde der Krankenkassen und (2) Behörde für Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds einschließlich der Durchführung des RSA, befreit werden. Demnach sollte zukünftig die Aufsicht über das Vertragsgeschäft **aller** Krankenkassen bei den Ländern angesiedelt werden, wogegen das BVA für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und die Durchführung des RSA zuständig ist. Versorgung findet vor Ort statt, und Versorgung muss vor Ort gestaltet werden. Hierfür bieten die Ortskrankenkassen in ihrer jetzigen Zuständigkeit und Organisation die beste Gewähr.

IV. Art. 4 Nr. 20 i.V.m. Art. 5 Nr.11 b) aa) bbb) - Erfassung von Diagnosen nach Arztgruppenschlüsseln [§ 267 Abs. 2 SGB V; § 30 Abs. 1 Nr. 6 RSAV]

Der Ansatz, für die Weiterentwicklung des RSA (identische) Diagnosen von Haus- und Fachärzten gesondert zu erfassen, ist für sich betrachtet auf den ersten Blick unkritisch, wenn es darum geht, die Datenlage zu verbessern. Fraglich und vollkommen unklar ist jedoch, a) welche Ergebnisse diese Datenerfassung liefern und b) welche Schlussfolgerungen bzw. Maßnahmen „zur Verbesserung des Ausgleichsverfahrens“ ergriffen werden sollen. Hierzu schweigt der Gesetzentwurf. Vor dem Hintergrund der Erläuterungen des Ministeriums in den „**Eckpunkten zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs und des Organisationsrechts**“ werden in diesem Zusammenhang aber offensichtlich Überlegungen angestellt, die nicht nur systemfremd sind, sondern als Herabsetzung der hausärztlichen Tätigkeit bzw. der Hausarztzentrierten Versorgung bewertet werden müssen. In den o.g. Eckpunkten heißt es nämlich wie folgt: *„Identische Diagnosen von Haus- und Fachärzten führen derzeit zu gleichen Zuschlägen, obwohl die hausärztliche Versorgung bei vielen Krankheiten in der Regel zu niedrigeren Ausgaben führt. **Mit der Einführung einer Hausarzt-HMG könnten diese unterschiedlichen Kostenstrukturen in Zukunft berücksichtigt und Zuschläge in Abhängigkeit davon gezahlt werden, ob eine Diagnose vom Haus- oder Facharzt kodiert wurde. Bei niedrigeren Zuschlägen für Hausarzt-HMGs würden Verträge zur Beeinflussung der hausärztlichen Kodierung weniger attraktiv und die Manipulationsresistenz des RSA so gestärkt. Es wird zunächst die entsprechende Datengrundlage geschaffen (Kennzeichnung der haus- und fachärztlichen Diagnosen), um dieses Modell überprüfen zu können.**“*

Zum einen sollen nach richtigem Verständnis mit dem RSA keine „versorgungsebenenbedingten“ Ausgabenunterschiede, sondern Unterschiede in den Risikostrukturen und den **daraus** resultierenden Ausgabenrisiken ausgeglichen werden (vgl. hierzu auch das Sondergutachten des wissenschaftlichen Beirats vom 27.11.2017 in der korrigierten Fassung vom 25.02.2018, 1., 1.1., S.20). **Der RSA verfolgt nicht das Ziel, Ausgabenunterschiede, die durch die Behandlung der identischen Erkrankungen in unterschiedlichen Versorgungsebenen entstehen, auszugleichen!**

Zum anderen, und diese Überlegungen wiegen wesentlich schwerer, sollen ganz offensichtlich Kassen dafür bestraft werden, wenn sie Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V

abschließen und damit auf eine wirtschaftliche, qualitative hochwertige (besondere) hausärztliche Versorgung setzen. Das ist schlichtweg ein Frontalangriff auf die Hausarztzentrierte Versorgung, dem sich der Deutsche Hausärzteverband mit aller Macht entgegenstellen wird. Wenn mit „**Verträgen zur Beeinflussung der hausärztlichen Kodierung**“ andere Verträge als die Verträge nach § 73b Abs. 4 S.1 SGB V gemeint sind – etwa die von einigen Krankenkassen unter dem Deckmantel des § 73b SGB V abgeschlossenen Betreuungsstrukturverträge – sollte sich das Ministerium hierzu eindeutig und unmissverständlich erklären.

V. Art. 4 Nr. 22 a) – Abschaffung der Programmkostenpauschale für strukturierte Behandlungsprogramme [§ 270 Abs. 1 SGB V]

Zur Förderung der DMP erhalten die Krankenkassen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für jeden eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der Programmkosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen (sog. Programmkostenpauschale). Diese wurde vom GKV-Spitzenverband für das Jahr 2018 auf 145,32 Euro je eingeschriebenen Versicherten festgelegt. Mit der Streichung dieser Programmkostenpauschale ist nach unserer Einschätzung die Gefahr verbunden, dass sich dies im Ergebnis negativ auf die Durchführung und Finanzierung der DMP- Programme nach § 137f SGB V auswirken wird. Dies gilt es in jedem Fall zu vermeiden. Der Hinweis des wissenschaftlichen Beirats, dass die Zahlung der Programmkostenpauschale eine Besserstellung der DMPs gegenüber der Besonderen Versorgung bedingt, geht fehl. Versorgungsansatz und Versorgungsstruktur der DMPs verbieten einen Vergleich mit der Besonderen Versorgung. Die DMPs sind nicht ohne Grund wichtiger Bestandteil der Hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b Abs. 5 S. 6 SGB V) und ergänzen diese sinnvoll.

Eine Ergänzung unserer Stellungnahme behalten wir uns vor.

Ansprechpartner:

Deutscher Hausärzteverband e.V., Edmund-Rumpler-Straße 2, 51149 Köln, www.hausaerzteverband.de
Bundesvorsitz: ulrich.weigeldt@hausarztverband.de, ☎ 030 88714373-30,
Geschäftsführung und Justizariat: joachim.schuetz@hausarztverband.de, ☎ 02203 5756-1059.