



**Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss**

**Stellungnahme des Vorsitzenden des Innovationsausschusses
beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)
vom 18.04.2019**

**zur Verbändeanhörung
des Bundesministeriums für Gesundheit**

**zum Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der
gesetzlichen Krankenversicherung
(Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)**



I. Allgemeines

Der Vorsitzende des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nimmt entsprechend der Betroffenheit des Innovationsausschusses zu dem zugrundeliegenden Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im nachfolgenden Umfang Stellung.

Zu weiteren Aspekten wird aufgrund einer allenfalls mittelbaren Betroffenheit des Innovationsausschusses auf eine Stellungnahme verzichtet.

II. Einzelbemerkungen

Zu Artikel 4 „Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“

Nummer 10:

§ 140a SGB V
Besondere Versorgung

§ 140a Absatz 2 Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, sind unzulässig, auch wenn sie vor dem [einsetzen: Tag des Inkrafttretens] zustande gekommen sind oder nach Absatz 1 Satz 3 fortgelten; die Pflichten der Leistungserbringer gemäß § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2, Absatz 1b Satz 1 bleiben unberührt.“

Bewertung:

Mit der Regelung soll verhindert werden, dass die Krankenkassen in Verträgen nach § 140a SGB V über zusätzliche Vergütungen Codieranreize für Ärzte schaffen, um die Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhöhen. Laut Gesetzesbegründung sollen sämtliche Umgehungsstrategien in den Verträgen eliminiert werden. Insbesondere soll es nicht mehr auf die Frage ankommen, ob Vergütungen für Diagnosen oder aber für ärztliche Leistungen bezahlt werden. Verboten ist demnach sowohl eine Vergütung als Gegenleistung für die Vergabe, Dokumentation oder Übermittlung von bestimmten Diagnosen als auch eine Vergütung ärztlicher Leistungen, deren Zahlung oder deren konkrete Höhe an bestimmte Diagnosen beziehungsweise deren Anzahl geknüpft ist. Das Verbot bezieht sich auch auf bereits geschlossene Verträge sowie auf sogenannte Altverträge nach den früheren §§ 73a, 73c und 140a SGB V a. F., die nach § 140a Absatz 1 Satz 3 SGB V fortgelten. Allerdings sollen Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten angeboten werden, weiterhin möglich sein, sofern sie an die Kapitel- oder Obergruppengliederung nach ICD-10 oder einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen.



Der Vorsitzende des Innovationsausschusses kann die gesetzgeberische Intention der geplanten Regelung nachvollziehen. Ohne dass dies beabsichtigt ist, sind damit jedoch erhebliche nachteilige Auswirkungen auf Projekte verbunden, die der Innovationsausschuss im Bereich der neuen Versorgungsformen fördert (§ 92a Absatz 1 SGB V).

Die überwiegende Anzahl dieser Projekte verwendet als Rechtsgrundlage, auf der die neue Versorgungsform erbracht wird, einen Vertrag nach § 140a SGB V. Bereits in einem Großteil der Förderanträge wird die Studienteilnahme der Patientinnen und Patienten u. a. davon abhängig gemacht, dass die Ärzte eine bestimmte Diagnose nach ICD-10 stellen. Dem Innovationsausschuss liegen zwar bislang nur wenige Verträge vor, da die Förderempfänger nach den Förderbedingungen zu einer Übermittlung nicht verpflichtet sind. Dennoch lässt sich aus den vorliegenden Verträgen ableiten, dass der ärztliche Vergütungsanspruch für die neue Versorgungsform nur dann entsteht, wenn die im Selektivvertrag definierten Einschlusskriterien für Versicherte erfüllt sind und die im Rahmen der neuen Versorgungsform vorgesehene ärztliche Leistung erbracht wird. Zu den Einschlusskriterien gehört in der Regel eine bestimmte ICD-10 Diagnose.

Hervorzuheben ist, dass bei Projekten des Innovationsausschusses die geförderte ärztliche Vergütung nicht für eine bestimmte Diagnose gezahlt wird, sondern der Vergütungsanspruch sich auf die ärztliche Leistung bezieht, die über die Regelversorgung hinausgeht. Trotzdem wären aufgrund des weit gefassten Wortlauts der geplanten Regelung und der beabsichtigten Rückwirkung alle o.g. Vertragsklauseln von Projekten im Bereich der neuen Versorgungsformen unzulässig, da bestimmte Diagnosen die Voraussetzung für die Teilnahme an der selektivvertraglichen Versorgung und somit auch für die ärztlichen Vergütungen bilden.

Der in der Gesetzesbegründung aufgezeigte „legale“ Weg, die Vergütung von ärztlichen Leistungen nicht mehr an bestimmte Diagnosen anzuknüpfen, sondern an die Kapitel- oder Obergruppengliederung nach ICD-10, würde das aufgezeigte Problem der vom Innovationsausschuss geförderten Projekte nicht lösen. Wenn beispielsweise ein Projekt als neue Versorgungsform eine Online-Therapie erproben will, die an die Diagnose „Mittelgradig depressive Episode“ (F32.1) anknüpft, hätte es wenig Sinn, künftig im Vertrag Einschlusskriterien und korrespondierende Vergütungen aufzunehmen, die auf die Kapitelgliederung „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kapitel V) oder die Obergruppengliederung „Affektive Störungen“ abstellen. In diesem Falle wären z. B. auch Patientinnen und Patienten mit einer „schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen“ einzuschließen, bei denen eine Online-Therapie nicht in Betracht kommt.

Ein weiteres Beispiel mag veranschaulichen, welche Konsequenzen es hätte, wenn künftig entsprechend der Gesetzesbegründung nur auf die ICD-Obergruppe abgestellt werden darf: Bei einem Projekt, das sich die verbesserte Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 zum Ziel gesetzt hat, müssten die Ärzte zu Rekrutierungszwecken entsprechend der ICD-Obergruppe „Diabetes mellitus“ (E10-E14) neben Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 auch solche mit Typ 1 sowie solche mit Schwangerschaftsdiabetes ansprechen. Da es sich um völlig unterschiedliche Erkrankungsformen handelt, wäre eine am Versorgungsdefizit orientierte Erprobung einer neuen Versorgungsform unmöglich.

Die geplante Regelung würde folglich dazu führen, dass Projekte des Innovationsausschusses künftig in Verträgen nach § 140a SGB V keine bestimmten Diagnosen aufgreifen könnten, um ein festgestelltes konkretes Versorgungsdefizit für die Evaluation einer neuen Versorgungsform zu nutzen. Vielmehr müssten Patientinnen und Patienten mit relativ weitgefassten Krankheitsbildern rekrutiert werden, um die Vorgaben des Gesetzgebers zu



erfüllen. Dies würde die Zielgenauigkeit der Projekte wesentlich beeinträchtigen und die Evaluationsergebnisse verwässern.

Die geplante Rückwirkung der Regelung würde zudem bei bereits laufenden Projekten dazu führen, dass die Evaluationsergebnisse verfälscht werden bzw. eine Evaluation nach wissenschaftlichen Standards nicht mehr möglich ist. Zum einen müsste die Versorgung derjenigen Patientinnen und Patienten evaluiert werden, die bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes aufgrund einer bestimmten Diagnose behandelt worden sind. Zum anderen wäre aber auch die Versorgung derjenigen Patientinnen und Patienten zu evaluieren, die sich erst nach Inkrafttreten des Gesetzes aufgrund der weit gefassten Krankheitsbegriffe der ICD-10-Kapitel- oder Obergruppengliederung rekrutiert und behandelt worden sind.

Um die beschriebenen nachteiligen Auswirkungen auf die vom Innovationsausschuss geförderten Projekte zu vermeiden, wird vorgeschlagen, die geplante Regelung zu präzisieren. Ausgehend von der Intention der Regelung, sollte einerseits sichergestellt werden, dass eine Vergütung der Ärzte für die Vergabe bestimmter Diagnosen unzulässig ist. Andererseits sollte aber hervorgehoben werden, dass Vergütungen für Leistungen, die – wie bei den Projekten des Innovationsausschusses - aus medizinischen Gründen für Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten vereinbart werden, weiterhin zulässig sind. Damit würde einem zentralen Gedanken der Gesetzesbegründung Rechnung getragen werden, ohne allerdings an die problematische Kapitel- oder Obergruppengliederung nach ICD-10 anzuknüpfen.

Änderungsvorschlag:

Es wird vorgeschlagen, die Regelung wie folgt zu präzisieren:

10. § 140a Absatz 2 Satz 7 und 8 werden wie folgt gefasst:

„Vereinbarungen, die eine Vergütung für die Vergabe bestimmter Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, sind unzulässig, auch wenn sie vor dem [einsetzen: Tag des Inkrafttretens] zustande gekommen sind oder nach Absatz 1 Satz 3 fortgelten; die Pflichten der Leistungserbringer gemäß § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2, Absatz 1b Satz 1 bleiben unberührt. Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur für Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten vereinbart werden, sind zulässig.“

Prof. Josef Hecken
Vorsitzender