



HESSISCHER LANDTAG

12. 03. 2019

Kleine Anfrage

Dr. Daniela Sommer (SPD) vom 07.02.2019

Betreuungsstrukturverträge und Verhinderung von unzulässiger Beeinflussung von Diagnosedaten

und

Antwort

Minister für Soziales und Integration

Vorbemerkung Fragestellerin:

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat sein Vorgehen gegen Kassen verschärft, um die unzulässige Beeinflussung von Diagnosedaten zu verhindern. Der Bundestag hat an das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HVVG) eine Regelung angedockt, mit der Manipulationen des Risikostrukturausgleichs verhindert werden sollen. Auch die zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder haben beim Aufsichtsbehördentag im Nov. 2016 rechtliche Rahmenbedingungen abgesteckt und Maßnahmen beschlossen, um einer unzulässigen Beeinflussung des Kodierverhaltens von Vertragsärzten Einhalt zu gebieten. Insbesondere stehen dabei die Betreuungsstrukturverträge im Fokus, da in der Vergangenheit versucht worden sei, Einfluss auf das Kodierverhalten der Vertragsärzte zu nehmen. Kodierrichtlinien für niedergelassene Vertragsärzte sind durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) angekündigt worden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist in diesem Rahmen beauftragt worden, verbindliche und bundeseinheitliche Regelungen und Prüfmaßnahmen für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren zu schaffen. Erste Festlegungen sollen bis zum 30. Juni 2020 vorliegen. Bis zum 1. Januar 2022 sollen die Anpassungen wirksam werden (eingeschlossen sind Strukturverträge sowie weitere Selektivverträge).

Vorbemerkung Minister für Soziales und Integration:

Nach § 140 a Sozialgesetzbuch - SGB - V können die Krankenkassen unter anderem mit Vertragsärzten Verträge über eine sektorenübergreifende Versorgung sowie Verträge über eine besondere ambulante Versorgung abschließen (Selektivverträge). Darüber hinaus sind die Krankenkassen nach § 73 b SGB V verpflichtet, ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten.

Bis Juli 2015 war zudem der Abschluss von Strukturverträgen möglich. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) ist diese Vertragsform durch die "Besondere Versorgung" nach § 140a SGB V (neu) ersetzt worden. Die bereits geschlossenen Strukturverträge gelten aber fort.

Seitens der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder gibt es seit dem Jahr 2015 eine Arbeitsgruppe zur Abstimmung einer einheitlichen Vorgehensweise bei der aufsichtsrechtlichen Prüfung von Selektivverträgen zur besonderen Versorgung nach § 140 a SGB V. Von dieser Arbeitsgruppe wurde am 25.11.2015 der Beschluss gefasst, dass in selektivvertraglichen Regelungen eine gesonderte Vergütung allein für eine vollständige und zutreffende Diagnose des Vertragsarztes unzulässig ist.

Die Thematik wurde danach noch mehrfach von den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder aufgegriffen, jedes Mal mit dem Ergebnis, dass eine Einflussnahme auf das Kodierverhalten der Vertragsärzteschaft durch selektivvertragliche Regelungen unzulässig ist.

Wegen der Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs und im Hinblick auf Qualitätssicherungsmaßnahmen startete das Land Hessen, ebenfalls im Jahr 2015, im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes einen ersten Versuch zur Einführung von Kodierrichtlinien. Der entsprechende Änderungsantrag zu § 295 Abs. 3 SGB V fand zwar große Zustimmung im Bundesrat, wurde jedoch von der Bundesregierung mit der Begründung abgelehnt, es bestehe kein Regelungsbedarf.

Im Rahmen des Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes im Jahr 2016 wurde dieser Änderungsantrag textgleich vom Land Nordrhein-Westfalen gestellt. Wiederum fand der Antrag die Zustimmung von 15 Ländern bei einer Enthaltung. Dieses Mal lehnte die Bundesregierung den Änderungsantrag mit der Begründung der Überregulierung ab.

Mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz vom 04.04.2017 wurden die Vorschriften über die hausarztzentrierte Versorgung dahin gehend ergänzt, dass Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen nicht Gegenstand dieser Verträge sein können (§ 73b Abs. 5 Satz 7, aber auch § 140 a Abs. 2 Satz 7 SGB V). Mit diesen Regelungen soll Verträgen entgegengetreten werden, deren Zweck darin besteht, über zusätzliche Vergütungen darauf hinzuwirken, Diagnosen zu optimieren, um Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhöhen.

Vorgaben für die Kodierung von Diagnosen sind von der Bundesregierung erst mit dem Entwurf eines Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TVSG) in der Form eingeführt worden, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung bis zum 30.06.2020 entsprechende Regelungen erstellen soll.

Diese Vorbemerkungen vorangestellt, beantworte ich die Kleine Anfrage wie folgt:

Frage 1 Welche Kassen in Hessen unterliegen der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes, welche der Landesaufsicht des Landes Hessen?

Der Rechtsaufsicht des Landes Hessen unterstehen die Krankenkassen, deren Zuständigkeitsbereich sich nicht über das Gebiet eines Bundeslandes hinaus erstreckt, sowie die Krankenkassen, deren Zuständigkeitsbereich sich auf bis zu 3 Bundesländer erstreckt, und für die das Aufsicht führende Land durch die beteiligten Länder bestimmt ist (§ 90 Abs. 3 SGB IV).

Der hessischen Landesaufsicht untersteht hiernach die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen.

Der Regierungspräsidentin in Darmstadt, als nachgeordneter Behörde des Landes Hessen, unterstehen die BKK Herkules, die BKK Henschel Plus, die BKK Karl Mayer, die BKK Merck sowie die BKK Werra-Meißner.

Der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstehen die Krankenkassen, deren Zuständigkeitsbereich sich über mehr als 3 Länder hinaus erstreckt (§ 90 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 SGB IV). Eine diesbezügliche Gesamtübersicht bietet die vom GKV-Spitzenverband veröffentlichte Krankenkassenliste (www.gkv-spitzenverband.de/krankenkassenliste).

Frage 2 Mit welchen Kassen hat die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KV) Strukturverträge abgeschlossen? Wie viele Verträge sind in den letzten fünf Jahren gekündigt worden?

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen hat mit der AOK Hessen verschiedene Selektivverträge zur besonderen ambulanten Behandlung, einen Strukturvertrag nach § 73 a SGBV in der bis Juli 2015 geltenden Fassung sowie einen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung abgeschlossen.

Weiterhin gab es einen Vertrag mit dem BKK Landesverband Süd.

Frage 3 Wie viele Beschwerden bzw. Vorwürfe wurden bei der Landesbehörde registriert?

Beschwerden oder Vorwürfe über vertragliche Regelungen zur Kodierung von Diagnosedaten liegen dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) nicht vor.

Frage 4 Inwiefern hat die Landesaufsicht in den letzten fünf Jahren auf Basis von Paragraph 273 SGB V Diagnosekodierungen bzw. Betreuungsstrukturverträge überprüft?

§ 273 SGB V richtet sich explizit an das Bundesversicherungsamt. So nimmt das Bundesversicherungsamt eine Reihe von Verwaltungsaufgaben wahr. Es führt beispielsweise den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung durch und verwaltet den Gesundheitsfonds, über den die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt.

Frage 5 Wie viele Verstöße wurden festgestellt bzw. waren rechtswidrig und inwiefern wurden Korrekturbeträge gegen Kassen sowie Strafaufschläge für den Gesundheitsfonds verhängt?

Hierzu wird auf die Beantwortung der Frage 4 verwiesen.

Frage 6 Welche rechtlichen Rahmenbedingungen im Rahmen des bundesweit einheitlichen Vorgehens wendet die Landesaufsicht im Konkreten an und welche konkreten Maßnahmen wurden beschlossen, um einer unzulässigen Beeinflussung des Kodierverhaltens von Vertragsärzten Einhalt zu gebieten und inwiefern fanden diese bislang Anwendung?

Wird durch einen Selektivvertrag oder einen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung das Recht erheblich verletzt, kann die Aufsichtsbehörde alle Anordnungen treffen, die für eine sofortige Behebung der Rechtsverletzung geeignet und erforderlich sind (§ 71 Abs. 6 SGB V).

Eine unzulässige Einflussnahme auf das Kodierverhalten der Vertragsärzteschaft konnte in Hessen nicht nachgewiesen werden. So wurde von der AOK Hessen weder auf das sogenannte „UP-Coding“ (Angabe von unzutreffenden Diagnosen) noch auf das unzutreffende Kodieren einer endstellig „gesicherten“ Diagnose Einfluss ausgeübt.

Die von den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder gefassten Beschlüsse werden beachtet.

Frage 7 Wie will das Land als Landesaufsichtsbehörde mit diesen Verträgen weiter verfahren?

Hierzu wird auf die Beantwortung der Frage 6 verwiesen.

Frage 8 Was verspricht sich die Landesregierung von den o.g. Kodierrichtlinien, die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführt werden sollen?

Von den Kodierrichtlinien, die von der vertragsärztlichen Selbstverwaltung auf Bundesebene erstellt werden sollen, erhofft sich die Landesregierung einheitliche Kriterien für die Kodierung der verschiedenen Diagnosen, um Verzerrungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturgleichs zukünftig zu vermeiden.

Darüber hinaus erhofft sich die Landesregierung zielgenauere Informationen für die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung.

Wiesbaden, 6. März 2019

Kai Klose