

## **Nicht ohne bundeseinheitliche Kodierrichtlinien**

### **Eine überraschende Veranstaltung des IKK e.V. zur RSA-Reform**

(gid) Während Bundesgesundheitsminister Jens **Spahn** MdB (CDU) die **Akteure im Gesundheitswesen mit Gesetz- und Verordnungsentwürfen**, aktuell im Apotheken- und Arzneimittelbereich, in Atem hält, **kristallisieren** sich in der Diskussion um die Reform des **morbidityorientierten Risikostruktur-Ausgleichs (Morbi-RSA)** in der Gesetzlichen Krankenversicherung **Linien** heraus und es gibt auch eine ausgesprochen **überraschende Entwicklung**. **Unbemerkt** dürften diese neuesten Entwicklungen zum RSA auch **deshalb geblieben** sein, da **Spahn** diesertags nicht nur in Sachen Gesundheitspolitik, sondern auch als **Bewerber um den Parteivorsitz der CDU-Deutschlands** in Regionalkonferenzen der Partei, neben den beiden anderen prominenten Kandidaten Friedrich **Merz** und Annegret **Kramp-Karrenbauer** (CDU-Generalsekretärin), auftritt. Darüber hinaus nimmt er mit seinen Positionierungen zur **Asyl- und Migrationspolitik** in kritischer Distanzierung zur CDU-Vorsitzenden Bundeskanzlerin Angela Merkel **erhebliche Presseaufmerksamkeit** in Anspruch.

Um eine „**Entlastung**“ der **Versicherten** durch die Verpflichtung von Krankenkassen überschüssige Gelder abzubauen und den Zusatzbeitrag zu senken, die Spahn noch vor einigen Monaten öffentlichkeitswirksam promotete, ist es allerdings **sehr ruhig geworden**. Schließlich wurden diese Regelungen noch während des Gesetzgebungsverfahrens **zwingend mit einer RSA-Reform verknüpft**. Die Messe zum **GKV-VEG** (GKV-Versichertenentlastungsgesetz) ist öffentlich gelesen, hier stand zuletzt vor allem die künftige **paritätische Finanzierung** der gesetzlichen Krankenversicherung im Scheinwerferlicht und danach ist die Schlagzeilen-Karawane zum nächsten Thema weitergezogen.

**Ruhig geworden** ist es um die **RSA-Reform** wohl auch deshalb, weil das **Thema so vertrackt** und deshalb auch nicht sexy ist. Selbst für eingefleischte Kenner des Gesundheitswesens nicht. **Aus dem Bundesgesundheitsministerium** hört man aktuell, mit der der **RSA-Reform könnte um den Jahreswechsel herum** gerechnet werden, vielleicht zwei Wochen früher, vielleicht zwei Wochen später. Für das, was die Reform erreichen soll, vielleicht schon zu spät, dürfte die Sorge manches Kassenvorstands sein.

Doch nun zur **überraschenden Entwicklung**: Diese hat der **Präsident des Bundesversicherungsamts, Frank Plate**, auf einer **Veranstaltung des IKK e.V.** zur Reform des **Morbi-RSA** am **7. November in Berlin** angesprochen – und **zuvor schon der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion** im Deutschen Bundestag

vorgetragen, dazu gibt es einen eigenständigen Beitrag in dieser gid-Ausgabe. Nach den **neuesten Zahlen und den Berechnungen des BVA**, führe die **Einführung eines Vollmodells** wie es der wissenschaftliche Beirat in seinem Gutachten beschrieben habe, dazu, dass es *„zulasten der AOK geht und zugunsten der drei anderen Kassenarten“*. *„Das würde in einem ersten Schritt entsprechend Über- und Unterdeckungen schon einmal beseitigen, deshalb sind wir für das klassische Vollmodell“*, erklärte Plate auf der Tagung des IKK e.V. *„Das BVA sieht Handlungsbedarf zur Reform des Morbi-RSA, weil die Schere noch zu weit auseinanderliegt und deswegen Über- und Unterdeckungen abgebaut werden müssen und wir auch deswegen aus Sicht des BVA für ein Vollmodell sind, weil es damit gelingt.“* Diese **Aussagen Plates widersprechen den bisherigen Einschätzungen der Kassenverbände**, die wohl eher **von einer gegenteiligen Entwicklung ausgegangen** waren (vgl. dazu die weiteren Beiträge zum RSA in dieser gid-Ausgabe), allerdings ist auch **nur das BVA selbsterklärend imstande mit den vollständigen und aktuellen Zahlen zu rechnen**.

Zwar zeigte sich **Plate offen für eine Verknüpfung des Vollmodells mit einem Regionalmodell**, wie es der wissenschaftliche Beirat in seinem diesjährigen Sondergutachten empfiehlt, doch **thematisierte der BVA-Präsident** während der Veranstaltung von sich aus **ausschließlich das Vollmodell**. Diese **Haltung passt** nicht nur zu den **Aussagen** der zuständigen **Berichterstatterin der SPD**, **Bärbel Bas** MdB, die noch in diesem Beitrag Erwähnung finden, sondern spiegelt vielleicht unbewusst auch **Bedenken**, die offenbar, wie man auf den Berliner Fluren vernimmt, in der **CDU/CSU-Bundestagsfraktion in Hinblick auf die zusätzliche Einführung eines Regionalmodells in Verbindung mit dem Vollmodell** bestehen.

Das „**Thema Prävention**“ hingegen hält **Plate „nicht für ein Modell, dass man über den RSA abwickeln kann. Der RSA kann nicht alles leisten. Dafür muss es andere Anreize geben.“** Die **Lösung** einer Beförderung der Prävention liege seines Erachtens *„außerhalb des RSA in einem Fonds“* oder anderem Modell.

**Bemerkenswert** waren die **Äußerungen von Bärbel Bas**, die wohl tuend viel Sachkenntnis besitzt, auf der angesprochenen Veranstaltung des IKK e.V. Persönlich vertritt sie zwar eine für die Koalitionsfraktionen keinesfalls konsensfähige Mindermeinung wie sie offen auf der Veranstaltung kommunizierte und auf die an diese Stelle auch nicht eingegangen wird. **Bemerkenswert** war der **Einblick in den aktuellen Diskussionsstand innerhalb der SPD-Bundestagsfraktion zur RSA-Reform**, den Bas gewährte. **Spreche sich die SPD für die Einführung eines Vollmodells im RSA** aus, würde ihre Fraktion einer solchen **RSA-Reform** aber **nur zustimmen, wenn tatsächlich bundeseinheitliche Kodierrichtlinien eingeführt**

würden. Das wolle sie in aller Klarheit mitteilen und diese „**Drohung**“ wolle sie auch **dem Koalitionspartner (Union) in dieser Deutlichkeit kommunizieren**. Sie sitze nicht erst seit gestern im Deutschen Bundestag und habe die **wechselvolle Geschichte der Kodierrichtlinien**, die immer mal wieder **ins politische Programm oder die Gesetzgebung aufgenommen** gewesen und dann **wieder herausgefallen** seien, miterlebt. **Ohne bundeseinheitliche Kodierrichtlinien sei diese RSA-Reform nicht mit der SPD zu machen**.

Die **Eindringlichkeit**, mit der **Bas** dies auf der Veranstaltung mehrfach **wiederholte**, lassen die **Vermutung** zu, dass die **Koalition** hierüber schon **verhandelt** hat. Das **könnte erklären**, warum überraschend in den **Gesetzentwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes** (vgl. die u.a. Dokumentation) die **Einführung von Kodierrichtlinien** gelangt ist. Sie waren **kein Bestandteil des Koalitionsvertrags** – im Gegenteil, die Koalitionäre sollen sich während der Verhandlungen nicht darauf haben einigen können. Nun sitzt aber **Jens Spahn am Steuer** und **nicht mehr** sein Vorgänger **Hermann Gröhe** MdB (CDU, derzeit stellvertretenden Fraktionsvorsitzender für Arbeit und Soziales), der den **Koalitionsvertrag** in Sachen Gesundheit und Pflege **verhandelt** hat.

Auch der **zweite Punkt**, den **Bas** als **conditio sine qua non** für die RSA-Reform nannte, steht schon **im Gesetzentwurf des TSVG**. Die **erforderliche Zertifizierung der entsprechenden Praxissoftware**, laut Gesetzentwurf soll das aber die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) übernehmen, das dürfte **Bas** nicht so recht sein. Am Ende dieses Beitrags dokumentiert der gid eine Ausführung im Gesetzentwurf des TSVG zur Einführung der Kodierrichtlinien.

Der **dritte Punkt**, den **Bas** nannte, den sie als erforderlich für die RSA-Reform hält, war **eine einheitliche Aufsicht oder Aufsichtspraxis**. Sie nannte zwar Varianten, aber keine Wege, diese zu bewerkstelligen. **Vielleicht kommt doch noch der Ansatz Plates zum Tragen**, der in den vergangenen Monaten schon häufiger darauf hingewiesen hat, der **Gesetzgeber** könne das Problem der Uneinheitlichkeit der Aufsichtspraxis beim Morbi-RSA darüber lösen, **das BVA nicht als Aufsicht, sondern in seiner Funktion als Durchführungsbehörde für den Morbi-RSA und als Treuhänder des Gesundheitsfonds zu stärken**.

Jürgen **Hohnl**, Geschäftsführer des IKK e.V. **wies** in seinem Schlusswort zur Veranstaltung noch einmal auf das **grundsätzliche Ziel, das gegliederte, solidarische System der Gesetzlichen Krankenversicherung** zum Wohle der Versicherten **zu erhalten** mit, wohlgernekt in dienender Funktion, **wettbewerblichen Strukturen hin**. Mit „**Wohlwollen**“ habe er die „**differenzierte Diskussion**“ über ein **Vollmodell zur Kenntnis** genommen, das unbedingt **flankierende Maßnahmen** benötige, um **Manipulationen auszuschließen, dazu insbesondere die Einführung von bundeseinheitlichen Kodierrichtlinien**. **Hohnl** merkte

außerdem einen entscheidenden Punkt an (der auch für die gesamte Selbstverwaltung gelten sollte): „**Zweifel an der Gerechtigkeit des Morbi-RSA entzieht der Solidarität den Boden. Wir müssen Vertrauen in dieses System hineinbringen. Wenn da kein Vertrauen ist, handeln** (Anm.: im Sinne von spielen) **wir mit dem Vertrauen in die gesetzliche Krankenversicherung und wir legen Hand an das solidarische System. Das darf eigentlich nicht sein.**“

**Auszug aus dem Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung [Terminservice- und Versorgungsgesetz (TVSG), Bundesratsdrucksache 504/18] zur geplanten Änderung von § 295 SGB V zur Einführung von Kodierrichtlinien (Seite 168):**

*„Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer (einschließlich der entsprechend ermächtigten Leistungserbringer) sind verpflichtet, die Behandlungsdiagnosen und Prozeduren im Hinblick auf die Patientinnen und Patienten nach der aktuell in Deutschland geltenden internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10-GM) und nach der amtlichen Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und all- gemein medizinischen Maßnahmen (OPS) aufzuzeichnen und zu übermitteln. Die dokumentierten Diagnosen und Prozeduren sind Bestandteil der Leistungserbringung und fließen in die Berechnungen zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ein. Auch für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich der Krankenkassen sind die dokumentierten Diagnosen von Bedeutung. Darüber hinaus sind sie im Rahmen von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses u.a. im Bereich der Qualitätssicherung, für die Versorgungsforschung und für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes relevant.*

*Voraussetzung für eine valide Morbiditätsmessung ist eine präzise und einheitliche Verschlüsselung der Behandlungsdiagnosen und Prozeduren. Einheitliche und verbindliche Regelungen zur Kodierung stellen hierbei ein wichtiges Instrument dar, um vergleichbare Fälle auch gleich zu kodieren. Sie stärken zugleich die Manipulationsresistenz. Die KBV wird daher beauftragt, verbindliche und bundeseinheitliche Regelungen und Prüfmaßstäbe für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren zu schaffen. Hierbei sind eine benutzerfreundliche und bürokratiearme Ausgestaltung in den Praxisverwaltungssystemen sowie eine fortlaufende Aktualisierung der Regelungen zur Kodierung zu gewährleisten. Grundlage dafür können z.B. die bereits vom Zentralinstitut für die kassenärztlichen Versorgung (ZI) herausgegebenen Kodierhilfen sein. Im Rahmen der bereits bestehenden Verpflichtung zur Zertifizierung der Praxisverwaltungssysteme wird auch sichergestellt dass die neuen Regeln einheitlich implementiert sind und die Kodierung unabhängig vom Softwareanbieter jeweils den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Die erstmalige*

*Festlegung hat bis zum 30. Juni 2020 zu erfolgen. Diese Version soll Grundlage dafür sein, um eine Schulung der betroffenen Ärzte sowie die Erprobung der Regelungen zur Kodierung in der Arztpraxis, als auch notwendige Anpassungen der Software der Praxisverwaltungssysteme zu ermöglichen, damit diese dann zum 1. Januar 2022 wirksam werden können. Vor dem Hintergrund der Stärkung der Manipulationsresistenz sollen Regelungen zur Kodierung und die Kontrolle ihrer softwaretechnischen Anwendung im Rahmen der Zertifizierung durch die KBV auch für weitere Leistungserbringer nach der gesetzlichen Regelung z.B. im Rahmen von Selektivverträgen und für Leistungen in sektorenübergreifenden Versorgungsformen, wie z.B. dem ambulanten Operieren, gelten. Dies schließt entsprechende Altverträge z.B. nach § 73c, § 116b und § 140a mit ein. Im Hinblick auf eine zunehmende sektorenübergreifende Vernetzung und Kooperation ist eine Harmonisierung der Kodierung in den verschiedenen Sektoren anzustreben, mit dem Ziel Interoperabilität zu erreichen. Bei der Festlegung der ambulanten Regelungen zur Kodierung sind daher die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) im stationären Bereich, zu berücksichtigen.“*

© gid 2018