

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG)

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der
Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-
Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Die DGG unterstützt das Ziel der Beitragssatzstabilisierung. Der vorliegende Entwurf beinhaltet jedoch substantielle Risiken für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Gefäßerkrankungen.

Kernproblem ist eine undifferenzierte Kostendämpfung in einem besonders vulnerablen sektorenübergreifenden Versorgungsbereich, der durch hohe Morbidität, Mortalität, Zeitkritikalität und nachgewiesene Kostenfolgen bei Unterversorgung geprägt ist.

Die DGG fordert daher gezielte Anpassungen in fünf zentralen Punkten: Schutz zeitkritischer Indikationen und Behandlungen, Integration gefäßmedizinischer Prävention, differenzierte Vergütungsmechanismen für evidenzbasierte Behandlungen, Sicherung leitliniengerechter Wundversorgung und Schutz sozial- sowie medizinisch benachteiligter Patientinnen und Patienten.

1. Epidemiologische und ökonomische Relevanz

- >236 Millionen weltweit und ¼ der Deutschen zwischen 45-74 mit PAVK (1,2)
- Sehr hohes Amputations-, Krebs- und Sterberisiko in Deutschland: 25-88% in 5 Jahren (3)
- Chronische Wunden: ~1,3 % der Bevölkerung betroffen (4)
- Majoramputation und chronische Wunden: erhebliche Folgekosten für Rehabilitation, Heil- und Hilfsmittel, Arzneimittel, Pflege, Erwerbsverlust. Diese Daten zeigen: Interdisziplinäre Gefäßmedizin und deren Zielerkrankungen haben eine große gesundheitsökonomische Relevanz mit zahlreichen Steuerungsmöglichkeiten!



Geschäftsstelle
Robert-Koch-Platz 9
10115 Berlin
Telefon: 030 280 990 990
Telefax: 030 280 990 999
sekretariat@gefaesschirurgie.de
www.gefaesschirurgie.de

Bankverbindung
DGG e.V.
Deutsche Apotheker- und
Ärztebank eG, Berlin
BIC: DAAE DE33
IBAN: DE29 3006 0601 0006 6240 57

Vereinsregisternummer:
25484 B
Vereinsregister Berlin
Amtsgericht Charlottenburg
USt-IdNr.: DE227110743
Steuernummer: 27/027/40505

Präsident:
Prof. Dr. med. Farzin Adili
Vize-Präsident:
Prof. Dr. med. Alexander Oberhuber
Sekretär:
Prof. Dr. med. Christian Reeps
Geschäftsführerin:
Dr. med. Livia Cotta, MBA, LL.M.

2. Kritische Versorgungssituation (Beispiel CLTI)

Bereits Verzögerungen von wenigen Tagen bis Wochen bei der Behandlung führen zu:

- deutlich erhöhtem Amputationsrisiko
- steigender Mortalität
- erheblichen Mehrkosten bei der Primär- und Folgebehandlung

Konsequenz: Jede regulatorisch induzierte Verzögerung, z.B. durch externe Gatekeeping-Mechanismen oder Zweitmeinungsverfahren, kann unmittelbare klinische Schäden und zusätzliche Kosten verursachen.

3. Bewertung zentraler Regelungen

3.1 Ausgabenbegrenzung

Die vorgesehene pauschale Kopplung der Ausgabenentwicklung an die Grundlohnrate wird der medizinischen Versorgungsrealität nicht gerecht. Sie unterstellt implizit, dass sich der Behandlungsbedarf parallel zur Einkommensentwicklung der Versicherten verhält. Dies ist jedoch nachweislich nicht der Fall.

Die Versorgung gefäßmedizinischer Erkrankungen ist geprägt durch:

- eine demografisch bedingte Zunahme der Krankheitslast
- steigende Prävalenz von Diabetes und kardiovaskulären Risikofaktoren
- eine wachsende Zahl komplexer, mehrstufiger Behandlungsverläufe

Insbesondere in der Gefäßmedizin führen diese Entwicklungen zu einem strukturell steigenden Versorgungsbedarf, der sich nicht linear an der Grundlohnrate orientiert.

Eine pauschale Ausgabenbegrenzung erzeugt daher Fehlanreize:

- komplexe und risikoreiche Behandlungen werden ökonomisch benachteiligt
- präventive und frühzeitige Interventionen verlieren an Attraktivität
- leitliniengerechte, mehrstufige Therapiekonzepte geraten unter Druck

Dies kann mittel- bis langfristig zu einer Verschlechterung der Versorgung führen und ist mit einem Anstieg vermeidbarer Komplikationen wie Amputationen, Schlaganfällen und Notfallinterventionen verbunden mit entsprechend höheren Folgekosten.



3.2 Zweitmeinung

Eine verpflichtende Zweitmeinung als Vergütungsvoraussetzung ist für zeitkritische Indikationen nicht akzeptabel. Leitlinien fordern schnelle Intervention (z. B. symptomatische Karotisstenose <14 Tage, CLTI <14 Tage).

3.3 Prävention

Die Fokussierung auf Herz-Kreislaufkrankungen ist richtig, jedoch unvollständig ohne Integration von peripheren Gefäßkrankheiten, wie PAVK und Bauchaortenaneurysma.

3.4 Wundversorgung

Wundtherapie ohne Gefäßdiagnostik ist medizinisch inadäquat und verstößt gegen aktuelle Leitlinienempfehlungen. Restriktionen dürfen nicht zur Verschlechterung der Versorgung führen.

3.5 Zuzahlungen

Erhöhte finanzielle Eigenbeteiligungen gefährden die Adhärenz und Versorgung besonders vulnerabler bzw. sozial benachteiligter Patienten, deren Therapieadhärenz bereits heute unzureichend ist.

4. Forderungen der DGG

1. Gesetzliche Ausnahmen für zeitkritische Gefäßerkrankungen
2. Integration vaskulärer Erkrankungen in bundesweite Präventionsprogramme
3. Eine differenzierte Ausgabensteuerung.

Diese muss berücksichtigen:

- die tatsächliche Morbiditätsentwicklung in der Bevölkerung
- die Komplexität und Strukturabhängigkeit gefäßmedizinischer Leistungen
- die Notwendigkeit zeitkritischer Interventionen
- die gesundheitsökonomische Bedeutung präventiver und frühzeitiger Therapien

Ziel ist keine Aufweichung von Wirtschaftlichkeitsprinzipien, sondern deren präzisere und medizinisch adäquate Anwendung. Eine differenzierte Steuerung ermöglicht es, notwendige und evidenzbasierte Versorgung zu sichern und gleichzeitig ineffiziente Strukturen gezielt zu adressieren.



4. Sicherung evidenzbasierter Wundversorgung durch Einbindung leitliniengerechter gefäßmedizinischer Diagnostik und Therapie
5. Schutz vulnerabler bzw. sozial benachteiligter Gruppen vor Zugangshürden

5. Gesundheitspolitische Einordnung

Sektorenübergreifende gefäßmedizinische Versorgung ist kein Kostenfaktor allein, sondern ein entscheidender Hebel zur Vermeidung von Folgekosten. Mehr als 1 Mio. GKV-Versicherte sind heute von einer PAVK betroffen und erhöhen bei unzureichender Diagnostik und Therapie durch Krankheitskomplikationen und Folgekosten die Belastung der Kostenträger. Einsparungen durch verzögerte oder reduzierte Versorgung führen daher langfristig zu höheren Ausgaben und einer insgesamt schlechteren Herz-Kreislaufgesundheit in Deutschland.

Nachhaltige Finanzstabilität erfordert daher eine differenzierte, evidenzbasierte Steuerung, nicht pauschale Begrenzung.

6. Ergänzende Bewertung weiterer Regelungsbereiche

6.1 Prüfquoten und erweiterte MD-Prüfungen

Die geplante Ausweitung der Prüfquoten und des Prüfauftrags des Medizinischen Dienstes trifft gefäßmedizinische Leistungen in besonderem Maße. Extrem komplexe Fallkonstellationen mit teilweise nicht eindeutig geklärter Abbildung in den Klassifikationssystemen ICD und OPS, wiederkehrende stationäre Behandlungen, mehrstufige Behandlungskonzepte sowie komplikationsbedingte oder geplante Wiederaufnahmen sind Ausdruck leitliniengerechter Versorgung chronisch vaskulärer Erkrankungen und dürfen nicht als Indikator für Unwirtschaftlichkeit fehlinterpretiert werden. Die vorgeschlagenen Änderungen treffen medizinische Leistungsbereiche überproportional, die sich mit diesen komplexen Konstellationen auseinandersetzen. Es ist absehbar, dass gerade die Gefäßmedizin hierdurch in besonderem Maße unter Druck geraten würde, mit der Gefahr einer Einschränkung leitliniengerechter Versorgung im klinischen Alltag.

6.2 Fallzusammenführung

Eine Ausweitung der Fallzusammenführung ohne krankheitsspezifische Differenzierung gefährdet insbesondere die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronisch-kritischen Gefäßerkrankungen.

Wiederaufnahmen sind hier kein Ausdruck ineffizienter Versorgung, sondern wesentlicher Bestandteil evidenzbasierter Therapiestrategien. Die vorgeschlagenen Änderungen führen zwangsläufig zur ökonomischen Bestrafung leitliniengerechter Therapiepfade mit absehbarer Gefahr der Entwertung ganzer Behandlungsketten.

6.3 Kurzzeitfallpauschalen (Kurzlieger-DRGs)

Die geplante Einführung von Kurzzeitfallpauschalen („Kurzlieger-DRGs“) markiert einen erkennbaren Richtungswechsel in der Weiterentwicklung der Vergütungssystematik. Sie reflektiert zugleich die begrenzte Steuerungsfähigkeit der bisherigen Hybrid-DRGs, deren Weiterentwicklung zunehmend an inhaltliche und kalkulatorische Grenzen stößt.

Die Rückverlagerung eines Teils der Systementwicklung in den stationären Bereich kann grundsätzlich Chancen eröffnen, insbesondere hinsichtlich einer stabileren und realitätsnäheren Kalkulationsbasis. Gleichzeitig ist jedoch davon auszugehen, dass eine relevante Zahl gefäßmedizinischer Leistungen in diese pauschalen Konstrukte überführt wird, ohne dass deren Auswirkungen derzeit hinreichend abschätzbar sind.

Insbesondere bei komplexen oder instabilen Gefäßpatientinnen und -patienten bildet eine kurze stationäre Verweildauer weder den tatsächlichen Betreuungsbedarf noch das Komplikationsrisiko adäquat ab. Eine mögliche Ausweitung auf sensible Leistungsbereiche, wie carotisbezogene Eingriffe, würde voraussichtlich mit einer relativen Abwertung dieser Leistungen einhergehen und ökonomische Fehlanreize setzen, die im Widerspruch zu den Anforderungen an eine qualitativ hochwertige und patientensichere Versorgung stehen.

7. Referenzen

1. Song P, et al. Global, regional, and national prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2015: an updated systematic review and analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7(8):e1020–e30.
2. Behrendt CA, et al. Editor's Choice - Prevalence of Peripheral Arterial Disease, Abdominal Aortic Aneurysm, and Risk Factors in the Hamburg City Health Study: A Cross Sectional Analysis. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2023 Apr;65(4):590-598.



3. Kreuzburg T, et al. Editor's Choice - The GermanVasc Score: A Pragmatic Risk Score Predicts Five Year Amputation Free Survival in Patients with Peripheral Arterial Occlusive Disease. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2021 Feb;61(2):248-256.
4. Versorgungsreport 2024 - Chronische Wunden der DAK-Gesundheit. 2024.