



Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

An alle bundesunmittelbaren Krankenkassen

nachrichtlich:
Bundesministerium für Gesundheit
Aufsichtsbehörden der Länder
GKV-Spitzenverband

HAUSANSCHRIFT
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 228 619 1975
FAX +49 228 619 1866

abteilung_2@bvamt.bund.de
www.bundesversicherungsamt.de

BEARBEITER(IN) Frau Sebastian

13. September 2018

AZ 211-5242.4-1982/2018
(bei Antwort bitte angeben)

**Gesetzliche Krankenversicherung – Versorgungsverträge-
hier: Vergütungsverträge zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 87a SGB V**

**Anforderungen der Rechtsaufsicht an die Vereinbarungen zur Gesamtvergütung mit
den Kassenärztlichen Vereinigungen für das Jahr 2019**

Sehr geehrte Damen und Herren,

im ersten Halbjahr 2018 erreichten uns Hinweise des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) sowie zwei konkrete Anfragen zur rechtlichen Bewertung einzelner gesamtvertraglicher Regelungen. Im Fokus standen dabei insbesondere die morbiditätsbedingte Anpassung des Behandlungsbedarfes sowie die Vereinbarungen von Ausgaben für besonders förderungswürdige Leistungen.

Nach Prüfung war festzustellen, dass die Verträge insgesamt große Intransparenz aufwiesen. Den gesetzlichen Vorgaben des § 87a SGB V zu Anforderungen und Systematik der Vereinbarungen für die Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung wurde vielfach nicht entsprochen.

Wir möchten Sie mit diesem Rundschreiben daher über die von uns festgestellten rechtlich problematischen Vereinbarungen informieren und im Hinblick auf die bevorstehenden Vertragsverhandlungen für das Jahr 2019 um Beachtung unserer Rechtshinweise bitten:

Zeitliche Vorgabe für den Vertragsschluss

Gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V vereinbaren die Partner der Gesamtverträge jährlich bis zum 31. Oktober gemeinsam und einheitlich für das Folgejahr die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung.

Die Einhaltung dieser gesetzlichen Frist wird von den Gesamtvertragspartnern jedoch regelmäßig nicht beachtet. Dies führt dazu, dass bis weit in das Vereinbarungsjahr hinein keine rechtssichere Vergütungsvereinbarung vorliegt. In der Folge werden aber vorläufige Abreden mit Jahresbeginn umgesetzt, die nach Vorliegen der Gesamtverträge ggf. rückwirkend korrigiert werden müssen.

Wir bitten zukünftig um Beachtung und weisen darauf hin, dass wir die Tolerierungen etwaiger Rechtsverstöße wegen des Einwandes, dass die Honorarvereinbarungen faktisch bereits Vergütungsrelevanz für die Vertragsärzte entfaltet hätten, nicht mehr in Betracht ziehen.

Anpassung des Behandlungsbedarfes

Maßgebend für die Höhe der Gesamtvergütung ist gemäß § 87a Absatz 3 Satz 2 SGB V als Mengenkategorie der mit der Zahl und Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundene Behandlungsbedarf, der zwischen den Partnern der Gesamtverträge zu vereinbaren ist.

§ 87a Abs. 4 SGB V stellt klar, dass der Behandlungsbedarf zwischen den Vertragspartnern nicht jährlich neu, sondern lediglich als eine Anpassung des Behandlungsbedarfs des Vorjahres zu vereinbaren ist (vgl. auch Urteil des BSG vom 13. August 2014 zum AZ B 6 KA 6/14 R, juris-Rnr. 39).

Für diese Vereinbarung zur Anpassung des Behandlungsbedarfs sind „insbesondere Veränderungen“ der in § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V bezeichneten Kriterien zugrunde zu legen, u.a die Veränderung der Morbiditätsstruktur der Versicherten im jeweiligen KV-Bezirk. Die Veränderung der Morbiditätsstruktur ist nach § 87a Abs. 4 Sätze 3 und 4 SGB V auf der Grundlage der beiden vom Bewertungsausschuss mitgeteilten Raten zu vereinbaren. Auf der Grundlage von § 87a Abs. 5 Sätze 2 bis 5 SGB V teilt der Bewertungsausschuss die diagnosebezogene und demographiebezogene Veränderungsrate mit. Gesetzlich vorgeschrieben ist die gewichtete Zusammenfassung der Raten durch die Gesamtvertragspartner. Falls erforderlich, lässt der Gesetzgeber die Heranziehung weiterer für die ambulante Versorgung relevanter Morbiditätskriterien zu (§ 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V).

Im Rahmen unserer anlassbezogenen Prüfungen der Vergütungsvereinbarungen im Jahr 2018 haben wir festgestellt, dass die den Gesamtvertragspartnern gesetzlich eingeräumte Kompetenz bei der Ermittlung der morbiditätsbedingten Veränderungsrate mehrfach deutlich überschritten wurde. Es wurden vertragliche Regelungen abgeschlossen, die nicht transparent machten, welche Gewichtungsfaktoren zugrunde gelegt wurden und die von der Regelgewichtung oder den, vom Bewertungsausschuss empfohlenen Gewichtungsmaßstäben abwichen. Wir weisen daher darauf hin, dass wir in den Vergütungsvereinbarungen ab dem Jahr 2019 eine transparente Darstellung der vorgenommenen Gewichtung der vom Bewertungsausschuss nach § 87a Abs. 5 Satz 2 SGB V mitgeteilten Raten erwarten.

Hierbei ist Folgendes zu beachten:

Das BSG hat in der Entscheidung vom 13. August 2014 die Mittelung (50:50) der Raten als vom Gesetzgeber gewollte zusammenfassende Gewichtung bewertet und für eine davon abweichende Festsetzung nachvollziehbare Angaben berücksichtigter Tatsachen gefordert. Im jüngeren Urteil vom 10. Mai 2017 zum AZ B 6 KA 14/16 R, juris Rdnr. 38-49, hat das BSG die Bindung der Gesamtvertragspartner an die vom Bewertungsausschuss mitgeteilten Raten als Basis zur Ermittlung der Veränderungsrate auch noch einmal bestätigt und bzgl. der Anforderungen an eine rechtskonforme Gewichtung auf die Maßgeblichkeit des früheren Senatsurteils hingewiesen.

Die Berechnungen der Raten erfolgen auf der Grundlage von § 87a Abs. 5 Sätze 3 bis 5 SGB V durch das Institut des Bewertungsausschusses. Der Gesetzgeber hat dafür die Bestimmung der Datengrundlagen und der Auswertungsmodelle gesetzlich vorgegeben. Deren Anpassungen fallen nach den Regelungen des Gesetzes in die Kompetenz des Bewertungsausschusses und sind somit der Bundesebene vorbehalten. Der Bewertungsausschuss als Organ der Selbstverwaltung auf Bundesebene erteilt dazu dem Institut des Bewertungsausschusses mit Beschluss konkrete Ermittlungsaufträge. Die Gesamtvertragspartner auf Landesebene haben nicht die Kompetenz, diese Ermittlungsaufträge in Frage zu stellen und nicht die Berechtigung, das Auswertungsverfahren und dessen Ergebnisse in Zweifel zu ziehen.

Die vom Bewertungsausschuss mitgeteilten Raten sind nicht zu „berücksichtigen“ oder zu „beachten“, sondern sie sind die Basis der Vereinbarungen. Wenn diese Basis von den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene in Frage gestellt werden könnte, entfielen der Rahmen für jede Form von Gewichtung, die der Gesetzgeber vorschreibt. Die "mitgeteilten Veränderungsdaten" können daher ihrer Natur nach nicht ausgelegt oder als mehr oder weniger wichtiger Anhaltspunkt für weitergehende Gestaltungen herangezogen werden. Sie sind

entweder verbindlich oder ihre Richtigkeit muss im Streitfall geklärt werden. § 87a Abs. 4 SGB V liegt die Konzeption zugrunde, dass die Richtigkeit des Rechenergebnisses auf Bundesebene - gegebenenfalls auch gerichtlich - überprüft werden kann. Wenn eine solche Klärung aber erfolgt oder nicht eingeleitet worden ist, stehen die Raten fest und sind nicht mehr Gegenstand der Verhandlungen der Partner der Gesamtverträge (vgl. BSG, Urteil vom 10. Mai 2017 – zum AZ B 6 KA 14/16 R, juris Rdnr. 48).

Wegen der gesetzlich normierten Vorjahresanknüpfung kommen als sachgerechte Kriterien für die vorzunehmende Abwägung nur Gesichtspunkte in Betracht, die sich auf die Aussagekraft der beiden Werte gerade für die gegenüber dem Vorjahr eingetretene Veränderung beziehen. Irrelevant ist daher, wie die Behandlungsbedarfe in anderen Regionen der Bundesrepublik aussehen (vgl. BSG Urteil vom 13. August 2014 zum AZ B 6 KA 6/14 R, juris-Rnr. 55). Die Veränderungsrate ist kein zulässiges Instrument zur Niveauangleichung an andere KV-Regionen oder zur „Nachholung“ einer aus Sicht der Vertragspartner unzutreffenden Entwicklung vergangener Jahre. Hierzu hat es vielmehr im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VSG) im Juni 2015 mit der Schaffung des neuen § 87a Abs. 4a SGB V eine Regelung zum Abbau möglicher „unbegründeter“ Unterschiede in der MGW ab 2014 gegeben.

Das Bundesversicherungsamt sieht eine begründete Abweichungsbefugnis von der gemittelten bzw. von einer durch den Bewertungsausschuss empfohlenen Gewichtung nur in Ausnahmesituationen. Wir weisen zudem darauf hin, dass bei der zusätzlichen Aufnahme sachgerechter Kriterien in die Gewichtung (§ 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V) keine von § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V losgelöste zusätzliche Anpassung des Behandlungsbedarfes vorgesehen ist. Der Gesetzgeber ermöglicht vielmehr den Gesamtvertragspartnern eine Einbeziehung weiterer Kriterien, die über die Behandlungsdaten oder demographischen Veränderungen hinaus mit in die geforderte gewichtete Zusammenfassungen eingehen.

Wir möchten an dieser Stelle auch darauf hinweisen, dass der Behandlungsbedarf gem. § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V aus der Leistungsmenge für alle Versicherten in EBM-Punkten zu errechnen und als Punktzahlvolumen im Vertrag festzulegen ist.

Förderungswürdige Leistungen

Von der Möglichkeit, Leistungen der Vertragsärzte auf der Grundlage von § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V finanziell zu fördern, wird von den Gesamtvertragspartnern mit unterschiedlichsten Regelungsvarianten Gebrauch gemacht. Auch dabei werden die gesetzlichen Gren-

zen, die für die Festlegung von förderungswürdigen Leistungen oder Leistungserbringern sowie für die mögliche Gestaltung der finanziellen Förderung gelten, zum Teil nicht beachtet.

Das BSG hat in seinem Urteil vom 28. Juni 2017 (B 6 KA 12/16 R) darauf hingewiesen, dass die §§ 82, 83 SGB V nicht alleine den Gestaltungsspielraum der Gesamtvertragspartner festlegen, sondern dieser durch weitere bundesrechtliche Vorgaben begrenzt ist: Der Inhalt der in der vertragsärztlichen Regelversorgung abrechnungsfähigen Leistungen und deren wertmäßiges in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander wird nach § 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V im EBM bestimmt.

Wir weisen daher darauf hin, dass die Ausgaben der Gesamtvergütung insgesamt auf den innerhalb des im EBM abgebildeten Leistungskatalogs der vertragsärztlichen Regelversorgung beschränkt sind. Dennoch sind mehrfach Leistungen Gegenstand von Förderungsregelungen, die über die Regelversorgung hinausgehen. Solche als besondere Versorgung zu klassifizierenden Leistungen sind zwar nicht per se unzulässige Regelungsinhalte von Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 140a Abs. 3 Satz 1 Nr. 7 SGB V). Es können jedoch keine Vereinbarungen auf der Grundlage des § 87a SGB V getroffen werden. Vielmehr sind die Anforderungen des § 140a SGB V, insbesondere die dort vorgesehenen Teilnahmevoraussetzungen, zwingend zu regeln.

Die Spielräume, die den Gesamtvertragspartnern für die Regelung von Zuschlägen für einzelne Leistungen bzw. Leistungserbringer zukommen, sind durch § 87a Abs. 2 Sätze 3 bis 6 SGB V sowie den Beschluss des Bewertungsausschuss vom 22. Oktober 2012 abschließend geregelt. Über diese Vorgaben können sich die Partner der Gesamtverträge nicht unter Bezugnahme auf ihre allgemeine Kompetenz zur Regelung der Vergütung hinwegsetzen. Auch die Beschlüsse der Arbeitsgruppe der Aufsichtsbehörden vom 21. Februar 2018 sind zu berücksichtigen.

Das bedeutet konkret:

- Es ist im Vertrag darzulegen, in welcher Weise Mängel in der Versorgung bestehen und inwieweit durch die Förderung eine Veränderung in Art und Häufigkeit der Erbringung erfolgt, durch die eine Verbesserung der Ergebnisqualität als Steigerung des Behandlungserfolgs erreicht wird.
- Im hausärztlichen Versorgungsbereich ist eine Leistungsförderung für die Behandlung multimorbider Patienten möglich, die an mindestens drei chronischen Krankheiten auf der Grundlage einer auf Landesebene von den Partnern der Gesamtverträge einvernehmlich festgelegter Liste chronischer Erkrankungen erkrankt sind.

- Die Höhe der Vergütung für eine vertragliche Leistung darf nicht in Abhängigkeit von der Anzahl der dokumentierten Diagnosen variieren.
- Zu fördernde Leistungen müssen jeweils im Hinblick auf das spezifische Krankheitsbild dem Patienten einen Nutzen bringen. Dieser Sachzusammenhang ist in dem Vertrag nachvollziehbar darzustellen.

Wie wir feststellen mussten, werden unter Missachtung dieser Anforderungen zum Teil durch die gesetzlichen Krankenkassen schlicht Beträge (Stichwort "Förderungstöpfe") zur Verfügung gestellt und die Förderungsinhalte bzw. -anteile mehr oder weniger in die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen gestellt. Damit werden die gesetzlichen Krankenkassen der durch § 87a Abs. 2 SGB V geforderten Verantwortung für einen gesetzeskonformen Umgang mit den Versichertenbeiträgen nicht ausreichend gerecht. Wir wenden uns in dem Zusammenhang nicht grundsätzlich gegen Vereinbarungen über monetäre Begrenzungen der Förderungsmittel, dennoch ist die Systematik des § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V zu deren Berechnung (Bewertung der EBM-Punktzahl mit dem spezifischen, erhöhten Orientierungswert) transparent zugrunde zu legen.

Bitte beachten Sie ferner, dass Vereinbarungen von Fördermitteln nicht basiswirksam erfolgen dürfen, sondern getrennt vom Behandlungsbedarf.

Wir bitten Sie, unsere Rechtshinweise bei den anstehenden Vertragsverhandlungen zu berücksichtigen. Die unserer Aufsicht unterstehenden Krankenkassen ohne Gesamtvertragsabschlusskompetenz bitten wir, in ihrem Landesverband auf die Beachtung hinzuwirken.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag



(Domscheit)