



Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

An die am Risikostrukturausgleich  
teilnehmenden Krankenkassen  
(per Wing-FTP-Server)

nachrichtlich (per E-Mail):  
Bundesministerium für Gesundheit  
Aufsichtsbehörden der Länder  
GKV-Spitzenverband

HAUSANSCHRIFT

Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn

TEL +49 228 619 1529

FAX +49 228 619 1899

krankenversicherung@bvamt.bund.de  
www.bundesversicherungsamt.de

BEARBEITER(IN) Michael Mühlhoff

22. März 2018

AZ 215 – 4120.1 – 1701/2012

(bei Antwort bitte angeben)

**Arbeitsgruppe der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder zur Abstimmung einer einheitlichen Vorgehensweise bei der Prüfung von Verträgen nach §§ 73b und 140a SGB V gemäß § 71 Abs. 5 und 6 SGB V**

**Sitzung der Arbeitsgruppe am 21. Februar 2018 im Bundesversicherungsamt**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die weitere Entwicklung im Kontext sog. Betreuungsstruktur- bzw. Versorgungsstärkungsverträge zeigte, dass hinsichtlich ihrer Ausgestaltung erneut aufsichtsrechtlicher Handlungsbedarf erforderlich wurde.

Auf Einladung des Bundesversicherungsamtes fanden sich daher Vertreter der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder zu der o. g. Sitzung zusammen und haben weitergehende<sup>1</sup> Beschlüsse gefasst, die inzwischen von allen Aufsichtsbehörden einvernehmlich bestätigt wurden.

Den Inhalt der tragenden Beschlüsse lege ich wie folgt dar:

---

1

vgl. auch Rundschreiben vom 12.12.2016 zu Az. 311 – 5241.1 – 1597/2012; 2.5.2017 zu Az. 311 – 5588.6 – 1258/2017; 6.6.2017 zu Az. 215 – 5241.1 – 2429/2013; 25.7.2017 zu Az. 215 – 4120.1 – 1701/2012; abrufbar unter <https://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/rundschreiben.html>

**Beschluss zu TOP 3a)**

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder sind der Auffassung, dass Leistungen in Selektivverträgen nur dann zusätzlich vergütet werden dürfen, wenn die Versorgungsziele und die zusätzlichen Leistungen konkret beschrieben werden und dem Arzt ein zusätzlicher Aufwand im Vergleich zur Regelversorgung entsteht. Erforderlich ist darüber hinaus, dass die Leistung jeweils im Hinblick auf das spezifische Krankheitsbild dem Patienten einen Nutzen bringt; dieser Sachzusammenhang ist in dem Vertrag nachvollziehbar darzustellen.

Die Höhe der Vergütung für eine vertragliche Leistung darf nicht in Abhängigkeit von der Anzahl der dokumentierten Diagnosen variieren.

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder werden darauf hinwirken, dass Verträge, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, im Rahmen außerordentlicher Kündigung einer Beendigung zugeführt werden.

**Beschluss zu TOP 4**

Die unter TOP 3a) gefassten Beschlüsse gelten für gesamtvertragliche Regelungen entsprechend.

Vertragsgestaltungen, die als „Betreuungsstrukturverträge“ oder zuletzt als „Versorgungsstärkungsverträge“ bekannt geworden sind, sind damit unzulässig. Die Verträge sehen u. a. Vergütungspauschalen für Ärzte vor, die sich nach der Anzahl der dokumentierten Diagnosen bestimmen. Die jeweils vertraglich festgelegte Auswahl von Diagnosen ist in der Regel im Morbi-RSA relevant und hat somit Einfluss auf die Zuweisungen der Krankenkassen.

Als öffentlich-rechtliche Körperschaft agieren Sie in einem Solidarsystem, sodass sich ein Wettbewerb um Zuweisungen aus dem Morbi-RSA verbietet. Vor diesem Hintergrund fordere ich Sie auf, die gefassten Beschlüsse zu befolgen. Das Bundesversicherungsamt wird in seiner Funktion als RSA-Durchführungsbehörde konsequent von seinen Kompetenzen zur Prüfung der Datenmeldungen der Krankenkassen nach § 273 SGB V Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

  
(Sylvia Bohlen-Schöning)