



Bundesversicherungsamt
Die Vizepräsidentin

Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

Bundesunmittelbare Krankenkassen

nachrichtlich
Bundesministerium für Gesundheit
Aufsichtsbehörden der Länder
GKV-Spitzenverband

ausschließlich per E-Mail

HAUSANSCHRIFT

Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 228 619 1529

FAX +49 228 619 1899

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

BEARBEITER(IN) Michael Mühlhoff

15. Mai 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 21.2.2018 im Bundesversicherungsamt

hier: Auswirkungen der Beschlüsse der Arbeitsgruppe auf Verträge zur Umsetzung der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) gemäß § 73b SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit geraumer Zeit ist das Bundesversicherungsamt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und den Aufsichtsbehörden der Länder damit befasst, Maßnahmen der Krankenkassen, die Einfluss auf das ärztliche Kodierverhalten nehmen, entgegenzuwirken.

§ 73b Abs. 5 Satz 7 SGB V bestimmt, dass Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen nicht Gegenstand von Verträgen über die Hausarztzentrierte Versorgung sein können. Mit der Regelung soll Verträgen entgegengetreten werden, deren Zweck darin besteht, über zusätzliche Vergütungen darauf hinzuwirken, Diagnosen zu optimieren, um Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhöhen (Bericht des Ausschusses für Gesundheit, BT-Drucks. 18/11205, S. 63). Die Studie des IGES-Institutes unterstellt den in den Verträgen zur Umsetzung der HzV enthaltenen Chronikerpauschalen diesen Zweck (IGES; Versorgungsverträge und die Vergütung von Diagnosen im ambulanten Sektor, 2017, S. 13).

Mit Rundschreiben vom 22.3.2018 habe ich Sie über die jüngste Beschlusslage der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder informiert. Mit meinem heutigen Schreiben weise ich darauf hin, dass die gefassten Beschlüsse auch Wirkungen auf Verträge zur Umsetzung der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V entfalten.

Die Aufsichtsbehörden sind der Auffassung, dass die Höhe der Vergütung für eine vertragliche Leistung nicht in Abhängigkeit von der Anzahl der dokumentierten Diagnosen variieren darf (Beschluss zu TOP 3a der o. g. Arbeitsgruppensitzung).

Somit verstoßen die in den HzV-Verträgen üblicherweise enthaltenen sogenannten Chronikerpauschalen gegen § 73b Abs. 5 Satz 7 SGB V und stehen mit der Beschlusslage der Aufsichtsbehörden nicht in Einklang. Sie sehen eine Vergütung für Hausärztinnen und Hausärzte vor, die sich nach der Anzahl der dokumentierten Diagnosen bestimmt. Die vereinbarten Diagnosen sind in der Regel im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) relevant und haben damit Einfluss auf die Zuweisungen der Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds. Ein Wettbewerb um Zuweisungen steht jedoch dem Grundgedanken des Solidarsystems der gesetzlichen Krankenversicherung entgegen. Aus den vorgenannten Gründen sind die angesprochenen Regelungen zu beseitigen.

Nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes kann die Vergütung für die Versorgung der chronisch erkrankten Versicherten auch durch Vereinbarung eines allgemeinen Chronikerbegriffs, der dem besonderen Betreuungsaufwand in der HzV gerecht wird, erfolgen.

Eine Erkrankung ist chronisch, wenn sie sich mit der Folge des ständigen Vorhandenseins oder regelmäßigen Eintritts von Erscheinungsformen dauerhaft verfestigt hat (vgl. *Waßer* in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016 zu § 43 SGB V, Rz. 39; bzw. *Noftz* in: Hauck/Noftz, SGB V zu § 43, Rn. 19.).

Kontaktunabhängige (Pauschal-) Vergütungen für Ärzte für die Versorgung chronisch Kranker im vorgenannten Sinne sind dabei allerdings unzulässig. Vor diesem Hintergrund ist daher vertraglich sicherzustellen, dass Hausärzte die Vergütungen ausschließlich nach erfolgtem Arzt-Patienten-Kontakt beanspruchen können.

Darüber hinaus verstoßen auch diagnosebezogene Zuschläge, die nicht an chronische Krankheiten anknüpfen und bei denen keine „gestaffelte“ Vergütung vorgesehen ist, gegen das gesetzliche Verbot nach § 73b Abs. 5 Satz 7 SGB V.

Das Bundesversicherungsamt wird darauf bestehen, die Verträge zur Umsetzung der HzV einer Modifizierung zu unterziehen. Ich bitte Sie daher, für eine Anpassung der Verträge bis spätestens zum **31. August 2018** Sorge zu tragen.

Mit freundlichen Grüßen


(Bohlen-Schöning)