

Zum Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Beitragssatzstabilität bei der Festsetzung kassenindividueller Kopfpauschalen innerhalb eines Landesverbandes unter Berücksichtigung der Wirkungen des Risikostrukturausgleichs (RSA)

Das Bundesversicherungsamt ist von Krankenkassen seines Aufsichtsbereiches um Stellungnahme gebeten worden zu der Frage, ob eine verbandsinterne Anpassung der Kopfpauschalen zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen an die Wirkungen des RSA rechtlich möglich sei. Unter der Prämisse, dass eine Anpassung kostenneutral gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt, kommen wir im Folgenden zu dem Ergebnis, dass die bestehende Gesetzessystematik, in die auch der RSA eingebunden ist, eine Berücksichtigung der kassenindividuellen Interessen auch bei der Bestimmung von Kopfpauschalen verlangt. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität steht einer solchen Berücksichtigung nicht entgegen.

I.

Der RSA gleicht die unterschiedliche Versichertenstruktur und die unterschiedliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen zwischen den einzelnen Krankenkassen aus. Im Rahmen des RSA werden den Krankenkassen die im Bundesdurchschnitt notwendigen Mittel zur Finanzierung der Leistungsausgaben ihrer Versichertenstrukturen zugerechnet und als Beitragsbedarf zur Verfügung gestellt. An der Finanzierung des RSA beteiligt sich jede Krankenkasse nach einem einheitlichen Vomhundertsatz der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder (Finanzkraft).

Der RSA wird als einnahmenorientierter Finanzausgleich bezeichnet, was bedeutet, dass er nicht auf einen Ausgleich aller tatsächlichen Ausgaben einer Krankenkasse abzielt. Hierdurch wird ein finanzieller Anreiz für die Krankenkassen geschaffen, ihre Aufgaben wirtschaftlicher wahrzunehmen. Liegen die kassenindividuellen Leistungsausgaben über dem Beitragsbedarf, so muss diese Differenz auch über höhere Beiträge der Mitglieder finanziert wer-

den. Entsprechend entsteht ein Beitragsvorteil, wenn der Beitragsbedarf über den tatsächlich entstandenen Leistungsausgaben liegt.

Der Beitragsbedarf einer Krankenkasse ist die Summe ihrer standardisierten Leistungsausgaben, die aus den Ausgaben der einzelnen Hauptleistungsbe-
reiche, u.a. auch der vertragsärztlichen Versorgung, gebildet werden. Aus
verschiedenen Gründen weicht die der ärztlichen Gesamtvergütung zugrunde
liegende Kopfpauschale der einzelnen Krankenkassen zum Teil erheblich von
den Ausgabenstandards ab, die für die Berechnung des Beitragsbedarfs he-
rangezogen werden. In den sozialgerichtlichen Auseinandersetzungen mit
dem RSA wurde daher u.a. der Vorwurf erhoben, der RSA verletze das objek-
tiv-rechtliche Willkürverbot, weil die an der Versichertenstruktur orientierte
Berechnung der Ausgleichszahlung im Widerspruch zu den tatsächlichen, von
der Risikobelastung unabhängigen Vergütungsleistung stehe.

Inzwischen hat auch das BSG bestätigt, dass zwar ein berechtigtes Interesse
an der Beseitigung dieser als nicht sachgerecht empfundenen Auswirkungen
besteht, der RSA hierfür aber keine Möglichkeit bietet. Nach Auffassung des
BSG dürfte zwar die Einführung des RSA die Rahmenbedingungen (Geschäftsgrundlage) für die Vereinbarung der Gesamtvergütung verändert ha-
ben und ihr ähnliches Gewicht zukommen, wie den in § 85 Abs. 3 S. 1 SGB V
genannten Faktoren. Nach dieser Vorschrift vereinbaren die Vertragsparteien
des Gesamtvertrages die Veränderung der Gesamtvergütung unter Berück-
sichtigung der Praxiskosten, der für die vertragsärztliche Tätigkeit aufzuwen-
denden Arbeitszeit sowie der Art und des Umfangs der ärztlichen Leistungen,
soweit sie auf einer gesetzlichen oder satzungsgemäßen Leistungsauswei-
tung beruhe. Allerdings habe das BSG nicht darüber zu entscheiden, ob frü-
here Rechtsprechung oder die gesetzlichen Begrenzungen des Ausgabevo-
lumens durch eine Budgetierung und der Grundsatz der Beitragssatzstabilität
einer Anpassung der Vergütung entgegenstehen könnten und es darum einer
Gesetzesänderung bedürfte. Vielmehr sei es, wenn eine Änderung nicht ver-
einbart werden kann, zunächst Sache der Schiedsämter über eine Anpassung
zu entscheiden. Wenn sich auf diesem Wege keine Lösung finden lasse,
müsse möglicherweise der Gesetzgeber tätig werden (BSG-Urteil
vom 24.1.2003, B 12 KR 2/02 R).

In einer Entscheidung vom 16. Juli 2003 hat das BSG vorinstanzliche Urteile
insoweit aufgehoben, als diese es für rechtmäßig erachtet haben, dass bei

Erlass eines neuen Schiedsspruchs die Auswirkungen des RSA berücksichtigt wurden. Der Gesetzgeber habe die Regelungen über den RSA und diejenigen über die Gesamtvergütungserhöhungen nicht miteinander verknüpft, sie vielmehr getrennt nebeneinander gestellt. § 85 Abs. 3 SGB V sei grundsätzlich auf begrenzte Vergütungserhöhungen angelegt. Unter dem Gesichtspunkt der Beitragssatzstabilität könnten zwar auch Gründe einer Vergütungsabsenkung zu beachten sein, es dürfe aber grundsätzlich nicht die Angemessenheit der für das Vorjahr vereinbarten Gesamtvergütung in Frage gestellt und es könnten nicht Teilaspekte aus dem Gesamtgefüge des RSA in die Festlegung der Gesamtvergütung für eine einzelne Kassenart hereingezogen werden. Die insoweit erforderlichen komplexen Regelungen und Verknüpfungen zu schaffen, könne nur Aufgabe des Gesetzgebers sein (BSG-Pressemitteilung Nr. 38/03 vom 18.7.2003 zur Entscheidung vom 16.7.2003, B 6 KA 29/02 R).¹

Diesen Entscheidungen des BSG kann zunächst nur das Fazit entnommen werden, dass bundesweite und kassenartenbezogene Vergütungsunterschieden effektiv und zufriedenstellend nur durch eine Änderung der Gesetzeslage beseitigt werden können.² Das BSG hat insoweit die Handlungsspielräume in Bezug auf die Höhe der zwischen den Vertragsparteien auszuhandelnden Gesamtvergütung aufgezeigt. Hieraus ergibt sich nicht, dass der Verband rechtlich gehindert wäre, für seinen Zuständigkeitsbereich eine an der tatsächlichen Risikobelastung orientierte Kostenverteilung zwischen den Krankenkassen herbeizuführen. Dass es wirtschaftlich nicht gerechtfertigt ist, wenn für identische Leistungen unterschiedliche hohe Vergütungen gezahlt werden, wird von kaum einer Seite in Abrede gestellt. Es stellt sich daher die Frage, warum das Argument der wirtschaftlichen Nachteiligkeit bestehender Kopfpauschalen sich bisher als nicht ausreichend erwiesen hat, eine entspre-

¹ Der vollständige Entscheidungstext lag zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieser Ausarbeitung nicht vor.

² Das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) sieht insoweit vor, dass die geltenden Regelungen über die Vereinbarung von Gesamtvergütungen zwischen den Verbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage mitgliederbezogener Kopfpauschalen durch neue Vorschriften ersetzt werden. Zu vereinbaren ist ab dem Jahr 2007 der mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten einer Krankenkasse jeweils verbundene Behandlungsbedarf.

chende Anpassung der Kopfpauschalen innerhalb eines Verbandes erfolgreich durchzusetzen.

II.

Der Vorstand eines Landesverbandes erklärte hierzu, dass eine Anpassung der Kopfpauschalen im wesentlichen aus folgenden Gründen nicht möglich sei:

1. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität im § 71 SGB V bezieht sich auf die Beitragssätze jeder einzelnen Krankenkasse.
2. Gemäß § 85 Abs. 3c SGB V sind Abweichungen der Mitgliederzahlen bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der Gesamtvergütung zu berücksichtigen.

Hieraus folge, dass nur Kopfpauschalen, die mit der Grundlohnrate fortgeschrieben werden, diese gesetzlichen Vorgaben überhaupt erfüllen können. Da sich der Grundsatz der Beitragssatzstabilität auf die Beiträge der einzelnen Krankenkasse bezieht, könne auch innerhalb der Kassenart keine Veränderung der Kopfpauschalen vorgenommen werden.

Das LSG Niedersachsen hat in einer Entscheidung vom 20. November 2001 (L 3 KA 64/01 ER) für die Unantastbarkeit der Kopfpauschalen folgende Begründung dargelegt:

„Unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes wäre an sich jede Krankenkasse, die überdurchschnittlich hohe Kopfpauschalen entrichtet, ohne dass eine damit korrespondierende überdurchschnittlich hohe Kostenverursachung ersichtlich ist, verpflichtet, auf eine Herabsetzung der Kopfpauschale (letztlich auf das Durchschnittsniveau) hinzuwirken. Außerhalb des Bereichs der gesamtvertraglich geregelten ärztlichen Vergütung ist dies eine Selbstverständlichkeit. Ein Krankenkassenvorstand, der trotz gleicher Leistungsanspruchnahme sehenden Auges beispielsweise für Büromaterial deutlich höhere Preise als die Konkurrenz zahlt, müsste sich nicht nur des Vorwurfs der Unwirtschaftlichkeit, sondern auch staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen wegen des Verdachts der Untreue erwehren. Im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung lässt sich dieser Grundsatz gleichwohl infolge des in § 71 Abs. 1 SGB V normierten Grundsatzes der

Beitragssatzstabilität nicht durchsetzen. Da nichts dafür ersichtlich ist, dass der Gesetzgeber das insgesamt für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistung zur Verfügung stehende Volumen auf diesem Weg herabgesetzt wissen wollte, hätte eine Herabsetzung der Kopfpauschalen bei überdurchschnittlich zahlenden Krankenkassen auf das Durchschnittsniveau zwangsläufig zur Folge, dass die bislang unterdurchschnittlich hohe Kostenpauschalen entrichtenden Krankenkassen diese auf das Durchschnittsniveau anheben müssten. Dies würde jedoch typischerweise Beitragssatzanhebungen nach sich ziehen, was die Regelung des § 71 Abs. 1 SGB V gerade verhindern soll.“

Von zentraler Bedeutung erweist sich somit die Klärung der Frage, ob sich der Grundsatz der Beitragssatzstabilität im § 71 Abs. 1 SGB V auf die Beiträge jeder einzelnen Krankenkasse oder auf einen zu berechnenden Durchschnittsbeitrag aller Krankenkassen bezieht. Könnte sich jede einzelne Kasse auf diesen Grundsatz berufen, liefen alle weiteren Überlegungen ins Leere, da die hier zu prüfende Frage nur dann auch von praktischer Bedeutung sein kann, wenn die Beiträge der Einzelkassen gerade nicht unantastbar sind.

III.

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass Kopfpauschalen nicht das einzige gesetzlich zugelassene Berechnungssystem darstellen. Weil gemäß § 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V bei der Vereinbarung der Veränderung der Gesamtvergütungen der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen beachtet werden muss und gemäß § 85 Abs. 3c SGB V Abweichungen der Mitgliederzahlen bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der Gesamtvergütung zu berücksichtigen sind, hat sich das System der Kopfpauschalen nach Einführung der Grundlohnbindung zwar durchgesetzt. Das in § 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V vorgesehene Spektrum verschiedener Berechnungsweisen blieb jedoch unberührt. Danach kann die Gesamtvergütung z.B. auch auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen berechnet werden. § 85 Abs. 2 Satz 7 SGB V schreibt für diesen Fall vor, dass ein Ausgabenvolumen zu bestimmen sowie eine Regelung zur Vermeidung von Überschreitungen dieses Betrages zu treffen ist.

§ 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V bezieht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen. Nur in dieser Hinsicht sind die Gestaltungsrechte der Vertragspartner eingeschränkt.

Die Kompetenzen der Landesverbände nach §§ 83, 85 SGB V basieren auf gesetzlich zugewiesenen Aufgaben i.S.d. § 211 Abs. 1 SGB V. Es handelt sich hierbei nicht um die Verträge, bei deren Abschluss und Änderung der Landesverband die Mitgliedskassen nach § 211 Abs. 2 Nr. 3 SGB V unterstützt. Die gesetzliche Zuweisung spricht dafür, dass im Unterschied zu den „Unterstützungsaufgaben“ nach § 211 Abs. 2 SGB V - die überwiegend nur auf Verlangen der Kassen wahrgenommen werden - Einzelinteressen im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen gerade nicht zu berücksichtigen sind. Dies unterstreicht aber, dass sich der Grundsatz der Beitragssatzstabilität auf die zu vereinbarende Gesamtvergütung bezieht und das bilaterale Verhältnis zwischen Verband und Krankenkasse hiervon unberührt ist. In diesem Verhältnis hat der Landesverband die wirtschaftliche Belastbarkeit der einzelnen Krankenkasse zu berücksichtigen und daher auf eine sachgerechte Kostenverteilung zu achten.

IV.

Die u.a. vom Landessozialgericht Niedersachsen vertretene Auffassung, dass sich der Grundsatz der Beitragssatzstabilität auf die Beitragssätze der einzelnen Krankenkassen bezieht und daher auch innerhalb der Kassenart keine Veränderung der Kopfpauschalen vorgenommen werden könne, erfolgt aus einem Blickwinkel, der die hier zu beachtenden Zusammenhänge nicht hinreichend ausleuchtet. Unterschiedlich hohe Kopfpauschalen gab es schon länger, die wirtschaftliche Nachteiligkeit wurde jedoch erst nach Einführung des RSA sichtbar, weil zuvor die höheren Ausgaben durch höhere beitragspflichtige Einnahmen ausgeglichen werden konnten. Erst die RSA-Normkosten ermöglichen eine Bewertung der jeweiligen Kopfpauschale als „zu hoch“ oder „zu niedrig“.

Bis zur Einführung des RSA standen etwaigen Unterschieden in den Vergütungen auch eine unterschiedliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der einzelnen Krankenkassen gegenüber, so dass Vergütungsunterschiede auch als Belastungsausgleich i.S. einer Verbandssolidarität angesehen werden konn-

ten. Nach Einführung des RSA wurden die Krankenkassen im Ergebnis aber mit der gleichen Grundlohnsumme ausgestattet, ohne dass gleichzeitig die Differenzen zwischen Kopfpauschale und dem der Versichertenstruktur entsprechenden Beitragsbedarf angepasst wurden.

Eine Umstellung und Anpassung der Kopfpauschalen hätte aber unmittelbar nach Einführung des RSA erfolgen müssen, um finanzielle Auswirkungen bei den einzelnen Krankenkassen zu vermeiden. Diese Anpassung hätte unter Berücksichtigung der entsprechenden Zuweisung von RSA-Beitragsbedarf völlig beitragsneutral gestaltet werden können. Allein dieses Versäumnis lässt die nunmehr geforderte Anpassung der Kopfpauschalen als einen Verstoß gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität erscheinen, weil die in mehreren Jahren aufgelaufenen Verwerfungen mit einem Schritt beseitigt werden sollen.

Hierbei ist von Bedeutung, dass im Fall der ärztlichen Vergütung die Aufgabe der Vergütungsfestsetzung allein dem Landesverband obliegt und die dem RSA immanente Anreizfunktion nicht von den Krankenkassen ausgefüllt werden kann. Da hier das Vertragsgeschehen in einer Hand liegt, wäre sogar vor allen anderen Leistungsbereichen die Anpassung der Vergütung an die durch den RSA veränderten Bedingungen zu fordern gewesen. Dass dies nicht geschehen ist, liegt zwar an der erst später erkannten Wechselwirkung zwischen RSA und Kopfpauschalen. Dies ändert jedoch nichts daran, dass eine entsprechende Anpassung zumindest im Nachhinein gefordert werden kann. Es liegt in der Natur der Sache, dass diese berechnete Forderung nur von den Krankenkassen erhoben wird, die nachteilig betroffen sind.

Hierbei kommt es aber nicht darauf an, die Kopfpauschalen exakt an die Höhe der standardisierten Ausgaben anzugleichen. Soweit einzelne Krankenkassen vortragen, dass die Zahlungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen die Zuweisungen aus dem RSA allein für diese Leistungssparte übertreffen und hieraus ein Beitragssatznachteil in einer genau bezifferten Höhe entstehe, ist fraglich, ob sich solche genauen Aussagen ohne weitere Informationen treffen lassen. Die Anpassung der Kopfpauschalen muss sich vielmehr am Vergütungsniveau des Landesverbandes insgesamt orientieren. Sollte die Gesamtvergütung – aus welchen Gründen auch immer – über die RSA-Normkosten hinauskommen, kann nur eine relative Anpassung der Kopfpauschalen ver-

langt werden, so dass auch nach Anpassung der Kopfpauschalen finanzielle Defizite im Hinblick auf den Bundesdurchschnitt verbleiben können.

V.

Durch die lineare Fortschreibung der jeweiligen Kopfpauschalen anhand der Grundlohnentwicklung bei gleichzeitiger nichtlinearer Veränderung der RSA-Morbidität ist ein regelhafter Zusammenhang zwischen der Höhe der Kopfpauschalen und dem tatsächlichen Leistungsbedarf nicht mehr gegeben. Zahlt jedoch eine Krankenkasse bei gleichem oder niedrigerem Versorgungsbedarf und identischen Leistungen höhere Preise als eine andere Kasse innerhalb eines vom jeweiligen Landesverband zu regelnden Vergütungsbereiches, liegt darin objektiv ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot i.S.v. §§ 72 Abs. 2, 12 Abs. 1 SGB V. Die Frage, ob diesem Grundsatz nur deshalb keine Geltung verschafft werden kann, weil sich der Grundsatz der Beitragssatzstabilität auf die Beitragssätze der einzelnen Krankenkasse oder den durchschnittlichen Beitragssatz bezieht, würde sich nicht stellen, wenn bei einer unmittelbar nach Einführung des RSA erfolgten beitragsneutralen Angleichung diese Verwerfungen vermieden worden wären.

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität und das Wirtschaftlichkeitsgebot dienen der Sicherung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und verfolgen damit gleichgerichtete ökonomische Ziele. Es ist für den Bereich der ärztlichen Vergütung Aufgabe der Landesverbände, diese Ziele im Interesse ihrer Mitgliedskassen in gleichem Maße zu beachten. Unter Berücksichtigung der vorstehenden Überlegungen stellt die Anpassung der Kopfpauschalen an die Wirkungen des RSA keine Verletzung eines dieser Ziele dar, sondern führt sie der ökonomischen Logik entsprechend wieder zusammen.