



Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

An alle
am RSA teilnehmenden Krankenkassen

nachrichtlich:
GKV-Spitzenverband

Nur per E-Mail

HAUSANSCHRIFT

Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 228 619 2311

FAX +49 228 619 1867

Referat_311@bvamt.bund.de
www.bundesversicherungsamt.de

BEARBEITER(IN): Herr Otto

12. Dezember 2016

AZ **311-5241.1-1597/2012-**
(bei Antwort bitte angeben)

89. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 23. bis 24. November 2016 in München

Beschluss zu TOP 4 "Sog. Betreuungsstrukturverträge zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen"

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen der o. g. Aufsichtsbehördentagung haben sich die für die Sozialversicherung zuständigen Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder am 23.11.2016 mit sogenannten Betreuungsstrukturverträgen befasst und einvernehmliche Beschlüsse zur Sicherstellung einer einheitlichen Rechtsanwendung getroffen. Damit verfolgen die Aufsichtsbehörden das Ziel, dafür Sorge zu tragen, dass die für den RSA relevanten Daten unbeeinflusst in den RSA einfließen können.

Die gefassten Beschlüsse übersenden wir auch im Hinblick auf die aktuellen öffentlichen Diskussionen über eine ungerechtfertigte Einflussnahme auf die Datengrundlage des RSA zur Ihrer Information:

1. Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder sind der Auffassung, dass kassenindividuelle oder kassenartenspezifische Vereinbarungen nicht auf Grundlage der §§ 83, 87a SGB V geschlossen werden können. Dies gilt auch für sog. Betreuungsstrukturverträge, die Krankenkassen oder ihre Landesverbände als Anlage

zum Gesamtvertrag mit Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen haben.
Derartige bilaterale Verträge sind rechtswidrig.

2. Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder sind der Auffassung, dass in selektivvertraglichen Regelungen eine gesonderte Vergütung allein für eine vollständige und zutreffende Diagnose des Vertragsarztes unzulässig ist.
3. Grundsätzlich zulässig ist es zwar, in Selektivverträgen die Abrechnung bestimmter Leistungen von dem Vorhandensein bestimmter eindeutig zu kodierender Krankheiten abhängig zu machen. Voraussetzung hierfür ist aber, dass die übrigen Tatbestandsvoraussetzungen der §§ 73a SGB V a.F., 73c SGB V a.F. bzw. 140a SGB V erfüllt sind. So müssen die besonderen Versorgungsleistungen konkret formuliert werden. Außerdem müssen die Verträge ein schriftliches Teilnahmeverfahren für Ärzte und Versicherte vorsehen.
4. Einzelbestimmungen in Verträgen, wonach Verdachtsdiagnosen mit Zusatzkennzeichen „G“ kodiert werden sollen, auch wenn die Diagnose nicht tatsächlich gesichert ist, sind rechtswidrig.
5. Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder werden auf die Vertragspartner von Verträgen, die nach den vorstehenden Festlegungen unzulässig sind, einwirken, damit diese zeitnah angepasst oder beendet werden.
6. Die Aufsichtsbehörden der Länder und das BVA bitten das BMG um eine rechtliche Klarstellung, dass direkte Ansprachen der Krankenkassen bzw. deren Dienstleistern, mit dem Ziel auf das Kodierverhalten der Vertragsärzte Einfluss zu nehmen, unzulässig sind.

Das Bundesversicherungsamt in seiner Funktion als Durchführungsbehörde des RSA geht davon aus, dass die gefassten Beschlüsse Beachtung finden und ggf. nicht diesen Beschlüssen entsprechende Vertragsbeziehungen beendet bzw. einer rechtmäßigen Vertragsgrundlage zugeführt werden.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

gez. Pfohl