

- Richter am Bundessozialgericht - i.R. seit 1.10.2013 -
- Honorarprofessor der Juristischen Fakultät der Univ. Tübingen
- Vors. bzw. stv. Vors. von KHG-Schiedsstellen u. eines Schiedsamts

## 20. Gesundheitspolitisches Symposium der vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt

### Grundlohnsumme – Goldstandard für Vergütungserhöhungen? Zur Relevanz konkurrierender Kriterien

Alias:

Veränderungsrate = Prozentuale Steigerung der Grundlohnsumme --- Das Hauptkriterium für Vergütungserhöhungen?

### ÜBERSICHT

(S.1-6)

#### A. Grundlohnsumme und Beitragsaufkommen: Erhöhungsbegrenzung durch Veränderungsrate

##### I. Prinzip der Beitragssatzstabilität

Neuformierung des vertragsarztrechtlichen Vierecks-Verhältnisses

#### Das kassen(zahn)arztrechtliche Vierecksverhältnis



→ Veränderungsrate als grundsätzliche Erhöhungsbegrenzung

2012 → 2013 → 2014 → 2015 → 2016 → 2017 → 2018 → 2019  
2,03 % 2,81 % 2,53 % 2,95 % 2,50 % 2,97 % 2,65 %

Verknüpfung mit **Vorjahresanknüpfung**  
und **Angemessenheitsvermutung**

Verfassungsmäßigkeit der Neuformierung (so das BSG)

## II. Geltungsbereich vorgenannter Grundsätze, insbes. der Erhöhungsbegrenzung

betrifft *alle* Vergütungsvereinbarungen des Vierten Kapitels §§ 69-140h SGB V.

### B. Grundsatz, Vermeidestrategien, Ausnahmen

#### I. Anspruch auf Ausschöpfung der Veränderungsrate?

a) Nichtausschöpfung ist denkbar.

b) Ausschöpfung der Veränderungsrate = „Normalfall“,  
der sozusagen automatisch zuzuerkennen ist?

**Darlegungslast der KKn?** im Sinne einer  
Begründungspflicht für die Nichtausschöpfung?

**Oder Darlegungslast der Leistungserbringer?** In dem Sinne  
einer Darlegung, dass überhaupt Steigerungsgründe vorliegen?  
= „Goldstandard für Vergütungserhöhungen“  
(im Sinne des Titels für diesen Vortrag)?

#### II. Begrenzung im Vorhinein auf 1 Jahr

Vertragsparteien legen im Vorhinein ausdrücklich fest, dass die  
Vergütungsbemessung auf nur dieses 1 Jahr begrenzt sein soll.

**Das kann vor allem bei neu errichteten Institutionen** (z.B.  
neu errichtetes SPZ) sinnvoll sein!

#### III. Ausnahmen von der Erhöhungsbegrenzung

Es gibt einen **ganzen Katalog von möglichen Ausnahmen**  
(mind.10!) von dem Prinzip, dass Vergütungen nur um die  
Veränderungsrate erhöht werden dürfen:

##### Ausdrückliche Ausnahmen aufgrund des § 71 SGB V:

a) „Ausgabensteigerungen auf Grund von gesetzlich vorgeschriebenen  
**Vorsorge- u. Früherkennungsmaßnahmen**“ (§ 71 I 2 SGB V)

b) „Ausgabensteigerungen für Leistungen im Rahmen zugelassener  
**strukturierter Behandlungsprogramme**“ (**DMP** = Disease-Management-Programme)  
(§ 71 I 2 SGB V)

z.B. Asthma, Brustkrebs, Diabetes, Herzinsuffizienz... (je KV-Bereich verschieden)

- c) „Mehrausgaben, die durch **Einsparungen in anderen Leistungsbereichen** ausgeglichen werden“ (§ 71 II 2 SGB V)  
z.B. Verpflichtung zu Einsparungen im Arzneibereich.
- d) **Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung** auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven“ (§ 71 I 1 Hs.2 SGB V)  
Z.B. im SPZ Notwendigkeit intensiverer Versorgung gemäß neuem Standard.

Eine Steigerung über die Begrenzung hinaus kann sich **weiterhin aus folgenden allgemeinen Rechtsinstituten** ergeben:

- e) **Wegfall der Geschäftsgrundlage** = des Festhaltens an der Vereinbarung  
z.B. einschneidend neue Rspr., die weitere Leistungsbereiche vergütungsfähig anerkennt.
- f) **Signifikante Änderung der Sach- oder Rechtslage**  
→ Wegfall der Bindung an die Vorjahresbemessung  
(Erst-recht-Schluss entspr. dem Wegfall von Rechtskraftbindung)  
z.B. gesetzliche Neuordnung in § 117 SGB V betr. Hochschulambulanzen;  
signifikant mehr hochkomplexe Patienten im SPZ infolge verbesserter Perinatalversorgung mit deutlich höherer Überlebensquote bei Frühestgeborenen

Eine Steigerung über die Begrenzung hinaus kann sich ferner ergeben **aus dem Erfordernis des § 120 II 3 SGB V** ergeben **„Leistungsfähigkeit ... bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten“** (dies betrifft speziell die Ambulanzen gemäß §§ 117-119c SGB V (HSA, PIA, SPZ, MZEB), für deren Vergütung § 120 II, III SGB V maßgebend ist (vgl. BSG 13.5.2015 – B 6 KA 20/14 R – Juris Rn.32+35):

- g) **größere Steigerungen der tariflich zu zahlenden Entgelte**
- h) **notwendige Änderung des Personalschlüssels bzw. der Fachkraftquote**
- i) **nicht vorhersehbare kostenerhöhende Veränderungen in der Zusammensetzung der Patientenklientel**

k) **höhere Kostensätze nach in den Vorjahren fehlerhafter Kalkulation oder wenn Kostensätze sogar bewusst zu niedrig angesetzt worden sind**

Diese Fallgruppe „ist zugeschnitten auf den Fall, dass die Vertragsparteien sich bei einer Kalkulation „**vertan**“ haben, z.B. einen Rechenfehler machten oder eine Kostenposition vergaßen. Jener Fallgruppe ist hingegen **nicht** der Fall zuzuordnen, dass eine Vertragspartei sich **taktisch oder strategisch fehlerhaft** verhielt. Ebenso wenig erfasst ist der Fall, dass eine Vertragspartei – aus welchen Motiven auch immer oder schlicht mangels Erkennens der Wichtigkeit, sei es auch evtl. **über mehrere Jahre hinweg** – Ansprüche auf **Vergütungserhöhung nicht geltend** machte.“

Ferner gibt es **gesetzliche Sondertatbestände**, die aber **nur für frühere Zeiten relevant** waren

- l) **Ost-West-Annäherung** – betrifft nur 2011→2012 u. 2012→2013 sowie nur den Zahnbereich (§ 85 IIIg SGB V)  
(ausführl. Schiedsspr. zahnärztl.Versorgg Sachs.-Anh. 14.6.2018 - 01/18 - S.9 f.)
- m) **„Gleiches Geld für gleiche Leistung“** – betrifft nur 2012 u. 2013 sowie nur den Zahnbereich (§ 85 IIa 4 SGB V)  
(ausführl. Schiedsspr. zahnärztl.Versorgg Sachs.-Anh. 14.6.2018 - 01/18 - S.10)

**Zu alledem ist vor allem zu beachten:**

n) **Kein Anspruch auf Angleichung an anderweitige Vergütungsniveaus**

- weder an solche in anderen Regionen Deutschlands
- noch an solche in anderen Kassenbereichen

Für eine **Angleichung der Strukturen** in den alten und neuen Bundesländern bedürfte der Konkretisierung durch gesetzliche Regelungen (*vgl. z.B. Konvergenzregelungen des § 10 VIII KHEntgG*).

**Daraus folgt, dass unterschiedliche Vergütungsniveaus in verschiedenen Bundesländern** einstweilen hingenommen werden müssen, solange nicht der Gesetzgeber eine Konvergenz vorsieht.

Bei diesem Ergebnis wird nicht verkannt, dass dies für Zahnärzte und Ärzte in solchen Bundesländern unbefriedigend ist, in denen in manchen Bereichen die Punktwerte unter denen der anderen Bundesländer zurückbleiben.

In solchen Situationen bleibt nur das **Fazit**: Ein im Schiedsverfahren durchsetzbarer Anpassungsanspruch besteht nicht. Die in manchen neuen Bundesländern beklagten Benachteiligungen könnten nur durch die **politischen Instanzen** – sprich: im Wege der **Gesetzgebung** – behoben werden.

**Schließlich für die Gesamtvergütungsvereinbarungen:  
Relativierung der Beitragssatzstabilität durch zahlreiche „Paral-  
lelkriterien“ (unterschiedlich im Arzt- und im Zahnarzt-Bereich):**

**o) Im Zahnbereich weitere Kriterien gemäß § 85 III 1 SGB V:**

- Zahl und Struktur der Versicherten
- Morbiditätsentwicklung
- Kosten- und Versorgungsstruktur.
- Arbeitszeit
- Art und Umfang der zahnärztlichen Leistungen

Zu diesen Kriterien im Einzelnen vgl. z.B.

Schiedsspruch zahnärztl. Versorgung Sachs.-Anh. 14.6.2018 – 01/18 – S.10-15 u. 16-18.

**Zum Verhältnis von diesen Kriterien zum Grundsatz der Beitragssatzstabilität:** Dieser ist gemäß § 85 III 2 SGB V nur „neben“ den vorgenannten Kriterien „zu berücksichtigen“.

→ **Abschwächung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität!  
Aber weiterhin wichtige besondere Bedeutung!** Denn:

Schiedsspruch zahnärztl. Versorgung Sachs.-Anh. 14.6.2018 – 01/18 – S.6 f. + 25 oben (a.A. LSG Nordrh.-Westf. v. 7.6.2017 – L 11 KA 50/16 KL – Juris Rn.151-156):

Mit der Formulierung des Satz 2 („Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ... **neben** den Kriterien nach Satz 1 zu **berücksichtigen**“) hat der Gesetzgeber eine „Lockerung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität“ vorgenommen. Der Gesichtspunkt der Beitragsstabilität ist nur noch „zu berücksichtigen“ – nicht mehr „zu beachten“ –; der Gesichtspunkt der Beitragsstabilität ist zudem auch nur „neben“ den Kriterien nach Satz 1 des § 85 III SGB V zu berücksichtigen.

Damit hat der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht mehr die grundsätzlich vorrangige und tendenziell strikt-verbindliche Wirkungskraft, wie dies noch unter der früheren Rechtslage der Fall war.

Ungeachtet dieser Tendenz ist aber nicht von einer vollen Nivellierung auszugehen in dem Sinn, dass dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität ein Gewicht nur noch ebenso wie den im Satz 1 des § 85 III SGB V aufgeführten Kriterien zukomme. Vielmehr kommt diesem Grundsatz und den aus ihm abgeleiteten Ausprägungen wie der Vorjahresanknüpfung und der Vermutung der Angemessenheit der Vorjahresfestlegungen **weiterhin besondere Bedeutung** zu. **Zwar** heißt es im **Satz 2** des § 85 III SGB V, dass „der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ... *<nur>* **neben** den Kriterien nach Satz 1 zu **berücksichtigen**“ ist. Daraus kann aber nicht eine nur nebensächliche Bedeutung abgeleitet werden. Vielmehr ist der Gesamtregelungszusammenhang zu beachten, dass nämlich in Satz 1 zahlreiche Kriterien nebeneinander aufgeführt sind und in Satz 2 der Grundsatz der **Beitragssatzstabilität gesondert aufgeführt** ist. Dieses Kriterium ist nicht nur eines unter vielen wie die in Satz 1 genann-

ten; vielmehr hat die Beitragssatzstabilität eine **besondere Funktion**, sie ist gemäß Satz 2 immer neben allem anderen zu berücksichtigen: **Jedes einzelne der in Satz 1 genannten Kriterien muss gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität „gegen-abgewogen“ werden.** In der BTag-Drucksache kommt dies in dem Passus zum Ausdruck, dass „eine Überschreitung der Veränderungsrate nach § 71 III SGB V <nur> zulässig sein kann, wenn ansonsten eine angemessene Berücksichtigung der übrigen in Satz 1 genannten Kriterien nicht möglich ist“ (BTag-Drucksache 17/6906 v. 05.09.2011, S. 59 rechte Spalte unten ...).

Somit hat der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zwar nicht mehr das frühere Gewicht und das frühere Ausmaß an Striktheit, er hat aber weiterhin besondere Bedeutung und hervorgehobenes Gewicht.

p) **Im Arztbereich weitere Kriterien gemäß § 87a II, III SGB V:**

Komplexe Regelung

„**auf der Grundlage des Orientierungswertes** gemäß § 87 IIe“

(dessen Festsetzung bzw. Veränderung sich gemäß § 87 IIg an verschiedenen wirtschaftlichen Entwicklungen orientiert wird)

sowie mit **Zu- und Abschlägen** zur Berücksichtigung „insbesondere regionaler Besonderheiten bei der **Kosten- u. Versorgungsstruktur**“ sowie weiterer vom Bewertungsausschuss festzulegender Kriterien z.B. in unterversorgten Planungsbereichen.

In § 87a III SGB V ist bestimmt: Der „vereinbarte Behandlungsbedarf gilt als notwendige medizinische Versorgung gemäß § 71 I 1.“

Insofern **stark modifizierte Regelung mit vielen weiteren Kriterien**, die die Ausrichtung am Orientierungswert – dessen Berechnungsfaktoren denen der Grundlohnsumme ähnlich sein dürften – ergänzen.

Zu den verschiedenen Faktoren im Einzelnen vgl. die Rechtsprechung des BSG, wie unten auf der vorletzten Seite angegeben.

**Fazit: Also Grundlohnsummensteigerung als Goldstandard für Vergütungserhöhungen?**

**Grundsätzlich ja** (allerdings 10 Ausnahmemöglichkeiten, oben a-k).

**Im Zahnbereich kann auch bei den Gesamtvergütungen**

noch von Goldstandard gesprochen werden

(allerdings sind hier noch 5 weitere Kriterien aufgeführt, oben o).

**Im Arztbereich kann bei den Gesamtvergütungen hingegen**

wohl kaum noch von einem Goldstandard gesprochen werden;

hier ist eine Anknüpfung an die Grundlohnsumme bzw. an das Gesamt-beitragsaufkommen nicht mehr prononciert erkennbar

(oben p).

# SYSTEMATIK MIT BELEGEN IM EINZELNEN

(S.7-16)

- A. Grundlohnsumme und Beitragsaufkommen:  
Erhöhungsbegrenzung durch Veränderungsrate**  
(so das Gesundheitsstrukturgesetz v. 21.12.1992,  
BGBl. I S.2266)

## **I. Prinzip der Beitragssatzstabilität**

Neuformierung des vertragsarztrechtlichen Vierecks-Verhältnisses

### Das kassen(zahn)arztrechtliche Vierecksverhältnis



- § 71 I 1 Hs.1 SGB V: Es sollten "Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden ... (Grundsatz der Beitragssatzstabilität)".
- § 71 II 1 SGB V: „Um den Vorgaben des Abs.I Satz 1 Hs.1 zu entsprechen, darf die vereinbarte Veränderung der jeweiligen Vergütung die sich bei Anwendung der Veränderungsrate ... nach Abs.III ergebende Veränderung der Vergütung nicht überschreiten.“
- § 71 III SGB V: „Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen ...“

### → Veränderungsrate als grundsätzliche Erhöhungsbegrenzung

2012 → 2013 → 2014 → 2015 → 2016 → 2017 → 2018 → 2019  
2,03 % 2,81 % 2,53 % 2,95 % 2,50 % 2,97 % 2,65 %

Verknüpfung mit **Vorjahresanknüpfung**  
und **Angemessenheitsvermutung**

Verfassungsmäßigkeit der Neuformierung:

BSG 10.5.2000 – B 6 KA 20/99 R – BSGE 86, 126 ff. = SozR 3-2500 § 85 Nr.37  
= Juris Rn.36 ff. = Leitsatz 2: „Der ... in das Vertragsarztrecht eingeführte Grund-

satz der **Beitragssatzstabilität** enthält eine **verbindliche gesetzliche Vorgabe für den Inhalt der Vergütungsvereinbarungen**, der im Verhältnis zu den anderen Kriterien für die Festsetzung der Gesamtvergütung **Vorrang zukommt**.“

## II. Geltungsbereich vorgenannter Grundsätze, insbes. der Erhöhungsbegrenzung

Schiedsspruch zahnärztl. Versorgung Sachs.-Anh. 14.6.2018 – 01/18 – S.10 f.:

„Der Grundsatz der Beitragsstabilität gilt, wie in § 85 III SGB V ausdrücklich normiert ist, in **allen** Konstellationen, in denen die Vertragsparteien „Veränderungen der Gesamtvergütungen“ vereinbaren. Seine Geltung ist nicht auf Vereinbarungen von Ausgabenobergrenzen beschränkt, vielmehr gilt der Grundsatz **auch für jede einzelne unterhalb der Obergrenze getroffene Vereinbarung von Vergütungen**: Dies folgt aus dem in § 85 III SGB V ausdrücklich in Bezug genommenen § 71 SGB V, dessen Regelungen gemäß seinem Satz 1 „die Vereinbarungen über die Vergütungen nach diesem Buch“ (= nach dem SGB V) erfassen; diese Formulierung („die“ Vereinbarungen über „die“ Vergütungen) macht deutlich, dass *alle* Vergütungsvereinbarungen jedenfalls des **Kapitels §§ 69-140h SGB V** umfasst sein sollen<sup>1</sup>: **Alle** diese Vergütungsvereinbarungen sind „so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden“ – wobei in den gesetzlichen Regelungen freilich verschiedene Ausnahmen vorgesehen sind wie etwa diejenige, dass „die notwendige medizinische Versorgung – auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten“ ist ...

Der Bezug des § 85 III SGB V auf **alle** Arten von Vergütungsvereinbarungen kommt auch darin zum Ausdruck, dass sich an den Satz 2 mit dem Kriterium der Beitragssatzstabilität der Satz 3 anschließt: „Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.“ In Abs. II Satz 2 werden ausdrücklich die möglichen Ausgestaltungen der Vergütungsvereinbarungen mit Benennung von Festbetrag oder der Orientierung an Einzelleistungen oder Kopfpauschale oder Fallpauschale oder anderer Berechnungsart genannt. Dies macht zusätzlich deutlich, dass das Gesetz selbst davon ausgeht, dass auch die typischerweise „unter dem Deckel bzw. Dach“ der Gesamtvergütung erfolgenden Ausgestaltungen den Vergütungsbegrenzungen des § 85 III 1 u. 2 SGB V unterliegen (so auch die Begründung des Gesetzentwurfs der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum GKV-FinG: BTag-Drucksache 17/3040 v. 28.09.2010, S. 23 „Zu Nummer 6“ „Zu Buchst. a“ betr. Vereinbarungen von Einzelleistungsvergütungen).“

## B. Grundsatz, Vermeidestrategien, Ausnahmen

### I. Anspruch auf Ausschöpfung der Veränderungsrate?

#### a) Nichtausschöpfung ist denkbar.

Schiedsspruch zahnärztl. Versorgung Sachs.-Anh. 14.6.2018 – 01/18 – S.24:

Es besteht „von vornherein **kein Anspruch auf volle Ausschöpfung der Verän-**

<sup>1</sup> So auch z.B. BSG v. 10.5.2017 – B 6 KA 5/16 R – BSGE Bd. 123 S. 115 ff. = GesR 2018 S. 35 ff. = MedR 2018 S. 178 ff. = SozR 4-2500 § 87a Nr. 4 = Juris, jeweils Rn. 63; BSG v. 13.8.2014 – B 6 KA 6/14 R – BSGE Bd. 116 S. 280 ff. = GesR 2014 S. 732 ff. = SozR 4-2500 § 87a Nr. 2 = Juris, jeweils Rn. 53 u. 63. – Ebenso Schiedsspruch Brandenburg v. 09.05.2017 aaO, KrV 2017 S. 212 ff. <216 unter B.II.1. mit dortiger Fußn.3 m.w.N.>.



**derungsrate** ...; vielmehr können Vergütungssteigerungen unterhalb der zugelassenen maximalen Steigerung – und auch Absenkungen – rechtmäßig vereinbart bzw. von der Schiedsstelle festgesetzt werden. Insoweit besteht ein Entscheidungsspielraum für die Vertragsparteien und ebenso für die Schiedsstelle (vgl. **BSG** v. 29.11.2006 – B 6 KA 4/06 R – SozR 4-2500 § 83 Nr. 3 = USK 2006-118 S. 821 f. = *Juris* Rn. 30; vgl. auch **BSG** 23.06.10 – B 6 KA 4/09 R – GesR 2010 S. 670 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 56 = *Juris*, jeweils Rn. 17 am Ende).

Im „Normalfall“ aber ist die **Erhöhung in der vollen Höhe** der Veränderungsrate vorzunehmen. Diese nicht auszuschöpfen, bedarf eines rechtfertigenden Grundes. Als Beispiel hierfür hat das BSG auf eine evtl. geschmälerte wirtschaftliche Leistungskraft betroffener KKn hingewiesen (vgl. **BSG** v. 29.11.2006 aaO Rn. 30 u. v. 23.06.2010 aaO Rn. 17). Für das Vorliegen einer solchen Konstellation gibt es im vorliegenden Fall indessen keinen greifbaren Anhaltspunkt.“

**b)** Nach vorstehendem Zitat ist die Ausschöpfung der Veränderungsrate der „Normalfall“, also besteht für eine Erhöhung bis zu dieser Grenze **keine Darlegungslast** des Leistungserbringers.

Dies indessen **umstritten**: Nach der Ansicht mancher KK muss der Leistungserbringer, schon um diese „Normal“erhöhung zu erreichen, Erhöhungsfaktoren benennen und dafür Belege beibringen.

Folgt man aber nicht letzterer Ansicht, so ist die Ausschöpfung der Veränderungsrate der „Normalfall“, der sozusagen automatisch zuzuerkennen ist: Insofern kann von der Grundlohnsumme bzw. ihrer Steigerung vom „Goldstandard für Vergütungserhöhungen“ gesprochen werden (im Sinne des Titels für diesen Vortrag).

## II. Begrenzung im Vorhinein auf 1 Jahr

Vertragsparteien legen im Vorhinein ausdrücklich fest, dass die Vergütungsbemessung auf nur dieses 1 Jahr begrenzt sein soll.

Schiedsspruch Meckl.-Vorp. 21.3.2016, MedR 2016, 747 ff. (749 re.Sp.):

„Keine Begrenzung durch die Veränderungsrate besteht auch dann, wenn die Vertragsparteien schon **im Vorjahr im Vorhinein** festgelegt hatten, dass die Vergütungsbemessung auf dieses eine Jahr begrenzt sein soll und von ihr **keine Begrenzungswirkung für das Folgejahr** ausgehen soll; in einem solchen Fall kann dann für das Folgejahr ohne irgendwelche Bindungen ein neues Vergütungsreglement gefunden werden. Eine solche von vornherein begrenzte Vergütungsregelung kann etwa dann in Betracht kommen, wenn eine neue Einrichtung ihre Tätigkeit beginnt und nicht eingeschätzt werden kann, wie viele Patienten sie in Anspruch nehmen und welche Leistungsmenge abgefordert werden und welcher Kostenaufwand sich ergeben werde.

So lag der Fall in einem Schiedsverfahren, das die Neufestlegung der Vergütung für das zweite Jahr der Erbringung von Druckkammerbehandlungen betraf: In der **Vergütungsvereinbarung für das erste Jahr** hatten die Vertragsparteien vereinbart, durch eine begleitende **Analyse des Behandlungsgeschehens** im ersten Jahr die **Grundlage für die Festlegung der Vergütung im Folgejahr** zu erhalten.

Daraus war deutlich, dass das erste Jahr sozusagen nur ein „Probe“jahr sein sollte, d.h. die hierfür festgelegte Vergütung sollte keine Präjudizwirkung für deren Bemessung im Folgejahr haben. Dadurch gab es für das Folgejahr keinen Anknüpfungspunkt für die Anwendung der begrenzenden Wirkung der Veränderungsrate. Daher konnte für das neue Jahr die Vergütung „frei bemessen“ werden. Im Schiedsverfahren wurde darüber eine Einigung zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen erzielt (*Schiedsverfahren Hessen am 12.03.2014 – Sch. 12/2013 <2013> – Niederschrift S. 9 unter C. I. 3.; - zu einem ähnlichen Fall vgl. Schiedsverfahren Baden-Württemberg am 13.10.2014 – 03/14 – Niederschrift S. 7 unter B. II.: Einräumung eines Sonderkündigungsrechts betr. Teilvereinbarung.*)“

**Vor allem bei neu errichteten Institutionen** (z.B. neu errichtetes SPZ) kann es evtl. sinnvoll sein, die Quartalspauschale je Behandlungsfall zunächst nur pauschal – und eher niedrig – zu vereinbaren, diese aber nur für 1 Jahr gelten zu lassen, um dann – nach 1 Jahr Erfahrung – eine sachgerechte Vergütungshöhe festzulegen.

### III. Ausnahmen von der Erhöhungsbegrenzung

Es gibt einen **ganzen Katalog von möglichen Ausnahmen** von dem Prinzip, dass Vergütungen nur um die Veränderungsrate erhöht werden dürfen.

Ob eine der Ausnahmen eingreift, ist in jedem Einzelfall umfassend zu prüfen. Die **Veränderungen**, die seit dem vorigen Vergütungszeitraum eingetreten sind, können nur relevant sein, wenn sie **signifikant** sind, d.h. so groß sind, dass sie Vergütungssteigerungen über die Veränderungsrate hinaus rechtfertigen.

Soweit mit den Veränderungen **zusätzliche Honorareinnahmen** einhergehen, sind diese **gegenzurechnen**.

Schiedsspruch zahnärztl. Versorgung Sachs.-Anh. 14.6.2018 – 01/18 – S.12:

„Bei allen diesen Kriterien kommt es darauf an, welche **Veränderungen seit dem vorigen Vergütungszeitraum** (*hier: 01.01.–31.12.2016*) eingetreten sind (*vgl. BSG v. 13.08.2014 – B 6 KA 6/14 R – BSGE Bd. 116 S. 280 ff. = GesR 2014 S. 732 ff. = SozR 4-2500 § 87a Nr. 2 = Juris, jeweils Rn. 40*). Dabei müssen die Veränderungen **signifikant** sein, d.h. so groß sein, dass sie es **rechtfertigen**, Vergütungssteigerungen **über die Veränderungsrate hinaus** (*betr. 2016→2017: über 2,5 % hinaus*) festzulegen (*mit ebensolcher Anforderung – betr. Zuschlag auf den Orientierungswert – BSG v. 29.11.2017 – B 6 KA 42/16 R – GesR 2018 S. 468 ff. = SozR 4-2500 § 87a = Juris, jeweils Rn. 36 „nur bei Unterschieden ... von einigem Gewicht“ i.V.m. Rn. 39 am Ende, 40, 41 am Ende*).

Bei der Prüfung von Steigerungen etwa der Arbeitszeit und des Umfangs der (vertrags)zahnärztlichen Leistungen ist jeweils mit zu berücksichtigen, dass die Steigerungen sich im Regelfall **zugleich in größeren Abrechnungsmengen** niederschlagen, die typischerweise gemäß den BEMA-Tatbeständen **zusätzlich vergütet** werden: Soweit dies zu zusätzlichen Honorarzahlungen führt, liegt darin viel-

fach schon eine Abgeltung der vermehrten Arbeitszeit bzw. des vermehrten Leistungsumfangs.“

### **Ausdrückliche Ausnahmen aufgrund des § 71 SGB V:**

- a) „Ausgabensteigerungen auf Grund von gesetzlich vorgeschriebenen **Vorsorge- u. Früherkennungsmaßnahmen**“ (§ 71 I 2 SGB V)
- b) „Ausgabensteigerungen für Leistungen im Rahmen zugelassener **strukturierter Behandlungsprogramme**“ (**DMP** = Disease-Management-Programme) (§ 71 I 2 SGB V)  
z.B. Asthma, Brustkrebs, Diabetes, Herzinsuffizienz... (je KV-Bereich verschieden)
- c) „Mehrausgaben, die durch **Einsparungen in anderen Leistungsbereichen** ausgeglichen werden“ (§ 71 II 2 SGB V)  
Vgl. dazu Schiedsspruch Meckl.-Vorp. 21.3.2016, MedR 2016, 747 ff. (750 re.Sp.):  
z.B. Verpflichtung zu Einsparungen im Arzneibereich.
- d) **Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung** auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven“ (§ 71 I 1 Hs.2 SGB V)  
Z.B. im SPZ Notwendigkeit intensiverer Versorgung gemäß neuem Standard. –  
Zu ähnlichem Beispiel s. Schiedsspruch Brdbg 9.5.2017, KrV 2017, 212 ff. (217).

Eine Steigerung über die Begrenzung hinaus kann sich **weiterhin aus folgenden allgemeinen Rechtsinstituten** ergeben:

- e) **Wegfall der Geschäftsgrundlage** = Unzumutbarkeit des Festhaltens an der Vereinbarung  
Vgl. dazu Schiedsspruch Meckl.-Vorp. 21.3.2016, MedR 2016, 747 ff. (749 f. unter 3.): z.B. einschneidend neue Rspr., die weitere Leistungsbereiche vergütungsfähig anerkennt.
- f) **Signifikante Änderung der Sach- oder Rechtslage**  
→ Wegfall der Bindung an die Vorjahresbemessung  
(Erst-recht-Schluss entspr. dem Wegfall von Rechtskraftbindung)  
z.B. gesetzliche Neuordnung in § 117 SGB V betr. Hochschulambulanzen, Schieds-Schiedssache Meckl.-Vorp. 30.8.2018 – 02/2018 (2018) = Skript DtAnwalts-Institut „Intensivseminar öffentl.Gesundheitsrecht“ 5/6.10.2018, Teil II, S.10 f.;  
signifikant mehr hochkomplexe Patienten im SPZ infolge verbesserter Perinatalversorgung mit deutlich höherer Überlebensquote bei Frühestgeborenen

Eine Steigerung über die Begrenzung hinaus kann sich ferner ergeben **aus dem Erfordernis des § 120 II 3 SGB V** ergeben **„Leistungsfähigkeit ... bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten“** (dies betrifft speziell die Ambulanzen gemäß §§ 117-119c SGB V (SPZ, HSA, PIA, MZEB), für deren Vergütung § 120 II, III SGB V maßgebend ist):

Vgl. dazu BSG 13.5.2015 – B 6 KA 20/14 R – Juris Rn.32 i.V.m.35; ebenso Schiedsspruch Brdgbg 9.5.2017, KrV 2017, 212 ff. (217), jeweils mit folgender Aufgliederung:

g) **größere Steigerungen der tariflich zu zahlenden Entgelte**

h) **notwendige Änderung des Personalschlüssels bzw. der Fachkraftquote**

i) **nicht vorhersehbare kostenerhöhende Veränderungen in der Zusammensetzung der Patientenklientel**

k) **höhere Kostensätze nach in den Vorjahren fehlerhafter Kalkulation oder wenn Kostensätze sogar bewusst zu niedrig angesetzt worden sind**

Schiedsspruch Brdgbg 9.5.2017 KrV 2017, 212 ff. (217/218):

Diese Fallgruppe „ist zugeschnitten auf den Fall, dass die Vertragsparteien sich bei einer Kalkulation „**vertan**“ haben, z.B. einen Rechenfehler machten oder eine Kostenposition vergaßen. Jener Fallgruppe ist hingegen **nicht** der Fall zuzuordnen, dass eine Vertragspartei sich **taktisch oder strategisch fehlerhaft** verhielt. Ebenso wenig erfasst ist der Fall, dass eine Vertragspartei – aus welchen Motiven auch immer oder schlicht mangels Erkennens der Wichtigkeit, sei es auch evtl. **über mehrere Jahre hinweg** – Ansprüche auf **Vergütungserhöhung nicht geltend** machte.

In solchen Fällen kann eine Vergütungserhöhung über die aktuelle Veränderungsrate hinaus **auch nicht** unter dem **Gesichtspunkt „nachholender Addition“** an sich **fällig gewesener Veränderungsrate**n erreicht werden. Dem steht das Prinzip entgegen, dass Vergütungsregelungen der Vorjahre, die vereinbart oder durch Schiedsspruch festgesetzt wurden oder auch nur aus früheren Zeiten fortwirkend akzeptiert wurden, die Vermutung der Angemessenheit in sich tragen<sup>2,3</sup>“

<sup>2</sup> Zur Angemessenheitsvermutung als Ausgangspunkt der Vorjahresanknüpfung siehe BSG v. 13.08.2014 – B 6 KA 6/14 R – BSGE Bd. 116 S. 280 ff. = GesR 2014 S. 732 ff. = SozR 4-2500 § 87a Nr. 2 = Juris, jeweils Rn. 40 u. 44; darauf Bezug nehmend BSG v. 10.12.2014 – B 6 KA 12/14 R – SozR 4-2500 § 87 Nr. 30 = Juris, jeweils Rn. 23; ebenso Schiedsspruch Baden-Württemberg v. 18.02.2016 – 01/15 – unter 2. a am Ende; Schiedsspruch Brandenburg v. 16.06.2016 – 01/2016 – unter B. I. 4. b bb.

<sup>3</sup> Zur Ablehnung nachholender Addition siehe BSG v. 13.08.2014 aaO Rn. 47 am Ende u. Rn. 54 am Ende; vgl. auch BSG v. 27.4.2005 – B 6 KA 42/04 R – SozR 4-2500 § 85 Nr. 16 = GesR 2006 S. 35 = USK 2005-114 = Juris Rn. 16 am Ende; vgl. ferner BSG v. 10.05.2017 – B 6 KA 5/16 R – Juris Rn. 56 am Ende. – Ebenso Schiedsspruch Baden-Württemberg v. 18.02.2016 aaO S. 14 f.; Schiedsspruch Mecklenburg-Vorpommern v. 21.03.2016 aaO unter C. 3. = MedR 2016 S. 747 (751); Schiedsspruch Brandenburg v. 16.06.2016 – 01/2016 – unter B. I. 4. b bb; – vgl. indessen (wohl überholt) BSG v. 25.11.2007 – B 3 KR 1/10 R – BSGE Bd. 107 S. 123 ff. (138) = GesR 2011 S. 756 ff. = SozR 4-2500 § 132a Nr. 5 = Juris, jeweils Rn. 44, zu einem Sonderfall mit nur vorläufigen Regelungen.

Ferner gibt es **gesetzliche Sondertatbestände**, die aber **nur für frühere Zeiten relevant** waren

- l) **Ost-West-Annäherung** – betrifft nur 2011→2012 u. 2012→2013 sowie nur den Zahnbereich (§ 85 IIIg SGB V)  
(ausführl. Schiedsspr. zahnärztl.Versorgg Sachs.-Anh. 14.6.2018 - 01/18 - S.9 f.)
- m) **„Gleiches Geld für gleiche Leistung“** – betrifft nur 2012 u. 2013 sowie nur den Zahnbereich (§ 85 IIa 4 SGB V)  
(ausführl. Schiedsspr. zahnärztl.Versorgg Sachs.-Anh. 14.6.2018 - 01/18 - S.10)

### **Zu alledem ist vor allem zu beachten:**

n) **Kein Anspruch auf Angleichung an anderweitige Vergütungsniveaus**

- weder an solche in anderen Regionen Deutschlands
- noch an solche in anderen Kassenbereichen

Schiedsspruch zahnärztl. Versorgung Sachs.-Anh. 14.6.2018 – 01/18 – S.10 f.:

„Regelungen, die so wie in § 85 IIa 4 SGB V Angleichungen an anderweitige Vergütungsniveaus vorsehen, gibt es bisher nur vereinzelt (vgl. dazu z.B. im Krankenhausbereich die sog. Konvergenzregelung des § 10 VIII KHEntgG beim Landesbasisfallwert). Ohne solche spezielle Regelung besteht kein Anspruch auf Anpassung an höhere Vergütungen in anderen Bereichen (vgl. dazu BSG v. 13.08.2014 – B 6 KA 6/14 R – BSGE Bd. 116 S. 280 ff. = GesR 2014 S. 732 ff. = SozR 4-2500 § 87a Nr. 2 = Juris, jeweils Rn. 47 u. 55; ebenso auch schon – unter anderem Aspekt – BSG v. 23.06.2010 – B 6 KA 4/09 R – GesR 2010 S. 670 ff. = SozR 4-2500 § 85 Nr. 56 = Juris Rn. 22).

Zur Ableitung eines Anpassungsanspruchs reicht es nicht aus, dass eine **Angleichung der Strukturen** in den alten und neuen Bundesländern wünschenswert wäre bzw. ist: Dies bedürfte der Konkretisierung durch gesetzliche Regelungen (vgl. BSG v. 13.08.2014 aaO Rn. 55; vgl. auch Schiedsspruch Brandenburg v. 09.05.2017 – 01/2017 <2015 und 2016> –, abgedruckt in: KrV 2017 S. 212 ff. <217 unter B.II.3.a>).

**Daraus folgt**, dass **unterschiedliche Vergütungsniveaus in verschiedenen Bundesländern** einstweilen hingenommen werden müssen, solange nicht der Gesetzgeber eine Konvergenz vorsieht. Das Fehlen von Konvergenzregelungen kann – jedenfalls bisher – nicht beanstandet werden; der Gesetzgeber hat durch das Unterlassen der Schaffung weiterer Konvergenzregelungen noch nicht den Rahmen der ihm vorbehaltenen gesetzgeberischen Gestaltungsfreiheit überschritten (BSG v. 13.08.2014 aaO Rn. 56; Schiedsspruch Brandenburg v. 09.05.2017 aaO, KrV 2017 S. 212 ff. <218 unter B.II.4>).

Bei diesem Ergebnis wird nicht verkannt, dass dies für Zahnärzte <und Ärzte> in solchen Bundesländern unbefriedigend ist, in denen in manchen Bereichen die Punktwerte unter denen der anderen Bundesländer zurückbleiben.

In solchen Situationen bleibt nur das **Fazit**: Ein im Schiedsverfahren durch-

setzbarer Anpassungsanspruch besteht nicht. Die in manchen neuen Bundesländern beklagten Benachteiligungen könnten nur durch die **politischen Instanzen** – sprich: im Wege der **Gesetzgebung** – behoben werden.“

**Schließlich für die Gesamtvergütungsvereinbarungen:  
Relativierung der Beitragssatzstabilität durch zahlreiche „Parallelkriterien“ (unterschiedlich im Arzt- und im Zahnarzt-Bereich):**

**o) Im Zahnbereich weitere Kriterien gemäß § 85 III 1 SGB V:**

- Zahl und Struktur der Versicherten
- Morbiditätsentwicklung
- Kosten- und Versorgungsstruktur.
- Arbeitszeit
- Art und Umfang der zahnärztlichen Leistungen

Zu diesen Kriterien im Einzelnen vgl. z.B.

Schiedsspruch zahnärztl. Versorgung Sachs.-Anh. 14.6.2018 – 01/18 – S.10-15 u. 16-18.

**Zum Verhältnis von diesen Kriterien zum Grundsatz der Beitragssatzstabilität:** Dieser ist gemäß § 85 III 2 SGB V nur „neben“ den vorgenannten Kriterien „zu berücksichtigen“.

→ **Abschwächung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität!  
Aber weiterhin wichtige besondere Bedeutung! Denn:**

Schiedsspruch zahnärztl. Versorgung Sachs.-Anh. 14.6.2018 – 01/18 – S.6 f. + 25 oben (a.A. LSG Nordrh.-Westf. v. 7.6.2017 – L 11 KA 50/16 KL – Juris Rn.151-156):

Nach dieser Neufassung des § 85 III SGB V (v. 22.12.2011, BGBl. I S. 2983, 2987) hat der **Grundsatz der Beitragssatzstabilität** weiterhin wichtige – nunmehr freilich abgeschwächte – Bedeutung:

Mit der Formulierung des Satz 2 („Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ... **neben** den Kriterien nach Satz 1 zu **berücksichtigen**“) hat der Gesetzgeber eine „Lockerung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität“ vorgenommen. Der Gesichtspunkt der Beitragsstabilität ist nur noch „zu berücksichtigen“ – nicht mehr „zu beachten“ – (zu diesem Unterschied vgl. z.B. BSG v. 27.06.2018 – B 6 KA 33/17 R – Rn.33; BSG v. 08.08.2018 – B 6 KA 26/17 R – Rn.29: „etwas in Betracht zu ziehen ist und ... auch davon abgewichen werden kann“, während „beachten“ bedeutet, dass „etwas verbindlich zugrunde zu legen ist“); der Gesichtspunkt der Beitragsstabilität ist zudem auch nur „neben“ den Kriterien nach Satz 1 des § 85 III SGB V zu berücksichtigen. Damit hat der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht mehr die grundsätzlich vorrangige und tendenziell strikt-verbindliche Wirkungskraft, wie dies noch unter der früheren Rechtslage der Fall war (diese Veränderung hervorhebend auch BSG v. 10.05.2017 – B 6 KA 5/16 R – BSGE Bd. 123 S. 115 ff. = GesR 2018 S. 35 ff. = MedR 2018 S. 178 ff. = SozR 4-2500 § 87a Nr. 4 = Juris, jeweils Rn. 62, 63 am Ende u. 65; vgl. auch BTag-

*Drucksache 17/6906, S. 59 rechte Spalte unten: „... Beitragssatzstabilität und die übrigen ... Kriterien ... stehen nunmehr gleichwertig nebeneinander.“).*

Ungeachtet dieser Tendenz ist aber nicht von einer vollen Nivellierung auszugehen in dem Sinn, dass dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität ein Gewicht nur noch ebenso wie den im Satz 1 des § 85 III SGB V aufgeführten Kriterien zukomme. Vielmehr kommt diesem Grundsatz und den aus ihm abgeleiteten Ausprägungen wie der Vorjahresanknüpfung und der Vermutung der Angemessenheit der Vorjahresfestlegungen **weiterhin besondere Bedeutung** zu (*... weniger prononciert: LSG Nordrhein-Westfalen v. 07.06.2017 – L 11 KA 50/16 KL – Juris Rn. 151-156*). **Zwar** heißt es im **Satz 2** des § 85 III SGB V, dass „der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ... *<nur>* **neben** den Kriterien nach Satz 1 zu **berücksichtigen**“ ist. Daraus kann aber nicht eine nur nebensächliche Bedeutung abgeleitet werden. Vielmehr ist der Gesamtregelungszusammenhang zu beachten, dass nämlich in Satz 1 zahlreiche Kriterien nebeneinander aufgeführt sind und in Satz 2 der Grundsatz der **Beitragssatzstabilität gesondert aufgeführt** ist. Dieses Kriterium ist nicht nur eines unter vielen wie die in Satz 1 genannten; vielmehr hat die Beitragssatzstabilität eine **besondere Funktion**, sie ist gemäß Satz 2 immer neben allem anderen zu berücksichtigen: **Jedes einzelne der in Satz 1 genannten Kriterien muss gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität „gegen-abgewogen“ werden.** In der BTag-Drucksache kommt dies in dem Passus zum Ausdruck, dass „eine Überschreitung der Veränderungsrate nach § 71 III SGB V *<nur>* zulässig sein kann, wenn ansonsten eine angemessene Berücksichtigung der übrigen in Satz 1 genannten Kriterien nicht möglich ist“ (*BTag-Drucksache 17/6906 v. 05.09.2011, S. 59 rechte Spalte unten ...*).

Somit hat der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zwar nicht mehr das frühere Gewicht und das frühere Ausmaß an Striktheit, er hat aber weiterhin besondere Bedeutung und hervorgehobenes Gewicht.

p) **Im Arztbereich weitere Kriterien gemäß § 87a II, III SGB V:**

Komplexe Regelung

„**auf der Grundlage des Orientierungswertes** gemäß § 87 IIe“

(dessen Festsetzung bzw. Veränderung sich gemäß § 87 IIg an verschiedenen wirtschaftlichen Entwicklungen orientiert wird)

sowie mit **Zu- und Abschlägen** zur Berücksichtigung „insbesondere regionaler Besonderheiten bei der **Kosten- u. Versorgungsstruktur**“ sowie weiterer vom Bewertungsausschuss festzulegender Kriterien z.B. in unterversorgten Planungsbereichen.

In § 87a III SGB V ist bestimmt: Der „vereinbarte Behandlungsbedarf gilt als notwendige medizinische Versorgung gemäß § 71 I 1.“

Insofern **stark modifizierte Regelung mit vielen weiteren Kriterien**, die die Ausrichtung am Orientierungswert – dessen Berechnungsfaktoren denen der Grundlohnsumme ähnlich sein dürften – ergänzen.

Zu den verschiedenen Faktoren im Einzelnen vgl. die Rechtsprechung des BSG, aus jüngerer Zeit z.B. BSG 13.8.2014 – B 6 KA 6/14 R –; BSG 10.5.2017 – B 6 KA 5/16 R –; BSG 10.5.2017 – B 6 KA 14/16 R –; BSG 29.11.2017 – B 6 KA 42/16 R.

**Fazit:****Also Grundlohnsummensteigerung als Goldstandard  
für Vergütungserhöhungen?**

**Grundsätzlich** ja (allerdings 10 Ausnahmemöglichkeiten, oben a-k).

**Im Zahnbereich** kann **auch bei den Gesamtvergütungen** noch von Goldstandard gesprochen werden  
(allerdings sind hier noch 5 weitere Kriterien aufgeführt, oben o).

**Im Arztbereich** kann **bei den Gesamtvergütungen hingegen** wohl kaum noch von einem Goldstandard gesprochen werden;  
hier ist eine Anknüpfung an die Grundlohnsumme bzw. an das Gesamt-beitragsaufkommen nicht mehr prononciert erkennbar  
(oben p).