

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, Katrin Kunert, Elke Reinke, Dr. Ilja Seifert und der Fraktion DIE LINKE.

Hausarztmodell – Hausarztzentrierte Versorgung

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz, das 2004 in Kraft trat, wollte die Bundesregierung Hausarztmodelle (hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V) stärken. Für die Kassen bestand über lange Zeit keine Pflicht, Hausarztmodelle aufzulegen.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde zum 1. April 2007 jede Krankenkasse dazu verpflichtet, ihren Versicherten hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Für Versicherte ist die Teilnahme freiwillig.

Nimmt ein Patient an dieser Versorgungsform teil, dann erklärt er gegenüber seiner Kasse verbindlich, einen Facharzt immer nur auf Überweisung seines Hausarztes aufzusuchen. Die Wahl des Hausarztes ist für ein Jahr bindend und der Patient kann innerhalb dieser Zeit seinen Hausarzt nur mit einem wichtigen Grund wechseln.

Dafür kann die Kasse dem Versicherten Zuzahlungen (etwa die Praxisgebühr) erlassen. Auch Beitragsermäßigungen sind möglich. Dies wird in der Satzung der Krankenkasse geregelt.

Diese Vorteile gegenüber Patienten mit vollständig freier Arztwahl werden möglich, da die hausarztzentrierte Versorgung als effizienter und preisgünstiger gilt. Der Hausarzt soll als Lotse den Patienten durch das komplexe Gesundheitswesen leiten und ggf. die weitere Behandlung veranlassen.

Die Ärzte, die an Hausarztmodellen teilnehmen, schließen mit den Krankenkassen einzeln oder in Gemeinschaft mit anderen Ärzten Verträge. Die Vergütungen der Ärzte unterliegen in der hausarztzentrierten Versorgung nicht den Einschränkungen des Budgets. Dies stellt einen Anreiz für Ärzte zur Teilnahme an diesen Modellen dar. Gleiches gilt für Medizinische Versorgungszentren.

Die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) ist abzugrenzen von der integrierten Versorgung nach § 140 SGB V.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Will die Bundesregierung, dass alle gesetzlich Versicherten, gleich welcher Krankenkasse und unabhängig davon, wo in Deutschland sie wohnen, an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen können?
2. Wie viele Versicherte nehmen in den einzelnen Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) an der hausarztzentrierten Versorgung teil?

3. Wie viele Hausärzte nehmen – in relativen und absoluten Zahlen – in den einzelnen KV-Bereichen an der hausarztzentrierten Versorgung teil?
4. Welche Krankenkassen haben im Bereich welcher KVen mit Hausärzten Verträge abgeschlossen?
5. Welche Krankenkassen haben in welchen KV-Bereichen (noch) keine Verträge abgeschlossen?
6. Wie viele Versicherte haben – ohne die Krankenkasse zu wechseln – die Möglichkeit, an Hausarztmodellen teilzunehmen, und wie viele nicht?
7. Welche Vergünstigungen für die Versicherten wurden von welcher Kasse in welchem KV-Bezirk vereinbart?
8. Welche Anreize werden für Hausärzte gesetzt, um sie zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung zu bewegen?
9. Ist die Bundesregierung mit den Ergebnissen ihrer Gesetzgebung in Bezug auf die Verkürzung der Wartezeiten zufrieden?
10. Ist die Bundesregierung mit den Ergebnissen ihrer Gesetzgebung in Bezug auf die Verbesserung der Koordination zum Facharzt zufrieden?
11. Ist die Bundesregierung mit den Ergebnissen ihrer Gesetzgebung in Bezug auf die Vermeidung von Doppeluntersuchungen zufrieden?
12. Wäre eine wissenschaftlich fundierte Evaluation der hausarztzentrierten Versorgung sinnvoll, um mehr über die Auswirkungen der Gesetzgebung auf die Versorgung der Patienten zu erfahren, und beabsichtigt die Bundesregierung eine solche Evaluation durchführen zu lassen?
Falls nein, auf welchen Grundlagen beurteilt die Bundesregierung Erfolg und Misserfolg ihrer Gesetzgebung?

Berlin, den 13. Dezember 2007

Dr. Gregor Gysi, Oskar Lafontaine und Fraktion