

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge,  
Katja Kipping, Elke Reinke, Volker Schneider (Saarbrücken), Dr. Ilja Seifert  
und der Fraktion DIE LINKE.**

### **Hausarztverträge – Honorarsteigerungen zulasten der Versicherten**

Nach dem im Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) neu gefassten § 73b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gilt Folgendes: „Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen spätestens bis zum 30. Juni 2009 Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten.“ Ab 1. Juli 2009 können die Vereinigungen ein Schiedsverfahren einleiten, sollte bis dann kein Abschluss vorliegen. Die Ärztevereine können also Verhandlungen verschleppen und auf ein Schiedsverfahren setzen, falls ihnen die Angebote der Kassen nicht ausreichen. Dies geschieht auch derzeit in Bayern. Der § 73b zwingt die Kassen zum Vertragsabschluss, auch zu schlechten Konditionen.

Diese Neuregelung ersetzt ein altes Monopol, das der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), durch ein neues Monopol, da in aller Regel nur der Deutsche Hausärzteverband das Kriterium erfüllt, mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte zu vertreten. Dieses neue Monopol ist jedoch politisch kaum kontrollierbar, da nun großflächige Versorgungsverträge mit eingetragenen Vereinen geschlossen werden müssen. Es ist nicht mehr die KV als Körperschaft des öffentlichen Rechts, also als staatsnahe Institution, die über die für die Menschen überaus wichtige Versorgungsaufgabe der Kassenärzte und deren Sicherstellung wacht.

Diese Regelung führt zu gefährlichen „Blüten“: In Bayern hat bereits Ende 2008 der Bayerische Hausärzteverband mit der AOK Bayern einen Versorgungsvertrag abgeschlossen. Für die Hausärzte heißt das im Kern, dass sie für vergleichbare Leistungen mehr Geld erhalten.

Den Fragestellern liegen Schreiben von Ärzten vor, die ihre Patientinnen/Patienten in Folge aufforderten, dem AOK-Hausarztvertrag beizutreten. Hierfür wurde teilweise eine bessere Behandlung von AOK-Patientinnen/Patienten versprochen und teils auch gewährt (z. B. kürzere Wartezeiten). Es existiert auch ein Schreiben des Bayerischen Hausärzteverbandes, in dem gefordert wird, die Ärzte sollen den Versicherten außerhalb des Hausarztvertrages nur noch eine zweistündige Notfallsprechstunde anbieten. All dies ist rechtlich natürlich vollkommen inakzeptabel, aber eben auch eine direkte Folge des GKV-OrgWG, das ein solches Verhalten offenbar honoriert.

Auch in anderen Bundesländern gibt es ähnliche Verträge, z. B. in Baden-Württemberg mit den MEDI-Verträgen.

Der „Dienst für Gesellschaftspolitik“ (dfg) vom 26. März 2009 schreibt auf S. 2 von „höheren prozentualen Verwaltungskosten“, die diese Hausarztverträge kosten und die an MEDI und den Bayerischen Hausärzteverband (BHÄV) fließen. 3,5 Prozent des Honorars seien von den teilnehmenden Ärzten an ihre Berufsverbände zu zahlen (S. 5).

Der Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen, Thomas Ballast, hat von Mehrbelastungen der Kassen durch den § 73b SGB V von vier Mrd. Euro gesprochen.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Trifft es zu, dass die Hausarztverträge Vorteile für die Versicherten bringen?

Wenn ja, welche zusätzlichen Leistungen können die Versicherten allgemein und durch die einzelnen Verträge erwarten?

2. Haben die Ärzte zusätzliche Leistungen zu erbringen gegenüber der Versorgung durch Verträge mit der KV?

3. Erhalten die Ärzte in den bestehenden Hausarztverträgen höhere Honorare als bei einer vergleichbaren Leistung innerhalb der Verträge mit der KV?

4. Trifft es zu, dass die Notfallversorgung bei Urlaubsaufenthalten der eingeschriebenen Versicherten in anderen Bundesländern nicht gewährleistet ist?

Wenn doch, auf welcher rechtlichen Grundlage?

5. Welche finanziellen Folgen hat die Budgetbereinigung um die Hausarzhonorare für das Budget der KVen?

6. Welche finanziellen Folgen haben die bestehenden Hausarztverträge nach § 73b SGB V für die beteiligten Krankenkassen gegenüber der gewöhnlichen vertragsärztlichen Versorgung?

Ist die Schätzung des Verbandes der Ersatzkassen von vier Mrd. Euro Mehrkosten schlüssig?

7. Sind diese Mehrkosten in die Kalkulation der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für 2009 eingeflossen oder werden diese Zusatzbeiträge für die Versicherten zur Folge haben?

8. Hat die Bundesregierung mit der Einführung des § 73b SGB V eine Stärkung der Position der Hausärzte in Honorarverhandlungen beabsichtigt?

9. Wie können sich Krankenkassen gegen zu hohe Honorarforderungen der Ärzte wehren?

Welche Handlungsoptionen haben die Kassen, wenn es nur einen möglichen Vertragspartner gibt, mit dem sie aber laut Gesetz bis Ende Juni 2009 einen Vertrag abgeschlossen haben müssen?

10. Wie schätzt die Bundesregierung die Höhe der vereinbarten Honorierung pro Patient und Quartal bei den Hausarztverträgen im Vergleich mit den Vereinbarungen der KVen mit den Kassen ein?

11. Stehen Hausarztverträge, die bislang eine deutlich höhere Honorierung vorsehen als die kassenärztliche Versorgung im Einklang mit dem Grundsatz der sparsamen Mittelverwendung?

Gibt es hierzu aufsichtsrechtliche Prüfungen, und wenn ja, welche?

12. Wie hoch sind die Verwaltungskosten der einzelnen KVen/der Etat der KVen pro Versichertem gemessen an den gesamten Ausgaben der GKV pro Versichertem?
13. Wie hoch ist der Etat des Bayerischen Hausärzteverbandes pro eingeschriebenem Versicherten gemessen an den gesamten GKV-Ausgaben pro eingeschriebenem Versicherten?
14. Wie viel zahlen die an den Hausarztverträgen teilnehmenden Hausärzte an ihre Organisationen?  
Sind die in „Dienst für Gesellschaftspolitik 13-09“ auf S. 5 genannten 3,5 Prozent richtig?
15. Müssen Ärzte, die nicht Mitglied in der vertragsabschließenden Organisation sind, höhere Provisionen an diese zahlen?
16. Wird nach Ansicht der Bundesregierung durch die Regelung im § 73b SGB V ein altes Monopol (KV) durch ein neues Monopol (Hausärzteverband) ersetzt?
17. In welchen Bundesländern wird der in § 73b SGB V geforderte Organisationsgrad von 50 Prozent der Hausärzte erfüllt, und um welche Verbände handelt es sich jeweils?

Berlin, den 28. April 2009

**Dr. Gregor Gysi, Oskar Lafontaine und Fraktion**

