

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 16/12823 –**

Hausarztverträge – Honorarsteigerungen zulasten der Versicherten

Vorbemerkung der Fragesteller

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 4 Mrd. Euro gesprochen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Bereits mit der Gesundheitsreform 2004 hatte die Bundesregierung die hausärztliche Versorgung und die Rolle der Hausärzte gestärkt und vorgesehen, dass Versicherte sich für ein Hausarztmodell entscheiden können, bei dem sie einen Hausarzt wählen und die ambulante fachärztliche Versorgung nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes in Anspruch nehmen. Hierfür wurden die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, zur Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung mit besonders qualifizierten Hausärzten Verträge zu schließen.

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde die hausarztzentrierte Versorgung weiter aufgewertet und die Krankenkassen wurden ausdrücklich verpflichtet, ihren Versicherten diese Hausarztmodelle flächendeckend anzubieten. Und gleichzeitig wurden die inhaltlichen Mindestanforderungen an die hausarztzentrierte Versorgung geregelt. Hierzu gehören die Verbesserung der Pharmakotherapie, der Einsatz von wissenschaftlich begründeten und zugleich praxiserprobten hausärztlichen Leitlinien, die Konzentration der ärztlichen Fortbildung auf hausarzttypische Probleme sowie die Verbesserung der Prozessqualität durch Einführung eines hausarztspezifischen einrichtungs-internen Qualitätsmanagements.

Ziel der Hausarztverträge ist es, den Versicherten eine qualitativ besonders hochwertige hausärztliche Versorgung anzubieten. Da trotz der gesetzlichen Verpflichtung nicht allen Versicherten von ihren gesetzlichen Krankenkassen die Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung angeboten wurde, ist § 73b SGB V im Rahmen des GKV-OrgWG mit Wirkung ab 1. Januar 2009 nochmals konkretisiert worden. Mit der Neuregelung wurde das mit dem GKV-WSG eingeführte eigenständige Verhandlungsmandat der Gemeinschaften von Hausärzten weiter gestärkt. Zur Sicherstellung eines flächendeckenden Angebots wurden die Krankenkassen verpflichtet, allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen spätestens bis zum 30. Juni 2009 vorrangig Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der KV vertreten. Können sich die Vertragsparteien nicht über den Vertragsinhalt einigen, kann die Gemeinschaft die Einleitung eines Schiedsverfahrens nach § 73b Absatz 4a SGB V beantragen.

Gemeinschaften, die die genannte Quote erfüllen, gewährleisten, dass eine flächendeckende Sicherstellung mit Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung durch den Vertragsabschluss erreicht werden kann. Die Allgemeinärzte sind aufgrund der auf fünf Jahre verlängerten Weiterbildungszeit als Vertragspartner bei Verträgen zur besonderen hausärztlichen Versorgung für die damit verbundenen spezifischen Anforderungen besonders qualifiziert. Ist eine quali-

fizierte Gemeinschaft nicht vorhanden oder kommt ein Vertrag mit einer solchen Gemeinschaft nicht zustande, weil die Gemeinschaft im Falle der Nichteinigung auch kein Schiedsverfahren eingeleitet hat, ist die Krankenkasse verpflichtet, einen Vertrag mit einem anderen Vertragspartner zu schließen. Die Krankenkasse ist zudem berechtigt, über den Vertrag mit einer qualifizierten Gemeinschaft hinaus, weitere Verträge mit anderen Vertragspartnern zu schließen.

Die Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung ist sowohl für den Versicherten als auch für den Leistungserbringer freiwillig. Hinsichtlich der Vergütung der Leistungserbringer gilt, dass diese vertraglich zu vereinbaren ist. Die Gesamtvergütungen sind entsprechend zu bereinigen. Zu bereinigen ist dabei allerdings nur der Betrag, den die Erfüllung des hausärztlichen Versorgungsauftrages bezogen auf den vertraglich versorgten Versicherten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gekostet hätte.

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?

Die Fragen 1 und 2 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Bereits § 73b Absatz 2 SGB V definiert Anforderungen für die hausarztzentrierte Versorgung, die über die Anforderungen an die kollektivvertragliche hausärztliche Versorgung nach § 73 SGB V hinausgehen. Zu den für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung verbindlich bestimmten qualitativen Mindestanforderungen gehören etwa die Teilnahme des Arztes an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie, die Behandlung nach evidenzbasierten praxiserprobten Leitlinien sowie die Einführung eines hausarzt-spezifischen Qualitätsmanagements. Darüber hinausgehende Leistungen sind nicht zwingend vorgegeben, jedoch ist es den Vertragspartnern freigestellt, im Rahmen ihrer Vertragsautonomie gegebenenfalls zusätzliche Leistungen zu vereinbaren. So haben die Vertragspartner in Bayern und Baden-Württemberg u. a. die zwingende Teilnahme der Hausärzte an allen hausarztrelevanten Disease-Management-Programmen (DMP) vereinbart.

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

Die Vereinbarung von Vergütungsregelungen ist Verhandlungssache der vertragsschließenden Parteien. Gesetzliche Vorgaben zur Vergütungshöhe bestehen nicht. Nach § 73b Absatz 8 SGB V können die Vertragsparteien allerdings vereinbaren, dass Aufwendungen für Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 SGB V hinausgehen und nicht unter die Bereinigung nach Absatz 7 fallen, aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden können, die aufgrund von Maßnahmen aus abgeschlossenen Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b Absatz 4 SGB V erzielt werden.

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

Wenn doch, auf welcher rechtlichen Grundlage?

Durch die Teilnahme an einem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung wird der Leistungsanspruch der Versicherten etwa bei Urlaubsaufhalten bzw. in Notfällen nicht eingeschränkt. Der Sicherstellungsauftrag der KV wird nach § 73b Absatz 4 SGB V bezogen auf Versicherte, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, durch den Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen substituiert, solange der Vertrag besteht. Daraus folgt, dass auch die dem Sicherstellungsauftrag immanente Pflicht zum Notdienst in dem Umfang auf die Krankenkasse übergeht, der dem hausärztlichen Versorgungsauftrag für die teilnehmenden Versicherten entspricht. Die Krankenkassen können nach § 73b Absatz 4 Satz 7 SGB V den der hausarztzentrierten Versorgung zuzurechnenden Notdienst gegen Aufwendungsersatz durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen lassen. Leistungen, die zwar nicht unter den Notdienst fallen, die jedoch bei Urlaubsaufhalten von eingeschriebenen Versicherten in Anspruch genommen werden, sind bei regionalen Krankenkassen in der Regel nicht Inhalt der hausarztzentrierten Versorgungsverträge und daher auch bei der Bereinigung der Gesamtvergütung nicht zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang werden derartige Leistungen bei Urlaubsaufhalten über den Fremdkassenzahlungsausgleich von anderen Kassenärztlichen Vereinigungen der KV in Rechnung gestellt, mit der die Krankenkasse einen Gesamtvertrag vereinbart hat.

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

Eine „Budgetbereinigung um die Hausarthonorare“ sieht das Gesetz nicht vor. Die Vertragspartner der Gesamtverträge sind nur zu einer Bereinigung der Gesamtvergütungen um den Betrag verpflichtet, den die Erfüllung des hausärztlichen Versorgungsauftrages bezogen auf die selektivvertraglich versorgten Versicherten im Rahmen der kollektivvertraglich organisierten vertragsärztlichen Leistungserbringung gekostet hätte. Demnach ist der Bereinigungsanspruch auf solche Leistungsbereiche begrenzt, die aus der vertragsärztlich organisierten hausärztlichen Versorgung in die selektivvertraglich organisierte hausarztzentrierte Versorgung übergehen. Für die Bereinigung ist auf die einschlägigen Gebührenpositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs bewertet mit dem maßgeblichen Punktwert abzustellen. Zusätzliche Vergütungen in den Verträgen sind nicht durch Bereinigung der Gesamtvergütung, sondern durch Einsparungen im vom Hausarzt der hausarztzentrierten Versorgung verantworteten Bereich zu generieren, beispielsweise bei veranlassten oder verordneten Leistungen.

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 4 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?

Die Fragen 6 und 7 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen keine Daten zu den finanziellen Auswirkungen bestehender Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V auf die vertragsschließenden Krankenkassen vor. Über die Vertragsgestaltung einschließlich der Vergütungsvereinbarungen können die Vertragsparteien im Rahmen ihrer Vertragsautonomie grundsätzlich frei entscheiden. Die Krankenkassen sind nicht verpflichtet, zusätzliche, über das Niveau der kollektivvertraglichen Regelversorgung hinausgehende Vergütungen zu vereinbaren. Entscheidet sich eine Krankenkasse zur Vereinbarung höherer Honorare, hat sie diese aus anderweitigen Einsparungen zu finanzieren. Auch bei Entscheidungen über den Abschluss von Verträgen nach § 73b SGB V haben die Krankenkassen das in § 12 Absatz 1 SGB V normierte Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Die vom Verband der Ersatzkassen e. V. geschätzten Mehrkosten von 4 Mrd. Euro können von der Bundesregierung nicht nachvollzogen werden.

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

Ziel der Hausarztverträge ist es, den Versicherten eine besonders hochwertige hausärztliche Versorgung anzubieten. Um dieses Ziel zu erreichen, sollte das bereits mit dem GKV-WSG eingeführte eigenständige Verhandlungsmandat der Gemeinschaften von Hausärzten durch die Neufassung des § 73b Absatz 4 SGB V durch das GKV-OrgWG weiter gestärkt werden. Eine bloße Übertragung der Regelversorgung in Hausarztverträge, verbunden mit einer höheren Vergütung für die teilnehmenden Ärzte, darf es dabei selbstverständlich nicht geben.

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?

Zwar müssen die Krankenkassen vorrangig Verträge mit Gemeinschaften schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der KV vertreten. Sie sind jedoch nicht verpflichtet, unangemessen hohen Honorarforderungen von Seiten der Hausärzte nachzugeben. Können sich die Krankenkasse und eine nach § 73b Absatz 4 Satz 1 SGB V qualifizierte Gemeinschaft nicht über den Vertragsinhalt einigen, kann die Gemeinschaft die Durchführung eines Schiedsverfahrens beantragen. In diesem Fall wird der Vertragsinhalt, einschließlich der Vergütungsregelungen, von der gemeinsam bzw. im Falle der Nichteinigung von der zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmten Schiedsperson festgelegt. Es ist davon auszugehen, dass im Zuge des Schiedsverfahrens unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Leistungs- und den Vergütungsbestandteilen der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung geachtet wird.

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?

Die Vertragsgestaltung einschließlich der Vergütungsvereinbarungen unterliegt der freien Entscheidung der Vertragsparteien im Rahmen ihrer Vertragsautonomie. Eine Schätzung der in den bestehenden Verträgen zur hausarztzentrierten

Versorgung vereinbarten Honorierung pro Patient und Quartal sind der Bundesregierung daher weder möglich noch erscheinen sie insgesamt zielführend. Eine solche Schätzung hinge nicht nur von den regionalen Vertragsinhalten, sondern auch den zugrunde gelegten Patientenmerkmalen ab.

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?

Neben der zwingenden Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 Absatz 1 SGB V hat der Gesetzgeber mit dem GKV-WSG in § 53 Absatz 9 Satz 1 SGB V ausdrücklich bestimmt, dass die Aufwendungen für jeden Wahltarif – und damit auch für den so genannten Hausarzttarif – aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden müssen. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen die Ergebnisse der von ihnen geschlossenen Verträge sehr genau prüfen müssen; zumal sie nach § 53 Absatz 9 Satz 2 SGB V regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, über die entsprechenden Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen haben. Der Bundesregierung sind keine Fälle aufsichtsbehördlicher Prüfungen in Einzelfällen bekannt.

12. Wie hoch sind die Verwaltungskosten der einzelnen KVen/der Etat der KVen pro Versichertem gemessen an den gesamten Ausgaben der GKV pro Versichertem?

Diese Daten sind der Bundesregierung nicht bekannt. Die Aufsicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen führt gemäß § 78 Absatz 1 SGB V die jeweilige, für die Sozialversicherung zuständige, oberste Verwaltungsbehörde der Länder.

13. Wie hoch ist der Etat des Bayerischen Hausärzterverbandes pro eingeschriebenem Versichertem gemessen an den gesamten GKV-Ausgaben pro eingeschriebenem Versichertem?

Diese Daten sind der Bundesregierung nicht bekannt.

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?

Die Fragen 14 und 15 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Den im Internet zugänglichen Informationen lässt sich entnehmen, dass Mitglieder des BHÄV eine Verwaltungskostenpauschale von drei Prozent (inkl. gesetzlicher Umsatzsteuer – USt) des Vergütungsanspruchs aus hausarztzentrierter Versorgung (HzV) an den BHÄV zahlen. Die Mitgliedsbeiträge an den Hausärzterverband Bayern betragen bei Vertragsärzten in Einzel- und Gemeinschaftspraxen 312 Euro pro Jahr und bei angestellten Ärzten 30 Euro pro Jahr.

Studenten sowie Ärzte im Ruhestand sind von der Zahlung der Mitgliederbeiträge befreit. Nichtmitglieder haben eine Verwaltungskostenpauschale je Quartal (inkl. gesetzlicher USt) von 3,4 Prozent des HzV-Vergütungsanspruchs zu leisten. Die Verwaltungskostenpauschale in Baden-Württemberg beträgt für Mitglieder ebenfalls 3 Prozent (inkl. gesetzlicher USt) des HzV-Vergütungsanspruchs. Die Beitragshöhe beläuft sich für Vertragsärzte auf 25 Euro im Monat, Assistenzärzte zahlen 7 Euro pro Monat. Nichtmitglieder haben eine zusätzliche Verwaltungskostenpauschale von 2 Prozent des HzV-Vergütungsanspruchs zu zahlen.

16. Wird nach Ansicht der Bundesregierung durch die Regelung im § 73b SGB V ein altes Monopol (KV) durch ein neues Monopol (Hausärzteverband) ersetzt?

Zutreffend ist, dass die Krankenkassen nach § 73b Absatz 4 Satz 1 SGB V verpflichtet sind, bis zum 30. Juni 2009 vorrangig Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der KV vertreten. Weitere Verträge sind jedoch nicht ausgeschlossen. Vielmehr können die Krankenkassen dann, wenn ein Vertrag mit einer solchen Gemeinschaft abgeschlossen wurde, mit anderen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, deren Gemeinschaften oder den Kassenärztlichen Vereinigungen weitere Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung abschließen (Satz 3). Finden die Krankenkassen in einer Region keinen Vertragspartner, der die Voraussetzungen von § 73b Absatz 4 Satz 1 SGB V erfüllt, sind sie zur Sicherstellung des flächendeckenden Angebots verpflichtet, mit anderen Vertragspartnern Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung zu schließen (Satz 4).

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?

Diese Daten sind der Bundesregierung nicht bekannt.

