

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 18/5021 –

Folgen des Wettbewerbs durch die Pflicht zu Angeboten Hausarztzentrierter Versorgung nach § 73b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) im Jahr 2004 wurden die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) verpflichtet, ihren Versicherten Angebote zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V; HzV) zu unterbreiten (<http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/15/015/1501525.pdf>). Die Regelung wurde mehrfach modifiziert, insbesondere im Jahr 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, im Jahr 2009 mit dem GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz, im Jahr 2010 mit dem GKV-Finanzierungsgesetz und im Jahr 2014 mit dem 14. SGB V-Änderungsgesetz. Die gesetzliche Pflicht zum Vertragsabschluss versetzte die Krankenkassen in eine wenig vorteilhafte Verhandlungsposition und die Verträge gingen in der Folge mit erheblichen Mehrausgaben einher, während die Versorgungsqualität eher abnahm und die Zahl der Facharztbesuche eher zunahm (www.medical-tribune.de/home/news/artikeldetail/hausarztmodelle-sind-bisher-weitgehend-wirkungslos.html). Krankenkassen monierten, sie würden „damit gezwungen, Verträge umzusetzen, die aus ihrer Sicht unwirtschaftlich sind“ (www.aerzteblatt.de/archiv/79865/Hausarztzentrierte-Versorgung-Attraktivitaet-auf-die-Probe-gestellt). In der Folge wurde explizit die Pflicht, den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu berücksichtigen und damit eine Wirtschaftlichkeitsklausel eingeführt. Mehrausgaben müssen seitdem durch Einsparungen oder Effizienzsteigerungen gegenfinanziert werden.

Mittlerweile nehmen 3,7 Millionen Personen an der HzV teil (www.hausaerzteverband.de/cms/Aktuelle-Informationen-im-Detail.529.0.html?&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=956). Die Folgen des Wettbewerbs durch die HzV sollten überprüft werden. Dazu gehört die Beantwortung der Frage, ob mögliche Vorteile der HzV deren Nachteile überwiegen.

Bei den Krankenkassen ist eine „Ambivalenz“ in „der Kommunikation über die Hausarztverträge“ festzustellen: „Gegenüber den Patienten wird die Verbesserung der Versorgungsqualität in den Vordergrund gestellt. Gegenüber der Politik [...] dagegen die Kostenvorteile“ (<http://library.fes.de/pdf-files/wiso/07935.pdf>). Gegenüber der Fachöffentlichkeit beklagen die Krankenkassen aber die hohen

Kosten der HzV (www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/809344/teuer-nutzlos-kassen-attackieren-hausarztvertraege.html?sh=11&h=1379316747). Auffällig ist in diesem Zusammenhang eine hohe Zahl von Schiedsverfahren und gerichtlichen Auseinandersetzungen rund um die hausarztzentrierte Versorgung, insbesondere in Bayern. Zu Streit kommt es auch bezüglich der Verantwortung und den Kosten der Notfallversorgung (www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/823791/hzv-versicherte-weiter-notdienst-aerger-westfalen-lippe.html?sh=9&h=1379316747).

Damit stehen die Patientinnen und Patienten vor essentiellen Fragen und Problemen ihrer gesundheitlichen Versorgung.

Erstens wird die mangelnde Transparenz der Angebote kritisiert. So schreibt der Verbraucherzentrale Bundesverband: „Mit den Selektivverträgen nach den Paragraphen 73b, 73c und 140a ff. SGB V wurden aber weitreichende Möglichkeiten geschaffen, Steuerung und Transparenz zu entgehen. [...] Eine zuverlässige Qualitätssicherung der dort erbrachten Leistungen findet ebenso wenig statt wie eine fundierte und standardisierte Aufklärung von Öffentlichkeit und eingeschriebenen Patienten über die Behandlungsinhalte, ihre Qualität und die Nutzung ihrer personenbezogenen Gesundheitsdaten.“ (www.vzbv.de/sites/default/files/mediapics/versorgungsgesetz_patientenbedarf_referentenentwurf_06_2011.pdf) Durch die Neuregelungen des Versorgungsstärkungsgesetzes 2015 würde die Transparenz für Verbraucher hinsichtlich einer qualitätsorientierten Wahlentscheidung unter den gesetzlichen Krankenkassen sogar noch verschlechtert (<http://zap.vzbv.de/0fabd665-5a32-4640-97ad-304674714f4d/Versorgungsstaerkungsgesetz-Stellungnahme-vzbv-2015-03-19.pdf>).

Zweitens geht es um den „Schutz der Patienten und Versicherten gegenüber dominierenden Kassen und Leistungserbringer-Gruppen, die ihnen ggf. bestimmte Versorgungs- bzw. Vertragsmodelle aufdrängen wollen“ (<http://library.fes.de/pdf-files/wiso/07935.pdf>). Selbstbeschreibungen von „Überredungstaktiken“ durch Hausärztinnen und Hausärzte finden sich etwa im Evaluationsbericht des HzV-Vertrags zwischen dem Hausärzteverband und der AOK in Baden-Württemberg (Stand: 9. September 2014) von F. Gerlach & J. Szecsenyi (folgend zitiert als: Gerlach & Szecsenyi, S. 54 bis 70; s. auch Frage 37): „Ich schreibe alle ein, die ich schnappen kann.“; „[w]enn Patienten [zur Abendsprechstunde] kommen, die nicht im HzV sind, dann müssen sich die in den HzV einschreiben“; „meine Terminvergabe für Patienten, die sich [...] dazu nicht durchbringen können [...], sitzen [...] es dann im Zweifel auf ihrem Gesäß aus. [...] Das erlaube ich mir als unternehmerische Freiheit“.

Drittens stellt sich die Frage nach der Qualität der Versorgung. „Es gibt keine umfassenden Studien darüber, dass die Qualität der Versorgung für die Patienten besser geworden ist“ (Prof. Dr. Stefan Gress, www.wiwo.de/finanzen/vorsorge/regierungsplaene-krankenkassen-lehnen-hausarztmodell-ab/9202296.html). Es „existiert kein belastbarer Beweis, dass damit (mit den Selektivverträgen insgesamt – die Fragesteller) etwas besser geworden ist“ (M. Litsch, Vorsitzender des Vorstandes der AOK NORDWEST: „Wettbewerb aus der Perspektive eines Krankenversicherungsträgers“, in: „Zwanzig Jahre Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung“, Bochum 2012, S. 52). „Es gibt keine Gewähr dafür, dass die Versorgung innerhalb der Verträge den Qualitätsstandards der Regelversorgung entspricht. Eine klare Verpflichtung zur Einhaltung der Mindestvorgaben und ihre Überprüfung fehlen ebenso wie die Einbeziehung in die allgemeinen Maßnahmen zur Qualitätssicherung“ (www.vzbv.de/meldung/wettbewerb-im-gesundheitswesen).

Viertens bleibt die Frage, wie sich der Sicherstellungsauftrag, der der ärztlichen Selbstverwaltung übergeben wurde, mit einer untergliederten Angebotsstruktur je nach Krankenkasse erfüllen lässt und welche Auswirkungen die sich ausweitenden Selektivverträge auf die Versorgungssicherheit, insbesondere auch für den kassenärztlichen Notdienst, aber auch für die Bedarfsplanung insgesamt haben.

Fünftens sind Nachteile für die Weiterentwicklung des Regelkataloges und damit für die Versorgung und deren Qualität insgesamt zu befürchten. Innovative Versorgungsformen, die als Wettbewerbsinstrument und damit als Mittel der Profilierung und Abgrenzung gegenüber den Konkurrenten dienen sollen, können notwendigerweise nicht allen Versicherten zur Verfügung stehen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die HzV (hausarztzentrierte Versorgung) wurde mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) im Jahr 2004 in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) eingeführt. Konkretes Ziel der HzV war die Steigerung der Qualität der hausärztlichen Versorgung. Hausärztinnen und Hausärzte sollten als Lotsen für eine bessere Vernetzung der Versorgung sorgen. Die Hausärzte sollten die medizinische Versorgung der Versicherten im Rahmen der HzV steuern. Die Krankenkassen wurden verpflichtet, ihren Versicherten eine besonders hochstehende hausärztliche Versorgung bereitzustellen. Hauptaufgabe der Selbstverwaltungspartner war es, sachgerechte und leicht überprüfbare Kriterien zur Beschreibung der notwendigen Qualität aufzustellen. Mit seiner Teilnahme an der HzV verpflichtet sich der Versicherte gegenüber seiner Krankenkasse für ein Jahr, nur einen von ihm gewählten und an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus nimmt der Versicherte fachärztliche Behandlung nur auf Überweisung seines Hausarztes in Anspruch (mit Ausnahme für Behandlungen bei Augen- und Frauenärzten). Hinsichtlich der Verbesserung der Qualität der Versorgung insgesamt, insbesondere im Sinne der Versicherten, sollen mit der HzV unnötige Doppeluntersuchungen und Krankenhauseinweisungen vermieden werden. Ziel der HzV ist es insgesamt eine koordinierte und effiziente Versorgung zu erreichen.

Die Regelung zur hausarztzentrierten Versorgung in § 73b SGB V wurden nach ihrer Einführung stetig weiterentwickelt. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde die Norm im Jahr 2007 grundlegend reformiert. Im Hinblick auf eine Verbesserung der Qualität der Versorgung, der Kostenentwicklung und der Transparenz wurden dabei beispielsweise die inhaltlichen Mindestanforderungen an die hausarztzentrierte Versorgung gesetzlich ausgestaltet und die Krankenkassen verpflichtet, gegebenenfalls in Kooperation mit anderen Krankenkassen ihren Versicherten ein flächendeckendes Angebot der HzV-Versorgung zur Verfügung zu stellen. Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) entwickelte im Jahr 2009 die möglichen Vertragspartner auf der Leistungserbringerseite weiter. Ziel war dabei insbesondere die Verbesserung des flächendeckenden Angebotes der HzV für die teilnehmenden Versicherten. Insbesondere zur Erhöhung der Transparenz für die Versicherten wurde mit dem Gesetz zur Verbesserung der Rechte der Patientinnen und Patienten im Jahr 2013 u. a. eine Widerrufsmöglichkeit eingeführt. Dies ermöglicht es den Versicherten, ihre Verpflichtung für die HzV zu überdenken und sich nochmals vertieft zu informieren. Gleichzeitig wird dem Schutz des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient vor nichtmedizinischen Aspekten Rechnung getragen.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) soll nun zur weiteren Stärkung des Wettbewerbs die HzV weiterentwickelt und im Sinne einer möglichst großen Gestaltungsfreiheit klargestellt werden, dass auch Leistungen in den Verträgen vereinbart werden können, die über den Leistungsumfang der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen. Ziel ist es, dass besondere Versorgungsformen im Wettbewerb entwickelt werden können. Innovative Leistungen, z. B. Satzungsleistungen oder ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit der Ge-

meinsame Bundesausschuss keine ablehnende Entscheidung getroffen hat, aber auch die Verordnungsfähigkeit von einigen vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossenen nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln können als Maßnahmen zur Stärkung des Wettbewerbs eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten ermöglichen. Das Ziel der Bundesregierung, die Teilnahme an der HzV insgesamt attraktiver zu gestalten, wird mit diesen Maßnahmen erreicht werden, da sie den Qualitätswettbewerb unter den Krankenkassen stärken werden und dadurch die Versorgung in der HzV insgesamt für die Versicherten verbessert wird. Aus wettbewerblicher Sicht ist darüber hinaus eine funktionierende Bereinigung der Gesamtvergütung entscheidend, die mit dem GKV-VSG weiterentwickelt wird. Die stetige Weiterentwicklung der Regelungen zur HzV stärkt damit den Wettbewerb und dient der Verbesserung der Qualität der Versorgung für die Versicherten.

Ziele der Bundesregierung, Grundsätzliches

1. Welche konkreten Ziele mit Blick auf Patienten und Versicherte, und zwar vor allem hinsichtlich der Verbesserung der Qualität der Versorgung, der Kostenentwicklung und der Erhöhung der Transparenz, verfolgte die Bundesregierung mit der Pflicht für die Krankenkassen, HzV-Angebote zu unterbreiten?
2. Inwiefern plant oder befürwortet die Bundesregierung eine weitere Stärkung des Wettbewerbs mittels einer Weiterentwicklung der HzV?

Welche Ziele verfolgt die Bundesregierung zukünftig damit?

Auf welcher wissenschaftlichen Grundlage kommt die Bundesregierung zu der Vermutung, die von ihr verfolgten Ziele mittels Stärkung des Wettbewerbs im Allgemeinen und der Weiterentwicklung der Möglichkeiten zur HzV im Besonderen erreichen zu können (vgl. Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes, Bundestagsdrucksache 18/4095, S. 56 und 85)?

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

Die Einführung der HzV im Jahr 2004 diente der Steigerung der Qualität der hausärztlichen Versorgung. Im Sinne der Patienten und Versicherten soll der Hausarzt als Lotse für eine bessere Vernetzung der medizinischen Versorgung sorgen und diese steuern. Mit der HzV soll eine koordinierte und kosteneffiziente Versorgung erreicht werden. Seit der Einführung der Regelung zur HzV wurden die Ziele – mit Blick auf die Patienten und Versicherten – stetig weiterentwickelt. Hierzu zählen beispielhaft die gesetzliche Ausgestaltung der inhaltlichen Mindestanforderungen an die HzV, Kooperationsverpflichtungen der Krankenkassen mit anderen Krankenkassen, die Erweiterung der potentiellen Leistungserbringer sowie die Einführung einer Widerrufsmöglichkeit der Teilnehmer, die dem Schutz des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient dient.

Eine weitere Stärkung des Wettbewerbs mittels Weiterentwicklung der HzV ist mit dem GKV-VSG geplant.

3. Wie viele HzV-Verträge gibt es derzeit?

Ist nach Ansicht der Bundesregierung durch die HzV-Verträge das Versorgungsangebot insgesamt umfangreicher geworden?

Wie bewertet die Bundesregierung diese Entwicklung?

4. Inwiefern lassen sich nach Ansicht der Bundesregierung die derzeit bestehenden Verträge in irgendeiner Weise klassifizieren bzw. typologisieren?

Die Fragen 3 und 4 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegt keine systematische Übersicht über die Anzahl der abgeschlossenen Verträge zur HzV oder deren Inhalt vor. Nach den gesetzlichen Vorgaben haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen HzV-Verträge mit den in § 73b SGB V genannten Leistungserbringern oder Gemeinschaften abzuschließen. Die Verträge sind der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Eine Vorlagepflicht gegenüber der Bundesregierung besteht nicht. Nach den Zahlen des Deutschen Hausärzterverbandes e. V. (Stand zweites Quartal 2015) gibt es derzeit 55 HzV-Verbundverträge sowie rund 580 Einzelverträge (Vertragsabschlüsse der Landesverbände des Deutschen Hausärzterverbandes mit Krankenkassen in den Regionen). Die Anzahl der HzV-Verträge steigt nach Mitteilung des Deutschen Hausärzterverbandes e. V. seit ca. 2009/2010 kontinuierlich an. Angesichts der gesetzlichen Verpflichtung zum Abschluss von HzV-Verträgen und dem damit verfolgten gesetzgeberischen Ziel der Verbesserung der hausärztlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten ist der Anstieg positiv zu bewerten.

Eine Klassifizierung der HzV-Verträge lässt sich nach Überzeugung des Deutschen Hausärzterverbandes e. V. nicht vornehmen.

5. Wie viele Versicherte waren bzw. sind in HzV-Verträge eingeschrieben (bitte nach Jahr und Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung – KV – aufschlüsseln)?

Wie bewertet die Bundesregierung diese Entwicklung?

Für die Beantwortung der Frage wird auf die folgenden, vom Deutschen Hausärzteverband e. V. übermittelten Daten verwiesen:

<u>Alle</u>	Q4 2009	Q4 2010	Q4 2011	Q4 2012	Q4 2013	Q4 2014	E Q2 2015
# Versicherte (abrechnungrelevant) in Tausend	2.960	4.483	1.955	2.846	3.227	3.617	3.718
<u>BW</u>	Q4 2009	Q4 2010	Q4 2011	Q4 2012	Q4 2013	Q4 2014	E Q2 2015
# Versicherte (abrechnungrelevant) in Tausend	634	1.022	1.371	1.466	1.581	1.837	1.907
<u>BY</u>	Q4 2009	Q4 2010	Q4 2011	Q4 2012	Q4 2013	Q4 2014	E Q2 2015
# Versicherte (abrechnungrelevant) in Tausend	2.326	3.461	509	1.242	1.346	1.298	1.251
<u>Bremen</u>	Q4 2009	Q4 2010	Q4 2011	Q4 2012	Q4 2013	Q4 2014	E Q2 2015
# Versicherte (abrechnungrelevant) in Tausend				3	7	10	12
<u>Hamburg</u>	Q4 2009	Q4 2010	Q4 2011	Q4 2012	Q4 2013	Q4 2014	E Q2 2015
# Versicherte (abrechnungrelevant) in Tausend				11	15	19	28
<u>Hessen</u>	Q4 2009	Q4 2010	Q4 2011	Q4 2012	Q4 2013	Q4 2014	E Q2 2015
# Versicherte (abrechnungrelevant) in Tausend				5	30	70	89
<u>Sachsen</u>	Q4 2009	Q4 2010	Q4 2011	Q4 2012	Q4 2013	Q4 2014	E Q2 2015
# Versicherte (abrechnungrelevant) in Tausend				1	0	9	12
<u>Berlin</u>	Q4 2009	Q4 2010	Q4 2011	Q4 2012	Q4 2013	Q4 2014	E Q2 2015
# Versicherte (abrechnungrelevant) in Tausend				1	2	4	5
<u>Schleswig-Holstein</u>	Q4 2009	Q4 2010	Q4 2011	Q4 2012	Q4 2013	Q4 2014	E Q2 2015
# Versicherte (abrechnungrelevant) in Tausend				0	0	1	2
<u>Niedersachsen</u>	Q4 2009	Q4 2010	Q4 2011	Q4 2012	Q4 2013	Q4 2014	E Q2 2015
# Versicherte (abrechnungrelevant) in Tausend					0	1	3
<u>Rheinland-Pfalz</u>	Q4 2009	Q4 2010	Q4 2011	Q4 2012	Q4 2013	Q4 2014	E Q2 2015
# Versicherte (abrechnungrelevant) in Tausend					1	2	3
<u>Thüringen</u>	Q4 2009	Q4 2010	Q4 2011	Q4 2012	Q4 2013	Q4 2014	E Q2 2015
# Versicherte (abrechnungrelevant) in Tausend					0	0	1
<u>Saarland</u>	Q4 2009	Q4 2010	Q4 2011	Q4 2012	Q4 2013	Q4 2014	E Q2 2015
# Versicherte (abrechnungrelevant) in Tausend					0	0	0
<u>NO</u>	Q4 2009	Q4 2010	Q4 2011	Q4 2012	Q4 2013	Q4 2014	E Q2 2015
# Versicherte (abrechnungrelevant) in Tausend			28	44	75	121	150
<u>WL</u>	Q4 2009	Q4 2010	Q4 2011	Q4 2012	Q4 2013	Q4 2014	E Q2 2015
# Versicherte (abrechnungrelevant) in Tausend			46	73	170	245	255

Quelle: Deutscher Hausärzteverband e. V.

6. Liegen der Bundesregierung Informationen darüber vor, ob die Verträge mit Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) verbunden sind, deren Kosten im Rahmen der HzV-Verträge von den Kassen übernommen werden, oder ob die Teilnahme einmalig oder regelmäßig für die teilnehmenden Versicherten mit finanziellen Boni verbunden sind?

Systematische Informationen darüber, ob HzV-Verträge mit individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) verbunden sind, deren Kosten im Rahmen der Verträge von den Kassen übernommen werden, oder einmalig oder regelmäßig für die teilnehmenden Versicherten mit finanziellen Boni verbunden sind, liegen der Bundesregierung nicht vor. Auf die Antwort zu den Fragen 3 und 4 wird insoweit verwiesen. Eine Vielzahl der Verträge zur HzV sind jedoch öffentlich zugänglich. So sind in der Regel alle unter Beteiligung der regionalen Hausärzte-

verbände abgeschlossenen oder durch Schiedsentscheidung festgesetzten Verträge nebst Anlagen sowohl auf der Internetseite des Deutschen Hausärzteverbandes e. V. (www.hausaerzteverband.de) als auch auf den Internetseiten der regionalen Mitgliedsverbände veröffentlicht.

7. Welche potentiellen Auswirkungen sieht die Bundesregierung durch die Möglichkeit zur Übernahme von nicht zugelassenen Leistungen im Rahmen von HzV-Verträgen auf die Entwicklung des Leistungskatalogs der GKV?

Die Partner der HzV-Verträge haben bei der Ausgestaltung des Leistungsumfangs einen weiten Gestaltungsspielraum. So können auch Leistungen, die nicht zur Regelversorgung gehören, Gegenstand von HzV-Verträgen sein. Mit Hilfe der Gestaltungsmöglichkeiten können die Vertragspartner im Wettbewerb besondere Versorgungsangebote entwickeln, die mittelfristig auch zur Weiterentwicklung des Regelleistungskatalogs der GKV beitragen.

8. Welche Unterschiede bezüglich der Altersstruktur und Morbidität zwischen HzV-Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden sind der Bundesregierung bekannt?

Der Bundesregierung liegen entsprechende valide Daten nicht vor.

9. Welche Auswirkungen erwartet die Bundesregierung unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versichertenkollektive auf die kassenärztliche Bedarfsplanung und insbesondere auch den kassenärztlichen Notdienst?

Die Bundesregierung erwartet derzeit keine Auswirkungen auf die Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung und den vertragsärztlichen Notdienst. Anlässlich der mit dem GKV-VSG geplanten Änderungen zur Organisation des Notdienstes ist es im Übrigen sinnvoll, keine separate Organisation für den Notdienst im Rahmen der HzV vorzusehen. Vielmehr soll der Notdienst künftig allein durch die Kassenärztlichen Vereinigungen organisiert werden.

10. Für wie wichtig hält die Bundesregierung eine informierte Entscheidung der Versicherten bei der Entscheidung darüber, ob sie HzV-Angebote ihrer Krankenkasse annehmen (oder ablehnen)?

Für wie wichtig hält die Bundesregierung eine informierte Entscheidung der Versicherten bzw. der Patientinnen und Patienten bei der Wahl ihrer Krankenkasse im Hinblick auf kassenspezifische HzV-Angebote?

Die Teilnahme der Versicherten an einem HzV-Vertrag ist nach § 73b Absatz 3 Satz 1 freiwillig. Vor diesem Hintergrund ist es der Bundesregierung wichtig, dass Versicherte vor ihrer Entscheidung über die Teilnahme an einer HzV ausreichend über die HzV informiert werden. Deshalb bestimmt § 73b Absatz 6 SGB V unabhängig von den sich aus dem Ersten Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ergebenden allgemeinen Informationsansprüchen ausdrücklich, dass die Krankenkassen ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der HzV sowie über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Hausärzte zu informieren haben.

11. Welche Auswirkungen haben HzV-Verträge nach Kenntnis der Bundesregierung auf die Wirkung der gesetzlichen Regelungen zur Mengengrenzung (insbesondere Regelleistungsvolumina) bzw. zur Wirtschaftlichkeitsprüfung?

Mit dem GKV-VStG wurde zum 1. Januar 2012 die gesetzliche Regelung zu den Regelleistungsvolumina im Zuge der Regionalisierung und Flexibilisierung der Honorarverteilung aufgehoben. Die Honorarverteilung und Mengensteuerung obliegt weiterhin insbesondere der ärztlichen Selbstverwaltung unabhängig von HzV-Verträgen. Ebenso unabhängig von HzV-Verträgen werden Wirtschaftlichkeitsprüfungen weiterhin auf der Grundlage von kollektivvertraglichen Vereinbarungen durchgeführt. Die Ausgestaltung der Regelungen zur Wirtschaftlichkeit in HzV-Verträgen obliegt den jeweiligen Vertragspartnern.

12. Sind nach Kenntnis der Bundesregierung die verschiedenen möglichen Vertragspartner gesetzlich gleichgestellt, etwa wenn es um eine Streitschlichtung geht?

Falls nein, wer sind die Bevorteilten, und wer sind die benachteiligten Organisationen?

Nach § 73b Absatz 4 Satz 1 SGB V haben die Krankenkassen zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots einer HzV Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. Für den Fall, dass sich die Vertragsparteien über den Vertragsinhalt nicht einigen, sieht § 73b Absatz 4 Satz 2 SGB V vor, dass die Gemeinschaft die Einleitung eines Schiedsverfahrens beantragen kann. Daher ist insbesondere, wenn es um die Streitschlichtung hinsichtlich des Vertragsinhaltes geht, keine Bevorteilung einer Vertragspartei gegeben.

Transparenz über die Verträge

13. Welche Informationen zu den Verträgen nach § 73b SGB V liegen der Bundesregierung vor hinsichtlich der Frage, welche Kasse mit welchen Leistungserbringern Verträge geschlossen hat, und welches Umsatzvolumen durch die einzelnen Verträge pro Jahr generiert wird?

Systematische Informationen zu der Frage, welche Krankenkasse mit welchen Leistungserbringern HzV-Verträge geschlossen hat und welches Umsatzvolumen durch die einzelnen Verträge pro Jahr generiert werden, liegen der Bundesregierung nicht vor. Die Verträge sind nach § 73b Absatz 9 SGB V der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Eine Vorlagepflicht gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit besteht nicht. Insoweit wird auf die Antwort zu den Fragen 3, 4 und 6 verwiesen.

Das Ausgabenvolumen der GKV für Leistungen nach § 73b SGB V (Konto 4080) hat sich wie folgt entwickelt:

Jahr	Quelle	AOK	BKK	IKK	LKK	KBS	VDEK	BUND
2014	KV 45 I. bis IV.	607.969.568	97.857.560	50.977.405	42.972.042	6.201.735	218.161.598	1.024.139.907
2013	KJ 1	556.475.210	85.731.281	46.122.247	42.447.567	5.694.707	171.130.895	907.601.906
2012	KJ 1	381.892.390	63.619.435	36.284.694	46.893.973	9.243.590	108.310.741	646.244.824
2011	KJ 1	341.593.545	82.167.932	25.122.322	43.978.268	8.194.899	43.310.091	544.367.057

14. Welchen Handlungsbedarf sieht die Bundesregierung angesichts der Einschätzung der Verbraucherzentrale Bundesverband, der zufolge in der Praxis der HzV-Angebote „mit dem Hinweis auf Wettbewerb und Vertragsgeheimnis eine weitgehend intransparente Zone in der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen“ wurde (www.vzvb.de/meldung/wettbewerb-im-gesundheitswesen)?
15. Welche näheren bzw. präzisierenden Bestimmungen existieren zur Umsetzung von § 73b Absatz 6 SGB V, demzufolge die Krankenkassen „ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung sowie über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Hausärzte zu informieren“ haben?

Wer bzw. welche Institution kontrolliert in welcher Weise (Gesamtkontrolle oder Stichprobenprüfung) die Einhaltung der genannten Rechtsvorschrift?

Wo und wem werden die Prüfungsergebnisse zugänglich gemacht?
16. Wie ist es den Versicherten nach Kenntnis der Bundesregierung möglich, Kenntnis von den genauen Inhalten der abgeschlossenen HzV-Verträge unterschiedlicher Krankenkassen zu erhalten, um sie gegebenenfalls für die Wahl einer bestimmten Krankenkasse heranzuziehen?

Die Fragen 14 bis 16 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Wie bereits in der Antwort zu Frage 10 ausgeführt, sind die Krankenkassen nach § 73b Absatz 6 SGB V verpflichtet, ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der HzV sowie über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Hausärzte zu informieren. Nähere Bestimmungen zur Umsetzung dieser Vorschrift existieren nicht. Auf die Veröffentlichung von HzV-Verträgen nebst Anlagen auf den Internetseiten des Deutschen Hausärztesverbandes e. V. und seiner regionalen Mitgliedsverbände wird verwiesen (vgl. auch Antwort zu Frage 6). Dort sind auch Informationsblätter zur Umsetzung des § 73b Absatz 6 SGB V veröffentlicht. Versicherten ist es zudem grundsätzlich möglich, sich mit Fragen zur GKV an die Krankenkassen zu wenden. Diese sind nach § 15 SGB I verpflichtet, entsprechende Auskünfte zu erteilen. Es ist Aufgabe der jeweiligen Aufsichtsbehörde, im Rahmen ihrer Rechtsaufsicht die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften durch die Krankenkassen zu überwachen und gegebenenfalls aufsichtsrechtlich tätig zu werden. Eine Veröffentlichung der Prüfergebnisse erfolgt nicht. Versicherte können sich mit etwaigen Beschwerden an die jeweilige Aufsichtsbehörde wenden. Einen Handlungsbedarf sieht die Bundesregierung vor diesem Hintergrund nicht.

17. Auf welche Inhalte der HzV-Verträge haben die Versicherten trotz Nachfrage bei der Krankenkasse oder Arztpraxis keinen Zugriff?

Erachtet die Bundesregierung etwa die vereinbarte Vergütungsstruktur für die Hausärztinnen und Hausärzte als relevant für die Versicherten?

Versicherte haben Anspruch, über alle Sach- und Rechtsfragen informiert zu werden, die für sie von Bedeutung sein können. Ob Versicherten die Information über einzelne Vertragsinhalte verweigert wird, ist der Bundesregierung nicht bekannt. Die Veröffentlichung von HzV-Verträgen nebst Anlagen auf den Internetseiten des Deutschen Hausärztesverbandes e. V. und seiner regionalen Mitgliedsverbände (vgl. Antwort zu Frage 6) umfasst grundsätzlich auch Vertragsbestandteile zur Vergütung.

18. Ist nach Ansicht der Bundesregierung sichergestellt, dass alle für die Versicherten möglicherweise relevanten Informationen über HzV-Verträge für die Versicherten einsehbar sind und sie eine informierte Entscheidung treffen können?

Auf die Antwort zu Frage 16 wird verwiesen.

19. Inwiefern hält die Bundesregierung Daten zur Ergebnisqualität in der Versorgung mit HzV für entscheidungsrelevant (etwa Komplikationsraten, Krankenhauseinweisungen, Morbiditätsentwicklung etc. jeweils im Vergleich zu Versicherten, die nicht in der HzV eingeschrieben sind), und sind diese Daten für die Versicherten einsehbar
 - a) vor der Teilnahme an der HzV (ohne Wechsel der Krankenkasse),
 - b) bzw. vor dem Wechsel in die Krankenkasse?
20. Inwiefern hält die Bundesregierung die Strukturen, die Durchführung und die Ergebnisse der Qualitätssicherung innerhalb der HzV-Verträge für entscheidungsrelevant, und sind diese Daten für die Versicherten einsehbar
 - a) vor der Teilnahme an der HzV (ohne Wechsel der Krankenkasse),
 - b) bzw. vor dem Wechsel in die Krankenkasse?
21. Hält die Bundesregierung die Anreize und Vorgaben für rationales und wirtschaftliches Verordnen von Arzneimitteln für entscheidungsrelevant, und sind die Daten zum Ordnungsverhalten vor Abschluss der Versicherung für die Versicherten einsehbar?
22. Hält die Bundesregierung die einzelnen Leistungsbestandteile der HzV für entscheidungsrelevant, und sind diese Daten für die Versicherten vor Abschluss der Versicherung einsehbar?
23. Hält die Bundesregierung die Daten zur Wirtschaftlichkeit von HzV für entscheidungsrelevant, und sind diese Daten für die Versicherten einsehbar?

Die Fragen 19 bis 23 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Welche Daten für die einzelnen Versicherten jeweils entscheidungsrelevant sind, ist individuell verschieden. Im Hinblick darauf, dass sowohl die Entscheidung über die Teilnahme an einem HzV-Vertrag als auch die Entscheidung über einen Wechsel der Krankenkasse freiwillig ist, liegt es in der Hand der Versicherten, jeweils für sich zu entscheiden, welche Informationen als entscheidungsrelevant angesehen werden. Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 16 und 17 Bezug genommen.

24. Welche Kriterien prüft das Bundesversicherungsamt (BVA) bei HzV-Verträgen, und welche Ergebnisse der Prüfung sind für die Öffentlichkeit zugänglich?

Nach Auskunft des Bundesversicherungsamts (BVA) werden bei HzV-Verträgen u. a. folgende Kriterien geprüft: Vertragsgegenstand, Vertragspartner, Teilnahmemodalitäten, Sicherstellung, Vergütung, Datenschutz. Die Prüfung der Verträge findet im Aufsichtsverhältnis zwischen der jeweiligen Krankenkasse und dem BVA statt. Der dabei geführte Dialog und seine Ergebnisse sind grundsätzlich nicht der Öffentlichkeit zugänglich.

25. Inwiefern hält die Bundesregierung Honoraranreize in der Versorgung mit HzV für entscheidungsrelevant, und sind diese Daten immer einsehbar für die Versicherten?

Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung unabhängige Informationen oder Untersuchungen über die Wirkung der Honoraranreize auf die Versorgung?

Mit Anreizen, wie sie durch entsprechende Ausgestaltung und Einsatz von Vergütungsregelungen gesetzt werden können, ist die Erwartung verbunden, dass sich Ziele und Anforderungen an die Versorgung besser erreichen lassen. Dementsprechend sind nach § 73b Absatz 5 Satz 1 SGB V in den Verträgen der HzV das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der HzV, insbesondere die Ausgestaltung der Anforderungen nach § 73b Absatz 2 SGB V, sowie die Vergütung zu regeln. In den Verträgen, die nach dem 31. März 2014 zustande kommen, sind zudem Wirtschaftlichkeitskriterien und Maßnahmen bei Nichteinhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien zu vereinbaren. Nach § 73b Absatz 9 Satz 3 SGB V ist der Aufsichtsbehörde die Einhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien vier Jahre nach Wirksamwerden des Vertrages nachzuweisen. Dies gilt entsprechend für Verträge, die in einem Schiedsverfahren festgelegt werden. Im Übrigen wird auf die Antwort zu den Fragen 19 bis 23 verwiesen.

26. Welche Abrechnungsverfahren werden nach Kenntnis der Bundesregierung für die Honorarabrechnung bei der HzV verwendet, und worin unterscheiden sich diese von der Abrechnung im KV-System?

Über welche Dienstleister werden die Abrechnungen abgewickelt?

Gibt es hier eine Marktkonzentration oder personelle Verflechtungen mit den Vertragspartnern der HzV-Verträge?

Sieht die Bundesregierung hier Potential für Effizienzsteigerungen oder Kostensenkungen?

Für die Abrechnung der Leistungen in der HzV sieht § 295 Absatz 1b Satz 1 SGB V vor, dass die teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte der jeweiligen Krankenkasse die Angaben übermitteln, wie sie die Ärzte und Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 SGB V zu übermitteln haben. Die zuletzt genannten Leistungserbringer übermitteln die Angaben den KVen. Nach § 295a SGB V sind die an der HzV teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte zudem befugt, für die Abrechnung der im Rahmen der HzV-Verträge erbrachten Leistungen die erforderlichen Angaben unter bestimmten, insbesondere strengen datenschutzrechtlichen Voraussetzungen an den Vertragspartner auf Leistungserbringerseite oder eine von diesem beauftragte andere Stelle als verantwortliche Stelle zu übermitteln. Inwieweit beim Abrechnungsverfahren Potential für Effizienzsteigerungen oder Kostensenkungen besteht, kann von der Bundesregierung nicht beurteilt werden.

27. Welche datenschutzrechtlichen Regelungen existieren für die Weitergabe von Sozial- und Gesundheitsdaten in der HzV-Versorgung, und worin unterscheiden sich diese von den Regelungen im Kollektivvertrag?

28. Werden die Versicherten nach Kenntnis der Bundesregierung umfänglich über die Weitergabe ihrer Daten an Dritte, z. B. für Abrechnungszwecke, informiert?

29. Wissen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte nach Kenntnis der Bundesregierung in jedem Fall, welche Patientendaten an wen weitergegeben werden, bzw. haben sie vollumfänglichen Einfluss darauf, welche Daten weitergegeben werden?

Die Fragen 27 bis 29 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten im Rahmen der GKV gelten in erster Linie die Regelungen des bereichsspezifischen Datenschutzes des SGB V (§§ 284 ff SGB V). Ergänzend heranzuziehen sind ggf. die Regelungen des allgemeinen Sozialdatenschutzes im SGB I und im Zehnten Buch Sozialgesetzbuch. Für die Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken u. a. im Rahmen der Verträge zur HzV wurde mit der Regelung in § 295a SGB V eine besondere bereichsspezifische Befugnisnorm geschaffen, die den Besonderheiten der HzV und der besonderen Versorgungsformen Rechnung trägt (siehe auch Antwort zu Frage 26). Zu den in dieser Vorschrift enthaltenen strengen datenschutzrechtlichen Vorgaben gehört, dass der Versicherte vor seiner schriftlichen Einwilligung in die Teilnahme an der HzV und die damit verbundene Datenübermittlung umfassend über die vorgesehene Datenübermittlung informiert worden ist. Dazu gehört die Information, welche Daten zu welchen Zwecken an welche Stelle weitergegeben werden. Die an der HzV teilnehmenden Versicherten haben danach ebenso wie die zur Übermittlung der Daten insoweit befugten Hausärztinnen und Hausärzte Kenntnis darüber, an welche Stelle welche Daten zu Abrechnungszwecken weitergegeben werden. Die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben ist von der zuständigen Aufsichtsbehörde zu überwachen.

30. Wie viel kostet nach Kenntnis der Bundesregierung die Vertragsabwicklung der HzV-Verträge (bitte insgesamt, je Vertrag und pro Versicherten bzw. Versicherter aufliedern sowie als Anteil am Umsatz angeben)?

Wie stellen sich die Kosten der Vertragsabwicklung und die Verwaltungskosten nach Kenntnis der Bundesregierung im Vergleich zu den entsprechenden Parametern im Kollektivvertragssystem dar?

Nach Mitteilung des BVA wird von den Abrechnungsstellen der Hausärztinnen und Hausärzte im Rahmen der HzV vertragsgemäß eine Verwaltungskostenpauschale in Höhe von 5 Prozent des gezahlten Honorars einbehalten. In der Regelversorgung werden von den KVen demnach erfahrungsgemäß je nach Region ca. 2 Prozent von den vertragsärztlichen Honoraren als Verwaltungsaufwand einbehalten. Darüber hinaus liegen der Bundesregierung hierzu keine entsprechenden Berechnungen vor.

31. Wie gehen die Kosten für die Vertragsabwicklung in die Wirtschaftlichkeitsprüfung der HzV-Verträge vonseiten des BVA ein?

Nach Mitteilung des BVA prüft es, ob die Verträge die gesetzlichen Vorgaben bezüglich der Wirtschaftlichkeit einhalten. In der seit April 2014 geltenden Fassung des § 73b SGB V wird in diesem Zusammenhang geprüft, ob die Verträge, die nach dem 31. März 2014 zustande gekommen sind, Wirtschaftlichkeitskriterien und Maßnahmen bei Nichteinhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien enthalten. Nachweise für die Kosten der Vertragsabwicklung wurden bisher von den Krankenkassen nicht angefordert.

32. Wer ist nach Ansicht der Bundesregierung zuständig für die Bereitstellung einer Übersicht über die Inhalte bestehender HzV-Verträge als Mindestvoraussetzung informierter Entscheidungen durch die Versicherten?

Welche Position hat die Bundesregierung zur Einrichtung eines bundeseinheitlichen Registers als unabdingbare Mindestvoraussetzung angemessener Transparenz über die HzV-Verträge?

33. Welche Schritte hat die Bundesregierung unternommen, um im Interesse der Überblicksinformation „der Versicherten und Patienten, eine Art ‚Beipackzettel‘ für Selektivverträge zu entwickeln“ (<http://library.fes.de/pdf-files/wiso/07935.pdf>)?

Wie steht die Bundesregierung zu dem Erfordernis, dass Versicherte „die Möglichkeit haben [sollten], sich z. B. durch eine Einrichtung ihrer Wahl, etwa [...] die unabhängige Patientenberatung, über die Implikationen bestimmter Verträge beraten zu lassen“ (ebd.)?

Die Fragen 32 und 33 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Auf die Antwort zu den Fragen 14 bis 16 wird verwiesen. Die Einführung eines bundeseinheitlichen Registers oder ähnlicher Überblicksinformationen über die Inhalte bestehender HzV-Verträge wird nicht für erforderlich angesehen.

Vertrieb bzw. Akquisition der Versicherten bzw. Patientinnen und Patienten für die Teilnahme an der HzV

34. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Art und Weise der Gewinnung der Versicherten für die Teilnahme an der HzV (wie viele werden durch die Ansprache von Ärztinnen und Ärzten, und wie viele werden vor allem durch die Ansprache der Krankenkassen geworben)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine validen Daten vor.

35. Sieht die Bundesregierung bei den Ärztinnen und Ärzten, die Versicherte für die Teilnahme an der HzV gewinnen wollen, einen Interessenkonflikt zwischen einer möglicherweise höheren bzw. attraktiveren Vergütung im Falle einer erfolgreichen Akquisition einerseits (wie beispielsweise im Evaluationsbericht zum HzV-Vertrag der AOK in Baden-Württemberg beschrieben, vgl. Vorbemerkung der Fragesteller) und möglichst umfassender Aufklärung der Patientinnen und Patienten andererseits?

Ein Zusammenhang zwischen der Teilnahme einer gesetzlich krankenversicherten Patientin oder eines gesetzlich krankenversicherten Patienten an der HzV und ihrer oder seiner Aufklärung im Behandlungsverhältnis ist nicht erkennbar. Aus dem Behandlungsvertrag (vgl. § 630e Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs) und berufsrechtlich sind Ärztinnen und Ärzte zur umfassenden Aufklärung ihrer Patientinnen und Patienten verpflichtet. Im Übrigen wird auf die mit dem Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten eingeführten Regelungen zur Transparenz bei Selektivverträgen (Widerrufsmöglichkeit und Satzungsregelungen zur Abgabe der Teilnahmeerklärung nach § 73b Absatz 3 Satz 3 bis 8) hingewiesen, die u. a. dem Schutz des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient vor nichtmedizinischen Aspekten dienen.

36. Wie ist die Rechtslage bezüglich der Pflichten der Ärztinnen und Ärzte, die Versicherte für die Teilnahme an der HzV zu gewinnen versuchen?

Welche Mindestinformationspflichten bestehen bezüglich der Vertragsinhalte, bezüglich der Rechtsfolgen für die Versicherten, bezüglich der Konsequenzen für die Versorgung, den Stand des wissenschaftlich nachgewiesenen Nutzens und bezüglich ggf. bestehender Nachteile für die Patientinnen und Patienten?

Sind die Ärztinnen und Ärzte auf unabhängige Beratungsangebote hinzuweisen, beispielsweise auf die Verbraucherzentralen oder die Unabhängige Patientenberatung Deutschland?

Für Ärztinnen und Ärzte gelten die allgemeinen, sich aus dem Berufs- und dem Vertragsarztrecht ergebenden Pflichten. Die Teilnahme der Versicherten an der HzV ist freiwillig. Sie erfolgt durch schriftliche Verpflichtung der Versicherten gegenüber ihrer Krankenkasse. Das Nähere zur Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an den gewählten Hausarzt, zu weiteren Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen bisher in ihren Satzungen. Mit dem GKV-VSG ist in § 73b Absatz 3 Satz 7 SGB V vorgesehen, dass die Regelungen über die Einzelheiten künftig in die Teilnahmeerklärungen aufgenommen werden. Die Regelung dient der Entbürokratisierung. Eine Hinweispflicht auf unabhängige Beratungsangebote gegenüber Ärztinnen und Ärzten besteht nicht.

37. Welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung aus den in der Vorbemerkung der Fragesteller zitierten Äußerungen von Hausärzten oder Hausärztinnen über ihre Art und Weise der Gewinnung von Versicherten zur Teilnahme an der HzV?
38. Inwiefern kann die Bundesregierung ausschließen, dass Patientinnen bzw. Patienten mit dringendem medizinischem Versorgungsbedarf, die aber nicht in einen HzV-Vertrag eingeschrieben sind, gegenüber Patientinnen bzw. Patienten mit im Vergleich dazu attraktiveren Vergütungen im HzV-Vertrag benachteiligt werden, insbesondere unter besonderer Berücksichtigung der Terminvergabe beim Hausarzt und seiner Lotsenfunktion gegenüber den Fachärzten?
39. Wer kontrolliert nach Kenntnis der Bundesregierung die Art und Weise, wie Ärztinnen und Ärzte Versicherte bzw. Patientinnen und Patienten für die Teilnahme an der HzV zu gewinnen versuchen?

Die Fragen 37 bis 39 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung nimmt die in der Vorbemerkung der Fragesteller zitierten Äußerungen zur Kenntnis. Ärztinnen und Ärzte haben nach allgemeinem Berufsrecht ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen bei ihrer Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Sie haben dabei ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten. Eine Zulassung als Vertragsarzt bzw. Vertragsärztin verpflichtet gemäß § 95 Absatz 3 Satz 1 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang des aus der Zulassung folgenden vollen oder hälftigen Versorgungsauftrags. Ob Patientinnen bzw. Patienten mit dringendem medizinischen Versorgungsbedarf, die aber nicht in einen HzV-Vertrag eingeschrieben sind, gegenüber Patientinnen bzw. Patienten mit im Vergleich dazu attraktiveren Vergütungen im HzV-Vertrag benachteiligt werden, ist der Bundesregierung nicht bekannt. Soweit Ärztinnen und Ärzte bei der Gewinnung von Versicherten zur Teilnahme an einer HzV oder im Rahmen ihrer Praxisführung gegen ihre Pflichten verstoßen, ist es Aufgabe der zuständigen Körperschaften für die Einhaltung der jeweiligen Pflichten zu

sorgen. Kommen die zuständigen Körperschaften ihrerseits ihren Überwachungspflichten gegenüber den Ärztinnen und Ärzten nicht nach, ist es Aufgabe der jeweiligen Aufsichtsbehörde des Landes, aufsichtsrechtlich gegenüber den von ihnen beaufsichtigten Körperschaften tätig zu werden.

Kontrolle der Qualität der Leistungserbringung medizinischer Versorgung

40. Auf welcher Rechtsgrundlage und durch welche Akteure werden die persönliche fachliche Qualifikation, sächliche Ausstattung und die Erbringung der Leistungen der ambulant-medizinischen Versorgung im System des Kollektivvertrages kontrolliert und ggf. korrigiert?

Welche Sanktionsinstrumente stehen dabei zur Verfügung?

41. Wie schätzt die Bundesregierung die fachlichen und materiellen Ressourcen dieser kontrollierenden Institutionen ein?

Wie bewertet die Bundesregierung die Wirksamkeit dieser Institutionen hinsichtlich der Kontrolle und Einhaltung der Qualität der ambulant-medizinischen Versorgung?

Die Fragen 40 und 41 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) regelt im Fünften Abschnitt Vorgaben zur Qualitätssicherung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Die KVen haben im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages darüber zu wachen, dass die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und Einrichtungen diese Qualitätsvorgaben einhalten. Soweit Vertragsärzte gegen die Vorgaben des Bundesmantelvertrags verstoßen, ist es Aufgabe der KV, die erforderlichen Maßnahmen zur Behebung der Pflichtverstöße zu ergreifen. Die KVen unterstehen ihrerseits der Aufsicht durch die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Bundesregierung geht davon aus, dass grundsätzlich eine wirksame aufsichtsrechtliche Kontrolle durch die zuständigen Behörden gewährleistet ist.

42. Auf welcher Rechtsgrundlage und durch welche Akteure werden die persönliche fachliche Qualifikation, sächliche Ausstattung und die Erbringung der Leistungen der ambulant-medizinischen Versorgung im Rahmen der HzV kontrolliert und ggf. korrigiert?

Welche Sanktionsinstrumente stehen dafür zur Verfügung?

Fallen alle Kosten für die Durchführung dieser Überprüfungen bei den Vertragspartnern der HzV an?

43. Wie schätzt die Bundesregierung die fachlichen und materiellen Ressourcen dieser kontrollierenden Institutionen ein?

Wie bewertet die Bundesregierung die Wirksamkeit dieser Institutionen hinsichtlich der Kontrolle und Einhaltung der Qualität der ambulant-medizinischen Versorgung im Rahmen der HzV?

Welchen Handlungsbedarf sieht die Bundesregierung hier (bitte begründen)?

Die Fragen 42 und 43 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Im Rahmen der selektivvertraglichen Versorgung sind die persönliche fachliche Qualifikation sowie die erforderliche sächliche Ausstattung in den Verträgen als Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung zu vereinbaren. Im Rahmen

der Einschreibung und der Teilnahmeerklärung der Ärztinnen und Ärzte an der HzV haben die Krankenkassen zu prüfen, ob der jeweilige Arzt die vereinbarten Qualitätsanforderungen erfüllt. Auch etwaige Sanktionsmöglichkeiten gegen Ärztinnen und Ärzte, die die vereinbarten Voraussetzungen nicht (mehr) erfüllen, oder besondere Regelungen zu den Kosten im Zusammenhang mit der Überprüfung der vertraglich vereinbarten Anforderungen können ggf. in den Verträgen vereinbart werden. Der Bundesregierung liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die vereinbarten Qualitätsvorgaben nicht wirksam kontrolliert werden. Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 3 und 4 verwiesen.

44. Inwieweit ist nach Kenntnis der Bundesregierung gesichert, dass Versicherte in einer HzV qualitativ besser versorgt sind als Menschen, die über den Kollektivvertrag versorgt werden?
45. Nach welchen Kriterien werden die HzV-Verträge evaluiert, und inwiefern lässt sich insbesondere aus diesen Evaluationen ableiten, dass für die Patientinnen und Patienten ein Zusatznutzen (Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) besteht?
46. Ist der Bundesregierung bekannt, ob es bereits Untersuchungen zu Unterschieden der Qualität der Leistungserbringungen im System der kollektivvertraglichen ambulanten Versorgung im Vergleich zur HzV gegeben hat?
Falls ja, wurden diese Untersuchungen unabhängig von den HzV-Vertragspartnern durchgeführt, und zu welchen Ergebnissen haben diese Untersuchungen geführt?
Welchen Handlungsbedarf sieht die Bundesregierung auf diesem Gebiet (bitte begründen)?

Die Fragen 44 bis 46 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen keine systematischen Informationen zu den Kriterien und Ergebnissen der Evaluation von HzV-Verträgen einschließlich der Qualität der Leistungserbringung im Vergleich zur Leistungserbringung im kollektivvertraglichen System vor. Bei Durchführung einer Evaluation der HzV werden die Evaluationskriterien von den Vertragspartnern festgelegt. Auf die Antwort zu den Fragen 3 und 4 wird verwiesen. Nähere Informationen zu den Evaluationsergebnissen ergeben sich aus Veröffentlichungen der Vertragspartner (vgl. beispielsweise Evaluationsbericht der HzV in Baden-Württemberg unter www.aok-gesundheitspartner.de/bw/arztundpraxis/hzv/daten_und_fakten/index.html).

Kostensenkungen, (Re-)Finanzierung von Mehrausgaben, Folgen der HzV für die Qualität der Versorgung

47. Welche Kenntnis hat die Bundesregierung von wissenschaftlichen Untersuchungen zur Frage, in welcher Höhe im Rahmen der HzV im Vergleich zur kollektivvertraglichen Versorgung Kosten eingespart wurden bzw. werden, und auf welchen Feldern diese Kosten eingespart werden konnten?
Wie viele und welche dieser Studien wurden finanziell vollständig unabhängig von den Kostenträgern und Leistungserbringern erstellt?

Systematische wissenschaftliche Untersuchungen zum Vergleich zwischen HzV und kollektivvertraglicher Versorgung liegen nicht vor. Für Baden-Württemberg gibt es aus dem Jahr 2014 eine wissenschaftliche Studie der AOK, die aber keinen überregionalen Bezug hat.

48. Wie viele und welche der HzV-Verträge wurden nach Kenntnis der Bundesregierung wissenschaftlich auf die Folgen für die Qualität der Versorgung hin untersucht (bitte aufschlüsseln nach Bundesland bzw. KV-Bereich, Jahr, Krankenkasse(n), Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vertrag, welche der Evaluationen im Auftrag der Vertragspartner der HzV und welche vollständig unabhängig von der Finanzierung durch Kostenträger und Leistungserbringer vorgenommen wurden)?

Welche patientenrelevanten Ergebnisse erbrachten ggf. diese Untersuchungen?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine systematischen Daten vor. Auf die Antworten zu den Fragen 44 bis 47 wird verwiesen.

49. Welchen Einfluss haben bzw. hatten gesetzliche Vorgaben zur Wirtschaftlichkeit der HzV auf die Gesamtausgaben, und welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung daraus?

Der Bundesregierung liegen hierzu über die Ausführungen in der Antwort zu Frage 47 hinaus keine Erkenntnisse vor.

50. Wie unterscheiden sich grundsätzlich die Vergütungssysteme für Ärztinnen und Ärzte im Kollektivvertrag und der in der HzV nach Kenntnis der Bundesregierung?

Während der Rahmen des kollektivvertraglichen Vergütungssystems der Selbstverwaltung von Ärztinnen und Ärzten und Krankenkassen insbesondere durch die §§ 87 bis 87b SGB V vorgegeben ist, beschränkt sich der Gesetzgeber mit Blick auf das Vergütungssystem der HzV im Wesentlichen auf die Vorgabe, dass das Nähere zur Vergütung in den Verträgen nach § 73b Absatz 4 SGB V zu regeln ist (vgl. § 73b Absatz 5 Satz 1 SGB V).

51. Welche unterschiedlichen Vergütungssysteme bei den verschiedenen HzV-Verträgen sind der Bundesregierung bekannt?

Sind der Bundesregierung Vergütungsvereinbarungen bekannt, von denen sie politisch unerwünschte Anreize für teilnehmende Ärztinnen und Ärzte befürchtet?

Welche Anreize bestehen nach Ansicht der Bundesregierung insbesondere bei Pauschalvergütungen unabhängig von einem Kontakt zu Versicherten?

Der Bundesregierung liegen keine systematischen Daten zu den unterschiedlichen Vergütungssystemen bei den verschiedenen HzV-Verträgen vor. Auf die Antwort zu den Fragen 3 und 4 wird insoweit verwiesen. Die HzV soll über eine Stärkung der Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte als Lotsinnen und Lotsen nach § 73b Absatz 3 SGB V zu einer verbesserten Koordination und optimierten Versorgung der in den Praxen zur Betreuung eingeschriebenen Versicherten sorgen. Diese Zielsetzung kann grundsätzlich auch durch eine kontaktunabhängige Pauschalvergütung unterstützt werden.

52. Inwiefern unterscheidet sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Honorarhöhe für Hausärztinnen und Hausärzte in der HzV von der im Kollektivvertrag?

Wie hat sich der Differenzbetrag seit Bestehen der HzV verändert?

In welcher Höhe bewegen sich die Mehr- oder Minderausgaben für die GKV insgesamt?

Der Bundesregierung liegen keine statistischen Erkenntnisse zum Unterschied der Honorarhöhe für Hausärztinnen und Hausärzte in der HzV im Vergleich zum Kollektivvertrag vor. Dies betrifft auch eine eventuelle Veränderung der Differenzbeträge seit Bestehen der HzV sowie die Höhe möglicher Mehr- oder Minderausgaben für die GKV insgesamt. Zum Ausgabenvolumen der GKV für Leistungen nach § 73b SGB V wird auf die Antwort zu Frage 13 verwiesen.

53. In wie vielen Verträgen wurde eine Honorierung zusätzlich zur normalen kollektivvertraglichen Honorierung vereinbart, und bei wie vielen Verträgen wurde die herkömmliche Honorierung der Ärztinnen und Ärzte komplett ersetzt?

Auf die Antworten zu den Fragen 51 und 52 wird verwiesen.

54. Inwiefern stimmt die Bundesregierung der Aussage zu, dass neue Versorgungskonzepte vorwiegend in Selektivverträgen, auch in der HzV, Anwendung finden und dies zu einem Innovationsstau im Kollektivvertrag führt?

Die Bundesregierung stimmt der Aussage nicht zu. Für den Fall, dass sich innovative, neue Versorgungskonzepte in Selektivverträgen bewähren, liegt es in der Verantwortung der Selbstverwaltungspartner, das Kollektivvertragssystem entsprechend weiterzuentwickeln. Neue Versorgungskonzepte stärken den Wettbewerb um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung und sind auch im Rahmen der HzV zu begrüßen.

Entwicklung des Leistungsangebots der Regelversorgung

55. Ist für die HzV-Leistungen, die nicht Teil des Regelkatalogs in der ambulanten kollektivvertraglichen Versorgung sind, gesichert, dass sie einen Nutzen für die Patienten haben?

Wenn nein, sieht die Bundesregierung ein rechtliches Problem darin, dass Zwangsbeiträge der Krankenkassen für Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs ausgegeben werden, für die kein Nutzenbeleg vorliegt?

Gegenstand der HzV-Verträge können auch Leistungen sein, die über den Leistungsumfang der Regelversorgung in der GKV hinausgehen. Hierzu gehören insbesondere innovative Leistungen, die noch keinen Eingang in die Regelversorgung gefunden haben. Die entsprechenden Gestaltungsmöglichkeiten dienen dazu, den Vertragspartnern die Möglichkeit zu geben, die Versorgungsangebote im Interesse der Patientinnen und Patienten weiterzuentwickeln. Leistungen, über die der Gemeinsame Bundesausschuss eine ablehnende Entscheidung getroffen hat, können nicht Gegenstand der HzV-Verträge sein.

56. In welchen Verträgen zur HzV werden nach Kenntnis der Bundesregierung nicht zugelassene Leistungserbringer an der ambulanten Versorgung beteiligt (bitte nach Krankenkasse und Bundesland aufschlüsseln, und bitte vermerken, in welchen Fällen der regionale Bedarf nicht bzw. nicht vollständig von den zugelassenen Leistungserbringern gedeckt werden kann)?

Auf die Antworten zu den Fragen 3 und 4 wird verwiesen.

57. Inwiefern stimmt die Bundesregierung der Aussage zu, dass Maßnahmen, für die ein gesundheitsrelevanter Nutzen (Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) für die Versicherten nachweisbar ist, grundsätzlich in die Regelversorgung der GKV gehören?
58. Bis wann wird die Bundesregierung welche Schritte unternehmen, um dafür zu sorgen, dass im Rahmen von HzV-Verträgen entwickelte neue Versorgungskonzepte oder Leistungsbestandteile, deren Nutzen für die Versorgung der Versicherten wissenschaftlich nachgewiesen wurde, in die Regelversorgung überführt werden?

Die Fragen 57 und 58 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Regelversorgung muss hinsichtlich ihrer Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und dabei den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Leistungen der Regelversorgung müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen dabei das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Es liegt in der Verantwortung der Selbstverwaltungsorgane diejenigen Leistungen, die sich – beispielsweise in Selektivverträgen – bewährt haben in die Regelversorgung aufzunehmen, wenn sie hinsichtlich der Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und für die Sicherung der ärztlichen Versorgung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes erforderlich sind.

