

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
– Drucksache 17/13324 –**

### **Aktuelle Entwicklung bei Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung und Grundsatz der Beitragssatzstabilität**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Seit 2007 sind die Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Hierzu haben sie Verträge mit Gemeinschaften von Hausärzten zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des jeweiligen Bezirks der kassenärztlichen Vereinigung vertreten. Im Zuge des GKV-Finanzierungsgesetzes wurde überdies bestimmt, dass nach dem 22. September 2010 geschlossene Verträge dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten haben (§ 73b Absatz 5a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V).

#### Vorbemerkung der Bundesregierung

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung gewinnt insbesondere die Förderung der Attraktivität des Hausarztberufes zunehmend an Bedeutung. Hausärzte stellen eine zentrale Säule der medizinischen Versorgung dar. Die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bieten aus Sicht der Bundesregierung eine nachhaltige Perspektive für Hausärzte und Versicherte, um eine patientenorientierte und zugleich wirtschaftliche hausärztliche Versorgung zu ermöglichen.

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz wurde das Vergütungsniveau in der HzV zwar begrenzt und orientiert sich nunmehr grundsätzlich am Vergütungsniveau der hausärztlichen Versorgung im Kollektivvertragssystem. Höhere Vergütungen als in der kollektivvertraglichen Versorgung für Hausärzte in HzV-Verträgen sind jedoch weiter möglich, wenn diese durch Effizienzsteigerungen und Einsparungen in anderen Bereichen (z. B. bei der Verordnung von Arzneimitteln) kompensiert werden. Für Verträge, die bis zum 22. September 2010 zustande gekommen sind, gilt auch bei Anschlussvereinbarungen Bestandsschutz bis zum 30. Juni 2014.

Die Fraktionen der CDU/CSU und FDP haben in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, nach drei Jahren festzustellen, wie viele Hausarztverträge deutschlandweit abgeschlossen worden sind. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat daher Ende vergangenen Jahres bei den Aufsichtsbehörden eine Abfrage begonnen, um eine Bestandsaufnahme zum Sachstand bei den HzV-Verträgen durchführen zu können.

1. a) In welchen Bezirken von Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) wurden Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V abgeschlossen, und seit wann bestehen diese?  
b) Wie viele Versicherte sind in diese Verträge jeweils eingeschrieben, und welchem Versichertenanteil entspricht das im jeweiligen Bezirk der KV?
2. Wie viele Verträge nach § 73b SGB V wurden nach dem 1. Januar 2011 abgeschlossen?
3. a) Welche Verträge nach § 73b SGB V sind erst nach Einleitung eines Schiedsverfahrens nach § 73b Absatz 4a SGB V zustande gekommen?

Die Fragen 1 bis 3a werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Wie in der Vorbemerkung bereits dargelegt, führt das BMG derzeit eine Bestandsaufnahme zum Sachstand bei HzV-Verträgen durch. Eine erste vorläufige Auswertung aller Krankenkassen mit mehr als zwei Millionen Versicherten, die insgesamt über 60 Prozent der GKV-Versicherten repräsentieren, zeigt, dass der Mehrheit der in Deutschland lebenden Versicherten dieser Krankenkassen die Möglichkeit für eine HzV zur Verfügung steht. Dies variiert je nach Krankenkasse und KV-Region. Gründe, warum in einzelnen Regionen zum Stichtag 31. Dezember 2012 keine Verträge bestehen, sind z. B. laufende Schiedsverhandlungen.

- b) Wie viele Klagen gegen Schiedssprüche oder die Bestimmung der Schiedspersonen wurden eingereicht?

Zu Frage 3b liegen der Bundesregierung keine bundesweiten repräsentativen Daten vor.

4. Erschweren die neuen Vorgaben des § 73b Absatz 5a SGB V den Abschluss neuer Verträge nach § 73b SGB V?  
Wenn nein, warum nicht, und welche Belege hat die Bundesregierung für diese Einschätzung?  
Wenn ja, plant die Bundesregierung eine diesbezügliche Änderung des § 73b SGB V?

Bei den Vorgaben des § 73b Absatz 5a SGB V handelt es sich um Vorgaben, die nach dem 22. September 2010 bei den Vertragsverhandlungen über neue Verträge nach § 73b Absatz 4 SGB V zusätzlich zu berücksichtigen sind. Sofern zwischen den Vertragsparteien keine Einigung über die Umsetzung dieser Vorgaben erzielt wird, kann dies – wie auch bei Nichteinigung über andere Vertragsbestandteile – den Abschluss neuer Verträge verzögern. In diesen Fällen besteht die Möglichkeit, ein Schiedsverfahren einzuleiten, in dem dann der konkrete Inhalt des Vertrages durch eine unabhängige Schiedsperson festgelegt wird. Eine Änderung des § 73b SGB V ist derzeit nicht vorgesehen.

5. a) Wie viele Verträge nach § 73b SGB V wurden nach dem 1. Januar 2011 durch das Bundesversicherungsamt (BVA) beanstandet?
- b) Wie viele Verträge nach § 73b SGB V wurden nach dem 1. Januar 2011 bei landesunmittelbaren Krankenkassen durch die jeweilige zuständige Landesbehörde beanstandet?
- c) Auf welcher Rechtsgrundlage haben das BVA bzw. die Landesbehörden die Verträge beanstandet?

6. Trifft es zu, dass sich das Inkrafttreten einzelner Verträge wegen einer Beanstandung durch das Bundesversicherungsamt bzw. die Landesbehörden verzögert?

Wenn ja, in welchem Maße kommt es zu zeitlichen Verzögerungen beim Inkrafttreten der Verträge nach Kenntnis der Bundesregierung?

Die Fragen 5 und 6 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Zur Beantwortung dieser Fragen wurde eine Abfrage bei den Aufsichtsbehörden der Länder und dem Bundesversicherungsamt (BVA) durchgeführt. Seitens der Länder wurde die Beanstandung eines Vertrages nach § 73b SGB V gemeldet. Beim BVA kam es Anfang 2011 zunächst zu etwa 30 Beanstandungen. Die Beanstandungen erfolgten jeweils auf der Grundlage des § 73b Absatz 9 SGB V. Um weitere Beanstandungen zu vermeiden, hat das BVA die bundesunmittelbaren Krankenkassen mit Rundschreiben vom 5. April 2011 über die Vorgaben des § 73b Absatz 5a und Absatz 8 SGB V informiert. Seither wurden nach Angaben des BVA etwa 400 weitere Hausarztverträge vorgelegt, die alle unbeanstandet blieben.

Neben einer möglichen Verzögerung beim Inkrafttreten aufgrund einer Beanstandung liegen die Gründe für Verzögerungen nach Aussage des BVA auch darin, dass es den beteiligten Vertragsparteien in der Regel schwerfällt, sich auf Vertragsinhalte zu einigen bzw. beanstandete Vertragsregelungen neu zu verhandeln. In einigen Fällen wurden nach Aussagen des BVA daher seitens der jeweiligen Schiedsperson im Nachgang zur Beanstandung ergänzende Schiedssprüche festgesetzt, was ebenso zu Verzögerungen führte. Die Beanstandung auf Landesebene führte nach Aussagen des Landes zu einer zeitlichen Verzögerung von wenigen Monaten.

7. a) Trifft es zu, dass das Bundesversicherungsamt die Rückzahlung von Mehraufwendungen der Krankenkassen an diese verlangt, wenn sie die erzielten Einsparungen und Effizienzsteigerungen überschreiten?  
Wenn ja, auf welcher Rechtsgrundlage geschieht dies?
- b) Gibt es vergleichbare Forderungen bei landesunmittelbaren Krankenkassen seitens der zuständigen Landesbehörden?
- c) Wie wird sichergestellt, dass in dieser Frage die Aufsichten in Bund und Ländern einheitlich agieren?
- d) In wie vielen Fällen, und in welcher Höhe kam es bereits zu Rückzahlungen?

Trifft es zu, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität auch bei Selektivverträgen nach den §§ 73c und 140a SGB V gilt?

Wenn ja, warum?

Grundsätzlich sind bei Verträgen nach dem 22. September 2010, die Vorgaben des § 73b Absatz 5a und Absatz 8 SGB V zu beachten. Dies kann durch verschiedene vertragliche Regelungen erreicht werden. Das BVA verweist in seiner Stellungnahme auf sein bereits erwähntes Rundschreiben vom 5. April

2011. Darin wird die Vereinbarung einer Rückzahlungsverpflichtung als eine Möglichkeit genannt. Rückzahlungen sind nach Aussagen des BVA und der Länder nicht bekannt.

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder stimmen ihre aufsichtsrechtlichen Einschätzungen und Vorgehensweisen insbesondere im Rahmen ihrer zweimal jährlich stattfindenden Arbeitstagen ab. Darüber hinaus haben die Aufsichtsbehörden eine gesonderte Arbeitsgruppe zur Umsetzung des § 71 Absatz 4 SGB V eingerichtet. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass die Aufsichtsbehörden der Länder, in denen die in § 71 Absatz 4 Satz 1 SGB V genannten Vergütungsvereinbarungen wirksam werden, Gelegenheit haben, im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Prüfung dieser Verträge, Stellung zu nehmen und im Fall einer Beanstandung das Einvernehmen mit ihnen herzustellen ist.

Der in § 71 Absatz 1 SGB V normierte Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt auch bei Vereinbarungen über die Vergütungen in den Verträgen nach den §§ 73c und 140a SGB V, da eine Ausnahmeregelung in den genannten Vorschriften nicht vorgesehen ist.

8. a) Findet der Grundsatz der Beitragssatzstabilität auch für die kollektivvertraglichen Regelungen zur vertragsärztlichen Vergütung Anwendung?

Wenn nein, warum nicht?

- b) Wie begründet die Bundesregierung die unterschiedliche Behandlung selektivvertraglicher und kollektivvertraglicher Versorgungsbereiche?

Erhöhungen der gesamtvertraglich vereinbarten Gesamtvergütungen, die sich aus Erhöhungen des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ergeben, werden einer gesetzlichen Regelung zufolge, die aufgrund des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes seit dem 1. Januar 2009 wirksam ist, nicht durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität „gekappt“. Die KVen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich im Gesamtvertrag die von den Krankenkassen zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KV. Hierzu vereinbaren sie als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf und bewerten diesen mit dem vereinbarten Punktwert in Euro. Der vereinbarte Behandlungsbedarf gilt als notwendige medizinische Versorgung gemäß § 71 Absatz 1 Satz 1 (vgl. § 87a Absatz 3 Satz 1 und 2 SGB V). Diese Vorgabe verdeutlicht, dass die bis zum 31. Dezember 2008 geltende Budgetierung im Sinne einer Anknüpfung der Finanzvolumina der vertragsärztlichen Versorgung an die Grundlohnsumme beendet wurde.

§ 73b Absatz 5a Satz 2 SGB V normiert ausdrücklich, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität insbesondere dann erfüllt wird, wenn die Vertragsparteien vereinbaren, dass der rechnerische durchschnittliche Fallwert nicht den sich in der KV ergebenden rechnerischen durchschnittlichen Fallwert aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte überschreitet. Insoweit erfolgt eine Anbindung an die Entwicklung der kollektivvertraglichen Vergütung und eine Gleichbehandlung in der selektivvertraglichen und der kollektivvertraglichen Versorgung.

9. In welchen Bezirken von KV wurden bislang keine Verträge nach § 73b SGB V abgeschlossen, und warum nicht?

Auf die Antworten zu den Fragen 1 bis 3a wird verwiesen.

10. In welchen KV-Bezirken haben die Krankenkassen keine geeigneten Vertragspartner nach § 73b Absatz 4 Satz 1 SGB V gefunden und haben stattdessen Verträge mit
  - a) vertragsärztlichen Leistungserbringern nach § 73a Absatz 1a SGB V abgeschlossen (§ 73b Absatz 4 Satz 3 Nummer 1 SGB V),
  - b) Gemeinschaften dieser Leistungserbringer abgeschlossen (§ 73b Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 SGB V),
  - c) Trägern von Einrichtungen abgeschlossen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer anbieten (§ 73b Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 SGB V),
  - d) Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 73b Absatz 4 Satz 3 Nummer 4 SGB V) abgeschlossen?
  
11. Welche dieser Verträge wurden von Kooperationen von Krankenkassen abgeschlossen?

Die Fragen 10 und 11 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen zu diesen Fragen keine Erkenntnisse vor.

12.
  - a) In wie vielen Verträgen nach § 73b SGB V wurde eine Evaluation der mit dem Vertrag intendierten Ziele vereinbart?
  - b) Für welche Verträge liegt eine solche Evaluation bereits vor?
  - c) In wie vielen Verträgen wurde eine unabhängige externe Evaluation vereinbart bzw. durchgeführt?
  
13.
  - a) Wie viele Verträge nach § 73b SGB V enthalten Regelungen für eine einheitliche EDV-Infrastruktur der beteiligten Hausärztinnen und Hausärzte?
  - b) Wie viele Verträge nach § 73b SGB V enthalten Regelungen zu kontaktunabhängigen Pauschalen für die beteiligten Hausärztinnen und Hausärzte?
  - c) Wie viele Verträge nach § 73b SGB V enthalten Regelungen zu einem Zuschlag für die Betreuung chronisch Kranker für die beteiligten Hausärztinnen und Hausärzte?
  - d) Wie viele Verträge nach § 73b SGB V enthalten Regelungen zur Verknüpfung mit Facharztverträgen nach § 73c SGB V bzw. zur Unterstützung weiterer Versorgungsformen durch die beteiligten Hausärztinnen und Hausärzte?

Die Fragen 12 und 13 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen zu diesen Fragen keine repräsentativen bundesweiten Daten vor. Vielmehr ist dies Gegenstand der Vereinbarungen der einzelnen Krankenkasse mit den Leistungserbringern vor Ort.





