



# HESSISCHER LANDTAG

11. 08. 2009

## **Kleine Anfrage**

**des Abg. Dr. Spies (SPD) vom 30.06.2009**

**betreffend hausarztzentrierte Versorgung in Hessen**

**und**

**Antwort**

**des Ministers für Arbeit, Familie und Gesundheit**

Die Kleine Anfrage beantworte ich wie folgt:

Frage 1. Welche Krankenkassen in Hessen haben zum 30.06.2009 einen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung abgeschlossen?

Unter der Einschränkung, dass diese Frage nur für die landesunmittelbaren Krankenkassen beantwortet werden kann, ergibt sich folgendes Bild:

Die Betriebskrankenkassen haben bereits mit Wirkung zum 01.10.2007 mit dem Hausärzterverband Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen einen Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V geschlossen, der bisher von keiner Seite gekündigt worden ist. Zurzeit ist noch die offene Rechtsfrage zu klären, ob bei dieser Sachlage dennoch ein (weiterer) Vertrag nach § 73b SGB V - ggf. im Rahmen eines Schiedsverfahrens - zu schließen ist.

Die AOK Hessen und der Hausärzterverband Hessen befinden sich noch in Verhandlungen; zwischen der Landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland und dem Hausärzterverband Hessen ist ebenfalls zumindest noch ein Verhandlungstermin vereinbart.

Frage 2. Welche qualitativen Verbesserungen der Versorgung entstehen dadurch für die Patienten?

Der Vertrag zwischen den Betriebskrankenkassen, dem Hausärzterverband Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen erfüllt die gesetzlichen Anforderungen, die § 73b SGB V aufstellt.

Im Übrigen ist eine Aussage der Landesregierung nicht möglich, da noch Vertragsverhandlungen laufen und nicht bekannt ist, welche vertraglichen Inhalte verhandelt werden.

Frage 3. Wie beurteilt die Landesregierung den Verhandlungsstand der landesunmittelbaren Krankenkassen zur hausarztzentrierten Versorgung?

Die Verpflichtung, den gesetzlich Krankenversicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten, ist erst zum 01.01.2009 als zwingende Verpflichtung für die Krankenkassen ausgestaltet worden. Zudem war nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 10.12.2008 (B 6 KA 37/07 R) zur Weitergabe von Patientendaten an private Abrechnungsstellen völlig offen, auf welchem Weg die Leistungen aus den Verträgen nach § 73b SGB V zulässigerweise abgerechnet werden können. Nicht zuletzt handelt es sich bei den Verträgen nach § 73b SGB V um ein hochkomplexes Thema, sodass der aktuelle Verhandlungsstand der landesunmittelbaren Krankenkassen zur hausarztzentrierten Versorgung aus der Sicht der Landesregierung nicht zu beanstanden ist, zumal es sich nach einhelliger Auffassung bei der Fristsetzung zum 30.06.2009 (§ 73b Abs. 4 S. 1 SGB V) um eine bloße Ordnungsvorschrift handelt.

Frage 4. Wie beurteilt die Landesregierung die Positionen des Hausärztesverbandes Hessen bzw. der Krankenkassen in den aktuellen Vertragsverhandlungen?

Da die Landesregierung bei den aktuellen Vertragsverhandlungen nicht anwesend und auch über deren Inhalt nicht informiert ist, ist der Landesregierung ein Urteil über die Positionen der Verhandlungspartner nicht möglich.

Frage 5. Ist nach Auffassung der Landesregierung dem Wirtschaftlichkeitsgebot im Rahmen der Vergütungsvereinbarung Rechnung getragen worden und wenn ja, in welcher Form?

Die AOK Hessen und die LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland befinden sich noch in Vertragsverhandlungen, auch die Vergütungsvereinbarungen stehen also noch aus.

Der Vertrag zwischen den landesunmittelbaren Betriebskrankenkassen, dem Hausärztesverband Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung sieht eine Einschreibepauschale für den Hausarzt in Höhe von einmalig 9 € pro Versichertem vor; erstmals ab dem Folgequartal erhält der Hausarzt pro Quartal, in dem ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfindet, zusätzlich 9 € als sog. Steuerungspauschale. Insbesondere im Vergleich zu den bisher bekannten Vergütungsvereinbarungen in Verträgen nach § 73b SGB V erscheint damit das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht verletzt.

Frage 6. Wie ist nach Auffassung der Landesregierung ein Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung zu finanzieren?

Die Finanzierung ist wie folgt gesetzlich vorgegeben:

Nach § 73b Abs. 7 SGB V ist ab 01.01.2009 der Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 S. 2 SGB V entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach § 73b Abs. 4 SGB V vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen.

Frage 7. Wie wird sich die Landesregierung gegenüber unwirtschaftlichen Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung verhalten?

Folgende Möglichkeiten sieht das Gesetz vor:

Nach § 71 Abs. 5 SGB V sind die Verträge nach § 73b SGB V den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, in denen sie wirksam werden, vorzulegen. Ein Beanstandungsrecht als Aufsichtsbehörde über die beteiligten Krankenkassen - wie in § 71 Abs. 4 SGB V normiert - ist jedoch nicht vorgesehen. Die Verträge nach § 73b SGB V können seitens der Aufsicht (nur) nach § 53 Abs. 9 SGB V daraufhin überprüft werden, ob die hausarztzentrierte Versorgung als Wahltarif sich aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen selbst trägt.

Als privatrechtlicher Verein untersteht der Hausärztesverband Hessen nicht der Aufsicht der Landesregierung.

Wiesbaden, 30. Juli 2009

**Jürgen Banzer**