

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, Azize Tank, Kathrin Vogler, Harald Weinberg, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

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

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.hausaerzterverband.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 durchringen 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.

Wir fragen die Bundesregierung:

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)?

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?

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?

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?

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?

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

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

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?

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

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?
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.vzbv.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?
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?
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?
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 Verordnungsverhalten 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?
24. Welche Kriterien prüft das Bundesversicherungsamt (BVA) bei HzV-Verträgen, und welche Ergebnisse der Prüfung sind für die 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?
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?
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?
30. Wie viel kostet nach Kenntnis der Bundesregierung die Vertragsabwicklung der HzV-Verträge (bitte insgesamt, je Vertrag und pro Versicherten bzw. Versicherter aufgliedern 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?
31. Wie gehen die Kosten für die Vertragsabwicklung in die Wirtschaftlichkeitsprüfung der HzV-Verträge vonseiten des BVA ein?

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.)?

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)?

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?

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?

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?

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?

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)?

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)?

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?

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-Bezirk, 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?

49. Welchen Einfluss haben bzw. hatten gesetzliche Vorgaben zur Wirtschaftlichkeit der HzV auf die Gesamtausgaben, und welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung daraus?
50. Wie unterscheiden sich grundsätzlich die Vergütungssysteme für Ärztinnen und Ärzte im Kollektivvertrag und der in der HzV nach Kenntnis der Bundesregierung?
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?

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?

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?
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?

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?

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)?

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?

Berlin, den 20. Mai 2015

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

