

**Schleswig-Holsteinischer Landtag**  
**Umdruck 17/681**

Ministerium für Arbeit,  
Soziales und Gesundheit  
des Landes Schleswig-Holstein



Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit  
Postfach 70 61 | 24170 Kiel

An den  
Vorsitzenden des Sozialausschusses  
Herrn Christopher Vogt  
- Landeshaus -  
Düsternbrooker Weg 70  
24105 Kiel

Kiel, 31. März 2010

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

im Nachgang zur vergangenen Sitzung des Sozialausschusses am 25. März 2010 übersende ich Ihnen die Stellungnahme des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit zum Umdruck 17/504: „Aktuelle Situation des Modells der Hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V für Schleswig-Holstein unter Berücksichtigung des Datenschutzes im Allgemeinen und der aktuellen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes zur Datenvorratsspeicherung im Besonderen“. Bitte leiten Sie diese an die Mitglieder des Sozialausschusses weiter.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Heiner Garg  
Minister

**Anlage**

**Stellungnahme des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit zum Umdruck 17/504: „Aktuelle Situation des Modells der Hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V für Schleswig-Holstein unter Berücksichtigung des Datenschutzes im Allgemeinen und der aktuellen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes zur Datenvorratsspeicherung im Besonderen“**

**1. Einführung**

§ 73b SGB V und damit die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) wurde mit Gesetz vom 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190) in das die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) regelnde Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) eingefügt. Im Jahr 2007 wurde das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz verabschiedet, das die Hausärzte mit einem eigenständigen Verhandlungsmandat versah. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wurde dieses Verhandlungsmandat durch eine rechtliche Vorrangstellung fortgeschrieben.

Die Neuregelung trat am 01.01.2009 in Kraft. In § 73b wurde ein neuer Absatz 4 eingefügt. Danach wird den Krankenkassen bis zum 30.06.2009 eine Frist gesetzt, um Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung (HzV) zu schließen. Diese Verträge müssen mit „Gemeinschaften“ geschlossen werden, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzte für Allgemeinmedizin vertreten. Die Änderung bedeutet das eigenständige Verhandlungsmandat von Hausärzten. Damit ist der Sicherstellungsauftrag für die HzV auf die Krankenkassen übergegangen. Verträge über die HzV sind ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung möglich.

**a) Erwartungen**

Ziel der HzV soll die Verbesserung der Qualität der hausärztlichen Versorgung durch Stärkung der zentralen Steuerungs- und Koordinierungsfunktion des Hausarztes sein. Der Hausarzt soll für den Patienten eine „Lotsenfunktion“ übernehmen. Grundgedanke der HzV ist, dass sich die GKV-Versicherten einen Hausarzt wählen, der sie behandelt und die gesamte ambulante, fachärztliche und stationäre medizinische Betreuung steuert. Der Hausarzt überweist die Patienten bei Bedarf an die entsprechenden Fachärzte. Die Teilnahme an dem Hausarztmodell ist für Versicherte wie für Hausärzte freiwillig. Wer nicht teilnimmt, verbleibt in der Regelversorgung der GKV.

Nach Absatz 5 Satz 1 ist in den Verträgen nach Abs. 4 *„das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die Ausgestaltung der Anforderungen nach Absatz 2, sowie die Vergütung zu regeln“*.

Nach § 73b Abs. 7 S. 2 SGB V ist ab dem 01.01.2009 *„der Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 S. 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 4 vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen.“* Hierzu werden die entsprechenden Kostenanteile aus der Kollektivvergütung aller Ärzte eines KV-Bezirks herausgerechnet und zur Finanzierung des Selektivvertrags herangezogen.

Dafür können die Kassen ihren Mitgliedern Vergünstigungen, z.B. Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen anbieten. Die teilnehmenden Patienten verpflichten sich verbindlich für mindestens 12 Monate gegenüber einem Hausarzt, der in allen medizinischen Fragen erster Ansprechpartner wird (Ausnahmen: Notfälle, Notfalldienste, Gynäkologie und Augenbehandlung). Im Vertretungsfall muss ein vom Hausarzt benannter Vertreter aufgesucht werden.

**b) Kritik**

Die Regelung der HzV ist in Schleswig-Holstein großer Kritik von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und den Kassen – mit der Ausnahme der BKK'n – ausgesetzt.

Die KV befürchtet nicht zu Unrecht, dass sie ihren Aufgaben, u.a. ihren Sicherstellungsauftrag, ohne Hausärzte und deren Vergütung nicht mehr nachkommen kann.

Es wird darüber hinaus darauf hingewiesen, dass die KV den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts habe und damit der Rechtsaufsicht durch das Sozialministerium unterstehe. Es wird angezweifelt, dass ein privatrechtlich organisierter Berufsverband Gewährleistungsfunktionen übernehmen kann.

Da davon auszugehen ist, dass der Kollektivvertragspartner auf Leistungserbringerseite – die KV – einer solchen Bereinigung ablehnend gegenüber steht, werden Bereinigungsverfahren ohne Schiedsamsentscheidung oder gerichtliche Auseinandersetzung kaum durchsetzbar sein.

Die Kassen lehnen die Hausarztverträge ab, weil sie befürchten, dass die Inhalte der Verträge oder deren inhaltliche Festsetzung durch Schiedspersonen sie so stellen, wie es die Verträge in den südlichen Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg bestimmen. Das würde eine deutliche Erhöhung der Aufwendungen für die hausärztliche Versorgung nach sich ziehen. So tragen beispielsweise die Krankenkassen das Risiko dafür, dass sich eingeschriebene Versicherte nicht an weitere Hausärzte wenden, die nicht an der HzV teilnehmen. Damit sehen sich die Krankenkassen mit Rückforderungen der KV konfrontiert. Die Gefahr vorzeitiger Zusatzbeiträge gerade bei den landesunmittelbaren Kassen wird dadurch deutlich erhöht.

## **2. Verfahrensschritte**

In einem ersten Schritt verhandeln die Kassen mit den Gemeinschaften über den HzV-Vertrag. Kommt keine Einigung zustande, kann die Gemeinschaft bei den Krankenkassen die Einleitung eines Schiedsverfahrens beantragen. Können sich beide Partner nicht auf eine bestimmte Schiedsperson verständigen, wird eine unabhängige Schiedsperson durch die Rechtsaufsicht bestimmt (§ 73 b Abs. 4a Satz 2 SGB V).

Liegt ein Vertrag vor, verhandeln die Kassen mit der KV über die Bereinigung der Gesamtvergütung gem. § 85 a ff. SGB V. Die Gesamtvergütung muss dabei um Leistungen bereinigt werden, die auf Grundlage von Selektivverträgen erbracht werden. Die HzV zählt zu diesen Selektivverträgen.

Wie ein Bereinigungsverfahren durchzuführen ist, das die Kollektivpartner des Kollektivvertrages und die Schiedsämter hinreichend bindet, wird gesetzlich nicht vorgeschrieben. Dies ist Aufgabe des (erweiterten) Bewertungsausschusses, der Ende 2009 die Bereinigungsmodalitäten in einer Vereinbarung geregelt hat.

Erfahrungswerte aus Bayern und Baden-Württemberg, wo HzV-Verträge bereits seit längerem bestehen, zeigen, dass die Arzthonorare im ersten Halbjahr 2009 insgesamt aufgrund der Bereinigung durch HzV-Verträge um 0,5 bzw. 4,1 Prozent gesunken sind (Quelle: KBV vom 19.02.2010).

## **3. Situation in Schleswig-Holstein**

Der BKK Landesverband-Nord hat aktuell einen HzV-Vertrag mit der Hausärztergemeinschaft auf Bundesebene (HÄG) und dem Hausärzterverband Schleswig-Holstein e.V. (HÄV) geschlossen, nachdem er die Mandatierung der Hausärztergemeinschaft auf der Basis offizieller KV-Zahlen im April 2009 positiv festgestellt hatte. Ein älterer HzV-Vertrag war zum Jahresende 2009 ausgelaufen. Der aktuelle Vertrag regelt die Einschreibung ab dem 1. April 2010; der Bereinigungsvertrag beginnt zum 1. Juli 2010. Einzige landesunmittelbare Krankenkasse ist die BKK Steinbeis Holcim. Da Vertragspartner der BKK-Landesverband Nord ist, sind gegebenenfalls vertragliche Abstimmungen einschließlich datenschutzrechtliche Anzeigen bei der zuständigen Rechtsaufsicht in Hamburg vorgenommen worden.

Ein noch im Juli 2009 eingeleitetes Bereinigungsverfahren der Gesamtvergütung zwischen BKK Landesverband und der KVSH ist am 04.09.2009 vor dem sog. kleinen Schiedsamt (nur KV und BKK'n und unparteiische Schiedsamtsmitglieder inkl. Vorsitzender) verhandelt worden, das sich für unzuständig erklärt hat. Begründung: Da die Auswirkungen (Verteilungswirkungen z.B. Einfluss auf die Höhe der Regelleistungsvolumina) eines Bereinigungsverfahrens alle Kassen betreffen, sei nicht das kleine sondern das große Schiedsamt (zusätzlich alle anderen Kassenarten) für dieses Verfahren zuständig. Der BKK Landesverband hat gegen diese Entscheidung Klage eingereicht.

Das Thema wurde auf der Aufsichtsbehördentagung mit folgendem Ergebnis erörtert: Für die Bereinigung der Gesamtvergütung sei das kleine, für die Verteilungswirkungen (dann unter Beteiligung anderer Krankenkassen) das große Schiedsamt zuständig. Diese Auffassung entspricht auch einem Gutachten, das der BKK Landesverband Nord zum Gegenstand seiner Klage beim Sozialgericht gemacht hat.

Die landesunmittelbaren Krankenkassen AOK SH, IKK Nord, LKK SH & HH hatten bezweifelt, dass eine Gemeinschaft im Sinne des § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V zustande gekommen war, zum einen, weil auf die zum Stichtag 30.06.2009 von der KVSH mitgeteilte Zahl der Allgemeinärzte von 1.561 abgestellt wurde und die „Gemeinschaft“ nicht mindestens die Hälfte der mandatierten Ärzte vorgelegt hätte, zum anderen, weil nicht akzeptiert wurde, dass eine „Gemeinschaft“ bestehend aus dem Hausärzterverband und der Ärztengeossenschaft besteht, sondern beide Organisationen für sich hätten gezählt werden müssen, um auch einzeln die geforderten 50 % des Gesetzes zu erfüllen.

Aus den genannten Gründen seien auch die Voraussetzungen zur Einleitung eines Schiedsverfahrens nicht erfüllt gewesen, ebenso wie die Aufsichtsbehörde keine Schiedsperson hätte bestimmen dürfen. Die landesunmittelbaren Krankenkassen befänden sich ausdrücklich nicht in Vertragsverhandlungen mit dem Hausärzterverband. Sowohl die Bestimmung der Schiedsperson durch die Aufsichtsbehörde als auch die Festlegung des Vertragsinhalts durch die Schiedsperson können beklagt werden (§73b Abs. 4a S. 4 SGB V), haben aber keine aufschiebende Wirkung.

#### **4. Abrechnung ärztlicher Leistungen im Selektivvertrag nach § 73 b SGB V unter besonderer Beachtung des Sozialdatenschutzes**

Das Bundessozialgericht hatte in seiner Entscheidung vom 10. Dezember 2008 (B 6 KA 37/07 R – Rz. 38) für die besonderen Versorgungsformen außerhalb des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen auf das Fehlen spezifischer Datenschutzregelungen hingewiesen. Deshalb hat der Bundesgesetzgeber mit Artikel 15 Ziffer 13 a und Artikel 15 a der 15. Novelle zum Arzneimittelgesetz (BGBl 2009, Teil I, Nr. 43 vom 22.07.2009, S. 1990 ff.) auch nur vorübergehend in § 295 Abs. 1 b SGB V mit den Sätzen 5 bis 8 geregelt, dass „eine andere Stelle“, zum Beispiel ein privatrechtlich organisiertes Rechenzentrum, mit der Verarbeitung und Nutzung der für die Abrechnung erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragt werden darf.

Für diese beauftragten Stellen gilt selbstverständlich das gleiche Schutzniveau wie bei den dem Sozialgeheimnis unterliegenden Stellen nach § 35 SGB I. Insbesondere haben sie die nach § 78 a SGB X erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen, ebenso wie § 80 SGB X anzuwenden ist.