

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgitt Bender, Volker Beck (Köln),
Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/
DIE GRÜNEN
– Drucksache 16/11122 –**

Zukünftige Honorierung der Versorgung von Patienten und Patientinnen mit HIV und AIDS

Vorbemerkung der Fragesteller

Im Zuge der Umstellung der Arzthonorare auf den EBM 2008 bzw. den EURO-EBM ab Anfang 2009 wurden bestehende Verträge über zusätzliche Pauschalen zur Behandlung von HIV-Infizierten und AIDS-Erkrankten zwischen Krankenkassen und den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen gekündigt. Insbesondere aus Berlin wird die Befürchtung geäußert, dass hierdurch die sinnvollen und notwendigen HIV-Schwerpunktpraxen in Frage gestellt werden.

Bei der 25-Jahr-Feier der Deutschen Aidshilfe sicherten Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel und die Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, zu, dass HIV- bzw. AIDS-Patientinnen und -Patienten keine Einschränkung bei der Behandlung zu befürchten hätten. Laut Presseberichten hat die Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, trotz fehlender Bundeszuständigkeit, zugesagt, dass die alten Regelungen weiter gälten bis neue Pauschalen verhandelt seien. Man könne sie beim Wort nehmen (siehe www.kma-online.de/nachrichten/politik/id_15321_view.html).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Bundesregierung unterstützt die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen auf Bundesebene in ihren Bemühungen, die ambulante Versorgung von HIV/AIDS-Patienten in Schwerpunktpraxen künftig durch bundeseinheitliche Regelungen mit Wirkung ab dem 1. April 2009 besonders zu fördern. Hierzu zählen auch kurzfristige Übergangsregelungen, falls diese erforderlich sind, um bis zu einem Inkrafttreten der bundeseinheitlichen Regelungen Versorgungsprobleme in den Schwerpunktpraxen zur Versorgung von HIV/AIDS-Patienten zu vermeiden.

1. Auf welcher konkreten Regelungskompetenz des Bundes gründet die Zusage der Bundesregierung, die alten Vereinbarungen würden bis zum Abschluss neuer Vereinbarungen fortgelten, und auf welche Weise will die Bundesregierung diese Zusage umsetzen?

Die Zusage von Vertretern der Bundesregierung, dass es keine Einschränkungen bei der ambulanten Versorgung von HIV- und AIDS-Patienten geben werde, gründet sich auf entsprechende Zusagen der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen auf Bundesebene gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit. Die rechtlichen Grundlagen für die aufsichtsrechtliche Begleitung der Regelungen zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen für HIV- und Aidspatienten durch das Bundesministerium für Gesundheit finden sich insbesondere im § 87 Abs. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen haben sich in der 315. Sitzung des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses am 4. November 2008 darauf verständigt, auf Grundlage der noch in Abstimmung befindlichen Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V über die spezielle Versorgung von HIV/AIDS-Patienten mit Wirkung ab 1. April 2009 einen neuen Abschnitt mit entsprechenden Gebührenpositionen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufzunehmen. Zum 1. Januar 2009 sei eine Regelung nicht umsetzbar, da zunächst noch Fragen der Qualitätssicherung geklärt werden müssten. Gegenüber dem Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit wurde auf Nachfrage in dieser Sitzung zugesichert, dass in Folge des Inkrafttretens der Regelung erst zum 1. April 2009 keine Probleme bezüglich der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zu befürchten seien. Um eine ausreichende Versorgung der Versicherten auch in dieser Übergangszeit sicherzustellen, kündigten die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses in dieser Sitzung an, eine gemeinsame Empfehlung an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sowie an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu geben, wonach die ggf. mit Ablauf des 31. Dezember 2008 gekündigten Sonderverträge zur Versorgung von HIV/AIDS-Patienten auf der regionalen Ebene bis zum 31. März 2009 weitergeführt werden sollten. Eine entsprechende Empfehlung ist mit Schreiben vom 12. November 2008 an die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen gegangen. Der Spitzenverband Bund und die Kassenärztliche Bundesvereinigung empfehlen die Weiterführung der bisherigen Sonderverträge für die Versorgung von HIV/AIDS-Patienten, damit Versorgungsengpässe zu Lasten der betroffenen Patientinnen und Patienten vermieden werden können.

Das Bundesministerium für Gesundheit geht davon aus, dass die Zusage der zuständigen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen, dass Versorgungsengpässe bei der Betreuung von HIV-Patienten in jedem Fall vermieden werden, eingehalten wird. Mit Schreiben vom 17. November 2008 hat es die Träger des Bewertungsausschusses als Bundesmantelvertragspartner nach § 82 Abs. 1 SGB V ergänzend darum gebeten, zur Sicherung der besonderen HIV/AIDS-Versorgung und zur Ermöglichung des Abschlusses von Anschlussregelungen zu den gekündigten Sondervereinbarungen mit Wirkung ab dem 1. Januar 2009 bis zum 31. März 2009, eine Übergangsvereinbarung zur Fortführung der besonderen Maßnahmen zur HIV-/AIDS-Versorgung abzuschließen, welche für alle Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich ist, soweit für denselben Zeitraum keine regionalen Vereinbarungen vorliegen.

2. Mit welchen Kassenärztlichen Vereinigungen gab es Verträge der Krankenkassen über eine Aids-Pauschale?

Welche Verträge wurden gekündigt, und wann?

Für die Beantwortung hat das Bundesministerium für Gesundheit die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen um Auskunft über regionale Vereinbarungen bzw. Übergangsvereinbarungen zur Sondervergütung ambulanter ärztlicher Leistungen für die Behandlung von HIV/AIDS-Patienten gebeten. Die mit Stand vom 5. Dezember 2008 vorliegenden Informationen ergeben sich aus der beiliegenden Übersicht (Anlage).

3. Auf welche Weise wurden die besonderen Aufwendungen der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS in den Kassenärztlichen Vereinigungen honoriert, in denen bislang keine Sondervereinbarungen mit den Krankenkassen bestanden?

Siehe Antwort zu Frage 2.

4. In welchen Regionen haben die Selbstverwaltungspartner inzwischen Übergangsregelungen verabredet, und in welchen Regionen stehen solche Vereinbarungen noch aus?

Wo gab es Sprüche des Schiedsamts?

Siehe Antwort zu Frage 2. Soweit in der Übersicht ausgeführt wird, dass Ersatzkassen nicht zu einer Übergangsvereinbarung bereit sind, ist vorgesehen, mit dem Verband der Angestellten-Krankenkassen kurzfristig ein Gespräch zu führen.

5. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung, dass der EBM 2008 die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS nicht ausreichend abbildet?

Wenn ja, auf welche andere Weise sollten nach Ansicht der Bundesregierung die besonderen Aufwendungen der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS honoriert werden?

Die Einigung der Partner im Bewertungsausschuss, mit Wirkung ab 1. April 2009 einen neuen Abschnitt mit speziellen Gebührenpositionen zur Versorgung von HIV/AIDS-Patienten in den EBM aufzunehmen und parallel hierzu auch eine Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V über die spezielle Versorgung von HIV/AIDS-Patienten abzuschließen, wird von der Bundesregierung begrüßt.

6. Welchen Stand haben die Gespräche zwischen den Selbstverwaltungspartnern über eine bundesweite Vereinbarung zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS?

Wann rechnet die Bundesregierung mit dem Abschluss einer solchen Vereinbarung?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass die in der Antwort zu Frage 5 genannten Regelungen der gemeinsamen Selbstverwaltung zum 1. April 2009 in Kraft treten.



Ergebnisse der Umfrage zu regionalen Vereinbarungen bzw. Übergangsvereinbarungen zur Sondervergütung ambulanter Leistungen für die Behandlung von HIV-/AIDS-Patienten

Kassenärztliche Vereinigung	Zu Frage 2: Gab es Verträge der Krankenkassen über eine AIDS-Pauschale?	Zu Frage 2: Welche Verträge wurden gekündigt und wann?	Zu Frage 3: Wie gestaltet sich die Vergütung, wenn keine regionalen Verträge bestehen?	Zu Frage 4: Wurden Übergangsregelungen verabredet oder stehen diese aus? Sind diese durch einen Schiedsspruch zustande gekommen?
Schleswig-Holstein	keine Regelung	entfällt	Sofern keine regionale Vereinbarung geschlossen wurde, gelten die EBM-Regelungen. Eine besondere Pauschale für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS besteht bisher im EBM nicht.	entfällt
Hamburg	Regelung mit AOK Rheinland/Hamburg, zugleich für die Knappschaft BKK LV NORD, See-Krankenkasse, VdAK/AEV	gekündigt mit Wirkung zum 31.12.2008 - Weitergeltung im I. Quartal 2009 verbindlich mitgeteilt		Weitergeltung im I. Quartal 2009 verbindlich mitgeteilt. Keine weiteren Vereinbarungen bzw. Schiedssprüche.
Bremen	Vertrag im Ersatzkassenbereich	gekündigt mit Wirkung zum 31.12.2008		Ersatzkassen sind nicht zu einer Übergangsvereinbarung bereit, deshalb entfällt die Vergütung ab 01.01.2009.
Niedersachsen	keine Regelung	entfällt		entfällt
Westfalen-Lippe	Pauschale i.H.v. 76,69 Euro je Fall und Quartal	gekündigt mit Wirkung zum 31.12.2008		Vertrag verlängert bis zum 31.03.2009. Kein Schiedsamt.
Nordrhein	Aids-Vereinbarung mit allen Kassen. Pauschale i.H.v. von 76,69 € je Fall und Quartal.	Nein, die Vereinbarung wird auch in 2009 weiter fortgeführt.		nein
Hessen				
Rheinland-Pfalz	HIV-/AIDS-Vertrag mit allen rheinland-pfälzischen Kassenverbänden sowie mit der Knappschaft seit 01.07.2007	gekündigt mit Wirkung zum 31.12.2008		Die Kassenverbände haben sich bis zum In-Kraft-Treten der geplanten Leistungen im Kapitel 30 EBM bereit erklärt, die HIV-/AIDS-Vereinbarung weiter laufen zu lassen.

Baden-Württemberg	Bezirksdirektion Stuttgart: Vereinbarung mit AOK, LKK, IKK und BKK, Vergütung außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung.	LKK, IKK, BKK mit Wirkung zum 31.03.2008 gekündigt. Vereinbarung mit AOK war befristet bis zum 31.12.2008.	Sofern keine regionale Vereinbarung geschlossen wurde gelten die EBM-Regelungen. Eine besondere Pauschale für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS besteht bisher im EBM nicht.	VdAK, IKK, BKK, LKK haben eine Übergangsvereinbarung abgelehnt. Mit AOK sind Verhandlungen zur Übergangsvereinbarung noch nicht abgeschlossen. Thematik war nicht Gegenstand des Schiedsamtverfahrens.
Bayerns	Regionale AIDS-Vereinbarung vom 29.11.1994 mit den Ersatzkassen.	gekündigt mit Wirkung zum 31.12.2008		Nein, vor dem Hintergrund der Einführung des Gesundheitsfonds zum 01.01.2009 ist mit den Ersatzkassen keine Übergangsregelung vereinbar.
Berlin	Regionale AIDS-Vereinbarungen mit allen 4 Kassenverbänden.	gekündigt mit Wirkung zum 31.12.2008		Keine Vereinbarung. Die Kassen versuchen einen Vertrag mit einzelnen Praxen, etwa 40-50% der Patienten und 75% der AIDS-Schwerpunktpraxen werden nicht davon erfasst werden.
Saarland	keine Regelung	entfällt		entfällt
Mecklenburg- Vorpommern	keine Regelung	entfällt		entfällt
Brandenburg	Keine gesonderten Vereinbarungen zur Vergütung der Behandlung von Patienten mit HIV und AIDS. Lediglich mit der IKK Brandenburg und Berlin konnte eine sog. "Homecare"-Vereinbarung geschlossen werden, welche den besonderen Aufwand bei Hausbesuchen eines Patienten u. a. mit AIDS honoriert. Als Zuschlag zur GOP 01410 werden nach dieser Vereinbarung 46,02 € gezahlt.	Die "Homecare"-Vereinbarung wurde nicht gekündigt und gilt daher auch im Jahr 2009 weiter.		nein
Sachsen-Anhalt	keine Regelung	entfällt		entfällt
Thüringen	keine Regelung	entfällt		entfällt
Sachsen				

