



## 1. Leistungspflicht Prämienzahlung

Nach § 53 Abs. 3 SGB V sind Krankenkassen verpflichtet, für Versicherte, die an einer besonderen Versorgungsform nach § 73b SGB V (bei der AOK Hessen: „Hausarztprogramm“) teilnehmen, Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen vorzusehen. Voraussetzung ist, dass die zu erwartenden Einsparungen und Effizienzsteigerungen des Wahltarifs die zu erwartenden Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. In diesem Fall muss mindestens die Hälfte des Differenzbetrags, um den die Einsparungen und Effizienzsteigerungen die sonstigen Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen, als Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigung an die teilnehmenden Versicherten ausgeschüttet werden. Einen entsprechenden Anspruch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an dem Hausarztprogramm hat die AOK Hessen in § 21 Abs. 3 und 4 ihrer Satzung geregelt.

Die AOK Hessen hat sich entschieden, Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Hausarztprogramms eine Prämie zu zahlen, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen dafür gegeben sind.

## 2. Berechnung der Prämie

Nach § 53 Abs. 3 Sätze 3-6 SGB V setzen Prämienzahlungen voraus, dass die zu erwartenden Einsparungen und Effizienzsteigerungen die zu erwartenden Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Ergibt sich bei der Berechnung eine negative Differenz, besteht kein Prämienanspruch. Für die Berechnung der Prämienzahlung werden die erwarteten Einsparungen und Effizienzsteigerungen den erwarteten Aufwendungen gegenübergestellt.

### 2.1. Definition der Begrifflichkeiten

**„Einsparungen“:** Die im Hausarztprogramm prognostizierten monetären Minderausgaben, die gegenüber der Regelversorgung entstehen

**„Effizienz“:** Kosten-Wirksamkeits- und Kosten-Nutzwert-Analysen, zu denen beispielsweise die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen, die verbesserte Pharmakotherapie oder der Zugewinn an Lebensqualität zählen. Eine monetäre Bewertung dieser Größen ist nicht immer möglich. Es wird davon ausgegangen, dass sich Effizienzeffekte bereits in den Versorgungskosten niederschlagen. Eine Doppelzählung von (verminderten) Versorgungskosten und Effizienzsteigerungen muss ausgeschlossen werden. Effizienzsteigerungen sind somit Bestandteil der monetären Betrachtung und als solche bei den Berechnungen des Wahltarifs nach § 53 Abs. 3 SGB V bereits berücksichtigt.

**„Berechnung der Einsparungen und Effizienzsteigerungen“:** Sie erfolgt durch die Gegenüberstellung der Versorgungskosten. Die Versorgungskosten setzen sich aus den durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben für die Versicherten in den unterschiedlichen Leistungsbereichen zusammen:

- Stationäre Versorgung
- Ambulante Versorgung
- Arzneimittel
- Heil- und Hilfsmittel
- Weitere Leistungsbereiche (Rehabilitation, Häusliche Krankenpflege etc.)



Die Berechnung der Versorgungskosten für das Hausarztprogramm umfasst sowohl die vertragspezifischen Ausgaben für Leistungen innerhalb des Hausarztprogramms als auch die übrigen für diese Versicherten anfallenden Versorgungskosten, die nicht im Rahmen des Hausarztprogramms erbracht werden können.

**„Aufwendungen“:** Der Begriff wird dem Begriff ‚Aufwand‘ gleichgesetzt. Dabei ist Aufwand der in Geld gemessene Wert aller verbrauchten Güter und Leistungen. Aufwendungen für den Wahltarif sind Zusatzkosten, die für den Wahltarif gesondert entstehen. Sie umfassen

- Verwaltungskosten (Personal- und Sachkosten, Entwicklungs- und Technikkosten für die Umsetzung des Hausarztprogramms bei der Krankenkasse)
- weitere tatsächliche Kosten, z. B. für versicherungsmathematisches Gutachten

## 2.2 Berechnungssystematik

Für die Berechnung werden die Versorgungskosten der Versicherten, die am Hausarztprogramm teilnehmen (Interventionsgruppe), mit den Versorgungskosten von Versicherten aus der Regelversorgung (Kontrollgruppe) miteinander verglichen. Hierzu wird eine Vergleichsgruppenbildung vorgenommen. Für einen kausalen Zusammenhang müssen die Einsparungen um Selektionseffekte der Teilnehmer bereinigt werden. Hierfür wird ein „Matching“-Verfahren angewendet, bei dem alle Unterscheidungskriterien berücksichtigt werden, bei denen Selektionseffekte zu erwarten sind.

Einsparungen und Effizienzsteigerungen lassen sich in besonderen Versorgungsformen nicht kurzfristig generieren und nachweisen. Für eine valide Berechnung wird deshalb bei der Berechnung im Hausarztprogramm ein retrospektiver Zeitraum von drei Kalenderjahren betrachtet. Die Neuberechnung erfolgt alle drei Jahre jeweils prospektiv für das laufende Kalenderjahr, basierend auf den retrospektiven Zahlen der vergangenen drei Jahre. Das Ergebnis der Berechnung wird im zweiten und dritten Jahr anhand der Veränderung der Versichertenstruktur bei der AOK-Hessen insgesamt einerseits und der Teilnehmer an der Hausarztversorgung andererseits angepasst, damit die Kosten in den jeweiligen Gruppen näherungsweise den im laufenden Kalenderjahr reell anfallenden Kosten entsprechen.

Von den ermittelten Einsparungen und Effizienzsteigerungen werden die zu erwartenden Aufwendungen der AOK Hessen für die Bereitstellung der Hausarztversorgung abgezogen.

Übersteigen hierbei die zu erwartenden Einsparungen und Effizienzsteigerungen die zu erwartenden Aufwendungen für den Wahltarif, ist die Voraussetzung für eine Prämienzahlung gegeben. Die berechnete positive Differenz wird unter den weiteren Voraussetzungen nach Ziffer 3.2 zu 50% an die Versicherten ausgezahlt. Die weiteren 50% verbleiben bei der AOK Hessen. Es gilt:

- ermittelte Einsparungen und Effizienzsteigerungen > erwartende Aufwendungen = Prämienauszahlung
- ermittelte Einsparungen und Effizienzsteigerungen < erwartende Aufwendungen = keine Prämienauszahlung

## 3. Umfang der Leistungspflicht

### 3.1 Anspruchsvoraussetzungen

Versicherte, die an dem Hausarztprogramm der AOK Hessen teilnehmen, haben Anspruch auf die Zah-



lung einer Prämie, sofern folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Teilnahme an dem Hausarztprogramm der AOK Hessen zum Stichtag 01. Oktober des jeweiligen Kalenderjahres durch Unterzeichnung der Teilnahme- und datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung und Teilnahmebestätigung durch das Begrüßungsschreiben der AOK Hessen
- Für die Teilnahme in der Zeit vom 11. Mai 2019 bis zum 30.09.2019 wird in 2020 zusätzlich eine anteilige Prämie gezahlt, soweit die rechnerischen Voraussetzungen für eine Prämienzahlung auch in diesem Zeitraum vorliegen.
- Kein wiederholter Verstoß gegen die vertraglichen Teilnahmebedingungen

Erfolgt im Anschluss an eine Mitgliedschaft ein Wechsel in die Familienversicherung bei der AOK Hessen hat dies keine Auswirkungen auf die Prämienzahlung.

### **3.2 Turnus der Auszahlung**

Die Auszahlung der Prämie erfolgt einmal jährlich im 3. Quartal. Die Prämie wird unaufgefordert an die Anspruchsberechtigten überwiesen.

Sollte der Auszahlungsbetrag 5 EUR nicht übersteigen, erfolgt die Auszahlung im Folgejahr. Wurde die Teilnahme zwischenzeitlich beendet, wird im Folgejahr auch ein Betrag bis zu 5 Euro ausgezahlt.