

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster),
Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und
der Fraktion der FDP
– Drucksache 16/6016 –**

Anschubfinanzierung zur Integrierten Versorgung

Vorbemerkung der Fragesteller

Zur Förderung der Integrierten Versorgung ist seit Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) eine Anschubfinanzierung für integrierte Versorgungsverträge vorgesehen (§ 140d SGB V). Jede Krankenkasse hat zu diesem Zweck von der für ambulante ärztliche Behandlungen zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung bis zu ein Prozent einzubehalten. Die einbehaltenen Mittel aus der Anschubfinanzierung werden gesondert innerhalb des Kontorahmens der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verbucht. Sie dürfen ausschließlich zur Finanzierung von Integrationsverträgen verwendet werden und sollen in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung verwendet werden, in dem sie einbehalten wurden.

Im GMG wurde auch festgelegt, dass diejenigen Mittel, die nicht innerhalb von drei Jahren für den vorgegebenen Zweck verwendet wurden, entsprechend ihrem Anteil an den jeweils einbehaltenen Beträgen an die Kassenärztlichen Vereinigungen und die einzelnen Krankenhäuser bis zum 31. Dezember 2006 zurückzuzahlen sind.

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz hat die im GMG zunächst vorgesehene Befristung der Anschubfinanzierung bis zum 31. Dezember 2006 auf den 31. Dezember 2008 verlängert. Die in den Jahren 2004 bis einschließlich 2008 einbehaltenen Mittel müssen, wenn sie nicht innerhalb von drei Jahren für die Finanzierung von Integrationsverträgen verwendet werden, spätestens bis zum 31. März 2009 an die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend ihres Anteils an den einbehaltenen Beträgen ausgezahlt werden. Auch für die Krankenhäuser war eine solche Regelung vorgesehen, die allerdings durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) dahingehend geändert worden ist, dass die Rückzahlungsverpflichtung der Krankenkassen an die Krankenhäuser für die Jahre 2004 bis einschließlich 2006 gestrichen worden ist. Das heißt, dass Mittel, die in den Jahren 2004 bis 2006 von Krankenhausrechnungen als Anschubfinanzierung einbehalten wurden, auch dann nicht mehr an die Krankenhäuser zurückzuzahlen sind, wenn sie nicht für die Integrierte Versor-

gung verwendet wurden. Die Pflicht der Krankenkassen, einbehaltene, aber nicht zur Finanzierung der Integrierten Versorgung eingesetzte Mittel der Anschubfinanzierung zurückzuzahlen, wird für die Krankenhäuser insofern auf die Jahre 2007 und 2008 begrenzt.

Das GKV-WSG stellt klar, dass die Krankenkassen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und gegenüber den Krankenhäusern die Verwendung der Mittel darzulegen haben. Dabei kommt es darauf an, dass die Leistungserbringer nachvollziehen können, ob, in welchem Umfang und wie im Einzelnen die Mittel verwendet worden sind.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Mit der integrierten Versorgung hat der Gesetzgeber für Krankenkassen und Leistungserbringer ein wettbewerbliches Instrument geschaffen, außerhalb der kollektivvertraglichen Regelversorgung in Einzelverträgen besondere Akzente für fach- und sektorenübergreifende Kooperation sowie Koordination von ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen zu setzen. Vertragsfreiheit und Selbstbestimmung im Wettbewerb sind herausragende und prägende Merkmale der integrierten Versorgung. Deshalb hat der Gesetzgeber bei den Vorschriften zur integrierten Versorgung (§ 140a ff. SGB V) den Vertragspartnern größtmögliche Freiheit bei der konkreten Ausgestaltung dieses Wettbewerbsfeldes ermöglicht. Er hat die Organisation der Leistungserbringung in der integrierten Versorgung der Entscheidung der Vertragspartner überantwortet.

Die Umsetzung der in § 140d SGB V für die Anschubfinanzierung vorgesehenen Regelungen liegt bei der Selbstverwaltung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben im April 2004 die Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V vereinbart. Die Vereinbarung regelt ein Verfahren zur Plausibilisierung durchgeführter Kürzungen, das den Krankenkassen ein einfaches Nachweisverfahren gegenüber den von Zahlungskürzungen betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern ermöglicht. Die Registrierungsstelle ist bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) angesiedelt.

Aufgabe der Registrierungsstelle ist die Erfassung der Meldungen der Krankenkassen über abgeschlossene Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V und die Erteilung von Auskünften über abgeschlossene Verträge an Krankenhäuser und Kassenärztliche Vereinigungen. Sie erteilt den von einer Rechnungskürzung betroffenen Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen seit Anfang Mai 2004 auf Anfrage Auskunft über die bei ihr registrierten Verträge. Darüber hinaus veröffentlicht die Gemeinsame Registrierungsstelle seit 2005 quartalsmäßig im Internet allgemeine Informationen über die bei ihr gemeldeten Verträge.

Da Verträge zur integrierten Versorgung durch die Regelungen zur Anschubfinanzierung die finanziellen Interessen der Vertragsärzte und Krankenhäuser berühren und dahingehend überprüfbar sein müssen, ob Vergütungsabzüge sachgerecht erfolgt sind, ist mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zur Erhöhung der Transparenz in diesem Bereich in § 140d SGB V Abs. 5 geregelt worden, dass die Krankenkassen der Gemeinsamen Registrierungsstelle auch Einzelheiten über die Verwendung der einbehaltenen Mittel zu melden haben. Zu melden sind insbesondere das geschätzte Vergütungsvolumen, die Kürzungsquoten sowie die für den jeweiligen Vertrag einbehaltenen, aber nicht ausgegebenen Mittel.

1. In welcher Höhe haben die gesetzlichen Krankenkassen, bundesweit und getrennt nach KV-Bezirken dargestellt, finanzielle Mittel nach § 140d SGB V von den Gesamtvergütungen für die vertragsärztliche Versorgung und von den Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Leistungen in den Jahren 2004, 2005 und 2006 einbehalten?

Die amtliche Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst Einnahmen und Ausgaben nach Versicherungsträgern, jedoch nicht nach Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen. Auch die weiteren Rechnungsabgrenzungen werden in der angefragten Gliederungstiefe von der GKV-Statistik nicht erfasst. Zur Ermittlung aller Einzeldaten wäre eine ausgesprochen verwaltungs- und zeitaufwändige Abfrage bei allen Einzelkassen erforderlich.

2. Wie viele Verträge der Integrierten Versorgung wurden von den Krankenkassen mit welchem finanziellen Volumen geschlossen?

Nach den veröffentlichten Angaben der Gemeinsamen Registrierungsstelle zur Umsetzung des § 140d SGB V waren zum Stichtag 31. März 2007 insgesamt 3 671 Verträge zur integrierten Versorgung mit einem Vergütungsvolumen von ca. 663 Mio. Euro gemeldet. Zu berücksichtigen ist, dass Verträge, die für mehrere KV-Regionen gelten, in jeder Region separat gezählt werden und es somit zu Doppelzählungen kommt. Werden alle gemeldeten Verträge einfach je Krankenkasse gezählt, sind es 3 498 Verträge mit einem Vergütungsvolumen von ca. 611 Mio. Euro. Zu beachten ist ferner, dass die angegebenen Werte auf das aktuelle Jahr bezogene Planwerte der Krankenkassen bei Vertragsabschluss sind. Folglich handelt es sich nicht um bereits erreichte tatsächliche Werte.

3. Wie viele dieser Verträge umfassten dabei mehr als zwei Integrationspartner?

Die konkrete Anzahl der Integrationspartner je Vertrag wird in der Statistik der Gemeinsamen Registrierungsstelle zur Umsetzung des § 140d SGB V nicht ausgewiesen. Ausgewiesen werden Vertragspartner-Kombinationen nach Sektoren.

4. Welche Integrationsteilnehmer waren hieran bevorzugt beteiligt?

Auf die Antwort zu Frage 3 wird verwiesen. Bezogen auf die Gesamtzahl gemeldeter Verträge zum Stichtag 31. März 2007 weist die Statistik der Gemeinsamen Registrierungsstelle zur Umsetzung des § 140d SGB V folgende Angaben aus: Niedergelassener Arzt: 20,4 Prozent, Krankenhaus: 20,1 Prozent, Rehabilitation/Krankenhaus: 15,2 Prozent, Niedergelassener Arzt/Krankenhaus: 18,4 Prozent, Rehabilitation/Niedergelassener Arzt/Krankenhaus: 3,5 Prozent, Rehabilitation/Niedergelassener Arzt: 4,6 Prozent, Sonstige: 17,8 Prozent. Erfasst werden hierbei nur die direkten Vertragspartner der gemeldeten Verträge. Die Daten lassen keine Rückschlüsse auf die in der Versorgungskette kooperierenden Leistungserbringer zu.

5. Wie viele Versicherte haben in den Jahren 2004, 2005 und 2006 an vertraglich vereinbarter Integrierter Versorgung teilgenommen?

Aus vorgenannten Gründen ist die exakte Zahl der Versicherten, die in der ersten Zeit an Verträgen zur Integrierten Versorgung teilnehmen, nicht bekannt. Wie bereits ausgeführt, werden in der seit 2005 je Quartal ausgewiesenen

Statistik der Gemeinsamen Registrierungsstelle zur Umsetzung des § 140d SGB V Planwerte bei Vertragsabschluss aufgeführt. Dies waren – bei Zählung Vertrag je Krankenkasse – im 1. Quartal 2005: 2 065 129 Versicherte, im 1. Quartal 2006: 3 257 507 Versicherte, im 1. Quartal 2007: 4 066 522 Versicherte.

6. In welchem finanziellen Umfang sind über die Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V auch hausarztzentrierte Verträge nach § 73b SGB V unterstützt worden, und welchem Anteil an der Anschubfinanzierung entspricht das?

Eine Unterstützung hausarztzentrierter Verträge nach § 73b SGB V über die Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V ist nicht gesetzeskonform. Die Bundesregierung geht davon aus, dass sich die Krankenkassen gesetzeskonform verhalten. Andernfalls wäre es Aufgabe der Aufsichtsbehörden einzuschreiten.

7. Wie hoch ist das finanzielle Volumen von Verträgen zur Integrierten Versorgung an denen bisher auch Leistungserbringer teilgenommen haben, die nicht die Voraussetzungen nach § 140b SGB V erfüllen?

Auch eine Einbindung von Leistungserbringern in Verträge zur Integrierten Versorgung, die nicht die Voraussetzungen nach § 140b SGB V erfüllen, ist nicht gesetzeskonform. Auf die Antwort zu Frage 6 wird verwiesen.

8. Sind die von den Krankenkassen einbehaltenen Mittel der Anschubfinanzierung von Vertrag zu Vertrag und von Jahr zu Jahr übertragbar?

Wie bereits in der Vorbemerkung der Bundesregierung ausführlich dargestellt, hat der Gesetzgeber bei den Regelungen zur Integrierten Versorgung größtmögliche Freiheit zur konkreten Ausgestaltung eingeräumt. Maßgeblich ist, dass jeweils im Jahr bis zu 1 Prozent der nach § 85 Abs. 2 SGB V an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einbehalten werden dürfen. Auf weitere Festlegungen hat der Gesetzgeber verzichtet.

9. Bis zu welchem Zeitpunkt muss im Hinblick auf die im Gesetz vorgesehene Rückzahlungsverpflichtung nicht verausgabter Anschubfinanzierungsmittel der Krankenkassen bis 31. März 2009 spätestens der Nachweis über die Verwendung der Anschubfinanzierungsmittel vorliegen?
10. Wie wird sichergestellt, dass die Ärzte und Krankenhäuser vollständig Transparenz über die Verwendung der Mittel erhalten, so dass sie in der Lage sind, die Richtigkeit und Vollständigkeit der Rückzahlungen nachvollziehen zu können?

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist in Absatz 5 des § 140d SGB V geregelt worden, dass die Krankenkassen der Gemeinsamen Registrierungsstelle zur Umsetzung des § 140d SGB V die Einzelheiten über die Verwendung der einbehaltenen Mittel zu melden haben. Dabei wird in der Regel auf den einzelnen Vertrag Bezug zu nehmen sein. Zu melden sind insbesondere das geschätzte Vergütungsvolumen, die Kürzungsquoten, die für den jeweiligen Vertrag einbehaltenen, aber nicht ausgegebenen Mittel. Dies schafft mehr Transparenz und schafft die Voraussetzungen dafür, dass die betroffenen Leistungserbringer zeitnah Informationen über die Verträge erhalten. Auf Anfrage

stellt die Gemeinsame Registrierungsstelle zur Umsetzung des § 140d SGB V Informationen zu Verfügung. Auskunftsberechtigt sind Krankenhäuser und Kassenärztliche Vereinigungen, die von einer Rechnungskürzung betroffen sind. Diese können zu einzelnen Verträgen eine Einzelauskunft oder stichtagsbezogen Sammelauskünfte anfordern.

11. Sind die Ergebnisse einer Umfrage der Krankenhausgesellschaft in Nordrhein, dass an die dortigen Kliniken 10 bis 40 Prozent ihres Honorarabzugs aus Integrationsverträgen zurückfließen, bundesweit repräsentativ für die finanziellen Rückströme aus der Integrierten Versorgung an die Krankenhäuser und die Ärzteschaft?

Die Bundesregierung beteiligt sich nicht an Spekulationen zur Aussagekraft einzelner Umfragen.

12. Welchen Gesamtumfang machen die nicht verwendeten Mittel der Anschubfinanzierung der Jahre 2004 bis 2006 an die Krankenhäuser aus, die wegen einer entsprechenden Regelung im GKV-WSG nun nicht mehr wie bis dahin vorgesehen von den Krankenkassen an die Krankenhäuser zurückgezahlt werden müssen, d. h. in welcher Höhe haben die Krankenkassen dadurch zusätzliche Einnahmen in den Jahren 2004 bis 2006 erzielt?
13. Wie hoch ist die Gesamtsumme der von den gesetzlichen Krankenkassen für die Anschubfinanzierung vorgenommenen Abzüge von den Krankenhausrechnungen für die Zeit von 2004 bis 2006, und wie hoch ist der Anteil, der ohne die im GKV-WSG vorgenommene Streichung der Rückzahlungsverpflichtung von nicht verwendeten Mitteln für diese Jahre hätte zurückgezahlt werden müssen?

Im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde für den Verzicht auf die Rückzahlung nicht verausgabter Mittel zur Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung an Krankenhäuser für die Jahre 2007 und 2008 jeweils ein Betrag von rd. 50 Mio. Euro angesetzt. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass dies eine Schätzgröße ist.

Auf die Antwort zu Frage 1 wird verwiesen.

