

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 16/10102 –**

### **Zukunft der Integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurden wichtige Impulse für die patientenorientierte sektorübergreifende Versorgung auf Basis von Einzelverträgen gesetzt. Laut Begründungstext zum GKV-WSG hat sich die so genannte integrierte Versorgung in den letzten Jahren gut entwickelt. Seit dem 1. Januar 2004 wurden GKV-weit über 5 000 Verträge nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geschlossen. Für einen begrenzten Zeitraum und zur Förderung der integrierten Versorgung wurden den gesetzlichen Krankenkassen Anschubfinanzierungsmittel zur Verfügung gestellt. Die bisherigen Verträge zur Integrierten Versorgung zeigen vor allem im Hinblick auf Strukturveränderungen, Einsatz von Qualitätsmanagement sowie Effizienz der Versorgung erste Vorteile gegenüber der sektoralen Kollektivversorgung. Integrierte Versorgungsmodelle konnten in vielen Fällen bereits spürbar Schnittstellenprobleme und Doppeluntersuchungen reduzieren, was nicht zuletzt durch den Aufbau von sektorübergreifenden Managementstrukturen erreicht wurde. Diese Entwicklungen entsprechen dem im GMG-Begründungstext formulierten „Sinn einer integrierten Versorgung“. Die zwingende Ausrichtung der Verträge auf den Nutzen der Patientinnen und Patienten ergibt sich dadurch, dass die Teilnahme von Versicherten an Integrationsprojekten freiwillig ist und die einzelnen Kassen im Wettbewerb zueinander stehen. Derzeit profitieren etwa vier Millionen GKV-Versicherte von sektor- und teilweise auch indikationsübergreifenden Versorgungsangeboten nach § 140a ff. SGB V. Mit seinen grundlegenden Entscheidungen zur Integrierten Versorgung vom 6. Februar 2008 (insbesondere Az. B 6 KA 27/07 R zum BARMER Hausarztvertrag) hat das Bundessozialgericht darauf abgestellt, dass Leistungen der Regelversorgung aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen zumindest partiell ersetzt werden müssen, damit den Anforderungen des Gesetzgebers entsprochen wird. Mit dem Ende der Anschubfinanzierung am 31. Dezember 2008 und offensichtlich fehlender Finanzierungsbasis ab 2009 droht der wettbewerblich positiven Entwicklung der vergangenen Jahre ein abrupter Abbruch.

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Ausgelöst durch die Weichenstellungen des GKV-Modernisierungsgesetzes sowie des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes sind auf unterschiedlicher rechtlicher Basis immer mehr Netzwerke verschiedener Leistungsanbieter entstanden, die eine koordinierte und kooperative medizinische Behandlung der Patientinnen und Patienten garantieren. Eine der Grundlagen für solche Netzwerke ist die Integrierte Versorgung, die den Vertragspartnern inhaltlich weite Freiräume für kooperative Zusammenschlüsse einräumt. Derzeit sind bei der Gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V mehr als 5 500 Verträge – einfach gezählt je Krankenkasse – gemeldet.

Die Potenziale dieses Erfolgsmodells sind noch nicht ausgeschöpft. Die überwiegende Zahl der Verträge ist nach wie vor auf enge Indikationen bezogen. Zur besseren Überwindung der Schnittstellen bedarf es einer verstärkten Entwicklung hin zu umfassenderen Verträgen zur Versorgung versorgungsrelevanter Volkskrankheiten, zu einer möglichst breiten Abdeckung des Krankheitsgeschehens in einzelnen Regionen, zu breiter angelegten indikationsbezogenen Verträgen und zu Verträgen, die Steuerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit noch stärker in den Mittelpunkt rücken.

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz klargestellt, dass neue Verträge zur Integrierten Versorgung eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung ermöglichen sollen. Ziel ist es, dass die Integrierte Versorgung zu einer Alternative zur kollektivvertraglichen Regelversorgung heranwächst. Dabei gilt für die Finanzierung von Verträgen zur integrierten Versorgung: Die Anschubfinanzierung war und ist als zeitlich begrenztes Instrument angelegt, da sich die Projekte auf Dauer selbst tragen sollen.

1. Wie beurteilt die Bundesregierung die Versorgungsvorteile sowie die Umsetzungssituation durch Integrierte Versorgung nach § 140a ff. SGB V?

Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen. Generell tragen fach- und sektorenübergreifende Kooperationen dazu bei, die Qualität der medizinischen Versorgung deutlich zu verbessern, Kosten zu sparen und Patientinnen und Patienten eine kontinuierliche Behandlung und Betreuung zu gewährleisten.

2. a) Wie schätzt die Bundesregierung vor dem Hintergrund der zum Aufbau Integrierter Versorgung eingeräumten Verhandlungs- und Gestaltungsspielräume Verträge im Hinblick auf ihre Qualifizierung als Integrierte Versorgungsverträge ein, die auf die Koordinierung von Leistungen ausgerichtet sind und auf den Leistungen der Regelversorgung aufsetzen, so genannte Case-Management-Verträge?  
b) Reicht es nach Ansicht der Bundesregierung z. B. aus, dass durch die Vereinbarung von Leistungen, die zu interdisziplinär und sektorübergreifend angelegten Strukturen führen, wie schnittstellenüberwindende Abstimmung und Anwendung von Behandlungspfaden oder regelbasierten Leitlinien, Einfluss auf den Inhalt der Regelversorgung und das dortige Behandlungsgeschehen genommen wird?

Nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) können Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140b Abs. 1 SGB V genannten Vertragspartnern abschließen. Die konkreten Vertragsinhalte werden von den Vertragspartnern festgelegt. Das Bundessozialgericht geht in seinem Urteil zum Barmer Hausarzt- und Hausapothekenvertrag davon aus, dass ein Integrationsvertrag nur dann vorliegt,

wenn zusätzlich zu dem Merkmal der sektorenübergreifenden und/oder interdisziplinär fachübergreifenden Versorgung auch die Voraussetzung erfüllt ist, dass der Integrationsvertrag beispielsweise Versorgungsanteile aus der ambulanten vertragsärztlichen oder stationären Versorgung ersetzt. Darüber hinaus bewertet die Bundesregierung einzelne Vertragsformen der integrierten Versorgung nicht.

3. Welche Auswirkungen erwartet die Bundesregierung für tendenziell umfassendere Integrationsverträge (z. B. Vollversorgung), die entweder voll- bzw. teilstationäre Leistungen eines Krankenhauses oder ambulante vertragsärztliche Leistungen zumindest teilweise ersetzen und bei denen die Anschubfinanzierung somit weniger im Sinne eines tatsächlichen „Anschubs“ sondern mangels einer praktikablen gesetzlichen Bereinigungslösung hauptsächlich als pauschale Bereinigung genutzt wurden nach dem Ende der Anschubfinanzierung ab 2009?
4. Wie schätzt die Bundesregierung die Erfolgsaussichten der Krankenkassen bei der aktuellen Gesetzeslage ein, aufgrund von Einzelverträgen zur integrierten Versorgung, die Leistungen der Regelversorgung ersetzen, korrespondierend durch Budgetbereinigungen und technische Bereinigungsverfahren notwendige Kürzungen der Kollektivvergütung erreichen zu können?

Die Fragen 3 und 4 werden gemeinsam beantwortet.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurden für den vertragsärztlichen Bereich die Vertragspartner der Gesamtverträge ab dem Jahr 2009 zu einer Bereinigung des Behandlungsbedarfs gesetzlich verpflichtet (vgl. § 140d Abs. 2 SGB V). Dabei handelt es sich um einen gesetzlich vorgeschriebenen Vertrag über die vertragsärztliche Versorgung i. S. v. § 89 SGB V, dessen Inhalt das Schiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten festsetzt, wenn dieser Vertrag ganz oder teilweise nicht zu Stande kommt. Die technische Ausgestaltung praktikabler Bereinigungsverfahren für die Gesamtvertragspartner ist zudem Aufgabe des Bewertungsausschusses im Rahmen der Umsetzung der Neugestaltung der vertragsärztlichen Vergütung ab dem Jahr 2009.

Im Krankenhausbereich sind mit der Abrechnung von DRG-Fallpauschalen die Umsetzung des Prinzips „Geld folgt der Leistung“ und damit Budgetbereinigungen einfacher als in der Vergangenheit umsetzbar. Stationäre Leistungen, die im Rahmen von Integrationsverträgen erbracht werden, finden bei der Vereinbarung des Krankenhausbudgets keine Berücksichtigung mehr. Für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen regelt § 6 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 der Bundespflegesatzverordnung für die Budgetvereinbarung eine vergleichbare leistungsbezogene Berücksichtigung wegfallender oder zusätzlicher Leistungen aufgrund des Abschlusses oder der Beendigung von Integrationsverträgen.

5. Welche Auswirkungen bezüglich der Entwicklung der integrierten Versorgung erwartet die Bundesregierung ab 1. Januar 2009?

Die Bundesregierung erwartet, dass Krankenkassen, die sich jetzt auf die verschärften Wettbewerbsbedingungen einstellen, ihre bisherige Vertragspolitik überprüfen. Entscheidungen über die Weiterführung oder Beendigung von Verträgen werden u. a. davon abhängen, ob Verträge die Wirtschaftlichkeit erhöht, die Qualität gesteigert und/oder die Versichertenbindung an die jeweilige Krankenkasse gefestigt haben bzw. zu erwarten ist, dass solche positiven Effekte in einer vertretbaren Laufzeit der Verträge eintreten.

6. Inwiefern prüft die Bundesregierung vor dem Hintergrund des Endes der Anschubfinanzierung die Qualität und Effizienz der Integrationsverträge sowie deren Nutzen für Patienten?
7. Wie stellt die Bundesregierung sicher, dass die Verträge zur Integrierten Versorgung, die den Patienten nachweisbaren, über das sektorale Versorgungsgeschehen hinausgehenden Nutzen stiften, trotz offensichtlich fehlender Finanzierungsbasis ab 2009 den GKV-Versicherten weiterhin zur Verfügung gestellt werden können?

Die Fragen 6 und 7 werden gemeinsam beantwortet.

Es ist im Einzelnen Aufgabe der Krankenkassen, zu entscheiden, ob die Effizienz und/oder Qualität der Versorgung durch die jeweiligen Verträge so verbessert worden ist, dass eine Verlängerung des Vertrages auch ohne Mittel der Anschubfinanzierung wirtschaftlich und medizinisch sinnvoll ist. Entsprechende Entscheidungen werden ebenso davon abhängen, inwiefern sich Krankenkassen durch IV-Verträge Vorteile im Wettbewerb um bedarfsgerechte an den Interessen der Versicherten orientierten Versorgungsangebote versprechen.

Die Anschubfinanzierung sollte vor allem den Start in die integrierte Versorgung erleichtern. Grundsätzlich müssen sich die Projekte zur integrierten Versorgung selbst tragen. Nach nunmehr fast fünfjähriger Förderung müsste dies bei sinnvollen Verträgen gelingen.