

Kleine Anfrage

**der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, Dr. Ilja Seifert
und der Fraktion DIE LINKE.**

Integrierte Versorgung

Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde von den damals im Deutschen Bundestag vertretenen PDS-Abgeordneten abgelehnt. Mit Unterstützung von SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN trat es zum 1. Januar 2004 in Kraft. Es war im Kern ein Gesetz zur Kürzung von Leistungen und zur Erhöhung von Zuzahlungen. Dieses Gesetz enthielt aber auch eine Regelung, die differenzierter zu beurteilen ist, die Integrierte Versorgung.

Die Integrierte Versorgung ist der Versuch durch eine fach- und sektorenübergreifende Versorgung, starre Strukturen im Gesundheitssystem zu beenden. Damit sollte im günstigsten Fall eine gleichzeitig bessere und günstigere Versorgung gewährleistet werden.

Prinzipiell wurde diese Möglichkeit schon ab dem Jahr 2000 gesetzlich eröffnet. Der Erfolg war aber bescheiden, auch wegen des Genehmigungsvorbehalts der Kassenärztlichen Vereinigungen. Um Anreize für diese Selektivverträge zu schaffen, wurde mit dem GMG 2004 eine Anschubfinanzierung vorgesehen. Durch diese Anschubfinanzierung (jeweils 1 Prozent der ambulanten und stationären Gesamtvergütung) müssen diejenigen Leistungserbringer einen Abschlag hinnehmen, die keine Verträge zur Integrierten Versorgung abgeschlossen haben. Die Leistungserbringer, die Integrierte-Versorgungs-Verträge mit den Krankenkassen haben, können extrabudgetäre Erlöse erzielen. Seit dieser Anreizregelung wurden immer mehr Verträge abgeschlossen.

Ab 1. Januar 2009 fällt die Anschubfinanzierung weg. Es ist zu erwarten, dass nicht nur das zahlenmäßige Wachstum der Verträge zur Integrierten Versorgung mit dem Wegfall dieses Anreizes 2009 ein Ende findet, sondern dass ein Großteil der Verträge wegfällt.

Von Seiten der Krankenkassen wird gefordert, dass sowohl im Bereich der Integrierten Versorgung (§ 140a ff. des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V) als auch bei der hausarztzentrierten Versorgung (§§ 73b und 73c SGB V) eine gesetzliche Klarstellung erforderlich sei, um eine zukünftige Doppelfinanzierung von Leistungen im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung zu vermeiden.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie viele Verträge zur Integrierten Versorgung existieren derzeit – aufgelistet nach Kassenart?

2. Wie viele Verträge zur Integrierten Versorgung existieren derzeit – aufgelistet nach Bundesländern?
3. Wie viele Verträge, die bis Juli 2008 existierten, sind bislang bereits wieder gekündigt worden – aufgelistet nach Kassenart?
4. Wie viele Verträge sind bislang bereits wieder gekündigt worden – aufgelistet nach Bundesländern?
5. Welche Verträge sind besonders betroffen von Kündigungen – aufgelistet je nach Anzahl der beteiligten Krankenkassen und Anzahl und Art der beteiligten Leistungserbringer?
6. Gibt es Untersuchungen dazu, durch welche Art von Verträgen tatsächlich eine Integration verschiedener Leistungsbereiche stattgefunden hat, und bei welcher Art von Verträgen es in erster Linie um Mitnahmeeffekte ging?
7. Lag es im vorrangigen Interesse der Bundesregierung, mit der Ermöglichung solcher Verträge die Versorgung der Patienten zu verbessern?
8. Lag es im vorrangigen Interesse der Bundesregierung, mit der Ermöglichung solcher Verträge Einsparmöglichkeiten für Gelder der gesetzlichen Krankenversicherung zu erschließen?
9. Wer beurteilt die wirtschaftliche Effizienz der Verträge der Integrierten Versorgung verglichen mit der klassischen Regelversorgung?
Gibt es dazu eine Evaluation der Bundesregierung?
10. Wer beurteilt aus Patientensicht die Qualitätsunterschiede der klassischen Regelversorgung und der Integrierten Versorgung?
Gibt es dazu eine Evaluation der Bundesregierung?
11. Ist es möglich, dass bei einer Prüfung herauskäme, dass ein Vertrag zur Integrierten Versorgung zwar betriebswirtschaftlich unsinnig ist, aber aus Patientensicht eine Verbesserung der Versorgung darstellt?
12. Wie stellt die Bundesregierung sicher, dass Verträge, die zwar aus Sicht des Patienten sinnvoll sind, sich aber betriebswirtschaftlich nicht rechnen, auch nach Ende der Anschubfinanzierung erhalten bleiben?
13. Teilt die Bundesregierung die o. g. Auffassung der Krankenkassen, wonach eine zukünftige Doppelfinanzierung von Leistungen nach § 140a ff. SGB V sowie §§ 73b, 73c SGB V auf dem Weg einer gesetzgeberischen Klarstellung vermieden werden müsse?
Falls nein, weshalb nicht?
Falls ja, was plant die Bundesregierung?

Berlin, den 28. Januar 2009

Dr. Gregor Gysi, Oskar Lafontaine und Fraktion