

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst,
Dr. Martina Bunge, Dr. Ilja Seifert und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 16/11814 –**

Integrierte Versorgung

Vorbemerkung der Fragesteller

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 Zahlungen. 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.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Ausgelöst durch die Weichenstellungen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) sowie des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) 6 183 Verträge gemeldet.

Die Potenziale sind bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Die überwiegende Zahl der Verträge ist nach wie vor auf enge Indikationen bezogen. Zur besseren Überwindung vorhandener Schnittstellenprobleme bedarf es einer verstärkten Entwicklung hin zu umfassenderen Verträgen zur Versorgung verbreiteter Volkskrankheiten und zu einer möglichst breiten Abdeckung des Krankheitsgeschehens in einzelnen Regionen, zu weit angelegten indikationsbezogenen Verträgen und zu Verträgen, die Qualitätsaspekte noch stärker in den Mittelpunkt rücken.

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz klargestellt, dass 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 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?

Die Integrierte Versorgung (IV) dient unter anderem der Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen. Die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, durch innovative Versorgungskonzepte, Versicherte an sich zu binden und sich damit von konkurrierenden Kassen abzugrenzen. Mit dieser Wettbewerbsausrichtung wäre es nicht vereinbar, die Krankenkassen zu einer umfassenden Information über die konkreten Inhalte der Verträge zu verpflichten. Vor diesem Hintergrund verfügt die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gebildete Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umset-

zung des § 140d SGB V lediglich über Informationen zur Zahl der Verträge, zum Vergütungsvolumen, der Anzahl der teilnehmenden Versicherten und zur regionalen Verteilung. Danach sind zum Stand 31. Dezember 2008 insgesamt 6 183 Verträge abgeschlossen worden. Das Vergütungsvolumen beläuft sich auf insgesamt 803 186 890 Euro. Die meisten Verträge wurden in der Region der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein (875) abgeschlossen, die wenigsten in der Region der KV-Koblenz (3). Das Vergütungsvolumen differiert zwischen 166 461 191 Euro in der KV Hessen und 51 243 Euro in der KV Koblenz. Weitere Informationen ergeben sich aus der beigefügten Übersicht (auch abzurufen unter <http://www.bqs-register140d.de/>).

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?

Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen. Generell tragen fach- und sektorenübergreifende Kooperationen sowohl dazu bei, die Qualität der medizinischen Versorgung insbesondere durch eine kontinuierliche Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten zu verbessern, als auch Kosten zu sparen und damit die Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung insoweit auch finanziell zu entlasten.

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?

Es wird auf die Antwort zu den Fragen 1 bis 6 verwiesen. Es ist nicht Aufgabe der Bundesregierung, die Effizienz und Qualität der Verträge im Einzelnen zu bewerten. Es ist Aufgabe der Krankenkassen zu entscheiden, ob die Effizienz und/oder Qualität der Versorgung durch die jeweiligen Verträge so verbessert werden kann, dass ein Abschluss oder eine Verlängerung von Verträgen zur integrierten Versorgung wirtschaftlich und medizinisch sinnvoll ist. Entsprechende Entscheidungen werden insbesondere davon abhängen, inwiefern sich Krankenkassen durch IV-Verträge Vorteile im Wettbewerb um bedarfsgerechte, an den Interessen der Versicherten orientierten Versorgungsangebote versprechen. Evaluationen der Bundesregierung hierzu existieren nicht.

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?

Es ist vorstellbar, dass ein Vertrag aus Sicht der Patientinnen und Patienten sinnvoll ist, obwohl er wirtschaftlich keinen unmittelbaren Gewinn bringt. Mit der Regelung in § 140b Absatz 4 Satz 2 SGB V, wonach der Grundsatz der Beitrags-

satzstabilität nach § 71 Absatz 1 SGB V für Verträge über eine integrierte Versorgung nicht gilt, hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass gegen derartige Verträge keine Bedenken bestehen. Die Krankenkassen haben zu entscheiden, ob sie Verträge abschließen oder weiterführen, die medizinisch sinnvoll sind, aber keinen unmittelbaren wirtschaftlichen Nutzen haben. Dies könnte aus Wettbewerbsgesichtspunkten gleichwohl überlegenswert sein, etwa wenn damit Versicherte längerfristig an die Kasse gebunden werden oder sich Einsparpotenziale erst auf lange Sicht realisieren lassen.

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?

Die Bundesregierung teilt nicht die Auffassung der Krankenkassen, dass eine gesetzgeberische Klarstellung erforderlich ist, um eine Doppelfinanzierung von Leistungen nach § 140a ff. sowie § 73b und § 73c SGB V zu vermeiden. Dies ist damit begründet, dass nach § 73b Absatz 7 Satz 2, § 73c Absatz 6 Satz 2 und § 140d Absatz 2 Satz 2 SGB V ab dem 1. Januar 2009 eine Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 SGB V ausdrücklich vorgegeben ist. Aufgrund der in § 87c Absatz 4 SGB V enthaltenen Sonderregelungen hat der Bewertungsausschuss in seiner 168. Sitzung zudem ein von den regionalen Vertragspartnern bei ihren Vereinbarungen zur Bereinigung zu beachtendes Verfahren beschlossen. Diesen Beschluss hat das Bundesministerium für Gesundheit mit Schreiben vom 3. Februar 2009 nicht beanstandet.