

Antwort der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Hans Georg Faust, Wolfgang Zöller,
Andreas Storm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU
– Drucksache 15/5057 –**

Stand der Umsetzung der integrierten Versorgung

Vorbemerkung der Fragesteller

Schon mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz aus dem Jahr 1996 (Bundestagsdrucksache 13/6087) wurden erstmals Möglichkeiten für vernetzte Versorgungsstrukturen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten im deutschen Gesundheitssystem durch eine CDU/CSU-geführte Bundesregierung geschaffen. Die Selbstverwaltung hatte durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz die Möglichkeit erhalten, sowohl Strukturverträge, § 73a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), abzuschließen als auch Modellvorhaben, §§ 63 ff. SGB V, zur Weiterentwicklung der Versorgung von Patientinnen und Patienten zu vereinbaren. Mit dem Inkrafttreten des „GKV-Gesundheitsreformgesetzes“ (Bundestagsdrucksache 14/1721) zum 1. Januar 2000 war die Absicht verbunden, die durch die damalige CDU/CSU-Bundesregierung auf den Weg gebrachten Strukturveränderungen nachhaltig zu fördern, um die nach wie vor vorhandenen starren Versorgungsstrukturen endgültig aufzubrechen. Das Aufbrechen der starren Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen sollte vor allem durch die Fortentwicklung im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung erreicht werden. Das „GKV-Gesundheitsreformgesetz“ konnte jedoch keine nachhaltigen Veränderungen an der Undurchlässigkeit der vorhandenen Versorgungsstrukturen bewirken. Daher wurden mit dem „GKV-Modernisierungsgesetz“ (Bundestagsdrucksache 15/1525) neue Anreize für die integrierte Versorgung gesetzt. Seit dem 1. Januar 2004 können Krankenkassen und Leistungserbringer ohne Zustimmung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge zur integrativen Versorgung nach § 140a SGB V abschließen. Zur Finanzierung können die Krankenkassen von ihren Zahlungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und an die Leistungserbringer der stationären Versorgung bis einschließlich 2006 jährlich bis zu einem Prozent abziehen (§ 140d SGB V) und diese Finanzmittel zur Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung nutzen. Hierdurch stehen für die integrierte Versorgung jährlich bis zu 680 Mio. Euro zur Verfügung.

1. Wie viele Anträge zur integrierten Versorgung sind von den Leistungserbringern bis zum 31. Dezember 2004 bei den Krankenkassen eingegangen (bitte detaillierte Auflistung nach Krankenkassenarten und nach Ländern), und wie viele von diesen führten zu Vertragsabschlüssen mit den Krankenkassen bis zum 31. Dezember 2004?

Sofern der Bundesregierung hierzu keine Daten vorliegen, was wird die Bundesregierung unternehmen, um entsprechende Daten zu erhalten?
2. Wie bewertet die Bundesregierung in diesem Zusammenhang das Verhältnis zwischen eingegangenen, abgeschlossenen und abgelehnten Anträgen zur integrierten Versorgung insgesamt und differenziert nach Ländern?
3. Welche Sachverhalte waren ausschlaggebend dafür, dass Anträge von Leistungserbringern auf Abschluss eines Vertrages zur integrierten Versorgung durch die Krankenkassen abgelehnt wurden, und wie bewertet die Bundesregierung die Ablehnungsgründe seitens der Krankenkassen?

Falls der Bundesregierung hierzu keine Erkenntnisse vorliegen, was wird sie unternehmen, um entsprechende Angaben zu erhalten?
5. Wie lang dauerte die durchschnittliche Bearbeitungszeit zwischen Eingang eines Antrages auf Abschluss eines Vertrages zur integrierten Versorgung von Leistungserbringern bei einer Krankenkasse und der abschließenden Entscheidung (bitte detaillierte Auflistung nach Krankenkassen und nach Ländern), und wie bewertet die Bundesregierung diesen Zeitrahmen?

Falls der Bundesregierung hierzu keine Erkenntnisse vorliegen, was wird sie unternehmen, um entsprechende Daten zu erhalten?
6. Welche sächlichen und finanziellen Mittel wurden bzw. werden nach Kenntnis der Bundesregierung bei den Krankenkassen zur Bearbeitung von Anträgen zur integrierten Versorgung benötigt?
8. Wurden bei den Krankenkassen zur Betreuung der Versorgungsform „integrierte Versorgung“ neue verwaltungstechnische Strukturen geschaffen, und wenn ja, welche Strukturen und mit welchen finanziellen Aufwendungen (bitte detaillierte Auflistung nach Krankenkassen)?
9. In welcher Höhe haben die Krankenkassen die Kürzungsmöglichkeiten der Gesamtvergütungen für das Jahr 2004 zur Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung (§ 140d SGB V) wahrgenommen und welche Auswirkungen hatte dies auf die Vergütung der niedergelassenen Ärzte und Krankenhäuser (bitte detaillierte Auflistung nach Kassenärztlichen Vereinigungen und Landeskrankenhausgesellschaften)?
10. In welchen KV-Bezirken sind Rechtsstreitigkeiten über die Zulässigkeit von Kürzungen der Gesamtvergütungen wegen Verträgen zur integrierten Versorgung geführt worden oder noch anhängig?
16. Wie viele der zum 31. Dezember 2004 abgeschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung ermöglichen eine fachübergreifende Vernetzung (horizontale Integration), so dass Versorgungsketten zwischen
 - Hausarzt und Facharzt,
 - Hausarzt, Facharzt und Facharzt sowie
 - Krankenhaus und Krankenhausermöglicht werden (bitte detaillierte Auflistung nach Krankenkassen)?

17. Wie viele der zum 31. Dezember 2004 abgeschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung ermöglichen eine sektorenübergreifende Vernetzung (vertikale Integration), so dass Versorgungsketten zwischen
 - Hausarzt und Krankenhaus,
 - Hausarzt, Facharzt und Krankenhaus,
 - Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtung,
 - Facharzt und Krankenhaus sowie
 - Facharzt, Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtungermöglicht werden (bitte detaillierte Auflistung nach Krankenkassen)?
18. Wie viele der zum 31. Dezember 2004 abgeschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung binden weitere Leistungserbringer, wie z. B. Pflegedienste, Physiotherapeuten, Logopäden, Psychologen, Apotheken, Heilmittelerbringer, Psychotherapeuten etc. ein (bitte detaillierte Auflistung nach Krankenkassen)?
19. Gibt es spezifische Vertragstypen zur integrierten Versorgung, und wenn ja, nach welchen Kriterien (Alter, Geschlecht etc.) wird dabei differenziert?
29. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass den Aspekten des Datenschutzes, unter besonderer Berücksichtigung der gesetzgeberischen Vorgaben des § 140b Abs. 3 SGB V, wonach „eine ausreichende Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss“, bei den abgeschlossenen Verträgen zur integrierten Versorgung ausreichend genüge getan wird?
30. Auf welche Erkenntnisse stützt die Bundesregierung hierbei ihre Auffassung?

Die Beantwortung der vorstehend aufgeführten Fragen setzt detaillierte und umfassende Erhebungen über das Versorgungsgeschehen in der integrierten Versorgung nach den §§ 140a ff. SGB V voraus (z. B. Anzahl der Anträge zur integrierten Versorgung, Zahl der Vertragsabschlüsse über eine integrierte Versorgung, Übersicht über eingegangene und abgelehnte Anträge sowie das Verhältnis dieser Anträge zu den abgeschlossenen Verträgen, regionale Verteilung der Verträge, Motivationsgründe der Krankenkassen zum Abschluss von Verträgen oder zur Ablehnung von Anträgen, Zeitdauer und Art und Weise der Entscheidungsfindung der Krankenkassen unter Einbeziehung ihrer Versorgungs- und Wettbewerbspolitik, Verfahrensdauer und Organisation für die Entscheidungen, Einsatz personeller und sächlicher Verwaltungsmittel für die Bearbeitung der integrierten Versorgung, Inhalte der Versorgungsverträge in Absichtung einer sog. „horizontalen Integration“ und „einer vertikalen Integration“ und vieles andere mehr). Die zumeist gestellte Zusatzfrage nach der entsprechenden Bewertung setzt darüber hinaus praktisch eine vollständige und lückenlose Einsicht in Verfahren, Motive und Inhalte des Entscheidungsprozesses voraus. Die Informationen über all diese Einzelheiten liegen der Bundesregierung nicht vor.

Selbst wenn die Bundesregierung versucht hätte, über die Länder bei den landesunmittelbaren Krankenkassen und über die Aufsicht des Bundes über die bundesunmittelbaren Krankenkassen die Vielzahl der abgefragten Angaben, Daten und Informationen in Erfahrung zu bringen, ist zweifelhaft, ob Daten und Fakten in der für eine Beurteilung notwendigen Vollständigkeit, Richtigkeit und Validität benannt worden wären. Einmal zeigt die bisherige Entwicklung der integrierten Versorgung, dass es im ersten Jahr nach Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes nur zu einem verzögerten Abschluss von Verträgen

zur integrierten Versorgung gekommen ist. Zwar ist eine Steigerung der Zahl der Abschlüsse zwischenzeitlich festzustellen. Auch noch gegen Ende des Jahres 2004 wurden jedoch Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern nur sukzessive geschlossen. Aus einer Abfrage hätte sich noch kein repräsentatives Bild über eine etablierte integrierte Versorgung ergeben. Auch sind in der Startphase nach Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes zunächst vor allem nur Verträge zur integrierten Versorgung über überschaubare Versorgungsgebiete abgeschlossen worden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben darauf verwiesen, dass umfassendere, auch die Übernahme von Gesamtbudget-Verantwortung beinhaltende Verträge eine gewisse Entwicklungszeit benötigen.

Erst wenn eine in Anbetracht der enormen Anforderungen an eine effiziente und effektive Organisation der integrierten Versorgung entsprechende Zeit vergangen ist, kann man Schlussfolgerungen aus dem bis dahin erzielten Entwicklungsstand der integrierten Versorgung ziehen.

Die Bundesregierung vermag sich die abgefragten Informationen nicht aus allgemein zugänglichen Quellen oder aus Abfragen bei Verbänden oder anderen Akteuren zu beschaffen. Selbst die wenigen Angaben der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemeinsam eingerichteten Registrierungsstelle über abgeschlossene Integrationsverträge sind nur bedingt aussagekräftig, da nicht alle Verträge dort gemeldet werden und erst recht keine Angaben zum Vertragsinhalt erfolgen.

Entscheidend aber ist vor allem, dass mit dem auf einzelwirtschaftlichen Wettbewerb ausgelegten Konzept der integrierten Versorgung – so, wie es der Gesetzgeber angelegt hat – eine überregionale und sachlich umfassende Abfrage aller Einzelheiten des Versorgungsgeschehens vor Ort nicht vereinbar wäre. Der Gesetzgeber hat bewusst von einer „Meldepflicht“ der Vertragspartner der integrierten Versorgung oder gar der Pflicht abgesehen, die Verträge zur integrierten Versorgung der zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Mit dem Wesen der integrierten Versorgung und dem mit ihr verbundenen Paradigmenwechsel in der Organisation der Leistungserbringung verträgt es sich nicht, die integrierte Versorgung mit einem den Fragen immanenten Kontroll- und Überwachungssystem, einer statistischen Aufarbeitung und komplexen Melde- und Offenbarungspflichten zu überziehen. Der Gesetzgeber hat die Pflicht zur Evaluation gestrichen. Mit der integrierten Versorgung hat er den Versuch unternommen, die immer wieder beklagte, ständig ansteigende gesetzliche Regulierungsspirale zu durchbrechen. Er hat die Organisation der Leistungserbringung in der integrierten Versorgung der autonomen Entscheidung der Vertragspartner überantwortet. Vertragsfreiheit und Selbstbestimmung im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander sind herausragende und prägende Merkmale der integrierten Versorgung. Verantwortung für das Gelingen der integrierten Versorgung tragen vornehmlich die Vertragspartner. Damit die autonome Gestaltung der Rechtsverhältnisse in Vertragspartnerschaft gelingen kann, ist es erforderlich, diese Vertragspartnerschaft von störenden Einflüssen freizuhalten.

Zwar ist die integrierte Versorgung in erster Linie ein Instrument zur Verbesserung der Versorgung sowie der Steigerung von Qualität und Effizienz der Versorgung. Dieses Instrument zur Organisation der Versorgung ist jedoch daneben so angelegt, dass das Betätigungsfeld der Krankenkassen für den Wettbewerb vergrößert wird. Auch hiermit verträgt sich eine staatliche Detailabfrage nicht. Es wäre ein Widerspruch, einerseits den Wettbewerb stärken zu wollen, andererseits aber die Krankenkassen bzw. die Vertragspartner zur absoluten Transparenz zu zwingen und ihnen zumindest den Eindruck zu vermitteln, sie sollten auf dem Gebiet der Vertragsabschlüsse zur integrierten Versorgung „gegängelt“ und einer umfänglichen bürokratischen Datensammlung ausgesetzt werden.

Schließlich erübrigt sich eine eingehende komplexe Befragung nach Einzelheiten der Planungs- und Vorbereitungsarbeiten, der strukturierten Verfahrens- und Entscheidungsabläufe sowie der Vertragsverhandlungen, weil andere Bewertungsmaßstäbe für das Gelingen der integrierten Versorgung zur Verfügung stehen und eine gewichtigere Aussagekraft im Abgleich mit Eigeneinschätzungen der Krankenkassen und subjektiv eingefärbten Auskünften haben. Insofern werden die Ergebnisse der Evaluation der Krankenkassen nach § 65a Abs. 4 Satz 2 SGB V hilfreich sein. Nach dieser Vorschrift haben die Krankenkassen mindestens alle drei Jahre über die mit besonderen Vertragsformen erzielten Einsparungen und Effizienzsteigerungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen. Dieser Vorschrift lässt sich zugleich entnehmen, dass der Gesetzgeber erst nach einer Vorlaufzeit von drei Jahren eine Ergebnisbewertung für angezeigt hält. Zum anderen ist für das Ergebnis der Umsetzung einer integrierten Versorgung und das Ausmaß der Wahrnehmung der mit ihr verbundenen Chancen vor allem danach zu beurteilen, in welchem Maß die integrierte Versorgung Zuspruch bei den Versicherten gefunden hat. Auch hierfür wäre eine jetzige „Momentaufnahme“ verfrüht. Die neue Versorgungsform muss erst Eingang in das Bewusstsein der Versicherten und deren Akzeptanz finden. Erst danach lässt sich aus dem „Einschätzungsbarometer“ der Versicherten der tatsächliche Stellenwert der integrierten Versorgung ablesen.

Ungeachtet der vorstehenden Ausführungen wird die Bundesregierung die Anfrage zum Anlass nehmen, die staatlichen Aufsichtsbehörden zu ersuchen, die ihrer Aufsicht unterstehenden Krankenkassen um Mitteilung der für die Beantwortung der vorstehenden Fragen erforderlichen Informationen zu bitten. Allerdings kann und darf in dieser Abfrage keine aufsichtsrechtliche Maßnahme gesehen werden. Vielmehr kann es lediglich darum gehen, dass die Krankenkassen die ihnen gestellten Fragen als funktionale Hilfe bei der Weiterentwicklung der integrierten Versorgung verstehen und entsprechend beantworten.

4. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, dass seitens der Krankenkassen Anträge auf Abschluss eines Vertrages zur integrierten Versorgung von einzelnen Ärzten oder Gruppen von Ärzten nur deshalb abgelehnt worden sind, weil Krankenkassen kein Interesse an solchen Verträgen hatten?

Wenn nein, wie würde die Bundesregierung einen derartigen Sachverhalt bewerten?

Der Bundesregierung liegen keine entsprechenden Erkenntnisse vor. Es ist auch nicht ihre Aufgabe, im Einzelfall zu prüfen, aus welchen Gründen eine Krankenkasse ein ihr unterbreitetes Vertragsangebot abgelehnt hat. Bei der Etablierung integrierter Versorgungsformen sind allein die potentiellen Vertragspartner – also Kassen und Leistungserbringer – gefordert. Nur sie können aufgrund ihrer unmittelbaren Nähe zur medizinischen Versorgung Schnittstellenprobleme, Defizite in Behandlungsabläufen sowie die mangelhafte Nutzung von Systemressourcen erkennen und sich auf angemessene und medizinisch indizierte Lösungen verständigen. Der Wettbewerb um eine Integration der verschiedenen Leistungsbereiche setzt voraus, als Akteure vor Ort Freiheit zur eigenverantwortlichen Gestaltung zu haben.

7. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, dass Verwaltungsaufwendungen der Krankenkassen rechtswidrig aus den zur Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V zur Verfügung gestellten Mitteln finanziert wurden?

Wenn nein, was unternimmt die Bundesregierung um derartigen Gerüchten den Boden zu entziehen?

Der Bundesregierung liegen keine entsprechenden Erkenntnisse vor. Es ist auch nicht Aufgabe der Bundesregierung, etwaigen Gerüchten, die eine solche Behauptung zum Gegenstand haben, entgegenzutreten. Vielmehr wäre es Aufgabe der zuständigen Aufsichtsbehörde, bei Vorliegen entsprechender Erkenntnisse die Angelegenheit aufsichtsrechtlich aufzugreifen und ggf. eine gesetzwidrige Mittelverwendung zu beanstanden.

11. Durch welche Instrumente können die Kassenärztlichen Vereinigungen gesichert feststellen, welche Leistungen aus dem Budget der integrierten Versorgung bereits finanziert worden sind, so dass diese nicht noch einmal regulär abgerechnet werden und somit Doppelabrechnungen verhindert werden?

Die Frage unterstellt ein strafrechtlich relevantes Handeln einzelner Vertragsärzte und -ärztinnen, die an der integrierten Versorgung teilnehmen. Die Bundesregierung sieht für ein solches, sich insbesondere auf die an einer integrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte beziehendes Misstrauen keinen Anlass. Das Abrechnungsverfahren innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung basiert auf der verantwortlichen Abrechnungsweise der Vertragsärzte. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) müssen davon ausgehen können, dass Vertragsärzte rechtmäßig abrechnen. Die KV verfügen insofern auch nicht über Instrumente, um routinemäßig vollständig festzustellen, ob die vom Vertragsarzt über die KV abgerechneten Leistungen ggf. bereits anderweitig abgerechnet wurden. Die KV können auch nicht allumfassend gesichert feststellen, ob die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht worden sind.

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz hat der Gesetzgeber die Überprüfung der Leistungsabrechnung der Ärzte neu gestaltet, um neben den KV auch den Krankenkassen diesbezüglich eine weitergehende Verantwortung zu übertragen. In § 106a SGB V wurde bestimmt, dass die Abrechnungsprüfung der Vertragsärzte eine gesetzlich vorgegebene Aufgabe sowohl der KV als auch der Krankenkassen ist. So werden die Krankenkassen in § 106a Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V verpflichtet, die Leistungsabrechnungen insbesondere hinsichtlich des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht zu prüfen. Hierunter ist u. a. die Prüfung zu subsumieren, ob Leistungen für einen Versicherten rechtmäßig zeitgleich in verschiedenen Leistungssektoren abgerechnet worden sind. Eine ggf. unrechtmäßige Doppelabrechnung von Leistungen der Integrierten Versorgung und der vertragsärztlichen Versorgung wird somit erkennbar. Die Krankenkassen unterrichten die KV unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse. Die Krankenkassen und die KV sind berechtigt, sofern dazu Veranlassung besteht, wechselseitig gezielte Prüfungen der Abrechnungsweise der Vertragsärzte zu beantragen (§ 106a Abs. 4 SGB V). Inhalt und Durchführung der Prüfungen vereinbaren die KV und die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich (§ 106a Abs. 5 SGB V).

12. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse über die Absicht von Krankenkassen vor, bei der Gesamtvergütung der niedergelassenen Ärzte sog. Pauschalabzüge in Höhe von einem Prozent vorzunehmen, obwohl diese Krankenkassen keine Verträge zur integrierten Versorgung abgeschlossen haben, und wenn ja, wie bewertet die Bundesregierung diese Vorgehensweise?

§ 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V sieht ausdrücklich vor, dass eine Krankenkasse entsprechende Mittel von der Gesamtvergütung nur einbehalten darf, „soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140b geschlossenen Verträgen erforderlich sind“. Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse vor, dass die Krankenkassen gegen diese gesetzliche Regelung verstoßen.

13. Wie beurteilt die Bundesregierung die Sorge von niedergelassenen Ärzten, dass diese durch Verträge zur integrierten Versorgung, die ausschließlich auf der Versorgungsebene Krankenhaus/Krankenhaus und/oder Krankenhaus/Rehabilitationseinrichtung angesiedelt sind, die Patientenversorgung in diesen Bereichen subventionieren?

Die Sorgen niedergelassener Ärzte, dass Verträge zur integrierten Versorgung, an denen niedergelassene Ärzte nicht beteiligt sind, durch Abzüge nach § 140d SGB V „subventioniert“ werden, sind der Bundesregierung bekannt. Dies gilt auch für entsprechende Sorgen von Krankenhäusern, dass Verträge zur integrierten Versorgung, an denen Krankenhäuser nicht beteiligt sind, durch Abzüge nach § 140d SGB V „subventioniert“ werden. Mit dem neuen § 140d Abs. 1 SGB V hat der Gesetzgeber das Ziel verfolgt, zur Förderung der integrierten Versorgung der Krankenkassen in den Jahren 2004 bis 2006 finanzielle Mittel zur Anschubfinanzierung integrierter Versorgungsverträge zur Verfügung zu stellen. Zur Erreichung dieses Ziels bedurfte es einer möglichst unbürokratischen Lösung. Eine gesetzliche Regelung, die den Beteiligten vorgeschrieben hätte, beim Einbehalt der Mittel die einzelnen Versorgungsanteile detailliert zu berücksichtigen, hätte hingegen zu einem erheblichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand geführt. Aus diesem Grund erfolgte eine pauschale Regelung.

14. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass sich die Nichtbeteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Entwicklung, Bewertung, Ausgestaltung und Abwicklung von Verträgen zur integrierten Versorgung bewährt hat, und wie begründet sie ihre diesbezügliche Auffassung?

Die nach altem Recht vorgesehene Verschränkung zwischen dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und der einzelvertraglichen Absprache zur integrierten Versorgung hatte die Rechtslage und die Abwicklung der vertraglichen Rechtsbeziehungen unübersichtlich und unberechenbar gemacht. Sie hat sich so als eines der Hindernisse für den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung erwiesen. Während es der integrierten Versorgung bis zum Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes unbestritten an der nötigen Anschubkraft fehlte, wurden bereits unmittelbar nach Inkrafttreten dieses Gesetzes integrierte Versorgungsverträge mit stetig anwachsender Zahl geschlossen. Bereits dies zeigt, dass es notwendig war, eine Beteiligung der KV – wie z. B. über die früheren Rahmenvereinbarungen nach § 140d SGB V (alt) – auszuschließen.

Hinzu kommt, dass die KV bei einer Beteiligung in einen unauflösbaren Interessenkonflikt geriete. Nach ihrem gesetzlichen Auftrag hat sie die Interessen der verfassten Ärzteschaft als solcher wahrzunehmen. Bei einer Beteiligung an einzelnen Verträgen zur integrierten Versorgung würde sie, die von allen Mitgliedern die notwendigen Finanzmittel erhält, nur einen Teil ihrer Mitglieder (die

Verträge zur integrierten Versorgung abgeschlossen haben oder die sich interessiert zeigen) unterstützen und zumindest nach dem Empfinden der übrigen Mitglieder deren Interessen daher vernachlässigen.

15. Beabsichtigt die Bundesregierung aufgrund der ihr vorliegenden Erkenntnisse den Zeitraum für die Anschubfinanzierung von Verträgen zur integrierten Versorgung über den 31. Dezember 2006 hinaus zu verlängern, und wenn nicht, welche Möglichkeiten der Weiterentwicklung der Anschubfinanzierung sieht sie vor bzw. bereitet sie ein darüber hinausgehendes strategisches Gesamtkonzept vor?

Eine Verlängerung der Anschubfinanzierung nach § 140d Abs. 1 SGB V über den 31. Dezember 2006 hinaus ist derzeit nicht vorgesehen. Der Bundesregierung ist allerdings bekannt, dass verschiedene Krankenkassen und Verbände einen entsprechenden Wunsch geäußert haben, der auch bereits Befürworter gefunden hat. Die Bundesregierung geht davon aus, dass die Frage im Zusammenhang mit der ab dem 1. Januar 2007 vorgesehenen Einführung arztgruppenbezogener Regelleistungsvolumina nach § 85a SGB V zu gegebener Zeit entschieden wird.

20. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, dass einzelne Krankenkassen Verträge zur integrierten Versorgung im Rahmen einer Marketingstrategie einsetzen, und falls ja, was beabsichtigt die Bundesregierung dagegen zu tun?

Der Bundesregierung ist bekannt, dass einzelne Krankenkassen Verträge zur integrierten Versorgung im Rahmen einer Marketing-Strategie einsetzen. Da es sich bei der integrierten Versorgung – wie ausgeführt – auch um ein Wettbewerbsinstrument handelt, sieht die Bundesregierung dies im Grundsatz jedoch nicht als von vornherein problematisch an. Sofern einer Aufsicht allerdings Erkenntnisse vorliegen sollten, die die Annahme eines Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot rechtfertigen, wäre es ggf. Aufgabe der Aufsichtsbehörde, hiergegen einzuschreiten.

21. Durch welche Maßnahmen oder Instrumente will die Bundesregierung sicherstellen, dass mit den Verträgen zur integrierten Versorgung auch tatsächlich die Effizienz und Qualität in der Versorgung von Patienten verbessert wird und nicht lediglich ein Preiswettbewerb auf Leistungserbringerseite erzeugt wird?

Es ist nicht Aufgabe der Bundesregierung, der Versorgung auf Grund der Verträge zur integrierten Versorgung zu mehr Effizienz und Qualität zu verhelfen. Dies müssen die Verträge aus sich heraus bewirken. Selbst wenn die Verträge lediglich einen Preiswettbewerb auf Leistungserbringerseite zum Effekt hätten und die Krankenkassen als Folge für qualitativ gleichwertige Leistungen eine geringere Vergütung zahlen müssten, wäre dies aus Sicht der Bundesregierung zu begrüßen.

22. Stellt die Bundesregierung in diesem Zusammenhang zusätzliche finanzielle Mittel für eine Begleitforschung zur Effizienz- und Qualitätsverbesserung durch Verträge zur integrierten Versorgung zur Verfügung, und wenn ja, in welcher Höhe und für welche Forschungsprojekte?

Nein.

23. Wenn die Bundesregierung keine entsprechenden Mittel für eine entsprechende Begleitforschung zur Verfügung stellt, warum nicht und wie will die Bundesregierung stattdessen die Effizienz und Qualitätsverbesserung bei der Versorgung von Patienten durch Verträge zur integrierten Versorgung feststellen?

§ 140h SGB V in der vor dem 1. Januar 2004 geltenden Fassung sah die Möglichkeit einer wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der integrierten Versorgung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der integrierten Versorgung durch die Krankenkassen vor. Diese Vorschrift wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz aufgehoben. Auf die Amtliche Begründung zum Gesetzentwurf wird Bezug genommen. Vor diesem Hintergrund sieht die Bundesregierung keinen Anlass für eine aus Mitteln des Bundeshaushalts finanzierte Begleitforschung.

24. Welche Bedeutung haben nach Auffassung der Bundesregierung medizinische Leitlinien zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung?

Medizinische Leitlinien zur Verbesserung der Versorgungsqualität werden von der Bundesregierung grundsätzlich begrüßt. Dies gilt auch für medizinische Leitlinien zur Verbesserung der Versorgungsqualität in der integrierten Versorgung.

25. Welchen Stellenwert gibt die Bundesregierung Garantieleistungen bei Verträgen zur integrierten Versorgung, und wie bewertet sie in diesem Zusammenhang die vereinbarten Gewährleistungen?

Die Bundesregierung begrüßt es, wenn in Verträgen zur integrierten Versorgung Garantieleistungen vereinbart werden.

26. Welche Voraussetzungen müssen nach Auffassung der Bundesregierung erfüllt sein, damit Krankenkassen das Recht zur Kürzung der Gesamtvergütung um ein Prozent erhalten, um damit die Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung sicherzustellen?

§ 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V sieht als Voraussetzung für die Einbehaltung von Mitteln der Gesamtvergütung zur Förderung der integrierten Versorgung vor, dass diese Mittel zur Umsetzung von geschlossenen Verträgen zur integrierten Versorgung erforderlich sind. Das Einbehalten von Mitteln der Gesamtvergütung nach § 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V setzt daher voraus, dass zum Zeitpunkt des Einhalts der Mittel ein Vertrag zur integrierten Versorgung geschlossen worden ist. Zur Umsetzung dieser Vorschrift haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Frühjahr 2004 eine Vereinbarung über die Errichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle geschlossen. Diese 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 GmbH (BQS) angesiedelt und hat zum 1. Mai 2004 ihre Arbeit aufgenommen.

27. Wie beurteilt die Bundesregierung in diesem Zusammenhang die unterschiedliche Rechtsauffassung des Sozialgerichts des Saarlandes, Aktenzeichen: S 2 ER 89/04 KA, und des Landessozialgerichts Brandenburg, Aktenzeichen: L 5 B 105/104 KA ER?

Die in dem Beschluss des Landessozialgerichts Brandenburg vertretene Auffassung wird von der Bundesregierung nicht geteilt. Auf die Antwort zu Frage 26 wird Bezug genommen.

28. Sind der Bundesregierung im Zusammenhang mit Projekten zur integrierten Versorgung besondere Maßnahmen zum Schutz der Daten von Patienten bekannt, und wenn ja, wie bewertet sie diese?

Nein. Aber es gilt der allgemeine Standard des Sozialdatenschutzes.

31. Welche Gesellschaftsformen einer Integrierten-Versorgungs-Gesellschaft sind nach Auffassung der Bundesregierung zulässig?

Grundsätzlich stehen alle Gesellschaftsformen zur Verfügung, insbesondere also die Personengesellschaften und die juristischen Personen des Privatrechts einschließlich Kapitalgesellschaften und Vereine, sofern eine Gesellschaftsform nicht mit einer landesrechtlichen berufsrechtlichen Regelung kollidiert und sofern das Geschäftsfeld der Anbiertergemeinschaft einer integrierten Versorgung die Voraussetzungen der gesetzlich geregelten Gesellschaftsformtypen erfüllt.

