

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Dr. Hans Georg Faust, Wolfgang Zöller, Andreas Storm, Annette Widmann-Mauz, Dr. Wolf Bauer, Antje Blumenthal, Monika Brüning, Verena Butalikakis, Ingrid Fischbach, Michael Hennrich, Hubert Hüppe, Volker Kauder, Gerlinde Kaupa, Barbara Lanzinger, Laurenz Meyer (Hamm), Maria Michalk, Hildegard Müller, Horst Seehofer, Matthias Sehling, Jens Spahn, Max Straubinger, Gerald Weiß (Groß-Gerau) und der Fraktion der CDU/CSU

Stand der Umsetzung der integrierten Versorgung

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-Moderneisierungsgesetz“ (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.

Wir fragen die Bundesregierung:

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?

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?

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 sachlichen und finanziellen Mittel wurden bzw. werden nach Kenntnis der Bundesregierung bei den Krankenkassen zur Bearbeitung von Anträgen zur integrierten Versorgung benötigt?

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?

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?
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?
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?
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?
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?
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?
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?
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?
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?
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?
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?
24. Welche Bedeutung haben nach Auffassung der Bundesregierung medizinische Leitlinien zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung?
25. Welchen Stellenwert gibt die Bundesregierung Garantieleistungen bei Verträgen zur integrierten Versorgung, und wie bewertet sie in diesem Zusammenhang die vereinbarten Gewährleistungen?
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?
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?
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?
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?
31. Welche Gesellschaftsformen einer Integrierten-Versorgungs-Gesellschaft sind nach Auffassung der Bundesregierung zulässig?

Berlin, den 8. März 2005

Dr. Hans Georg Faust
Wolfgang Zöller
Andreas Storm
Annette Widmann-Mauz
Dr. Wolf Bauer
Antje Blumenthal
Monika Brüning
Verena Butalikakis
Ingrid Fischbach
Michael Henrich
Hubert Hüppe
Volker Kauder
Gerlinde Kaupa
Barbara Lanzinger
Laurenz Meyer (Hamm)
Maria Michalk
Hildegard Müller
Horst Seehofer
Matthias Sehling
Jens Spahn
Max Straubinger
Gerald Weiß (Groß-Gerau)
Dr. Angela Merkel, Michael Glos und Fraktion

