

Mitteilung des Senats vom 19. Februar 2008

Zukunft der integrierten Versorgung im Land Bremen

Die Fraktion der FDP hat unter Drucksache 17/166 eine Große Anfrage zu obigem Thema an den Senat gerichtet.

Der Senat beantwortet die vorgenannte Große Anfrage wie folgt:

Vorbemerkung:

Die Krankenkassen hatten die von ihnen gemäß §§ 140 a ff. SGB V abgeschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung in der Vergangenheit den Aufsichtsbehörden nicht zwingend vorzulegen. Erst mit Wirkung vom 1. April 2007 sind sie zur Vorlage dieser Verträge bei den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder verpflichtet, in denen die Verträge wirksam werden (§ 71 Abs. 5 SGB V). Dieser Vorlagepflicht sind die Krankenkassen bisher nur vereinzelt nachgekommen.

Da die Vertragspartner der Krankenkassen bei den Verträgen zur integrierten Versorgung keine Vorlagepflicht trifft, hat die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales als für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde nur einen äußerst eingeschränkten Einblick in die Ausgestaltung und den Umfang der abgeschlossenen integrierten Verträge, die sich im Land Bremen auswirken können. Dieser Einblick erlaubt keine Beantwortung der Großen Anfrage aus eigener Kenntnis.

Deshalb hat die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales die ihrer Aufsicht unterstehenden Körperschaften AOK Bremen/Bremerhaven, Handelskrankenkasse Bremen (HKK – Aufsicht bis 31. Dezember 2007) und Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KV Bremen) sowie zusätzlich den Landesverband der Betriebskrankenkassen Niedersachsen–Bremen (BKK-Landesverband Niedersachsen–Bremen) als Vertreter der in Bremen ansässigen bzw. tätigen Betriebskrankenkassen um Beantwortung der Fragen gebeten, soweit es von dort möglich ist.

Die Antwort des Senats auf die Große Anfrage beruht auf den Antworten der genannten Körperschaften. Eine Anfrage bei der VdAK/AEV-Landesvertretung Bremen erfolgte nicht, weil alle Ersatzkassen bundesunmittelbar sind und Verträge zur integrierten Versorgung üblicherweise von ihnen direkt abgeschlossen werden. Die übrigen Kassenarten haben im Land Bremen keine Vertretungen, zu der die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales Kontakte unterhält, die eine Anfrage erlauben.

Zusätzlich stand eine Auswertung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, der die Krankenkassen alle abgeschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung melden, zur Verfügung. In diese Auswertung gehen allerdings alle von den Krankenkassen gemeldeten Verträge ein, so dass gemeinsam von mehreren Krankenkassen abgeschlossene und von diesen Krankenkassen jeweils separat gemeldete Verträge auch mehrfach gezählt werden.

Zu den von der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung übernommenen Angaben zur Anzahl der Versicherten und zum Vergütungsvolumen ist anzumerken, dass die Bundesgeschäftsstelle keine Aufteilung nach Versorgungsregionen vornehmen kann. Die von den Krankenkassen gemeldeten Zahlen beziehen sich daher immer auf den

gesamten Vertrag, werden von der Bundesgeschäftsstelle jedoch jeweils allen Versorgungsregionen zugeordnet und damit mehrfach berücksichtigt. Die Auswertung der einzelnen Versorgungsregion weist daher durchgängig zu viele Versicherte und ein zu hohes Vergütungsvolumen aus. Dies ist bei der Interpretation der in den Antworten genannten Zahlen der Bundesgeschäftsstelle, die nur der Vollständigkeit halber aufgeführt werden, zu berücksichtigen.

1. Wie stellt sich der gegenwärtige Stand der integrierten Versorgung im Land Bremen dar?

Die integrierte Versorgung im Land Bremen stellt sich vergleichsweise differenziert dar. Während die AOK Bremen/Bremerhaven derzeit elf Verträge und die Handelskrankenkasse neun Verträge dem Bereich der integrierten Versorgung zurechnet, konnte der BKK-Landesverband Niedersachsen-Bremen mangels detaillierterer Kenntnis lediglich darauf hinweisen, dass von den Betriebskrankenkassen bisher Verträge zur integrierten Versorgung nur in begrenztem Umfang umgesetzt wurden.

Die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung weist – mit den in den Vorbemerkungen dargestellten Einschränkungen – zum 31. Dezember 2007 für die Versorgungsregion der KV Bremen insgesamt 218 integrierte Verträge aus, davon 105 regionale bzw. überregionale und 103 bundesweit gültige Verträge.

Die AOK Bremen/Bremerhaven sieht die Verträge zur integrierten Versorgung als Mittel zur Optimierung der Gesundheitsversorgung nicht nur für die an diesen Verträgen teilnehmenden Versicherten, sondern darüber hinaus für die Regelversorgung aller Versicherten. Im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten hat die AOK Bremen/Bremerhaven die Ziele der integrierten Versorgung bisher umgesetzt, eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung bisher allerdings noch nicht erreicht; darin sieht sie eine Aufgabe für die Zukunft. Gleichzeitig sollen künftig die Verträge zur integrierten Versorgung auf die Pflegekasse und Pflegeeinrichtungen ausgedehnt werden.

Auch die Handelskrankenkasse betont, dass Verträge abgeschlossen werden, soweit sie aus ihrer Sicht sinnvoll und wirtschaftlich sind.

Nach Auskunft des BKK-Landesverbandes Niedersachsen-Bremen hat sich bisher eine modulartige Entwicklung sektorübergreifender Versorgungskonzepte und damit verbundener vertraglicher Regelungen als zielführend erwiesen; Vereinbarungen zur integrierten Versorgung stellen eine wesentliche Grundlage künftiger morbiditätsorientierter Versorgungskonzepte dar.

2. Welche Integrationsverträge sind im Einzelnen abgeschlossen worden?

Die AOK Bremen/Bremerhaven sowie die Handelskrankenkasse haben nach eigener Auskunft bisher die folgenden Integrationsverträge abgeschlossen:

Nr.	Vertragsgegenstand	Vertragsbeginn	Sektoren	Vergütung
1	Vereinbarung über Hüft-TEP mit der Paracelsus Kurfürsten-Klinik	AOK 01. 10. 2001 HKK 01. 04. 2004	Ambulant Stationär Rehabilitation	Komplexpauschale
2	Nachtragsvereinbarung über Hüft- und Knie-TEP mit der Paracelsus-Kurfürsten-Klinik	AOK 01. 01. 2004	Ambulant Stationär Rehabilitation	Komplexpauschale
3	Ambulante urologische Operationen	AOK 01. 09. 2004 HKK 01. 09. 2004	Ambulant Stationär	Fallpauschalen
4	Versorgung von Blut- und Krebserkrankungen (Onkologie)	AOK 01. 03. 2005 HKK 01. 10. 2005	Ambulant Stationär	Fallpauschalen
5	Vereinbarung über Hüft- und Knie-TEP mit der Evangelischen Diakonissen-Anstalt	AOK 01. 03. 2005 HKK 01. 03. 2005	Ambulant Stationär Rehabilitation	Komplexpauschale
6	Vereinbarung über Hüft- und Knie-TEP mit der Roland-Klinik gGmbH	AOK 01. 04. 2005 HKK 01. 05. 2005	Ambulant Stationär Rehabilitation	Komplexpauschale
7	Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen	AOK 01. 04. 2005	Ambulant	Pauschalen

Nr.	Vertragsgegenstand	Vertragsbeginn	Sektoren	Vergütung
8	Vereinbarung über die integrierte ambulante Versorgung von Patienten in der rehabilitativen Kurzzeitpflege St. Franziskus	AOK 01. 05. 2005 HKK 01. 05. 2005	Ambulant	Fall-pauschalen
9	Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen inklusive häusliche Krankenpflege und Soziotherapie	AOK 01. 07. 2005 HKK 01. 07. 2005	Ambulant	Fall-pauschalen
10	Versorgung von Patienten mit schweren Verletzungen oder Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems	AOK 01. 03. 2007 HKK 01. 03. 2007	Ambulant Rehabilitation	Pauschalen
11	Intensivierter hausarzt-basierter Versorgungsansatz zur Vermeidung von stationärer Behandlung im Bremer Westen	AOK 01. 12. 2007 HKK 01. 12. 2007	Ambulant	Pauschalen

Der in der Tabelle aufgeführte Vertrag zu laufende Nr. 2 erweiterte nach Angaben der AOK Bremen/Bremerhaven lediglich den in laufende Nr. 1 aufgeführten Vertrag; beide Verträge zusammen genommen geben den aktuellen Stand dieser Versorgung wieder. In den weiteren Ausführungen werden sie jedoch gesondert gezählt.

Für die Betriebskrankenkassen im Lande Bremen wurden bisher ein Vertrag mit einem onkologischen Netzwerk und eine Vereinbarung mit einem ambulanten OP-Zentrum geschlossen. Darüber hinaus beziehen sich die Verträge im Wesentlichen auf stationäre Behandlungselemente zur endoprothetischen Versorgung der Versicherten und zur Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen.

3. Wie viele dieser Verträge umfassen mehr als zwei Integrationspartner?

Von den in der Antwort zu Frage 2 aufgeführten Verträgen der AOK Bremen/Bremerhaven umfassen vier Verträge mehr als zwei Integrationspartner.

Die von der Handelskrankenkasse gemeldeten Verträge umfassen durchgehend mehr als zwei Integrationspartner, während die vom BKK-Landesverband Niedersachsen-Bremen genannten Verträge sich auf zwei Integrationspartner beschränken.

4. Wie viele der bisher abgeschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung ermöglichen eine fachübergreifende Vernetzung, so dass Versorgungsketten zwischen a) Hausarzt und Facharzt, b) Hausarzt, Facharzt und Facharzt und c) Krankenhaus und Krankenhaus aufgebaut werden konnten?

Von den in der Antwort zu Frage 2 aufgeführten Verträgen der AOK Bremen/Bremerhaven ermöglichen vier Verträge eine fachübergreifende Vernetzung in der Versorgungskette Hausarzt-Facharzt.

Von den von der Handelskrankenkasse abgeschlossenen Verträgen ermöglichen drei eine fachübergreifende rein ambulante Versorgung.

Auf die von den Betriebskrankenkassen geschlossenen Verträge treffen die in der Frage genannten Fallkonstellationen nicht zu.

5. Wie viele der bisher abgeschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung ermöglichen eine sektorenübergreifende Vernetzung, so dass Versorgungsketten zwischen a) Hausarzt und Krankenhaus, b) Facharzt und Krankenhaus, c) Hausarzt, Facharzt und Krankenhaus, d) Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtung sowie e) Facharzt, Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtung aufgebaut werden konnten?

Von den in der Antwort zu Frage 2 aufgeführten Verträgen der AOK Bremen/Bremerhaven ermöglichen sechs Verträge eine sektorübergreifende Vernetzung, davon zwei in der Versorgungskette Hausarzt-Facharzt-Krankenhaus und vier in der Versorgungskette Hausarzt-Facharzt-Krankenhaus-Rehabilitationseinrichtung.

Nach der Aufstellung der Handelskrankenkassen umfassen drei Verträge die Versorgungskette Ambulant–Krankenhaus–Rehabilitationseinrichtung und drei Verträge die Versorgungskette Ambulant–Krankenhaus bzw. Ambulant–Rehabilitationseinrichtung.

Zwei der vom BKK-Landesverband Niedersachsen–Bremen genannten Verträge betreffen die Versorgungskette Facharzt–Krankenhaus, weitere sechs Vereinbarungen die Versorgungskette Krankenhaus–poststationäre Leistungserbringer.

6. Kames zur Ablehnung von Anträgen von Leistungserbringern, und welche Gründe waren gegebenenfalls hierfür ausschlaggebend?

Angebotene Konzepte mussten seitens der AOK Bremen/Bremerhaven oder der Handelskrankenkasse abgelehnt werden, wenn der Anbietende nicht als Vertragspartner nach § 140 b SGB V zugelassen war, die gesetzlichen Anforderungen an einen integrierten Versorgungsvertrag nicht erfüllt waren oder nicht zu erwarten war, dass die Versorgung der Patienten verbessert würde.

Dem BKK-Landesverband Niedersachsen–Bremen ist die Ablehnung von Anträgen von Leistungserbringern nicht bekannt.

7. Wie viele Versicherte haben in den Jahren 2004 bis 2007 an vertraglich vereinbarter integrierter Versorgung im Land Bremen teilgenommen?

In den Jahren 2004 bis 2007 haben Versicherte der AOK Bremen/Bremerhaven und der Handelskrankenkasse in folgendem Umfang an vertraglich vereinbarter integrierter Versorgung teilgenommen:

Kasse	2004	2005	2006	2007
AOK Bremen/Bremerhaven	173	765	905	925
Handelskrankenkasse	89	534	732	853

Für den Vertrag zu Nr. 11 (siehe Frage 2) geht die AOK Bremen/Bremerhaven von jährlich 20 Patienten aus.

Dem BKK-Landesverband Niedersachsen–Bremen liegen keine Daten über die Zahl der Versicherten, die an den Verträgen zur integrierter Versorgung teilnahmen, vor.

Die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung weist für die Versorgungsregion der KV Bremen zum 31. Dezember 2007 eine Zahl von 3 386 Versicherten aus; auf die begrenzte Aussagekraft dieser Zahl (siehe Erläuterungen in der Vorbemerkung) wird hingewiesen.

8. Wie wird sichergestellt, dass es zu keiner Risikoselektion kommt?

Da die Krankenkassen davon ausgehen, dass die Versorgung im Rahmen der integrierten Versorgungsverträge sowohl für den Versicherten von medizinischem Vorteil als auch für die Kasse von finanziellem Vorteil ist, sollte eine Risikoselektion durch die Krankenkasse ausgeschlossen sein; vielmehr werden geeignete Patienten über die integrierten Versorgungsformen informiert.

Einer Risikoselektion durch Leistungserbringer wird weitestgehend durch eine entsprechende Vertragsgestaltung vorgebeugt; auch dürfte von einem Interesse der Leistungserbringer an einer möglichst umfänglichen Erfassung der geeigneten Patienten auszugehen sein.

Sollten geeignete Patienten dennoch nicht in die integrierte Versorgung übernommen worden sein, erhalten sie ihre Ansprüche über die Regelversorgung.

9. Welche Anbieter aus dem Land Bremen konnten bisher von der integrierten Versorgung profitieren?

Die AOK Bremen/Bremerhaven sowie die Handelskrankenkasse haben mit den folgenden Anbietergruppen Verträge zur integrierten Versorgung abgeschlossen:

Ambulanter Bereich	Stationärer Bereich
Hausärzte	Träger zugelassener Krankenhäuser
Fachärzte	Träger von stationären Vorsorge- und Reha-Einrichtungen
Arztnetze	
Pflegeeinrichtungen	
Physiotherapeuten	
Apotheken	
Pflegeeinrichtungen	

Bei den Betriebskrankenkassen sind die Klinika Bremen-Mitte und Bremen-Nord, die Roland-Klinik Bremen, das Diakoniekrankenhaus Bremen und das Krankenhaus Reinkenheide in Bremerhaven die führenden Vertragspartner.

10. Inwiefern konnte die Behandlung von bestimmten Erkrankungen im Rahmen der integrierten Versorgung verbessert werden?

Die integrierte Versorgung konnte die Behandlung von neurologischen, orthopädischen, urologischen, onkologischen, psychiatrischen und geriatrischen Erkrankungen verbessern. Verbesserungen waren unter anderem in einer Verkürzung der Behandlungsdauer und in einer Beschleunigung der Abfolge der Behandlungen im ambulanten, stationären und rehabilitativen Bereich zu erzielen. Detailliertere Erkenntnisse liegen bisher noch nicht vor, da sich eine Verbesserung der Behandlungsmaßnahmen durch die integrierte Versorgung im Wesentlichen im Rahmen einer mittelfristigen Perspektive erschließt.

11. Wie hoch ist das derzeitige Vertragsvolumen?

Das bisherige Vertragsvolumen beziffert die AOK Bremen/Bremerhaven auf etwa 4,3 Mio. € im Jahr 2006 und etwa 4,0 Mio. € im Jahr 2007; für das Jahr 2008 schätzt sie ein Vertragsvolumen von ca. 4,6 Mio. €.

Die Handelskrankenkasse gibt das derzeitige Vertragsvolumen mit ca. 2,8 Mio. € an.

Der BKK-Landesverband Niedersachsen-Bremen konnte keine BKK-übergreifenden Daten zum bisherigen Vertragsvolumen zur Verfügung stellen. Zahlen der übrigen Krankenkassen und Kassenarten stehen ebenfalls nicht zur Verfügung.

Die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung weist für die Versorgungsregion der KV Bremen zum 31. Dezember 2007 ein Vergütungsvolumen in Höhe von gut 9,6 Mio. € aus; auf die begrenzte Aussagekraft dieser Zahl (siehe Erläuterungen in der Vorbemerkung) wird hingewiesen.

12. In welchem Umfang stehen im Rahmen der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung im Land Bremen finanzielle Mittel zur Verfügung?

Im Rahmen der Anschubfinanzierung standen der AOK Bremen/Bremerhaven die folgenden Beträge – allerdings nicht begrenzt auf die integrierte Versorgung im Land Bremen – zur Verfügung:

Jahr	Anschubfinanzierung
2006	2 400 000 €
2007	2 500 000 €
2008	2 600 000 € geschätzt

Die Handelskrankenkasse und der BKK-Landesverband Niedersachsen-Bremen konnten keine für das Land Bremen gültigen Daten nennen. Da auch für die übrigen Krankenkassen und Kassenarten keine Zahlen zur Verfügung stehen, ist es dem Senat nicht möglich, die für die integrierte Versorgung im Land Bremen zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel zu beziffern.

13. Inwiefern konnte die Anschubfinanzierung im Land Bremen bisher ausgeschöpft werden?

Nach Auskunft der AOK Bremen/Bremerhaven und der Handelskrankenkasse haben sie die Anschubquote nach § 140 d SGB V seit dem 1. Mai 2005 (AOK) bzw. seit dem 1. August 2005 (HKK) voll ausgeschöpft.

Der BKK-Landesverband Niedersachsen–Bremen konnte keine BKK-übergreifenden Daten zur Verfügung stellen.

14. In welcher Höhe haben die Krankenkassen die Kürzungsmöglichkeiten der Gesamtvergütung im Land Bremen für die Jahre 2004 bis 2006 zur Anschubfinanzierung nach § 140 d SGB V wahrgenommen, und welche Auswirkungen hatte diese auf die Vergütung der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhäuser?

Die Verträge zur integrierten Versorgung werden regelmäßig nicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgewickelt. Die Krankenkassen melden die von ihnen abgeschlossenen Verträge lediglich der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS). Diese sammelt die Meldungen und gibt sie den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen zur Kenntnis. Nach Auskunft der KV Bremen wurden ihr mit Stand 31. Dezember 2007 insgesamt 218 Verträge gemeldet, bei denen es zu einer Kürzung der Gesamtvergütung kommt (siehe auch Antwort zu Frage 1).

Diese Kürzung schätzt die KV Bremen auf gut 2,5 Mio. € jährlich. Bei einem Honorarvolumen von ca. 320 Mio. € pro Jahr entspricht dies einer Quote von etwa 0,8 %. Nach Angaben der KV Bremen schöpfen dabei die AOK Bremen/Bremerhaven und die HKK Bremen den gesetzlich eingeräumten Rahmen von bis zu 1 % der Gesamtvergütung nahezu vollständig aus; bei den übrigen Krankenkassen liegt die Kürzungsquote entsprechend niedriger.

Die KV Bremen bemängelt, dass sie zu den Inhalten der gemeldeten Verträge nur wenige Eckdaten erhält, die keine Prüfung der Frage zulassen, ob die vorgenommenen Kürzungen der Gesamtvergütung dem Grunde und der Höhe nach gerechtfertigt sind. Daher kann sie die Auswirkungen der Verträge im Allgemeinen und die Auswirkungen der Anschubfinanzierung im Besonderen lediglich als Kürzung der Gesamtvergütung erkennen. Ob und gegebenenfalls in welcher Form und in welchem Umfang die einbehaltenen Beträge die bremischen Vertragsärzte tatsächlich erreichen, ist für sie nicht nachvollziehbar.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 13 verwiesen.

15. Wie soll der Aufbau der integrierten Versorgung nach Ablauf der Anschubfinanzierung nach § 140 d SGB V finanziert werden, und welche Mittel werden dann im Land Bremen zur Verfügung stehen?

Ziel der integrierten Versorgungsverträge ist es, innerhalb der durch sie geschaffenen Strukturen die Versorgung effizienter als die Regelversorgung zu gestalten. Eine Dauersubventionierung war wegen des erwarteten Kostensenkungspotentials nicht angestrebt; spätestens nach Ablauf der Anschubfinanzierung sollten sich die integrierten Verträge selbst tragen. Diese Prämisse gilt sowohl auf der Kostenträgerseite, also den Krankenkassen, als auch auf Seiten der Leistungserbringer, mithin der Ärzte, der Krankenhäuser und der Rehabilitationseinrichtungen.

Die AOK Bremen/Bremerhaven, die Handelskrankenkasse und der BKK-Landesverband Niedersachsen–Bremen gehen übereinstimmend davon aus, dass die abgeschlossenen Verträge diese Anforderungen bereits jetzt erfüllen. Eine Fortführung der Anschubfinanzierung über die kürzlich erfolgte Verlängerung bis zum 31. Dezember 2008 hinaus sollte daher nicht erforderlich sein.

Nach Auffassung der AOK Bremen/Bremerhaven und des BKK-Landesverbandes Niedersachsen–Bremen sollten zur Vermeidung von Doppelfinanzierungen für die weitere Umsetzung der integrierten Versorgung die entsprechenden Voraussetzungen geschaffen werden. Dazu gehören

- eine Reduktion der Arztstruktur und/oder eine Verbesserung der wirtschaftlichen Strukturen mit einer Spezialisierung der Leistungserbringer (AOK Bremen/Bremerhaven),
- eine durchgreifende Überführung von Finanzmitteln in die integrierte Versorgung durch Bereinigung von Krankenhausbudgets, Gesamtvergütungen etc. (BKK-Landesverband Niedersachsen–Bremen).