

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Irmgard Schwaetzer, Rainer Brüderle, Horst Friedrich (Bayreuth), Dr. Helmut Haussmann, Dr. Edzard Schmidt-Jortzig, Dr. Wolfgang Gerhardt und der Fraktion der F.D.P.**

### **Implementierung von Disease-Management-Programmen und ihre Verknüpfung mit dem Risikostrukturausgleich**

1. Wie viele Mitarbeiter sind zurzeit direkt und indirekt mit dem Risikostrukturausgleich beschäftigt
  - bei den gesetzlichen Krankenkassen, ihren Landesverbänden und ihren Spitzenverbänden,
  - beim Bundesversicherungsamt als durchführender Behörde und als Aufsichtsbehörde für die bundesunmittelbaren Krankenkassen,
  - bei den Aufsichtsbehörden der Länder,
  - bei den Prüfdiensten,
  - bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte,
  - bei den Rentenversicherungsträgern,
  - beim Bundesministerium für Gesundheit,
  - bei den Sozialministerien der Länder,
  - bei den Abrechnungsstellen sowie
  - bei den Verbänden der Leistungserbringer?
2. Welche Kosten verursachen diese Arbeitskräfte, die mit dem heutigen Risikostrukturausgleich beschäftigt sind, und wie hoch sind die darüber hinaus entstehenden Sachkosten, wie z. B. EDV-Anlagen, Mieten usw.?
3. Was versteht die Bundesregierung konkret unter Disease-Management-Programmen auch im Hinblick auf Qualitätskriterien, und wodurch unterscheiden sich diese von den bereits vorhandenen Verträgen zur Versorgung chronisch Kranker, z. B. Diabetiker?
4. Welche Disease-Management-Programme für welche Erkrankungen gibt es zurzeit, und welche dieser Programme erfüllen die von der Bundesregierung für ausreichend erachteten Qualitätskriterien?
5. Mit welchen Einsparungen rechnet die Bundesregierung im ersten, zweiten und dritten Jahr nach Einführung der Disease-Management-Programme?
6. Mit welchen Kosten rechnet die Bundesregierung durch die Einführung der Disease-Management-Programme und die Verknüpfung mit dem Risikostrukturausgleich?

7. Wie steht die Bundesregierung zur Auffassung des Bundesversicherungsamtes, dass ca. 70 bis 90 neue Stellen allein beim Bundesversicherungsamt und bei den für die landesunmittelbaren Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden notwendig sind, um die Programme zu zertifizieren sowie die korrekte Umsetzung im Rahmen des Risikostrukturausgleiches zu überprüfen?
8. Von welchem Bedarf an zusätzlichen Stellen bei den gesetzlichen Krankenkassen geht die Bundesregierung aus?
9. Wie steht die Bundesregierung zu der Auffassung, dass die Disease-Management-Programme darauf angewiesen sind, von den behandelnden Ärzten und den eingeschriebenen Patienten mit Leben erfüllt zu werden?
10. Warum lässt die Bundesregierung die Disease-Management-Programme allein durch die Kostenträger entwickeln und verzichtet darauf, die Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern und im niedergelassenen Bereich, also diejenigen, die die Patienten behandeln, einzubeziehen?
11. Wie steht die Bundesregierung zur Auffassung, dass hierdurch die Gefahr einer Überbetonung der Kostenseite zu Lasten der Versorgungsqualität entsteht, deren Ursache in der Verknüpfung mit dem Risikostrukturausgleich zu suchen ist?
12. Wie steht die Bundesregierung zur Auffassung, dass durch die Nicht-einbindung derjenigen, die im konkreten Behandlungsgeschehen einem Patienten helfen müssen, Abstimmungsprobleme entstehen, die durch eine frühere Einbindung vermieden werden könnten?
13. Wie will die Bundesregierung verhindern, dass die wirtschaftlichen Interessen der einzelnen Krankenkassen einen medizinischen Nutzen überlagern?

Berlin, den 15. August 2001

**Dr. Dieter Thomae**

**Detlef Parr**

**Dr. Irmgard Schwaetzer**

**Rainer Brüderle**

**Horst Friedrich (Bayreuth)**

**Dr. Helmut Haussmann**

**Dr. Edzard Schmidt-Jortzig**

**Dr. Wolfgang Gerhardt und Fraktion**