

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid), Dr. Wolf Bauer, Dr. Sabine Bergmann-Pohl, Dr. Hans Georg Faust, Ulf Fink, Ingrid Fischbach, Hubert Hüppe, Dr. Harald Kahl, Eva-Maria Kors, Heinz Schemken, Annette Widmann-Mauz, Aribert Wolf, Wolfgang Zöllner und der Fraktion der CDU/CSU**

### **Disease-Management-Programme**

Der Koordinierungsausschuss hat am 13. Juni 2002 Empfehlungen für die Anforderungen an die Ausgestaltung der Disease-Management-Programme bei Diabetes II und Mammakarzinom beschlossen. Auf der Grundlage dieser Empfehlungen soll das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Rechtsverordnung erlassen. Nach dem Willen der Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, soll diese Vierte Verordnung zur Änderung der Risikostrukturausgleichs-Verordnung (4. RSA-Änderungsverordnung) am 1. Juli 2002 in Kraft treten.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Enthält die Verbindung der Disease-Management-Programme mit dem Risikostrukturausgleich einen ausgabentreibenden Anreiz?

Wenn nein, warum nicht?

2. Teilt die Bundesregierung die Befürchtung, dass Ärzte wie Krankenkassen daran interessiert sein werden, möglichst viele Patienten in die Programme einzubeziehen?

Wenn nein, warum nicht?

3. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass mit der Einschreibung der chronisch Kranken nicht mehr nur die Ausgaben, sondern auch die Einnahmen der Krankenkassen durch Vertragsärzte bestimmt werden?

Wenn nein, warum nicht?

4. Wird die Einbeziehung einzelner chronischer Erkrankungen in den Risikostrukturausgleich die Allokation der Ressourcen im Gesundheitswesen verzerren?

Wenn nein, warum nicht?

5. Welche Erkenntnisse haben den Ausschlag dafür gegeben, mit der Umsetzung der Disease-Management-Programme bei Diabetes Typ II und Brustkrebs zu beginnen?

6. Warum hat die Bundesregierung die ebenfalls in Betracht gezogenen Programme für Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Asthmaerkrankungen nicht zeitgleich aufgelegt?

7. Werden für Krankenkassen, bei deren Versicherten andere chronische Erkrankungen häufiger vorkommen, ungleiche Bedingungen geschaffen?  
Wenn nein, warum nicht?
8. Wie will die Bundesregierung sicherstellen, dass Personen mit anderen chronischen Erkrankungen als Diabetes Typ II, Brustkrebs, Herz-Kreislauf-Erkrankung und Asthma keine Nachteile in der medizinischen Versorgung erleiden?
9. Wie will die Bundesregierung sicherstellen, dass die Krankenkassen, die bislang nicht über die erforderlichen Daten für die Programme verfügen, die Programme regional gleichmäßig anbieten können?
10. Müssen Krankenkassen, die bereits jetzt chronisch Kranke im Rahmen von Versorgungsprogrammen gezielt betreuen, z. B. im Rahmen von Diabetikerversorgungs-Programmen, diese mit Inkrafttreten der Disease-Management-Programme einstellen?
11. Wenn nein, sieht es die Bundesregierung dann als gerechtfertigt an, Disease-Management-Programme ausgleichsfähig im Risikostrukturausgleich zu gestalten, andere Programme aber nicht als ausgleichsfähig anzusehen?  
Wenn ja, wie begründet die Bundesregierung dies?
12. Wie sollen Krankenkassen, ggf. gemeinsam mit Ärzten und Kassenärztlichen Vereinigungen, sicherstellen, dass chronisch Kranke auf Dauer an den Versorgungsprogrammen für Diabetes Typ II und Brustkrebs teilnehmen und wie soll dies überwacht werden?
13. Wie will die Bundesregierung sicherstellen, dass chronisch Kranke, z. B. Diabetiker oder eine brustkrebskranke Frau, ihren Arzt, dem sie bislang uneingeschränktes Vertrauen bei der Behandlung ihrer chronischen Erkrankung geschenkt haben, auch beibehalten können, wenn dieser nicht an den Disease-Management-Programmen teilnimmt?
14. Wie schließen die Krankenkassen Versorgungsverträge mit all jenen Ärzten ab, die bereits jetzt und zukünftig chronisch Kranke mit Diabetes Typ II und Brustkrebs behandeln, vor allem nach dem Scheitern einer bundeseinheitlichen Rahmenvereinbarung?
15. Für den Fall, dass die Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge abschließen sollen, nach welchen Kriterien erfolgt dann die Auswahl der Ärzte?
16. Welche Programmkosten der Krankenkassen können im Risikostrukturausgleich in Zukunft berücksichtigt werden?
17. Wann wird die vom BMG angekündigte pauschale Begrenzung der berücksichtigungsfähigen Verwaltungskosten erfolgen?
18. Wie sollen die Krankenkassen und der Medizinische Dienst der Krankenkassen angesichts der Tatsache, dass bislang keine Prüfverordnung vorliegt, die Verordnung handhaben?
19. Ist zu befürchten, dass Disease-Management-Programme – ähnlich wie die aut-idem-Regelung – wegen mangelhafter Rahmenbedingungen zum 1. Juli 2002 nicht bzw. nur unzureichend umgesetzt werden können?  
Wenn nein, warum nicht?
20. Würde eine mangelhafte Umsetzung der Versorgungsprogramme für Diabetiker Typ II und brustkrebskranke Frauen Disease-Management-Programme generell in Verruf bringen?  
Wenn nein, warum nicht?

21. Warum lehnt es die Bundesregierung ab, die Disease-Management-Programme erst nach einer hinreichenden Erprobung im RSA ausgleichsfähig zu machen?
22. Ist die Bundesregierung bereit, von der gesetzlichen Vorgabe einer Behandlung nach Leitlinien im Rahmen der Disease-Management-Programme abzugehen?  
Wenn nein, wie will die Bundesregierung sicherstellen, dass die Behandlung in den Disease-Management-Programmen der gesetzlich vorgegebenen Behandlung nach Leitlinien entspricht?
23. Ist nach Meinung der Bundesregierung die Weiterleitung des Disease-Management-Auftrages der Krankenkasse an die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß der 4. RSA-Änderungsverordnung rechtmäßig?  
Wenn ja, warum?

Berlin, den 25. Juni 2002

**Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid)**  
**Dr. Wolf Bauer**  
**Dr. Sabine Bergmann-Pohl**  
**Dr. Hans Georg Faust**  
**Ulf Fink**  
**Ingrid Fischbach**  
**Hubert Hüppe**  
**Dr. Harald Kahl**  
**Eva-Maria Kors**  
**Heinz Schemken**  
**Annette Widmann-Mauz**  
**Aribert Wolf**  
**Wolfgang Zöllner**  
**Friedrich Merz, Michael Glos und Fraktion**

