

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid),
Dr. Wolf Bauer, Dr. Sabine Bergmann-Pohl, weiterer Abgeordneter und der
Fraktion der CDU/CSU
– Drucksache 14/9626 –**

Disease-Management-Programme

Vorbemerkung der Fragesteller

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.

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

Wenn nein, warum nicht?

Die Verbindung der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) mit dem Risikostrukturausgleich (RSA) enthält keinen ausgabentreibenden Anreiz. Vielmehr müssen die Krankenkassen bestrebt sein, die Vorgaben für die Programme bei hoher Qualität möglichst wirtschaftlich umzusetzen, da der RSA auch für die Versicherten, die in zugelassene Programme eingeschrieben sind, nur die standardisierten berücksichtigungsfähigen Ausgaben, die sich am Ausgabendurchschnitt aller Krankenkassen orientieren, ausgleicht, nicht aber die tatsächlichen Ausgaben. Dadurch wird das Interesse der Krankenkassen und ihrer Verbände an der wirtschaftlichen Gestaltung des Leistungsgeschehens in den Programmen gestärkt.

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?

Die Bundesregierung hat keinen Anlass zu befürchten, Ärzte und Krankenkassen würden ihre jeweilige Aufgaben nicht sachgerecht erfüllen. Die Einführung strukturierter Behandlungsprogramme dient der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung chronisch Kranker. Erfüllen die Programme die hohen Anforderungen, die in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung festgelegt sind, werden sie über den RSA finanziell gefördert, so dass die Krankenkassen erstmals einen Anreiz haben, in einen Wettbewerb um eine qualitativ hochwertige Versorgung chronisch kranker Versicherter einzutreten. Um bestehende Versorgungsdefizite abzubauen und die Behandlung von chronisch Kranken im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit zu verbessern, ist es daher wünschenswert, dass möglichst viele chronisch kranke Versicherte, die die Voraussetzungen für die Einschreibung erfüllen, in die Programme einbezogen werden.

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?

Die Bundesregierung teilt diese Auffassung nicht. Zwar wird den in einem zugelassenen strukturierten Behandlungsprogramm eingeschriebenen Versicherten im RSA ein höherer Beitragsbedarf zugemessen als in ihrer bisherigen Versichertengruppe. Die Einschreibung kann jedoch nur auf Grund der schriftlichen Bestätigung einer gesicherten Diagnose durch den behandelnden Arzt erfolgen. Die Einschreibung und die daraus resultierende Zuweisung eines erhöhten Beitragsbedarfs im RSA wird daher in erster Linie durch den objektiven Gesundheitszustand eines Versicherten, nicht aber durch den behandelnden Arzt bestimmt.

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

Wenn nein, warum nicht?

Die Einbeziehung einzelner chronischer Krankheiten in den RSA verändert die Zahlungsflüsse innerhalb des RSA und hat daher vorrangig Auswirkungen auf die Distribution, nicht aber auf die Allokation von Ressourcen: Eine hohe Zahl von eingeschriebenen Versicherten führt zu höheren Ausgleichsansprüchen bzw. geringeren Ausgleichsverpflichtungen; umgekehrt werden Krankenkassen mit wenigen eingeschriebenen Versicherten geringere Ausgleichsansprüche geltend machen können bzw. höhere Ausgleichsverpflichtungen zu tragen haben.

Eine verzerrende Wirkung auf die Allokation der Ressourcen im Gesundheitswesen ist aber auch deswegen nicht zu erwarten, weil davon auszugehen ist, dass die Durchführung der strukturierter Behandlungsprogramme zu einer Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung chronisch Kranker sowie zu einem Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgungen führen wird.

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?

Der Koordinierungsausschuss hat am 28. Januar 2002 auf der Grundlage des § 137f Abs. 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Diabetes mellitus Typ 1 und 2, chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, Brustkrebs und koronare Herzkrankheit als chronische Krankheiten vorgeschlagen, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen. Für die Auswahl waren die in § 137f Abs. 2 Nr. 1 bis 6 SGB V genannten Kriterien ausschlaggebend. Nach Prüfung dieser Empfehlung hat das BMG dem Koordinierungsausschuss bekannt gegeben, dass für diese chronischen Krankheiten Empfehlungen für die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme vorgelegt werden sollen. Bisher hat der Koordinierungsausschuss für Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs jeweils eine Empfehlung zu den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme abgegeben. Eine Empfehlung zu den übrigen benannten chronischen Krankheiten erfolgte seitens des Koordinierungsausschusses bisher nicht.

7. Werden für Krankenkassen, bei deren Versicherten andere chronische Erkrankungen häufiger vorkommen, ungleiche Bedingungen geschaffen?
Wenn nein, warum nicht?

Der Koordinierungsausschuss hat dem BMG nach § 137f Abs. 1 Satz 1 SGB V zunächst bis zu sieben, mindestens jedoch vier chronische Krankheiten vorzuschlagen. Der Koordinierungsausschuss ist daher gehalten, über die bisher empfohlenen chronischen Krankheiten hinaus weitere Krankheiten vorzuschlagen, wenn diese die in § 137f Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 bis 6 SGB V genannten Voraussetzungen erfüllen. Hierdurch ist sichergestellt, dass für die relevanten chronischen Krankheiten strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden können, die über den RSA finanziell gefördert werden.

Mittelfristig wird eine Ungleichbehandlung der Krankenkassen durch die vom BMG eingeleitete morbiditätsorientierte Reform des RSA ausgeschlossen. Ab dem 1. Januar 2007 werden die Versicherten jeder Kasse entsprechend ihres Morbiditätsrisikos im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden. Unabhängig davon, ob die Erkrankung eines Versicherten chronischer Art oder akut ist und ob die medizinische Versorgung im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms oder in der Regelversorgung erfolgt, wird der Krankenkasse im RSA ein Beitragsbedarf zugerechnet, der der Morbidität des Versicherten entspricht, so dass eine Gleichbehandlung aller Krankenkassen gewährleistet ist.

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?

Ziel der Einführung strukturierter Behandlungsprogramme ist es, die Versorgung insbesondere chronisch kranker Patienten zu verbessern. Darüber hinaus wird es auch positive Effekte auf die Behandlung solcher Krankheiten geben, die bisher nicht für strukturierte Behandlungsprogramme ausgewählt wurden.

So ist davon auszugehen, dass die im Rahmen der Behandlungsprogramme neu gewonnenen Erkenntnisse z. B. durch optimierte Zusammenarbeit zwischen den Versorgungsebenen sowie Schulungen der Ärzte, in denen u. a. die Orientierung an Behandlungsleitlinien vermittelt wird, mittelfristig auch die Versorgungssituation anderer Patienten verbessern helfen. Im Übrigen haben Patientinnen und Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen, für die es derzeit keine strukturierten Behandlungsprogramme gibt, unverändert Anspruch auf eine qualitativ hochwertige Versorgung im Rahmen des geltenden Leistungskataloges.

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?

Zu den Anforderungen, die ein strukturiertes Behandlungsprogramm für die Zulassung erfüllen muss, gehören auch Anforderungen an die Dokumentation von Stamm- und Behandlungsdaten, die insbesondere zur Evaluation und Qualitätssicherung dienen. Welche Daten dies im Einzelnen sind, ist in den Anlagen 2 und 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung festgelegt. Somit werden in den Programmen selbst die Daten erhoben, die zur Steuerung der Programme notwendig sind. Auf der Grundlage der in der Verordnung festgelegten Anforderungen ist es die Aufgabe der Krankenkassen, strukturierte Behandlungsprogramme zu entwickeln bzw. ihre Entwicklung zu veranlassen und die Zulassung beim Bundesversicherungsamt zu beantragen, um so ein regional gleichmäßiges Angebot an strukturierten Behandlungsprogrammen zu gewährleisten.

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?

Krankenkassen, die bereits jetzt chronisch Kranke im Rahmen von Versorgungsprogrammen betreuen, müssen diese mit Inkrafttreten der geänderten Risikostruktur-Ausgleichsverordnung nicht einstellen. Bestehende Versorgungsprogramme können daher fortgeführt werden, allerdings ist eine Berücksichtigung der daran teilnehmenden Versicherten in den besonderen Versichertengruppen für eingeschriebene chronisch Kranke und die damit verbundene Zurechnung eines erhöhten Beitragsbedarfs für die Krankenkasse nur möglich, wenn die Programme die in der Rechtsverordnung festgelegten Anforderungen erfüllen und vom Bundesversicherungsamt zugelassen worden sind. Ist dies nicht der Fall, haben die Krankenkassen die Möglichkeit, nach einer eventuellen Anpassung der Programminhalte die Zulassung des Programms durch das Bundesversicherungsamt zu erwirken. Derartige Anpassungsregelungen sind in zahlreichen bereits bestehenden Programmen vorgesehen.

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?

Damit Patienten, die in ein strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben sind, im RSA einer gesonderten Versichertengruppe berücksichtigt werden können und ihren Krankenkassen ein erhöhter Beitragsbedarf zugemessen wird,

müssen diese Programme hohe Anforderungen hinsichtlich der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung erfüllen. Dies wird vom Bundesversicherungsamt bei der Zulassung des Programms geprüft. Bei Behandlungsprogrammen, die nicht zugelassen sind, ist dagegen nicht sicher gestellt, dass sie diesen Qualitätsanforderungen entsprechen. Infolgedessen ist auch die Zurechnung eines erhöhten Beitragsbedarfs für die daran teilnehmenden Versicherten im RSA nicht gerechtfertigt.

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?

Die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen ist sowohl für die Versicherten als auch für die Leistungserbringer freiwillig. Die Versicherten können daher frei darüber entscheiden, ob und wann sie sich in ein strukturiertes Behandlungsprogramm einschreiben und wann sie es wieder verlassen wollen.

Für Patienten, die im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms versorgt werden, werden durch die Leistungserbringer in bestimmten Zeitabständen, die für die verschiedenen Krankheiten in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung festgelegt sind, Dokumentationen erstellt. Anhand dieser Dokumentationen kann die Krankenkasse nachvollziehen, ob ein eingeschriebener Versicherter die im Programm vorgesehenen Mitwirkungspflichten erfüllt.

Im Übrigen muss sich jede Krankenkasse bemühen, im Rahmen des Wettbewerbs um eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung von chronisch Kranken ihre Versicherten von den Vorteilen der Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm zu überzeugen.

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?

Voraussetzung für die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms ist, dass die hierfür erforderlichen Verträge mit Leistungserbringern oder Leistungserbringergemeinschaften geschlossen werden. Hierfür stehen alle im SGB V vorgesehenen Vertragstypen einschließlich der integrierten Versorgung zur Verfügung. Kommt eine bundesmantelvertragliche oder gesamtvertragliche Vereinbarung nicht zustande, können die Krankenkassen daher auch Verträge mit einzelnen Leistungserbringern oder Leistungserbringergemeinschaften schließen. Unabhängig vom gewählten Vertragstyp ist Voraussetzung für die Beteiligung von Leistungserbringern an einem strukturierten Behand-

lungsprogramm, dass sie die vereinbarten Qualifikationsanforderungen erfüllen.

Für Leistungserbringer, mit denen kein Vertrag zur Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms geschlossen worden ist, sind die in diesen Programmen enthaltenen Vorgaben, etwa in Bezug auf Qualifikationsanforderungen, Dokumentations- und Datenübermittlungspflichten, nicht verbindlich. Dies schließt jedoch nicht aus, dass diese Leistungserbringer gleichwohl – etwa auf Wunsch ihrer chronisch kranken Patientinnen und Patienten – die Behandlung an den Inhalten zugelassener strukturierter Behandlungsprogramme ausrichten. Da die Einhaltung dieser Vorgaben in diesen Fällen jedoch nicht vertraglich abgesichert ist und auch nicht überprüft werden kann, können die betroffenen Patienten im RSA nicht den Versichertengruppen der eingeschriebenen chronisch Kranken zugeordnet werden.

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?

Die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen sind im RSA grundsätzlich nicht berücksichtigungsfähig. Eine Ausnahme gilt nur für die Aufwendungen der Krankenkassen, die zusätzlich und unmittelbar im Zusammenhang mit der Entwicklung, Zulassung, Durchführung und Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen entstehen (§ 4 Abs. 1 Nr. 12 RSAV). Das Nähere über die Berücksichtigung, insbesondere über eine mögliche Pauschalierung dieser Aufwendungen, vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen. In dieser Vereinbarung kann auch eine pauschale Begrenzung der berücksichtigungsfähigen Verwaltungsausgaben vorgesehen werden. Seitens des BMG ist eine pauschale Begrenzung der berücksichtigungsfähigen Verwaltungskosten nicht angekündigt worden.

18. Wie sollen die Krankenkassen und der Medizinische Dienst der Krankenkassen angesichts der Tatsache, dass bislang keine Prüfverordnung vorliegt, die Verordnung handhaben?

Für die Tätigkeit der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen sind Regelungen über die Prüfung der von den Krankenkassen im RSA gemeldeten Daten nicht erforderlich. Im Übrigen können die Prüfdienste des Bundes und der Länder bereits heute prüfen, ob die Krankenkassen Versicherte zu Recht den besonderen Versichertengruppen der eingeschriebenen chronisch Kranken zugeordnet haben.

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?

Mit der 4. Änderungsverordnung zur Risikostruktur-Ausgleichsverordnung sind die erforderlichen rechtlichen Rahmenbedingungen für die Förderung strukturierter Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs im RSA geschaffen worden. Es ist nunmehr Aufgabe der Krankenkassen, strukturierte Behandlungsprogramme zu entwickeln, die den in dieser Verordnung geregelten Anforderungen entsprechen, die für die Durchführung dieser

Programme notwendigen Verträge mit den Leistungserbringern zu schließen und die Zulassung der Programme durch das Bundesversicherungsamt zu erwirken. Es ist nicht erkennbar, welche weiteren Rahmenbedingungen für die Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme darüber hinaus erforderlich sein sollten.

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?

Durch die in der 4. Änderungsverordnung zur Risikostruktur-Ausgleichsverordnung festgelegten Zulassungsvoraussetzungen an strukturierte Behandlungsprogramme ist sichergestellt, dass nur qualitativ hochwertige Programme zugelassen werden. Außerdem wird durch die Vorgaben an die Qualitätssicherung und die Evaluation eines Programms auch deren Umsetzung transparent. Bei erkennbaren Mängeln in der Programmumsetzung kann daher frühzeitig gegengesteuert werden. Da im Übrigen über die Verlängerung der Zulassung eines Programms auf der Grundlage des Ergebnisses seiner Evaluation entschieden wird, haben die Krankenkassen ein hohes Interesse an einer erfolgreichen Durchführung der Programme.

21. Warum lehnt es die Bundesregierung ab, die Disease-Management-Programme erst nach einer hinreichenden Erprobung im RSA ausgleichsfähig zu machen?

Im Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung ist vorgesehen, dass für chronisch Kranke, die in zugelassenen strukturierten Behandlungsprogrammen eingeschrieben sind, gesonderte Versichertengruppen im Risikostrukturausgleich gebildet werden sollen (§ 267 Abs. 2 Satz 4 in Verbindung mit § 137f SGB V). Diese Regelungen sind am 1. Januar 2002 in Kraft getreten. Die 4. Änderungsverordnung zur Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, die am 1. Juli 2002 in Kraft getreten ist, enthält die für die Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben erforderlichen Regelungen. Eine Erprobungsphase für strukturierte Behandlungsprogramme hat der Gesetzgeber nicht vorgesehen.

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?

Vom Koordinierungsausschuss sind gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V insbesondere Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien in strukturierten Behandlungsprogrammen zu beschließen. Diese Anforderungen sind nicht gleichzusetzen mit evidenzbasierten Leitlinien. Durch die 4. Änderungsverordnung zur Risikostruktur-Ausgleichsverordnung wurde hierzu konkretisierend bestimmt, dass Voraussetzung für die Zulassung eines strukturierten Behandlungsprogramms durch das Bundesversicherungsamt ist, dass die Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils best verfügbaren Evidenz zu erfolgen hat.

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?

Nach § 137f Abs. 5 Satz 2 SGB V können die Krankenkassen ihre Aufgaben zur Durchführung von mit zugelassenen Leistungserbringern vereinbarten strukturierten Behandlungsprogrammen auf Dritte übertragen. Für den Fall, dass die Krankenkassen in den Verträgen zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme vereinbaren, dass die Programme von Krankenkassen und Leistungserbringern arbeitsteilig gesteuert werden, enthält § 28f Abs. 2 RSAV die erforderlichen Regelungen für die Übermittlung und Nutzung der für die Durchführung der Programme erforderlichen Daten.