

Kleine Anfrage

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

Bürokratie und Kosten durch Disease-Management-Programme

Die Disease-Management-Programme sind einst von der Bundesregierung in der Absicht eingeführt worden, die Versorgung von chronisch kranken Menschen zu verbessern. Allerdings hat die Verknüpfung der Disease-Management-Programme mit dem Risikostrukturausgleich der Krankenkassen bereits von Anfang an Kritik hervorgerufen. Nunmehr führt der Schätzerkreis der Spitzenverbände der Krankenkassen aus, dass die Krankenkassen allein für die Verwaltung und Dokumentation einen Betrag in Höhe von 160 Euro pro eingeschriebenem Patient ausgeben. Davon erhalte der Arzt eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 75 Euro. Insgesamt schätzt man die Verwaltungskosten für die Disease-Management-Programme im Jahr 2003 auf insgesamt 12 Mio. Euro. Weitere Kosten in Höhe von 10 Mio. Euro werden für die Dokumentation veranschlagt. Für das Jahr 2004 werden die Verwaltungskosten mit 88 Mio. Euro und die Dokumentationskosten mit 79 Mio. Euro angegeben.

Aus einigen Bundesländern sind Fälle bekannt geworden, in denen bei der Übermittlung der Dokumentationsdaten an die Krankenkassen über die Datenstelle Probleme aufgetreten sind. Der gesetzlich festgelegte zeitliche Rahmen, in dem Dokumentationen vorliegen müssen, wurde aus unterschiedlichen Gründen überschritten, u. a. weil Verzögerungen in der Datenstelle aufgetreten sind und damit die Korrekturfristen überschritten wurden. Dies hatte zur Folge, dass die Teilnahme bestimmter eingeschriebener Patienten formal beendet wurde. Konkret bedeutete dies, dass die eingeschriebenen Patienten nicht mehr an den Disease-Management-Programmen teilnahmen. Es musste eine vollständige Neueinschreibung dieser Patienten (Teilnahmeerklärung und Erstdokumentation) vorgenommen werden.

Im „Brandenburgischen Ärzteblatt“ von September 2004 äußern Ärzte ihren Missmut über die Chronikerprogramme in zum Teil sehr deutlichen Worten. Eine niedergelassene Allgemeinmedizinerin aus Brandenburg: „In der Zeit, in der ich ein DMP-Formular ausfülle, könnte ich drei oder vier Patienten behandeln.“

Professor Dr. Jan Schulze erklärt im Informationsdienst der Bundesärztekammer Ausgabe 11/2004, das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) verknüpfe den angeblichen Erfolg des Disease-Management-Programmes Diabetes mit Ergebnissen von Studien, die vor Einführung der Disease-Management-Programme in den Risikostrukturausgleich durchgeführt worden seien.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie hoch sind nach Auffassung des BMGS die Kosten für die Verwaltung und die Dokumentation je eingeschriebenem Patient im Jahr 2003?
2. Wie hoch veranschlagt das BMGS die gesamten Verwaltungskosten und die gesamten Dokumentationskosten im Jahr 2003?
3. Wie hoch fallen Verwaltungskosten und Dokumentationskosten voraussichtlich im Jahr 2004 aus?
4. Trifft es zu, dass im Jahr 2005 mit doppelt so hohen Verwaltungskosten- und Dokumentationskosten gerechnet werden muss, wie der Präsident der sächsischen Landesärztekammer in BÄK intern vom November 2004 äußert, und wenn nein, mit welchen Verwaltungs- und Dokumentationskosten rechnet die Bundesregierung für das Jahr 2005?
5. Wie beurteilt die Bundesregierung Aussagen des Vorstandsvorsitzenden der Techniker Krankenkasse, Prof. Norbert Klusen, wonach die Kassen eine gigantische Bürokratie aufbauen und Menschen in Behandlungsprogramme drängen, die gar nicht in die Chronikerprogramme gehören (Ärzte-Zeitung vom 13. Oktober 2004)?
6. Wie beurteilt die Bundesregierung eine Untersuchung des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung zur Durchführung des DMP Diabetes mellitus Typ 2?

Teilt die Bundesregierung die Auffassung des Instituts, dass die Durchführung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 nur für einen relativ kleinen Teil chronisch Kranker mit einem zusätzlichen Nutzen verbunden ist und es daher sinnvoller ist, sich mit einem strukturierten Behandlungsprogramm nur auf diese Zielgruppe zu konzentrieren?

Wenn nein, warum nicht?

7. Welche Faktoren begünstigen aus Sicht der Bundesregierung, dass Patienten sich in Behandlungsprogramme einschreiben, die gar nicht in ein DMP gehören?
8. Wie bewertet die Bundesregierung die Tatsache, dass sich die Versorgung von Diabetikern in Sachsen, wo es seit Jahren eine qualitätsgesicherte Diabetesversorgung gibt, nach Ansicht der Mehrzahl der Schwerpunkt-diabetologen mit der Einführung der DMPs erheblich verschlechtert hat?
9. Inwiefern hat sich die Qualität der Versorgung durch die Disease-Management-Programme verbessert?
10. Sind die im Zuge des Risikostrukturausgleichs eingeführten Disease-Management-Programme von der Bundesregierung wissenschaftlich evaluiert oder begleitend erforscht worden?

Wenn nein, worauf stützt die Bundesregierung ihre Aussage, Disease-Management-Programme würden die Versorgung der Versicherten erheblich verbessern?
11. Wird der Erfolg des Disease-Management-Programms Diabetes von der Bundesregierung mit Studien belegt, die vor Einführung der Disease-Management-Programme in den Risikostrukturausgleich auf der Grundlage von Strukturverträgen zur Diabetes durchgeführt worden sind?
12. Wie beurteilt die Bundesregierung die Kritik von Ärzten an der fehlenden Wissenschaftlichkeit und mangelnden Praxisrelevanz der Disease-Management-Programme, vor allen Dingen im Bereich Diabetes?

13. Worin unterscheidet sich der medizinische Behandlungserfolg eines Diabetes-Patienten, der im Rahmen eines DMP behandelt wird, von dem eines Diabetes-Patienten, der auf der Grundlage eines Strukturvertrages behandelt wurde?
14. Worin unterscheidet sich der medizinische Behandlungserfolg eines Diabetes-Patienten, der im Rahmen eines DMP behandelt wird, von dem eines Diabetes-Patienten, der im Rahmen der allgemeinen Regelversorgung unter Anwendung aktueller Behandlungsleitlinien therapiert wird?
15. Trifft ein Bericht der „Medical Tribune“ vom 22. Oktober 2004 zu, wonach die Kassen Ärzten Prämien für die DMP-Einschreibung anbieten, und wenn ja, hält die Bundesregierung dies für rechtlich zulässig?
16. Welche Faktoren begünstigen zusätzliche Bürokratie im Rahmen der Disease-Management-Programme?
17. Wie viele Anträge sind beim Bundesversicherungsamt geordnet nach den einzelnen DMP-Programmen (Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ 2, koronare Herzerkrankungen) eingegangen?
18. Wie viele der vorliegenden Anträge sind bezogen auf das jeweilige strukturierte Behandlungsprogramm vom Bundesversicherungsamt abschließend beschieden worden?
19. Wie beurteilt die Bundesregierung die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe vom 21. Februar 2004, weitere DMP-Programme nicht mehr zu unterstützen, bis die erheblichen Verwaltungsprobleme im Sinne der Patienten und Ärzte behoben und auch eine vernünftige EDV-Lösung zur Datenverarbeitung bereitgestellt seien?
20. Wie erklärt sich die Bundesregierung, dass in der DMP-Startphase bei der Übermittlung der Dokumentationsdaten an Krankenkassen über Datenstellen Probleme aufgetreten sind?
21. Wie viele der von Ärzten auszufüllenden Erfassungsbögen sind bei der ersten Einreichung falsch, welche Ursachen hat dies nach den Erkenntnissen der Bundesregierung und welche Maßnahmen kommen aus Sicht der Bundesregierung in Betracht, um die Fehlerquote zu verringern?
22. Wie viele Patienten mussten sich bislang aufgrund von Problemen in der Datenverarbeitung oder anderen Gründen, wie den Verlust von Erfassungsbögen, mehrfach in dasselbe DMP einschreiben, und wie hoch sind die damit verbundenen zusätzlichen Verwaltungskosten?
23. Welche Konsequenzen hat das „Rausfallen“ chronisch Kranker aus den Disease-Management-Programmen in Folge fehlerhafter Übermittlung der Dokumentationsdaten an die Krankenkassen für die Akzeptanz der Chronikerprogramme durch Versicherte?
24. Wie bewertet die Bundesregierung einen Bericht der Ärztezeitung vom 13. Oktober 2004, nach dem unnötigerweise in DMP eingeschriebene Patienten die GKV-Ausgaben in die Höhe treiben und die Kassen deswegen gezwungen sind, ihre Beiträge zu erhöhen, obwohl sich an der Versorgungssituation von chronisch Kranken nichts verbessert?
25. Wie weit ist die Umsetzung der Einführung von Computerprogrammen zur Ermittlung des persönlichen Risikos der eingeschriebenen Versicherten in DMP und der daraus individuell abzuleitenden erforderlichen ärztlichen Maßnahmen fortgeschritten?
26. Inwiefern wird die 9. RSA-Änderungsverordnung dazu beitragen, den Arbeitsaufwand in den Arztpraxen zu verringern?

27. Was passiert mit den Disease-Management-Programmen, die bereits vor Inkrafttreten der 9. RSA-Änderungsverordnung zugelassen worden sind?
28. Wie werden Disease-Management-Programme behandelt, die vor der 9. RSA-Änderungsverordnung beantragt wurden, aber erst nach dem Inkrafttreten zugelassen werden?
29. Wie beurteilt die Bundesregierung die Pläne des Bundesversicherungsamtes, den Krankenkassen zu empfehlen, künftig mit Sammelanträgen auf der Ebene der Landesverbände die Arbeit der Behörde zu erleichtern?
30. Wie bewertet die Bundesregierung die Kosten-Nutzen-Relation zwischen Dokumentations- und Verwaltungskosten und Verbesserung der medizinischen Versorgung von chronisch Kranken?
31. Ist es aus Sicht der Bundesregierung wünschenswert, dass Disease-Management-Programme aus eigenen Mitteln jeder Krankenkasse finanziert werden?
Wenn nein, warum nicht?
32. In welcher Größenordnung haben die Disease-Management-Programme bislang Ausgaben erspart und die Beitragszahler entlastet?
33. Wann rechnet die Bundesregierung konkret mit einer Ausgabenersparnis durch Disease-Management-Programme und damit mit einer Entlastung der Beitragszahler?

Berlin, den 30. November 2004

Annette Widmann-Mauz
Andreas Storm
Dr. Wolf Bauer
Monika Brüning
Verena Butalikakis
Dr. Hans Georg Faust
Michael Hennrich
Hubert Hüppe
Volker Kauder
Gerlinde Kaupa
Barbara Lanzinger
Laurenz Meyer (Hamm)
Maria Michalk
Hildegard Müller
Matthias Sehling
Jens Spahn
Matthäus Strebl
Gerald Weiß (Groß-Gerau)
Wolfgang Zöllner
Dr. Angela Merkel, Michael Glos und Fraktion