

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Annette Widmann-Mauz, Andreas Storm, Dr. Wolf Bauer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU
– Drucksache 14/4464 –**

Bürokratie und Kosten durch Disease-Management-Programme

Vorbemerkung der Fragesteller

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.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Eines der zentralen Ziele des Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) in der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Versicherter. Zu diesem Zweck soll im RSA sichergestellt werden, dass die Krankenkassen durch die Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Kranke finanziell nicht benachteiligt werden. Für chronisch Kranke, die in zugelassenen strukturierten Behandlungsprogrammen eingeschrieben sind, sind daher besondere Versichertengruppen im RSA gebildet worden. Da der höhere Leistungsbedarf der Betroffenen sich in entsprechend höheren standardisierten Leistungsausgaben niederschlägt, werden Krankenkassen mit einer überdurchschnittlich hohen Zahl eingeschriebener Versicherter finanziell entlastet. Die Kritik an der Anbindung der Disease-Management-Programme (DMP) an den RSA ist daher unberechtigt. Gerade diese Koppelung hat einen wirksamen finanziellen Anreiz für die Krankenkassen geschaffen, Behandlungsprogramme durchzuführen, und eine wichtige Voraussetzung für mehr Verteilungsgerechtigkeit im RSA geschaffen.

Auch die Kritik an den Verwaltungs- und Dokumentationskosten von DMP ist unberechtigt. Die für das Jahr 2004 vom Schätzerkreis der Spitzenverbände der Krankenkassen veranschlagten Verwaltungs- und Dokumentationskosten von rund 155 Mio. Euro bewegen sich in einer Größenordnung von weniger als 0,02 Beitragssatzpunkten. Die Verwaltungsausgaben umfassen Programmkosten, die unmittelbar im Zusammenhang mit der Entwicklung, Zulassung, Durchführung und Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen entstehen, unter anderem Aufwendungen für die Information (zum Beispiel Patientenbroschüren), Schulung und Betreuung von DMP-Patienten sowie für die Qualitätssicherung der Behandlungsprogramme. Durch die Entwicklung und Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen wurde das Schulungs-, Informations- und Betreuungsangebot der Krankenkassen erheblich erweitert und verbessert. Dies sind lohnende Ausgaben für eine verbesserte Versorgung chronisch Kranker.

Die in der Anfangsphase der DMP-Einführung aufgetretenen Probleme hinsichtlich einer korrekten und fristgerechten Verarbeitung der DMP-Dokumentationsbögen wurden von den hierfür verantwortlichen Krankenkassen und den von ihnen beauftragten Datenstellen erfolgreich behoben. Sofern durch die in der Übergangszeit aufgetretenen Datenprobleme Korrekturfristen überschritten wurden, konnte durch ein patienten- und arztfreundliches Verfahren in der Regel eine vollständige Erstdokumentation und Neueinschreibung der Versicherten vermieden werden. Nach den der Bundesregierung vorliegenden Erkenntnissen ist mittlerweile eine ordnungsgemäße Dokumentation im laufenden Betrieb gewährleistet.

Im Hinblick auf die Kritik an der Dokumentation im Rahmen von DMPs ist darauf hinzuweisen, dass Dokumentation kein Selbstzweck ist, sondern der Qualitätssicherung und der Evaluation der Behandlungsprogramme dient. Darüber hinaus ist aufgrund der Anbindung an den RSA eine sorgfältige und korrekte Dokumentation unerlässlich. Der Koordinierungsausschuss (nunmehr: der Gemeinsame Bundesausschuss), der die Dokumentationsanforderungen erarbeitet hat, und das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, das die Anforderungen durch Rechtsverordnung festgelegt hat, haben den Umfang der Dokumentation auf das fachlich und rechtlich notwendige Maß

beschränkt. Im Rahmen der 6. Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (6. RSAÄndV), die zum 1. Januar 2003 in Kraft getreten ist, sowie der 9. Verordnung zur Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung (9. RSAÄndV), die zum 1. März 2004 in Kraft getreten ist, wurden die Anforderungen an die Dokumentation aufgrund der bislang gewonnenen Erfahrungen nochmals reduziert.

Um den am DMP teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten die korrekte Dokumentation zu erleichtern, haben die Krankenkassen gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Qualitätsanforderungen an die Dokumentationssoftware in den Arztpraxen erarbeitet. Durch die inzwischen angelaufene Einführung dieser Programme in den Arztpraxen (zum Beispiel in Bayern) konnten der Dokumentationsaufwand und die Zahl fehlerhaft ausgefüllter Dokumentationsbögen deutlich reduziert werden.

Die Behauptung, das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung verknüpfe den angeblichen Erfolg des DMPs Diabetes mit Ergebnissen von Studien, die vor der Einführung der Programme in den RSA durchgeführt worden seien, trifft nicht zu. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat immer wieder ausdrücklich darauf hingewiesen, dass valide Aussagen zu Wirksamkeit und Kosten der Behandlungsprogramme erst dann getroffen werden können, wenn die Ergebnisse der gesetzlich vorgeschriebenen Programmevaluation vorliegen. Aufgrund der kurzen Laufzeit der Programme liegen derzeit erwartungsgemäß noch keine Evaluationsergebnisse vor. Selbstverständlich sind die Erfahrungen aus früheren erfolgreichen Diabetesprojekten in die bundesweite Konzeption strukturierter Behandlungsprogramme gemäß § 137f Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) eingeflossen. Damit soll sichergestellt werden, dass die positiven Erfahrungen früherer Projekte nicht verloren gehen, sondern zum Wohle aller Versicherten flächendeckend verstetigt werden. So sind beispielsweise die Erfahrungen, die AOK und IKK mit dem Diabetesprojekt Sachsen-Anhalt gesammelt haben, bereits in die bundesweite Konzeption strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (zum Beispiel flächendeckend für Diabetes mellitus Typ 2) eingeflossen. In Sachsen-Anhalt schloss im April 2003 das neue DMP für Diabetes mellitus Typ 2 nahtlos an das Diabetesprojekt an.

1. Wie hoch sind nach Auffassung des BMGS die Kosten für die Verwaltung und die Dokumentation je eingeschriebenem Patient im Jahr 2003?

Die Jahrespauschale je eingeschriebener Versicherter wurde von den Spitzenverbänden in der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V erstmalig für das Ausgleichsjahr 2003 auf 84 Euro für DMP-Verwaltungskosten und 75 Euro für DMP-Dokumentationskosten festgelegt. Sie gelten unverändert für das Ausgleichsjahr 2004.

Die Verwaltungskosten umfassen Aufwendungen der Krankenkassen, die zusätzlich und unmittelbar in Zusammenhang mit der Entwicklung, Zulassung, Durchführung und Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen entstehen. Hierzu zählen Aufwendungen für

- Programmentwicklung und Akkreditierung,
- Versicherteninformationen und Betreuung der DMP-Teilnehmer,
- Dokumentation, Evaluation und Prüfdienste sowie eine
- Finanzierungspauschale für Datenstellen und Arbeitsgemeinschaften für die Bearbeitung der für die Durchführung der DMP benötigten Daten.

Die Dokumentationskostenpauschale von 75 Euro setzt sich aus folgenden Elementen zusammen:

- Erstdokumentation in Höhe von 15 Euro,
- 2 Quartalstermine mit Folgedokumentationen à 17,50 Euro und
- 2 Quartalstermine mit Folgedokumentationen à 12,50 Euro.

Die tatsächliche Vergütung der Leistungserbringer für die Dokumentation ist zwischen den Vertragspartnern zu vereinbaren und kann sich von den genannten Pauschalen unterscheiden. Die pauschale Berücksichtigung der Aufwendungen sichert den Anreiz zur Wirtschaftlichkeit für die Kassen auch in diesem Bereich.

Bei den genannten Beträgen handelt es sich um die im RSA berücksichtigungsfähigen Aufwendungen der Krankenkassen. Die Programmkosten für strukturierte Behandlungsprogramme werden hier nach § 266 Abs. 4 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) pauschal berücksichtigt.

2. Wie hoch veranschlagt das BMGS die gesamten Verwaltungskosten und die gesamten Dokumentationskosten im Jahr 2003?

Im Jahr 2003 belaufen sich die DMP-Verwaltungskosten auf 12,1 Mio. Euro und die DMP-Dokumentationskosten auf 10,8 Mio. Euro. Diese Zahlen berechnen sich aus den Einschreibezahlen in Höhe von 143 938 Patientinnen und Patienten sowie den oben angeführten Pauschalen für Verwaltungskosten in Höhe von 84 Euro und für Dokumentationskosten in Höhe von 75 Euro je Patient.

3. Wie hoch fallen Verwaltungskosten und Dokumentationskosten voraussichtlich im Jahr 2004 aus?

Der GKV-Schätzerkreis (Stand 8. Dezember 2004) geht im Jahr 2004 von rund 82,0 Mio. Euro DMP-Verwaltungskosten und rund 73,2 Mio. Euro DMP-Dokumentationskosten aus. Diese Zahlen berechnen sich aus den geschätzten Einschreibezahlen in Höhe von rund 976 000 Patientinnen und Patienten sowie den unveränderten Pauschalen für Verwaltungskosten in Höhe von 84 Euro und für Dokumentationskosten in Höhe von 75 Euro je Patient.

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?

Die Äußerung des Präsidenten der sächsischen Landesärztekammer ist bezogen auf die absolute Steigerung zutreffend: Der GKV-Schätzerkreis (Stand 8. Dezember 2004) geht im Jahr 2005 von rund 176,1 Mio. Euro DMP-Verwaltungskosten und rund 157,2 Mio. Euro DMP-Dokumentationskosten aus. Diese Zahlen berechnen sich aus den geschätzten Einschreibezahlen in Höhe von rund 2,1 Millionen Patientinnen und Patienten sowie den unveränderten Pauschalen für Verwaltungskosten in Höhe von 84 Euro und für Dokumentationskosten in Höhe von 75 Euro je Patient. Die erheblichen Steigerungsraten bei den DMP-Verwaltungs- und Dokumentationskosten beruhen somit auf den voraussichtlich stark zunehmenden Patientenzahlen in den strukturierten Behandlungsprogrammen.

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)?
24. Wie bewertet die Bundesregierung einen Bericht der „Ärzte Zeitung“ 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?

Die Bundesregierung missbilligt die Aussagen des Vorstandsvorsitzenden der Techniker Krankenkasse (TK), weil sie eine wichtige Versorgungsform in ein schlechtes Licht setzen sowie Patienten und Ärzte verunsichern. Die Äußerungen des Vorstandsvorsitzenden legen die Vermutung nahe, dass der TK vorrangig an einer Reduzierung ihrer RSA-Ausgleichsverpflichtungen gelegen ist.

Die Behauptung, die Kassen würden eine „gigantische Bürokratie“ aufbauen, ist eine gewaltige Übertreibung. Die Verwaltungskosten für DMP verursachen nur einen sehr geringen Teil der GKV-Ausgaben. Darüber hinaus handelt es sich um gut angelegtes Geld, das unter anderem der verbesserten Koordination und Qualitätssicherung der Versorgung sowie der Schulung der teilnehmenden Patienten dient. Ferner kann überhaupt keine Rede davon sein, dass Patientinnen und Patienten in strukturierte Behandlungsprogramme gedrängt werden, die gar nicht hinein gehören. Die medizinischen Voraussetzungen für die Einschreibung in ein Behandlungsprogramm wurden von Experten des Gemeinsamen Bundesausschusses (auch den Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen, unter anderem dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) auf der Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstands erarbeitet. Die Einschreibung durch den koordinierenden DMP-Arzt basiert auf konkreten und gut nachprüfbar klinischen Parametern und muss sorgfältig dokumentiert werden.

Die in dem Bericht der „Ärzte Zeitung“ wiedergegebene Behauptung angeblicher Beitragserhöhungen und unnötiger Einschreibungen von Patienten in ein DMP entbehren jeglicher sachlichen Grundlage.

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?

Die Bundesregierung teilt nicht die Auffassung des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung, dass die Durchführung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 nur für einen kleinen Teil chronisch Kranker mit einem zusätzlichen Nutzen verbunden ist.

Da sich das IGES-Gutachten, das als Auftragsarbeit für die TK entstanden ist, inhaltlich gar nicht mit strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V auseinandersetzt, können hieraus auch keine Schlussfolgerungen über die Wirksamkeit der Programme gezogen werden. Die Analysen und Ergebnisse des IGES-Gutachtens wurden von namhafter wissenschaftlicher Seite kritisch

beurteilt. Die Professoren Raspe, Sawicki und Schmacke (in der Zeitschrift „G+G Wissenschaft“ 2/2004, 23–31) haben die medizinischen Hauptaussagen des IGES-Gutachtens auf der methodischen Basis der evidenzbasierten Medizin einer detaillierten Analyse unterzogen und gelangen zu dem Schluss, „dass die Hauptannahmen des Gutachtens aufgrund methodologischer Schwächen nicht belegt sind“.

Zudem sollte nicht verkannt werden, dass es bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 nach wie vor Mängel gibt. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (nunmehr: der Sachverständigenrat für die Entwicklung im Gesundheitswesen) kommt nach sorgfältiger Auswertung der vorliegenden Versorgungsstudien in seinem Gutachten 2000/2001, Band III.1, Abschnitt 7.5) zu dem Ergebnis, dass sich die Versorgung des Diabetes mellitus Typ 2 in Deutschland in den letzten zehn Jahren trotz vielfältiger Bemühungen und regionaler Teilerfolge nicht grundlegend verbessert hat. Verantwortlich für die unbefriedigende Versorgungssituation seien nach wie vor bestehende organisatorische und strukturelle Schwierigkeiten, die einer flächendeckenden Umsetzung fachlich begründeter Konzepte in Deutschland im Wege stünden. Auch wurde bemängelt, dass insbesondere neueste wissenschaftliche Erkenntnisse nicht in ausreichendem Maße bei der Behandlung der Patienten berücksichtigt werden. Genau an diesen Problemen setzen die strukturierten Behandlungsprogramme an.

Insofern ist der Vorschlag des IGES-Gutachtens, die strukturierten Behandlungsprogramme lediglich einer kleinen Gruppe von Hochrisikopatienten vorzubehalten, nicht akzeptabel, denn er läuft letztlich darauf hinaus, den größten Teil der betroffenen Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 aus den strukturierten Behandlungsprogrammen auszugrenzen. Dies gilt insbesondere auch im Hinblick darauf, dass die Autoren des IGES-Gutachtens den Beweis schuldig bleiben, dass der von ihnen vorgeschlagene Ansatz tatsächlich kosteneffektiv ist.

7. Welche Faktoren begünstigen aus Sicht der Bundesregierung, dass Patienten sich in Behandlungsprogramme einschreiben, die gar nicht in ein DMP gehören?

Die der Frage zugrunde liegende Unterstellung, dass eine Einschreibung von Patientinnen und Patienten erfolge, die nicht in ein DMP gehören, wird von der Bundesregierung zurückgewiesen. In der RSAV sind die Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung der Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm sehr genau anhand gut überprüfbarer und objektiver medizinischer Kriterien festgelegt. Beispielsweise ist die Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den behandelnden Arzt anhand objektiver Diagnosekriterien gemäß Ziffer 1.2 der Anlage 1 der RSAV oder aufgrund einer bereits vorliegenden Therapie mit diabetesspezifischen, blutzuckersenkenden Medikamenten die Voraussetzung für eine Einschreibung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 in ein entsprechendes DMP. Des Weiteren soll der behandelnde Arzt bei der Einschreibung prüfen, ob der Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3.1 der Anlage 1 der RSAV genannten Therapieziele profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann (siehe auch Ziffer 3. der Anlage 1 der RSAV).

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?

Die Behauptung, dass sich die Versorgung von Diabetikern in Sachsen, wo es seit Jahren eine qualitätsgesicherte Diabetesversorgung gebe, mit der Einführung der DMPs erheblich verschlechtert habe, ist nicht nachvollziehbar. Die Behandlung von Patienten in strukturierten Behandlungsprogrammen erfolgt auf der Grundlage der jeweils besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse. Darüber hinaus wurden die medizinischen Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme im breiten fachlichen Konsens aller Beteiligten, auch ausgewiesener Fachexperten aus der ambulanten Versorgung, dem stationären Bereich und der Wissenschaft, festgelegt. In den Programmen werden Behandlungsmethoden eingesetzt, die in wissenschaftlichen Studien auf Wirksamkeit, Sicherheit und Nutzen überprüft worden sind.

Die in den DMPs festgelegten Eckpunkte der Behandlung ersetzen jedoch nicht die Entscheidung des Arztes im konkreten Einzelfall. In der RSAV wird ausdrücklich klargestellt, dass die Vorgaben in den strukturierten Behandlungsprogrammen – soweit sie Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen – den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrags im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht einschränken (§ 28b Abs. 1 Satz 3 RSAV). Die individuelle Therapieentscheidung obliegt dem behandelnden Arzt. Die Teilnahme am DMP schränkt das Leistungsangebot in der gesetzlichen Krankenversicherung im Übrigen nicht ein.

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?

Die strukturierten Behandlungsprogramme setzen genau an den im Gutachten des Sachverständigenrates festgestellten Defiziten zum Beispiel in der Diabetikerversorgung an. Strukturierte Behandlungsprogramme dienen einer qualitätsorientierten und sektorenübergreifenden Versorgung mit dem Ziel den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern. Die strukturierten Behandlungsprogramme basieren auf evidenzbasierten Leitlinien bzw. den besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen und sehen eine Versorgung vor, die das Risiko von Folgeschäden und akuten Verschlechterungen der Krankheit so weit wie möglich verhindert und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten verbessert. Grundlage der Behandlung ist ein differenzierter Therapieplan auf der Basis einer individuellen Bewertung des Krankheitszustandes.

Darüber hinaus profitieren die Patientinnen und Patienten von der durch die Programme geförderten Zusammenarbeit und Abstimmung der Ärztinnen und Ärzte untereinander (Hausarzt, qualifizierter Facharzt oder Schwerpunktpraxis, Krankenhaus, etc.), da es Regeln gibt, in welchen Fällen die Patientin oder der Patient in der jeweiligen Einrichtung behandelt werden muss. Damit wird eine sektorenübergreifende Behandlung über die gesamte Versorgungskette sichergestellt, sodass die Patientin oder der Patient zum richtigen Zeitpunkt an der richtigen Stelle behandelt wird.

Es ist davon auszugehen, dass eine kontinuierliche, abgestimmte Betreuung der betroffenen Patienten im Zusammenwirken mit geeigneten Schulungsmaßnahmen sehr wohl geeignet ist, eine breite, umfassende Verbesserung der Versorgung sicherzustellen, die mittel- und langfristig zu einer deutlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes einer Vielzahl von Betroffenen beitragen kann.

Eine Überprüfung der Ergebnisse der strukturierten Behandlungsprogramme mittels einer externen Evaluation ist Bestandteil der gesetzlichen Bestimmungen (vgl. § 137f Abs. 4 SGB V). Die Krankenkassen oder ihre Verbände haben eine externe Evaluation durch einen vom Bundesversicherungsamt (BVA) im Benehmen mit der Krankenkasse oder dem Verband bestellten unabhängigen Sachverständigen auf der Grundlage allgemein anerkannter wissenschaftlicher Standards zu veranlassen, die zu veröffentlichen ist. Nach § 28g Abs. 1 RSAV hat sich die Evaluation der strukturierten Behandlungsprogramme zumindest auf die Strukturqualität, die Prozessqualität, die Ergebnisqualität und die Wirkungen auf die Kosten der Versorgung zu erstrecken. Das BVA hat gemäß § 28g Abs. 2 RSAV durch Vorgabe methodischer Kriterien darauf hinzuwirken, dass die Evaluationen unterschiedlicher Programme diagnosebezogen vergleichbar sind. Zur Erstellung dieser Kriterien hat das BVA einen wissenschaftlichen Beirat berufen, der sich in seiner Sitzung am 26. März 2003 konstituiert hat.

Im November 2004 hat das BVA die Kriterien für die Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2 auf der Homepage des Bundesversicherungsamtes veröffentlicht und die Krankenkassen sowie deren Spitzenverbände entsprechend informiert. Die Kriterien sind aufgegliedert in die Evaluation der medizinischen Inhalte, der ökonomischen Inhalte und der Veränderungen der subjektiven Lebensqualität der Patientinnen und Patienten. Sie stellen Mindestanforderungen an die programmspezifischen Evaluationen und die durchzuführenden Auswertungen und Darstellungen dar.

Für die Evaluation der Programme für Brustkrebs erfolgen derzeit die letzten Abstimmungen der Kriterien zwischen dem BVA, dem wissenschaftlichen Beirat und den Krankenkassen.

Die Evaluation umfasst den Zeitraum der Zulassung des Programms. Der Abschlussbericht umfasst unter anderem die Ergebnisqualität des Programms und ist zum Ende der Zulassung eines Programms zu erstellen (vgl. § 28g Abs. 3 RSAV). Aufgrund der kurzen Laufzeit der Programme liegen derzeit erwartungsgemäß noch keine Evaluationsergebnisse vor.

Im Hinblick auf die Verbesserung der Versorgung siehe Antwort zu Frage 9.

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?

Die Ergebnisse des Diabetesprojektes Sachsen-Anhalt (Modellversuch von Allgemeiner Ortskrankenkasse (AOK) und Innungskrankenkasse (IKK) von 1999 bis zum Ende des Jahres 2002 unter Einbeziehung von nahezu 20 000 Patienten, Prognos-Studie) zeigen bereits vor den seit 2003 bestehenden Möglichkeiten von DMPs deutlich, dass eine klar strukturierte Behandlung und eine aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit von Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern die medizinische Versorgung chronisch kranker Menschen deutlich verbessern können. So zeigte sich bei den Diabetikern, die am Diabetes-Modellprojekt Sachsen-Anhalt teilnahmen, eine deutliche Verbesserung der Blutzucker-(HbA1c-) und der Blutdruckwerte bei geringerer Häufigkeit von Unterzuckerungen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe außerhalb des Projektes.

Die Erfahrungen, die AOK und IKK mit dem Diabetesprojekt Sachsen-Anhalt gesammelt haben, sind bereits in die bundesweite Konzeption strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (zum Beispiel flächendeckend für Diabetes mellitus Typ 2) eingeflossen. In Sachsen-Anhalt schloss im April 2003 das neue DMP für Diabetes mellitus Typ 2 nahtlos an das Diabetesprojekt an. Für den Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt sind die positiven Ergebnisse des Diabetesprojektes ein Grund dafür, dass sich inzwischen zwei Drittel der Hausärzte in Sachsen-Anhalt am DMP für Diabetiker (der AOK und IKK) beteiligen (vgl. auch Presseinformation der KV Sachsen-Anhalt, AOK Sachsen-Anhalt, IKK Sachsen-Anhalt-Bremen-Bremerhaven vom 20. April 2004).

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?

Die Bundesregierung weist den Vorwurf der fehlenden Wissenschaftlichkeit und mangelnden Praxisrelevanz der Disease-Management-Programme zurück. Die medizinischen Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme wurden unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder der jeweils besten verfügbaren Evidenz auf der Grundlage eines breiten fachlichen Konsenses aller Beteiligten, auch ausgewiesener Fachexperten aus der ambulanten Versorgung, dem stationären Bereich und der Wissenschaft, festgelegt. In den Programmen werden Behandlungsmethoden eingesetzt, die in wissenschaftlichen Studien auf Wirksamkeit, Sicherheit und Nutzen überprüft worden sind.

Zudem sind die strukturierten Behandlungsprogramme als „lernendes System“ ausgestaltet und müssen regelmäßig überprüft werden, um neue Erkenntnisse einzubeziehen und Verbesserungen vorzunehmen. Angesichts der Dynamik des medizinischen Fortschritts unterliegen die medizinischen Inhalte der DMPs einem permanenten Wandel. Demzufolge ist es gemäß § 28b Abs. 2 RSAV die Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, die medizinischen Inhalte der Programme regelmäßig (mindestens in Jahresabständen, und bei Änderung der den Vorgaben zugrunde liegenden Verhältnisse unverzüglich) zu überprüfen und gegebenenfalls zu aktualisieren.

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?

Die regionalen Erfahrungen aus der Behandlung der Diabetes-Patienten auf der Grundlage eines Strukturvertrages sowie im Rahmen der allgemeinen Regelversorgung sind in die Erarbeitung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme durch den Gemeinsamen Bundesausschuss eingeflossen.

Die strukturierten Behandlungsprogramme ermöglichen erstmals flächendeckend eine qualitätsgesicherte Behandlung der Diabetes-Patienten gemäß dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis auf der Grundlage von evidenzbasierten Leitlinien oder der jeweils besten verfügbaren Evidenz. Zudem profitieren die Patientinnen und Patienten von qualitativ hochwertigen Schulungsprogrammen und der abgestimmten und koordinierten Behandlung über

die gesamte Versorgungskette hinweg mit definierten Überweisungsregeln. Beispielsweise können durch das frühzeitige Erkennen von Durchblutungsstörungen des Fußes wirksame Maßnahmen ergriffen werden, um insbesondere Amputationen zu verhindern. Auch die mindestens einmal jährlich durchzuführende Augenuntersuchung stellt sicher, dass umgehend notwendige Behandlungen eingeleitet werden können. So werden Sehstörungen und Erblindungen abnehmen. Siehe auch Antwort zu Frage 9.

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?

Die Ärzte erhalten für ihre Dokumentationsleistungen im DMP eine Vergütung. Die Gewährung von Prämien bei hoher Einschreibequote hingegen ist nicht zulässig.

16. Welche Faktoren begünstigen zusätzliche Bürokratie im Rahmen der Disease-Management-Programme?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass keine unangemessene zusätzliche Bürokratie im Rahmen der Disease-Management-Programme geschaffen wurde. Der Umfang der Dokumentation in strukturierten Behandlungsprogrammen beschränkt sich auf das fachlich und rechtlich notwendige Maß, um eine qualitätsgesicherte Behandlung der Versicherten, deren rechtssichere Einschreibung, die Wirksamkeit im Rahmen des RSA sowie eine zuverlässige Bewertung der Wirksamkeit und der Kosten der Programme (Evaluation) zu gewährleisten.

17. Wie viele Anträge sind beim Bundesversicherungsamt geordnet nach den einzelnen DMP-Programmen (Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ 2, koronare Herzerkrankungen) eingegangen?

Bis zum 10. Dezember 2004 sind beim Bundesversicherungsamt insgesamt 5 724 Anträge eingegangen, davon 1 680 für Brustkrebs, 3 078 für Diabetes mellitus Typ 2 und 966 für koronare Herzkrankheit.

18. Wie viele der vorliegenden Anträge sind bezogen auf das jeweilige strukturierte Behandlungsprogramm vom Bundesversicherungsamt abschließend beschieden worden?

Von den eingegangenen 5 724 Anträgen sind vom Bundesversicherungsamt bis zum 10. Dezember 2004 insgesamt 3 076 Anträge abschließend beschieden worden, davon 384 für Brustkrebs und 2 692 für Diabetes mellitus Typ 2.

2 000 der noch nicht beschiedenen Anträge hat das BVA bereits geprüft, sie müssen jedoch aufgrund von Unvollständigkeiten von den Antragstellern überarbeitet werden. Eine Rückmeldung der Antragsteller hierzu steht noch aus. Bei ca. 650 Anträgen handelt es sich entweder um kürzlich eingegangene (unter 3-Monatsfrist) oder um korrigierte Anträge, die vom BVA erneut geprüft werden müssen (Stand 10. Dezember 2004).

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?

Die Verlautbarung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Westfalen-Lippe ist vor dem Hintergrund der in der Startphase der DMP-Einführung aufgetretenen Probleme in den Datenstellen zu sehen (siehe Antwort zu Frage 20). Tatsache aber ist, dass sich die KV Westfalen-Lippe – entgegen ihrer Absichtsbekundung – nie aus den laufenden Programmen für Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs zurückgezogen hat. Ferner hat die KV Westfalen Lippe mittlerweile mit den Kassen weitere Verträge zu DMPs für koronare Herzkrankheit geschlossen, die beim Bundesversicherungsamt zur Zulassung eingereicht wurden. Dies wertet die Bundesregierung als einen Erfolg der mit der 9. RSA-ÄndV auf den Weg gebrachten Vereinfachungen der Dokumentationsanforderungen sowie der von Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen ergriffenen Maßnahmen zur Behebung der Dokumentationsprobleme.

20. Wie erklärt sich die Bundesregierung, dass in der DMP-Startphase bei der Übermittlung der Dokumentationsdaten an Krankenkassen über Datenstellen Probleme aufgetreten sind?

Gemäß § 28f Abs. 2 RSAV sind die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen für eine ordnungsgemäße Übermittlung und Verarbeitung der DMP-Dokumentationsbögen verantwortlich. Die Erfassung und Dokumentation der DMP-Daten wird hierbei regional von gemeinsamen Einrichtungen der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen – so genannten Arbeitsgemeinschaften gemäß § 219 Abs. 2 SGB V – wahrgenommen. Die Arbeitsgemeinschaften übernehmen die Verarbeitung der Daten allerdings nicht selbst, sondern haben nach öffentlicher, EU-weiter Ausschreibung Datenstellen beauftragt.

Die von Krankenkassen beauftragten Datenstellen hatten in der Anfangsphase stellenweise Probleme mit der korrekten und fristgerechten Verarbeitung der DMP-Dokumentationsbögen. Dies lag nicht zuletzt auch an dem großen Interesse am DMP und der dadurch bedingten hohen Zahl der teilnehmenden Patientinnen und Patienten, die mittlerweile die Millionengrenze deutlich überschritten hat. Die Krankenkassen haben diese Probleme erkannt und gemeinsam mit den von ihnen beauftragten Dienstleistern die erforderlichen Maßnahmen eingeleitet. Nach den der Bundesregierung vorliegenden Erkenntnissen ist mittlerweile eine ordnungsgemäße Dokumentation im laufenden Betrieb gewährleistet.

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?

Nach Angaben der Spitzenverbände der Krankenkassen waren in der Anfangsphase der Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme viele der von den Ärzten auszufüllenden Dokumentationsbögen fehlerhaft. Dies lag insbesondere daran, dass sich die am DMP teilnehmenden Ärzte mit den neuen Dokumentationsanforderungen vertraut machen mussten. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat flankierende Maßnahmen ergriffen. So wurden im Rahmen der 6. RSAÄndV, die zum 1. Januar 2003 in Kraft getreten ist, der Umfang der zu übermittelnden Daten für das DMP Diabetes mellitus

Typ 2 deutlich reduziert. Mit der 9. RSAÄndV, die zum 1. März 2004 in Kraft getreten ist, wurde eine weitere Reduzierung des Dokumentationsaufwands durch Vereinfachungen der Dokumentationsbögen für Programme für Diabetes mellitus Typ 2 und Koronare Herzkrankheit (unter anderem durch Streichung von Datenfeldern und Einfügung von Filterfeldern) erreicht.

Darüber hinaus haben die Krankenkassen und ihre Verbände gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Qualitätsanforderungen an die Dokumentationssoftware in den Arztpraxen erarbeitet, um Fehler bei der Datenerfassung durch den DMP-Arzt zu vermeiden. Durch die inzwischen angelaufene Implementation dieser Programme in den Arztpraxen (zum Beispiel in Bayern) konnte die Zahl fehlerhaft ausgefüllter Dokumentationsbögen deutlich reduziert werden.

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?

Nach den der Bundesregierung vorliegenden Erkenntnissen trifft es nicht zu, dass DMP-Dokumentationsbögen verschwunden sind, sondern sie konnten teilweise nicht fristgerecht verarbeitet werden. Es liegen nach Auskunft der Krankenkassen keine exakten Zahlen darüber vor, wie viele Patienten hiervon betroffen sind.

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?

Nach § 28d Abs. 2 der RSAV endet die Teilnahme des Versicherten am Programm, wenn innerhalb von drei Jahren zwei der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nicht innerhalb der insgesamt 52-tägigen Übermittlungsfrist übermittelt worden sind. Das BVA hat bereits zu Beginn des Jahres mit dem BMGS ein gleichermaßen patienten- und arztfreundliches Vorgehen zum Umgang mit nicht fristgerecht verarbeiteten DMP-Dokumentationsbögen abgestimmt: Demnach gilt zwar grundsätzlich, dass in den Fällen, in denen die Erstdokumentation nicht innerhalb der 52-Tage-Frist vollständig und plausibel vorliegt, eine neue, auf aktuellen Daten basierende Erstdokumentation erstellt werden muss. Damit soll bezweckt werden, dass die mit der vollständigen und plausiblen Erstdokumentation einhergehende Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm den aktuellen Gesundheitszustand abbildet und damit möglichst zeitnah zu den durchgeführten Untersuchungen erfolgen soll. Andererseits ist es aber aufgrund der Anlaufschwierigkeiten bei der Einführung von DMPs auch akzeptabel, dass in den Fällen, in denen aufgrund des Korrekturprozesses eine vollständige und plausible Erstdokumentation erst nach dem Ablauf der 52-Tage-Frist von dem Arzt unterschrieben und bei der Datenstelle eingereicht wird, für eine Übergangszeit der Nachweis der Aktualität der Befunddaten auch dann als gewahrt gilt, wenn der Arzt ausdrücklich erklärt, dass sich die für die Einschreibung maßgeblichen Befunde in der Zeit zwischen Untersuchung und Korrektur des Dokumentationsbogens nicht wesentlich verändert haben. Dies muss der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen entscheiden. Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP bleibt das Datum der Unterschrift auf der vollständigen und plausiblen Erstdokumentation maßgeblich. Der Zeitpunkt der Bestätigung der Aktualität der Daten ändert hieran nichts. Diese Lösung wird einerseits dem Erfordernis der Vorlage von aktuellen Befunddaten zum

Zeitpunkt der Einschreibung gerecht. Andererseits entlastet es die Arztpraxen und Patienten, da auf eine Wiederholung der Erstdokumentation in der Regel verzichtet werden kann. Durch dieses Verfahren wurde verhindert, dass Patienten und Ärzte durch eine nicht von ihnen zu verantwortende Verfristung der Dokumentationsbögen belastet werden.

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?

Die RSAV sieht den Einsatz von Computerprogrammen zur Ermittlung des persönlichen Risikos der eingeschriebenen Versicherten in DMP nicht vor. Insofern stellt sich die Frage nach dem Stand der Umsetzung der Einführung solcher Computerprogramme auch nicht.

26. Inwiefern wird die 9. RSA-Änderungsverordnung dazu beitragen, den Arbeitsaufwand in den Arztpraxen zu verringern?

Mit der 9. RSAÄndV, die zum 1. März 2004 in Kraft getreten ist, wurden die DMP-Dokumentationsbögen vereinfacht. Die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in der RSAV festgelegten Vereinfachungen entsprechen dem Grundsatz der Datensparsamkeit, verbessern den Datenschutz der in strukturierten Behandlungsprogrammen eingeschriebenen Versicherten und tragen gleichzeitig zur Verwaltungsvereinfachung und Entbürokratisierung bei. Ferner ist mit der 9. RSAÄndV die gesonderte Unterschrift des Patienten für jede einzelne Datenübermittlung (die aufgrund einer Forderung der Ärzteschaft selbst ursprünglich in die RSAV aufgenommen worden war) entfallen, das heißt die Patientenunterschrift auf den Dokumentationsbögen ist nicht mehr erforderlich. Nur beim Eintritt in das DMP muss der Patient eine Teilnahmeerklärung unterschreiben. Dies bedeutet für Ärzte und Versicherte eine erhebliche Erleichterung und Vereinfachung der Dokumentation.

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?

In der 9. RSAÄndV ist vorgesehen, dass auch bereits zugelassene Programme und Programme, deren Zulassung beantragt ist, innerhalb bestimmter Fristen nachträglich an Änderungen der Zulassungsvoraussetzungen angepasst werden müssen. Damit soll sichergestellt werden, dass die Versicherten jeweils nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse behandelt werden.

Die Anpassung der Programme hat unverzüglich, spätestens innerhalb eines Jahres nach dem Inkrafttreten der Änderung zu erfolgen. Änderungen der vorgeschriebenen Dokumentation eines Programms sind dagegen unabhängig von der Restlaufzeit eines Programms unverzüglich, spätestens innerhalb von drei Monaten zu übernehmen. Hierdurch wird sichergestellt, dass die Dokumentation unabhängig vom Zeitpunkt der Zulassung eines Programms immer anhand einheitlicher Dokumentationsbögen erfolgt. Dies ist sachgerecht, da die Anpassung eines Programms an eine geänderte Dokumentation einen geringeren Aufwand verursacht.

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?

Zu Beginn der Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen hatte die jeweils gesonderte DMP-Antragsstellung durch einzelne Betriebskrankenkassen zu einer erheblichen Belastung des BVAs und zu einer Verzögerung des Zulassungsverfahrens geführt. Dieses Problem wurde inzwischen dadurch behoben, dass die Landesverbände der Betriebskrankenkassen beim BVA einen Sammelantrag für die einzelnen Betriebskrankenkassen stellen. Hierdurch konnte das Antrags- und Zulassungsverfahren erheblich vereinfacht und beschleunigt werden.

30. Wie bewertet die Bundesregierung die Kosten-Nutzen-Relation zwischen Dokumentations- und Verwaltungskosten und Verbesserung der medizinischen Versorgung von chronisch Kranken?

Die Dokumentation ist unverzichtbar für die Qualitätssicherung und zuverlässige Evaluation der Behandlungsprogramme. Die Verwaltungsausgaben umfassen Programmkosten, die unmittelbar im Zusammenhang mit der Entwicklung, Zulassung, Durchführung und Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen entstehen, unter anderem Aufwendungen für die Information (zum Beispiel Patientenbroschüren), Schulung und Betreuung von DMP-Patientinnen und -Patienten sowie für die Qualitätssicherung der Behandlungsprogramme. Durch die Entwicklung und Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen wurde das Schulungs-, Informations- und Betreuungsangebot der Krankenkassen erheblich erweitert und verbessert.

Angesichts des geringen Anteils der Dokumentations- und Verwaltungskosten an den GKV-Gesamtausgaben (für das Jahr 2004 weniger als 0,02 GKV-Beitragsatzpunkte, ist die Kosten-Nutzen-Relation als sehr günstig zu bewerten.

31. Ist es aus Sicht der Bundesregierung wünschenswert, dass Disease-Management-Programme aus eigenen Mitteln jeder Krankenkasse finanziert werden?

Wenn nein, warum nicht?

Nein. Die Entwicklung und Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme ist Aufgabe der Krankenkassen, denen insoweit auch die Finanzierung der Programme obliegt. Die finanzielle Förderung der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme über den RSA ist erforderlich, um für die Krankenkassen einen wirksamen finanziellen Anreiz für die Durchführung dieser Programme zu schaffen. Andernfalls müsste eine Krankenkasse aufgrund der Durchführung solcher Programme mit Nachteilen im Kassenwettbewerb rechnen, wenn sie von einer Vielzahl chronisch Kranker gewählt werden würde. Denn obwohl diese Versicherten typischerweise überdurchschnittlich hohe Leistungsausgaben verursachen, würden im RSA nur die Durchschnittsausgaben für Versicherte der entsprechenden Versichertengruppe berücksichtigt. Die über dem Durchschnitt liegenden Ausgaben müssten dagegen von der Krankenkasse aus eigenen Beitragsmitteln aufgebracht werden.

32. In welcher Größenordnung haben die Disease-Management-Programme bislang Ausgaben erspart und die Beitragszahler entlastet?
33. Wann rechnet die Bundesregierung konkret mit einer Ausgabensparnis durch Disease-Management-Programme und damit mit einer Entlastung der Beitragszahler?

Nach dem Willen des Gesetzgebers sind die strukturierten Behandlungsprogramme kein Mittel zur Kostendämpfung, sondern sollen gemäß § 137f Abs. 1 SGB V den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern. Der Erfolg der Programme bemisst sich daher nicht an Ausgabensparnissen und Beitragsentlastungen, sondern an der besseren Qualität und Kosteneffektivität der Versorgung chronisch Kranker.

In § 28g RSAV ist festgelegt, dass strukturierte Behandlungsprogramme nur zugelassen werden können, wenn sie eine Evaluation vorsehen, die sich unter anderem auf die Strukturqualität, die Prozessqualität, die Ergebnisqualität und die Wirkungen auf die Kosten der Versorgung erstreckt. Die Evaluation umfasst den Zeitraum der Zulassung des Programms, die auf höchstens drei Jahre zu befristen ist. Erst nach Abschluss der Evaluation können valide Aussagen über Wirksamkeit und Kosteneffektivität der Behandlungsprogramme getroffen werden. Da das BVA die ersten strukturierten Behandlungsprogramme mit Wirkung vom Februar 2003 zugelassen hat, liegen derzeit noch keine Evaluationsergebnisse vor.

