

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 15/786 –**

Kosten der Chroniker-Programme

Vorbemerkung der Fragesteller

„DER SPIEGEL“ berichtet in seiner Ausgabe 7/2003, dass die neuen Behandlungsprogramme zur besseren Behandlung chronischer Erkrankungen, wie Diabetes und Mamakarzinom, wesentlich teurer sind als bisher bekannt ist. Nach einer Analyse der Techniker Krankenkasse werden die Kassen allein für die Verwaltung des Diabetikerprogramms rund 170 Euro pro Patient und Jahr aufwenden müssen, also etwa doppelt so viel wie bisher geplant. Zusätzlich sollen die Ärzte rund 70 Euro pro Patient für die Dokumentation der Daten erhalten. Nach der Analyse der Techniker Krankenkasse beliefen sich damit die zusätzlichen Verwaltungskosten auf fast 700 Mio. Euro, sofern alle Diabetiker in das Programm einbezogen würden.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Mit der Schaffung der rechtlichen Voraussetzungen für die Einführung strukturierter Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme), die über den Risikostrukturausgleich (RSA) finanziell gefördert werden, hat die Bundesregierung die entscheidende Weichenstellung für eine qualitativ hochwertige und gut koordinierte Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten vorgenommen. Die Behandlung in den Programmen erfolgt nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz. Strukturierte Behandlungsprogramme gewährleisten darüber hinaus verbindliche und aufeinander abgestimmte Behandlungs- und Betreuungsprozesse über Krankheitsverläufe und institutionelle Grenzen hinweg und tragen dazu bei, Über-, Unter- und Fehlversorgung zu beseitigen. Durch die besondere Berücksichtigung von in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebenen Versicherten im RSA erhalten die Krankenkassen erstmals einen Anreiz, in einen Wettbewerb um die beste Qualität der medizinischen Versorgung einzutreten, ohne befürchten zu müssen, dadurch im Wettbewerb benachteiligt zu werden. Krankenkassen mit einer überdurchschnittlich hohen Zahl eingeschriebener chro-

nisch kranker Versicherter werden finanziell entlastet, so dass die Verteilungsgerechtigkeit im Risikostrukturausgleich und die Wettbewerbsgerechtigkeit zwischen den Krankenkassen erhöht werden.

1. Sind mittlerweile Verträge über die so genannten Disease-Management-Programme (DMP) zustande gekommen?

Wenn ja, von wem und über welche Programme sind Verträge geschlossen worden?

Am 4. April 2003 hat das Bundesversicherungsamt (BVA) das Programm der AOK Rheinland zur Behandlung von Brustkrebspatientinnen zugelassen. Zur Umsetzung des Programms wurde zusammen mit den übrigen in der Region tätigen Krankenkassen ein entsprechender Vertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein vereinbart, an dem Vertrag wurden zahlreiche Krankenhäuser beteiligt. Die übrigen Krankenkassen haben ebenfalls Anträge zur Zulassung ihrer Programme vorgelegt. Sobald deren Prüfung abgeschlossen ist, kann das BVA über die Zulassung entscheiden. Darüber hinaus werden zurzeit in verschiedenen Regionen weitere Verträge zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Brustkrebs verhandelt, die dem BVA bisher jedoch erst vereinzelt zur Prüfung der Zulassungsfähigkeit vorgelegt worden sind. Es ist davon auszugehen, dass die Zulassung des Programms der AOK Rheinland beispielhaft für die Entwicklung weiterer Programme der übrigen Krankenkassen ist und die künftigen Zulassungsverfahren beschleunigen wird.

Im Hinblick auf das Krankheitsbild Diabetes mellitus Typ 2 steht ein strukturiertes Behandlungsprogramm kurz vor der Zulassung. Zu seiner Umsetzung wurde ein Vertrag zwischen den Betriebskrankenkassen Salzgitter, TUI und Publik und einem lokalen Ärztenetzwerk in der Region Salzgitter geschlossen. Außerdem liegt dem BVA für Diabetes mellitus Typ 2 ein weiterer Zulassungsantrag der AOK- sowie der IKK-Sachsen-Anhalt für ein Programm vor, zu dessen Umsetzung ein Vertrag mit der KV Sachsen-Anhalt vereinbart worden ist.

Darüber hinaus werden zurzeit in verschiedenen Regionen weitere Verträge zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Diabetes mellitus Typ 2 verhandelt, die dem BVA bisher jedoch noch nicht zur Prüfung der Zulassungsfähigkeit vorgelegt worden sind.

2. Welche Konsequenzen hat der Nichtabschluss eines DMP-Vertrages für die einzelne Kasse?

Krankenkassen, die eine hohe Zahl chronisch Kranker versichern, haben erstmals die Möglichkeit, dieser Versichertengruppe besondere qualitätsgesicherte Versorgungsprogramme anzubieten, ohne dadurch im Wettbewerb benachteiligt zu werden. Die erhöhten Ausgaben, die chronisch Kranke grundsätzlich verursachen, werden für die Versicherten, die in zugelassene strukturierte Behandlungsprogramme eingeschrieben sind, im RSA gesondert berücksichtigt. Grundlage sind dabei die durchschnittlichen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller Versicherten in der jeweiligen Gruppe. Die Zahlungen aus dem RSA an diese Kassen erhöhen sich oder ihre Zahlungsverpflichtungen sinken entsprechend.

Krankenkassen, die chronisch Kranken keine zugelassenen Programme anbieten, erhalten diese besondere Förderung nicht. Sie tragen den entsprechend höheren Beitragsbedarf der Versicherten in den zugelassenen Programmen über den RSA mit. Auf diese Weise entlastet der RSA tendenziell Krankenkassen mit einer hohen Zahl chronisch kranker Versicherter – sofern sie eine qualitäts-

gesicherte, kontinuierliche Betreuung dieser Versicherten garantieren – und belastet Krankenkassen mit einer geringen Zahl chronisch Kranker.

Krankenkassen, die ihren Versicherten nicht die Möglichkeit eröffnen, an einem qualitätsgesicherten strukturierten Behandlungsprogramm teilzunehmen, müssen außerdem damit rechnen, dass Versicherte zu einer konkurrierenden Krankenkasse wechseln, um sich dort in ein strukturiertes Behandlungsprogramm einzuschreiben. Für diese Krankenkassen bedeutet der Verzicht auf den Abschluss eines Vertrages zur Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms daher, dass sie im Rahmen des Mitgliederwettbewerbs mit einem Rückgang ihrer Mitgliederzahl rechnen müssen.

3. Welche Folgen haben unterschiedliche Vertragsabschlüsse (z. B. Verträge, die einheitlich und gemeinsam geschlossen wurden, einerseits und Verträge einzelner Kassen mit Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) oder einzelnen Arztgruppen andererseits)
 - a) für den Risikostrukturausgleich und
 - b) für die Vergütungsverhandlungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den KVen?

Zu a)

Die von den Krankenkassen gewählte Vertragsebene ist für die Berücksichtigung der Versicherten im RSA unerheblich.

Zu b)

Die Verträge über strukturierte Behandlungsprogramme können Vergütungen für zusätzliche Leistungen enthalten, die im Rahmen zugelassener strukturierter Behandlungsprogramme auf Grund der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erbracht werden. Im Beitragsatzsicherungsgesetz ist eine Regelung enthalten, die klarstellt, dass Ausgabensteigerungen für solche Leistungen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht verletzen.

Bei diesen Leistungen muss es sich also um Leistungen handeln, die nicht bereits mit den Gesamtvergütungen finanziert worden sind (zusätzliche Leistungen); Überschneidungen mit vertragsärztlichen Leistungen, die über die Gesamtvergütungen abgegolten werden, dürfen somit nicht bestehen. Insofern hat der Abschluss von Verträgen zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme keinen Einfluss auf die Vereinbarungen der Gesamtvergütungen und kann grundsätzlich auch von anderen Vertragspartnern vorgenommen werden.

4. Wie sind Höhe und Struktur der Vergütungen in den jeweiligen Verträgen ausgestaltet?

Der Ordnungsgeber hat in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) keinerlei Vorgaben für die Vergütung im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme gemacht, so dass Höhe und Struktur der Vergütung von dem jeweiligen Vertragspartner vereinbart werden.

In dem vom BVA zugelassenen strukturierten Behandlungsprogramm der AOK Rheinland und der KV Nordrhein ist vereinbart worden, dass die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes erfolgt und mit der in der Gesamtvereinbarung mit der KV Nordrhein definierten Kopfpauschalvergütung abgegolten sind. Ausgenommen hiervon ist die Vergütung zusätzlicher Leistun-

gen im Rahmen der Einschreibung, der Dokumentation und der Intensivberatung, für die zusätzliche Pauschalen vereinbart wurden.

5. Welche Konsequenzen haben die DMP-Verträge auf die Arzneimittelausgaben?

Auch im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme hat der Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung wie bisher Anspruch auf Versorgung mit den medizinisch notwendigen Arzneimitteln nach Maßgabe des Wirtschaftlichkeitsgebots, d. h. die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln durch den Vertragsarzt muss ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§§ 2 und 12 SGB V). Im Übrigen wird auf die Antwort zu den Fragen 8 bis 12 verwiesen.

6. Sind trotz DMP-Verträgen alte Strukturverträge zur Diabetikerversorgung beibehalten worden?

Wenn ja, was bedeutet dies für die Versorgung des einzelnen Diabetikers?

Der Abschluss, die Änderung sowie die Beendigung von Strukturverträgen werden dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) nicht gemeldet. Infolgedessen ist nicht bekannt, inwieweit alte Strukturverträge zur Diabetikerversorgung beibehalten worden sind.

Soweit solche Verträge beibehalten worden sind, richten sich die Versorgung und die Vergütung nach diesen Verträgen, soweit Versicherte nicht eine Option für die Behandlung in einem strukturierten Behandlungsprogramm gewählt haben.

7. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass DMP einen sektorübergreifenden Ansatz sowie die Einbeziehung aller relevanten Leistungserbringer bedingen, und wenn ja, welche Maßnahmen sind von der Bundesregierung geplant bzw. nach Ansicht der Bundesregierung notwendig, um diese als sinnvoll und notwendig angesehenen Bedingungen auch in Deutschland umzusetzen?

Strukturierte Behandlungsprogramme zeichnen sich durch die Einbeziehung aller relevanten Leistungserbringer sowie eine sektorenübergreifende und gut koordinierte Versorgung aus. Die Behandlung erfolgt abgestimmt zwischen der ambulanten, stationären und, falls erforderlich, auch der rehabilitativen Versorgung, so dass die Patienten durch die in den Programmen geförderte Zusammenarbeit der Ärzte (Hausarzt, qualifizierter Facharzt oder Schwerpunktpraxis, Krankenhausarzt etc.) und der übrigen Leistungserbringer profitieren. Die verschiedenen Gesundheitsberufe arbeiten insoweit im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme koordiniert und sektorenübergreifend zusammen.

Um dies in den strukturierten Behandlungsprogrammen, die auf Grundlage der RSAV entwickelt werden, zu gewährleisten, können die Programme vom BVA nur zugelassen werden, wenn in den Verträgen zu ihrer Durchführung eine sektorenübergreifende Behandlung über die gesamte Versorgungskette sichergestellt wird. Hierzu enthalten die Anlagen der RSAV indikationsspezifische Anforderungen über die Kooperation der Versorgungsebenen, aus denen hervorgeht, in welchen Fällen der Patient in der jeweiligen Einrichtung behandelt werden muss. Im Rahmen des Zulassungsverfahrens prüft das BVA u. a., ob die Programme diese Anforderungen erfüllen. Weitere Maßnahmen zur Umsetzung

einer sektorenübergreifenden Versorgung in strukturierten Behandlungsprogrammen sind nicht erforderlich.

8. Welche Kosten hat die Bundesregierung für die Verwaltung der Diabetikerprogramme durch die Krankenkassen veranschlagt?
9. Welche Kosten hat die Bundesregierung für die Dokumentation der Daten durch die Ärzte veranschlagt?
10. Teilt die Bundesregierung die Analyse der Techniker Krankenkasse?
11. Wenn ja, welche Konsequenzen wird die Bundesregierung daraus ziehen?
12. Wenn nein, wie begründet die Bundesregierung ihre andere Haltung?

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die verstärkte Einführung strukturierter Behandlungsprogramme bei den Krankenkassen zunächst zu Mehrausgaben führt. Diese werden im Wesentlichen durch Aufwendungen für die Entwicklung, Durchführung und Evaluation der Programme entstehen. Valide Aussagen über die Höhe der entstehenden Zusatzkosten sind derzeit noch nicht möglich. Diesen Mehrkosten können aber nach Abschluss der Einführungsphase der Programme Minderausgaben durch die verbesserte Versorgung der eingeschriebenen chronisch Kranken gegenüberstehen. Einsparungen werden z. B. durch die Vermeidung kostenintensiver Krankheitsstadien, wie der Dialysepflichtigkeit bei Diabetes, erzielt.

Die Krankenkassen werden zudem grundsätzlich bestrebt sein müssen, die Vorgaben für die Programme 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. Das heißt, eine Kasse muss sich bemühen, diese Standardausgaben nicht zu überschreiten, um Wettbewerbsnachteile gegenüber anderen Krankenkassen zu vermeiden. Dadurch wird das Interesse der Krankenkassen und ihrer Verbände an der wirtschaftlichen Gestaltung des Leistungsgeschehens in den Programmen gestärkt. Dieser Effekt ist gewollt, denn die Krankenkassen sollen auch im Rahmen der Versorgung in strukturierten Behandlungsprogrammen unbedingt ihrer Pflicht zum wirtschaftlichen Umgang mit Versichertengeldern folgen.

Die von der Techniker Krankenkasse angeführte Höhe der von strukturierten Behandlungsprogrammen für Diabetes mellitus Typ 2 verursachten Verwaltungs- und Dokumentationskosten, die das genannte Magazin im Heft 7/2003 zitiert, ist für die Bundesregierung in keiner Weise nachvollziehbar, da bislang noch kein Programm für dieses Krankheitsbild vom BVA zugelassen worden ist. In dem zwischen der AOK Rheinland und der KV Nordrhein geschlossenen Vertrag zur Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms für Brustkrebs – dem bislang einzigen vom BVA zugelassenen Programm – sind die Vergütungspauschalen für die Einschreibung und die Dokumentation, die zusätzlich zur Gesamtvergütung gezahlt werden, mit 15 Euro für die Einschreibung und Erstdokumentation sowie mit 17,50 Euro für jede Folgedokumentation deutlich geringer als die in der Meldung des Magazins angegeben zusätzlichen Aufwendungen.

13. Wie viele Diabetiker werden nach Meinung der Bundesregierung die Diabetikerprogramme in Anspruch nehmen?

Welche Arzt-Patienten-Relationen gibt es bei der Versorgung von Diabetikern?

In der Begründung zu seinem Beschluss, dem Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 137f Abs. 1 Satz 1 SGB V u. a. Diabetes mellitus Typ 2 als chronische Krankheit zu empfehlen, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen, ist der Koordinierungsausschuss von dreieinhalb bis vier Millionen an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankten Versicherten ausgegangen. Da die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen sowohl für die Versicherten als auch für die Leistungserbringer freiwillig ist und bislang noch kein Programm zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2 vom BVA zugelassen worden ist, liegen der Bundesregierung noch keine Erkenntnisse über den Umfang von Einschreibungen von Diabetikern vor.

14. Wie hoch beziffert die Bundesregierung die Kostenersparnis, die durch die Diabetikerprogramme zu erzielen sind?

Aus der gemeinsamen Antwort zu den Fragen 8 bis 12 ergibt sich, dass valide Aussagen über die Höhe möglicher Einsparungen derzeit noch nicht möglich sind.

15. Wie bewertet die Bundesregierung die Aussage einiger Diabetikerverbände, dass die den Diabetikerprogrammen zugrunde liegenden Leitlinien keine innovative medizinische Versorgung der Diabetiker gewährleisten, sie vielmehr hinter dem wissenschaftlichen Stand der Erkenntnis zurückbleiben?

Durch die in der 4. Änderungsverordnung zur RSAV festgelegten Voraussetzungen an strukturierte Behandlungsprogramme ist sichergestellt, dass nur qualitativ hochwertige Programme zugelassen werden. Die medizinischen Inhalte wurden auf der Grundlage der besten wissenschaftlichen Erkenntnisse und eines breiten fachlichen Konsenses durch den Koordinierungsausschuss – unter Beteiligung der Bundesärztekammer – festgelegt. Dabei war maßgeblich, dass für die Behandlung im Rahmen der Programme das festgelegt wurde, was den größten Nutzen für die betroffenen Patienten erbringt.

So zeichnet sich die Behandlung in einem strukturierten Behandlungsprogramm insbesondere dadurch aus, dass Patienten nach dem aktuellen, wissenschaftlich belegbaren Erkenntnisstand (evidenzbasiert) behandelt werden. Hierbei sollen die Patienten in erster Linie Arzneimittel erhalten, für die neben der Wirksamkeit auch die Sicherheit ihrer Anwendung in langjährigen Studien belegt wurde. Langzeitstudien sind unerlässlicher Bestandteil einer evidenzbasierten Behandlung, da nur durch diese die Effektivität sowie das potentielle Risiko der Behandlung weitgehend bestimmbar sind. Darüber hinaus verbleibt die individuelle Therapieentscheidung unverändert beim behandelnden Arzt.

Um darüber hinaus sicherzustellen, dass neue Erkenntnisse und Innovationen in den strukturierten Behandlungsprogrammen zeitnah berücksichtigt werden, ist der Koordinierungsausschuss in der RSAV beauftragt worden, seine bisherigen Empfehlungen jährlich – und bei Bedarf auch in kürzeren Abständen – zu überprüfen und zu aktualisieren.

16. Welche Maßnahmen hält die Bundesregierung für erforderlich, um die Compliance der an den Diabetikerprogrammen beteiligten Patienten zu verbessern?

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.

Der Behandlung im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms liegt ein differenzierter Behandlungs- und Betreuungsplan zu Grunde, der vom Arzt im Einvernehmen mit dem Patienten aufgestellt wird. Hierdurch ist gewährleistet, dass der Patient motiviert ist, seine Versorgungssituation zu verbessern und aktiv an der Behandlung mitzuwirken.

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

Nach den Regelungen der RSAV kann von einer aktiven Mitwirkung eines Versicherten am Behandlungsprogramm nicht mehr ausgegangen werden, wenn er innerhalb von zwölf Monaten zwei veranlasste Termine oder Schulungstermine ohne plausible Gründe nicht wahrgenommen hat (§ 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV). Hierdurch wird sichergestellt, dass nur Versicherte den gesonderten Versichertengruppen für eingeschriebene chronisch Kranke zugeordnet werden können, die durch ihre Mitwirkung zum Erfolg des Programms beitragen. Eine weitergehende Einflussnahme auf das Versichertenverhalten im Hinblick auf seine Compliance ist aus der Sicht der Bundesregierung nicht sachgerecht.

17. Gibt es Überlegungen, andere chronische Erkrankungen in DMP einzubeziehen?

Wenn ja, wieweit sind die Vorbereitungen hierzu schon gediehen?

Gemäß § 137f Abs. 1 Satz 1 SGB V ist es die Aufgabe des Koordinierungsausschusses, dem BMGS chronische Krankheiten zu empfehlen, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen. Außerdem hat der Koordinierungsausschuss gemäß § 137f Abs. 2 Satz 1 SGB V Empfehlungen über die Anforderungen an die Ausgestaltung der Programme abzugeben. Der Koordinierungsausschuss hat bislang als maßgebliche chronische Krankheiten Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD und Asthma bronchiale), Brustkrebs und koronare Herzkrankheit vorgeschlagen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Rahmen der Vierten Verordnung zur Änderung der RSAV, die am 1. Juli 2002 in Kraft getreten ist, Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs als chronische Krankheiten festgelegt, für die strukturierte Behandlungsprogramme, die über den RSA finanziell gefördert werden, entwickelt werden sollen. Gleichzeitig wurden mit der Verordnung auf der Grundlage weiterer Empfehlungen des Koordinierungsausschusses die Anforderungen festgelegt, die die strukturierten Behandlungsprogramme für diese Krankheiten erfüllen müssen, damit sie vom BVA zugelassen werden können.

Mit der Siebten Verordnung zur Änderung der RSAV, die voraussichtlich am 1. Mai 2003 in Kraft treten wird, werden die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für koronare Herzkrankheit festgelegt. Sobald der Ko-

ordinierungsausschuss Empfehlungen zu den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für die noch ausstehenden Krankheiten abgibt, werden auch diese unverzüglich vom BMGS geprüft und die Anforderungen in der RSAV festgelegt.

Darüber hinaus hat der Koordinierungsausschuss in seiner Sitzung am 31. März 2003 den Arbeitsausschuss damit beauftragt, eine Beschlussempfehlung über weitere chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen, zu erarbeiten.