

# Versorgungs-Report 2011

## „Chronische Erkrankungen“

Christian Günster / Joachim Klose /  
Norbert Schmacke (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2011

Auszug Seite 41-54



<b>3</b>	<b>Die Chronikerversorgung im Fokus des Kassenhandelns.....</b>	<b>41</b>
	<i>Klaus Jacobs und Jutta Linnenbürger</i>	
3.1	Ausgangspunkt: Defizite in der Chronikerversorgung .....	42
3.2	Die Krankenkassen als Sachwalter von Versicherten- und Patienteninteressen .....	44
3.3	Direkte Anreize für versorgungsorientiertes Kassenhandeln .....	47
3.4	Erfolgsgeschichte DMP .....	49
3.5	Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.....	51
3.6	Ausblick.....	52
3.7	Literatur .....	54

# 3 Die Chronikerversorgung im Fokus des Kassenhandelns

Klaus Jacobs und Jutta Linnenbürger

3

## Abstract

Noch vor rund zehn Jahren war es um die Chronikerversorgung in Deutschland schlecht bestellt. Eine wesentliche Ursache dafür lag in der starken Fragmentierung des Versorgungssystems mit vielen unzureichend abgestimmten Teilzuständigkeiten einzelner Beteiligter ohne einen Akteur mit Gesamtverantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit des ganzen Versorgungsprozesses. In einem vertragsbasierten Gesundheitssystem kann die Krankenversicherung eine solche Akteursrolle übernehmen und gegenüber den Leistungserbringern als Sachwalter der Interessen von Versicherten und Patienten wirken. Diese Rolle hat der deutsche Gesetzgeber den Krankenkassen im Kontext der Chronikerversorgung explizit zugewiesen, indem die Kassen für ihre in zugelassene Disease-Management-Programme eingeschriebenen Versicherten seit 2002 im Risikostrukturausgleich gesonderte Beitragsbedarfe erhielten. Diese Regelung hat zu einer nachgewiesenen Verbesserung für mehr als fünf Millionen chronisch kranke Versicherte geführt. Auch nach der 2009 erfolgten Einführung des direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs wurde die Sonderstellung zugelassener Disease-Management-Programme in Gestalt der GKV-weiten Erstattung von Programmkostenpauschalen fortgesetzt. Angesichts des durch die zeitgleiche Einführung des Gesundheitsfonds verursachten starken Ausgabendrucks auf die Krankenkassen hat sich dies im Nachhinein als richtige Entscheidung erwiesen. Auch bei künftigen Anpassungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen sollte behutsam vorgegangen werden, um die unübersehbaren Fortschritte in der Chronikerversorgung nicht zu gefährden.

Ten years ago, the supply of chronic care in Germany was in dire straits. This was mainly due to the fragmentation of the health care system with insufficiently co-ordinated responsibilities of individual parties and no one to take the overall responsibility for quality and efficiency of the whole process. In a contract-based health care system, health insurance can play an active part and represent the interests of insurees and patients in their dealings with the providers. In the context of chronic care, German legislature has explicitly intended this role for the health insurance funds since they have been receiving special payments for patients taking part in approved disease management programs within the framework of the risk adjustment scheme since 2002. This system has evidentially led to improvements for more than five million chronically ill insurees. Even after the introduction of the directly morbidity-oriented risk adjustment scheme in 2009, the special status of approved disease management programs in form of SHI-wide reimbursement of program costs has continued. In view of the simultaneous introduction of the "Gesundheitsfonds" (health fund) and the pressure

on health care expenditures caused by it, this was the right decision in hindsight. In order not to jeopardize the obvious progress in the supply of health care for the chronically ill, future adjustments of the legal framework should be made with caution.

## 3

### 3.1 Ausgangspunkt: Defizite in der Chronikerversorgung

Das Gutachten des Gesundheits-Sachverständigenrats zu Über-, Unter- und Fehlversorgung (SVR-G 2001) mit seiner umfassenden strukturellen und qualitativen Analyse der Versorgungslage chronisch kranker Patienten in Deutschland setzte maßgebliche Reformimpulse für die folgende Dekade. Sein Fazit: Der „Patient“, die Versorgung von Chronikern, ist schwer krank. Woran er leidet, darin waren sich die Sachverständigen einig: Es fehle an Koordination und Kontinuität der Behandlung, an Evidenzbasierung der medizinischen Maßnahmen, an Transparenz, an Information und Einbeziehung des Patienten, vor allem auch an einem Akteur mit Verantwortung für die Gesamtversorgung der chronisch Kranken über die verschiedenen Versorgungsebenen hinweg.

So hieß es in dem Gutachten zum Beispiel zur Versorgungslage von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, dass sich diese im vergangenen Jahrzehnt ungeachtet vielfältiger Bemühungen und regionaler Teilerfolge nicht grundlegend verbessert hätte (SVR-G 2001, Kap. 7.5). Nach wie vor bestünden organisatorische und strukturelle Schwächen, etwa die Unterversorgung bei der Früherkennung und Frühtherapie diabetischer Spätkomplikationen an Augen, Füßen und Nieren. Als weiterer Mangel wurde konstatiert, dass wissenschaftliche Erkenntnisse nicht in ausreichendem Maße bei der Behandlung der Patienten berücksichtigt würden. Ebenfalls fände die Mehrdimensionalität der Erkrankung mit dem Auftreten typischer Folge- und Begleiterkrankungen wie Bluthochdruck und Koronarer Herzkrankheit (KHK) oder Chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) in der Therapie zu wenig Berücksichtigung. Aus Patientensicht seien die defizitäre Information, Schulung und Partizipation zu bemängeln. Patientenschulungsprogramme seien häufig schlecht und/oder mit zu kleiner Teilnehmerzahl evaluiert, die Schulungsinhalte zu wenig alltags- und erlebnisorientiert.

Für die Versorgung von Patienten mit ischämischen Herzerkrankungen konstatiert der Sachverständigenrat zum selben Zeitpunkt schwerwiegende Mängel und ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Unterversorgung bestünde insbesondere im Bereich der Primärprävention, obwohl die kardiovaskulären Risikofaktoren weitgehend bekannt seien und deren Beeinflussbarkeit durch erfolgreiche Lebensstiländerungen klar belegt sei. Dass viele betroffene Personen unzureichend über ihre Risikosituation informiert waren und vorliegende Erkrankungen von den behandelnden Ärzten vielfach nicht entdeckt wurden, belegt auch die bevölkerungsrepräsentative KORA-Studie in Augsburg (Löwel 2006; siehe auch Kapitel 4.4 in diesem Band). Neben der Aktivierung der Patienten zur Früherkennung bedarf es für Patienten mit manifestierter Herzerkrankung der individuellen Risikoabschätzung durch den Arzt, um frühzeitig verhaltensorientierte und pharmakologische sekundärpräventive Maßnahmen einzuleiten, die zudem ein günstiges

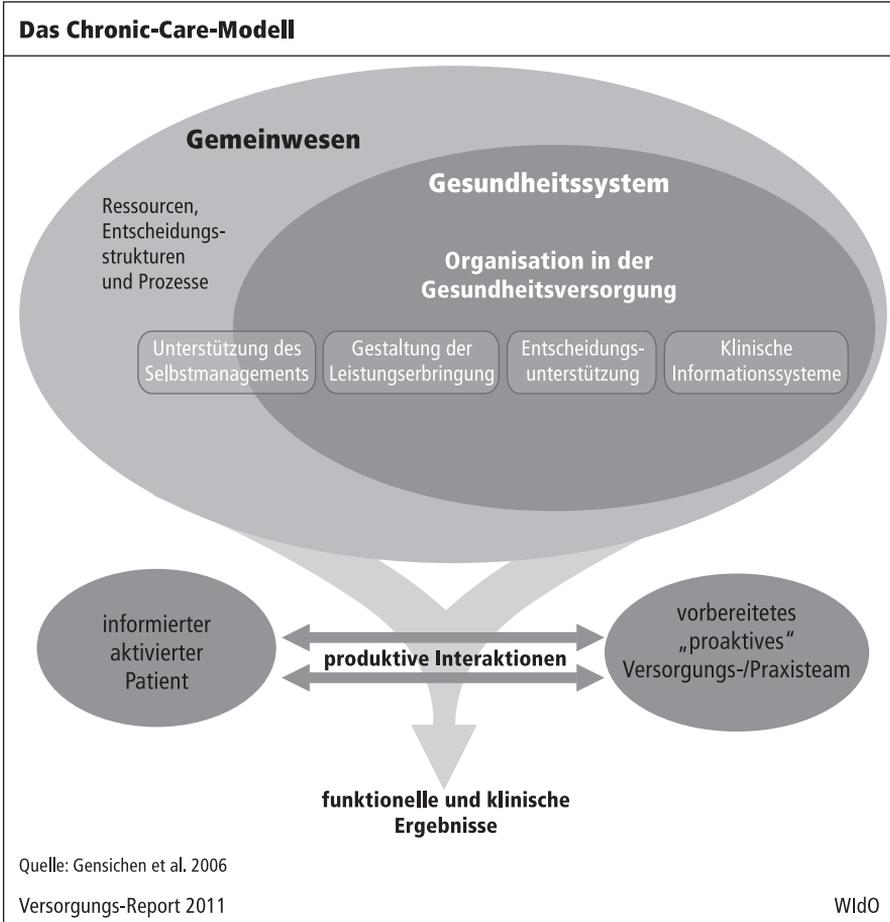
Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen. Während hieran jedoch ein Mangel herrscht, weist die akutmedizinische Versorgung eine weiterhin hohe interventionelle Leistungsdichte auf – allerdings ohne dadurch bewirkte niedrigere Morbiditäts- oder Mortalitätsraten.

Was aber ist zu tun, wenn nicht nur die Symptome behandelt, sondern auch deren Ursachen bekämpft werden sollen? Die Ursachen der dokumentierten Defizite der Chronikerversorgung greifen an die Basis des deutschen Gesundheitssystems und seiner Rahmenbedingungen. Zu nennen sind dabei an erster Stelle die Konzentration der Behandler auf die Akutversorgung mit einem reaktiven Ansatz sowie die sektorale Trennung der Versorgungsebenen. Selbst auf den jeweiligen Versorgungsebenen finden sich weitere Behandlungsfriktionen – etwa an der Schnittstelle zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung. Die überwiegend kollektivvertraglichen Planungs- und Vergütungsregularien für die jeweiligen Versorgungssektoren sind alles andere als eine gute Voraussetzung, die über Jahrzehnte entstandene Versorgungswirklichkeit auf ihre Wirksamkeit und Angemessenheit hin zu hinterfragen – geschweige denn im Interesse der chronisch kranken Patienten zu reorganisieren.

In welcher Form zweckmäßigerweise Verbesserungspotenziale für die Versorgung chronisch kranker Patienten erschlossen und ausgeschöpft werden können, zeigen die Ansätze des Mitte der 1990er Jahre von Ed Wagner entwickelten „Chronic-Care-Modells“ (Gensichen et al. 2006). Im Mittelpunkt stehen der informierte und aktivierte Patient und das proaktive Versorgungs-/Praxisteam, hier vorrangig die hausärztliche Praxis in der ambulanten Versorgung. Ihr partnerschaftliches Zusammenspiel im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung wird beeinflusst durch die Organisationen der Gesundheitsversorgung in Form von unterstützendem Selbstmanagement für den chronisch kranken Patienten und seine Angehörigen, eine gezielte Ausgestaltung der Leistungserbringung durch die Krankenkassen, evidenzbasierte Entscheidungshilfen für die unterschiedlichen Ärzteguppen und die Patienten selbst sowie unterstützende Informations- und Erinnerungssysteme. Maßgebliche Anreize setzen das Gesundheitssystem als solches sowie konkrete gesetzliche Regelungen. Ergänzt wird das Bild durch das Gemeinwesen, womit nicht nur die individuelle Lebenswelt des Patienten, sondern auch gemeindenahere Angebote und übergreifende Initiativen wie Präventionskampagnen gemeint sind. Die Ansätze des Modells beruhen auf einer Vielzahl kontrollierter Studien, die den positiven Einfluss der jeweiligen Elemente auf die Versorgung belegen. Konzepte zur umfassenden Versorgung chronisch Kranker sollten Elemente daraus aufgreifen und sinnvoll kombinieren (Abbildung 3–1).

Eine dezidierte Funktion nehmen in diesem Modell auch die Krankenkassen ein. Deshalb sollen deren Rolle, Handlungsanreize und Handlungsmöglichkeiten nachfolgend näher betrachtet werden.

Abbildung 3–1



### 3.2 Die Krankenkassen als Sachwalter von Versicherten- und Patienteninteressen

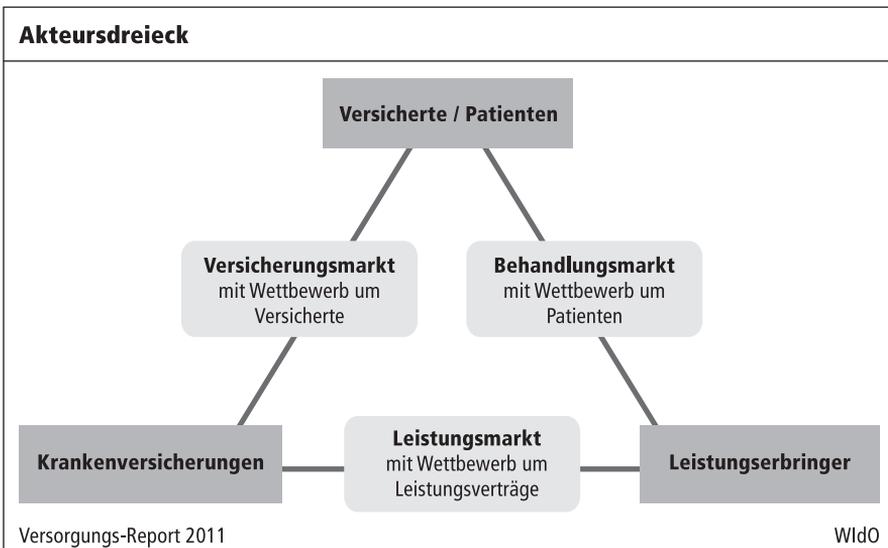
Dass Krankenversicherungssysteme grundsätzlich unterschiedlich ausgestaltet sein können, lässt sich bereits innerhalb von Deutschland beobachten. Hier gibt es nämlich – eine international weithin einzigartige Situation, die seit langem Gegenstand sowohl ökonomisch als auch gesellschaftspolitisch begründeter Kritik ist (SVR-W 2004, Ziff. 487 ff.) – einen gespaltenen Krankenversicherungsmarkt der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Im GKV-Markt ist mit nahezu 90 Prozent die große Mehrheit der deutschen Wohnbevölkerung pflicht- oder freiwillig versichert, während die übrigen gut 10 Prozent – insbesondere Beamte mit steuerfinanzierten Beihilfeansprüchen, Selbständige sowie Arbeitnehmer mit BruttoBezügen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze – privaten Krankenversicherungsschutz bei einem der rund 50 PKV-Unternehmen haben.

Neben vielen anderen spezifischen Strukturunterschieden zwischen GKV und PKV (Jacobs und Schulze 2004, S. 9) sind im hier betrachteten Kontext vor allem die beiden unterschiedlichen Strukturmerkmale von Bedeutung, die vielfach mit den Begriffen Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip umschrieben werden. Diese Bezeichnungen treffen den eigentlichen Kern dieses zentralen Strukturunterschieds zwischen GKV und PKV allerdings nur unvollständig, denn letztlich geht es weniger um Fragen von Rechnungsstellung und Zahlungsfluss bei der Vergütung von Versorgungsleistungen, sondern zunächst vor allem um die grundlegendere Frage nach der Existenz von direkten Vertragsbeziehungen zwischen Krankenversicherungen und Anbietern von Versorgungsleistungen auf dem Leistungsmarkt (Abbildung 3–2).

Für die GKV stellen Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern seit jeher die zentrale Grundlage der Leistungs- und Ausgabensteuerung dar; dabei hatte ein wesentlicher Teil der vielfältigen Reformmaßnahmen des zurückliegenden Jahrzehnts zum Ziel, diese Vertragsbeziehungen – zumindest partiell und graduell – aus ihrem tradierten plan- und kollektivwirtschaftlichen Korsett zu befreien und verstärkt auf (vertrags-) wettbewerbliche Grundlagen zu stellen, weil hierin deutlich bessere Möglichkeiten gesehen werden, zu mehr Qualität, Effizienz und Präferenzgerechtigkeit der Gesundheitsversorgung entsprechend den spezifischen Bedarfslagen der Versicherten beizutragen (Cassel et al. 2006).

Die spezifische Rolle als Sachwalter der Versicherten- und Patienteninteressen, die den gesetzlichen Krankenkassen bei der vertragsbasierten Leistungssteuerung gegenüber den Leistungserbringern zukommt, wird am besten bei einem Vergleich mit dem PKV-System erkennbar, das im grundlegenden Unterschied zur GKV überhaupt keine direkten Vertragsbeziehungen zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern kennt. Hier treten die Versicherten auf dem Behandlungsmarkt den Leistungserbringern als Patienten direkt gegenüber und sind bei der Beurtei-

Abbildung 3–2



lung der Versorgungsqualität sowie der Vereinbarung von Leistungsvergütungen – soweit dabei angesichts vielfach vorgegebener „amtlicher“ Gebührenordnungen überhaupt Spielräume bestehen – weitgehend auf sich gestellt. Das mag im Einzelfall durchaus als vorteilhaft empfunden werden, doch unterliegt die Konsumentensouveränität von Patienten in vielen Fällen beträchtlichen Beschränkungen, wie sie allein schon durch nennenswerte Informationsasymmetrien zwischen professionellen Leistungserbringern und Patienten bedingt sind. Treten auch noch akute Gesundheitsbeschwerden hinzu, sind die meisten Patienten in der Regel schlicht überfordert, wenn es darum geht, die Zweckmäßigkeit und das Qualitätsniveau von Versorgungsleistungen zu beurteilen. Die privaten Krankenversicherungen bieten hier keine Hilfe – als reine „Payer“ erstatten sie lediglich die in Rechnung gestellten Leistungen entsprechend dem Umfang des jeweiligen Versicherungsschutzes; dabei spielen Kriterien wie notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich keine Rolle. Es ist bemerkenswert, dass die PKV mit dieser begrenzten Aufgabenstellung zunehmend unzufrieden ist und auch für sich Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern einfordert – vor allem natürlich, weil sie ohne dieses Instrumentarium letztlich keine wirksame Handhabe gegen ausufernde Leistungsausweitungen und daraus resultierende Ausgaben- und Beitragssteigerungen hat.

Offenkundig besitzt die GKV in diesem Punkt einen klaren Vorteil, denn sie verfügt bereits grundsätzlich über direkte Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern, auch wenn deren vielfältige Potenziale noch längst nicht zum Vorteil der Versicherten erschlossen sind – etwa weil es noch zu viele Einheitsregelungen gibt. Aber zumindest das Potenzial ist vorhanden, dass die Krankenkassen nicht nur als reine „Payer“ agieren, sondern eine aktive Rolle („Player“) bei der Gestaltung der Versorgung übernehmen können. Dabei wirken sie als „Agenten“ im Auftrag ihrer Versicherten („Prinzipale“) und können im Vergleich zu weithin auf sich gestellten Patienten eine Reihe entscheidender Vorteile in die Waagschale werfen: So können sie insbesondere für ihre Versicherten eine Vorauswahl unter den Leistungserbringern nach transparenten Qualitätskriterien treffen und darüber hinaus – auf der Grundlage einer gebündelten Nachfrage für eine größere Zahl vergleichbarer Behandlungsanlässe – möglichst günstige Vergütungskonditionen vereinbaren. Diese können sie wiederum an ihre Versicherten weitergeben – im Rahmen eines besonders günstigen Versorgungstarifs, in den sich die mit der getroffenen Vorauswahl von Leistungserbringern einverständenen Versicherten einschreiben können, oder für alle Kassenmitglieder in Gestalt eines vergleichsweise günstigen (Zusatz-) Beitrags.

Damit sich die Krankenkassen im Wettbewerb aber auch tatsächlich als aktive Sachwalter der Versicherteninteressen hinsichtlich der gezielten Verbesserung von Qualität und Effizienz der Versorgung einsetzen, müssen zwei zentrale Voraussetzungen erfüllt sein, die auch als notwendige Funktionsbedingungen für wirksames Vertrags- und Versorgungsmanagement im Krankenkassenwettbewerb gelten können:

- Zum einen müssen sich entsprechende Wettbewerbsaktivitäten „lohnen“ oder zumindest „lohnen können“. Damit ist gemeint, dass die Kassen zumindest begründete Erwartungen auf messbare Wettbewerbsfolge haben müssen, wenn sie sich insbesondere für ihre kranken – vor allem die chronisch wie schwer akut kranken – Versicherten um qualitativ wie wirtschaftlich besonders vorteilhafte

vertragsbasierte Versorgungsarrangements bemühen. Oder ökonomisch gesprochen: Die (Handlungs-) Anreize müssen stimmen.

- Zum anderen – „stimmige“ Anreize vorausgesetzt – müssen die Kassen zugleich auch über ausreichende Handlungsparameter verfügen, mit denen sie im Interesse ihrer Versicherten auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung einwirken können.

Wie bereits die bloße Existenz der im ersten Kapitel beschriebenen Defizite in der Chronikerversorgung vermuten lässt, war zumindest zu Beginn der 2000er Jahre auch die Ausgestaltung dieser zwei zentralen Funktionsbedingungen für versorgungsorientierten Krankenkassenwettbewerb in hohem Maße defizitär – sonst hätten die Krankenkassen schon sehr viel früher versucht, aktiv darauf hinzuwirken, dass die umfassend beschriebene Über-, Unter- und Fehlversorgung vermindert wird. Vor diesem Hintergrund ist der Gesetzgeber aktiv geworden – Hintergrund und Konsequenzen werden in den folgenden Kapiteln näher beleuchtet.

### 3.3 Direkte Anreize für versorgungsorientiertes Kassenhandeln

In vielen Ländern – etwa in den Niederlanden oder der Schweiz – wird eine regelmäßige wissenschaftliche Evaluation gesundheitspolitischer Reformmaßnahmen bereits bei deren Verabschiedung geplant. In Deutschland ist dergleichen dagegen weithin unbekannt. Insofern war keineswegs selbstverständlich, dass das Bundesgesundheitsministerium – auf entsprechende Aufforderung des Deutschen Bundestags – eine wissenschaftliche Untersuchung zu den Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs in Auftrag gab, die Anfang 2001 von den Gutachtern vorgelegt wurde (Jacobs et al. 2002).

Die im hier betrachteten Kontext zentralen Ergebnisse dieses Gutachtens lauteten (siehe auch Bundesregierung 2001), dass der Mitte der 1990er Jahre im Kontext der Einführung der freien Krankenkassenwahl implementierte Risikostrukturausgleich die ihm zugeschriebenen Aufgaben zwar tendenziell erfüllt habe; allerdings bestünden weiterhin Wettbewerbsverzerrungen und Anreizprobleme, weil als relevante Ausgleichsfaktoren bei der Ermittlung des kassenspezifischen Beitragsbedarfs im Risikostrukturausgleich im Wesentlichen nur Alter und Geschlecht der Versicherten berücksichtigt würden, darüber hinaus aber keine Informationen über den Gesundheitszustand der Versicherten – etwa in Bezug auf das Vorliegen chronischer Krankheiten. Das lag vor allem daran, dass entsprechende Informationen bei Einführung des Risikostrukturausgleichs in Deutschland schlicht noch nicht verfügbar waren.

In der Folge – so die Gutachter – lohne es sich für die Kassen im Wettbewerb von der Beitragssatzwirkung her noch immer mehr, Risikoselektion zugunsten von gesunden Versicherten zu betreiben, anstatt sich aktiv – über das in der Regel mühsame Vertragsgeschäft mit den Leistungserbringern oder Anstrengungen im Qualitäts- und Versorgungsmanagement – um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung von Kranken zu bemühen. Eine Kasse, die etwa gezielte

Anstrengungen unternehme, die Versorgung von chronisch kranken Versicherten zu verbessern, müsse sogar geradezu befürchten, ihre Beitragssatz- und damit ihre Wettbewerbsposition weiter zu verschlechtern: Der vorrangig auf der Grundlage von alters- und geschlechtsspezifischen Durchschnittsausgaben im Risikostrukturausgleich zugewiesene Beitragsbedarf könne auch bei einer verbesserten Wirtschaftlichkeit der Chronikerversorgung niemals ausreichen, um die für diese Versicherten systematisch überdurchschnittlichen Leistungsausgaben zu decken. Wenn spezifische Chronikerprogramme einer Kasse zu vermehrten Kassenwahlentscheidungen zugunsten dieser Kasse führten, nähme somit die Anzahl von Versicherten mit negativen Deckungsbeiträgen unweigerlich zu – eine Entwicklung, die jede im harten Beitragssatzwettbewerb stehende Krankenkasse unbedingt vermeiden muss.

Die Gutachter schlugen deshalb vor, den Risikostrukturausgleich – flankiert durch einen GKV-weiten Hochrisikopool für besonders ausgabenintensive Leistungsfälle – unter Verwendung eines geeigneten Versichertenklassifikationsverfahrens direkt morbiditätsorientiert weiterzuentwickeln, um unterschiedliche Morbiditätsstrukturen der Versicherten bei der Ermittlung des kassenspezifischen Beitragsbedarfs künftig zu berücksichtigen. Angesichts der dazu erforderlichen umfangreichen Vorbereitungen wurde dieser Schritt allerdings frühestens ab 2007 für durchführbar gehalten.

Etwa zeitgleich zu dem im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstellten Gutachten wurde – im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, des IKK-Bundesverbandes und der Verbände der Angestellten- und Arbeiter-Ersatzkassen – ein zweites Gutachten durch die Professoren Lauterbach und Wille erstellt (Lauterbach und Wille 2001). Dessen zentrales Augenmerk galt vor allem den Auswirkungen von Kassenwechseln sowie der Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker durch Disease-Management-Programme, die zu diesem Zeitpunkt in Deutschland noch weitgehend unbekannt waren.

Beide Gutachtergruppen wurden schließlich durch das Bundesgesundheitsministerium gebeten, auf der Grundlage ihrer jeweiligen Empfehlungen einen gemeinsamen Reformvorschlag auszuarbeiten, der schließlich die Grundlage für das 2001 vom Bundestag verabschiedete Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (BT-Drs. 14-6432 vom 26.06.2001) in der gesetzlichen Krankenversicherung bildete. Danach sollte der Risikostrukturausgleich ab 2007 – dem Vorschlag der Gutachtergruppe des Bundesgesundheitsministeriums folgend – direkt morbiditätsorientiert ausgestaltet werden, wobei zur konkreten Methodik der Versichertenklassifikation noch ein eigenständiges Gutachten erstellt werden sollte. Für den Übergangszeitraum verständigte man sich – neben der Einrichtung eines Risikopools für aufwendige Leistungsfälle – auf eine pragmatische Form einer vorgezogenen partiellen Morbiditätsorientierung: Für chronisch kranke Versicherte, die sich in bestimmte, vom Bundesversicherungsamt zugelassene Disease-Management-Programme (DMP) – in der Sprache des Gesetzgebers: strukturierte Behandlungsprogramme – einschrieben, sollten eigenständige Beitragsbedarfe ermittelt werden. Damit sollte nicht nur dem unerwünschten Anreiz zur Risikoselektion gegen diese Versicherten entgegengewirkt werden, sondern es sollten zugleich qualitative Mindestanforderungen für die strukturierte Behandlung von chronisch kranken Versicherten im GKV-System implementiert werden.

### 3.4 Erfolgsgeschichte DMP

Die DMP gemäß § 137 f Sozialgesetzbuch V sind in vielerlei Hinsicht ein Erfolgsmodell. Die Verknüpfung der Programme mit dem Risikostrukturausgleich stellt sich in der Rückschau als erfolgreicher Pre-Test für die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich dar. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss aufbereitete und regelmäßig zu überprüfende medizinische Evidenzlage der für die DMP ausgewählten Indikationen stößt in der niedergelassenen Ärzteschaft inzwischen zunehmend auf Akzeptanz und wird als echte Unterstützung im Praxisalltag wahrgenommen. Vorwürfe der Checklisten- und Billigmedizin, wie sie lange von der Bundesärztekammer propagiert wurden, sind nahezu verstummt. Und an den Beschluss des Deutschen Ärztetages im Frühjahr 2002 in Rostock, mit dem die DMP kurz vor ihrem Start als „Verwaltungsdekrete einer kassen-gesteuerten Medizin“ diskreditiert werden sollten (Hoppe 2002) und die Angst vor dem gläsernen Patienten beziehungsweise dem gläsernen Arzt beschworen wurde, erinnert sich heute kaum noch jemand. Ganz im Gegenteil dient das deutsche Modell der DMP häufig als Vorbild im europäischen Ausland. Die Krankenkassen als Träger der DMP konnten zeigen, dass sie als Agenten im Sinne der Patienten aktiv sind. Lediglich die ursprünglich beabsichtigte wettbewerbliche Umsetzung stieß an ihre Grenzen, weil aufgrund des hohen Zeitdrucks bei der Einführung der Programme überwiegend kassenartenübergreifende Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen wurden und sich wettbewerbliche Differenzierungen zwischen den Krankenkassen zumeist auf den Bereich der Versichertenbetreuung beschränkten.

Die zunächst vielfach stark kritisierte Anbindung der DMP an den Risikostrukturausgleich (Häussler und Berger 2004) erwies sich rasch als wichtiger Motor für die flächendeckende Umsetzung der Programme. Ohne diese Verknüpfung hätte ein erfolgreich von einer Krankenkasse angebotenes DMP diese Kasse gerade für Versicherte mit der betreffenden Erkrankung attraktiv gemacht. Die negativen Deckungsbeiträge dieser Versicherten hätten die Krankenkasse jedoch schon nach kurzer Zeit zur Anhebung der Beitragssätze gezwungen.

Im Vorfeld waren die finanziellen Auswirkungen der Verknüpfung von DMP mit dem Risikostrukturausgleich für die einzelnen Kassen nur schwer zu kalkulieren. Neben der absoluten Anzahl der eingeschriebenen DMP-Versicherten spielte auch das Verhältnis zwischen DMP-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern eine Rolle, da die erhöhten Zuweisungen für DMP-Versicherte durch eine Absenkung der Beitragsbedarfe für Versicherte ohne DMP-Einschreibung finanziert wurden. Gleichzeitig flossen bei einer bundesweiten Betrachtung Ausgleichstransfers aus Regionen mit niedriger Morbidität und/oder geringer DMP-Aktivität in Regionen mit hoher Morbidität und/oder starker DMP-Aktivität. Von Anfang an klar war nur, dass eine DMP-Verweigerung zu einem Abfluss finanzieller Mittel geführt hätte – das war jedoch ausdrücklich politisch so gewollt.

Ob die an den DMP-Aktivitäten Beteiligten – Patienten, Leistungserbringer und Krankenkassen – zunächst vor allem oder gar ausschließlich unter monetären Aspekten gehandelt haben oder ob Gesichtspunkte der Verbesserung der Versorgungsqualität von Anfang an eine wichtige Rolle spielten, mag dahingestellt sein. In jedem Fall sind die in vergleichsweise kurzer Zeit erreichten Zahlen von GKV-Versi-

Tabelle 3–1

**Anteile eingeschriebener DMP-Teilnehmer an den GKV-Versicherten**

	1-Jan-06	1-Jan-07	1-Jan-08	1-Jan-09	1-Jan-10
AOK	4,0%	5,4%	7,5%	9,5%	10,3%
BKK	2,1%	2,6%	4,0%	5,2%	5,8%
IKK	1,8%	2,1%	3,1%	4,6%	5,4%
KBS (inkl. Seekasse)	6,6%	9,2%	12,0%	12,3%	14,2%
Ersatzkassen	2,5%	3,3%	5,0%	6,5%	7,1%
GKV	3,0%	3,9%	5,7%	7,3%	8,0%
<b>Absolut</b>	<b>2,1 Mio</b>	<b>2,7 Mio</b>	<b>3,9 Mio</b>	<b>5,0 Mio</b>	<b>5,5 Mio</b>

Versorgungs-Report 2011

WIdO

cherten, die in mindestens eines der angebotenen sechs Programme eingeschrieben sind, beachtlich (Tabelle 3–1).

Bundesweit sind mittlerweile deutlich mehr als 5 Millionen chronisch kranker Patienten in flächendeckender koordinierter und kontinuierlicher Betreuung – ein bemerkenswerter Erfolg, wenn man zudem bedenkt, dass die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung strenge Einschreibekriterien und Anforderungen an die aktive Beteiligung der Versicherten definiert und es zum Beispiel bei den Indikationen Diabetes mellitus Typ 2 und KHK durch Komorbidität eine Überschneidung von etwa 30 Prozent gibt.

Es mehren sich mittlerweile aber auch die Belege, dass die DMP, die mehrere Elemente des Chronic-Care-Modells verwirklichen, die Versorgungsqualität chronisch kranker Patienten tatsächlich verbessern. Eine Studie des Helmholtz-Zentrums München, in der die Medikation von Teilnehmern am DMP Koronare Herzkrankheit mit Patienten in der Regelversorgung basierend auf Daten aus dem Herzinfarktregister der KORA-Plattform verglichen wird, zeigt, dass DMP-Patienten öfter eine leitliniengerechte Medikation und häufiger ärztliche Beratung bezüglich Ernährung, körperlicher Aktivität und Ruachen erhalten (Holle 2009; siehe auch Kapitel 4.5 in diesem Band). Die in DMP eingeschriebenen Versicherten werden nicht nur prozessual besser betreut, indem regelmäßige Kontrolluntersuchungen und an definierten Schnittstellen Überweisungen zum Spezialisten erfolgen, sondern sie leben auch länger, wie der Vergleich zwischen Teilnehmern am DMP Diabetes Typ 2 und Patienten in der Regelversorgung im Rahmen einer Beobachtungsstudie nahelegt (Miksch 2010, siehe auch Kapitel 4.4 in diesem Band).

Zusätzlich zeigen sich beim Vergleich der Norm-Ist-Kostenprofile im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich erste Kostenvorteile der DMP-Teilnehmer gegenüber den Nicht-DMP-Teilnehmern, die nicht auf Alters- oder Risiko-selektionseffekte zurückzuführen sind. Hier bedarf es weiterer detaillierter Analysen und einer Aufschlüsselung in die verschiedenen Leistungsbereiche, um aus den Ergebnissen Rückschlüsse auf mögliche Effizienzgewinne ziehen zu können.

Nachdem sich die DMP als Basisintervention etabliert haben, gilt es unter den zukünftigen Rahmenbedingungen, die Programme gezielt und qualitätsorientiert weiterzuentwickeln. Das könnte beispielsweise durch ein spezialisiertes Case Management oder durch das Angebot von speziellen Versorgungstarifen geschehen.

### 3.5 Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

Kernstück der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz verabschiedeten Gesundheitsreform der seit 2005 regierenden großen Koalition aus CDU/CSU und SPD war der Anfang 2009 eingeführte Gesundheitsfonds. Als zentraler Schlüssel zur Verteilung der mithilfe eines einheitlichen Beitragssatzes aller GKV-Mitglieder erhobenen Fondsmittel auf die einzelnen Krankenkassen fungiert erstmals ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, wie er laut Beschluss des Deutschen Bundestags ursprünglich bereits ab 2007 – ohne Gesundheitsfonds – gelten sollte, zu diesem Zeitpunkt aber mangels Unterstützung im Bundesrat nicht praktisch umgesetzt werden konnte.

Die konkrete Ausgestaltung des „Morbi-RSA“ folgt – abgesehen von erforderlichen Anpassungen, die sich unmittelbar aus der Einführung des Gesundheitsfonds-Konstrukts ergeben – nur mit Einschränkungen den Vorschlägen des Gutachtens, das zu dieser Frage 2005 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums vorgelegt worden war (Reschke et al. 2005). Ein zentraler Unterschied besteht darin, dass laut gesetzlicher Vorgabe bei der Ermittlung des kassenspezifischen Beitragsbedarfs lediglich für maximal 80 Krankheiten Risikozuschläge ermittelt werden, anstatt das gesamte ausgabenrelevante Krankheitsspektrum vollständig abzubilden. Dabei gilt für die Auswahl der berücksichtigungsfähigen Krankheiten die gesetzliche Vorgabe, dass diese „chronisch-kostenintensiv oder schwerwiegend“ sein sollen.

Die Krankheitsauswahl nahm im Mai 2008 das Bundesversicherungsamt vor, wobei sich das für die Umsetzung des Gesundheitsfonds einschließlich der Durchführung des Risikostrukturausgleichs zuständige Amt zum Teil über das Votum seines eigens für die Krankheitsauswahl eingerichteten Wissenschaftlichen Beirats hinwegsetzte. Dieser hatte die gesetzlichen Vorgaben nämlich in einer Weise interpretiert, wonach die Kassen nicht einmal für alle in zugelassene Disease-Management-Programme eingeschriebenen Versicherten einen speziellen Risikozuschlag erhalten hätten. Damit wäre der Morbi-RSA teilweise hinter die als „vorgezogene partielle Morbiditätsorientierung“ verstandene RSA-Anknüpfung der DMP zurückgefallen und hätte geradezu absurde Anreizwirkungen in Bezug auf die Chronikerversorgung ausgelöst.

Dass dies auch den Intentionen des Gesetzgebers massiv widersprochen hätte, macht zweierlei deutlich: Zum einen bestehen die gesetzlichen Kriterien, nach denen der Gemeinsame Bundesausschuss DMP-fähige chronische Krankheiten ausucht (u. a. „hoher finanzieller Aufwand der Behandlung“) unverändert fort, und zum anderen erhält jede Kasse für jeden DMP-Teilnehmer aus dem Gesundheitsfonds – neben dem Beitragsbedarf im Morbi-RSA – zusätzlich eine Programmkostenspauerschale. Wenn es für die hierfür infrage kommenden Chroniker jedoch gar keinen Risikozuschlag gäbe – wie es nach den ursprünglichen Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt zur Krankheitsauswahl bei Asthma und COPD vollständig und bei Diabetes und KHK zu großen Teilen der Fall gewesen wäre –, wären diese Versicherten einmal mehr „schlechte Risiken“ geworden, bei denen der negative Deckungsbeitrag auch durch die Erstattung von mittleren DMP-Programmkosten kaum hätte kompensiert werden können (Jacobs 2009).

Die durch das Bundesversicherungsamt vorgenommene Auswahl der im Risikostrukturausgleich in Gestalt von Risikozuschlägen berücksichtigten Krankheiten (dazu ausführlich Göppfarth 2009) stellt sicher, dass für alle in zugelassene DMP eingeschriebenen Versicherten krankheitsbezogene Risikozuschläge aus dem Gesundheitsfonds gezahlt werden.

Wie die Teilnehmerzahlen zeigen, sind die DMP-Aktivitäten der Krankenkassen unter den neuen, seit Anfang 2009 geltenden Rahmenbedingungen – krankheitsbezogene Risikozuschläge plus DMP-Programmkostenpauschale – nicht geringer geworden (siehe Tabelle 3–1). Dabei dürfte die etwas gesunkene Wachstumsrate auch mit einer gewissen Sättigung zusammenhängen.

### 3.6 Ausblick

Die weitere Entwicklung vorauszusagen, fällt derzeit nicht leicht. Anfang Juli 2010 hat die schwarz-gelbe Bundesregierung ihr Reformkonzept zur künftigen GKV-Finanzierung in einem Eckpunkte-Papier vorgelegt. Darin ist neben kurzfristig wirksamen Ausgabenbegrenzungen eine Erhöhung des allgemeinen GKV-Beitragssatzes von 14,9 auf 15,5 Prozent zum Jahresbeginn 2011 sowie eine Weiterentwicklung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge vorgesehen. Weil der Beitragssatz – bei 8,2 Prozent Versicherten- und 7,3 Prozent Arbeitgeberanteil – nicht weiter erhöht werden soll, müssen alle Ausgabenzuwächse, die über die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen hinausgehen, in Zukunft ausschließlich von den Versicherten über Zusatzbeiträge finanziert werden. Diese dürfen nur noch einkommensunabhängig (pauschal) erhoben werden, wobei ein steuerfinanzierter Sozialausgleich verhindern soll, dass Mitglieder durch den Zusatzbeitrag mit mehr als zwei Prozent ihrer beitragspflichtigen Einnahmen belastet werden. Auch wenn viele – keineswegs triviale – Umsetzungsfragen noch der konkreten Klärung im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens bedürfen, lässt das Reformkonzept insbesondere in Bezug auf die Beurteilungskriterien Verteilungsgerechtigkeit und Finanzierungsstabilität schon heute erhebliche Zweifel aufkommen (Greß et al. 2010; Jacobs und Schulze 2010). Somit dürfte wie bei vielen Vorgängerreformen auch dieses Mal bereits im Voraus feststehen, dass dieser Finanzierungsreform die nächste voraussichtlich schon bald folgen wird.

Dabei dürfte trotz vielfacher – oftmals auch erkennbar ideologisch geprägter – Kritik am morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich dessen Existenz allerdings wohl kaum ernsthaft in Frage gestellt werden. Zu eindeutig ist die Notwendigkeit, in einem Krankenversicherungssystem mit solidarischer Finanzierung und ohne risikoäquivalente Beiträge Anreize zur Risikoselektion zulasten von alten und kranken – insbesondere also auch chronisch kranken – Versicherten wirksam entgegenzuwirken. Da nun einmal der Gesundheitszustand der Versicherten das entscheidende Ausgabenrisiko einer Krankenversicherung darstellt, ist dessen möglichst direkte Berücksichtigung in jedem sinnvollen Ausgleichssystem folglich zwingend.

Ordnungsökonomisch keineswegs zwingend ist es allerdings, DMP auch nach Einführung des Morbi-RSA in Gestalt der Programmkostenpauschale direkt zu för-

dern. Die 2002 erstmals erfolgte DMP-Verknüpfung mit dem Risikostrukturausgleich war zunächst lediglich als Übergangsmaßnahme zur partiellen vorgezogenen Morbiditätsorientierung des RSA gedacht, die ursprünglich nach der Einführung des vollständigen Morbi-RSA wieder aufgehoben werden sollte. Bereits in dem 2005 vorgelegten Gutachten zu dessen konkreter Ausgestaltung wurde hiervon jedoch insoweit Abstand genommen, als – nach Abwägung von Vor- und Nachteilen unterschiedlicher Alternativlösungen – dem Gesetzgeber ausdrücklich empfohlen wurde, den mit der Durchführung von DMP verbundenen Managementaufwand durch eine entsprechende Programmkostenpauschale im Rahmen des geltenden GKV-Finanzausgleichsystems explizit zu berücksichtigen (Reschke et al. 2005).

Zumindest nach den Erfahrungen mit der Einführung des Gesundheitsfonds erscheint es im Sinne der Chronikerversorgung absolut begrüßenswert, dass der Gesetzgeber der Empfehlung der Gutachter hinsichtlich der DMP-Programmkostenpauschale gefolgt ist. Das übergeordnete Ziel nahezu allen Kassenhandels nach Einführung des Gesundheitsfonds bestand darin, die Erhebung eines kassenspezifischen Zusatzbeitrags so lange wie möglich zu vermeiden. Dabei wurde jede hinreichend dispositive Ausgabe auf den Prüfstand gestellt, und es ist keineswegs auszuschließen, dass dies ohne die Zahlung der Programmkostenpauschale für eingeschriebene Versicherte möglicherweise auch viele DMP-Aktivitäten der Krankenkassen betroffen hätte – allen mittlerweile nachgewiesenen Versorgungserfolgen der DMP zum Trotz.

Die jetzt geplante Erhöhung des GKV-Beitragssatzes wird die Notwendigkeit, kassenweite Zusatzbeiträge zu erheben, noch einmal ein Stück aufschieben – damit jedoch zugleich auch das Bestreben der Kassen, einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag so lange wie irgend möglich zu vermeiden. Ohne die fortgesetzte Erstattung der DMP-Programmkostenpauschale aus dem Gesundheitsfonds wäre der flächendeckende Fortbestand der DMP damit weiterhin ernsthaft in Gefahr.

Ab 2012, spätestens aber wohl 2013 dürfte sich die Wettbewerbssituation in der GKV jedoch insoweit verändern, als dann voraussichtlich mehr oder weniger alle Kassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Dann stellt sich die Frage, ob die Programmkostenpauschale zur Stützung der fraglos qualitätsförderlichen DMP notwendig ist, möglicherweise erneut. Zwar mag ein Rückbau der zwangsläufig mit bürokratischem Aufwand verbundenen formalen Voraussetzungen für die Zuweisung von Finanzmitteln aus dem Gesundheitsfonds aus ordnungsökonomischer Sicht erstrebenswert erscheinen, doch darf dabei keineswegs die Gefahr übersehen werden, das „Kind mit dem Bade auszuschütten“. Die Anbindung der DMP an den Risikostrukturausgleich hat ja keineswegs nur zu zusätzlicher Bürokratie geführt, sondern vor allem auch zur Implementierung von klaren Transparenz- und Qualitätskriterien für die Chronikerversorgung, die nicht leichtfertig aufs Spiel gesetzt werden sollten. Dass im Interesse der Vermeidung von unnötigem Bürokratieaufwand gleichwohl Verwaltungsvereinfachungen geprüft werden sollten, steht dieser Auffassung nicht entgegen.

### 3.7 Literatur

- Bundesregierung. Bericht der Bundesregierung über die Untersuchung zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bundestags-Drucksache 14/5681 vom 28.03.2001.
- Cassel D, Ebsen I, Greß S, Jacobs K, Schulze S, Wasem J. Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Vorgelegt im Juli 2006, abgedruckt in dies. (Hrsg). Vertragswettbewerb in der GKV. Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. Bonn: WIdO 2008, 9–149.
- Gensichen J, Muth C. et al. Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2006; 365–74.
- Greß S, Jacobs K, Schulze S. GKV-Finanzierungsreform: schwarz-gelbe Irrwege statt gezielter Problemlösungen. Gesundheits- und Sozialpolitik 2010; 4: 11–24.
- Göpffarth D. Auswahl und Anpassung eines Versichertenklassifikationsmodells für den Risikostrukturausgleich. In: Göpffarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg). Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008: Morbi-RSA. Sankt Augustin: Asgard 2009; 101–31.
- Häussler B, Berger U. Bedingungen für effektive Disease-Management-Programme: Analyse, Bewertung und Lösungsansätze für Qualität und Finanzierung. Baden-Baden: Nomos 2004.
- Holle R, Stark R. Besser versorgt. Gesundheit und Gesellschaft spezial 2009; 9: 10–1.
- Hoppe J. Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer zur Eröffnung des 105. Deutschen Ärztetages in Rostock am 28. Mai 2002.
- Jacobs K. Der Morbiditätsbezug des RSA als Voraussetzung für versorgungsorientierten Kassenwettbewerb. In: Göpffarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg). Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008: Morbi-RSA. Sankt Augustin: Asgard 2009; 133–52.
- Jacobs K, Reschke P, Cassel D, Wasem J. Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 140. Baden-Baden: Nomos 2002.
- Jacobs K, Schulze S. Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung: Idealbild oder Schimäre? G+G Wissenschaft 2004; 1: 7–18.
- Jacobs K, Schulze S. Zusatzbeiträge: Wie gerecht ist der Sozialausgleich. Gesundheit und Gesellschaft 2010; 7–8: 18–9.
- Lauterbach KW, Wille E. Modell eines fairen Kassenwettbewerbs. Sofortprogramm „Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung“ unter Berücksichtigung der Morbidität, Gutachten im Auftrag des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e.V. (AEV), des AOK-Bundesverbandes (AOK-BV) und des IKK-Bundesverbandes (IKK-BV), Köln und Mannheim 2001.
- Löwel H. Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt, Reihe Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Band 33. Berlin: Robert Koch-Institut 2006.
- Miksch A, Laux G. et al. Survival Benefit Within a German Primary Care-Based Disease Management Program. AJMC 2010; Vol. 16, No. 1.
- Reschke P, Sehlen S, Schiffhorst G, Schröder WF, Lauterbach KW, Wasem J. Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich, Forschungsbericht 334 des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales, Bonn 2005.
- SVR-G; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit; Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Bundestags-Drucksache 14/6871 vom 31.08.2001.
- SVR-W; Sachverständigenrat für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Jahresgutachten 2005/05: Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland. Bundestags-Drucksache 15/4300 vom 18.11.2004.