

Disease Management im künftigen Kassenwettbewerb

von Klaus Jacobs und Bertram Häussler*

ABSTRACT

Solidarität und Wettbewerb gelten häufig als weithin unvereinbare Strukturmerkmale der GKV. Der bestehende Risikostrukturausgleich (RSA), der beide Merkmale ausbalancieren soll, setzt angesichts zu grober Risikoeinstufung der Versicherten falsche Anreize im Kassenwettbewerb. Mit der RSA-Reform soll der Beitragsbedarf künftig auf der Grundlage direkter Morbiditätsindikatoren ermittelt werden. Zusätzlich sollen akkreditierte Disease-Management-Programme den Weg hin zu einem Versorgungswettbewerb der Krankenkassen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung ebnen. Angesichts der noch offenen Durchführungsfragen des neuen RSA lassen sich weder das Gesamtpotenzial der künftig im RSA berücksichtigten chronisch Kranken noch deren Beitragsbedarf derzeit abschätzen. Krankenkassen sollten daher den Aufbau von Disease-Management-Programmen nicht allein an kurzfristigen Finanzkalkülen orientieren. Die Autoren sehen den Versorgungswettbewerb für die GKV insgesamt kurzfristig mit Ausganzuwächsen verbunden und beurteilen mögliche Einsparungen eher skeptisch. Zur Qualitätssicherung der Disease-Management-Programme sind ihrer Ansicht nach u. a. evidenzbasierte Leitlinien, Dokumentationserfordernisse, gesicherte Datenwege und regelmäßige Schulungen unverzichtbare Akkreditierungsvoraussetzungen.

Schlüsselworte: RSA-Reform, Kassenwettbewerb, Disease-Management-Programme, Akkreditierung

Solidarity and competition are often regarded as almost incompatible structural characteristics of the German health care system (GKV). The actual risk compensation scheme (RSA) that should balance both characteristics, sets wrong incentives for the competition among the sickness funds. With the recent reform of the RSA, the contribution needs will become ascertained on a basis of indicators of morbidity. Accredited disease management programs shall in future pave the way for a competition among the sickness funds for a better health care provision regarding quality and costs. Because of undecided implementation clauses it is impossible to estimate at the present time the overall potential of chronic sick that have to be taken into account for the future RSA or their contribution needs. For this reason, sickness funds should not pattern their disease management programs only upon short-term financial calculations. The authors draw the conclusion that the competition in the GKV will cause a spending growth at short date and estimate possible savings rather sceptical. For the quality assurance of the disease management programs evidence-based guidelines, documentation rules, a safe data-management and continuous trainings are inevitable requirements for accreditation.

Keywords: risk compensation scheme, sickness funds competition, disease management-programs, accreditation

1. Einführung

Für die einen ist es das Herzstück der Reform des Risikostrukturausgleichs, das schon bald zu einer qualitativ besseren und zugleich wirtschaftlicheren Versorgung chronisch kranker Patienten in Deutschland führen soll. Für die anderen handelt es sich dagegen um einen ordnungspolitischen Sündenfall, der nicht nur grundsätzliche Gefahren für die solidarische Wettbe-

werbsordnung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) heraufbeschwört, sondern darüber hinaus – zumindest kurzfristig – auch zu weiteren Ausgabensteigerungen bei den Krankenkassen führen dürfte. Die Rede ist von der Einbindung von Disease-Management-Programmen in den Risikostrukturausgleich (RSA) bzw. genauer: von der Ermittlung gesonderter Beitragsbedarfe im RSA für diejenigen GKV-Versicherten, die sich in akkreditierte Disease-Management-Programme für bestimmte chronische Krankheiten eingeschrieben haben, und ei-

* Dr. rer. pol. Klaus Jacobs und Dr. med. Bertram Häussler, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) GmbH

Wichmannstraße 5, 10787 Berlin · Tel.: 030/230 80 90 · Fax.: 030/230 80 911 · E-Mail: kontakt@iges.de

ner daraus resultierenden finanziellen Besserstellung von Kassen, die vergleichsweise viele solcher Patienten versichern.

Im Folgenden sollen einige wichtige Dimensionen dieser Thematik behandelt werden: die Weiterentwicklung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen in der GKV, wie sie im Gesetz zur Reform des RSA angelegt ist, Implikationen für das künftige Kassen- und Versorgungshandeln in einem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem, Ursachen für die derzeit noch beträchtlichen Unsicherheiten in Bezug auf zu erwartende Finanzwirkungen sowie einige Hinweise zur Durchführung von Disease-Management-Programmen, die vor diesem Hintergrund zweckmäßig erscheinen.

■ 2. Morbiditätsorientierung des RSA als mittelfristige Reformperspektive

Die GKV ist durch zwei zentrale Strukturmerkmale gekennzeichnet, die vielfach als weithin unvereinbar miteinander gelten: Solidarität und Wettbewerb. Weder für die private Krankenversicherung, die keine solidarische Finanzierung und – abgesehen vom Neukundengeschäft – kaum Wettbewerb kennt, noch für einen anderen Sozialversicherungszweig stellt sich eine auch nur annähernd vergleichbar anspruchsvolle Gestaltungsaufgabe: die positiven Steuerungswirkungen eines fruchtbaren Wettbewerbs in Bezug auf mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung und mehr Versicherten- und Patientenorientierung des Kassenhandelns zu fördern, ohne dabei zugleich das Solidarprinzip der GKV zu gefährden, nach dem sich die Beiträge der Mitglieder an ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit und die in Anspruch genommenen Versorgungsleistungen am medizinischen Bedarf der Versicherten orientieren sollen. Eine ausgewogene Balance zwischen Solidarität und Wettbewerb herzustellen ist insbesondere Aufgabe des RSA.

Drei wissenschaftliche Gutachten zur Bewertung des bestehenden RSA¹ haben übereinstimmend zu dem Ergebnis geführt, dass der RSA als zentrales Element der „solidarischen Wettbewerbsordnung“ der GKV grundsätzlich unverzichtbar ist, solange weder das Solidarprinzip noch die unmittelbar aus der freien Kassenwahl resultierende wettbewerbliche Orientierung der GKV infrage gestellt werden sollen. Positiv beurteilt wird auch die grundsätzliche Funktionsweise des RSA: Weil bei der Ermittlung der Ausgleichszahlungen standardisierte (durchschnittliche) und keine tatsächlichen Leistungsausgaben zugrunde gelegt werden, schlagen sich Wirtschaftlichkeitserfolge und -misserfolge einzelner Kassen unmittelbar in ihren Beitragsätzen nieder.

Allerdings weist der derzeitige RSA eine unübersehbare Schwäche auf, die nicht nur dem Solidarprinzip abträglich ist,

sondern zugleich falsche Anreize im Kassenwettbewerb setzt. Die Risikoeinstufung der Versicherten auf der Grundlage der derzeit maßgeblichen Faktoren Alter und Geschlecht sowie Bezug einer Erwerbsminderungsrente ist zu grob und kann deshalb nicht verhindern, dass Beitragssatzunterschiede zwischen den Kassen noch immer in nennenswertem Umfang unterschiedliche Risikostrukturen der Versicherten widerspiegeln und nicht etwa in erster Linie auf Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten oder im Ausgabenmanagement der Kassen zurückzuführen sind. Entsprechend ist es für Kassen noch immer lohnenswert, bei ihrer Akquisitions- und Haltearbeit besonderes Augenmerk auf die Zusammensetzung ihrer Versichertenschaft zu richten, weil damit – trotz RSA – Beitragssatzwirkungen in einer Größenordnung ausgelöst werden können, wie sie auf andere Weise überhaupt nicht zu erzielen sind. Dies gilt umso mehr, als jede aktive Risikoselektion mit einer von ihrer Wirkung her keinesfalls weniger bedeutsamen passiven Risikoselektion einhergeht; diese erfolgt in Form „positiver Selbstselektion“ durch diejenigen GKV-Mitglieder, die bislang seit Einführung der freien Kassenwahl vor allem von der Möglichkeit eines Kassenwechsels in Richtung besonders beitragsatzgünstiger Kassen Gebrauch gemacht und damit im Ergebnis zu einer weiteren Verschärfung der ohnehin bereits bestehenden Beitragssatzverwerfungen beigetragen haben.

Vor dem Hintergrund dieser Problemanalyse ist u. a. vorgeschlagen – und vom Gesetzgeber aufgegriffen – worden, den RSA morbiditätsorientiert weiterzuentwickeln, um bei den Kassen Anreize zur aktiven Einflussnahme auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten zu stärken und die Beitragssatzwirkungen von aktiver oder passiver Risikoselektion möglichst weitgehend abzubauen. Um dieses Ziel einer stärkeren Funktionalisierung des Kassenwettbewerbs im Gesamtinteresse der GKV und ihrer Beitragszahler zu erreichen, soll der Beitragsbedarf, der jeder Kasse im RSA für ihre Versicherten zugerechnet wird, künftig auf der Grundlage direkter Morbiditätsindikatoren ermittelt werden, wie sie international in unterschiedlichen Kontexten bereits entwickelt wurden und angewendet werden.² Nach dem entsprechenden Fahrplan des RSA-Reformgesetzes wird eine solcherart veränderte Durchführung des RSA nach gründlicher Vorbereitung erstmalig im Jahr 2007 erfolgen können.

Die Entscheidung für den Übergang zum morbiditätsorientierten RSA bedeutet vom Grundsatz her, dass der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz in Lahnstein eingeschlagene Weg der wettbewerblichen Orientierung der GKV fortgesetzt wird, indem die wettbewerblichen Rahmenbedingungen zielgerichtet weiterentwickelt werden. Allerdings reicht es keineswegs aus, lediglich die richtigen Handlungsanreize bei den Kassen zu setzen (und falsche Anreize zu beseitigen), wenn den einzelwirtschaftlichen Akteuren nicht gleichzeitig auch genügend Hand-

lungsparameter für einen sinnvollen Wettbewerb zur Verfügung stehen. Hiervon kann gegenwärtig jedoch keine Rede sein. Aus diesem Grund waren sich alle RSA-Gutachter auch darin einig, dass es im Zuge weiterer Reformschritte vor allem im Vertragsbereich zu einer spürbaren Erweiterung der Gestaltungsspielräume der einzelwirtschaftlichen Akteure – und zwar sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Leistungserbringern – und zu einem gleichzeitigen Rückbau der weit reichenden administrativen und kollektivvertraglichen Steuerungsstrukturen kommen muss, wenn die RSA-Reform kein Stückwerk bleiben soll. Dabei sollte von vornherein klar sein, dass eine derartige Fortsetzung der GKV-Strukturreform nicht am „Runden Tisch“ im Konsens mit allen tragenden Akteuren des bestehenden Systems vereinbart werden kann, ist der reklamierte Rückbau bestimmter Kollektivstrukturen doch zwangsläufig mit entsprechendem Einflussverlust auf Seiten der korporatistischen Akteure verbunden. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund erscheint es folgerichtig, dass die Rufe nach einem „Lahnstein II“ bis heute nicht verstummt sind.³

■ 3. Disease Management als Einstieg in den Versorgungswettbewerb

Vor dem Hintergrund der skizzierten Problemlage und der mittelfristigen Reformperspektive sind die beiden Maßnahmen des Gesetzes zur RSA-Reform zu beurteilen, die bereits 2002 in Kraft treten und dazu beitragen sollen, den erforderlichen Fünfjahres-Zeitraum bis zur Einführung des vollständigen morbiditätsorientierten RSA zu überbrücken. Neben der Einrichtung eines GKV-weiten Risikopools, durch den die Ausgaben besonders kostenintensiver Versicherter zum Teil von den Beitragszahlern aller Kassen mitfinanziert werden, sollen Versicherte mit bestimmten chronischen Krankheiten, die sich in akkreditierte Disease-Management-Programme eingeschrieben haben, im RSA gesondert berücksichtigt werden, indem für sie ein eigenständiger Beitragsbedarf ermittelt und ihren Kassen zugerechnet wird. Die Auswahl der entsprechenden Krankheiten sowie die Festlegung der Voraussetzungen für die Akkreditierungsfähigkeit „RSA-berücksichtigungsfähiger“ Disease-Management-Programme sowie die Einschreibungsmodalitäten geeigneter Patienten soll auf der Grundlage von Empfehlungen des Koordinierungsausschusses gemäß § 137 e Sozialgesetzbuch V erfolgen.

Im Hinblick auf die Einführung des vollständigen morbiditätsorientierten RSA ab 2007 haben beide Maßnahmen Übergangscharakter: Zum einen wird der Risikopool in einen „echten“ Hochrisikopool überführt, aus dem nur noch die Aus-

gaben von extrem teuren Versicherten finanziert werden, die in kein handhabbares morbiditätsbezogenes Klassifikationsmodell „passen“. Zum anderen entfällt die Notwendigkeit, dass sich Versicherte mit bestimmten chronischen Krankheiten in akkreditierte Disease-Management-Programme einschreiben, als Voraussetzung für die Zurechnung eines gesonderten Beitragsbedarfs, denn beim vollständigen morbiditätsorientierten RSA erhalten die Kassen generell für alle ihre Versicherten einen Beitragsbedarf entsprechend dem jeweiligen Gesundheitszustand zugerechnet. Würde zusätzlich noch weiter danach unterschieden, ob Versicherte mit bestimmten Erkrankungen in spezifische Versorgungsprogramme eingeschrieben sind oder nicht, wäre dies aller Voraussicht nach sogar geradezu kontraproduktiv: Bei Versicherten mit vergleichbarem Gesundheitszustand fiel der auf der Grundlage von Durchschnittsausgaben ermittelte Beitragsbedarf bei denjenigen außerhalb von Disease-Management-Programmen mutmaßlich höher aus als bei eingeschriebenen Versicherten, sodass den Kassen im Ergebnis der Anreiz genommen würde, sich möglichst aktiv um eine qualitativ hochwertige und kosteneffektive Versorgung zu kümmern, indem sie entsprechende Programme fördern und die dafür geeigneten Versicherten zur Teilnahme bewegen. Mit dem Wegfall des Erfordernisses einer Einschreibung in ein bestimmtes Versorgungsprogramm als Voraussetzung für entsprechende Finanztransfers im RSA würden zugleich auch alle Zweifel an der tatsächlichen Freiwilligkeit der Einschreibung ausgeräumt, für die es in den kommenden Monaten vermutlich wiederholt Anlass geben dürfte.

Der aus der beabsichtigten Einführung des vollständigen morbiditätsorientierten RSA zwangsläufig resultierende Übergangscharakter der im RSA-Gesetz vorgesehenen „Chroniker-Regelung“ bedeutet allerdings nicht, dass die Implementierung von Disease-Management-Programmen für Versicherte mit chronischen Erkrankungen womöglich ebenfalls nur Übergangscharakter hätte – ganz im Gegenteil: Der morbiditätsorientierte RSA wird dazu führen, dass es für die Kassen im Wettbewerb nicht nur attraktiv, sondern i. d. R. sogar überlebensnotwendig sein wird, möglichst allen ihren Versicherten gezielte Versorgungsangebote unterbreiten zu können, die ein Höchstmaß an Versorgungsqualität und Kosteneffektivität garantieren. Die jetzt bevorstehende Berücksichtigung von bestimmten Disease-Management-Programmen im RSA ist insoweit als Einstieg in einen Versorgungswettbewerb anzusehen, dem vielfältige weitere Aktivitäten zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung folgen werden – vorausgesetzt, es wird nicht versäumt, die einzelwirtschaftlichen Akteure auch tatsächlich mit entsprechenden Handlungsfreiräumen auszustatten.

Zu den im sinnvollen Kassenwettbewerb forcierten Aktivitäten zugunsten von mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Ge-

sundheitsversorgung wird zweifellos die Fortsetzung indikationsbezogener Aktivitäten gehören, indem Disease-Management-Programme für möglichst viele dafür geeignete Krankheiten entwickelt und implementiert werden. Dieser Hinweis unterstreicht zugleich noch einmal die Notwendigkeit des Übergangs zu einem vollständigen morbiditätsorientierten RSA: Solange nur Patienten mit bestimmten Krankheiten im RSA gesondert berücksichtigt werden, gibt es aus der Anreizperspektive der Kassen Versicherte mit Krankheiten „unterschiedlicher Güte“, nämlich solche mit „RSA-berücksichtigungsfähigen“ Krankheiten und solche mit „sonstigen“ Krankheiten, die generell – z. B. wegen ihrer vergleichsweise geringen Häufigkeit – nicht als „Disease-Management-fähig“ gelten oder über deren Berücksichtigung im RSA (noch?) keine Einigung erzielt werden kann. So sinnvoll es auch sein mag, dass zunächst in einem ersten Schritt zumindest die Patienten mit den wichtigsten großen Volkskrankheiten im RSA gesondert berücksichtigt und damit gezielte Anreize zur Verbesserung ihrer Versorgungssituation gesetzt werden, so wenig darf übersehen werden, dass die daraus automatisch resultierende relative Schlechterstellung von Versicherten mit anderen Krankheiten kein Dauerzustand bleiben darf.

Zu den künftig forcierten Aktivitäten für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung müssen vor allem aber auch in deutlich vermehrtem Umfang indikationsunabhängige Aktivitäten zählen, insbesondere in Gestalt der gezielten Förderung betriebswirtschaftlich sinnvoller integrierter Angebotsformen jenseits der starren Grenzen der tradierten Versorgungssektoren. Weil solche Angebotsformen nicht nur im Hinblick auf die Durchführung von Disease-Management-Programmen, sondern im Hinblick auf die gesamte Gesundheitsversorgung noch erhebliche Wirtschaftlichkeitspotenziale aufweisen, wäre der Verzicht auf entsprechende Entwicklungen gleichbedeutend mit der dauerhaften Fortschreibung bestehender Unwirtschaftlichkeiten. Dabei gilt es auch deutliche Skepsis gegenüber der gelegentlich gehegten Erwartung zu äußern, dass die bevorstehende Förderung von Disease-Management-Programmen zugleich als eine Art „Katalysator“ zur Überwindung des aktuellen Entwicklungsstillstands bei der Herausbildung integrierter Versorgungsformen wirken könne. Diese Sichtweise erkennt insbesondere den beträchtlichen Investitionsaufwand, der mit dem Aufbau integrierter Versorgungsformen verbunden ist und entsprechend ein ganz anderes betriebswirtschaftliches Herangehen erfordert als die Implementierung indikationsbezogener Behandlungskonzepte innerhalb des in seinen Grundzügen weithin unverändert fortbestehenden Versorgungsregimes. Insoweit birgt die hübsche Formel „Disease Management ist integrierte Versorgung“⁴ geradezu die Gefahr, die „wahren“ Wirtschaftlichkeitspotenziale der integrierten Versorgung aus dem Blick zu verlieren, deren Erschließung über eine verbesserte Ko-

operation zwischen betriebswirtschaftlich auch zukünftig weithin autonom bleibenden Leistungserbringern deutlich hinausreichen müsste.

■ 4. Komplexe und weithin ungesicherte Finanzwirkungen

In Bezug auf den Stellenwert und die Umsetzung von Disease-Management-Programmen lassen sich vor dem bislang betrachteten Hintergrund zwei wichtige Schlussfolgerungen ziehen.

Zum einen ist deutlich geworden, dass die gesamte RSA-Reform darauf ausgerichtet ist, die wettbewerblichen Aktivitäten der Krankenkassen deutlich stärker als bisher in eine für die gesamte GKV sinnvolle Bahn zu lenken, indem durch die gezielte Anpassung der wettbewerblichen Rahmenbedingungen in Zukunft vor allem Erfolge bei der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung belohnt werden. Eine derartige Funktionalisierung des Kassenwettbewerbs ist aber etwas grundlegend anderes als eine generelle Absage an wettbewerbliche Steuerung schlechthin. Für die Ausgestaltung und Durchführung von Disease-Management-Programmen heißt dies insbesondere, dass allen Bestrebungen widerstanden werden sollte, mehr als unbedingt notwendig „gemeinsam und einheitlich“ zu regeln. Selbstverständlich müssen einheitliche Mindeststandards festgelegt werden, und es entspricht keineswegs nur der guten Tradition in der GKV, sondern ist vor allem auch dem dezidiert ärztlichen Charakter von Disease Management geschuldet, wenn entsprechende Kriterien von der gemeinsamen Selbstverwaltung unter gleichberechtigter Beteiligung der Leistungserbringer aufgestellt werden. Für die konkrete Durchführung der Programme sollte dagegen wettbewerbliche Vielfalt unterschiedlicher Ausgestaltungsformen nicht als Gefahr, sondern vielmehr als Chance angesehen werden, weil nur so Impulse für ständige Verbesserungen der Versorgungsqualität und -effizienz ausgelöst werden können. Andernfalls würde auch die Verknüpfung mit dem RSA überhaupt keinen Sinn machen, denn eine flächendeckend einheitliche Versorgung bestimmter Krankheiten nach einem von höherer Warte für richtig befundenen und für alle entsprechenden Patienten verbindlich vorgegebenen Einheitsschema wäre ohne diesen komplizierten Umweg gewiss einfacher zu haben.

Zum anderen sollten die Kassen der Gefahr zu widerstehen versuchen, ausschließlich auf die möglichst schnelle Befriedigung finanzieller Begehrlichkeiten zu setzen, die sich aus der Verknüpfung zwischen der Durchführung von Disease-Management-Programmen und dem RSA fast zwangsläufig ergibt. In kurzfristiger „RSA-Sicht“ scheint es für eine Kasse zunächst allein darauf anzukommen, möglichst viele ihrer dazu geeigneten

Versicherten zu einer Einschreibung in ein akkreditiertes Disease-Management-Programm zu bewegen, weil ihr dies erhöhte Beitragsbedarfe im RSA beschert. Dass sich alle Kassen entsprechend verhalten werden, bedarf insofern auch keiner besonderen Aufforderung mehr. Aus dem beschriebenen Übergangscharakter der Verknüpfung zwischen Disease-Management-Programmen und RSA folgt jedoch, dass in der Wettbewerbsperspektive der Kassen bereits mittelfristig ganz andere Beurteilungskriterien für erfolgreiche Disease-Management-Programme zum Tragen kommen werden (und zwar ganz unabhängig von den konkreten Anforderungen, die demnächst im Hinblick auf die Akkreditierungsfähigkeit der Programme als Voraussetzung für ihre – vorübergehende – Berücksichtigung im RSA formuliert werden). Weil der Aufbau von Disease-Management-Programmen in jedem Fall zunächst mit beträchtlichen Investitionen verbunden ist und eine weitgehende Neuausrichtung nach vergleichsweise kurzer Frist allein schon deshalb – aber auch im Hinblick auf die erforderliche Akzeptanz bei Versicherten und Vertragspartnern – vermieden werden sollte, erscheint es ratsam, die jetzt in Angriff zu nehmenden Aktivitäten zumindest nicht allein an kurzfristigen Finanzkalkülen, sondern bereits frühzeitig auch an längerfristig relevanten Erfolgskriterien zu orientieren.

Gleichwohl wird das Handeln der Kassen sehr stark von ihren Erwartungen in Bezug auf die kurzfristigen Finanzwirkungen geprägt sein, die sich aus der gesonderten Berücksichtigung von „Disease-Management-Versicherten“ im RSA ergeben – schon allein aus der Annahme heraus, dass die Konkurrenz „nicht schläft“. Angesichts der insgesamt hoch komplexen Wirkungszusammenhänge sowie vieler noch offener Fragen zur konkreten Ausgestaltung einzelner Durchführungsvorschriften – bezüglich der Akkreditierung von Disease-Management-Programmen, der Einschreibungsmodalitäten und der konkreten Berücksichtigung eingeschriebener Versicherter im RSA – müssen alle quantitativen Abschätzungen zu den Finanzwirkungen der bevorstehenden RSA-Reform allerdings zurzeit noch mit einem dicken Fragezeichen versehen werden. So ist beispielsweise noch nicht einmal in Grundzügen bekannt, in welcher Ausdifferenzierung – etwa nach Alter, Geschlecht und Schweregrad der jeweiligen Erkrankung – die gesonderten Beitragsbedarfe für eingeschriebene Versicherte künftig überhaupt ermittelt und zugerechnet werden sollen. Solange hierüber aber keine Klarheit besteht, lässt sich weder das Gesamtpotenzial der künftig im RSA gesondert berücksichtigten chronisch Kranken (und entsprechend die Zahl der nicht zu dieser Gruppe zählenden Versicherten) noch deren Beitragsbedarf (bzw. die Beitragsbedarfsdifferenz zu den Versicherten ohne entsprechende Eingruppierung) seriös abschätzen – ganz unabhängig davon, in welchem Umfang es schließlich gelingt, das jeweilige Potenzial einschreibungsfähiger Versicherter auch tatsächlich auszuschöpfen.

In jedem Fall – und dies scheint leider wieder eine relativ gesicherte Erwartung zu sein – dürfte die Finanzplanung der Krankenkassen auf absehbare Zeit mit beträchtlichen Unsicherheiten behaftet sein, gegenüber denen die entsprechenden Probleme aus der Frühphase des RSA im Rückblick vergleichsweise gering erscheinen könnten. Dass dabei ausgerechnet die in kurzer Zeit besonders stark gewachsenen („Schein“-)Betriebskrankenkassen noch die geringsten Planungsprobleme bekommen dürften, wird vermutlich manchen überraschen, folgt jedoch unmittelbar aus der Berechnungslogik des RSA: Bei Kassen mit ganz überwiegend jungen Versicherten werden sich als Folge der gesonderten Berücksichtigung von eingeschriebenen „Disease-Management-Versicherten“ im RSA kaum Veränderungen ihres Beitragsbedarfs ergeben, weil die hierfür infrage kommenden Versicherten zum übergroßen Teil aus höheren Altersgruppen stammen und es folglich nur dort zu nennenswerten Beitragsbedarfsdifferenzen zwischen eingeschriebenen und nicht eingeschriebenen Versicherten kommen kann. Insofern wird zwar einerseits das erklärte Ziel erreicht, dass Kassen mit vergleichsweise vielen chronisch kranken Versicherten im RSA künftig besser gestellt werden, sofern sie eine hohe Einschreibungsquote realisieren können; andererseits wird jedoch keineswegs durchgängig gesichert, dass auch wirklich alle Kassen mit relativ wenig chronisch Kranken im Vergleich zu heute einen merklich größeren Teil zum Solidarausgleich beisteuern müssen.

Und noch eine Hoffnung gilt es bereits frühzeitig zu dämpfen: Mit relativ großer Wahrscheinlichkeit wird die gesonderte Berücksichtigung eingeschriebener „Disease-Management-Versicherter“ im RSA – zumindest auf absehbare Zeit – für die GKV insgesamt mit Ausgabenzuwächsen verbunden sein. Der Aufbau entsprechender Programme und ihre aktive „Bewerbung“ kostet kurzfristig auf jeden Fall zusätzliches Geld, während hinsichtlich möglicher Einsparungen bestenfalls mehr oder weniger begründete Erwartungen bestehen.⁵ Insbesondere geht die Vorstellung fehl, dass Ausgabenstabilität von vornherein dadurch gesichert werden könne, dass nur solche Disease-Management-Programme akkreditiert werden, die gleichzeitig Über-, Unter- und Fehlversorgung abbauen.⁶ Empirische Befunde hinsichtlich Über-, Unter- und Fehlversorgung beziehen sich auf das gesamte Versorgungsgeschehen bestimmter Patienten- bzw. Indikationsgruppen. Disease-Management-Programme richten sich dagegen auf die Behandlung einzelner Patienten, die jeweils in ganz unterschiedlichem Ausmaß zu dem epidemiologischen Gesamtbefund beitragen können. Selbst wenn die akkreditierten Disease-Management-Programme jeweils alle im Hinblick auf Über-, Unter- und Fehlversorgung für relevant erachteten Behandlungsdimensionen vollständig abdecken, hängt es allein schon vom konkreten Einschreibungsverhalten der für diese Programme potenziell infrage kommenden Patienten ab, welche Versorgungsmängel damit insgesamt in welchem Um-

fang reduziert werden können: Schreiben sich z. B. im Extremfall nur solche Patienten ein, bei denen gegenwärtig Unterversorgung zu konstatieren ist, kommt es kurzfristig naturgemäß zu anderen Ausgabenwirkungen als bei einer ausschließlichen Einschreibung derzeit „überversorgter“ Patienten – ganz abgesehen davon, dass der empirische Befund der gleichzeitigen Existenz von Über-, Unter- und Fehlversorgung ohnehin noch keine Aussage darüber zulässt, inwieweit sich selbst bei einem vollständigen Abbau aller entsprechenden Versorgungsmängel die damit mutmaßlich verbundenen gegenläufigen Ausgabenwirkungen von ihrer jeweiligen Größenordnung gerade kompensieren.

■ 5. Einige Konsequenzen für die Ausgestaltung und Umsetzung erfolgreicher Disease-Management-Programme

Parallel zum Gesetzgebungsverfahren der RSA-Reform sind in den letzten Monaten von einer Reihe von Autoren aus unterschiedlichen Institutionen der GKV oder ihrem direktem Umfeld zentrale Aspekte der Entwicklung und Umsetzung von Disease-Management-Programmen fachöffentlich diskutiert und Durchführungskonzepte dargelegt worden.⁷ Dabei scheinen sich die noch vor einiger Zeit einigermaßen diffusen Vorstellungen über die Grundzüge von Disease Management bereits ein gutes Stück in Richtung eines weithin gemeinsamen Grundverständnisses entwickelt zu haben, an das bei den weiteren Entwicklungs- und Umsetzungsaktivitäten angeknüpft werden kann. Dies betrifft u. a. den Stellenwert von evidenzbasierten Leitlinien, regelmäßigen Schulungen der beteiligten Leistungserbringer und Patienten, Qualitätssicherungsmaßnahmen oder Dokumentationsanforderungen. Vor diesem Hintergrund soll im Folgen-

den abschließend nur noch auf einige ausgewählte Aspekte hingewiesen werden, die angesichts des aktuellen Diskussionsstands über Ausgestaltung und Umsetzung erfolgreicher Disease-Management-Programme besonders wichtig erscheinen.

1. Disease-Management muss das Vertrauen von Patienten und Ärzten haben. Ohne dieses Vertrauen wird sich kein Patient einschreiben, und kein behandelnder Arzt wird zur Einschreibung raten. Vertrauen setzt unter anderem voraus, dass die Methoden und Wege, auf denen sehr sensible Daten übermittelt werden, übersichtlich und vertrauenswürdig sind. Diese Anforderung wird gleichermaßen an Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen oder „externe“ Dienstleistungsorganisationen gestellt. Keine der durchführenden Organisationen wird dabei a priori von einem besonderen Vertrauensvorschuss ausgehen können.

Die pseudoanonymisierte Übermittlung von Daten hat große Vorteile. Aus ihr erwachsen aber auch Restriktionen, weil die Zusammenführung der medizinischen Daten mit Kostendaten und Daten aus Call-Center-Aktivitäten deutlich erschwert wird. Erst genauere Analysen der angestrebten Ziele werden Antworten auf die Frage nach der erforderlichen Qualität der Daten geben können.

2. Disease-Management-Programme sollten zeitnah evaluiert werden und mit Interventionsmöglichkeiten ausgestattet sein. Einschlägigen Erfahrungen aus zahlreichen vergleichbaren Projekten zufolge sollte auf jeden Fall vermieden werden, dass Daten nur in jährlichen oder halbjährlichen Intervallen eingesammelt werden, weil auf dieser Grundlage nur statistische Auswertungen möglich sind. Eine Einflussnahme auf den konkreten Behandlungsfall scheidet dadurch aus – sie sollte aber zumindest im Sinne einer kollegialen Beratung möglich sein. Nur so ist gewährleistet, dass bei problematischen Patienten eine Chance auf Einhaltung der angestrebten Ziele besteht und sich das Versorgungsniveau kontinuierlich verbessert. An anderer Stelle wurde hierfür bereits der Vorschlag unterbreitet, ein regionalisiertes Netz von angesehenen Konsiliarärzten einzurichten und im Bedarfsfall in Anspruch zu nehmen.⁸

3. In den zu schließenden vertraglichen Regelungen zur Durchführung von Disease-Management-Programmen sollte ein Mindestmaß an Kontinuität der Versorgung angestrebt werden. Insbesondere sollte vermieden werden, dass die Behandlung von Quartal zu Quartal zwischen unterschiedlichen Ärzten wechselt, weil in diesem Fall keine Verantwortlichkeit für die Erreichung quartalsübergreifender Ziele hergestellt werden kann. Diese Forderung hat zum einen Auswirkungen auf die freiwillige Einschreibung der Patienten, bei der das Thema „Arztwechsel“ angesprochen werden sollte, zum anderen möglicherweise aber auch auf die Honorierung der beteiligten Ärzte, die eine „Kontinuitäts-Komponente“ enthalten könnte.

4. Eine patientenseitige Intervention hat aus der Sicht der Kran-

DIE AUTOREN



Dr. Klaus Jacobs, Jahrgang 1957, Dipl.-Volkswirt, Gesundheitsökonom im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin, **Arbeitsschwerpunkt:** Organisation und Finanzierung der Gesundheitsversorgung auf gesamt- und einzelwirtschaftlicher Ebene, Mitautor des RSA-Gutachtens der Bundesregierung.



Dr. med. Bertram Häußler, Jahrgang 1953, Arzt und Dipl.-Soziologe, Geschäftsführer des IGES und der CSG Clinische Studien Gesellschaft, Berlin, **Arbeitsschwerpunkte:** Versorgungs- und Qualitätsforschung, Entwicklung und Evaluation neuer Versorgungsmodelle, Klinische Arzneimittelforschung

kenkassen auch im Sinne des „Customer-Relation-Managements“ eine gewisse Attraktivität. Wenn es um medizinische Inhalte geht, sollte jedoch darauf geachtet werden, dass dies im Kontakt mit dem behandelnden Arzt erfolgt. Günstig wäre es, wenn zwischen Ärzten und externen Patientenberatern eine auch auf persönlicher Kenntnis beruhende Zusammenarbeit geschaffen würde.

Aufgabe des Koordinierungsausschusses wird es sein, solche und andere Vorschläge für eine Übernahme in die Akkreditierungsrichtlinien zu prüfen. Dabei müssen für alle Krankenkassen gleiche Bedingungen geschaffen werden. Diese müssen darüber hinaus bei den betroffenen Patienten und Ärzten auf Akzeptanz stoßen und – dies ist für die GKV insgesamt von Bedeutung – zu einer Begrenzung der zusätzlichen Kosten führen, die durch die Durchführung der Disease-Management-Programme entstehen.

■ 6. Schlussbemerkung

Mit der RSA-Reform verbinden sich hohe Erwartungen. Bei der bevorstehenden Aufgabe, die notwendigen Durchführungsvorschriften auszuarbeiten – im Hinblick auf die Akkreditierung der im RSA berücksichtigungsfähigen Disease-Management-Programme, auf die Einschreibungsmodalitäten dafür geeigneter Patienten und nicht zuletzt auch auf die bislang noch vergleichsweise wenig diskutierte konkrete Berücksichtigung eingeschriebener Versicherter im RSA – bieten sich grundsätzlich vielfältige Ansatzpunkte, um die bereits erkannten Risiken möglichst klein zu halten und damit zugleich die Chancen zu vergrößern, die mit einem sinnvollen Wettbewerb zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung verbunden sind. Dies verlangt von allen Beteiligten verantwortliches Handeln, das nicht unter zu großem Zeitdruck stehen darf. Eine möglichst rasche Berücksichtigung eingeschriebener Disease-Management-Versicherter im RSA ist auf keinen Fall geeignet, das Fehlen einer wirksamen Kurzfristmaßnahme bei der jetzt verabschiedeten RSA-Reform zu kompensieren. Dieser Versuchung sollte unbedingt widerstanden werden um zu vermeiden, dass durch übereilte Schritte sowohl die generelle Akzeptanz des Risikostrukturausgleichs als Kernstück der „solidarischen Wettbewerbsordnung“ der GKV als auch die Zukunft evidenzbasierter Disease-Management-Programme zur Verbesserung der Versorgungsqualität chronisch Kranker nachhaltig gefährdet werden. ♦

Fußnoten

- 1 IGES/Cassel/Wasem (2001) im Auftrag des BMG, Lauterbach/Wille (2001) im Auftrag von VdAK/AEV, AOK-BV und IKK-BV, Breyer/Kifmann (2001) im Auftrag von BKK-BV; siehe auch Bundestags-Drucksache 14/5681.
- 2 Vgl. z. B. Buchner/Wasem (1999), Health Care Financing Administration (1999), Spycher (2000).
- 3 Vgl. z. B. Hermann (2001).
- 4 Vgl. Pressemitteilung Nr. 106 des Bundesministeriums für Gesundheit vom 17.10.2001.
- 5 Vgl. hierzu auch Häussler/Glaeske/Gothe (2001a).
- 6 Vgl. Lauterbach (2001).
- 7 Vgl. z. B. Ballast (2001), Häussler/Glaeske/Gothe (2001b), Lauterbach (2001), Schönbach (2001), Tophoven (2001) sowie die Beiträge zahlreicher Autoren in „Forum für Gesundheitspolitik“ (2001).
- 8 Vgl. Häussler/Glaeske/Gothe (2001b).

Literatur

- Ballast, T. (2001)**, Disease Management – was ändert sich für den Patienten? Die Ersatzkasse 81 (9), S. 361-364.
- Breyer, F./Kifmann, M. (2001)**, Optionen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der GKV. DIW-Diskussionspapier Nr. 236, Berlin.
- Buchner, F./Wasem, J. (1999)**, Morbidität und der Ausgleich von Risikostrukturen – was kann die USA uns lehren? Arbeit und Sozialpolitik 53 (11/12), S. 21-29.
- Forum für Gesundheitspolitik (2001)**, Schwerpunktthema: Disease-Management-Programme, Oktober 2001.
- Häussler, B./Glaeske, G./Gothe, H. (2001a)**, Unbeantwortete Fragen zum Disease-Management. Arbeit und Sozialpolitik 55 (9/10), S. 35-37.
- Häussler, B./Glaeske, G./Gothe, H. (2001b)**, Disease-Management in der GKV – Konzept für die Durchführung. Arbeit und Sozialpolitik 55 (9/10), S. 30-34.
- Health Care Financing Administration (1999)**, Report to Congress: Proposed Method of Incorporating Health Status Risk Adjusters into Medi-care + Choice Payments, Baltimore.
- Hermann, C. (2001)**, Von der Wahlfreiheit zum Morbi-RSA. Arbeit und Sozialpolitik 55 (11-12), S. 39- 42.

IGES/Cassel, D./Wasem, J. (2001), Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Erhältlich unter <http://www.iges.de>.

Lauterbach, K. W. /Wille, E. (2001), Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich. Gutachten im Auftrag des VdAK, AEV, AOK-Bundesverbandes und IKK-Bundesverbandes. Erhältlich unter <http://www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/>.

Lauterbach, K. W. (2001), Disease Management in Deutschland – Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation. Gutachten im Auftrag des VdAK und AEV. Erhältlich unter <http://www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/>.

Schönbach, K. H. (2001), Disease-Management-Programme im Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenversicherung. Die BKK 89 (7), S. 311-317.

Spycher, S. (2000), Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung. Bundesamt für Sozialversicherung, Forschungsbericht Nr. 3/00, Bern.

Tophoven, C. (2001), Disease-Management und Integrierte Versorgung – zur Reichweite zweier gesundheitspolitischer Konzepte. Arbeit und Sozialpolitik 55 (11-12), S. 30-38.