



Gesundheitsfonds: Die Zukunft der Disease-Management-Programme (DMP).

Die Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 wird die Rahmenbedingungen für die Tätigkeit der niedergelassenen Ärzte grundlegend verändern. Die Zukunft der Disease-Management-Programme (DMPs) ist höchst ungewiss.

Im Rahmen des Gesundheitsfonds werden die bisherigen kassenindividuellen Beitragssätze durch einen bundeseinheitlichen Beitragssatz ersetzt. Bis zum 1. November 2008 wird das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) durch Rechtsverordnung den einheitlich für alle gesetzliche Krankenkassen (GKV) geltenden Beitragssatz festsetzen.

Damit wird eine weitere Etappe auf dem Weg zu einem staatlichen Gesundheitsdienst eingeläutet. Die große Gefahr: Die Finanzausstattung der GKV ist künftig in erster Linie von politischen Erwägungen (Höhe der Lohnnebenkosten) abhängig und weniger von der Einschätzung der Entwicklung des medizinischen Versorgungsbedarfs.

Das Gesundheitswesen gerät in einen „Verteilungskampf“ mit den Ausgaben des Staates für Bildung, Forschung und die Finanzierung der übrigen Sozialsysteme. Der 111. „Deutsche Ärztetag“ hat gefordert, dass die künftige Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung so gestaltet wird, dass sie einen verlässlichen und chancengleichen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung auf dem medizinisch angemessenen Niveau ermöglicht.

Auf den Führungsetagen der GKV gibt es noch keine Aussagen dazu, ob die „Versorgerkassen“ in Zukunft unter den Bedingungen eines neuen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (RSA) noch bereit und in der Lage sein werden, die für eine qualifizierte Versorgung bei chronischen Krankheiten erforderlichen Mittel aufzubringen.

Nur bis Ende 2008 haben die GKV-Kassen einen ökonomischen Anreiz, die Ärzte durch angemessene Vergütungen für die Teilnahme an DMPs und die Einschreibung ihrer Patienten in die Programme zu motivieren.

Im Durchschnitt wird den GKV-Kassen derzeit für jeden Versicherten ein Beitragsbedarf in Höhe von 1.819 Euro (2006) angerechnet. Für in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebene Versicherte erhöht sich dieser Wert auf:

- 5.375 Euro für Diabetes mellitus Typ 1,
- 4.416 Euro für Diabetes mellitus Typ 2,
- 4.554 Euro für koronare Herzkrankheit und
- 7.359 Euro für Brustkrebs.

Diese hohen Zuweisungen für eingeschriebene Versicherte haben die GKV-Kassen veranlasst, die Ärzte an diesem „finanziellen Segen“ zu beteiligen. Die AOK Rheinland/Hamburg zahlt für jeden neu eingeschriebenen Patienten, dessen Dokumentation elektronisch erfolgt, eine Prämie von 30 Euro.

Bei so manchem Vertragsarzt haben sich die DMP-Vergütungen zu einem wichtigen Umsatzträger entwickelt. Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) hat den Ärzten eine interessante Rechnung aufgemacht. Ein Beispiel: Nehmen wir an, bei durchschnittlich 1.000 Fällen gibt es rund 400 potentielle DMP-Patienten. Das ergibt – extrabudgetär und zusätzlich zum Honorar nach EBM -

- im Quartal der Erstdokumentation $400 \times 25 \text{ Euro} = 10.000 \text{ Euro}$ zusätzlicher Umsatz,
- in jedem weiteren Quartal (Folgedokumentation) $400 \times 15 \text{ Euro} = 6.000 \text{ Euro}$ zusätzlicher Umsatz,
- bei Patienten von Primärkassen in den Folgequartalen ab dem 4. DMP-Quartal zusätzlich rund $250 \times 10 \text{ Euro} = 2.500 \text{ Euro}$.

Eine zusätzliche Ertragsquelle ist die Möglichkeit von Patientenschulungen, die bei der KVWL mit 25 Euro je Patient und Doppelstunde zu Buche schlagen.

In dem neuen Morbi-RSA gibt es keine speziellen Zuweisungen für eingeschriebene DMP-Patienten. Die GKV-Kassen erhalten lediglich eine Abgeltung für die Verwaltungskosten bei der Durchführung der DMPs.

Das Interesse der GKV-Kassen, die im Rahmen der DMPs erbrachten zusätzlichen Leistungen der Ärzte ordentlich zu vergüten, könnte hier erlahmen. Aus dem Lager der GKV ist zu hören, dass sich für sie in der Zukunft sehr wohl die Frage stellen wird, ob die Finanzierung der DMPs noch Sinn macht.