

EHLERS, EHLERS & PARTNER

RECHTSANWALTSSOCIETÄT

München · Berlin



Widenmayerstr. 29 • D-80538 München • Germany

Telefon: +49(0)89-210969-0 • Telefax: +49(0)89-210969-99

E-mail: munich@eep-law.de • www.eep-law.de

Meinekestr. 13 • D-10719 Berlin • Germany

Telefon: +49(0)30-887126-0 • Telefax: +49(0)30-88676111

E-mail: berlin@eep-law.de • www.eep-law.de

EHLERS, EHLERS & PARTNER

RECHTSANWALTSSOCIETÄT

München · Berlin

**„Disease-Management-Programme“
Erfahrungen des deutschen Gesundheitssystems
mit den strukturierten Behandlungsprogrammen**

Conférence PCS Suisse

23.11.2007 in Solothurn

Professor Dr. iur. Dr. med. Alexander P. F. Ehlers

Rechtsanwalt und Arzt

Vorgeschichte Disease-Management-Programme

- Ursprünglich in den USA entwickelt und umgesetzt, darauf folgend in Australien und Neuseeland eingeführt.
- Hintergrund zur Einführung von Disease-Management-Programmen (DMP) in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland: Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Unter-, Über- und Fehlversorgung (2001, S. 36 ff).
- Der Gesetzgeber in reagiert darauf mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleiches in der GKV, in Kraft getreten am 01.01.2002.
- Einführung des § 137f SGB V.

Definition von DMP

- Keine einheitliche Definition.
- PM der Bundesgesundheitsministerin Schmidt vom 30.07.2001: „(...) als Programm zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und Patientinnen; als Form medizinischer Versorgung, wo strukturierte Programme verbindliche und aufeinander abgestimmte Behandlungs- und Betreuungsprozesse festlegen, und zwar über Krankheitsverläufe und institutionelle Grenzen hinweg. (...)“.
- Disease Management Association of America:
Disease Management unterstützt die Verbesserung des Arzt/Patienten-Verhältnisses, verhindert durch Prävention die Exazerbation und die Entwicklung durch evidenzbasierte, kosteneffektive Therapiestrategien und umfasst einen kontinuierlichen Evaluationsprozess medizinischer, ökonomischer und patientenzentrierter Outcomes.

Ziele von DMP:

- Optimierung standardisierbarer Versorgungsabläufe.
- Steigerung der Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Kostenstabilisierung.
- Schaffung eines präventiven Ansatzes , um chronischen Krankheitsverläufen entgegenzuwirken (Sekundärprävention).
- Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien.
- Qualitätssicherung und Feedbackberichte als zentrale Bestandteile der Programme.

Gesetzgebungsprozess zu DMP

- Gesetzliche Rahmen für die Umsetzung der DMP bildet das Risikostrukturausgleichs (RSA)-Reformgesetz vom 01.01.2002.
- Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erlässt die Rechtsgrundlagen zur Umsetzung von DMP als Änderungsverordnung zur RSA-Verordnung.
- Diese Verordnungen basierten bis zum 31.12.2003 auf Empfehlungen des Koordinierungsausschusses der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen.
- Seit 2004 Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (GemBA).

Gesetzgebungsprozess zu DMP

- GemBA empfiehlt dem BMG Diagnosen, für die dann DMP erarbeitet werden sollen.
- Für die vom BMG dann festgelegten Diagnosen gibt der GemBA dann Empfehlungen zu den Anforderungen an die inhaltliche Ausgestaltung der Behandlungsprogramme ab.
- Krankenkassen müssen die strukturierten Behandlungsprogramme beim Bundesversicherungsamt (BVA) zulassen, vgl. § 137g SGB V.
- BVA erteilt Zulassung, sofern die Programme und die zu ihrer Durchführung abgeschlossenen Verträge den Anforderungen der RSA-Verordnung entsprechen.

Auswahlkriterien für geeignete DMP-Indikationen

§ 137f SGB V: „Bei der Auswahl der zu empfehlenden chronischen Krankheiten sind insbesondere die nachfolgenden Kriterien zu berücksichtigen:

- Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
- Möglichkeit zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
- Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien,
- sektorenübergreifender Behandlungsbedarf,
- Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und
- hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.“

Gegenstand von DMP

So genannte Zivilisationskrankheiten:

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- COPD
- Asthma bronchiale
- Koronare Herzkrankheiten
- Brustkrebs

In Vorbereitung: Demenz

Ablauf / Inhalte der DMP

- Einschreibung der Patienten (freiwillig; erfolgt ggü. Krankenkasse). Da Indikationen der Krankenkasse unbekannt erfolgt die Selektion der Patienten bspw. durch typische Medikamente von chronisch Erkrankten.
- Einschreibung der Haus- und Fachärzte (freiwillig, erfolgt ggü. KV).
- Dokumentation des Zustands des Versicherten auf Dokumentationsbögen durch den Arzt.
- Qualitätssicherung durch Auslösealgorithmen. Bspw. kommt Typ 2 Diabetiker nicht den empfohlenen jährlichem Besuch seines Augenarztes nach, wird dieser durch Informationsmaterial seiner Krankenkasse auf die Bedeutung hingewiesen.
- Reminding, d.h. Erinnerungssysteme für den Arzt und den Patienten.

Kritik: Koppelung der DMP an den RSA

- Die Anzahl der am DMP teilnehmenden Patienten wirkt sich auf die Berechnung des Risikostrukturausgleichs aus.
- Vorteil:
 - finanzieller Anreiz der Krankenkassen zur Implementierung von DMP.
 - keine Risikoselektion der Krankenkassen als Wettbewerbselement.
- Nachteil: die Krankenkassen sind dazu gezwungen, möglichst viele Patienten in ein Programm einzuschreiben um nicht finanziell benachteiligt zu werden. Dadurch steht/stand vorrangig die Quantität der eingeschriebenen Versicherten als die Qualität der Versorgung im Vordergrund.
- Bsp: vor Koppelung der DMP mit dem RSA erhielt die Krankenkasse für einen 50-jährigen KHK Patienten 2.000€ p.a.; für einen eingeschriebenen Patienten erhält die Krankenkasse seit dem 01.01.2002 nunmehr 5.000€ p.a. (Quelle KVB).

Weitere Kritikpunkte:

- Ärzte fühlen sich in ihrer Therapiefreiheit eingeschränkt, da eine Behandlung streng nach entsprechenden evidenzbasierten Leitlinien zu erfolgen hat.
- Erheblicher Dokumentationsaufwand beim Arzt, überschreitet z.T. den Aufwand für die tatsächlich durchzuführende Behandlung. Zudem durch den erheblichen Dokumentationsaufwand bis zu 90% der Dokumentationsbögen in der Anfangszeit unplausibel. Gegenwärtig Umstellung auf elektronische Datenverarbeitung.
- Die föderale Struktur der Organisation der Ärzte hat eine Vertragsflut für jeden einzelnen Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung mit z.T. unterschiedlichen Inhalten zur Folge (dadurch auch hoher Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen).

Fazit:

- Grundsätzlich verfolgen DMP einen guten Ansatz, d.h. Verbesserung der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität.
- Chronisch Erkrankten (in Deutschland ca. 20% der Bevölkerung; Quelle BMG) wird ein Behandlungsleitpfaden geschaffen, in dem Haus- und Fachärzte sowie auch Krankenhäuser, Apotheken und Rehaeinrichtungen koordiniert zusammenarbeiten.
- Nach anfänglichen Kinderkrankheiten (Akzeptanz bei den teilnehmenden Ärzten / Dokumentationsflut durch Erst- und Folgedokumentationen) durchaus geeignetes Instrument zur Qualitätssteigerung und Kostendämpfung der Behandlung chronisch Kranker im Gesundheitswesen.
- Problematisch letztlich die Anbindung an den RSA, dadurch sehr monetärer Ansatz in der Umsetzung.

**Herzlichen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit.**

**Für Fragen stehe ich gerne zur
Verfügung!**

**Bestellen Sie unsere vierteljährlich erscheinenden,
aktuellen EEP-Nachrichten aus dem Medizinrecht
beim Referenten oder unter www.eep-law.de
Kostenlos!**