



TITELTHEMA: DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

Hand in Hand mit den

Das Hick-Hack hat ein Ende: Ärzte und Kassen haben sich die Hände gereicht, die ersten Disease-Management-Verträge sind unter Dach und Fach. Die Chancen stehen gut, die medizinische Versorgung grundlegend zu verbessern – gemeinsam mit Medizinern und Patienten. Von Gabriele Müller de Cornejo und Evert Jan van Lente



Patienten

Bisherige Reaktionen auf Disease-Management-Programme (DMP) zeigen: Programme zur strukturierten Behandlung chronisch Kranker stoßen auf großes Interesse. Und: Disease-Management-Programme sind Teil der bundesdeutschen Versorgungsrealität geworden. Dort, wo Programme gestartet sind, schreiben sich die ersten Ärzte und Krankenhäuser ein, und auch immer mehr Patienten unterschreiben die Teilnahmeerklärungen.

Wie groß die Resonanz ist, zeigt beispielsweise das bundesweit erste Disease-Management-Programm Brustkrebs im Rheinland. Es wurde am 4. April 2003 rückwirkend zum 27. Februar vom Bundesversicherungsamt zugelassen. Schon nach kurzer Zeit hatten 250 Patientinnen ihre Teilnahme erklärt. 750 Ärzte und 20 Krankenhäuser sind eingeschrieben, weitere 14 Kliniken haben ihr Interesse an einer Mitarbeit signalisiert. Und in Hessen – dort schlossen der Deutsche Hausärzteverband und die Krankenkassen einen DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2 – bekundeten bei einer Fax-Umfrage des Deutschen Hausärzteverbandes Anfang April dieses Jahres 90 Prozent der befragten 912 Mediziner ihre Zustimmung zu DMP. In Sachsen-Anhalt schließlich zählt das DMP Diabetes mellitus Typ 2 bisher 750 Ärzte und mehrere Tausend Versicherte.

Diese Liste ließe sich fortsetzen. Allerdings ist Interesse allein bei weitem nicht ausreichend. Denn die strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen können erst dann ihre Wirksamkeit für die Versorgung und für den Risikostrukturausgleich entfalten, wenn sie auch vom Bundesversicherungsamt in Bonn zugelassen worden sind. Zwar wird in jedem Bundesland zurzeit mindestens ein DMP-Vertrag verhandelt, und bis dato existieren bereits elf unterschriebene Verträge (*siehe Tabelle „DMPs der AOK: 14 Verträge geschlossen auf Seite 35“*). Zugelassen ist aber bis heute nur der rheinländische Brustkrebs-Vertrag, vier weitere Programme liegen dem Bundesversicherungsamt zur Zulassung vor.

Warum aber laufen nicht schon mehr Disease-Management-Programme? Schließlich ist die Vierte Verordnung zur Änderung der Risikostrukturausgleichs-Verordnung (RSAV) des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung mit der Definition der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke mit Diabetes mellitus Typ 2 und mit Brustkrebs bereits seit dem 1. Juli vergangenen Jahres in Kraft.

Langer Weg zu den Verträgen

Wenn man das Inkrafttreten der vierten RSAV-Änderungsverordnung als Startschuss für Disease-Management-Programme bezeichnen will, dann muss man sich bewusst machen, dass es nicht um den Start zu einem Kurzstreckensprint, sondern um ein Hindernisrennen über eine lange Distanz geht. Ziel sind praktikable und sinnvolle strukturierte Behandlungsprogramme, die die Versorgungsqualität für chronisch Kranke nachhaltig verbessern und den gesetzlichen Anforderungen entsprechen. Am Start sind Verhandlungspartner, deren Interessen und Ansätze widersprüchlich sind. Krankenkassen und

Leistungserbringer haben auf diesem Weg eine Vielzahl von Hürden zu überwinden, die sowohl objektiver als auch subjektiver Natur sind.

So bewirkten politische Unwägbarkeiten im Kontext der Bundestagswahl vom Herbst 2002 einige Verzögerungen. Die Antwort auf die Frage, ob Disease-Management-Programme an den Risikostrukturausgleich (RSA) gekoppelt werden, hing unmittelbar mit dem Ausgang der Bundestagswahl 2002 zusammen. Grund: Einige Politiker hatten die entsprechenden gesetzlichen Regelungen in Frage gestellt.

Nachdem nach der Bundestagswahl in diesem Punkt politisch-strategisch Klarheit herrschte, waren es in den meisten Fällen strittige Teilfragen wie die Vergütung des Dokumentations- und Koordinierungsaufwandes, das Datenmanagement und die Maßnahmen zur Qualitätssicherung, an

denen sich langwierige Diskussionen und Verhandlungen entzündeten. Speziell das sensible Thema des Umgangs mit Arzt- und Versichertendaten drohte einige Verhandlungen zum Scheitern zu bringen.

Blockaden führen zu alternativen Vereinbarungen

Angesichts der Verweigerungshaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sah sich der Gesetzgeber veranlasst, in einer sechsten RSAV-Änderungsverordnung den Umfang der Daten, die den gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden müssen, geringfügig zu reduzieren. Trotzdem verharrten eine Reihe von KVen weiterhin in ihrer Blockadehaltung. Dies führte zu innovativen Vertragsformen wie dem landesweiten DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2 zwischen dem Deutschen Hausärzterverband in Hessen und den hessischen Krankenkassen oder den Einzelverträgen mit Ärzten der AOK in Rheinland Pfalz.

Zusätzliche Probleme in den Verhandlungen entwickelten sich auch auf Grund der länderspezifischen Versorgungsstrukturen, etwa für Diabetes-Patienten. So musste die Frage des Umgangs mit bereits existierenden Verträgen gelöst werden. Prinzipiell sind Verträge in strukturierte Behandlungsprogramme überführbar, wenn sie den gesetzlichen Anforderungen an Disease-Management-Programme angepasst werden.

Zugleich enthalten DMPs als strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke mit gesetzlich fixierten Anforderungen mehr verbindliche Vorgaben, als sie in zahlreichen (Alt-)Verträgen festgelegt werden. Dementsprechend riefen und rufen die notwendigen Anpassungen teilweise Kritik und Widerstand hervor. Die Folge: langwierige und konfliktreiche Verhandlungen bereits am Beginn der Umsetzung von Disease-Management-Programmen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen beziehungsweise ihren Kassenverbänden einerseits und den Leistungserbringern andererseits, um die unterschiedlichen Ansätze in Einklang zu bringen.

DMP ist mehr als ein Vertrag

Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke müssen ganz bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen, die vom Gesetzgeber in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung und den dazugehörigen Änderungsverordnungen detailliert beschrieben sind. Ein DMP umfasst daher mehr als einen einfachen Vertrag. Es regelt verbindlich alle Elemente und Mechanismen, die die Versorgung verbessern und die gesetzlichen Anforderungen erfüllen (siehe die Abbildung „Anforderungen an Programmelemente gesetzlich vorgegeben“ auf Seite 36).

Die Siebte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (7. RSA-ÄndV) – sie ist am 1. Mai dieses Jahres in Kraft getreten – regelt insbesondere die Anforderungen an ein DMP Koronare Herzkrankheit. An diesem Beispiel lässt sich die Komplexität und Detailliertheit der rechtlichen Vorgaben gut illustrieren.

SCHRITT FÜR SCHRITT

1. Juli 2002: Vierte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSA-ÄndV): gesetzliche Grundlagen für DMP Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs

27. Dezember 2002:
Sechste RSA-ÄndV: Regelung der Datenerfassung im Zusammenhang mit DMP

12. März 2003:
Anhörung des Koordinierungsausschusses zur Koronaren Herzkrankheit

31. März 2003:
Empfehlungen des Koordinierungsausschusses zu den Anforderungen an DMP Koronare Herzkrankheit

1. Mai 2003:
Siebte RSA-ÄndV: gesetzliche Grundlagen für DMP Koronare Herzkrankheit

Ab Mai 2003:
Überprüfung der Anforderungen an DMP Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs durch den Koordinierungsausschuss

Sommer 2003:
Empfehlungen des Koordinierungsausschusses zu den Anforderungen an DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Asthma/COPD

Herbst 2003:
gesetzliche Grundlagen für DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Asthma/COPD

Herbst 2003:
Priorisierung von zwei weiteren Diagnosen für strukturierte Behandlungsprogramme durch den Koordinierungsausschuss

Zentrales Element jedes einzelnen Programms zur strukturierten Behandlung chronisch Kranker ist die Anwendung evidenzbasierter Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors. Hierzu gehören die Definition der Erkrankung sowie die hinreichende Diagnostik für die Aufnahme in das Chroniker-Programm. Es werden Behandlungsziele, die Therapie und die Kooperation der Versorgungsebenen beschrieben. Im Gegensatz zu früheren Verträgen übernehmen Krankenkassen im DMP damit ausdrücklich Verantwortung für die Versorgung chronisch kranker Menschen.

Qualitätssicherung groß geschrieben

Ein weiterer Bestandteil eines Disease-Management-Programms ist die Qualitätssicherung. Hierbei steht die Frage im Vordergrund, ob die zentralen Intentionen des Programms auch tatsächlich umgesetzt werden. Es ist sicherzustellen, dass

Gerade bei chronischen Erkrankungen kommt es auf die aktive Mitarbeit des Patienten an. Er muss lernen, sein Verhalten an die Krankheit anzupassen.

- die Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie erfüllt werden,
- die Kooperationsregeln zwischen den Versorgungsebenen eingehalten werden,
- die Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation sowie
- die aktive Teilnahme der Versicherten an dem Programm gewährleistet sind.

Als Instrumente der Qualitätssicherung sind ein strukturiertes Feedback an die an DMP teilnehmenden Ärzte über die Struktur- und Prozessqualität ihrer Behandlung ebenso verbindlich vorgeschrieben wie so genannte Reminder-Systeme, die dazu dienen, Ärzte an Untersuchungsintervalle zu erinnern.

Die Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte und Leistungserbringer sowie die Dauer der Teilnahme des Versicherten am Programm müssen ebenfalls erläutert sein. Insbesondere die Einschreibung bedarf auf Grund der Kopplung der Programme an den Risikostrukturausgleich einer rechtssicheren Definition.

Ein weiteres Element des Programms sind die Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten. Die Leistungserbringer werden vor allem über die Management-Komponenten der Programme informiert.

Gerade bei chronischen Erkrankungen spielt die Eigeninitiative des Patienten eine bedeutende Rolle. Im Idealfall soll der Patient durch Schulung

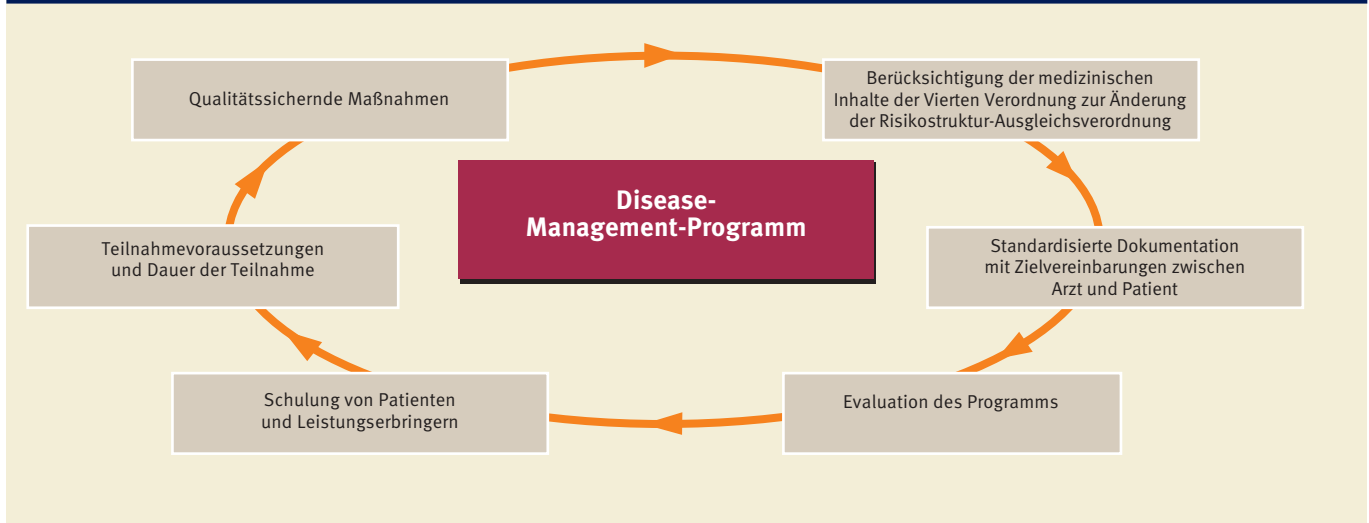
und Beratung dazu befähigt werden, seinen Krankheitsverlauf im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten besser zu bewältigen, sein Verhalten an die Erkrankung anzupassen und kompetent über seine Behandlung mitzuentcheiden. Einschränkungen ergeben sich dabei aus der Tatsache, dass manche Verläufe chronischer Erkrankungen wenig beeinflussbar sind. Auch sind nicht alle Patienten bereit oder in der Lage, Verhaltensänderungen und Kompetenzen bezüglich ihrer Erkrankung zu entwickeln.

DISEASE-MANAGEMENT DER AOK: 14 VERTRÄGE GESCHLOSSEN

AOK	Diabetes mellitus Typ2		Brustkrebs	
	Verträge/Verhandlungen	Zulassung	Verträge/Verhandlungen	Zulassung
Baden-Württemberg	Vertrag geschlossen		Verhandlungen	
Bayern	Vertrag geschlossen			
Berlin	Vertrag geschlossen		Verhandlungen	
Brandenburg	Vertrag geschlossen		Sondierungsgespräche	
Bremen/Bremerhaven	Verhandlungen			
Hamburg	Vertrag geschlossen			
Hessen	Vertrag geschlossen		Verhandlungen	
Mecklenburg-Vorpommern	Verhandlungen		Verhandlungen	
Niedersachsen	Vertrag geschlossen		Verhandlungen	
Rheinland	Vertrag geschlossen		Vertrag geschlossen	Programm zugelassen
Rheinland-Pfalz	Verhandlungen			
Saarland	Verhandlungen			
Sachsen	Vertrag geschlossen	Zulassung beantragt		
Sachsen-Anhalt	Vertrag geschlossen	Zulassung beantragt	Verhandlungen	
Schleswig-Holstein	Verhandlungen		Verhandlungen	
Thüringen	Vertrag geschlossen	Zulassung beantragt		
Westfalen-Lippe	Vertrag geschlossen		Vertrag geschlossen	

Quelle: AOK-Bundesverband; Stand: 23.5.2003

ANFORDERUNGEN AN PROGRAMMELEMENTE GESETZLICH VORGEGBEN



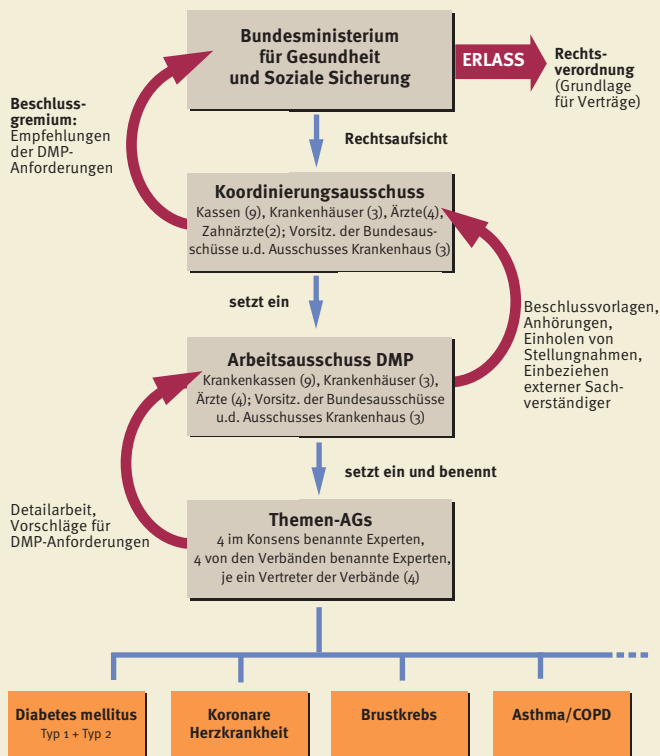
Entsprechend hoch sind die Anforderungen an die Schulungen und die Beratungen im Rahmen eines Disease-Management-Programms. Die Schulungen müssen strukturiert, evaluiert, publiziert sowie zielgruppenspezifisch ausgerichtet sein.

Evaluation ein Muss

Wesentlicher Bestandteil der strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke ist ihre Evaluation. Hierbei wird die Wirksamkeit der Programme überprüft. Die Evaluation bezieht sich einerseits auf die Funktionsfähigkeit des Programms, das heißt auf die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien, die Qualitätssicherung und die Compliance (Therapietreue). Zum anderen geht es um die Auswirkung des Programms auf die Versorgungslage. Hier wird bewertet, inwieweit sich Prozess- und Ergebnisparameter verändert haben. Prozessparameter sind zum Beispiel die Wahrnehmung von Folgeterminen und von Kontrolluntersuchungen, bei Diabetespatienten etwa die jährlichen augenärztlichen Untersuchungen. Ergebnisparameter sind bei Diabetespatienten beispielsweise die Zahl der Erblindungen, Amputationen oder Nierenversagen, die eine regelmäßige Dialyse notwendig machen.

VERFAHREN KLAR GEREGLT

So entstehen die Inhalte der Disease-Management Programme (DMP)



Quelle: AOK-Mediendienst

Dokumentation der Behandlung erforderlich

Die Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung beschreibt zudem die erforderliche standardisierte Dokumentation. Sie ist für eine koordinierte Behandlung des Patienten im strukturierten Behandlungsprogramm unabdingbar.

Der Dokumentationsbogen stellt ein Kernelement zur Umsetzung eines Disease-Management-Programms dar. Neben der Erhebung der Ausgangsdaten (Erstdokumentation) und der Sicherung der Einschreibungsdiagnose dient dieser Bogen als Checkliste für medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlungsmaßnahmen, für indikationsbezogene Risikofaktoren sowie für Kontrolluntersuchungen. Der Dokumentationsbogen ist eine Art Informationsspeicher und kann als Begleitbrief bei Über- und Einweisungen genutzt werden. Darüber hinaus hält er die Zielvereinbarungen zwischen Arzt und Patient fest. Schließlich bildet der Dokumen-

tationsbogen die Basis für die Gestaltung des Arzt-Feedbackberichts und für die Programm-Evaluation.

Auf dem Prüfstand des Bundesversicherungsamts

Sind alle in der Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) genannten Anforderungen in ein Programm zu strukturierten Behandlung chronisch Kranker umgesetzt (hierzu gehören auch die Verträge mit den Leistungserbringern), kann das Programm dem Bundesversicherungsamt (BVA) zur Zulassung eingereicht werden. Die Zulassung durch das BVA stellt eine bundesweit einheitliche Verfahrensweise und neutrale Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen sicher.

Da DMP mit dem Risikostrukturausgleich finanzwirksam verknüpft ist, ist die Zulassung der Programme durch das Bundesversicherungsamt von grundlegender Bedeutung. Die in DMP eingeschriebenen Versicherten stellen eine eigene Versichertengruppe dar. Dies wirkt sich auf die Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen der Krankenkassen aus dem Risikostrukturausgleich aus: Kassen erhalten für Versicherte, die in zugelassenen DMPs eingeschrieben sind, mehr Geld aus dem Risikostrukturausgleich als jene Kassen, die keine Versicherten in solchen Programmen haben. Bislang orientierte sich der Risikostrukturausgleich an Alter, Geschlecht, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. Durch die Einschreibung von Versicherten in ein DMP werden nun auch die Kosten für chronisch kranke Versicherte berücksichtigt. Da die Teilnahme an einem DMP aber freiwillig ist und das Verbleiben des Patienten im Programm von seiner aktiven Teilnahme abhängig gemacht wird, wirkt erstmals auch individuelles Verhalten indirekt im Finanztransfer. Um dies zu überprüfen, ist eine einwandfreie Datengrundlage notwendig. Somit ist die Vollständigkeit, Verbindlichkeit und Verfügbarkeit der standardisierten Dokumentation unabdingbar.

Akzeptanz der Programme fördern

Werden die strukturierten Behandlungsprogramme ihr Ziel erreichen, die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch kranker Menschen nachhaltig zu verbessern? Wird es gelingen, die vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen kritisierten Defizite in der Behandlung von chronisch kranken Versicherten und die Über-, Unter- und Fehlversorgung in diesem Bereich zu beheben?

Vieles wird davon abhängen, wie die Programme von den beteiligten Akteuren mit Leben gefüllt werden, in welchem Maße Leistungserbringer, Patienten und Krankenkassen ihre Rollen im System und die einzelnen Elemente der strukturierten Behandlungsprogramme ernst nehmen.

Ausschlaggebend für den Erfolg der Chronikerprogramme wird ihre Akzeptanz bei Ärzten und Patienten sein. So gerechtfertigt der Wunsch nach Rechtsfestigkeit und vertraglichem Feinschliff sein mag – die Umsetzbarkeit der vertraglichen Vorgaben in der alltäglichen ärztlichen Praxis muss gewährleistet werden.

- **Disease-Management-Programme:** Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke. Ziel der vom Gesetzgeber initiierten Behandlungsprogramme ist es, den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch kranker Patienten zu verbessern. Die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bei ausgewählten chronischen Erkrankungen sollen auf national und international anerkannten evidenzbasierten Leitlinien beruhen und mit geeigneten qualitätssichernden Maßnahmen verbunden sein.

- **Evidenzbasierte Medizin (eBM):** Paragraph 137 f Sozialgesetzbuch V legt fest, dass sich die Behandlung in einem strukturierten Behandlungsprogramm an evidenzbasierten Leitlinien orientieren muss. Die allgemein anerkannte Definition von evidenzbasierter Medizin stammt von dem kanadischen Arzt David Sackett: „Die Praxis der evidenz-basierten Medizin bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung. Mit individueller klinischer Expertise meinen wir das Können und die Urteilskraft, die die Ärzte durch ihre Erfahrung und klinische Praxis erwerben.“

- **Koordinierungsausschuss:** Der Koordinierungsausschuss spielt eine zentrale Rolle bei der Entwicklung von Programmen zur strukturierten Behandlung chronisch Kranker. Aufgaben und Zusammensetzung des Koordinierungsausschusses sind im Sozialgesetzbuch festgelegt. Der Ausschuss ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung. Er setzt sich paritätisch aus Vertretern der Ärzteschaft und der Krankenkassen zusammen. Vertreten sind die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen. Der Koordinierungsausschuss erarbeitet Empfehlungen für die genauen Zulassungskriterien und Anforderungsprofile für Disease-Management-Programme. Die genauen Regelungen legt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung per Verordnung fest. Auf deren Grundlage können die Krankenkassen ihre Programme beim Bundesversicherungsamt anmelden. Bislang hat der Koordinierungsausschuss Empfehlungen für die medizinischen Anforderungen an DMP für Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs und koronare Herzerkrankungen erarbeitet. Die Empfehlungen für Diabetes mellitus Typ 1 sowie Asthma/COPD sollen in Kürze folgen.

- **Risikostrukturausgleich (RSA):** Um Verwerfungen im Wettbewerb auf Grund der Freiheit der Kassenwahl zu verhindern, hat der Gesetzgeber im Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 den Risikostrukturausgleich eingeführt mit dem Ziel, für alle Krankenkassen die gleichen Chancen im Wettbewerb um Versicherte zu schaffen. Über den kassenartenübergreifenden Strukturausgleich sollen die finanziellen Folgen unterschiedlich historisch gewachsener Risikostrukturen aufgefangen werden. Diese Risikostrukturen ergeben sich zum Beispiel aus verschiedenen Grundlöhnen der Versicherten, die zu unterschiedlichen Beitragszahlungen bei den Krankenkassen führen, aus der Anzahl der beitragsfrei versicherten Familienangehörigen oder aus Unterschieden im Alter und Geschlecht der Versicherten. Der RSA soll zu einer solidarischen Verteilung der Risikobelastung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen. Auch sollen Beitragssatz- und Wettbewerbsvorteile durch die Selektion günstiger Versichertenrisiken ausgeschlossen werden. Beitragssatzunterschiede sollen danach nicht mehr auf unterschiedlichen Risikostrukturen beruhen, sondern ausschließlich auf den unterschiedlichen Wirtschaftlichkeitsbemühungen der einzelnen Krankenkassen.

Mit den Disease-Management-Programmen erfolgt im RSA erstmals auch ein Transfer, der die Morbidität im Sinne chronischer Erkrankungen berücksichtigt. Jeder Versicherte, der an einer der vom Bundesministerium für Gesundheit und Sozialen Sicherung für DMP ausgewählten chronischen Krankheiten leidet und sich in ein strukturiertes Behandlungsprogramm einschreibt, wird für die jeweilige Krankenkasse gesondert im RSA berücksichtigt.

Hier haben die Vertragspartner sowohl im Hinblick auf die Prozessgestaltung als auch hinsichtlich der Prozessbegleitung eine hohe Verantwortung. Detaillierte Informationen und Hilfestellungen für Ärzte und Patienten können dabei helfen, das Verständnis für die Prozesse und damit die Akzeptanz der Programme zu fördern. Besondere Aufmerksamkeit verdienen an dieser Stelle die Hausärzte, die in der Mehrzahl der strukturierten Behandlungsprogramme die Rolle des Koordinators übernehmen.

Ebenso wichtig ist die Tatsache, dass DMPs lernende Programme sind, die regelmäßig nach neuesten Erkenntnissen und Erfahrungen aktualisiert und überarbeitet werden. Für die beiden ersten Indikationen Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs beginnt diese Überprüfung durch den Koordinierungsausschuss ab Mai dieses Jahres.

Und nicht zuletzt stellt die zeitlich befristete Zulassung der Programme durch das Bundesversicherungsamt sicher, dass die DMPs regelmäßig auf ihre Wirksamkeit hin untersucht werden. Eine Reakkreditierung und damit Fortsetzung der Behandlungsprogramme kann nur dann erfolgen, wenn nachgewiesen werden kann, dass ihre Ziele in der praktischen Umsetzung auch wirklich erreicht wurden.

Wie geht es weiter? In den nächsten Monaten werden mit Sicherheit weitere Verträge für DMPs Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs geschlossen und zur Zulassung eingereicht. Der AOK-Bundesverband erwartet, dass DMP Diabetes mellitus Typ 2 bis zum Sommer dieses Jahres in allen Bundesländern vertraglich geregelt sind.

In den nächsten Monaten werden weitere DMP-Verträge geschlossen. Die AOK geht davon aus, dass das Bundesversicherungsamt die Zulassungen zeitnah erteilt.

Und der Koordinierungsausschuss? Er setzt seine Arbeit an den Empfehlungen für die nächsten Indikationen fort. Im Sommer dieses Jahres werden die Empfehlungen für die Anforderungen an die DMPs für Diabetes mellitus Typ 1 und Asthma/COPD erwartet. Die Empfehlungen für Chronische Obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD) befinden sich in der Bearbeitung.

Außerdem wird der Koordinierungsausschuss noch vor Ende dieses Jahres weitere Indikationen empfehlen, für die Anforderungen

an strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen.

Weichen für mehr Qualität gestellt

Insgesamt sind mit Disease-Management-Programmen die Weichen gestellt, um die Versorgungsqualität chronisch kranker Menschen zu verbessern. Der Gesetzgeber hat über den Risikostrukturausgleich einen wirksamen Anreiz geschaffen, dass gesetzliche Krankenkassen qualitativ hochwertige Behandlungsprogramme für chronisch kranke Versicherte anbieten können. Dieser Ansatz setzt sich durch und ist ein wesentlicher Baustein für die weiteren Reformen im bundesdeutschen Gesundheitswesen, die auf mehr Qualität und Effizienz abzielen. ♦

Dr. med. Gabriele Müller de Cornejo und Evert Jan van Lente sind Projektleiter „Disease-Management“ im AOK-Bundesverband.

SERVICE

Lesetipps

- Disease-Management der AOK: Mehr Lebensqualität für chronisch Kranke. G+G-Spezial 7-8/2002.
- Mehr Gleichgewicht im Wettbewerb – der neue Risikostrukturausgleich. G+G-Spezial 2/2002.
- Disease Management 2003 – Rahmenbedingungen und praktische Umsetzung. Dokumentation der Tagung des Euroforums. Zu beziehen unter www.euroforum.de und dort unter Euroforum-Shop.
- Diabetes Typ 2 Hausarzt Handbuch – Das Handbuch zum Disease-Management-Programm (DMP) Diabetes Typ 2 vom Deutschen Hausärzterverband und der AOK. Umsetzung von DMP in der Hausarztpraxis. Zu beziehen bei MED.KOMM Verlags GmbH, Telefon 0 89/43 72-1412, Fax: 0 89/43 72-1410.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Bonn 2001.
- AOK-Bundesverband: DMP im Rahmen der Reform des Risikostrukturausgleichs. Beilage zum Deutschen Ärzteblatt vom 8. März 2002.
- ProDialog 1-4/2003. Beilage zur Münchener Medizinischen Wochenzeitschrift 1-4/2003; im Internet unter www.aok-bv.de abrufbar.

Webtipps

- www.aok.de
Informationen zu Curaplan, den Chronikerprogrammen der AOK.
- www.aok-bv.de
Gesundheitspolitische und Hintergrundinformationen des AOK-Bundesverbandes zu Disease-Management-Programmen.
- www.bmgs.bund.de
Informationen und Dokumente des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- www.bundesversicherungsamt.de
Web-Auftritt des Bundesversicherungsamtes, der Akkreditierungsbehörde für die Disease-Management-Programme.
- www.arge-koa.de
Informationen aus der Arbeitsgemeinschaft des Koordinierungsausschusses.
- www.svr-gesundheit.de
Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.