

DISEASE-MANAGEMENT

Vom Reißbrett in die Praxis

Die neuen Programme für chronisch Kranke haben bundesweit ihren Weg in die Versorgungsrealität gefunden. Trotz einiger technischer Probleme sind die ersten Erfahrungen positiv. Von Gabriele Müller de Cornejo und Evert Jan van Lente

Seit diesem Sommer sind Disease-Management-Programme (DMP) hier zu Lande Versorgungsrealität. Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 können sich bereits in den meisten Bundesländern in die Programme einschreiben. Eine ähnliche Verbreitung werden die DMP für Koronare

zwischen Ärzten, Patienten, Krankenkassen und weiteren Beteiligten wandelt sich. Die sektorübergreifende Abstimmung und Strukturierung der Behandlung sowie die Einbeziehung des Patienten in den Behandlungsverlauf sind für viele Ärzte und Patienten Neuland.

Auch die Voraussetzungen für die Erfassung und Verarbeitung der DMP-Daten wurden neu entwickelt. Der große Erfolg in einigen Ländern bei der Einschreibung der Versicherten hat dabei die frisch implementierte Dateninfrastruktur zum Teil an die Grenze ihrer Möglichkeiten gebracht: Die Konzeption für den Datenfluss in DMPs ist ein Kompromiss zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Kassen gewesen – auch ein politischer Kompromiss, bei dem die Umsetzung nicht in allen Aspekten berücksichtigt wurde. Hier muss die Praxis als Korrektiv wirken.

Dies gilt auch für die Dokumentation, einen wesentlichen Bestandteil der Programme. „Zu kompliziert, zu aufwändig“, sagen die Kritiker. In der Tat sind die Anforderungen an die Qualität der Dokumentation für viele

Ärzte eine neue Erfahrung und bedürfen einer gewissen Gewöhnung. Zu Recht kritisieren die Ärzte allerdings, dass die Anforderungen des Bundesversicherungsamtes (BVA) an die Qualität und Vollständigkeit der Dokumentation zum Teil nicht praxistauglich sind. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben mit dem BVA deshalb über eine Vereinfachung der Prüffregeln verhandelt und erste Änderungen vereinbart. Zudem kümmert sich eine Arbeitsgruppe um die Harmonisierung und Vereinfachung der Dokumentation für die verschiedenen Indikationen – DMPs sind lernende Programme.

Auch die Entwicklung einer Schnittstelle zwischen Arztpraxissoftware und Datensammelstelle nimmt Zeit in Anspruch. Hier haben die Krankenkassen-Spitzenverbände als Träger der DMPs inzwischen mit der KBV geregelt, wie die Plausibilitätsregeln der Dokumentation in der Arztsoftware verankert werden. Die Software-Hersteller werden ab 1. Januar 2004 entsprechende DMP-Module anbieten, die in die Praxissoftware integriert sind. Um die Funktionsfähigkeit und Qualität der neuen Programme zu gewährleisten, werden sie auf dem üblichen Wege zertifiziert.

Vieles wird leichter, wenn die Ärzte ab Januar nächsten Jahres die Daten elektronisch erfassen und übermitteln können. Der Papierkrieg nimmt dann ab und die ärgerliche Rücksendung unvollständiger oder fehlerhafter Dokumentationsbögen entfällt, weil die Prüfung der Bögen von der Software bereits vor dem Versand vorgenommen wird. So hat die Dokumentation



Das A und O bei Chronikerprogrammen: die enge Kooperation zwischen Arzt und Patient. Herzkrankheit finden, die ab Herbst von Krankenkassen und Leistungserbringern verhandelt werden. Etwas anders sieht es für Patientinnen mit Brustkrebs aus. Hier wird es auf Grund der komplexen Vertragskonstellation mit Kliniken und niedergelassenen Ärzten erst nach und nach weitere Angebote geben.

Die weitreichenden Veränderungen in der Versorgung stellen große Anforderungen an die Beteiligten und die neue Infrastruktur. DMPs verbessern die medizinische Behandlung, indem sie Diagnostik und Therapie mittels evidenzbasierter Leitlinien, die auch eine rationale Arzneimitteltherapie einschließen, deutschlandweit auf den neuesten Stand bringen. Das Zusammenspiel

VIELE ÄRZTE MACHEN MIT

Etwa ein Fünftel der rund 120.000 deutschen Vertragsärzte macht inzwischen bei den Disease-Management-Programmen (DMP) der AOK mit. Die gut **22.000 Mediziner**, die im Rahmen von DMPs mit der Gesundheitskasse kooperieren, betreuen derzeit circa **180.000 Versicherte**, die sich in die Programme eingeschrieben haben. Inzwischen starteten in fast allen AOKs

DMPs zur besseren Versorgung von Typ 2-Diabetikern, nur im Saarland dauern die Verhandlungen mit den Ärzten noch an. Anders ist die Situation bei Brustkrebs: Wegen der komplizierten Vertragssituation sind bislang nur AOK-Programme im Rheinland und in Westfalen-Lippe angelaufen; in Berlin und Hessen steht der Programmstart kurz bevor. *Stand: September 2003*

gute Chancen, reibungslos in den Praxisablauf integriert zu werden.

Grundsätzlich ist die standardisierte Dokumentation unverzichtbar bei DMPs. Sie liefert den Kassen die Daten, um ihre Patienten zielgerichtet anzusprechen und zur weiteren Teilnahme an den Programmen motivieren zu können. Erinnerungen an ausstehende Kontrolluntersuchungen setzen voraus, dass die medizinischen Kriterien entsprechend dokumentiert wurden. Ebenso werden Angaben für die ärztliche Qualitätssicherung benötigt. Sie sind die Basis für das Arzt-Feedback, das dem Arzt ermöglicht, über die spezielle Situation der DMP-Patienten in seiner Praxis zu reflektieren, sich mit Kollegen in Qualitätszirkeln auszutauschen und konkrete Anregungen für die Optimierung der Behandlung zu bekommen. Auch die Remindersysteme, die den Arzt zum Beispiel an Kontrolluntersuchungen oder ausstehende Dokumentationen erinnern, basieren auf diesen Daten.

Beratung über weitere Programme

Während es – wie schon erwähnt – bei Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs schon um die praktische Umsetzung geht, laufen die Vorbereitungen für die nächsten DMPs auf Hochtouren. Das Klima der Verhandlungen ist gut. Im Oktober wird der Koordinierungsausschuss nach der Anhörung voraussichtlich die Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 1 beschließen und dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) empfehlen. Die entsprechende Verordnung des BMGS kann wahrscheinlich zum 1. Januar 2004 in Kraft treten. Die Anforderungen für DMPs im Bereich Asthma und COPD (Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen) werden derzeit im Koordinierungsausschuss von Kassen und Leistungserbringern beraten – die nächsten Herausforderungen warten also schon. ♦

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

KLINIKÄRZTE

Aus für Marathon-Schichten

Bereitschaftsdienst in Kliniken ist Arbeitszeit, entschied der Europäische Gerichtshof. Das Ende der Marathonschichten ist damit eingeläutet. Prompt fordern die Hospitäler Geld für Neueinstellungen. Die Kassen winken ab. Von Jürgen Becker

Eine Überraschung war die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) nicht: Ärztliche Bereitschaftsdienste in Krankenhäusern sind nun auch in Deutschland als Arbeitszeit zu werten. Ein nahezu gleichlautendes Urteil der Luxemburger Richter für Spanien war bereits vor drei Jahren ergangen, in der Bundesrepublik jedoch bisher ohne Konsequenzen geblieben. Jetzt verpflichtete der EuGH den deutschen Gesetzgeber, nationale Vorgaben an die europäische Arbeitszeitrichtlinie aus dem Jahr 1993 anzupassen. Danach zählen Bereitschaftsdienste dann als Arbeitszeit, wenn sich der Mediziner hierfür im Krankenhaus aufhalten muss.

Mit dem Urteil aus Luxemburg dürften Marathonschichten in den Kliniken bald der Vergangenheit angehören. Bundeswirtschaftsminister Wolfgang Clement kündigte bereits eine Änderung des deutschen Arbeitszeitgesetzes an. Die fällige Neuregelung müsse den Betroffenen Spielräume bieten, die sie für eine praxisgerechte Arbeitszeitgestaltung mit Bereitschaftsdiensten benötigten.

Kaum lag das EuGH-Urteil vor, meldeten sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Bundesärztekammer sowie der Marburger Bund, die Gewerkschaft der angestellten Ärzte, zu Wort. Übereinstimmend forderten alle drei Organisationen die Krankenkassen auf, kurzfristig zusätzliche Finanzmittel für die nun unumgängliche Neueinstellung von Medizinerinnen zur Verfügung zu stellen. Während der Marburger Bund den finanziellen Mehrbedarf auf jährlich eine Milliar-

de Euro bezifferte, geht die DKG sogar von 1,75 Milliarden Euro per anno aus. Als Konsequenz aus dem EuGH-Urteil müssten die Kliniken 27.000 Mediziner sowie 14.000 nichtärztliche Mitarbeiter einstellen.

Die Arbeit besser organisieren

Die Spitzenverbände der Krankenkassen wiesen alle Forderungen nach zusätzlichen Finanzmitteln vehement zurück. Der Spruch der Luxemburger Richter lasse sich durchaus kostenneutral in nationales Arbeitsrecht umsetzen. Dazu bedürfe es lediglich einer besseren Arbeitsorganisation sowie der Einführung neuer Arbeitszeitmodelle. Der Abbau vorhandener Überkapazitäten in den Kliniken könne einen weiteren Beitrag zur Lösung des Problems leisten. Für die Krankenkassen-Spitzenverbände steht deshalb fest, dass notwendige personelle und organisatorische Veränderungen nicht zwangsläufig zu Mehrausgaben der Krankenhäuser führten.

Darüber hinaus verlautete aus dem Bundesgesundheitsministerium, der Topf für neue Arbeitszeitmodelle werde in den nächsten sechs Jahren schrittweise von derzeit 100 Millionen Euro im Jahr auf 700 Millionen Euro erhöht. ♦

**Ausgeruht im OP:
Für Klinikärzte
bald Wirklichkeit?**

