

ERSTELLUNG STRUKTURIERTER BEHANDLUNGSPROGRAMME BEI CHRONISCHEN KRANKHEITEN NACH § 137 F SGB V

Stellungnahme des BVMed zu Anforderungen an Disease-Management-Programme

I. EINLEITUNG

Bei der Überarbeitung des Risikostrukturausgleichs wurde die Bedeutung chronischer Krankheiten in den Vordergrund gestellt.

Der Sachverständigenrat hatte festgestellt, dass rund 80 % der GKV-Ausgaben bei der Behandlung chronisch Kranker, die rund 20 % der GKV-Versicherten einnehmen, entstehen. Dieser Tatsache soll die Einführung der DMPs im Rahmen des Risikostrukturausgleiches Rechnung tragen. Sie sollen zunächst für die vier häufigst vorkommenden Krankheiten (Koronare Herzerkrankungen, Diabetes mellitus, Asthma/COPD, Brustkrebs) umgesetzt werden.

Der BVMed befürwortet die Einführung von Disease-Management-Programmen (DMP), mit dem Ziel, die Versorgungsqualität der Patienten zu steigern. Die im BVMed vertretenen Industrie- und Handelsunternehmen sind maßgeblich bei der Versorgung der Patienten beteiligt. In einem allgemeinen Teil werden grundsätzliche Anforderungen aus Sicht des BVMed an Disease-Management-Programme dargelegt. Im Weiteren wird auf die einzelnen Diagnosen Bezug genommen.

II. ANFORDERUNGEN AN DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

1. Allgemeine Anforderungen

1.1 Festlegung von Behandlungskorridoren

Die Versorgung chronisch und zum Teil multimorbider Kranker ist vielschichtig und komplex. Unterschiedlichste Produkte und Technologien kommen hier zum Einsatz und eine Vielzahl von Leistungserbringern sind an der Versorgung beteiligt. Die Behandlung eines chronisch Kranken kann daher nicht nach einzelnen Diagnosen separat betrachtet werden. So kann ein chronisch Kranker gleichzeitig an Diabetes, einer koronaren Herzerkrankung und an Asthma leiden.

Im Sinne eines Disease-Managements müssen Behandlungskorridore festgelegt werden, die Verzweigungen auf andere Diagnosen und deren Behandlungskorridore ermöglichen.

Um ein optimales Schnittstellenmanagement bei den beteiligten Leistungserbringern sicherzustellen, sind Qualitätsstandards für den Dienstleistungsbereich festzulegen. Ziel muss es

letztlich sein, dem Patienten das Gefühl zu geben, eine Versorgung aus einem „Guss“ zu erhalten.

Mit der Einführung von DMPs sollen die Behandlungsprozesse auf der Basis medizinischer Evidenz festgelegt werden. Hierbei ist eine exakte Differenzierung notwendig, da für die unterschiedlichen Behandlungsbereiche nicht gleiche Evidenz-Nachweise erbracht werden können.

DMPs sollten genutzt werden, die Gesamtbehandlung eines Patienten zu betrachten. Somit sind auch bei Kosten-Nutzen-Aspekten ebenfalls die Gesamtausgaben zu berücksichtigen. Maßnahmen zur Steigerung der Qualität, u.a. durch zusätzlichen Dokumentationsaufwand, sind ggf. zu vergüten. Dieser Ausgabenblock kann durch langfristige Einsparungen, die sich aus der verbesserten Versorgung der Patienten ergeben, finanziert werden.

1.2 Bedeutung des Homecare-Bereiches

Eine wichtige Rolle kommt bei den DMPs dem homecare-Bereich zu. Hier besteht eine direkte Verbindung zwischen dem stationären und ambulanten Bereich. Der BVMed erarbeitet zur Zeit Vorschläge für Qualitätsstandards unterschiedlicher Therapiebereiche, die eine optimale Überleitung des Patienten ermöglichen und dessen bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen. Als Beispiel werden die Qualitätsstandards für die enterale Ernährungstherapie beigefügt (**Anlage 1**). Sie gliedern sich nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Im Rahmen der DMPs können diese um weitere Punkte ergänzt werden. Herauszuheben ist die Verständigung auf einheitliche Dokumentationsinhalte, die einen schnellen Informationsaustausch unter den Leistungserbringern gewährleisten. Diese Qualitätsstandards sollen Voraussetzung für die Beteiligung von homecare-Leistungserbringern in Disease-Management-Programmen sein.

Die DMPs sollten genutzt werden, den Begriff "sonstige Leistungserbringer" zu konkretisieren. Es ist abzugrenzen zwischen den Leistungserbringern, die eine intensive Patientenbetreuung und –beratung durchführen und damit entscheidend zum Erfolg der Therapie beitragen und solchen Leistungserbringern, die sich ausschließlich auf die Produktabgabe ohne Betreuungsangebot konzentrieren.

Ziel der DMPs ist, die Lebensqualität der chronisch Kranken zu steigern. Die homecare-Versorgung leistet hierzu einen maßgeblichen Beitrag und ist daher explizit in die Ausgestaltung von DMPs einzubeziehen.

1.3 Engere Kooperation mit der Industrie

Der medizin-technische Fortschritt ermöglicht es, Krankheiten mit neuen Verfahren zu behandeln und somit die Versorgungs- und Lebensqualität von Patienten zu steigern. Dies führt langfristig zu Einsparungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen.

Innerhalb der DMPs müssen technologische Möglichkeiten geschaffen werden, den Patienten einen schnellen Zugang zu innovativen Medizintechnologien zu geben. DMPs sollen genutzt werden, außerhalb der vorgegebenen Verfahrensweise Innovationen bei der Behandlung chronischer Krankheiten modellhaft anzuwenden.

Innovationen in der Medizintechnologie werden überwiegend in den Industrieunternehmen entwickelt. Das Fach- und Expertenwissen der Industrie muss durch eine partnerschaftliche

Einbeziehung in die Entscheidungsprozesse stärker genutzt werden. Im Rahmen der DMPs sollten Fortbildungsveranstaltungen und Anwenderschulungen festgeschrieben werden.

2. Anforderungen an die einzelnen Therapie-Bereiche

2.1 Koronare Herzkrankungen

Für die Diagnose "Koronare Herzerkrankungen" wurde ein Schema des Behandlungskorridors dargestellt (**Anlage 2**). Diesem Ablaufdiagramm kann entnommen werden, an welchen Stellen die Mitglieder des BVMeds am Therapie-Verlauf beteiligt sind (*hervorgehoben*) und wo deren Technologien und Dienstleistungen in ein DMP einzubinden sind. Wie dem Diagramm zu entnehmen ist, können durch eine kooperative Zusammenarbeit Doppeluntersuchungen vermieden werden.

2.2 Diabetes mellitus

Der Einsatz von Medizinprodukten bei der Diabetesbehandlung ist wegen seiner Vielfalt hier nicht abzubilden. Exemplarisch wird aufgezeigt, welche Bedeutung den Medizinprodukten und -technologien bei der Therapie zukommt. Nähere Ausführungen zu den Produkten sind dem Anhang der Tabelle zu entnehmen (siehe **Anlage 3**).

Der Diabetes wird oftmals von weiteren Krankheiten, z.B. Dekubitus, Notwendigkeit der künstlichen Ernährungstherapie etc. begleitet. Zur Steigerung der Versorgungsqualität sollte der Patient im häuslichen Bereich möglichst aus einer Hand versorgt werden. Damit wird sichergestellt, dass aufeinander abgestimmte Produkte zur Anwendung kommen. Dies ist bei qualifizierten homecare-Unternehmen der Fall.

Der Überschneidung unterschiedlicher Diagnosen bei der Diabetesbehandlung ist bei der Festlegung von Leitlinien und Behandlungskorridoren Rechnung zu tragen.

Der Behandlung "Chronischer Wunden" muss mehr Bedeutung beigemessen werden. Bisher werden "Chronische Wunden" als eine Begleiterkrankung bzw. Nebendiagnose behandelt. Wir schlagen daher die Aufnahme eines eigenen DMP "Chronische Wunden" vor. Dieses sollte unter Einbeziehung des Bundesverbandes Niedergelassener Chirurgen (BNC) und der Deutschen Gesellschaft für Wundbehandlung (DGfW) erfolgen.

Ziele des DMP müssen sein:

1. Sicherung und Verbesserung der Qualität in der ambulanten Langzeitversorgung der Diabetiker
2. Realisierung von Kosteneinsparungen bei veranlassten Leistungen, z.B. durch Vermeidung von stationären Behandlungen
3. Vermeidung der Fehlversorgung von Diabetikern.
4. Orientierung an den Zielen der St. Vincent Deklaration (1989)
5. Implementierung von Diabetes Primär- und Sekundärpräventionsprogrammen (incl. Schulungen und Behandlung zur Vermeidung von Amputationen etc.).

6. Zur Sicherstellung der Qualität und Wirtschaftlichkeit muss die Betreuung von Diabetikern durch diabetologisch und in moderner Wundversorgung geschulte Hausärzte und diabetologische Schwerpunktpraxen verzahnt werden.

Voraussetzungen:

1. Erweiterung des EBM um neue Gebührensätze für die Behandlung von diabetischen Füßen etc.
2. Evaluierung unter Beteiligung der med. Fachgesellschaften.
3. Die Evaluierung der bisherigen Diabetes-Verträge zwischen KV und Kassen als Grundlage für die Ausgestaltung neuer Programme.
4. Entwicklung einer Behandlungspauschale entsprechend der einzelnen Module eines DMPs (gemäß Gutachten von Lauterbach 2001 für den VDAK sowie den bestehenden Diabetes Verträgen der KV mit einzelnen Kassen).
5. Einbeziehen von DMP in Integrationsverträge unter Berücksichtigung verschiedener Leistungserbringer nach § 140a-h SGBV.
6. Förderung der Prävention im Rahmen der Primärprävention durch Screening-Verfahren und im Rahmen von Sekundärprävention anhand medizinischer und orthopädischer Fußkontrolle, frühzeitiger Heilung von Wunden durch frühzeitige und qualitätsgesicherte Wundversorgung über den Hausarzt, Wundambulanzzentren etc.

Dies wird bislang in Deutschland wenig praktiziert. Amputationen werden nicht ausreichend vermieden. Die Effizienz von Fußinspektion sowie durch Behandlung diabetischer Füße werden nicht ausreichend erkannt, Fazit Unterversorgung ⇒ Ansatzpunkt).
7. Die ambulante Versorgung von Diabetikern mit chronischen Wunden soll innerhalb eines DMPs leitlinienorientiert und standardisiert nach Konzepten der modernen Wundversorgung erfolgen.
8. Versorgung von Diabetikern in stationären Pflegeeinrichtungen soll zukünftig leitlinienorientiert erfolgen (derzeit überwiegend nicht leitlinienorientiert).

Anwendung von Leitlinien:

Bei der Diabetesbehandlung ist nur für die Arzneimitteltherapie eine Leitlinie erstellt. Weder für die Glukosebestimmung noch für die Insulin-Infusionstherapie existieren Leitlinien. Hier kann auf die Empfehlungen der DDG zurückgegriffen werden.

Zur Qualitätsverbesserung ist die existierende Leitlinie für Dekubitus in den festzulegenden Behandlungskorridor "Diabetes" zu integrieren und ggf. anzupassen.

2.3 Brustkrebs

Der Brustkrebs und dessen Behandlung ist sehr umfangreich und kann hier nicht abgebildet werden. Die erfolgreiche Behandlung des Brustkrebs ist in erheblichem Masse von der Mitarbeit des Patienten abhängig. Um den Patient zu motivieren ist eine intensive Betreuung erforderlich. Einen entscheidenden Beitrag zur Motivation des Patienten leistet die Steigerung der Lebensqualität durch die Verlagerung in den ambulanten/häuslichen Bereich. In der **Anlage 4**

wird am Beispiel der Infusionspumpe aufgezeigt, wie durch den medizinisch-technischen Fortschritt dies ermöglicht wird.

III. Fazit

Die Einführung der Disease-Management-Programme (DMP) erfolgt im Rahmen des Risikostrukturausgleiches mit dem primären Ziel, die Versorgungsqualität der Patienten zu steigern. Dies begrüßt der BVMed und bietet seine aktive Unterstützung zur Erreichung des Ziels an.

Zu bedenken wird gegeben, ob sich die Steigerung der Qualität aus ärztlicher und ethischer Sicht ausschließlich auf die Versorgung im Rahmen von DMPs beschränken kann. Daher schlägt der BVMed vor, die Einführung von DMPs als Ansatz für die Umsetzung eines echten Disease-Managements in Deutschland zu nehmen.

Der BVMed weist auf die Bedeutung der Medizinprodukte, -technologien das Dienstleistungsangebot von Industrie- und Handelsunternehmen hin. Die Unternehmen leisten einen wesentlichen Beitrag zur Behandlung chronisch Kranker (Patientenbetreuung, -schulung und -beratung, Fortbildungen für Ärzte, Forschung etc.). Um die Versorgungsqualität der Versicherten zu steigern, müssen Qualitätsstandards für alle an der Versorgung Beteiligten festgelegt werden. In der Definition der Anforderungen an DMPs sind diese explizit einzubeziehen. Es müssen Möglichkeiten geschaffen werden, den Patienten einen schnellen Zugang zu innovativen Medizintechnologie zu geben.

Die Konkretisierung der Anforderungen an DMPs erfordert eine enge Zusammenarbeit den Leistungserbringern, der Industrie und den jeweiligen Kostenträgern. Diese ist durch weitere Gespräche sicherzustellen.

Berlin, den 5. März 2002

BVMed – Bundesverband
Medizintechnologie e.V.