

Thema des Monats Juni 2008

Chronikerprogramme



Impressum:

Inhalte und Gestaltung: Sandra During

Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz e. V., Kaiserstraße 62, 55116 Mainz
E-Mail: rheinland-pfalz@vdk.de

© Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz, 2008

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	4
2. Definition	5
3. Ziele.....	5
4. Krankheiten	6
4.1 Diabetes mellitus Typ I und II	6
4.2 Koronare Herzkrankheit (KHK).....	6
4.3 Brustkrebs	6
4.4 Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Atemwegserkrankung.....	6
5. Zulassung durch das Bundesversicherungsamt.....	7
6. Teilnahme und Beendigung.....	7
7. Entwicklung	9
8. Ausblick	10

1. Einleitung

Schätzungen zufolge leiden nahezu 20 Prozent der Bürgerinnen und Bürger in Deutschland an einer chronischen Erkrankung wie Diabetes mellitus, Asthma bronchiale oder einer koronaren Herzkrankheit, um nur einige zu nennen. Eines haben alle diese chronischen Krankheiten gemeinsam: Sie erfordern eine gut abgestimmte und kontinuierliche ärztliche Behandlung und Betreuung. Doch gerade in diesem Bereich haben Experten immer wieder deutliche Qualitätsmängel in der Versorgung der Patienten aufgezeigt. Denn die Struktur des gesetzlichen Gesundheitswesens ist in Deutschland bislang primär auf eine Akutbehandlung ausgerichtet, eine vorbeugende Langzeitbetreuung findet nicht statt. Um die hierbei durch eine unsystematische, punktuelle Behandlung bestehenden Versorgungsmängel wie Über-, Unter- und Fehlversorgung abzubauen, werden seit dem Jahre 2002 spezielle strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt. Bezeichnet werden diese als Disease-Management-Programme oder umgangssprachlich auch Chronikerprogramme. Ziel ist es, den chronisch kranken Menschen langfristig und präventiv zu begleiten. Durch eine koordinierte Zusammenarbeit der verschiedenen Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken und Rehabilitationseinrichtungen sollen eine bestmögliche Behandlung gewährt und damit Folgeerkrankungen vermieden werden. Die einzelnen Therapieschritte sind nach wissenschaftlich gesichertem medizinischem Wissensstand aufeinander abgestimmt.

Zu beachten ist, dass die Programme nicht als Ersatz für die ärztliche Behandlung dienen, sondern vielmehr eine die Therapie unterstützende und koordinierende Funktion haben. Im Vordergrund steht dabei zunächst die umfassende Information des Patienten über seine Krankheit, die Symptome, Medikamente und weitere Therapiemöglichkeiten sowie über Spezialärzte dieses Gebietes. Hierbei gibt es verschiedene Möglichkeiten: Es werden Informationsbroschüren oder -mappen an den Betroffenen ausgegeben, Erinnerungen an notwendige Arztbesuche getätigt und es erfolgt eine Beratung und Betreuung zu den Arzneimitteln durch die Apotheke. Weiterhin werden auch Schulungen und statistische Auswertungen des Gesundheitszustandes des Patienten durchgeführt.

Derzeit sind Gegenstand der Chronikerprogramme insbesondere die so genannten Volkskrankheiten. Zurückgeführt werden diese häufig auf die modernen Lebensumstände wie schlechte Ernährung, zu viel Stress, zu wenig Bewegung und die Zunahme von Umweltgiften. Ein weiteres Merkmal ist, dass sie flächendeckend auftreten und häufiger vorkommen. Momentan werden für folgende Erkrankungen Disease-Management-Programme angeboten: Diabetes mellitus Typ I und II, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit sowie Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen. Die Einbeziehung weiterer Erkrankungen wie beispielsweise Demenz ist in der Vorbereitung, es ist allerdings noch nicht entschieden, ob dies tatsächlich auch umgesetzt wird.

Nachfolgend sind einige Informationen zu den Chronikerprogrammen zusammengestellt.

2. Definition

Bei den Disease- Management- Programmen handelt es sich um eine besondere medizinische Versorgungsform für chronisch kranke Menschen. Bezeichnet werden sie auch als strukturierte Behandlungsprogramme oder auch Chronikerprogramme. Gestützt wird sich hierbei auf wissenschaftlich aktuelle und gesicherte medizinische Erkenntnisse. Die Behandlungsmethoden wurden auf Wirksamkeit, Sicherheit und Nutzen überprüft. Sie stellen selbst keinen Ersatz für eine ärztliche Therapie und Behandlung dar, sondern bestehen als unterstützende und koordinierende Ergänzung. Im Mittelpunkt steht hierbei der Patient, der aktiv in die Therapie eingebunden wird. Eine Durchführung bzw. die Teilnahme ist daher nur bei entsprechender Motivation des kranken Menschen möglich. Die Programme haben in erster Linie informativen Charakter. Der Patient wird über seine Krankheit und deren Symptome sowie Behandlungsmöglichkeiten und mögliche Folgeerkrankungen aufgeklärt und soll so sensibilisiert werden. Im Rahmen von Schulungen werden direkt Handlungsmöglichkeiten erläutert und der korrekte Umgang mit Geräten, wie beispielsweise Blutdruck- oder Blutzuckermessgeräten erläutert. Durch diese Maßnahmen sollen eine Sensibilisierung sowie ein bewusster Umgang mit der Krankheit erzeugt werden. Es erfolgen weiterhin Erinnerungen an notwendige Arztbesuche und statistische Auswertungen des Gesundheitszustandes. In der örtlichen Apotheke findet darüber hinaus eine Beratung hinsichtlich der Medikamente und Arzneimittel statt. Grundlage der Behandlung stellt ein differenzierter Therapieplan dar. Dessen Basis ist eine individuelle Bewertung des Gesundheitszustandes des Patienten. Die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, ihren Versicherten eine gut abgestimmte und koordinierte Versorgung über den gesamten Verlauf der Krankheit anzubieten. Eine Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen ist hierbei gesetzlich vorgeschrieben.

Die Programme sind als lernendes System gestaltet. Die Vorgaben und Ausgestaltungen werden regelmäßig überprüft und an die neuesten medizinischen Erkenntnisse angepasst und aktualisiert.

Der Begriff sowie das Konzept einer zentral organisierten Steuerung chronisch kranker Personen und deren Behandlung stammen aus den Vereinigten Staaten von Amerika. Im deutschen Gesundheitswesen ist dies noch recht neu und wird oftmals als Baustein für weitere neuartige Konzepte bezeichnet.

3. Ziele

Nahezu 20 Prozent der Bundesbürger in Deutschland sind Schätzungen zufolge chronisch krank. Auf Qualitätsmängel in der medizinischen Versorgung dieser wurde von Fachleuten immer wieder hingewiesen. Ziel der Chronikerprogramme ist vor allem eine Verbesserung der medizinischen Behandlung und Versorgung der Patienten. Hierbei sollen Beeinträchtigungen, die mit der Erkrankung einhergehen, bestmöglich vermindert und mögliche Folgeerkrankungen vermieden sowie Spätfolgen gesenkt werden. Im bisherigen Gesundheitssystem kam es immer wieder zu Über-, Unter- und Fehlversorgungen. Durch die Programme und die hierbei erfolgende strukturierte und koordinierte Behandlung sollen diese Versorgungsmängel abgebaut werden, indem eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung gewährleistet wird.

4. Krankheiten

Für welche Erkrankungen strukturierte Behandlungsprogramme angeboten werden dürfen, entscheidet der Gesetzgeber. Bislang sind dies folgende:

4.1 Diabetes mellitus Typ I und II

Mehr als 4 Millionen Menschen sind in Deutschland derzeit an Diabetes mellitus erkrankt. Dies sind etwa 5 Prozent der Bevölkerung. Schätzungen zufolge liegt die Dunkelziffer sogar bei 7 bis 8 Prozent.

Regelmäßige Untersuchungen sind für diese Erkrankungen vorgesehen. Bei diesen werden unter anderem der Blutzuckerwert gemessen beziehungsweise der Wert zur Beschreibung der Blutzuckereinstellung der letzten zwei bis drei Monate. Dies wird auch als so genanntes „Blutzuckergedächtnis“ bezeichnet. Des Weiteren erfolgt ebenso eine gründliche Untersuchung der Füße. Auch die Nierenwerte und der Blutdruck werden regelmäßig kontrolliert. Für an Diabetes mellitus Typ II erkrankte Personen ist überdies eine jährliche Untersuchung beim Augenarzt vorgesehen.

4.2 Koronare Herzkrankheit (KHK)

Eine Vielzahl der deutschen Bundesbürger ist an der koronaren Herzkrankheit erkrankt. Die chronische ischämische Herzkrankheit ist in Deutschland noch immer häufigste Todesursache. Die verschiedenen Risikofaktoren wie ein erhöhter Cholesterinspiegel, das Rauchen, Übergewicht, Hypertonie (Bluthochdruck) sind in der Bundesrepublik weit verbreitet. Das Disease-Management-Programm für diese Erkrankung umfasst daher neben den regelmäßigen Untersuchungen und Behandlungen auch ein umfangreiches Schulungs- und Informationsprogramm für die Patienten, damit diese die Risikofaktoren erkennen und weitgehend minimieren können. Es soll so ein besserer Umgang mit der Krankheit ermöglicht werden.

4.3 Brustkrebs

Das so genannte Mammakarzinom stellt in Deutschland die häufigste Krebserkrankung bei Frauen dar. Jährlich werden rund 57.000 Neuerkrankungen diagnostiziert. Ein wesentlicher Bestandteil des strukturierten Behandlungsprogrammes für diese Erkrankung ist eine Operation in der Art und Weise, dass die Brust erhalten bleibt. Dies hängt natürlich auch davon ab, ob es medizinisch möglich ist.

4.4 Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Atemwegserkrankung

Rund 5 Prozent der erwachsenen Menschen und 10 Prozent der Kinder leiden in Deutschland an Asthma bronchiale, einer entzündlichen Erkrankung der Atemwege. Gekennzeichnet ist diese durch eine anfallsartige Atemnot, die auf eine Verengung der Bronchien zurückzuführen ist.

Zwischen 10 und 30 Prozent der Deutschen leiden an einer chronischen Bronchitis, 15 bis 20 Prozent von diesen entwickeln hieraus eine chronisch obstruktive Atemwegserkrankung. Experten zufolge ist in der Zukunft mit einem Anstieg der Erkran-

kungen aufgrund eines zunehmenden Auftretens von Allergien zu rechnen, sodass dieses Chronikerprogramm noch mehr an Bedeutung gewinnen wird. Ziel der Disease-Management-Programme für diese Erkrankungen ist es, das Fortschreiten der Krankheit zu stoppen und krankheitsbedingte Beeinträchtigungen wie beispielsweise Asthma-Anfälle zu reduzieren sowie die Lebenserwartung und -qualität zu steigern.

Die Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen für weitere Erkrankungen wie beispielsweise Demenz ist vorgesehen. Ob und wenn ja, inwieweit dies umgesetzt wird, ist derzeit allerdings noch unklar.

5. Zulassung durch das Bundesversicherungsamt

Das Bundesversicherungsamt ist zuständig für die Zulassung der Disease-Management-Programme. Durch die Zulassung bei dieser bundesweit agierenden Stelle wird ein einheitliches Verfahren in ganz Deutschland gewährleistet. Bevor eine Krankenkasse seinen Versicherten also ein solches Programm anbieten darf, muss sie sich dieses vom Bundesversicherungsamt genehmigen lassen. An die Programme werden spezielle Qualitätsanforderungen gestellt. Sichertgestellt werden soll dies durch den Abschluss von Verträgen der Krankenkassen beziehungsweise den Kassenverbänden mit den Leistungserbringern. Gesetzlich vorgeschrieben und Voraussetzung für die Zulassung eines Chronikerprogrammes ist die Bewertung der Wirksamkeit und der Kosten des Disease-Management-Programmes. Bezeichnet wird dies als Evaluation. Das Bundesversicherungsamt hat aus diesem Grund eine externe Evaluation der Programme durch unabhängige Sachverständige veranlasst. Eine Zulassung erfolgt auch nur befristet, momentan im Regelfall für 5 Jahre. Eine Verlängerung der Zulassung ist von der Evaluation abhängig.

6. Teilnahme und Beendigung

Die in Frage kommenden Patienten werden von den Krankenkassen ermittelt. Erschwert wird dies allerdings durch den Umstand, dass die Kassen die Diagnose des Arztes nicht kennen, sondern lediglich die eingereichten Leistungen wie Behandlungen und Medikamente kennen. Doch anhand typischer Arzneimittel können die gesetzlichen Krankenkassen eine Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer entsprechenden Erkrankung und so mögliche Kandidaten für die Disease-Management-Programme ermitteln. Die in Frage kommenden Versicherten werden dann entweder telefonisch oder schriftlich auf das jeweilige Chronikerprogramm hingewiesen. Die Teilnahme an mehreren solchen ist beim Vorliegen der entsprechenden Erkrankung natürlich möglich.

Die an einer der Krankheiten, für die ein strukturiertes Behandlungsprogramm angeboten wird, leidenden Personen können sich allerdings auch selbst an ihre Krankenkasse wenden. Diese gibt dann Auskunft, welche Ärzte an dem Programm teilnehmen, denn ein Arzt muss sich vorab bei der Kassenärztlichen Vereinigung, die die Strukturvoraussetzungen prüft, seine Teilnahme bestätigen lassen. Aus diesen teilnehmenden Medizinern kann sich der Patient dann einen Arzt auswählen.

Häufig werden Patienten, die an einer entsprechenden Krankheit leiden, auch von ihrem behandelnden Arzt auf die Chronikerprogramme hingewiesen.

Die Teilnahme an einem solchen Disease-Management-Programm ist freiwillig. Niemand kann hierzu gezwungen werden, denn Voraussetzung für den Erfolg der Programme ist, wie bereits dargelegt, eine entsprechende Motivation des Patienten. Allerdings bieten die meisten Krankenkassen für die Teilnahme Bonusmaßnahmen wie beispielsweise die Erstattung der Praxisgebühr an.

Unerheblich davon, wie der Versicherte von dem strukturierten Behandlungsprogramm erfahren und sich zum Mitmachen entschlossen hat, erfolgt die weitere Vorgehensweise. Zusammen mit seinem Arzt füllt er die Teilnahmeerklärung und die Erstdokumentation aus. Diese Unterlagen werden dann an die Datenstelle weitergeleitet, die diese auf Vollständigkeit prüft. Ist alles korrekt, so erfolgt die Weiterleitung an die Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung. Die Dokumentationsdaten stehen dabei unter einem besonderen Datenschutz.

Je nach Krankheit, Schweregrad und Programm sind entweder in jedem oder in jedem zweiten Quartal Dokumentationsbögen vom Arzt unter Absprache mit dem Patienten auszufüllen. Der Arzt wird hierauf durch die Krankenkasse beziehungsweise durch die Kassenärztliche Vereinigung hingewiesen. Auch die Patienten werden durch ihre Krankenkasse über Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Chronikerprogramm informiert. Dies können zum Beispiel Schulungen, Informationsveranstaltungen, notwendige Arztbesuche oder auch fehlende Dokumentationsbögen sein. So ist beispielsweise für Teilnehmer am Disease-Management-Programm für Diabetes mellitus Typ II eine jährliche Untersuchung beim Augenarzt vorgesehen.

Die Krankenkasse hat weiterhin die Möglichkeit, Patienten auch wieder aus dem Programm auszutragen. Dies erfolgt beispielsweise dann, wenn eine unzureichende Programmteilnahme vorliegt. Das kann dann der Fall sein, wenn festgeschriebene Regeln nicht eingehalten werden. Wenn Dokumentationsbögen nicht eingereicht werden oder der Patient an Schulungen ohne Grund nicht teilnimmt, wird eine weitere Teilnahme am Programm nicht für sinnvoll erachtet. Auch der Tod des Patienten oder ein Krankenkassenwechsel führen zur Beendigung des Programms für den Versicherten. Bei letzterem hat der Patient allerdings gegebenenfalls die Möglichkeit, bei seiner neuen Krankenkasse an einem entsprechenden Chronikerprogramm teilzunehmen.

Ein weiterer Ausschreibungsgrund aus dem Programm für Brustkrebs liegt vor, wenn das erste Auftreten der Krankheit mehr als 5,5 Jahre zurückliegt und der Patient rezidivfrei ist, also keine erneute Infektion erfolgte.

7. Entwicklung

Den Grundstein für die Einführung der Disease-Management-Programme wurde im August des Jahres 2001 durch das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen gelegt. In diesem wurden die Über-, Unter- und Fehlversorgung in Deutschland untersucht und im Ergebnis Mängel bei der Versorgung chronisch kranker Menschen aufgezeigt als Folge der überwiegenden Konzentration auf die Behandlung akuter Erkrankungen. Festgestellt wurden hierbei unter anderem unnötige Doppeluntersuchungen und Mängel bei der Koordinierung der haus- und fachärztlichen Versorgung. Weiterhin wurde dargelegt, dass chronische Erkrankungen überproportional hohe Kosten verursachen. Der Sachverständigenrat hat in diesem Rahmen daher so genannte leitliniengestützte Versorgungsansätze und hierbei die Disease-Management-Programme empfohlen.

Im Januar 2002 trat dann das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleiches in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 10. Dezember 2001 in Kraft. Hiermit wurden auch die strukturierten Behandlungsprogramme eingeführt.

Ferner hat der Koordinierungsausschuss eine Empfehlung für Chronikerprogramme für Diabetes mellitus Typ I und II, Brustkrebs, koronare Herzkrankheiten sowie Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen ausgesprochen.

Im Juli des Jahres 2002 war es dann soweit: Für Brustkrebs und Diabetes mellitus Typ II wurden die entsprechend Rechtsverordnungen erlassen, sodass ab diesem Zeitpunkt die Zulassung der Programme durch die Krankenkassen möglich war. Im Anschluss daran wurden erste Verträge der einzelnen Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen, das Zulassungsverfahren beim Bundesversicherungsamt konnte eingeleitet werden.

Seit dem 1. Mai 2003 waren nun auch Chronikerprogramme für die koronare Herzkrankheit möglich.

Im weiteren Verlauf nahm zum 1. Januar 2004 der Gemeinsame Bundesausschuss seine Arbeit auf. Dieser setzt sich unter anderem aus Ärzten, Zahnärzten und Vertretern von Krankenkassen und Krankenhäusern zusammen. Er spielt eine zentrale Rolle bei der Entwicklung und Überarbeitung der strukturierten Behandlungsprogramme.

Mit dem Inkrafttreten einer weiteren Rechtsverordnung zum 1. März 2004 war nun auch die Zulassung von Programmen für Diabetes mellitus Typ I möglich. Ferner wurden die vorgeschriebenen Dokumentationen für Diabetes mellitus Typ II und koronare Herzkrankheit optimiert.

Zum 1. Januar 2005 wurde dann eine Verordnung erlassen, mit der Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen einbezogen wurden.

Im September 2005 erfuhren die Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus Typ II Verbesserungen. Es erfolgte eine Anpassung an die neuesten medizinischen Erkenntnisse. Gleiches gilt für die Programme für Brustkrebs. Hier wurde eine Anpassung im Februar 2006 vorgenommen.

Im Anschluss erfolgten Anpassungsmaßnahmen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Erweiterungsmodule zu den bestehenden Programmen wurden beschlossen, sodass Patienten mit mehreren Erkrankungen eine verbesserte Versor-

gung erhalten. Weiterhin wurden Maßnahmen zum Bürokratieabbau vorgeschlagen, um die praktische Ausgestaltung der Programme zu vereinfachen. Mithilfe von Patientenbefragungen wurde die Zufriedenheit der Teilnehmer untersucht. Die gewonnenen Informationen dienen als Grundlage für Erweiterungen und der Optimierung der Versorgung.

Im Rahmen der Gesundheitsreform traten zum 1. April 2007 Regelungen in Kraft, die eine Reduzierung des bürokratischen Aufwandes der Chronikerprogramme mit sich brachten. Es wurde weiterhin die bundesweite elektronische Datenverarbeitung ab dem Jahre 2008 beschlossen, die bereits in vielen Arztpraxen erfolgreich praktiziert wurde.

8. Ausblick

Zum 1. Januar 2009 tritt das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Mit diesem werden auch weit reichende Änderungen im Bereich der Finanzierung der Disease-Management-Programme eintreten, der bis dahin geltende Risikostrukturausgleich entfällt. Ab diesem Zeitpunkt gilt für alle gesetzlich Krankenversicherten mit Einführung des Gesundheitsfonds ein einheitlicher Beitragssatz. Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfond eine Grundpauschale pro versicherte Person und zusätzliche Leistungen zum Ausgleich verschiedener Faktoren wie Alter, Geschlecht, Krankheit und unterschiedlichem Versorgungsbedarf. In diesem Zusammenhang werden seitens des Bundesversicherungsamtes 50 bis 80 schwerwiegende und kostenintensive chronische Krankheiten ermittelt. Für diese wird es dann ebenfalls einen ausgleichenden Zuschlag an die Krankenkassen für jeden eingetragenen und teilnehmenden Patienten geben. Man bezeichnet diese als so genannte Morbilitätszuschläge.