



Nr. 29 / 2014

Disease-Management-Programme

DMP: Anforderungen an eine kontinuierliche Evaluation sowie an Qualitätsberichte festgelegt

Berlin, 19. Juni 2014 – Disease-Management-Programme werden künftig kontinuierlich evaluiert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschloss am Donnerstag in Berlin indikationsübergreifende Anforderungen, nach denen die Versorgung in Behandlungsprogrammen für spezifische chronische Erkrankungen (Disease-Management-Programme, DMP) zukünftig evaluiert werden soll. Darüber hinaus bestimmte er die Vorgaben an die jährlichen Berichte der Krankenkassen über Qualitätssicherungsmaßnahmen in zugelassenen DMP.

„Mit den neuen Anforderungen an die Evaluation von DMP ist der Fokus von einem auf Krankenkassen bzw. auf Regionen bezogenen Vergleich auf die Weiterentwicklung der DMP verlagert worden“, sagte Dr. Regina Klakow-Franck, Vorsitzende des Unterausschusses DMP. „Nunmehr steht der Nutzen der DMP für die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt, gemessen an krankheitsspezifischen als auch indikationsübergreifenden Parametern, auch im Vergleich zur Versorgung von Patienten, die nicht an einem DMP teilnehmen.“

Neben den Anforderungen an die Evaluation eines DMP, die jeweils durch einen unabhängigen Sachverständigen erstellt werden muss (§ 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V), verständigte sich der G-BA auf Vorgaben an jährlich zu erstellende und zu veröffentlichende Qualitätsberichte. Die Krankenkassen sind nun verpflichtet, die Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie deren zugrundeliegenden Qualitätsziele und -indikatoren darzustellen, die gegenüber den DMP-Teilnehmern zwischen den Vertragspartnern auf Landesebene vereinbart worden sind. Hierzu gehören insbesondere Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldefunktionen, Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme am DMP sowie die Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information für eingeschriebene Versicherte.

Die Vorlage der Qualitätsberichte beim Bundesversicherungsamt dient der Aufrechterhaltung der krankenkassenbezogenen Zulassung. Aus diesem Grund sind die Berichte auch krankenkassenspezifisch zu erstellen.

Hintergrund - Disease-Management-Programme

Wichtigstes Ziel der DMP ist die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten durch eine interdisziplinär und multiprofessionell abgestimmte sowie sektorenübergreifende Strukturierung des Versorgungspfads. Bislang hat der G-BA die Anforderungen an DMP für Patientinnen und Patienten mit Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus Typ 1 und 2), Erkrankung der

Seite 1 von 2

Stabsabteilung Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation

Wegelystraße 8, 10623 Berlin
Postfach 120606, 10596 Berlin

Telefon: 030 275838-811

Fax: 030 275838-805

Internet: www.g-ba.de

Ansprechpartnerin für die Presse:

Kristine Reis (Ltg.)

Telefon: 030 275838-810

E-Mail: kristine.reis@g-ba.de



Herzkranzgefäße (koronare Herzkrankheit, KHK), chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen (Asthma bronchiale und COPD) und Brustkrebs formuliert. Für das DMP KHK wurde zudem das Modul Chronische Herzinsuffizienz entwickelt.

Seite 2 von 2

Pressemitteilung Nr. 29 / 2014
vom 19. Juni 2014

Im Jahr 2013 waren etwa 6,3 Millionen Versicherte in einem oder mehreren DMP eingeschrieben. Bundesweit sind derzeit über 10 000 Programme zugelassen.

Seit dem Jahr 2012 ist der G-BA gesetzlich beauftragt, eigene Richtlinien zu den DMP zu beschließen. Die praktische Umsetzung in der Versorgung erfolgt dann auf Basis regionaler Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern (Vertragsärztinnen und -ärzten/ Krankenhäusern) vor Ort. Das Bundesversicherungsamt prüft vor einer Zulassung, ob die Verträge die Anforderungen des G-BA erfüllen.

Die heutigen Beschlüsse zur Änderung der DMP-Richtlinien treten nach Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft. Beschlusstexte und Tragende Gründe werden in Kürze auf folgenden Seiten im Internet veröffentlicht:

<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/zum-unterausschuss/10/>

Der **Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)** ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für etwa 70 Millionen Versicherte. Der G-BA legt fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV übernommen werden. Rechtsgrundlage für die Arbeit des G-BA ist das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V). Entsprechend der Patientenbeteiligungsverordnung nehmen Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter an den Beratungen des G-BA mitberatend teil und haben ein Antragsrecht.

Den gesundheitspolitischen Rahmen der medizinischen Versorgung in Deutschland gibt das Parlament durch Gesetze vor. Aufgabe des G-BA ist es, innerhalb dieses Rahmens einheitliche Vorgaben für die konkrete Umsetzung in der Praxis zu beschließen. Die von ihm beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen und sind für alle Akteure der GKV bindend.

Bei seinen Entscheidungen berücksichtigt der G-BA den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und untersucht den diagnostischen oder therapeutischen Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit einer Leistung aus dem Pflichtkatalog der Krankenkassen. Zudem hat der G-BA weitere wichtige Aufgaben im Bereich des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung.