

Beschlussbegründung des Gemeinsamen Bundesausschusses

zur

Empfehlung geeigneter chronischer Krankheiten für strukturierte Behandlungsprogramme gemäß § 137f Absatz 1 Satz 1 SGB V

vom 16.05.2006

Gemäß § 137f Abs. 1 S. 1 SGB V empfiehlt der Gemeinsame Bundesausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit geeignete chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) entwickelt werden sollen. Chronisch Kranke, die in DMP entsprechend der vertraglichen Grundlagen versorgt werden, werden im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) zwischen den Krankenkassen als Versichertengruppe berücksichtigt. Bislang hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und 2, koronarer Herzkrankheit (KHK), Asthma bronchiale, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) und Brustkrebs formuliert. Bei der Empfehlung zur Entwicklung weiterer DMP sind insbesondere die Kriterien des § 137f Abs. 1 S. 2 Nr. 1 bis 6 SGB V zu berücksichtigen:

- Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
- Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
- Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien,
- sektorenübergreifender Behandlungsbedarf,
- Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und
- hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

Nach intensiven Beratungen in den zuständigen Gremien hat der Gemeinsame Bundesausschuss beschlossen, die Fachöffentlichkeit in die Beratungen über neue DMP einzubeziehen und per Bekanntmachung im Bundesanzeiger am 9. Februar 2005 Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Es wurden daraufhin von 24 Dachverbänden und medizinischen Fachgesellschaften Vorschläge zu insgesamt 16 verschiedenen Indikationen eingereicht und anhand eines strukturierten Fragenkataloges begründet.

Die einzelnen Vorschläge wurden von einer Arbeitsgruppe des Unterausschusses DMP unter besonderer Berücksichtigung der in § 137f Abs. 1 S. 2 Nr. 1 bis 6 SGB V vorgegebenen Kriterien systematisch geprüft, nachdem in einem formalen Konsensusverfahren (nominaler Gruppenprozess) eine Gewichtung der zu Grunde liegenden Kriterien für den Entscheidungsfindungsprozess vorgenommen wurde. Dabei hat der Unterausschuss DMP ein besonderes Augenmerk auf die „Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung“ gerichtet.

Folgende Indikationen wurden vorgeschlagen und sind in den Bewertungsprozess eingegangen (in alphabetischer Reihenfolge):

- Adipositas
- Alkoholabhängigkeit
- Atopisches Ekzem (Neurodermitis)
- Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS)
- Demenz
- Depression
- Herzinsuffizienz (chronisch)
- Multiple Sklerose
- Niereninsuffizienz (chronisch)
- Osteoporose
- Parkinson-Syndrom
- Rheumatoide Arthritis
- Rückenschmerz (chronisch, unspezifisch)
- Schizophrenie
- Schlafapnoe-Syndrom
- Wunde (chronisch)

Bei der Frage, welche Empfehlung im Hinblick auf die Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung chronisch Kranker gegenüber dem BMG abgegeben werden soll, wurde auch die auf allen Ebenen der Versorgung existierende und insbesondere in der hausärztlichen Versorgung relevante Problematik der Multimorbidität bzw. Komorbidität im Kontext der Systematik der bestehenden strukturierten Behandlungsprogramme berücksichtigt.

Der Unterausschuss DMP ist dabei zu dem Ergebnis gekommen, dass eine Empfehlung nach § 137f Abs.1 S. 1 SGB V nicht notwendigerweise die Empfehlung einzelner chronischer Krankheiten für voneinander isolierte strukturierte Behandlungsprogramme sein muss, sondern

gerade mit Blick auf die Versorgungssituation chronisch Kranker und die Realität in der ambulanten und stationären Versorgung so ausgerichtet sein kann und sollte, dass Multimorbidität bzw. Komorbidität bei der zukünftigen Ausgestaltung von DMP berücksichtigt wird. Mit einer auf die Berücksichtigung von Multimorbidität bzw. Komorbidität gerichteten Empfehlung sollen grundsätzliche Bestrebungen zur Verschlankung und Entbürokratisierung von Prozessabläufen innerhalb von DMP verknüpft sein.

Mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 10. Dezember 2001 hat der Gesetzgeber die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs dahingehend geregelt, dass gemäß § 268 Abs. 1 Nr. 1 SGB V „die Morbidität der Versicherten auf Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale“ unmittelbar zu berücksichtigen sind. Diese Formulierung weist bereits darauf hin, dass der Gesetzgeber nicht nur einzelne Diagnosen, sondern auch eine Kombination von Krankheiten für die Berücksichtigung innerhalb des Risikostrukturausgleichs im Auge hatte. Die Bestimmungen des § 137f SGB V schreiben zudem nicht zwingend vor, dass ein DMP nur für eine einzelne Krankheit erstellt werden kann. Denkbar wäre insofern, Empfehlungen für mehrere Krankheiten innerhalb eines DMP abzugeben, zumal es dem Wesen einer chronischen Krankheit entspricht, dass es sich um einen dauerhaften Krankheitszustand handelt, der, wenn weitere Erkrankungen hinzutreten, die Behandlung auch dieser Erkrankungen potentiell beeinflusst. Umgekehrt hat jede weitere Erkrankung, die zu der bestehenden chronischen Krankheit hinzutritt einen potentiellen Einfluss auf die Behandlung der Indexerkrankung.

Bei der kritischen Würdigung der Versorgungssituation chronisch Kranker, der Versorgungsrealität, der bisherigen bürokratischen Erfordernisse und der damit einhergehenden eingeschränkten Akzeptanz des Versorgungsinstrumentes DMP sowie mit Blick auf die strukturellen Rahmenbedingungen von DMP hat der Unterausschuss nach eingehender Prüfung der vorgeschlagenen Indikationen für neue DMP empfohlen, zunächst eine modulare Erweiterung von bestehenden strukturierten Behandlungsprogrammen vorzunehmen und bestimmte chronische Krankheiten bei Vorliegen einer Komorbidität innerhalb bestehender DMP zu berücksichtigen.

In diesem Sinne hat der Unterausschuss DMP zunächst folgende chronische Krankheiten vorgeschlagen, die in Form einer modularen Weiterentwicklung in bestehende DMP integriert werden sollen:

- Chronische Herzinsuffizienz,
- Adipositas.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist dieser Empfehlung gefolgt und hat den Beschluss gefasst, die Indikationen „Chronische Herzinsuffizienz“ und „Adipositas“ als im Sinne von § 137f Abs. 1 S. 1 SGB V für strukturierte Behandlungsprogramme geeignete chronische Krankheiten dem BMG zu empfehlen, mit der Maßgabe, dass für die genannten Indikationen kein eigenständiges isoliertes DMP, sondern jeweils ein Modul für bestehende DMP zu entwickeln ist.

Der Unterausschuss DMP hält es für unverzichtbar, parallel zu der kontinuierlichen Weiterentwicklung von strukturierten Behandlungsprogrammen Maßnahmen zum Bürokratie-Abbau auf den verschiedenen Prozessebenen zu entwickeln und umzusetzen.

Das Konzept der modularen Weiterentwicklung von DMP bei Komorbidität ist als Initialmaßnahme zu verstehen. Um die Problematik von Multimorbidität generell in Versorgungskonzepten zu berücksichtigen, bedarf es weiterer Maßnahmen, die iterativ auf der Grundlage von Erkenntnissen aus der Versorgungsforschung zu ergreifen sind. Da nach derzeitiger Beurteilung keine ausreichenden entscheidungsrelevanten Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung vorliegen, hält es der Unterausschuss DMP für sachgerecht, zunächst Erfahrungen mit dem Konzept der modularen Weiterentwicklung von DMP zu sammeln.

Der Unterausschuss empfiehlt daher, das Modul „Chronische Herzinsuffizienz“ zunächst in das DMP KHK zu integrieren und dessen Anbindung an weitere bestehende DMP zu prüfen. Dementsprechend soll die Teilnahme an diesem Modul zunächst über die Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm für KHK erfolgen.

Die konkrete Anbindung des Moduls „Adipositas“ an bestimmte DMP soll anschließend erfolgen, wenn erste Erkenntnisse aus der Entwicklung des Moduls Herzinsuffizienz vorliegen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss verbindet daher seine Empfehlung mit der Maßgabe, zunächst das Modul „Chronische Herzinsuffizienz“ für das DMP KHK zu entwickeln und die Anbindung des Moduls „Adipositas“ an bestimmte DMP in einem zweiten Schritt unter Berücksichtigung erster Erkenntnisse aus der Entwicklung des Moduls Herzinsuffizienz vorzunehmen.