

Disease- Management- Programme (DMP)

- Wer - Wie - Was -

Übersicht zu einem neuen
Instrument im
Gesundheitswesen

Herausgegeben vom Arbeitskreis Patientinnen- und Patienteninformation

Hannover im Juni 2004

Impressum

Herausgeber:
Arbeitskreis Patientinnen- und Patienteninformation
c/o Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover
Tel.: 0511/3 50 00 52
Fax: 0511/3 50 55 95
Email: lv-gesundheit.nds@t-online.de
www.gesundheit-nds.de

Stand der Informationen: Juni 2004

3. überarbeitete Version

Redaktion:

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit
Selbsthilfe-Büro Niedersachsen
Patientenstellen im Sozialverband Deutschland, LV Niedersachsen
und LV Sachsen-Anhalt

Der Arbeitskreis „Patientinnen- und Patienteninformation“ wurde 1999 nach einem ersten Expertengespräch in Niedersachsen gegründet. Die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. moderiert seither die Treffen. Rund 35 Institutionen und Einzelpersonen werden regelmäßig zu den Sitzungen eingeladen und unterstützen die Aktivitäten auf Landesebene. Mitglieder des Arbeitskreises sind Forschungseinrichtungen, Kostenträger, Leistungserbringer, die Öffentliche Gesundheitsverwaltung und Patienten- bzw. Verbraucherberatungsstellen.

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort.....	Seite 5
2. Der Risikostrukturausgleich und seine Folgen	Seite 7
3. Glossar – Was bedeutet eigentlich ...?	Seite 11
4. Krankenkassen und ihre eigenen DMP	Seite 21
5. Wer ist direkt in die Durchführung der DMP eingebunden?	Seite 25
6. Wer vertritt Patientinnen und Patienten sowie Verbraucherinnen und Verbraucher?	Seite 31
7. Wer beeinflusst außerdem die Diskussion um DMP?	Seite 33
8. Informationen aus dem Internet	Seite 37

1. Vorwort

Englische Begrifflichkeiten halten immer mehr Einzug in die Fachsprache des deutschen Gesundheitswesens. Dazu kommen vermehrt abstrakte Fachausdrücke, die zurecht bei vielen Interessierten den Eindruck eines „Fach-Chinesisch“ hinterlassen. Muss das wirklich sein?

Die Mitglieder des Arbeitskreises Patientinnen und Patienteninformation haben es sich zur Aufgabe gemacht, Transparenz in die verschiedenen Bereiche der Kommunikation und Informationen im Gesundheitswesen zu bringen. So wurde im August 2002 das Faltblatt „Gut Beraten? Persönliche Checkliste für den Besuch bei Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin“ herausgegeben. Es hilft dabei, das Gespräch zwischen Patient oder Patientin und Arzt oder Ärztin vorzubereiten.

Am 1. Januar 2002 ist das neue Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleiches in Kraft getreten. Es beinhaltet u.a. eine in Deutschland neue Form der Versorgung chronisch Kranker, das Disease-Management. Um diese Versorgungsform und ihre Folgen hat es seitdem viele Diskussionen mit sehr unterschiedlichen Standpunkten gegeben. Mit der jetzt vorliegenden Broschüre „DMP: wer – wie – was“ möchten wir interessierte Multiplikatoren und Multiplikatorinnen neutral über Disease-Management informieren. In die jetzt vorliegende Auflage wurden auch die entsprechenden Änderungen durch das zum 01.01.2004 in Kraft getretene GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eingearbeitet.

Wir freuen uns, wenn die zusammengestellten Informationen als kleines Nachschlagewerk bei Fragen und Begrifflichkeiten weiterhelfen. Fehler lassen sich bei einer umfassenden Recherche von Namen und Adressen leider nicht vermeiden. Wir würden es begrüßen, wenn uns die zutreffenden Angaben mitgeteilt werden würden.

Ihr Arbeitskreis Patientinnen- und Patienteninformation

2. Der Risikostrukturausgleich und seine Folgen

Disease-Management-Programme (DMP) - Begriff, Einbindung in die gesetzliche Krankenversicherung und rechtliche Grundlagen

2.1 Woher kommt der Begriff „Disease-Management“ und was bedeutet er?

Das englische Wort „disease“ bedeutet „Krankheit, Erkrankung“. Der Begriff „Disease-Management“ entstand ursprünglich in den USA im Zusammenhang mit dem dortigen Prinzip einer gesteuerten, strukturierten Gesundheitsvorsorge, der „Managed Care“. Dabei handelt es sich um eine sinnvolle Gesundheitsförderung mit dem Ziel einer qualitätskontrollierten und kosteneffektiven medizinischen Versorgung. Disease-Management stellt demnach ein Instrument der Versorgungssteuerung im besonderen Interesse der Versicherten, Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen sowie Kostenträger dar.

Auf das Gesundheitswesen in Deutschland übertragen verbirgt sich hinter dem Begriff „Disease-Management“ eine medizinische Versorgungsform, mit der u. a. die Prävention und Behandlung einer Krankheit verbessert und die durch diese Krankheit bedingten Beeinträchtigungen reduziert werden können. Disease-Management erfordert dabei verbindliche und aufeinander abgestimmte Behandlungs- und Betreuungsprozesse über Krankheitsverläufe und institutionelle Grenzen hinweg. Diese Prozesse werden auf der Grundlage medizinischer Evidenz, d.h. unter begleitender wissenschaftlicher Überprüfung festgelegt. Mit einem Disease-Management verbindet sich aber auch das Ziel, die innerhalb des Gesundheitswesens zur Verfügung stehenden Ressourcen möglichst effektiv einzusetzen, um eine hochwertige und zudem in einem angemessenem Kosten-Nutzen-Verhältnis stehende medizinische Versorgung gewährleisten zu können. (Vgl. Bundestagsdrucksache 14/123, S.10)

2.2 Warum werden Disease-Management-Programme eingeführt?

Die Einführung von Disease-Management-Programmen in das System der gesetzlichen Krankenversicherung wurde im Wesentlichen durch zwei Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen beeinflusst:

- zum einen soll die medizinische Versorgung chronisch Kranker verbessert werden,
- zum anderen zielt der Gesetzgeber darauf ab, alle gesetzlichen Krankenkassen in finanzieller Hinsicht möglichst so zu stellen, als ob sie annähernd gleiche Versichertenstrukturen hätten (Risikostrukturausgleich, s. 2.2.2).

2.2.1 Verbesserung der medizinischen Versorgung chronisch Kranker

Die Einführung von Disease-Management-Programmen soll in erster Linie der Verbesserung der Versorgungslage chronisch Kranker dienen. Diese strukturierten Programme sollen eine sektoren-, institutionen- und professionenübergreifende Behandlung der jeweiligen Krankheit ermöglichen. Das bedeutet

- eine enge Verzahnung von ambulanter und stationärer ärztlicher Behandlung sowie der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung,
- eine Zusammenarbeit der unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens und

- eine Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheitsberufe (Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten usw.).

Der Hausarzt oder die Hausärztin (bei Brustkrebs auch der Gynäkologe oder die Gynäkologin bzw. das beteiligte Brustzentrum) sollen dabei eine Lotsenfunktion durch das verzweigte Gesundheitssystem übernehmen.

Angestrebt wird ein stärkeres Ineinandergreifen von Sekundärprävention, Kuration und Rehabilitation bei regelmäßiger Erfolgsprüfung. Den Patientinnen und Patienten fällt dabei eine aktivere Rolle zu als bisher. (Mehr Informationen im Internet unter: www.bmgs.de, Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit zum Gutachten des Sachverständigenrates „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“, S. 47f)

Im Mittelpunkt der DMP stehen evidenzbasierte Leitlinien für die betreffende Krankheit. Diese Leitlinien geben als Struktur des jeweiligen Programms Behandlungsmethoden vor, die in wissenschaftlichen Studien auf Wirksamkeit, Sicherheit und Nutzen überprüft worden sind. Dadurch wird sichergestellt, dass die Patientinnen und Patienten nach dem aktuellen, wissenschaftlich belegbaren Erkenntnisstand behandelt werden. Für die Ärztinnen und Ärzte wird durch die Leitlinien jedoch lediglich ein Behandlungs-„Korridor“ vorgegeben, der im Einzelfall den individuellen Bedürfnissen der Erkrankten anzupassen ist und zugleich die Berücksichtigung neuester gesicherter Erkenntnisse gewährleistet. Die Therapiefreiheit des Arztes bleibt also erhalten.

2.2.2 Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen

Wettbewerb kann auch bei eigentlich "marktfremden" Zielen wie der Gewährleistung sozialen Schutzes und gesundheitlicher Versorgung eine bedeutende Rolle spielen. Dieses jedenfalls dann, wenn sich die Ziele des Wettbewerbs in erster Linie auf die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der medizinischen Versorgung beziehen. Ein so verstandener Wettbewerb bietet die größte Chance, eine solidarisch finanzierte Krankenversicherung zu erhalten, innerhalb derer eine größtmögliche Beitragssatzstabilität und -gerechtigkeit unter Beibehaltung eines hohen medizinischen Standards gewährleistet wird.

Auch in diesem System der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen allerdings Wettbewerbsverzerrungen z. B. durch das unterschiedliche Einkommen, ferner durch den unterschiedlichen Gesundheitszustand der Versicherten und die daraus folgende unterschiedliche Ausgabenbelastung (das so genannte Morbiditätsrisiko).

Um diese Faktoren zwischen den gesetzlichen Krankenkassen auszugleichen, wurde im Jahre 1994 durch den Gesetzgeber der Risikostrukturausgleich geschaffen.

Der Risikostrukturausgleich in seiner ursprünglichen Gestaltung hatte zur Folge, dass die sehr unterschiedlichen Beitragssätze sich annäherten und sich ein Wettbewerb zwischen den Kassen entwickeln konnte. Dies führte allerdings dazu, dass möglichst gesunde Versicherte von den Krankenkassen umworben wurden. So bestanden weiterhin Ungleichgewichte im Wettbewerb der Kassen untereinander; insgesamt gab es zu wenig Anreize für die Krankenkassen, die medizinische Versorgung insbesondere chronisch kranker Menschen zu verbessern.

Ein verbessertes Versorgungsangebot einer Krankenkasse für bestimmte, insbesondere chronische Krankheiten hätte höhere Leistungsausgaben für diese Kasse bewirkt, ohne dass ein vollständiger Kostenausgleich innerhalb des bisherigen Risikostrukturausgleichs erfolgt wäre. Eine Erhöhung der Beiträge für die Versicherten solcher Kassen wäre vielfach unvermeidbar gewesen.

Auf diese Entwicklung hat der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung reagiert, das am 01. Januar 2002 in Kraft getreten ist. Mit diesem Gesetz wurden die Verbesserung der Versorgung von chronisch erkrankten Menschen und die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs bis zum Jahr 2007 mit dem Ziel einer größeren Beitragssatzgerechtigkeit miteinander verknüpft.

Die im Zuge der Einführung der Disease-Management-Programme entstehenden Strukturen bilden die Grundlage für diese Reform. Die entsprechenden Regelungen finden sich in § 137 f und § 137 g des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V). Demnach werden die Krankenkassen für diejenigen chronisch kranken Versicherten, die in qualitätsgesicherte DMP eingeschrieben sind, zusätzliche Zahlungen aus dem Risikostrukturausgleich erhalten. Damit wird dafür Sorge getragen, dass den Krankenkassen, die sich um eine gezielte Verbesserung der Versorgung ihrer chronisch erkrankten Versicherten bemühen, kein finanzieller Nachteil entsteht, sondern sie im Vergleich zu den bisherigen Regelungen deutlich besser gestellt werden.

2.3 Umsetzung der neuen gesetzlichen Vorgaben nach Verabschiedung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) zum 01.01.2004

Die Aufgaben zur Umsetzung der neuen gesetzlichen Vorgaben ist auf mehrere Schultern verteilt:

- der Gemeinsame Bundesausschuss (dem die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen angehören und Patientenvertreterinnen und -vertreter ein Mitberatungsrecht haben),
- das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS),
- die Krankenkassen und
- das Bundesversicherungsamt (BVA).

2.3.1 Der Gemeinsame Bundesausschuß (bis 31.12.2003 Koordinierungsausschuss) und das BMGS

Entsprechend den gesetzlichen Regelungen empfahl der damalige Koordinierungsausschuss nach § 137e SGB V dem BMGS Ende Januar 2002 vier für die Entwicklung von Disease-Management-Programmen geeignete chronische Erkrankungen. Vorgeschlagen wurden

- Diabetes mellitus (Typ 1 und 2),
- chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen,
- Brustkrebs und
- koronare Herzkrankheit.

Diesen Empfehlungen ist das BMGS gefolgt.

Das BMGS erließ zum 01.07.2002 die erforderliche Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V (Vierte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung - RSAV -), in der die Anforderungen an die Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs geregelt sind. Mit Wirkung zum 01. Mai 2003 sind auch die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für koronare Herzkrankheit (khk) veröffentlicht worden (Siebente Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – 7. RSA-ÄndV). Für das Krankheitsbild Diabetes mellitus Typ 1 wurden die Anforderungen zum 01. März 2004 bekannt gegeben (Neunte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – 9. RSA-ÄndV).

Sobald der Gemeinsame Bundesausschuss Empfehlungen zu den Anforderungen an Programme für das weitere benannte Krankheitsbild Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen vorgelegt hat, wird das BMGS die Rechtsverordnung für diese weiteren Krankheitsbilder entsprechenden erweitern.

2.3.2 Die Krankenkassen

Die Durchführung der DMP obliegt den Krankenkassen. Die konzeptionellen Inhalte der Programme müssen den §§ 137 f, 137 g SGB V sowie den §§ 28 ff RSAV entsprechen. Dazu gehören insbesondere die aktive Einbindung von Patientinnen und Patienten (s. Compliance), der Einsatz evidenzbasierter Leitlinien (vgl. oben) sowie die nachvollziehbare Dokumentation der Programme. Darüberhinaus werden die Programme von unabhängigen Sachverständigen auf ihre Wirksamkeit hin überprüft (Evaluation).

Die Einbindung der Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen erfolgt über Verträge, die zwischen ihnen und den Krankenkassen abgeschlossen werden.

2.3.3 Das Bundesversicherungsamt

Für die Zulassung der DMP ist ausnahmslos das Bundesversicherungsamt zuständig (§ 137 g Abs. 1 SGB V). Dadurch wird sichergestellt, dass die Zulassung nach bundesweit einheitlichen Zulassungskriterien erfolgt. Nötigenfalls kann das Bundesversicherungsamt wissenschaftliche Sachverständige zur Prüfung der Zulassung hinzuziehen (§ 137 g Abs. 1 S. 2 SGB V).

Die Zulassung und Verlängerung eines DMP ist gemäß § 28 g Abs. 5 RSAV auf höchstens drei Jahre zu befristen, so dass auch laufende Programme einer regelmäßigen Prüfung durch das BVA unterliegen. (Weitere Einzelheiten zu den Behandlungsprogrammen im Internet unter: www.bva.de.)

3. Glossar - Was bedeutet eigentlich ...?

Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung in der Medizin (ÄZQ)

→ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

Das ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin wurde von der Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung im März 1995 unter dem Namen „Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung in der Medizin (ÄZQ)“ gegründet. Seit dem 24.01.2003 hat es den neuen Namen „Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)“. Es soll die Arbeit der ärztlichen Spitzenorganisationen auf dem Gebiet der Qualitätssicherung koordinieren. Dabei sind die Interessen der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen. Das ÄZQ kooperiert mit Krankenkassen und Krankenhausverbänden.

Ambulante Behandlung (out-patient treatment)

Im Gegensatz zur → stationären Behandlung ist sie in der ärztlichen Praxis, beim ärztlichen Hausbesuch bei Notfällen oder in der Ambulanz eines Krankenhauses möglich. In der Regel ist bei einer ambulanten Behandlung keine Übernachtung vorgesehen.

Arterielle Hypertonie

Bluthochdruckerkrankungen: dauernde Erhöhung des Blutdruckes

Asthma bronchiale

Anfallsweise Wiederkehr von hochgradigen Atemnotanfällen

AWMF

In der **Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften** sind rund 140 wissenschaftlichen Fachgesellschaften aus allen Bereichen der Medizin zusammengeschlossen.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (ab 01.01.2004)

Zum 01.01.2004 hat er den → Koordinierungsausschuss abgelöst. Dem G-BA gehören die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen an. Patientenvertreterinnen und -vertreter haben ein Mitberatungsrecht.

BMGS

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Mit der Neuordnung der Bundesministerien nach der Bundestagswahl 2002 hat das frühere BMG (bis Herbst 2002: **Bundesministerium für Gesundheit**) auch das Fachgebiet der Gesetzlichen Rentenversicherung unter sich.

Case Management

zu deutsch: Einzelfallsteuerung

Individuelle Unterstützung des Patienten oder der Patientin im Krankheitsfall durch einen oder eine → Case-Manager oder Casemanagerin. Beim Case Management werden individuelle Problem- und Bedürfnislagen der Erkrankten berücksichtigt.

Case-Manager/-in

zu deutsch: Verantwortliche oder Verantwortlicher der Einzelfallsteuerung

Das → Case-Management kann durch unterschiedliche Personen oder Einrichtungen erfolgen: z.B. niedergelassenem Arzt oder Ärztin, Versicherungsservice einer Krankenkasse oder Gesundheits-Dienstleister.

Chronikerprogramme

→ DMP

Compliance

zu deutsch: Befolgung, Einverständnis, Willfährigkeit (Kooperationsbereitschaft, die auch Pflichten enthält)

Ihr liegt die Annahme zugrunde, dass sich der Behandlungserfolg nur durch Akzeptanz und unter aktiver Mitwirkung des Patienten/der Patientin einstellt (gilt auch für die Medikamenteneinnahme).

COPD (Chronic Obstructiv Pulmonary Disease)

zu deutsch: Chronische obstruktive Atemwegserkrankungen

Diabetes mellitus Typ 1

zu deutsch: Zuckerkrankheit

Die Erkrankung betrifft überwiegend Kinder und Jugendliche. Vom Zeitpunkt der Diagnosestellung an sind sie immer auf Insulingaben angewiesen.

Diabetes mellitus Typ 2

auch: Altersdiabetes

Die Erkrankung tritt in der Regel bei Erwachsenen im mittleren und höheren Lebensalter auf und kann zumeist durch geeignete Ernährung und Tabletten behandelt werden. Eine Insulintherapie lässt sich dadurch häufig verhindern.

DMP (Disease-Management-Programme)

zu deutsch: strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke

Disease-Management beruht auf der Vorstellung, anhand von → Leitlinien und Standards eine definierte optimale Behandlung zu identifizieren und auf der Grundlage → integrierter Versorgungsformen anzuwenden.

Ziel von Disease-Management ist es, die Qualität der Versorgung so zu sichern, dass auch die langfristig entstehenden Kosten gesenkt werden.

Zur Zeit werden für → Asthma bronchiale und chronische obstruktive Lungenerkrankungen → COPD, Brustkrebs → Mamma-CA, Diabetes mellitus → Diabetes mellitus Typ 1 → Diabetes mellitus Typ 2 sowie koronare Herzerkrankungen → KHK spezielle Behandlungsprogramme entwickelt

DMP-Vertragsarzt oder DMP-Vertragsärztin

Der Hausarzt oder die Hausärztin (bei Brustkrebs auch Gynäkologe oder Gynäkologin bzw. das Brustzentrum) oder der entsprechend fortgebildete Allgemeinmediziner oder die Allgemeinmedizinerin können im Rahmen von DMP den gesamten Versorgungsprozess koordinieren
→ Hausarztmodell.

DRG (Diagnosis Related Groups)

zu deutsch: Fallgruppenbezogene Zuordnung und Abrechnung der in Anspruch genommenen Leistungen in Behandlung, Pflege, Verwaltung etc. im Rahmen der stationären Krankenhausversorgung (→ Fallpauschalen).

DRGs sollen als Abrechnungssystem im deutschen Krankenhaussektor eingeführt werden. Es existieren verschiedene Ausprägungen dieses Systems (z. B. in Frankreich oder Australien). Wie alle pauschalisierenden Systeme erfordern DRGs begleitende Maßnahmen zur Absicherung der Qualität der Behandlung und der Steuerung der Patientinnen und Patienten.

EBM

Einheitlicher Bewertungsmaßstab. Maßstab zur relativen Bewertung der ärztlichen Leistungen im Verhältnis zueinander bei der → ambulanten Behandlung.

Effizienz

Bewertung des Nutzens in Relation zu den eingesetzten Mitteln.

Einschreibung

Bei einem DMP ist eine schriftliche Einwilligung gegenüber der Krankenkasse erforderlich, die dadurch erfolgt, daß sich der Versicherte oder die Versicherte entweder beim → DMP-Vertragsarzt oder der DMP-Vertragsärztin oder dem Hausarzt oder der Hausärztin bzw. der Krankenkasse einschreibt. Die Teilnahme am → DMP ist freiwillig

Einzelleistungsvergütung

Für jede definierte und für jeden/jede Patienten/Patientin erbrachte Leistung wird eine vorher festgelegte Vergütung bezahlt. Die vergütbaren Leistungen sind in einem Gebührenkatalog (z. B. → GOÄ) festgelegt.

Evaluation

Mit Evaluation wird eine wertende Untersuchung oder Analyse eines Produktes, eines Prozesses oder eines Programmes bezeichnet.

Evidenz

zu deutsch: Beweis, Anhaltspunkt, Nachweis, einleuchtende Gewissheit

Evidenz-basierte Medizin (Evidence-based medicine, EbM)

Für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten werden aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse systematisch aufbereitet und für die Behandlung nutzbar gemacht. Nach festen Verfahrensregeln werden wissenschaftliche Informationen zu diagnostischen oder therapeutischen Verfahren auf ihre Aussagekraft und klinische Wichtigkeit überprüft. Hierdurch soll die Anwendung unwirksamer oder sogar schädlicher Verfahren verhindert werden. Evidenz-basiert meint hier, es muss für die Anwendung einer Behandlung oder Versorgung einen einleuchtenden wissenschaftlichen Nachweis geben.

Fallpauschale

Für einen definierten Krankheitsfall (abgegrenzt u. a. nach zeitlichen Kriterien oder der Diagnose) wird pro Patient/Patientin eine Pauschale für die Behandlung (an Ärzte/Ärztinnen, Krankenhäuser, etc.) gezahlt, unabhängig vom individuell aufzuwendenden Arbeitsumfang → DRG

Fehlversorgung

Jede Versorgung, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht. (vgl. Gutachten des → Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001, Band III)

Gatekeeper

zu deutsch: Torwächter, Pförtner

Leistungserbringer oder Leistungserbringerin (Primärarzt/-ärztin, Hausarzt/-ärztin), der/die außer in Notfällen den Zugang zur fachärztlichen und stationären Versorgung steuert → Hausarztmodell.

Generika

Arzneimittel, die nicht unter einem eingetragenen Warenzeichen, sondern unter ihrem Wirkstoffnamen („generic name“) im Handel sind und zu wesentlich niedrigeren Preisen als Originalpräparate verkauft werden.

Gesundheits-Dienstleister

Kommerziell arbeitende Serviceunternehmen, die Krankenkassen u. a. bei der Umsetzung der DMP unterstützen (z. B. durch das Betreiben eines Telefonservices für Ratsuchende bei individuellen Gesundheitsfragen oder -problemen).

GOÄ

Gebührenordnung für Ärzte. Amtlich erlassener Katalog für privatärztliche Leistungen.

Guidelines

zu deutsch: Leitlinien

Im Sprachgebrauch der USA werden in der Regel sowohl → Richtlinien als auch → Leitlinien als "guidelines" bezeichnet und nicht hinsichtlich der Verbindlichkeit differenziert (→ AWMF, 2000)

Hausarztmodell

Der Hausarzt oder die Hausärztin bzw. der → DMP-Vertragsarzt oder die DMP-Vertragsärztin koordiniert den gesamten Versorgungsprozess. Ihm oder ihr kommt die übergreifende Betreuung zu und er oder sie trägt Verantwortung für → Qualität und → Effizienz der Versorgung. Der Hausarzt oder die Hausärztin bzw. der DMP-Vertragsarzt oder die DMP-Vertragsärztin koordiniert den Zugang von Patienten und Patientinnen zu Fachärzten, Fachärztinnen und Krankenhäusern.

Integrierte Versorgung

Sektorübergreifende Versorgung zwischen ambulanter, stationärer, rehabilitativer und pflegerischer Versorgung.

Inzidenz

Anzahl der Neuerkrankungsfälle einer bestimmten Erkrankung innerhalb eines bestimmten Zeitraumes.

ISO

zu deutsch: Internationale Organisation für Standardisierung

ISO ist ein weltweiter Zusammenschluss von nationalen Körperschaften aus mehr als 140 Ländern. Die Nichtregierungsorganisation will die Entwicklung von Standards weltweit voranbringen, um unter anderem den internationalen Waren- und Dienstleistungsaustausch zu erleichtern. Normen zu Qualitätsmanagementsystemen, die jetzt auch im Gesundheitswesen Eingang gefunden haben, finden sich unter der sogenannten DIN EN ISO 9000 ff.

KHK, KHE

zu deutsch: Koronare Herzkrankheit

Eine Erkrankung der Herzkranzgefäße, die Infolge von Ablagerungen an den Innenwänden immer enger werden (auch: Arteriosklerose oder Arterienverkalkung)

Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (bis 31.12.2003)

Mitglieder der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen sind die an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten Institutionen. Sie sollen gemeinsam medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten und Vorschläge zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen entwickeln und miteinander abstimmen. Ziel ist eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten und eine ausgewogene Verteilung der Belastungen.

Zum 01.01.2004 ist die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen abgeschafft worden.

Koordinierungsausschuss (bis 31.12.2003)

Gemeinsames Gremium auf der Bundesebene, dem Vertreter und Vertreterinnen der Gesetzlichen Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und den jeweiligen Vorsitzenden der Bundesausschüsse angehören. Der Ausschuss empfiehlt einvernehmlich dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) die Diagnosen und Anforderungen an → Disease-Management-Programme.

Zum 01.01.2004 ist der Koordinierungsausschuss vom → Gemeinsamen Bundesausschuss abgelöst worden.

Kopfpauschale

Für jeden eingeschriebenen Patienten oder Patientin wird für einen festen Zeitraum (z. B. Quartal) eine vorher vereinbarte Pauschale vergütet, unabhängig davon, ob der Patient oder die Patientin die Arztpraxis aufsucht bzw. welcher ärztliche Arbeitsumfang anfällt. Die Kopfpauschalenvergütung ist ein Instrument von → Managed Care.

Kostenträger

Sammelbegriff für die Gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen.

Kuration

Behandlung von Erkrankungen

Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen

Sammelbegriff für alle medizinischen und medizinisch-technischen Einrichtungen und Berufsgruppen, die ihre Leistungen gegenüber den → Kostenträgern abrechnen können.

Leitlinien

Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungskorridoren“ für die ärztliche Tätigkeit. Einheitliche geltende, wissenschaftlich begründete Leitlinien sind Entscheidungshilfen für Diagnostik, Therapie und Nachsorge der behandelnden Ärzte und Ärztinnen.

Mamma-Ca, Mammakarzinom

zu deutsch: Brustkrebs

Managed Care

zu deutsch: gesteuerte Versorgung

Sammelbegriff für Instrumente, Prozesse und Strukturen, die der Steuerung der Gesundheitsversorgung dienen.

Mitwirkungspflichten

Mitwirkungspflichten der Patienten und Patientinnen bei → Disease-Management-Programmen: Teilnahme an strukturierten Schulungen, Verhaltensänderungen, Therapietreue → Compliance

Morbidität

Krankheitsrate (ohne Todesfälle)

Mortalität

Sterblichkeitsrate

Multimorbidität

Gleichzeitiges Auftreten mehrerer Erkrankungen bei einer Person.

Patientenpass

Bei chronischen Erkrankungen, die eine regelmäßige Messung von Laborwerten (u. a. Blut, Harn) erfordern, empfiehlt sich die Eintragung der Werte in einen Patientenpass, der beim Patienten oder der Patientin verbleibt. Im Pass werden auch ärztliche Kontrolltermine eingetragen. Die bekanntesten Patientenpässe sind der Impfpass, der Gesundheitspass Diabetes und zukünftig für Brustkrebs der Nachsorgepass.

Patiententagebuch

Ein von der Praxis an chronisch Kranke ausgegebenes Buch. Es dient der freiwilligen (praxisübergreifenden) Dokumentation und als Kommunikationsmittel zwischen den verschiedenen Ärzten und Ärztinnen.

Patientenschulung

Schulungsprogramme für Patienten und Patientinnen. Sie sollen in die Lage versetzt werden, durch die Teilnahme an Therapie- und Schulungsprogrammen Risikofaktoren durch Verhaltensänderungen nachhaltig positiv zu beeinflussen. Die Patientenschulung dient der Erreichung der individuellen Therapieziele durch Verbesserung des Wissens und Stärkung der Eigenverantwortung → Compliance.

Prävalenz

Krankheitshäufigkeit. Die Prävalenz ist ein Maß für die zu einer bestimmten Zeit in einer definierten Population vorhandenen Krankheitsfälle.

Prävention

Prävention (Krankheitsverhütung) soll eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten verhindern, weniger wahrscheinlich machen oder verzögern
→ Primärprävention → Sekundärprävention → Tertiärprävention.

Primärprävention

Vermeiden des Auftretens einer Krankheit → Sekundärprävention
→ Tertiärprävention

Qualifikation

Ärzte und Ärztinnen, die an → Disease-Management-Programmen teilnehmen, sind verpflichtet, sich durch Fortbildungsseminare, Fortbildungsveranstaltungen und → Qualitätszirkel zu qualifizieren. Die Teilnahme ist gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Qualität

Beschaffenheit, Güte, Wert. Qualität wird nach dem internationalen Normungswesen, der → ISO 9004, definiert als „Die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen“. Qualität hat stets etwas mit Zielen, Zwecken, Erwartungen, Anforderungen von Produzenten und Produzentinnen oder Konsumenten und Konsumentinnen zu tun.

Qualitätszirkel

Im Qualitätszirkel findet sich eine Gruppe gleichrangiger Ärzte und Ärztinnen, oft auch weiterer Beteiligter des Gesundheitswesens (so genannte «peer group», *zu deutsch: Gruppe von Gleichgestellten*) zusammen. In einer prinzipiell gleichberechtigten Expertendiskussion arbeiten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen eines Qualitätszirkels unausgesprochene aber dennoch handlungsrelevante Regeln beziehungsweise Routinen ihres Alltagshandelns heraus. Das Ergebnis können praxisadäquate Leitlinien für die tägliche Praxis sein oder die eigenständige Überprüfung der Angemessenheit des eigenen Handels durch die teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen («peer review», *zu deutsch: nochmalige Überprüfung durch Gleichgestellte*).

Recall-System

zu deutsch: Rückruf, Rückforderung, Erinnerung

Ein Bestandteil von → Disease-Management-Programmen wird sein, dass Krankenkassen selbst oder aber durch sie beauftragte Dritte (so genannte → Gesundheits-Dienstleister) ihre Versicherten per Post, Telefon oder Email an Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen erinnern. Voraussetzung ist dazu nach den Datenschutzbestimmungen in Deutschland, dass die Versicherten hierfür zuvor ihre schriftliche Einverständniserklärung geben.

Reminder

zu deutsch: Gedächtnisstütze, Mahnung, Mahnbescheid

Als Erinnerungshilfen können u. a. persönliche → Patientenpässe
→ Patiententagebücher oder ein → Recall-System zur Anwendung kommen.

Richtlinie

Richtlinien sind Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die von einer rechtlich legitimierten Institution genehmigt, schriftlich fixiert und veröffentlicht wurden, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht. (→ ÄZQ, 1997)

Risikoselektion

zu deutsch: *Risikoauswahl*

„Rosinenpickerei“ = Vermutung, dass Krankenkassen nur zahlungskräftige und gesunde Versicherte als Mitglieder anwerben wollen.

Risikostrukturausgleich (RSA)

Finanzausgleich zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen (ohne Landwirtschaftliche Krankenkassen). Bei den standardisierten Leistungsausgaben werden bislang Alter und Geschlecht, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit sowie unterschiedliche Krankengeldansprüche berücksichtigt. Der tatsächliche Krankheitszustand (→ Morbidität) der Versicherten fließt nicht in die Berechnungen ein. Kassen mit höherer Morbidität ihrer Versicherten erhalten weniger Geld, als sie für die Versorgung ihrer chronisch kranken Versicherten brauchen. Durch die Einführung von Disease-Management in den RSA wird dagegen auch die Morbidität der Versicherten berücksichtigt. Zukünftig bekommen Krankenkassen für diejenigen chronisch kranken Versicherten, die in qualitätsgesicherten → Disease-Management-Programmen eingeschrieben sind, höhere Transferzahlungen aus dem RSA.

RSA

→ Risikostrukturausgleich

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (bis 31.12.2003)

Der SVR wird vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (→ BMGS) berufen und setzt sich aus sieben Experten und Expertinnen des Gesundheitswesens zusammen. Der Rat hat die Aufgabe

- die Entwicklung in der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu analysieren,
- unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen zu entwickeln,
- Vorschläge für medizinische und ökonomische Orientierungsdaten vorzulegen, sowie
- Möglichkeiten der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzuzeigen.

Der SVR veröffentlicht regelmäßig im Auftrag des BMGS verschiedene (Sonder-) Gutachten.

Zum 01.01.2004 ist er vom → Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen abgelöst worden.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (ab 01.01.2004)

Der SVR wird vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (→ BMGS) berufen und setzt sich aus sieben Experten und Expertinnen des Gesundheitswesens zusammen. Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Im Rahmen der Gutachten entwickelt der Sachverständigenrat unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf; er kann in seine Gutachten Entwicklungen in anderen Zweigen der Sozialen Sicherung einbeziehen. Die Gutachten des Sachverständigenrates werden im Abstand von zwei Jahren erstellt. Das nächste Gutachten wird im Frühjahr 2005 erscheinen.

Schnittstelle, stationär-ambulante

In Deutschland herrscht eine strikte Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor vor, die durch das Finanzierungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgegeben wird. Disease-Management will die Kooperation zwischen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen, Sozialstationen und anderen Nachsorge- und Pflegeeinrichtungen vertraglich festigen.

Sektoren

Verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens wie ambulant, stationär, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel → Schnittstelle, stationär-ambulante

Sekundärprävention

Vermeidung der Verschlechterung eines Krankheitsverlaufes → Primärprävention
→ Tertiärprävention

Stationäre Behandlung (in-patient treatment)

Im Gegensatz zur → ambulanten Behandlung wird diese im Krankenhaus vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär erbracht und ist in der Regel mit einer Übernachtung verbunden.

SVR

→ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Teilnahmemodalitäten

Die Teilnahme der Versicherten an einem → Disease-Management-Programm ist freiwillig. Der behandelnde Arzt oder die Ärztin bestätigt anhand der gesicherten Diagnose die Teilnahmeberechtigung. Versicherte müssen der Programmteilnahme schriftlich zustimmen. Die Einwilligung schließt folgendes ein:

- Weitergabe von Behandlungsdaten
- Teilnahme an Schulungsprogrammen
- Verhaltensänderung
- Regelmäßige Kontrolle klinischer Parameter
- Therapietreue
- Compliance

Tertiärprävention

Vermeidung von Folgeschäden und Begleiterkrankungen → Primärprävention
→ Sekundärprävention

(Therapie-)empfehlungen

Die Beschreibung einer Möglichkeit des Handelns oder Unterlassens. Empfehlungen haben einen geringen bindenden Charakter, können aber Vorstufen für → Leitlinien darstellen.

Überversorgung

Versorgung mit nicht indizierten (angebrachten) Leistungen oder mit Leistungen ohne hinreichend gesichertem Netto-Nutzen (Nutzen nach Abwägung von Vor- und Nachteilen einer Leistung) oder Leistungen mit geringem Nutzen, der die Kosten nicht mehr rechtfertigt oder in ineffizienter, also „unwirtschaftlicher“ Form erbracht werden (vgl. Gutachten des → SVR 2000/2001, Band III)

Unterversorgung

Teilweise oder gänzliche Verweigerung einer Versorgung trotz individuellen, professionell, wissenschaftlich und gesellschaftlich anerkannten Bedarfs, obwohl Leistungen mit hinreichend gesichertem Netto-Nutzen und – bei medizinisch gleichwertigen Leistungsalternativen – in effizienter Form, also im Sinne von „wirtschaftlich“ zur Verfügung stehen (vgl. Gutachten → SVR 2000/2001, Band III)

Wiedereinbestellung (strukturierte)

Eine programmierte, z. B. schriftliche oder telefonische Aufforderung zur Teilnahme an Kontrolluntersuchungen oder Schulungen → Recall-System.

4. Krankenkassen und ihre eigenen DMP

Die Gesetzlichen Krankenkassen stehen untereinander im Wettbewerb. Für ihre eigenen Versicherten können sie kassenspezifische DMP auflegen, die sich in Inhalt und Ausgestaltung unterscheiden können. Bei der Umsetzung werden die Krankenkassen oftmals von Gesundheits-Dienstleistern unterstützt. Diese betreiben im Auftrag der Krankenkasse z. B. ein Call-Center oder nehmen bei Fragen von Versicherten zum DMP direkt mit diesen Kontakt auf.

Die Verbände der Krankenkassen schließen landesweit gemeinsam und einheitlich vertragliche Regelungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen bzw. anderen Beteiligten ab (regionale Ausnahmen sind möglich). Für Niedersachsen gibt es derzeit (Stand Juni 2004) für die Krankheitsbilder Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs einen Vertragsabschluss aller Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen und bei Brustkrebs auch mit der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft. Das Einschreibeverfahren für Versicherte mit Brustkrebs soll am 01.07.2004 starten. Für die Diagnosen Diabetes Typ 1 und Koronare Herzerkrankungen (KHK) sollen die Verhandlungen mit den Vertragspartnern kurzfristig aufgenommen werden.

Primärkassen		
Krankenkasse	Titel	Anmerkungen
Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)	Curaplan	-
Betriebskrankenkasse (BKK)	BKK MedPlus	BKK-individuelle Abweichungen sind möglich
Innungskrankenkasse (IKK)	IKKpromed	-
Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK)		
Bundesknappschaft	Gut DABEI	-
Seekasse		Vertraglich an AOK gebunden

Anmerkung: Alle Angaben beruhen auf vorhandene Broschüren und/oder persönlichen Aussagen der jeweiligen Krankenkassen.

Angestellten-Ersatzkassen		
Krankenkasse	Titel	Anmerkungen
Barmer Ersatzkasse	Barmer Behandlungs- und Betreuungsprogramme	-
Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK)	Gesundheitsprogramme	-
Techniker Krankenkasse (TK)	TK-Plus	-
Kaufmännische Krankenkasse (KKH)	Gesundheitsprogramme	-
Hamburg Münchener Krankenkasse (Ha-Mü)	Ihr Plus	-
Hanseatische Ersatzkasse (HEK)	Patientenbetreuungsprogramme	-
Handelskrankenkasse (HKK)	hkk-aktimed	-

Anmerkung: Alle Angaben beruhen auf vorhandene Broschüren und/oder persönlichen Aussagen der jeweiligen Krankenkassen.

Arbeiter-Ersatzkassen		
Krankenkasse	Titel	Anmerkungen
Gmünder Ersatzkasse (GEK)	Besser leben mit...	-
Krankenkasse für Bau- und Holzberufe (HZK)	-	-
Krankenkasse Eintracht Heusenstamm (KEH)	Disease-Management- Programme	Bis jetzt kein eigener Titel, aber Fragebogen für Patienten

Anmerkung: Alle Angaben beruhen auf vorhandene Broschüren und/oder persönlichen Aussagen der jeweiligen Krankenkassen.

5. Wer ist direkt in die Durchführung der DMP eingebunden?

Die Einführung von DMP erfolgt in drei Schritten. Zunächst beraten und verabschieden die Spitzenorganisationen auf Bundesebene innerhalb des Gemeinsamen Bundesausschusses Kriterien für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens zehn Krankheiten je Jahr. Allerdings ist dies derzeit nicht der Fall. Daneben empfiehlt der Ausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geeignete chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen. Außerdem erarbeiten die Spitzenorganisationen einvernehmlich Anforderungen an die Ausgestaltung der Behandlungsprogramme.

Nach Bekanntgabe der Vorgaben können die Krankenkassen oder ihre Verbände die zur Durchführung notwendigen Verträge abschließen. In der Regel werden die Kassenärztlichen Vereinigungen die Vertragspartnerinnen auf der Landesebene sein.

Abschließend hat das Bundesversicherungsamt auf Antrag einer Krankenkasse oder eines Verbandes der Krankenkassen die Zulassung von DMP zu erteilen. Die Zulassung ist zeitlich befristet und kann mit Auflagen und Bedingungen versehen werden.

Bundesebene	Landesebene
<p>AOK-Bundesverband Kortrijker Straße 1 53177 Bonn Tel.: (02 28) 8 43-0 Fax: (02 28) 8 43-5 02 Internet: www.dmp-aok.de E-Mail: dmp@bv.aok.de</p> <p><i>(Entsendet Vertreter und Vertreterinnen in den Koordinierungsausschuss und unterstützt bei Aufbau und Durchführung der DMP)</i></p>	<p>AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen Hildesheimerstraße 273 30519 Hannover Tel.: (05 11) 87 01-0 Fax: (05 11) 87 01-1 09 89 Internet: www.aok.de/nieders E-Mail: AOK.Niedersachsen@nds.aok.de</p> <p><i>(Unterstützt bei Aufbau und Durchführung der DMP)</i></p>

Bundesebene	Landesebene
<p>Bundesknappschaft Hauptverwaltung Pieperstraße 14-28 44789 Bochum Tel.: (02 34) 3 04-0 oder (0 80 00) 20 05 01 (kostenfrei) Fax: (02 34) 3 04-5 30 50 Internet: www.bundesknappschaft.de E-Mail: krankenversicherung@bundesknappschaft.de</p> <p><i>(Entsendet Vertreter und Vertreterinnen in den Koordinierungsausschuss und unterstützt bei Aufbau und Durchführung der DMP)</i></p>	<p>Bundesknappschaft Verwaltungsstelle Hannover Siemensstraße 7 30173 Hannover Tel.: (05 11) 80 79-0 Fax: (05 11) 80 79-1 39 E-Mail: hannover@bundesknappschaft.de</p> <p><i>(Unterstützt bei Aufbau und Durchführung der DMP)</i></p>
<p>Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) Am Propsthof 78a, 53121 Bonn Tel.: (02 28) 9 41-0 oder (0 18 88) 4 41-0 Fax: (02 28) 9 41-49 00 oder (0 18 88) 4 41-49 00 Dienstsitz Berlin Wilhelmstraße 49 10117 Berlin (Mitte) Tel.: (0 30) 20 07-0 oder (0 18 88) 5 27-0 Fax: (0 18 88) 527-18 30 Internet: www.bmgs.de E-Mail: info@bmgs.bund.de</p> <p><i>(Erlässt u. a. gemäß § 137f Abs. 2 SGB V die erforderliche Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V)</i></p>	<p>Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (MS) Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2 30159 Hannover Tel.: (05 11) 1 20-0 Fax: (05 11) 1 20-42 98</p> <p>Internet: www.ms.niedersachsen.de E-Mail: pressestelle@ms.niedersachsen.de</p> <p><i>(Prüft die Akkreditierung durch das Bundesversicherungsamt)</i></p>
<p>Bundesverband der Betriebskrankenkassen Kronprinzenstraße 6 45128 Essen Tel.: (02 01) 1 79-01 Fax: (02 01) 1 79-10 10 Internet: www.bkk.de E-Mail: vorstandsbuero@bkk-bv.de</p> <p><i>(Entsendet Vertreter und Vertreterinnen in den Koordinierungsausschuss und unterstützt bei Aufbau und Durchführung der DMP)</i></p>	<p>BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen Hamburger Allee 61 30161 Hannover Tel.: (05 11) 3 48 44-0 Fax: (05 11) 3 48 44-1 19 Internet: www.bkk-niedersachsen-bremen.de E-Mail: info@bkk-niedersachsen-bremen.de</p> <p><i>(Unterstützt bei Aufbau und Durchführung der DMP)</i></p>

Bundesebene	Landesebene
<p>Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK) Weißensteinstraße 70-72 34131 Kassel Tel.: (05 61) 93 59-1 02 Fax: (05 61) 93 59-1 40 Internet: www.lsv.de E-Mail: info@bs.lsv.de</p> <p><i>(Entsendet Vertreter und Vertreterinnen in den Koordinierungsausschuss und unterstützt bei Aufbau und Durchführung der DMP)</i></p>	<p>Landwirtschaftliche Sozialversicherung Niedersachsen-Bremen Im Haspelfelde 24 30173 Hannover Tel.: (05 11) 80 73-1 10 Fax: (05 11) 80 73-75 00 62 Internet: www.lsvnb.de E-Mail: info@lsvnb.de</p> <p><i>(Unterstützt bei Aufbau und Durchführung der DMP)</i></p>
<p>Bundesversicherungsamt (BVA) Friedrich-Ebert-Alle 38 53113 Bonn Tel.: (02 28) 6 19-0 Fax: (02 28) 6 19-18 70 Internet: www.bva.de E-Mail: poststelle@bva.de</p> <p><i>(Zuständig für die Zulassung der DMP gemäß § 137g SGB V)</i></p>	
<p>Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. Geschäftsstelle Düsseldorf Münsterstraße 169 40476 Düsseldorf Tel.: (02 11) 4 54 73-0 Fax: (02 11) 4 54 73-61 Internet: www.dkgev.de E-Mail: dkg.mail@dkgev.de</p> <p><i>(Entsendet Vertreter in den Koordinierungsausschuss)</i></p>	<p>Niedersächsische Krankenhausgesellschaft Thielenplatz 3 30165 Hannover Tel.: (05 11) 3 07 63-0 Fax: (05 11) 3 07 63-11 Internet: www.nkgev.de E-Mail: nkgev@t-online.de</p> <p><i>(Unterstützt bei Aufbau und Durchführung der DMP)</i></p>

Bundesebene	Landesebene
<p>Gemeinsamer Bundesausschuss nach § 91 SGB V</p> <p>Auf dem Seidenberg 3a 53721 Siegburg Tel.: (0 22 41) 93 88-0 Fax: (0 22 41) 93 88-35 Internet: www.g-ba.de E-Mail: info@g-ba.de</p> <p><i>(Empfiehl dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) für DMP geeignete chronische Krankheiten sowie die Anforderungen für die Ausgestaltung der jeweiligen Behandlungsprogramme)</i></p>	
<p>IKK Bundesverband</p> <p>Friedrich-Ebertstr./Technologiepark 51429 Bergisch Gladbach Tel.: (0 22 04) 44-0 Fax: (0 22 04) 44-1 85 Internet: www.ikk.de E-Mail: ikk-bundesverband@bv.ikk.de</p> <p><i>(Entsendet Vertreter und Vertreterinnen in den Koordinierungsausschuss und unterstützt bei Aufbau und Durchführung der DMP)</i></p>	<p>IKK-Landesverband Niedersachsen</p> <p>Anderter Straße 49 30629 Hannover Tel.: (05 11) 58 66-0 Fax: (05 11) 58 66-1 32 Internet: über www.ikk.de E-Mail: ikk-lv.niedersachsen@lvnds.ikk.de</p> <p><i>(Unterstützt bei Aufbau und Durchführung der DMP)</i></p>
<p>Kassenärztliche Bundesvereinigung</p> <p>Herbert-Lewin-Platz 2 (Wegelstraße) 10623 Berlin Postfach 12 02 64 10592 Berlin Tel.: (0 30) 40 05-0 Internet:www.kbv.de E-Mail: info@kbv.de</p> <p><i>(Entsendet Vertreter und Vertreterinnen in den Koordinierungsausschuss und unterstützt bei Aufbau und Durchführung der DMP)</i></p>	<p>Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen</p> <p>Berliner Allee 22 30175 Hannover Tel.: (05 11) 3 80-03 Fax: (05 11) 3 80-34 91 Internet: www.kvn.de E-Mail: info@kvn.de</p> <p><i>(Unterstützt bei Aufbau und Durchführung der DMP)</i></p>

Bundesebene	Landesebene
<p>See-Krankenkasse Hauptverwaltung Reimerstwierte 2 20457 Hamburg Tel.: (0 40) 3 61 37-0 Fax: (0 40) 3 61 37-7 70 Internet: www.seekasse.de E-Mail: support@see-bg.de</p>	
<p>VdAK e.V./AEV e.V. Verbandsgeschäftsstelle Frankfurter Straße 84 53721 Siegburg Tel.: (0 22 41) 1 08-0 Fax: (0 22 41) 1 08-2 48 Internet: www.vdak.de E-Mail: kontakt@vdak-aev.de</p> <p><i>(Entsendet Vertreter und Vertreterinnen in den Koordinierungsausschuss und unterstützt bei Aufbau und Durchführung der DMP)</i></p>	<p>VdAK e.V./AEV e.V. Landesvertretung Niedersachsen Rathenaustraße 1 30159 Hannover Tel.: (05 11) 3 03 97-0 Fax: (05 11) 3 03 97-99 Internet: www.vdak.de/lv-vertrag/ lv_ni.htm E-Mail: lv-niedersachsen@vdak-aev.de</p> <p><i>(Unterstützt bei Aufbau und Durchführung der DMP)</i></p>

6. Wer vertritt Patientinnen und Patienten sowie Verbraucherinnen und Verbraucher?

Interessen von Patienten und Patientinnen werden in der Regel bei der Ausgestaltung der DMP nicht explizit berücksichtigt. Beteiligungsmöglichkeiten wie z. B. ein Anhörungsverfahren sind nicht vorgesehen. Um so entscheidender ist es, dass sich Patienten und Patientinnen über die vereinbarten DMP und deren Spielregeln bei neutralen Stellen informieren können.

Bundesebene	Landesebene
<p>Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP) Geschäftsstelle Gesundheitsladen München e.V. Auenstraße 31 80469 München Tel.: (0 89) 77 25 65 Fax: (0 89) 7 25 04 74 Internet: www.patientenstellen.de E-Mail: muenchen@patientenstellen.de</p>	<p>PatientInnenstelle Barnstorf Kampstraße 19 49406 Barnstorf Tel.: (0 54 42) 80 36 70 Fax: (0 54 42) 99 19 84 E-Mail: barnstorf@patientenstellen.de</p> <p>PatientInnenstelle Göttingen Albanikirchhof 4-5 37073 Göttingen Tel.: (05 51) 48 67 60 Fax: (05 51) 4 27 59 E-Mail: goettingen@patientenstellen.de</p> <p>PatientInnenstelle Osnabrück Koksche Straße 18 49080 Osnabrück Tel.: (05 41) 8 42 64 Fax: (05 41) 6 00 35 17 E-Mail: osnabrueck@patientenstellen.de</p>
<p>Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. Kirchfelderstraße 149 40215 Düsseldorf Tel.: (02 11) 3 10 06-0 Fax: (02 11) 3 10 06-48 Internet: www.bagh.de E-Mail: info@bagh.de</p>	<p>Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Behinderter Niedersachsen e.V. Paulstraße 13 48529 Nordhorn Tel.: (0 59 21) 72 37 52 Fax: (0 59 21) 72 37 53 E-Mail: niedersachsen@lagh.de</p>
<p>Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG e.V.) Friedrichstraße 28 35392 Gießen Tel.: (06 41) 9 94 56 12 Fax: (06 41) 9 94 56 19 Internet: www.dag-selbsthilfegruppen.de E-Mail: dagshg@gmx.de</p>	<p>Selbsthilfe-Büro Niedersachsen Gartenstraße 18 30161 Hannover Tel.: (05 11) 39 19 28 Fax: (05 11) 39 19 07 Internet: www.selbsthilfe-buero.de E-Mail: selbsthilfe-buero-nds@gmx.de</p>

Bundesebene	Landesebene
<p>Sozialverband Deutschland e.V. Bundesverband Koordinierungsstelle Patientenberatung Stralauerstraße 63 10179 Berlin Tel.: (0 30) 72 62 22-0 Fax: (0 30) 72 62 22-311 Internet: www.sovd.de E-Mail: contact@sozialverband.de</p>	<p>Landesverband Niedersachsen - PatientenBeratung im SoVD e.V. - Herschelstraße 31 30159 Hannover Tel.: (05 11) 7 01 48-73 Fax: (05 11) 7 04 48-70 Internet: www.sovd-nds.de E-Mail: patientenberatung@sovnd-nds.de</p>
<p>Sozialverband VdK Deutschland e.V. Wurzerstraße 4a 53175 Bonn Tel.: (02 28) 8 20 93-0 Fax: (02 28) 8 20 93-43 Internet: www.vdk.de E-Mail: Kontakt@vdk.de</p>	<p>Patientenberatungsstelle im Sozialverband VdK Niedersachsen- Bremen Nikolausstraße 11 26135 Oldenburg Tel.: (04 41) 2 10 29-29 Fax: (04 41) 2 10 29-10 Internet: www.vdk.de/ niedersachsen-bremen E-Mail: patientenberatung.oldenburg@ vdk.de</p>
<p>Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. „Pillbox“ Markgrafenstraße 66 10696 Berlin Tel.: (0 30) 2 58 00-0 Fax: (0 30) 2 58 00-2 18 Internet: www.vzbv.de E-Mail: info@vzbv.de</p>	<p>Verbraucherzentrale Niedersachsen e.V. Herrenstraße 14 30159 Hannover Tel.: (05 11) 9 11 96-0 Fax: (05 11) 9 11 96-10 Internet: www.vzniedersachsen.de E-Mail: info@vzniedersachsen.de</p>

7. Wer beeinflusst außerdem die Diskussion um DMP?

Die Einführung von DMP berührt auch die Interessen von ärztlichen Landesorganisationen, Apothekerverbänden und medizinischen Fachgesellschaften. Selbst wenn sie nicht (originäre) Vertragsparteien sind, versuchen die Organisationen durch eine intensive Öffentlichkeitsarbeit ihre Forderungen und Bedenken zu vertreten.

Bundesebene	Landesebene
Deutscher Hausärzteverband e. V. Theodor-Heuss-Ring 14 50668 Köln Tel.: (02 21) 1 60 67-0 Fax: (02 21) 1 60 67-35 Internet: www.hausaerzteverband.de E-Mail: BDA-BV@hausarzt-bda.de	Hausärzteverband Niedersachsen Berliner Allee 20 30175 Hannover Tel.: (05 11) 3 80-24 30/-24 31 Fax: (05 11) 3 18 07 72 Internet: über www.hausaerzteverband.de E-Mail: hausaeerzteverband.nds@t-online.de
Berufsverband der Frauenärzte e. V. Postfach 20 03 63 80003 München Tel.: (0 89) 24 44 66-0 Fax: (0 89)24 44 66-1 00 Internet: www.bvf.de E-Mail: bvf@bvf.de	
Berufsverband Deutscher Internisten e. V. (BDI) Schöne Aussicht 5 65193 Wiesbaden Tel.: (06 11) 1 81 33-0 Fax: (06 11) 1 81 33-50 Internet: www.bdi.de E-Mail: info@bdi.de	Berufsverband Deutscher Internisten e. V. (BDI) Landesverband Niedersachsen c/o Dr. med. Ulrich von Sassen Tiergartenstr. 95 30559 Hannover
Bundesverband Hartmannbund (Verband der Ärzte Deutschlands) Hauptgeschäftsstelle Schützenstraße 6a 10117 Berlin Tel.: (0 30) 20 62 08-0 Fax: (0 30) 20 62 08-29 Internet: www.hartmannbund.de E-Mail: HB-info@Hartmannbund.de	Bundesverband Hartmannbund Landesverband Niedersachsen Berliner Allee 20 30175 Hannover Tel.: (05 11) 34 49 00 Fax: (05 11) 3 48 18 33 Internet: über www.hartmannbund.de E-Mail: lv.niedersachsen@hartmannbund.de

Bundesebene	Landesebene
<p>Deutscher Ärztinnenbund e. V. Geschäftsstelle Herbert-Lewin-Str. 1 50931 Köln Tel.: (02 21) 40 04-5 40 Fax: (02 21) 40 04-5 41 Internet: www.aerztinnenbund.de E-Mail: gsdaeb@ Aol.com</p>	
<p>Deutsche Atemwegsliga e.V. Geschäftsstelle Burgstraße 12 33175 Bad Lippspringe Tel.: (0 52 52) 93 36-15 Fax: (0 52 52) 93 36-16 Internet: www.atemwegsliga.de E-Mail: Atemwegsliga.lippspringe@ t-online.de</p>	
<p>Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) Geschäftsstelle Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannsheil Universitätsklinik Bürkle-de-la-Camp-Platz 1 44789 Bochum Tel.: (02 34) 9 78 89-0 Fax: (02 34) 9 78 89-21 Internet: www.ddg.info E-Mail: info@ddg.info</p>	<p>Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) Regionalgesellschaft Niedersachsen/Bremen der DDG c/o Prof. Dr. med. Michael Nauck Diabeteszentrum Bad Lauterberg Kirchberg 1 37431 Bad Lauterberg im Harz Tel.: (0 55 24) 8 12 18 Fax: (0 55 24) 8 13 98 E-Mail: nauck@diabeteszentrum.de</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. Robert-Koch-Platz 7 10115 Berlin Tel.: (0 30) 51 48 83-3 Fax: (0 30) 51 48 83-44 Internet: www.dggg.de E-Mail: Info@dggg.de</p>	

Bundesebene	Landesebene
<p>Deutsche Krebsgesellschaft Steinlestraße 6</p> <p>60596 Frankfurt/M. Tel.: (0 69) 63 00 96-0 Fax: (0 69) 63 00 96-66 Internet: www.krebsgesellschaft.de E-Mail: service@krebsgesellschaft.de</p>	<p>Niedersächsische Krebsgesellschaft e. V. Königstraße 27 30175 Hannover Tel.: (05 11) 3 88 52-62 Fax: (05 11) 3 88 53-43 Internet: www.nds-krebsgesellschaft.de E-Mail: Geschaeftsstelle@nds-krebsgesellschaft.de</p>
<p>Marburger Bund e. V. (Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte) Bundesverband Riehler Straße 6 50668 Köln Tel.: (02 21) 97 31 68-0 Fax: (02 21) 97 31 67-8 Internet: www.marburger-bund.de E-Mail: bundesverband@marburger-bund.de</p>	<p>Marburger Bund e. V. (Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte) Landesverband Niedersachsen Berliner Allee 20 30175 Hannover Tel.: (05 11) 3 80-22 03/22 04 Fax: (05 11) 3 80-22 00 Internet: www.marburger-bund.de/niedersachsen E-Mail: mb-lvniedersachsen@t-online.de</p>
<p>NAV Virchowbund e.V. (Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands) Bundesgeschäftsstelle Belfortstraße 9 50668 Köln Tel.: (02 21) 97 30 05-0 Fax: (02 21) 7 39 12 39 Internet: www.nav-virchowbund.de E-Mail: info@nav-virchowbund.de</p>	<p>NAV Virchowbund e.V. Landesverband Niedersachsen/Bremen c/o Udo Birkenfeld Frebaldstraße 16 30455 Hannover Tel.: (05 11) 94 98 00 Fax: (05 11) 94 98 08 0 Internet: über nav-virchowbund.de E-Mail: birkenfeld-hannover@t-online.de</p>

8. Informationen aus dem Internet

8.1 Qualität der Angebote

Die Zahl an Informationsseiten zu Gesundheitsthemen im Internet wächst unaufhörlich. Verständlich deshalb der Wunsch, dass verlässliche Informationen durch einheitliche Qualitätsrichtlinien identifiziert werden können. Mittlerweile gibt es von verschiedenen Institutionen „Qualitätssiegel“, die für die Seriösität der Inhalte auf den Internetseiten stehen. Problematisch an der Aussagekraft der Qualitätsangaben ist, dass es sich oftmals nur um Selbstverpflichtungserklärungen handelt. Wer ein schlechtes Internetangebot vorhält, wird nicht vom Betrieb einer Internetseite ausgeschlossen.

Als Minimalanforderung auf die Prüfung der Glaubwürdigkeit einer Information im Internet können folgende Fragen gelten:

- Ist der fachliche Hintergrund des Autors oder der Autorin bekannt?
- Ist das Datum der letzten Aktualisierung der Seiten offen angegeben?
- Ist der Betreiber oder die Betreiberin der Internetseite offen gelegt und kann bei Rückfragen kontaktiert werden?
- Werden weitere Quellenangaben bei Texten aufgeführt?
- Wird die Trennung von redaktionellem Teil und Werbung beachtet?
- Werden mögliche Sponsoren und Werbepartnerschaften benannt?

Wer es als Betreiber oder Betreiberin von Internetseiten ernst nimmt mit den aufgeführten Transparenzanforderungen, lässt sich bei einer der unten exemplarisch genannten Institutionen registrieren und kann dann auf der Internetseite mit dem entsprechenden Logo werben.



Das Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) ist ein Zusammenschluss von Akteuren und Akteurinnen im Gesundheitswesen (Organisationen, Verbände, Körperschaften, Unternehmen etc.), die sich aktiv am Aufbau eines **Gesundheitsinformationssystems** beteiligen wollen, das den Grundsätzen der **Qualitätssicherung** verpflichtet ist. Dies setzt voraus, dass ein dauerhafter **Qualitätssicherungsprozess** auf der Basis definierter **Qualitätskriterien** etabliert wird. afgis ist ein Forum für alle diejenigen, die in diesen Prozess kooperieren und sich aktiv einbringen wollen. afgis-Mitglieder gehen die Verpflichtung ein, gemeinsam Qualitätskriterien für Gesundheitsinformationen zu erarbeiten und zu beschließen, diese einzuhalten, weiterzuentwickeln und nach außen zu vertreten. Gegründet wurde afgis 1999 auf Initiative des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit. Heute gibt es in Deutschland mehr als 100 Kooperationspartner und Kooperationspartnerinnen.

→ www.afgis.de



Seit 1996 gibt es mit der schweizerischen Health on the Net Foundation (HON) ein „not-for-profit portal“, das Betreiber und Betreiberinnen von Gesundheitsseiten im Internet zu grundsätzlichen ethischen Standards bei der Veröffentlichung anhält und den NutzerInnen der Internetseiten dabei hilft, jederzeit über Quellen und Zweck der bereitgestellten Daten informiert zu sein. Der HONcode liegt mittlerweile in 19 Sprachen vor.

→ www.hon.ch



Discern – Qualitätskriterien für Patienteninformationen

DISCERN wurde von Experten und Expertinnen der Medizinischen Hochschule Hannover und der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung für den Gebrauch bei gedruckten Patienteninformationen entwickelt. Das Angebot an Patienteninformationen steigt – besonders im Internet – rasant an. Die Qualität dieser Informationen ist jedoch sehr unterschiedlich. DISCERN ist ein kurzer Fragebogen, der seinen Nutzern und Nutzerinnen als verlässliches Instrument für die Bewertung von Patienteninformationen dient. Die Bewertungsmethode umfasst 15 Schlüsselfragen und eine Bewertung der Gesamtqualität. Zum Verständnis von DISCERN ist kein Vorwissen erforderlich!

--> www.discern.de

8.2 Ausgewählte weiterführende Internetseiten rund um das Thema DMP

Die in den Kapiteln 5, 6 und 7 aufgeführten Institutionen haben in der Regel auf ihren Internetseiten Informationen zu DMP eingestellt. Darüber hinaus gibt es auch Internetangebote, die sich ganz spezifisch mit Einzelaspekten beschäftigen. Darunter fällt unter anderem die breit geführte Diskussion zu Leitlinien.

www.awmf-online.de

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat die **Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)** in seinem Sondergutachten 1995 gebeten, die Entwicklung von Standards, Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften voranzutreiben und zu koordinieren. Die Fachgesellschaften in der AWMF haben diese Aufgabe angenommen und begonnen, Leitlinien zu entwickeln.

Die „Leitlinien“ der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen

aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die „Leitlinien“ sind rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

www.leitlinien.de

Leitlinien.de ist der Leitlinien-Informations- und Recherche-Dienst des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (Gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung).

Leitlinien.de bietet

- Zugang zu deutschen und internationalen Leitlinien-Datenbanken und -Listen
- Zugang zu Leitlinien verschiedener AnbieterInnen für ausgewählte Krankheitsbilder
- Informationen zum Deutschen Leitlinien-Clearingverfahren
- Materialien zur Qualitätsbewertung von Leitlinien
- Übersicht über Aktivitäten zur Verbreitung und Nutzung von Leitlinien
- Zugang zum Nationalen Programm für Versorgungsleitlinien bei der Bundesärztekammer
- Literatur zu medizinischen Leitlinien, Pflegestandards, Patienteninformationen. Leitlinien.de bietet Links zu Leitlinien oder LeitlinienanbieterInnen an (Zugang über die Menüpunkte „Leitlinienanbieter“ und „Leitlinienthemen“); Leitlinien im Volltext sind **nicht** vorhanden (mit Ausnahme der Versorgungsleitlinie Diabetes mellitus Typ 2).

www.asthaschulung.de/downloads/dmp.pdf

Wenn Sie sich ein Bild darüber machen wollen, wie Forderungen zu einem DMP aussehen, können Sie sich bei der Arbeitsgemeinschaft für Asthaschulung darüber informieren. Auf 90 Seiten hat die Arbeitsgemeinschaft, die sich aus Fachgesellschaften und Berufsverbänden von Kinder- und Jugendärzten zusammensetzt, im Oktober 2002 ein von ihr entwickeltes DMP veröffentlicht.

www.kvn.de → Patienten → Behandlungsprogramme

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen hat auf ihrer Homepage die mit den gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen bzw. mit der niedersächsischen Krankenhausgesellschaft abgeschlossenen DMP-Verträge zu Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs eingestellt. Neben den kompletten Verträgen können auch alle Anlagen (z. B. Teilnahmeerklärungen, Versorgungsinhalte, Dokumentationsbogen und die Patienteninformation) als PDF-Datei gespeichert und ausgedruckt werden

www.arztauskunft-niedersachsen.de

Auf der gemeinsamen Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen und der Ärztekammer Niedersachsen kann bei der landesweiten Arztsuche auch das Suchkriterium „DMP-Arzt“ vorgegeben werden. Bisher allerdings nur für das Krankheitsbild Diabetes.

8.3 Tagesaktuelle Informationen aus dem Internet zum Thema DMP

Alle großen Institutionen im Gesundheitswesen verfügen mittlerweile über kostenlose E-Mail-Abonnements ihrer regelmäßig erscheinenden Pressemitteilungen und elektronischen Newsletter. Auch die Ärztezeitung und das Deutsche Ärzteblatt bieten die Möglichkeit eines kostenlosen Newsletter-Abonnements an. Die im Vergleich zur Druckausgabe teilweise gekürzten Artikel können nach vorher festgelegten Themengebieten tagesaktuell gelesen, ausgedruckt und versendet werden.

- **Ärztezeitung**

Unter www.aerztezeitung.de kann unter der Rubrik „Service“ der Newsletter abonniert werden. Er wird täglich von Montag bis Freitag an die angegebene E-Mail-Adresse versendet. Über das Thema DMP wird vorwiegend unter der Rubrik „Gesundheitssystem bei uns“, „Gesundheitsreform“ und „Krankenkassen“ berichtet. Bereits erschienene Artikel können unter den aufgeführten Rubriken aufgerufen werden.

- **Deutsches Ärzteblatt**

Unter www.aerzteblatt.de kann unter der Rubrik „Service“ der Newsletter abonniert werden. Er wird täglich von Montag bis Freitag an die angegebene E-Mail-Adresse versendet. Über das Thema DMP wird vorwiegend unter der Rubrik „Politik“, und „Ärzteschaft“ berichtet. Bereits erschienene Artikel können im Archiv aufgerufen werden.

