

Tagungsdokumentation

Neue gesundheitspolitische Programme – Chance für die Sozialarbeit?

**Disease-Management-Programme, Integrierte Versorgung und
die Einführung der DRG's zur Krankenhausfinanzierung**

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Herausgeber:

Sibylle Kraus
DBSH – Landesverband Berlin
Fachgruppe „Sozialarbeit und Gesundheit“
in Kooperation mit der DVSK – Arbeitsgemeinschaft Berlin

Kontaktadresse:

Sibylle Kraus, Wollankstr. 127, 13187 Berlin,
Tel.: 2311-2285 (d.) ; 282 99 18 (Fax)
Email: bille.kraus@surfeu.de

Redaktion:

Sibylle Kraus
Beate Schneider
Susanne Bierwirth

Für persönlich gekennzeichnete Beiträge übernimmt der Herausgeber keine Verantwortung.

Berlin, März 2003

Gedruckt auf holz- und säurefreiem Papier, 100 % chlorfrei gebleicht.

© Weißensee Verlag, Berlin 2003
Kreuzbergstraße 30, 10965 Berlin
Tel. 0 30 / 91 20 7-100
www.weissensee-verlag.de
e-mail: mail@weissensee-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

ISBN 3-89998-000-X

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	6
Veranstalter	7
Grußworte DBSH und DVSK	8
Fotos	10
Anspiel	12
Disease-Management-Programme, Integrierte Versorgung und die Einführung von DRG's – was verbirgt sich dahinter? von Oliver Heide und Peter-Christian Reschke	16
Die neuen gesundheitspolitischen Programme – Welche Entwicklungen sind angesichts der Erfahrungen in anderen Ländern zu erwarten? von Jeanne Nicklas-Faust	28
Die neuen gesundheitspolitischen Programme – Wie positioniert sich die Sozialarbeit im Gesundheitswesen? von Sibylle Kraus	35
Fotos	46
Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen	
AG 1 Ethik in Zeiten der DRG's und anderer gesundheitspolitischer Veränderungen	48
AG 2 Das Krankenhaus der Zukunft: Ein integriertes Dienstleistungszentrum	51
AG 3 Die effektive Gestaltung des Übergangs zwischen der stationären und ambulanten Versorgung	54
AG 4 Schnittstellenproblematik im Bereich der stationären/ambulanten Rehabilitation	57
AG 5 Gestufte Versorgungssysteme in der Behandlung von chronisch kranken Menschen am Beispiel der Epilepsie	59
AG 6 Koordinierungsstellen – Sozialarbeit als Lotse für ältere Menschen	62
AG 7 Auswirkungen der DRG's auf die Sozialarbeit in der stationären Altenhilfe – Möglichkeiten zwischen Anspruch und Wirklichkeit	65
ReferentInnen und ModeratorInnen	68
Fotos	69
Anhang	70
Spender	74

Vorwort

Bereits im Jahre 2000 veranstalteten der Deutsche Berufsverband für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik e.V. (DBSH)¹ – Landesverband Berlin – und die AG Berlin der Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V. (DVSK) eine Fachtagung zum Thema „Die Sozialarbeit im Gesundheitswesen 2000“.

Herr Thomas Dane (Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg) betonte damals die Problematik, aber auch die Chance der Verankerung von Sozialarbeit in Pflegediensten. Herr Holger Gerecke (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin) wagte damals die These, dass professionelle Sozialarbeit in Akutkrankenhäusern nicht mehr möglich sein werde. Frau Prof. Dr. Vjenka Garms-Homolova sah viele zukünftige Tätigkeitsfelder für Sozialarbeit, forderte allerdings auch dazu auf, sich von gewohnten Strukturen, z.B. des Angestelltendaseins, zu verabschieden.

Seitdem ist vieles um die Sozialarbeit herum passiert. Auch innerhalb der Sozialarbeit? Der folgende Tagungsbericht wird dies näher beleuchten, doch nun zum Thema:

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellte fest, dass das deutsche Gesundheitswesen aufgrund der starren Strukturen und der ungenügenden Transparenz erhebliche Mängel aufweist und nicht das leistet, was es leisten könnte.

Neben der Stärkung der Patientenrechte versucht die Gesundheitspolitik mit den folgenden Programmen, Verbesserungen zu erzielen:

- **Disease-Management-Programme** sollen die Behandlung chronisch Kranker optimieren.
- Die **Integrierte Versorgung** hat die stärkere Verzahnung der stationären und ambulanten Versorgung zum Ziel.
- Durch die Einführung der **DRG's (Diagnosis related groups)** soll die „black box“ Krankenhaus transparenter werden.

Diese gesundheitspolitischen Programme werden gewohnte Strukturen im Gesundheitswesen grundsätzlich verändern. Die vorliegende Tagungsdokumentation soll dazu beitragen, SozialarbeiterInnen im Gesundheitswesen über diese Entwicklungen zu informieren und zu sensibilisieren.

Wir laden Sie hiermit herzlich zum weiteren professionellen Dialog ein.

Sibylle Kraus
Moderatorin der DBSH-Fachgruppe „Sozialarbeit und Gesundheit“
Sprecherin der DVSK-AG Berlin

¹ heute: Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH)

Veranstalter:

Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH)

Kontaktadressen:

Bundesgeschäftsstelle des DBSH, Friedrich-Ebert-Str. 30, 45127 Essen
(Tel. 0201 / 82 07 80)
www.dbsch.de

Landesverband Berlin:

Ingeborg Wittstock (1. Vorsitzende)

Alfredt-Randt-Str. 11, 12559 Berlin (Tel. 030 / 654 95 800 pr.)

Email: IngeWittstock@aol.com

Ulrike Jaeger (2. Vorsitzende),

Projektkoordinatorin Bundesmodellprojekt Schönholzer Heide – Wohnen für Demenzkranke

Heinrich-Mann-Str. 31, 13156 Berlin (Tel. 030 / 499 88 6 34 d.)

Email: Jaeger.U@web.de

Fachgruppe „Sozialarbeit und Gesundheit“ - Leitung:

Sibylle Kraus (St. Hedwig-Kliniken Berlin), Leiterin und Koordinatorin der sozialen, therapeutischen und diagnostischen Dienste

Große Hamburger Str. 5 -11, 10115 Berlin (Tel. 030/ 22 31 22 85 d.)

Email: bille.kraus@surfeu.de

Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V. (DVSK)

Kontaktadressen des Fachverbandes:

Bundesgeschäftsstelle des DVSK, Kaiserstr. 42, 55116 Mainz (Tel. 06131 / 22 24 22)
www.dvsk.org

AnsprechpartnerInnen in Berlin:

Sibylle Kraus (St. Hedwig-Kliniken Berlin), Leiterin und Koordinatorin der sozialen, therapeutischen und diagnostischen Dienste

Große Hamburger Str. 5-11, 10115 Berlin (Tel. 030/ 22 31 22 85 d.)

Email: bille.kraus@surfeu.de

Prof. Dr. Peter Reinicke

(Evangelische Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin),

Weimarische Str. 1, 10715 Berlin (Tel. 030 / 85 72 99 06 pr.)

Email: peter@reinicke.de

Beate Schneider (St. Joseph-Krankenhaus / Tempelhof), Sozialdienst

Bäumerplan 24, 12101 Berlin (Tel. 030 / 78 82 25 53 d.)

Email: beate.otzen@t-online.de

Grußwort des DBSH

Ulrike Jaeger, 2. Vorsitzende des Landesverbandes Berlin

Der DBSH – Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. – freut sich, dass jetzt zum zweiten Mal eine Fachtagung zu den aktuellen Themen des Gesundheitswesens statt findet.

Die Fachgruppe „Sozialarbeit und Gesundheit“ existiert bereits seit 16 Jahren, seit 6 Jahren wird sie sehr erfolgreich und kompetent von Sibylle Kraus geleitet. Hier treffen sich KollegInnen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens zum Erfahrungsaustausch.

Kurz zu den weiteren Aktivitäten des Landesverbandes Berlin:

- Neben der Fachgruppe Gesundheit gibt es noch die Fachgruppe Kinder- und Jugendhilfe unter der Leitung unserer Landesvorsitzenden, Ingeborg Wittstock.
- Seit 4 Jahren findet regelmäßig jeden 2. Monat der Stammtisch „Sozialarbeit live“ als offenes Angebot für alle Interessierten statt.
- In unregelmäßigen Abständen erfolgt die Herausgabe des Rundbriefs für Berlin mit aktuellen Informationen aus der Verbandsarbeit und zu neuen Entwicklungen in der Sozialarbeit.

Die Mitgliederzahlen des DBSH in Berlin steigen erfreulicherweise kontinuierlich an. Es sind derzeit 120 in Berlin.

Der DBSH freut sich über die gute Zusammenarbeit mit dem DVSK und wünscht uns allen eine erfolgreiche und anregende Tagung!

Grußwort der DVSK

Beate Schneider, Mitglied des Leitungsteams der AG Berlin

Die Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V. (DVSK) ist ein Fachverband für SozialarbeiterInnen, die in Krankenhaussozialdiensten und Sozialdiensten von Rehakliniken arbeiten. Sie ist bundesweit organisiert.

In jedem Bundesland gibt es mindestens eine Arbeitsgemeinschaft (AG), deren Leitungsteams von den Mitgliedern des jeweiligen Bundeslandes gewählt werden. Hier in Berlin besteht das Leitungsteam aus drei Personen.

Weitere Mitglieder des Leitungsteams der AG Berlin sind:

- Sibylle Kraus, St. Hedwig-Kliniken, die gleichzeitig als Sprecherin der AG Berlin fungiert, und
- Prof. Dr. Peter Reinicke (Dipl. Sozialarbeiter und Dipl. Pädagoge) von der Evangelischen FH Berlin.

Die DVSK hat es sich zur Aufgabe gestellt den (äußeren und inneren) Ausbau der Sozialdienste in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken zu fördern.

Dies tut sie bundesweit und regional z.B. durch

- Fortbildungsveranstaltungen und Fachtagungen – z.B. wie diese, die Sie heute erleben,
- Seminarangebote,
- Veröffentlichungen und Stellungnahmen (in Berlin: Stellungnahmen zum Case Management und §112 Abs. 2 Nr. 4 und 5 SGB V)
- Herausgabe einer Fachzeitschrift,
- Kontaktpflege zu Vereinen, Arbeitsgemeinschaften und KollegInnen, die ebenfalls im Gesundheitswesen aktiv sind.

Aufgrund der zunehmenden Verzahnung des ambulanten und stationären Bereiches wird in der DVSK darüber diskutiert, ob es nicht sinnvoll wäre, den Verband für alle im Gesundheitswesen tätigen SozialarbeiterInnen zu öffnen und Kooperationen mit anderen Fachverbänden und Vereinen, die im Gesundheitswesen tätig sind, einzugehen.

Die AG Berlin hat bereits seit einigen Jahren eine enge und erfolgreiche Kooperation mit dem DBSH-Landesverband Berlin und bemüht sich um weitere Kooperationen.

Ich freue mich, dass Sie so zahlreich erschienen sind und wünsche Ihnen im Namen der DVSK AG Berlin eine informative, interessante und motivierende Fachtagung.



Wie positioniert sich
hierbei die Sozialarbeit ?



Patientenorientierung im Krankenhaus ?

Szenisches Anspiel

Frau Schneider ist mit einem Herzinfarkt ins Krankenhaus eingeliefert worden. Während ihres stationären Aufenthaltes wird außerdem ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus festgestellt.

Sie ist 53 Jahre alt, verheiratet und arbeitet halbtags als Verkäuferin in einer großen Kaufhauskette. Ihr Mann ist Handwerker, seine Freizeit verbringt er meistens in ihrem Schrebergarten. Außerdem besucht Frau Schneider täglich ihre Schwiegermutter. Die alte Frau Schneider benötigte im letzten halben Jahr immer mehr Pflege. Sie bezieht Pflegegeld der Stufe I und ist sehr auf die Hilfe ihrer Schwiegertochter angewiesen.

Szene:

Vor dem Krankenzimmer steht Frau Dr. Zöllner mit Schwester Susanne, um die Visite durchzuführen. Sie sieht die Sozialarbeiterin Frau Falkenroth aus einem anderen Zimmer kommen und ruft sie zu sich.

- Ä: Gut, dass ich Sie sehe, Frau Falkenroth. Hätten Sie vielleicht Zeit, mit zu Frau Schneider zu kommen. Sie ist nun schon fünf Tage hier. Ihr Zustand ist soweit stabil, dass wir sie morgen nach Hause entlassen können. Wahrscheinlich wird sie aber zuhause noch etwas Hilfe brauchen, außerdem muss sie ja jetzt täglich den Blutzucker messen und danach ihr Insulin spritzen und ich weiß nicht, ob sie damit schon zurecht kommt.
- S: Überhaupt nicht, Frau Schneider hat eine panische Angst davor, sich zu spritzen und kommt auch mit der BZ-Messung noch nicht zu Rande.
- Soz: Ich hatte heute einen Anruf vom Ehemann und wäre deshalb sowieso bei Frau Schneider vorbei gegangen. Er macht sich große Sorgen um seine Frau. Er sagte außerdem etwas von einem Herzinfarkt.
- Ä: Das war der Aufnahmegrund. Während der Diagnostik stellte sich heraus, dass Frau Schneider Diabetikerin ist.
- Soz: Dann könnte Frau Schneider ja aufgrund des Herzinfarktes oder des Diabetes eine AHB machen.
- Ä: Stimmt, daran hatte ich noch gar nicht gedacht. Na, da haben wir einiges mit ihr zu besprechen.
- Soz: Frau Dr. Zöllner, wann soll Frau Schneider denn entlassen werden?
- Ä: Morgen!

Sie gehen in das Zimmer, Frau Schneider sitzt im Bademantel am Tisch und blättert in einer Illustrierten. Sie wirkt nervös. Auf dem Tisch liegen außerdem einige Konfetschachteln. Ärztin stellt sich vor sie, blättert in der Kurve und wendet sich ihr zu.

- Ä: Guten Morgen Frau Schneider, ich habe zu der heutigen Visite mal unsere Sozialarbeiterin mitgebracht. Sie sind ja nun schon einige Tage bei uns und Sie sind sicherlich froh, wenn Sie morgen nach Hause können.
- Fr. S: Nach Hause? Schon? Ich bin doch noch gar nicht gesund und gerade mal fünf Tage hier.
- Ä: Nun beruhigen Sie sich mal Frau Schneider, die weitere Behandlung kann auch Ihr Hausarzt durchführen. Er kennt Sie ja gut und kann auch alle anderen

wichtigen Dinge für Sie regeln, Sie sozusagen durch das Gesundheitssystem lotsen. Wissen Sie, die DRG's lassen es nicht zu, dass man bei einem Herzinfarkt länger als 5-6 Tage im Krankenhaus bleibt. (*Frau Schneider guckt die Ärztin fragend an*). Ach so, das können Sie ja nicht wissen, DRG's nennt sich das neue Finanzierungssystem. Das bedeutet, das Krankenhaus bekommt nur noch eine gewisse Summe für jede Erkrankung bezahlt und aus wirtschaftlichen Gründen muss eben dann eine Entlassung nach Hause erfolgen. Dafür können wir aber im Anschluss noch einen Platz in einer Rehabilitationsklinik für Sie organisieren.

So, nun muss ich mal sehen, wie Ihre Zuckerwerte heute waren.

Ärztin schaut in die Kurve, Frau Schneider rutscht auf dem Stuhl hin und her. Man merkt, dass sie etwas sagen will.

Ä: Nun, Ihre Zuckerwerte sind ja immer noch stark schwankend. Sie werden also auch zuhause den BZ weiter messen müssen.

Fr.S: Wie? Und diese schrecklichen Spritzen muss ich auch weiter bekommen?

S: Sie können sogar lernen, selbst zu messen und zu spritzen. Wir üben das mit Ihnen.

Fr.S: Ich, nie!!!! Da gibt's doch sicher auch irgendwelche Tabletten, die man nehmen kann.

Ä: So einfach ist das leider nicht, aber wenn Sie so eine Panik vor dem Spritzen haben, kann das auch erst mal eine Pflegestation übernehmen. Das wird aber alles unsere Sozialarbeiterin mit Ihnen besprechen. Den Herzinfarkt haben Sie relativ gut überstanden, trotzdem müssen Sie einiges in Ihrem Leben verändern, damit sich kein zweiter Infarkt anschließt. Die Fachleute in den Rehabilitationskliniken können Ihnen dabei sicher weiterhelfen. Haben Sie erst mal noch Fragen?

Frau Schneider wirkt erschlagen und sagt gar nichts. Ärztin und Schwester verlassen das Zimmer. Schwester Susanne dreht sich noch mal kurz um und sieht auf den Tisch.

S: Mit der Schokolade müssen Sie sich aber in Zukunft auch etwas zurückhalten.

Soz: So, darf ich mich zu Ihnen setzen?

Fr.S: Ja, natürlich. Tschuldigen Sie, aber das hat mich jetzt alles ein bisschen überrollt. Ich hatte nicht damit gerechnet, dass man mich so schnell wieder entlässt – und dann diese Spritzenarie; ich kann das doch alles nicht....

Soz: Das kann ich gut verstehen, deshalb werden wir das jetzt mal alles besprechen. Übrigens soll ich Sie schön von Ihrem Mann grüßen, er hat vorhin von Ihrer Schwiegermutter aus angerufen, beide machen sich große Sorgen um Sie.

Fr.S: Ach, das ist ja nett, Dankeschön. Wissen Sie, mein Mann muss sich jetzt um seine Mutter kümmern, sonst gehe ich ja täglich zu ihr. Sie braucht sehr viel Hilfe, mein Mann musste sich jetzt extra frei nehmen und kommt auch mit der Pflege nicht so richtig zurecht, von daher ist es vielleicht gar nicht so schlecht, wenn ich bald entlassen werde. Wenn bloß diese Messerei und das Spritzen nicht wären.

Soz: Die Ärztin hatte es vorhin schon erwähnt, es kann organisiert werden, dass eine Pflegestation die Blutzuckermessung und das Spritzen übernimmt, bis Sie selbst sicher geworden sind.

Fr.S: Das wäre eine große Entlastung.

Schwester Susanne stürzt ins Zimmer:

Frau Falkenroth kommen Sie bitte gleich noch bei uns vorbei – ein Notfall!!!

Soz: Die Zeit wird knapp. – Ich wollte mit Ihnen jetzt noch über die AHB / Rehabilitation sprechen, die Ihnen vielleicht auch noch Sicherheit im Umgang mit Ihren neuen Erkrankungen bieten kann...

Fr.S: Nee, nee, lassen Sie mal, eine Kur kommt nicht infrage. Mein Mann musste sich jetzt schon frei nehmen, weil meine Schwiegermutter nicht den ganzen Tag alleine bleiben kann. Kann man so etwas nicht auch ambulant machen.

Soz: Sicher, es gibt auch ambulante Reha, aber in Ihrem Fall halte ich eine stationäre Rehabilitation für besser. Es wäre gut, wenn Sie mal etwas Abstand von Ihrem Alltag gewinnen. Ich verstehe aber auch Ihre Sorge um Ihre Schwiegermutter, für sie bestünde ggf. die Möglichkeit, für die Zeit Ihrer Reha in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung betreut zu werden. Ich würde meine Kollegin Frau Jaeger aus der Koordinierungsstelle Rund um's Alter bitten, Ihnen bei der Suche nach einem Platz behilflich zu sein.

Fr.S: Das klingt alles sehr gut. Habe ich noch Zeit, um darüber nachzudenken und mich zu entscheiden.

Soz: Nur bedingt, da die AHB noch während Ihres Krankenhausaufenthaltes eingeleitet werden muss. Ich lasse Ihnen mal etwas Informationsmaterial hier. Dort werden die neuen Disease-Management-Programme der Krankenkassen beschrieben. Sie sollen die Versorgung chronisch Kranker durch mehr Qualität und mehr Zusammenarbeit verbessern.

Ich muss los, ich komme in zwei Stunden noch mal vorbei.

Fr.S: Oh je, dann muss ich schnell mal meinen Mann anrufen, um das alles mit ihm zu besprechen.

Darstellerinnen:

Susanne Bierwirth	- Krankenschwester
Anemone Falkenroth	- Sozialarbeiterin
Susanne Zöllner	- Ärztin
Beate Schneider	- Patientin und Regie und Drehbuch

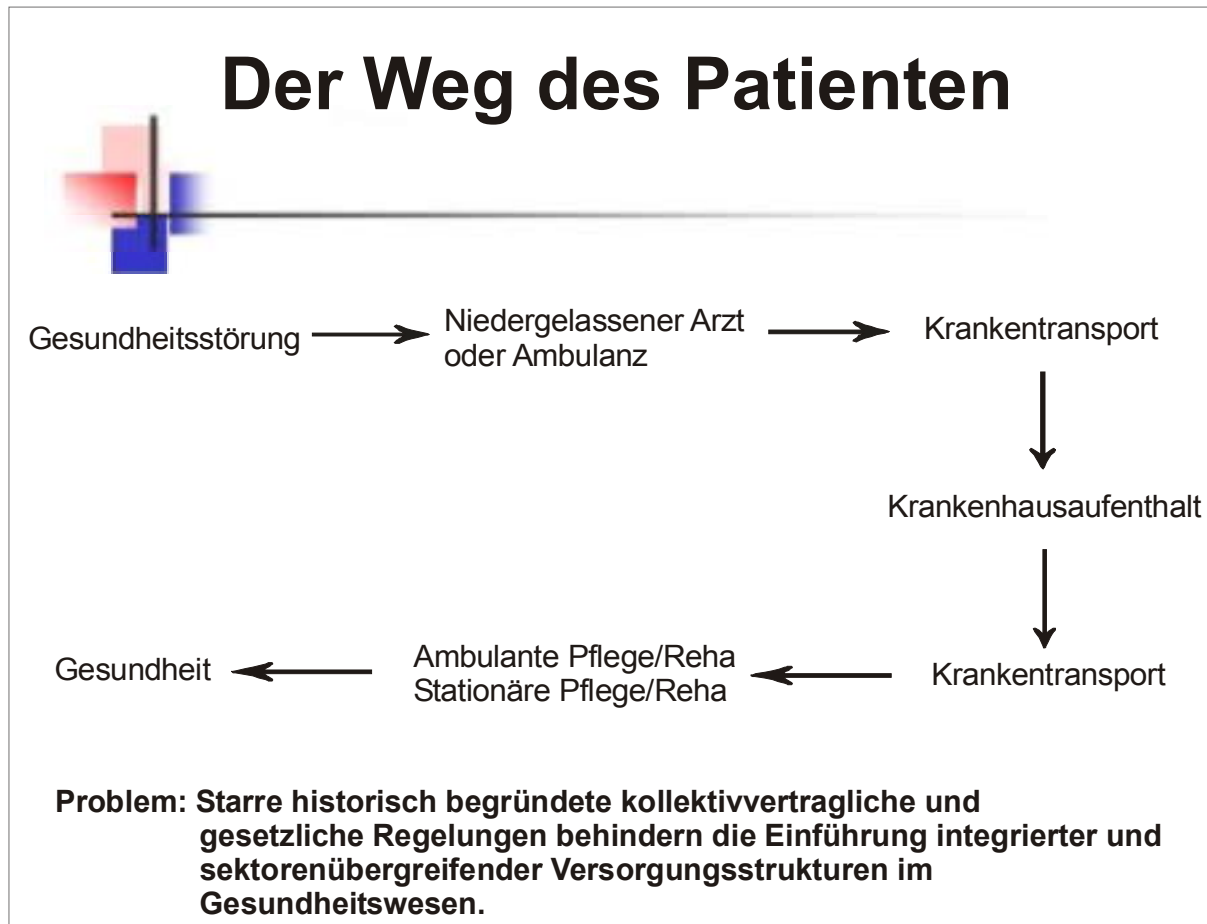
Vorträge und Arbeitsgruppenergebnisse

Disease-Management-Programme, Integrierte Versorgung und die Einführung von DRG's – was verbirgt sich dahinter?

Oliver Heide und Peter-Christian Reschke

- 1. Der Weg des Patienten**
- 2. Integrierte Versorgung**
 - 2.1. Rechtlicher Rahmen
 - 2.2. Ziele
 - 2.3. Grenzen
 - 2.4. Möglichkeiten/Chancen und Beispiele
- 3. Disease-Management-Programme (DMP)**
 - 3.1. Reform des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
 - 3.1.1. Disease-Management-Programme – Hintergrund der Neuregelung des Risikostrukturausgleichs I
 - 3.1.2. Disease-Management-Programme – Hintergrund zur Einführung sowie Neuregelung des Risikostrukturausgleichs II
 - 3.1.3. Disease-Management-Programme – Hintergrund zur Einführung sowie Neuregelung des Risikostrukturausgleichs III
 - 3.1.4. Disease-Management-Programme – Hintergrund zur Einführung sowie Neuregelung des Risikostrukturausgleichs IV
 - 3.2. Rechtliche Rahmenbedingungen
 - 3.3. Definition
 - 3.4. Auswahlkriterien für DMP
 - 3.5. Aktuelle Leistungsbereiche
 - 3.6. Gesetzliche Mindestanforderungen an DMP
 - 3.7. Verfahren für die Zulassung einzelner DMP
 - 3.8. Zulassungsvoraussetzungen I
 - 3.9. Zulassungsvoraussetzungen II
 - 3.10. Zulassungsvoraussetzungen III
 - 3.11. Zulassungsvoraussetzungen IV
 - 3.12. Zulassungsvoraussetzungen V
 - 3.13. Zulassungsvoraussetzungen VI
- 4. Einführung von Diagnosis Related Groups (DRG's)**
 - 4.1. Rechtlicher Hintergrund
 - 4.2. Zielsetzungen in Deutschland
 - 4.3. Was ist eine DRG?
 - 4.3.1. Fallgruppensystematik AR-DRG
 - 4.3.2. Zuordnung eines Falles
 - 4.3.3. Vergütung des Behandlungsfalles
 - 4.4. DRG's – Problemfelder
 - 4.5. Erwartungen
 - 4.6. Einführung DRG's in Deutschland
 - 4.7. DRG-Optionsmodell
 - 4.8. Rahmenbedingungen

1. Der Weg des Patienten



© Heide/Reschke: Berliner Krankenhausgesellschaft e.V. November 2002

2. Integrierte Versorgung

2.1. Rechtlicher Rahmen

- gesetzliche Neuregelung seit 1.1.2000; § 140 a-h SGB V
- Sektorenübergreifende Versorgung
- Umfang nach Maßgabe von Einzelverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern (Verträge nach § 142 b SGB V)
- Teilnahme der Versicherten und der Leistungserbringer ist freiwillig
- sektorales Budget für einbezogene Leistungen
- Berücksichtigung der Versicherten-, Morbiditäts- und Risikostruktur
- Versicherten-Bonus bei Teilnahme > 1 Jahr
- Rahmenvertrag § 140 d SGB V (KBV-GKV) = verbindliche
- Rahmenvertrag § 140 e SGB V (DKG-GKV) = Empfehlung
- Unterschied zum Modellvorh./Strukturvertr. § 63 f., § 73 a SGB V:
 - auf Dauer angelegt
 - keine zwingende Verpflichtung zur wissenschaftlichen Begleitung

2.2. Ziele

- Steigerung der Patientenzufriedenheit durch Verbesserung der Qualität des Leistungsprozesses
- Optimierung der Ergebnisse des Leistungsprozesses gegenüber individuellem Handeln im jeweiligen Versorgungsauftrag des Leistungserbringers, insbesondere durch verbesserte Kommunikationsstrukturen
- Steigerung der eigenen Wirtschaftlichkeit (z. B. Nutzung von Synergiepotentialen; bessere Ressourcennutzung)
- Befriedigung zusätzlicher Nachfrage
- gemeinsames Marketing

2.3. Grenzen

- weiterhin Bindung an den Zulassungs- und Ermächtigungsstatus
- Mechanismus der Budgetierung/fehlende Anreize für Kostenträger und Leistungserbringer/sectorale Trennung der Finanzierungskreise
- Einspardiskussionen/Beitragsstabilität/bislang keine Refinanzierung der zusätzlichen Kosten
- Bonus/Einschreibung führt zur Beschränkung der freien Arztwahl/Krankenhauswahl
- doppelte Einschreibung der Versicherten/Rechtsunsicherheit für Leistungserbringer
- fehlende gemeinsame Behandlungsleitlinien/Haftungsprobleme
- kaum Abbildung von Morbiditäten und Mortalitäten
- Beitrittsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen/Furcht vor Erhaltung bisheriger Strukturen

2.4. Möglichkeiten/Chancen und Beispiele

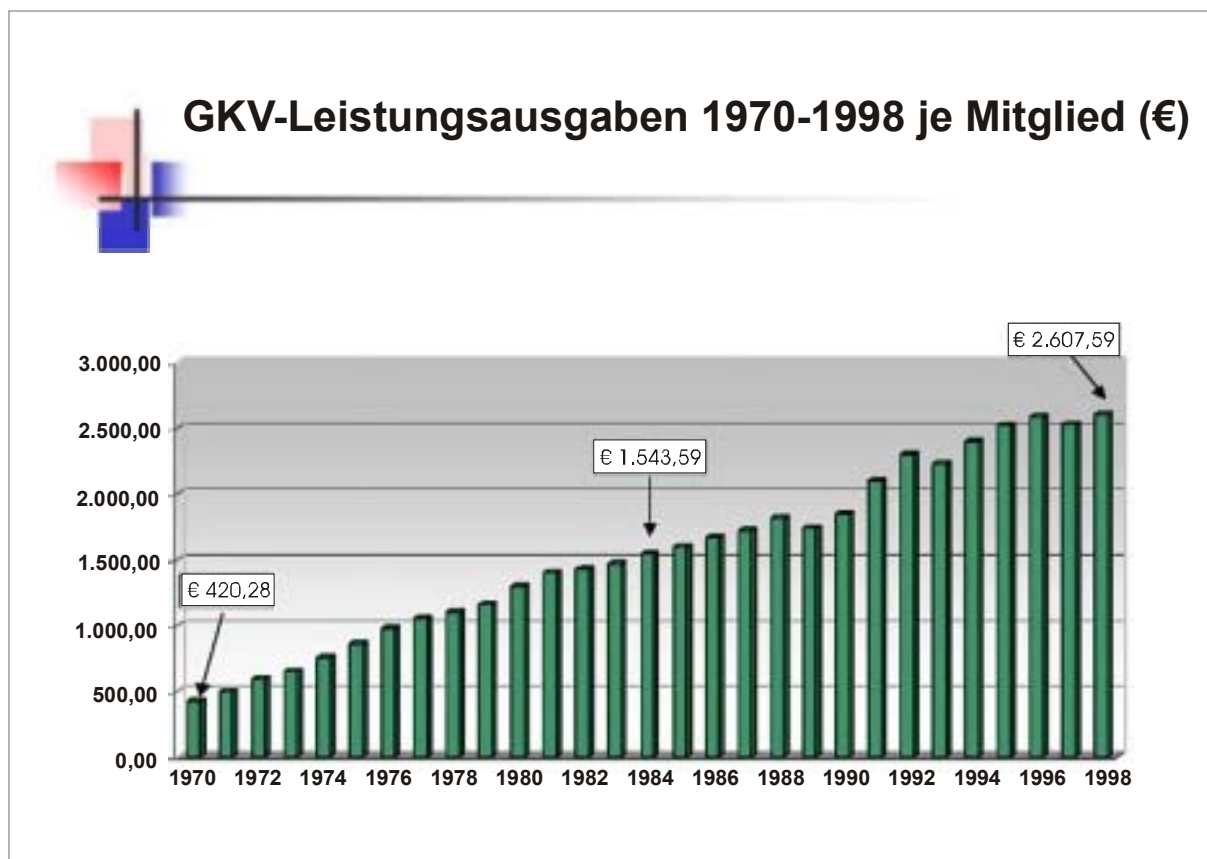
- nichtindikationsspezifische Versorgungsformen:
 - Vereinbarung sektorübergreifender leitlinienorientierter Behandlungsfade (EBM)
 - Vereinbarung eines sektorübergreifenden Qualitätsmanagements
 - abgestimmte Notfallversorgung im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten
 - Vereinbarung von Strukturen zur Förderung des technischen Fortschritts (z. B. Telemedizin)
- indikationsspezifische Versorgungsformen:
 - indikationsbezogene Vernetzung von Leistungserbringern (z. B. im Bereich der Onkologie)
 - Teilnahme an Disease-Management-Programmen
- Fazit: Trotz einiger beispielhafter Modellvorhaben bislang kaum Umsetzung in die Praxis

3. Disease-Management-Programme (DMP)

3.1. Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV

3.1.1. Disease-Management-Programme – Hintergrund der Neuregelung des Risikostrukturausgleichs I

Der größte Kostenblock im Gesundheitswesen ist die Versorgung der chronisch Kranken.



© Heide/Reschke: Berliner Krankenhausgesellschaft e.V. November 2002

Demografische Entwicklungen und steigender medizinischer Fortschritt führen sogar zu einem stetigen Anstieg.

3.1.2. Disease-Management-Programme – Hintergrund zur Einführung sowie Neuregelung des Risikostrukturausgleichs II

- ca. 50 % der ambulant und stationär behandelten Patienten in Deutschland sind chronisch erkrankt
- ca. 40 % der Bevölkerung in Deutschland sind chronisch erkrankt

3.1.3. Disease-Management-Programme – Hintergrund zur Einführung sowie Neuregelung des Risikostrukturausgleichs III

Chronische Erkrankungen verbrauchen überproportional Ressourcen.

Relativer Anteil der Ausgaben für chronisch Kranke an den Gesamtausgaben in den USA:

80%	der Krankenhaustage
69%	der Krankenhausfälle
66%	der ambulanten Arztkontakte
83%	der Arzneimittelverschreibung
96%	der Hauspflegebesuche

3.1.4. Disease-Management-Programme – Hintergrund zur Einführung sowie Neuregelung des Risikostrukturausgleichs IV

Aussagen des Sachverständigenrates der Bundesregierung:

- Dominanz akutmedizinischer Versorgung (Vernachlässigung von Prävention und Rehabilitation)
- somatische Fixierung der Leistungserbringer
- Aktiv-/Passiv-Problematik (Patient = passiver Empfänger)
- unzureichende Schulung, Information, Partizipation des Patienten und seiner Bezugspersonen
- mangelhafte interdisziplinäre und flexible Versorgungsstrukturen
- keine/kaum evidenzbasierte Medizin
- inadäquate Anreizsysteme für die Krankenkassen
- keine/kaum Berücksichtigung der speziellen Bedürfnisse chronisch Kranker in Qualifikation und Sozialisation der Gesundheitsberufe

3.2. Rechtliche Rahmenbedingungen

Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 10. Dezember 2001¹

Intention:

- Anreizwirkung für Krankenkassen durch Berücksichtigung gezielter Programme für chronisch Kranke im Risikostrukturausgleich
- Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker durch die Einrichtung von Disease-Management-Programmen

3.3. Definition

- Gem. § 137 f SGB V handelt es sich bei Disease-Management-Programmen um strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke:
 - integrierte medizinischer Versorgungsansatz zur
 - Verbesserung der Prävention und Behandlung einer Krankheit

¹ Bundesgesetzblatt Jahrgang 2001, Teil I, Nr. 66 vom 14. Dezember 2001, Seite 3465 ff.

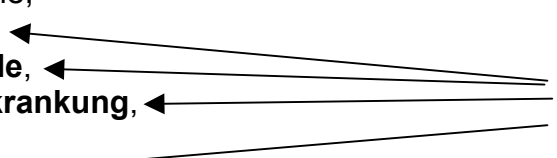
- durch verbindlich aufeinander abgestimmte Behandlungs- und Betreuungsprozesse über Krankheitsverläufe und institutionelle Grenzen hinweg
- aufgrund bester wissenschaftlicher Evidenz als Vorgabe für
 - Prävention
 - Diagnostik
 - Therapie
 - Rehabilitation
 - Pflege
 - möglichst effektiver Ressourceneinsatz

3.4. Auswahlkriterien für DMP

- Gem. § 137 f SGB V empfiehlt der Koordinierungsausschuss auf Bundesebene dem Bundesministerium für Gesundheit Krankheitsbilder, für die strukturelle Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen. Bei der Auswahl sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:
- Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
- Möglichkeit zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
- Verfügbarkeit evidenzbasierter Leitlinien,
- sektorenübergreifender Behandlungsbedarf,
- Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufes durch Eigeninitiative des Versicherten,
- hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

3.5. Aktuelle Leistungsbereiche

Der Koordinierungsausschuss hat sieben Krankheitsbilder für die Entwicklung von Disease-Management-Programmen diskutiert:

- Arterielle Hypertonie,
 - **Diabetes mellitus** ←
 - **Asthma bronchiale**, ←
 - **Koronare Herzerkrankung**, ←
 - Herzinsuffizienz,
 - **Brustkrebs**, ←
 - Schlaganfall.
- Aktuelle Gremien-
diskussion
- 

Mit der 4. Änderungsverordnung des Risikostrukturausgleiches hat das BMG die grundsätzlichen Anforderungen für die Zulassung von DMP für folgende Krankheiten vorgelegt:

- Diabetes mellitus
- Brustkrebs

3.6. Gesetzliche Mindestanforderungen an DMP

- Behandlung nach **evidenzbasierten Leitlinien** unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors und ggf. nach Maßgabe nationaler Leitlinien
- durchzuführende **Qualitätssicherungsmaßnahmen**
- Voraussetzung und Verfahren für die **Einschreibung** des Versicherten in ein Programm einschließlich der Dauer der Teilnahme

- **Schulungen** der Leistungserbringer und der Versicherten
- **Dokumentationen**
- Bewertung der Wirksamkeit und der Kosten, Zeitintervalle der Bewertung, Dauer der Zulassung eines Disease-Management-Programms (**Evaluation**)

3.7. Verfahren für die Zulassung einzelner DMP

- Rechtsverordnungen beschreiben die allgemeinen und speziellen Anforderungen für einzelne Disease-Management-Programme auf Vorschlag des Koordinierungsausschusses (z. Z. RV zu Diabetes mellitus, Brustkrebs)
- Krankenkassen bzw. Krankenkassenverbände beantragen die Zulassung einzelner Disease-Management-Programme
- Das Bundesversicherungsamt prüft und akkreditiert einzelne Disease-Management-Programme und genehmigt diese für einen befristeten Zeitraum (bis zu 3 Jahren), soweit die gesetzlichen Anforderungen erfüllt sind.
 - Sicherstellung eines bundesweit einheitlichen Verfahrens
 - Vorlage von Verträgen mit den einzubeziehenden Leistungserbringern

3.8. Zulassungsvoraussetzungen I

Medizinisch inhaltliche Vorgaben an DMP:

- Behandlung nach der besten verfügbaren Evidenz
- Zur Gewährleistung der Zielerreichung gesetzlicher Vorgaben im Hinblick auf:
 - Definition der Krankheit
 - Eingangsdiagnostik
 - Therapieziele für Haupt-, Neben- und Folgeerkrankungen
 - Schulung/Prävention/Beratung
 - medikamentöse Maßnahmen
 - therapeutische Maßnahmen
- Kooperationen der Versorgungssektoren; Einzelheiten zur
 - indikationsbezogenen Überweisung vom Hausarzt an den Facharzt
 - indikationsbezogenen Überweisung an spezialisierte Einrichtungen
 - indikationsbezogenen Einweisung in ein Krankenhaus
 - indikationsbezogenen Durchführung von Rehamaßnahmen
 - indikationsbezogenen Durchführung psychotherapeutischer Maßnahmen

3.9. Zulassungsvoraussetzungen II

Einschreibung der Versicherten

- Sicherung der DMP-Diagnose
- Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen
- zu erwartende Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung durch die intensivierete Betreuung
- Einwilligung zur Teilnahme am Disease-Management-Programm und
 - in die Datenübermittlung
 - in die Kooperation der Versorgungsebene
 - in die jeweiligen Mitwirkungspflichten

3.10. Zulassungsvoraussetzungen III

- Folgende **Schulungen** sind verbindlich in den DMP festzulegen und durchzuführen:
 - medizinisch-inhaltliche Schulung des Patienten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur Befähigung zu informierten Patienteneinscheidungen
 - Programminformationen (Ziele/Inhalte) für Leistungserbringer und Versicherte durch Krankenkassen
 - regelmäßige Information über Programminhalte sowie medizinische Fortbildung von Leistungserbringern

3.11. Zulassungsvoraussetzungen IV

Qualitätssicherung

- Mit dem Disease-Management-Programm sind qualitätssichernde Maßnahmen zur Kontrolle der Erreichung der relevanten Ziele zu vereinbaren. Diese beziehen sich insbesondere auf folgende Bereiche:
 - Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen
 - Einhaltung der Kooperationsregeln zwischen den Versorgungsebenen
 - Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Behandlungsdokumentation
 - Dokumentation der aktiven Teilnahme der Versicherten
- Zur Unterstützung der Behandlungsprogramme sind ergänzende qualitätssichernde Maßnahmen zu vereinbaren:
 - Vereinbarung von Remindersystemen für Versicherte und Leistungserbringer
 - strukturiertes Feedback, regelmäßige Durchführung von Qualitätszirkeln für teilnehmende Leistungserbringer
 - Förderung der aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten
 - Sicherstellung der Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten
 - Vereinbarung von Sanktionen bei Nichtbeachtung der festgelegten Anforderungen
 - Veröffentlichung der Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.12. Zulassungsvoraussetzungen V

Dokumentationen

- Ziele der Dokumentation:
 - Regelung und Steuerung des Risikostrukturausgleichs
 - Qualitätssicherung
 - Evaluation der Ergebnisse der Disease-Management-Programme
- Instrumente:
 - Dokumentationsbögen zur Erst- und Folgedokumentation bezogen auf die
 - a) Leistungserbringer
 - b) Patienten
 - Leistungserbringerdaten werden an die Krankenkassen übermittelt
 - Pseudonymisierte Versichertendaten (Datenempfänger bislang strittig)

3.13. Zulassungsvoraussetzungen VI

Evaluation

- In den DMP ist eine verbindliche Evaluation zu folgenden Aspekten vorzusehen:
 - Zielerreichung
 - Durchführung der Programme
 - Struktur-, Prozeß-, Ergebnisqualität
 - Kostenwirkung
 - subjektive Ergebnisqualität der eingeschriebenen Patienten
 - Versichertenstruktur bezogen auf die Krankenkasse (Risikostrukturausgleich)
 - Einhaltung der Einschreibekriterien
 - Sicherstellung der Versorgung nicht am Programm beteiligter Patienten gleicher Diagnose

4. Einführung von Diagnosis Related Groups (DRG's)

4.1. Rechtlicher Hintergrund

- GKV-Gesundheitsreform 2000: Neufassung des § 17 KHG
 - Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierten Vergütungssystems für Krankenhäuser ab 2003
- Vereinbarung der Selbstverwaltung (GKV, PKV, DKG) Juni 2000: Grundlage für die Adaption eines deutschen Fallpauschalensystems: AR-DRG (Australian Refined Diagnosis Related Groups)
 - bis 2003: Finanzierung der Krankenhäuser im Wesentlichen über tagesgleiche Pflegesätze
 - ab 2003/4 Finanzierung der Krankenhäuser über Fallpauschalen

4.2. Zielsetzungen in Deutschland

- Transparenz über das Leistungs- u. Kostengeschehen
- Stabilisierung der Ausgaben der GKV
- Leistungsbezogene Vergütung der Krankenhäuser („Geld folgt Leistung“)
- Mehr Wettbewerb der Krankenhäuser
- Verkürzung der Verweildauern,
- Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven.

4.3. Was ist eine DRG?

DRG = Diagnosis Related Group

- Fallgruppensystem: Zusammenfassung verschiedener Diagnosen und/oder Prozeduren in einer Fallgruppe nach medizinischen und ökonomischen Merkmalen
- Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer DRG
- Merkmale: Diagnosen, Prozeduren, Alter, Geschlecht, Entlassungsart, Geburtsgewicht, Beatmung etc.

- Diagnosen in der Regel auf das gleiche Organsystem beschränkt
- Kostenhomogene Behandlungsfallgruppen („gleicher Preis für gleiche Leistung“)
- Risiken höherer Behandlungskosten in Schweregraden berücksichtigt

4.3.1. Fallgruppensystematik AR-DRG

Hauptdiagnosengruppen (MDCs) (23):

- 01 (B) Erkrankungen und Störungen des Nervensystems (50 DRG's)
 02 (C) Erkrankungen und Störungen der Augen (20 DRG's)

 23 (Z) Sonstige Erkrankungen (13 DRG's)

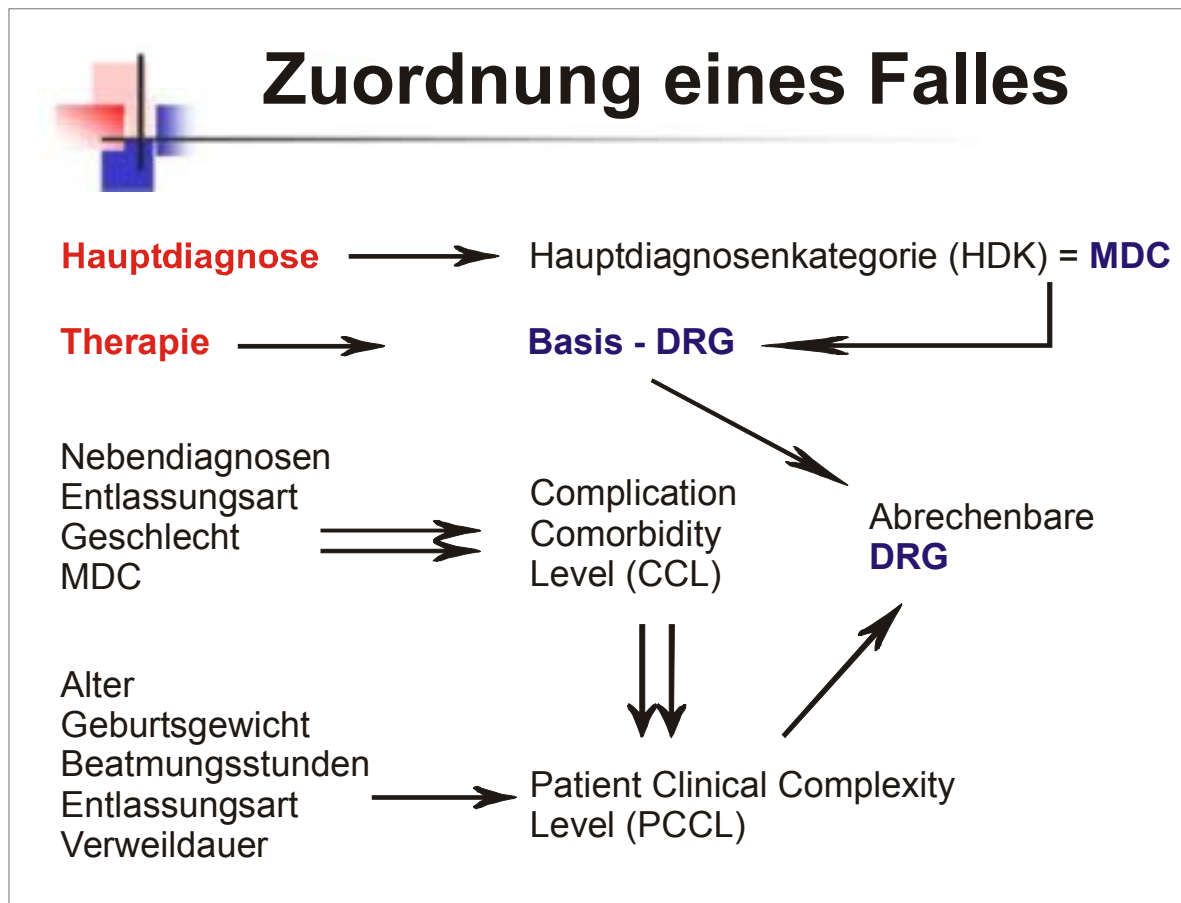
Basis-DRG's (409):

z.B. **B70**: Schlaganfall

Abrechenbare DRG (661):

B70A Schlaganfall m. Kompl.+schwerw. Diag./Proz.	3,94
B70B Schlaganfall m. anderen Kompl. bzw. Begleiterkr.	2,10
B70C Schlaganfall o. andere Kompl. bzw. Begleiterkr.	1,48
B70D Schlaganfall verstorben o. verlegt n. weniger als 5 Tagen	0,77

4.3.2. Zuordnung eines Falles



4.3.3. Vergütung des Behandlungsfalles

- Ermittlung von Relativgewichten je DRG: Kostenkalkulation in deutschen Krankenhäusern auf Basis einer einheitlichen Kalkulationsmethodik
- Kostenkalkulation berücksichtigt alle DRG-relevanten Kosten, z.B. Pflegedienst, über PPR-Minuten, Sozialdienst als PK medizin. Infrastruktur
- Ein \emptyset Basisfallwert pro Fall wird auf Landesebene ermittelt
- Relativgewicht je DRG * Basisfallwert = DRG-Erlös je Fall
- +/- Sonderregelungen: GVD-Über-/Unterschreitung, Verlegungen etc.

4.4. DRG's – Problemfelder

- z.T. unzureichende Berücksichtigung kostenrelevanter Nebenleistungen
- Ermessensspielraum bei der Deklaration der Hauptdiagnose/Nebendiagnosen („Streitanfällig“)
- z.T. zu geringe Differenzierung und Homogenität der Fallgruppen, insbesondere der „CC“-Einstufungen
- z.T. mangelnder Diagnose-, Leistungsbezug bei Intensivtherapie
- Ausländische Kostengewichte / VD nicht übertragbar; verschiedene Leistungsbereiche nicht abbildbar, hierfür sind Ausnahmen/Anpassungen notwendig (Psychiatrie, Geriatrie, Intensiv, Innovationen, Ausreißer...)

4.5. Erwartungen

- Verweildauer sinkt / Leistungsdichte nimmt zu
- Bedeutung vor- und nachgelagerter Bereiche wächst (vor-/nachstationär, ambulant, integrierte Versorgung etc.)
- Spezialisierungen und Kooperationen nehmen zu
- Veränderte KH-Organisation und Annäherung zwischen Ökonomie und Medizin
- Betonung interdisziplinärer Behandlungsansätze (kein „Abteilungsdenken“)
- Schnittstellenkompetenz wichtig
- Hohe Anforderungen an Dokumentation („Arzt schreibt Rechnung“)
- Mehr Transparenz rückt die Wettbewerbsfaktoren qualitatives medizinisches Angebot, Patientenorientierung und Effizienz der Versorgung stärker in den Vordergrund

4.6. Einführung DRG's in Deutschland

- Budgetneutrale Einführungsphase 2003/2004
- Konvergenzphase 2005/2006
- Grundlage der Adaption in Deutschland: AR-DRG-Version 4.1
 - ⇒ umfangreiche Anpassungen an das deutsche Gesundheitswesen sowie hinsichtlich der ökonomischen Bewertungen notwendig

- Verfahrensschritte Selbstverwaltung:
 - 👉 Übersetzung AR-DRG, Kodierrichtlinien, DRG-Kalkulationsmethodik, Erstkalkulation
 - 👉 Verfahren der Anpassung, Abrechnungsregeln, Kalkulation

⇒ „Ersatzvornahme“ BMG: Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (19.09.2002)

4.7. DRG-Optionsmodell

BMG – Fallpauschalen-Verordnung:

- Abrechnungsregeln
- Vorläufiger Fallpauschalenkatalog befristet für 2003 auf der Grundlage Erstkalkulation und Übersetzung AR-DRG's (keine nennenswerte Anpassung an das deutsche Gesundheitswesen)
- Probleme: Viele Leistungsbereiche sind (noch) nicht sachgerecht abgebildet (z. B. Geriatrie, Frühreha, ...)
- Ausnahme: Psychiatrie, Psychosomatik
- Option: Krankenhäuser konnten bis 31.10.2002 einseitig die Anwendung des DRG-Systems im Jahr 2003 erklären (Berlin: 11 Krankenhäuser, bundesweit ca. 400)

4.8. Rahmenbedingungen

Fallpauschaliertes System beinhaltet andere Anreizmechanismen (z. B. werden frühe Entlassungen z. T. befürchtet)

Aber:

- Qualitätssicherungsmaßnahmen (Q-berichte, Mindestmengen, ...)
- MDK-Prüfrechte (Stichprobenprüfungen, ...)

Wichtig:

Dokumentation und Organisation des Behandlungsverlaufes sowie der Anschlussheilbehandlung bzw. Entlassung