

**Bundeskongress Kompetenz in Ernährung
28. und 29. April 2006, CongressPark Wolfsburg**

D M P – I N T E G R I E R T E V E R S O R G U N G

Ansätze der Ernährungsberatung in Disease Management Programmen (DMP) und Integrierter Versorgung (IV) ---- Die Veranstaltung ist leider ausgefallen ----

Cornelia Wäscher, MPH cand., Knesebeckstr. 17, 10623 Berlin

Disease Management Programme (DMP)

Seit dem 1.7.2002 können Krankenkassen ihren Versicherten für bestimmte Erkrankungen strukturierte Behandlungsprogramme anbieten (§ 137 f und 137g SGB V). Hierzu werden gesonderte Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen über Inhalt und Struktur der DMPs abgeschlossen. Die vereinbarten Programme müssen vom Bundesversicherungsamt geprüft und mit einem Gütesiegel versehen werden, damit die teilnehmenden Kassen Anspruch auf erhöhte Beiträge geltend machen und entsprechende Zahlungen aus dem Risikostrukturausgleich erhalten können. Ein Ausgleichsanspruch besteht jedoch nur für Versicherte, die sich in ein solches Programm eingeschrieben haben. Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig. Von dieser Kopplung des Risikostrukturausgleichs mit Behandlungsprogrammen wird eine Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker erwartet. Da DMPs sektorenübergreifend angelegt sein müssen, könnte eine Ausweitung der Programme langfristig auch Versorgungsstrukturen verändern. DMPs könnten insbesondere dazu beitragen, sektorale Aufspaltung und Mängel bei den berufsgruppenübergreifenden Kooperations- und Koordinationsprozessen zu überwinden. Zunächst wurden DMPs für die chronischen Krankheiten Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit, Asthma und COPD (Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung) entwickelt.

Ernährungsberatung ist bisher nur in den DMPs für die beiden Diabetestypen und für Koronare Herzkrankheit als Bestandteil explizit aufgeführt und festgeschrieben. Jedoch haben nachgewiesenermaßen auch Brustkrebs-, Asthma- und COPD-Patienten einen großen Beratungsbedarf hinsichtlich des Themas Ernährung, da sie infolge ihrer Diagnose in hohem Maße bezüglich ihrer Ernährung verunsichert sind.

Eine chronische Erkrankung bedeutet eine gesundheitliche Einschränkung, die über lange Zeit, möglicherweise lebenslang besteht. Ihrer Versorgung wird eine rein medizinische Behandlung in der Regel nicht gerecht, denn sie berücksichtigt nicht ausreichend die Ziele der erkrankten Menschen, ihre individuellen Anliegen und psychosozialen Bedingungen. Es hat sich gezeigt, dass es günstiger ist, Patienten aktiv in die Behandlung ihrer Erkrankung zu involvieren. Patienten sollten an den Entscheidungsprozessen zur Festlegung der Therapieziele und Behandlungsstrategien, in der Beobachtung des Krankheitsverlaufs und auch bei der Anpassung der Therapie (im Sinne von Selbstkontrolle und Selbsttherapie) partizipieren. Voraussetzung für Patienten-Partizipation ist, dass Patienten durch systematische Schulungen so informiert und ausgebildet werden, dass sie die Fähigkeit erwerben, „Experten ihrer Erkrankung“ zu sein.

Ernährungsfachkräfte sind bei den Patientenschulungen aufgefordert, die Lehr- und Lerninhalte bewusst zu organisieren, indem die Ziele, die Inhalte, das methodische Vorgehen und der

Medieneinsatz festgelegt werden. Darüber hinaus sind Maßnahmen der Qualitätssicherung und Evaluation sowie die Dokumentation der Ernährungsberatung zu überdenken. Standards einer qualitätsgesicherten Ernährungsberatung und Ernährungstherapie im Rahmen der DMPs sollten auf berufspolitischer Ebene diskutiert werden. Qualitätssichernde Maßnahmen sollten auch einen Diskurs guter Qualität im Sinne der Förderung der Patientenmündigkeit integrieren.

Integrierte Versorgung (IV)

Der Gesetzgeber setzt gegenwärtig zur Bewältigung der Krise im Gesundheitswesen hohe Erwartungen in eine berufsgruppen- und sektorenübergreifende Koordinierung der Leistungsangebote. Die Versorgung soll sich künftig stärker an den Bedürfnissen großer Patientengruppen und nicht wie bisher an institutionellen Partikularinteressen orientieren. Mit der Implementation integrierter Versorgungsmodelle wird die Hoffnung verbunden, Brüche in der medizinischen Versorgung durch Reduktion von Schnittstellen-Problemen zu vermeiden, die Qualität und Sicherheit zu erhöhen und gleichzeitig den Kostenanstieg zu dämpfen.

Alternativ zur sektoralen Regelversorgung sind mit dem In-Kraft-Treten des GKV-Modernisierungsgesetzes die Grundlagen dafür geschaffen worden, dass Krankenkassen ihren Versicherten die Möglichkeit bieten, nach §§ 140 a ff. SGB V an integrierten, Sektor übergreifenden Versorgungsprojekten teilzunehmen. Da der Gesetzgeber auf eine genaue Definition und Zielsetzung der Integrierten Versorgung verzichtet hat, ist davon auszugehen, dass die Vertragspartner ihren Handlungsspielraum in organisatorischer und inhaltlicher Hinsicht bei der konkreten Ausgestaltung der Versorgungsprogramme ausnutzen werden.

Infolgedessen lassen sich augenblicklich verschiedene Varianten der Integrierten Versorgung beobachten. Unübersichtlichkeit und Intransparenz des Versorgungsgeschehens drohen dadurch weiter zuzunehmen. Grundsätzlich zeichnen sich zwei Formen der Integrierten Versorgung ab.

Zum einen entstehen indikationsbezogene Formen der Integrierten Versorgung, in denen die Krankenkassen für ihre an einer bestimmten leidenden Versicherten in einer Region mit spezifischen Leistungserbringern Komplexpauschalverträge vereinbaren. In dieser Form wird angestrebt, Diskontinuitäten im Versorgungsprozess zu minimieren, insbesondere für Krankheiten, die kostenintensiv und stark verbreitet sind.

Zum anderen werden umfassende Verträge für eine populationsbezogene Form der Integrierten Versorgung formuliert. Hier übernehmen die Leistungserbringer für die eingeschriebenen Versicherten der am Projekt teilnehmenden Krankenkasse regionsbezogen die Verantwortung für die Gesamtversorgung und erhalten dafür eine pauschalierte Vergütung. Populationsbezogenen Modellen der Integrierten Versorgung wird grundsätzlich ein höheres Potenzial zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven bescheinigt, allerdings wird bei ihnen der höhere Gestaltungsaufwand kritisch gesehen.

Über das Ergebnis dieser Entwicklung kann zum heutigen Zeitpunkt nur spekuliert werden. Bei den registrierten Kontakten zur Integrierten Versorgung durch die Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) ist festzustellen, dass Krankenhäuser im Vergleich zu niedergelassenen Ärzten an fast doppelt so vielen Verträgen beteiligt sind. Zu vermuten ist ferner, dass mit der neuen Regelung die Dominanz der größeren Krankenkassen und deren Möglichkeiten zur flächendeckenden Vertragsgestaltung den Kassenwettbewerb bestimmt.

Die Bedeutung einer gesunden Lebensführung für Gesundheit und Krankheit ist unbestritten. Insbesondere die Ernährung stellt in der individuellen Lebensgestaltung und Lebensqualität einen wesentlichen Schwerpunkt dar. Ernährung ist untrennbarer Teil der gesamten Lebensweise. Gesunde Ernährung wirkt gesundheitsfördernd und krankheitsvorbeugend. Dennoch wird der Stellenwert der Ernährung oft übersehen und unterschätzt. Die Ernährungsberatung und -schulung spielt in den bisherigen Modellen und Verträgen der Integrierten Versorgung eine untergeordnete Rolle. Um diesen Mangel zu beheben, ist die aktive Mitarbeit der Ernährungsfachkräfte gefordert. Wir sollten dies mit den Leistungsanbietern und der Ärzteschaft diskutieren und ein entsprechendes Beratungskonzept vorlegen. Ich sehe hier eine große Chance für Ernährungsfachkräfte, sich in das Leistungsgeschehen der Integrierten Versorgung einzubringen.