

Antwort der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr,
Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 15/3504 –**

Beteiligungsrechte und Aktualisierung von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease Management Programme)

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Implementierung von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease Management Programme, DMP) dient dazu, den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker zu verbessern. Das Ziel der DMP ist es auch, das Kosten-Nutzen-Verhältnis der jeweiligen Behandlungsstandards zu berücksichtigen. In Großbritannien wurde 1999 das „National Institute of Clinical Excellence“ (NICE) gegründet, welches Behandlungen im Hinblick auf deren Kosten-Nutzen-Relation beurteilt. Im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde ebenfalls beschlossen, ein derartiges Institut in Deutschland zu etablieren („Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“).

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GemBA, § 91 SGB V), dessen Hauptaufgaben in der Erarbeitung von Richtlinien zum Leistungskatalog der GKV und in der Vorgabe von Anforderungen an die Qualitätssicherung liegen, schlägt dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) geeignete chronische Erkrankungen vor (§ 137f Abs. 1 SGB V), für die DMP entwickelt werden und er definiert auch wesentliche Anforderungen im Hinblick auf die Ausgestaltung der DMP (§ 137f Abs. 2 SGB V). Die Behandlung chronischer Erkrankungen erfolgt vielfach unter Einsatz von Arzneimitteln mit zum Teil sehr komplexer Wirkungsweise. Die Arzneimittelhersteller sind an der Beschlussfassung des Gemeinsamen Bundesausschusses allerdings nicht beteiligt.

Im Rahmen der Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme wird auch die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) angepasst. Die RSAV sieht in § 28b Abs. 3 vor, dass die Vorgaben für strukturierte Behandlungsprogramme „mindestens in Jahresabständen“ und bei „Änderung der den Vorgaben zu Grunde liegenden Verhältnisse“ unverzüglich zu überprüfen sind, „wenn das Programm zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen noch für mindestens zwei Jahre zugelassen ist.“ Die Arzneimittelhersteller können hier zwar durch Stellungnahmen zum Referentenentwurf im Rahmen öffentlicher Beratungen Einwendungen gegen Änderungen der RSAV vorbringen. Der Zeitrahmen für Anhörungen ist mit zwei bis drei Wochen, die teilweise in Ferienzeiten fallen, sehr eng gesetzt.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Auch für die medizinischen Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme gelten die Prinzipien der ärztlichen Therapiefreiheit und der fachlichen Verantwortung der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer für die Erarbeitung und laufende Aktualisierung der medizinischen Inhalte von DMPs.

Zur ärztlichen Therapiefreiheit in strukturierten Behandlungsprogrammen:

In § 28b Abs. 1 Satz der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) wird darauf hingewiesen, dass die Vorgaben der Verordnung, soweit sie Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen (z. B. Empfehlungen zur Arzneimitteltherapie), den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrags im Einzelfall erforderlichen Behandlungsspielraum nicht einschränken. In der Begründung zum Referentenentwurf der Neunten Verordnung zur Änderung der RSAV wird diesbezüglich ausgeführt, dass es sich bei den in der Verordnung festgelegten Anforderungen an die medizinischen Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme weder um Leitlinien noch um Richtlinien handelt. Es steht den Krankenkassen als Trägern der einzelnen strukturierten Behandlungsprogramme und ihren Vertragspartnern auf Seiten der Leistungserbringer frei, Programminhalte zu vereinbaren, die über die Anforderungen der Rechtsverordnung hinausgehen, sofern die zusätzlich vereinbarten Programminhalte den Vorgaben der Rechtsverordnung nicht widersprechen und der best verfügbaren Evidenz entsprechen. Darüber hinaus obliegt die individuelle Therapieentscheidung im einzelnen Behandlungsfall dem behandelnden Arzt, der im Einvernehmen mit den Patienten einen individuellen Behandlungsplan erstellt.

Zur fachlichen Verantwortung der gemeinsamen Selbstverwaltung für die Erarbeitung und Aktualisierung medizinischer Inhalte von DMPs:

Der Gesetzgeber hat gemäß § 137f Abs. 2 SGB V dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Aufgabe übertragen, die Anforderungen an die Ausgestaltung von Behandlungsprogrammen, insbesondere die Anforderungen an die Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz zu benennen. Auch die regelmäßige Überprüfung und ggf. Aktualisierung der medizinischen Inhalte der Programme ist gemäß § 28b Abs. 2 RSAV Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses.

1. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, dass betroffene Arzneimittelhersteller vor Beschlussfassung der Anforderungsprofile für strukturierte Behandlungsprogramme an den jeweiligen Entscheidungen angemessen beteiligt werden?
9. Wenn ja, wie werden betroffene Arzneimittelhersteller bei Änderungen zur RSAV im Vorfeld dieser Überarbeitung im Gemeinsamen Bundesausschuss beteiligt werden?

Gemäß § 137f Abs. 2 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss vor seiner Beschlussfassung über die Empfehlung zu den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Selbsthilfe sowie den für die sonstigen Leistungserbringer auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit ihre Belange berührt sind; die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen mit einzubeziehen. Der Koordinierungsausschuss (nunmehr: der Gemeinsame Bundesausschuss) hat in der Vergangenheit die Arzneimittelhersteller nicht zum Kreis der Anhörungsberechtigten gezählt. Allerdings hat der Ausschuss die von

der pharmazeutischen Industrie eingegangenen Stellungnahmen geprüft und bei seiner Entscheidung berücksichtigt. Die Anhörung der maßgeblichen Verbände der Arzneimittelhersteller erfolgt im Rahmen des Ordnungsverfahrens zur Bestimmung der Versichertengruppen und Festlegung der Anforderung an die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme gemäß § 266 Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

2. Existieren klare Regelungen im Hinblick auf die Erstellung der Anforderungsprofile?
3. Wenn nein, wie beurteilt die Bundesregierung diesen Sachverhalt im Hinblick auf die Transparenz des Verfahrens für die Leistungserbringer und für weitere Fachkreise?

Rechtsgrundlage für die Anforderungen an die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme sind die §§ 137f, 137g SGB V sowie die Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung gemäß § 266 Abs. 7 SGB V. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses ist es, die Entscheidung des Verordnungsgebers durch seine fachliche Empfehlung vorzubereiten. Dabei muss er die Vorgaben des § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 bis 6 SGB V beachten, d. h. vor allem den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und die jeweils beste, verfügbare Evidenz. Darüber hinaus ist er – wie auch bei Beschlüssen zu Richtlinien – an die Verfahrensordnung und die Geschäftsordnung gemäß § 91 Abs. 3 Nr. 1 SGB V gebunden.

4. Werden bei der Festlegung der strukturierten Behandlungsprogramme die Ergebnisse der Kosten-Nutzen-Beurteilungen des NICE mit berücksichtigt?

Bei der Festlegung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme werden gemäß dem gesetzlichen Auftrag die verfügbaren evidenzbasierten Leitlinien und die jeweils beste, verfügbare Evidenz berücksichtigt. Dies schließt auch die sorgfältige Prüfung und ggf. Berücksichtigung maßgeblicher internationaler Publikationen mit ein.

5. Wie beurteilt die Bundesregierung die Angemessenheit des geringen Zeitrahmens, in welchem Stellungnahmen zum Verordnungsentwurf abzugeben sind?

Die Gemeinsame Geschäftsordnung der Bundesministerien sieht keinen festen Zeitrahmen für die Abgabe von Stellungnahmen vor. Zeitpunkt, Umfang und Auswahl bleiben, soweit keine Sondervorschriften bestehen, dem Ermessen des federführenden Bundesministeriums überlassen. Der Zeitrahmen, den das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung den Beteiligten zur Abgabe von Stellungnahmen zum Verordnungsentwurf bisher eingeräumt hat, war ausreichend, er lag bei den einzelnen Ordnungsverfahren zwischen 3 und 4 Wochen.

6. Hält es die Bundesregierung im Lichte des § 28b RSAV für rechtmäßig, dass die bisherigen DMP für Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs seit fast zwei Jahren nicht aktualisiert wurden, obwohl mehrfach neue Studienergebnisse eingereicht wurden?

7. Wenn nein, wie soll zukünftig die Einhaltung der gesetzlich festgelegten Fristen für die Überarbeitung der DMP durch die Bundesregierung sichergestellt werden?

Gemäß der Risikostrukturausgleich-Verordnung (§ 28b Abs. 2 RSAV) hat der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V die Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien mindestens in Jahresabständen zu überprüfen. Bei Änderungen der den Vorgaben zu Grunde liegenden Verhältnisse hat er unverzüglich, mindestens aber jeweils zum 1. Juli eines Jahres, erstmalig zum 1. Juli 2003, dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung Empfehlungen zur Aktualisierung vorzulegen.

Es ist Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses in dem vorgegebenen Zeitabstand darüber zu befinden, ob sich die den Vorgaben der RSAV zu Grunde liegenden Verhältnisse wesentlich geändert haben und eine Überarbeitung der Vorgaben für strukturierte Behandlungsprogramme erfordern.

Zur Überarbeitung der Empfehlungen zu den DMPs für Brustkrebs und Diabetes mellitus Typ 2 wurden im Mai bzw. Juni 2003 die jeweiligen Arbeitsgruppen eingerichtet. Auf der Basis des aktuellen medizinischen Erkenntnisstandes – und auch unter Einbeziehung der eingereichten neuen Studienergebnisse in die laufende Arbeit – werden die Anforderungen an DMPs von namhaften Experten und erfahrenen Ärzten sorgfältig überprüft und ggf. überarbeitet.

Aus dem Vorliegen neuer Studienergebnisse ergibt sich nicht zwangsläufig ein Aktualisierungsbedarf. Voraussetzung für die Berücksichtigung neuer Ergebnisse bei der Behandlung von Versicherten in strukturierten Behandlungsprogrammen ist die nachgewiesene Evidenz, d. h. medizinische oder medizintechnische Innovationen werden vor einer Berücksichtigung im Rahmen der Programme auf ihren therapeutischen oder diagnostischen Nutzen überprüft und müssen den Nachweis von medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit antreten. Aktualisierungsbedarf ist somit gegeben, wenn sich aus neuen Studienergebnissen tatsächlich klinisch relevante Änderungen der medizinischen Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben. Unbeschadet hier von gelten die einleitenden Ausführungen zur ärztlichen Therapiefreiheit im Rahmen von DMPs.

Zur Sicherstellung der Einhaltung der gesetzlichen Fristen sind die erforderlichen Vorkehrungen getroffen.

8. Wann ist konkret mit der Aktualisierung der Programme für Brustkrebs und Diabetes mellitus Typ 2 zu rechnen und wird mit der Aktualisierung auch eine Änderung der bestehenden RSAV verbunden sein?

Die medizinischen Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf der Grundlage der besten, verfügbaren Evidenz und eines breiten fachlichen Konsenses aller Beteiligten festgelegt. Die abschließende Beratung und Beschlussfassung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Empfehlungen zur Aktualisierung der in Rede stehenden Programme bleibt abzuwarten. Sofern er eine Änderung der in der RSAV festgelegten Anforderungen empfiehlt, ist es Aufgabe des Verordnungsgebers darüber zu entscheiden, ob er diese Empfehlung im Rahmen einer Änderungsverordnung aufgreift.

10. Ist der Bundesregierung bekannt, dass beim Gemeinsamen Bundesausschuss eine Arbeitsgruppe eingesetzt wurde, die sich mit einer Überarbeitung der seit über einem Jahr nicht aktualisierten DMP für Koronare Herzkrankheit beschäftigt?

11. Wenn ja, wie ist der Stand der Überarbeitung?

Gemäß § 28b Abs. 2 der RSAV hat der Gemeinsame Bundesausschuss die medizinischen Anforderungen an die DMPs mindestens in Jahresabständen zu überprüfen und bei Änderungen der den Vorgaben zu Grunde liegenden Verhältnisse dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung Empfehlungen zur Aktualisierung vorzulegen.

Mit der 7. RSAV-Änderungsverordnung sind die Anforderungen für das DMP an strukturierte Behandlungsprogramme für Koronare Herzkrankheit (KHK) zum 1. Mai 2003 in Kraft getreten. Da allerdings bislang noch keine Behandlungsprogramme für KHK angelaufen sind, bestand beim Gemeinsamen Bundesausschuss Unklarheit darüber, ob eine Überprüfung und ggf. Aktualisierung der medizinischen Inhalte erforderlich ist. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat in seiner Antwort auf die diesbezügliche Anfrage des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 27. Mai 2004 klargestellt, dass das in der RSAV geregelte Erfordernis der jährlichen Überprüfung und ggf. Aktualisierung der Sicherung der Aktualität der Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien dient und unabhängig von der Umsetzung der Programme gilt. Dementsprechend wurde der Gemeinsame Bundesausschuss aufgefordert, zügig mit der Überprüfung der medizinischen Inhalte des DMP KHK zu beginnen. Nach den dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorliegenden Informationen ist auf der Juli-Sitzung des zuständigen Unterausschusses DMP eine Beratung über die Überarbeitung der Anforderungen an das DMP KHK vorgesehen. Der Unterausschuss DMP wird hierbei entscheiden, in welcher Form er die Überprüfung und Aktualisierung der medizinischen Vorgaben vornimmt. Hierzu kann er – sofern dies als notwendig erachtet wird – auch eine Arbeitsgruppe einsetzen.

12. Welche Maßnahmen sind aus Sicht der Bundesregierung zu ergreifen, damit neueste Studienergebnisse zeitnah chronisch Kranken, die sich in strukturierten Behandlungsprogrammen eingeschrieben haben, zuteil werden?

Grundsätzlich gewährleistet das in der Rechtsverordnung verankerte Prinzip der ärztlichen Therapiefreiheit die zeitnahe Teilhabe der in den DMPs eingeschriebenen Versicherten am medizinischen Fortschritt. Darüber hinaus verpflichtet die Rechtsverordnung den Gemeinsamen Bundesausschuss zu einer regelmäßigen Überprüfung und ggf. unverzüglichen Aktualisierung der medizinischen Programminhalte der DMPs.

Dabei wird künftig das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen gemäß § 139a SGB V eine maßgebliche Rolle bei der laufenden Aktualisierung der medizinischen Inhalte der DMPs spielen. Das Institut wird im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen tätig, was insbesondere auch die Abgabe von Empfehlungen zu DMPs einschließt (vgl. § 139a Abs. 3 Nr. 4 SGB V).

13. Müssen strukturierte Behandlungsprogramme, die vom Bundesversicherungsamt zugelassen wurden und eine Restlaufzeit von maximal zwei Jahren haben, ebenfalls an die aktuellsten Erkenntnisse im Hinblick auf die Behandlung der entsprechenden Erkrankung angepasst werden?

Die Anpassungsverpflichtung gilt gemäß § 28b Abs. 3 RSAV nur für Programme, die beim Inkrafttreten der Änderung noch für mindestens zwei Jahre

zugelassen sind. Für Programme, deren Restlaufzeit zwei Jahre unterschreitet, stünde der mit der Anpassung des Programms und der Verträge verbundene Aufwand in keinem angemessenen Verhältnis zu dem verbleibenden Zeitraum, in dem das angepasste Programm noch wirksam werden könnte. Eine weitergehende Anpassung des Programms und der Verträge auf freiwilliger Basis wird hierdurch nicht ausgeschlossen.

14. Wenn nein, wie rechtfertigt die Bundesregierung eine derartige Festlegung, sofern wesentliche neue Forschungsergebnisse eine Anpassung der DMP notwendig machen?

Die Einbeziehung wesentlicher neuer Forschungsergebnisse für die Behandlung von Versicherten in strukturierten Behandlungsprogrammen ist auch für solche Programme, deren Restlaufzeit zwei Jahre unterschreitet, gesichert. Die Behandlung der Patienten in strukturierten Behandlungsprogrammen erfolgt auf der Grundlage der jeweils besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse. In den Programmen werden Behandlungsmethoden eingesetzt, die in wissenschaftlichen Studien auf Wirksamkeit, Sicherheit und Nutzen überprüft worden sind. Auch neue Forschungsergebnisse sind daraufhin zu überprüfen, ob ihr therapeutischer oder diagnostischer Nutzen nachgewiesen und ihre medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit belegt sind.

Die in den DMPs festgelegten Eckpunkte der Behandlung ersetzen jedoch nicht die Entscheidung des Arztes im konkreten Einzelfall. In der RSAV wird ausdrücklich klargestellt, dass die Vorgaben in den strukturierten Behandlungsprogrammen – soweit sie die Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen – den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrags im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht einschränken (§ 28b Abs. 1 Satz 3 RSAV). Die individuelle Therapieentscheidung obliegt dem behandelnden Arzt. Die Teilnahme am DMP schränkt das Leistungsangebot in der gesetzlichen Krankenversicherung im Übrigen nicht ein.

Darüber hinaus ist z. B. in den Anforderungen für strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2 explizit eine differenzierte Therapieplanung vorgesehen. Ziffer 1.3.2 der Anlage 1 zur RSAV lautet: „Gemeinsam mit dem Patienten ist eine differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung vorzunehmen. Der Leistungserbringer hat zu prüfen, ob der Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele von einer bestimmten Therapieintervention profitieren kann. Die Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt in Abstimmung mit dem Patienten nach ausführlicher Aufklärung über Nutzen und Risiken. Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sind gemeinsam mit dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen. Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung andere Wirkstoffe als die in dieser Anlage genannten verordnet werden sollen, ist der Patient darüber zu informieren, ob für diese Wirkstoffe Wirksamkeitsbelege zur Risikoreduktion klinischer Endpunkte vorliegen.“

Eine Einbeziehung wesentlicher neuer Forschungsergebnisse in die Behandlung der Erkrankung ist demzufolge nicht ausgeschlossen – auch wenn die Anforderungen an die Programme aufgrund ihrer kurzen Restlaufzeit – formal nicht (mehr) angepasst werden.

Es steht den Krankenkassen als Trägern der einzelnen strukturierten Behandlungsprogramme und ihren Vertragspartnern auf Seiten der Leistungserbringer im Übrigen frei, Programminhalte zu vereinbaren, die über die Anforderungen der Rechtsverordnung hinausgehen, sofern die zusätzlich vereinbarten Pro-

gramminhalte den Vorgaben der Rechtsverordnung nicht widersprechen und der besten verfügbaren Evidenz entsprechen.

15. Welche Evaluationen werden zwischen chronisch Kranken, die sich in DMP-Programmen eingeschrieben haben und denen, die nicht durch die DMP-Programme erfasst werden, durchgeführt, um sicherzustellen, dass die DMP-Programme erfolgreich sind?

Gemäß § 137f Abs. 4 SGB V haben die Krankenkassen oder ihre Verbände eine externe Evaluation der Programme durch einen vom Bundesversicherungsamt (BVA) im Benehmen mit der Krankenkasse oder dem Verband auf deren Kosten bestellten unabhängigen Sachverständigen auf der Grundlage allgemein anerkannter wissenschaftlicher Standards zu veranlassen, die zu veröffentlichen ist. Nach § 28g Abs. 1 RSAV hat sich die Evaluation der strukturierten Behandlungsprogramme zumindest auf die Strukturqualität, die Prozessqualität, die Ergebnisqualität und die Wirkungen auf die Kosten der Versorgung zu erstrecken. Das BVA hat gemäß § 28g Abs. 2 RSAV durch Vorgabe methodischer Kriterien darauf hinzuwirken, dass die Evaluationen unterschiedlicher Programme diagnosebezogen vergleichbar sind. Derzeit sind die Krankenkassen und das BVA (und sein eigens für die Evaluation der Programme eingerichteter Wissenschaftlicher Beirat) damit befasst, die methodischen Details der Evaluation zu klären.

16. Soll es den Krankenversicherungen ermöglicht werden, den Ärzten und Patienten gegebenenfalls auch Anreize zu bieten, um eine Erhöhung der Einschreibequoten zu erzielen (z. B. durch Gewährung von zusätzlichen Honorarzahungen bei hoher Einschreibequote, Erlassung von Zuzahlungen, Werbegeschenke wie Teststreifen für diätisch geführte Diabetiker)?

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, in ihren Satzungen Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten zu schaffen (§ 65a SGB V Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten). Gemäß § 65a SGB V erhalten die Krankenkassen auch die Möglichkeit, die Teilnahme ihrer Versicherten an strukturierten Behandlungsprogrammen durch Bonuslösungen zu fördern. Dabei können die Krankenkassen sowohl Zuzahlungsermäßigungen als auch Beitragsermäßigungen für ihre Versicherten vorsehen. Werbegeschenke für Patienten zur Erhöhung der Einschreibequoten in DMPs sind im Gesetz jedoch nicht vorgesehen.

Was die zusätzliche Honorierung von Ärzten anbelangt, erlaubt § 71 SGB V den Vertragspartnern, Leistungen, die den Anforderungen der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V entsprechen (wie z. B. Dokumentations- und Schulungsleistungen), zusätzlich zu vergüten. Für diese Leistungen können grundsätzlich Ausgabensteigerungen vereinbart werden, die oberhalb der Veränderungsraten nach § 71 Abs. 3 SGB V liegen. Die Gewährung von zusätzlichen Honorarzahungen bei hoher Einschreibequote ist hingegen nicht zulässig.

17. Wie schließt die Bundesregierung aus, dass Versicherte von Ärzten und Krankenversicherungen zu einer Teilnahme an DMP-Programmen gedrängt werden?

Die Teilnahme von Versicherten an einem DMP ist freiwillig und kann von diesen jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

18. Wie beurteilt die Bundesregierung die in den DMP-Programmen teilweise ohne Begründung existierenden Abweichungen von internationalen Be-

handlungsstandards im Bereich der Therapieauswahl und der Therapiezielsetzung und wie will sie dies gegebenenfalls unterbinden?

Die Frage unterstellt, dass die medizinischen Inhalte der Rechtsverordnung von internationalen Behandlungsstandards abweichen. Dies ist nicht zutreffend. Die medizinischen Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme wurden vom Koordinierungsausschuss (nunmehr: Gemeinsamer Bundesausschuss) auf der Grundlage der bestverfügbaren Evidenz und eines breiten fachlichen Konsenses aller Beteiligten einvernehmlich festgelegt und werden mindestens in Jahresabständen, bei neuen medizinischen Erkenntnissen unverzüglich, aktualisiert.

In die Beratungen der Experten-Arbeitsgruppen des Unterausschusses DMP des Gemeinsamen Bundesausschusses werden auch relevante Publikationen zu internationalen Behandlungsstandards im Bereich der Therapieauswahl und der Therapiezielsetzung einbezogen und auf ihre Evidenz geprüft. Insbesondere erfolgt auch eine Überprüfung der Originalliteratur für die in manchen Leitlinien dargelegten Aussagen und eine Überprüfung, ob ausreichende Evidenz bezüglich der Verbesserung der Erreichung der Therapieziele vorliegt.