

Editorial: Disease Management Programme – Konzept, Umsetzung und Nutzen aus Patientensicht



München – Disease Management Programme (DMP) stellen durch ihren koordinierenden und kooperierenden Ansatz eine Möglichkeit dar, den Behandlungsablauf sektorenübergreifend zu gestalten und somit die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten zu verbessern. Sie haben sich bewährt und sind fester Bestandteil des Versorgungsangebots. Neue „DMP“ sollen deshalb entwickelt werden, alte werden überarbeitet. Gleichzeitig soll die Ausformung der DMP immer mehr hin auf einen patientenzentrierten Ansatz fokussiert werden. Diese Ausgabe des Patientenbriefs möchte über die Konzeption der DMP sowie ihre derzeitige und künftige Ausgestaltung informieren.

Eine angenehme Lektüre wünscht Ihnen
Ihre Isabelle Schatz, Managerin Patient Relations

Schwerpunkt: Disease Management Programme – Konzept, Umsetzung und Nutzen aus Patientensicht

▪ **Strukturierte Versorgungsangebote für chronisch kranke Patienten**

Berlin – Disease Management Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern sollen. » [Seite 3](#)

▪ **Aktive Mitgestaltung der DMPs durch die Patientenvertretung**

Berlin – Seit 2012 verantwortet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Aufgabe, inhaltliche Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme in Form von Richtlinien zu bestimmen. Die Patientenvertretung kann damit auf deren Auswahl und Inhalte Einfluss nehmen. » [Seite 4](#)

▪ **Weiterentwicklung der DMPs zum Nutzen der Patienten**

Berlin – Ab Mitte 2002 wurden Disease Management Programme (DMP) entwickelt – zunächst vom Koordinierungsausschuss, ab 2004 vom dann gegründeten Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). » [Seite 6](#)

▪ **„Die Botschaft ist jetzt offensichtlich bei den maßgeblichen Institutionen des Gesundheitswesens in Deutschland angekommen“**

Berlin – Für Osteoporose-Betroffene wird derzeit die Einrichtung eines Disease Management Programms (DMP) geprüft. Dr. Thorsten Freikamp, Geschäftsführer des Bundesselbsthilfeverbandes für Osteoporose e.V., wirft mit uns einen Blick in die Zukunft und verdeutlicht den Stellenwert derartiger Programme aus Versorgungssicht. » [Seite 10](#)

▪ **Stellungnahme der Patientenvertretung**

Berlin – Aus Sorge vor einem drohenden Qualitätsverlust hat die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu dem Bestreben, Gesundheitsdienstleistungen zu normieren, Stellung bezogen. » [Seite 11](#)

▪ **Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz**

Berlin – In einem Schulterschluss haben Krankenkassen und Vertreter der Selbsthilfe ein Projekt zur Stärkung der Rolle der Selbsthilfe im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gestartet. » [Seite 13](#)



▪ **Lebensqualität: „Patienten wollen befragt werden“**

Berlin – Zum siebten Mal fand am 7. November 2014 in Berlin der GSK-Patientendialog statt, diesmal zu dem Thema „Lebensqualität – Schlüssel zu mehr Patientenorientierung in der Nutzenbewertung“.

» [Seite 14](#)

Disease Management Programme

Strukturierte Versorgungsangebote für chronisch kranke Patienten

Berlin – Disease Management Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern sollen.

Ein DMP hat zum Ziel, eine Krankheit auf der Basis eines ganz bestimmten und erprobten, also „evidenzbasierten“ Programms zu behandeln. Der Weg des Patienten durch das Versorgungssystem wird also genau definiert, weshalb auch oftmals die Rede von strukturierten Behandlungspfaden ist. Der Begriff „Management“ deutet darauf hin, dass diese Behandlungspfade der Krankheit durch den Arzt koordiniert bzw. „gemanagt“ werden sollen. In der Regel dürfte der Hausarzt diese Funktion übernehmen. Die Teilnahme an einem solchen Programm ist dem Patienten freigestellt, ebenso auch den Ärzten.

Ursprung der DMPs

Mit seinem Gutachten im Jahr 2000/2001 zur Über-, Unter- und Fehlversorgung gab der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) die Initialzündung für die Einführung von DMPs für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und zeigte Mängel bei der Versorgung von chronisch Kranken auf. Die Experten stellten unter anderem überflüssige Doppeluntersuchungen, unkoordiniertes Nebeneinander von haus- und fachärztlichem Sektor, Defizite in der psychosozialen Betreuung und mangelndes Selbstmanagement der Patienten fest. Der SVR empfahl leitliniengestützte Versorgungsansätze, darunter DMPs. Im Jahr 2002 wurden durch das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV die Voraussetzungen für die Entwicklung der DMPs geschaffen.

Konzeption der DMPs

Kernidee dieser Programme ist es, den sektorenübergreifenden Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker zu verbessern. Die Struktur der Programme darf nicht von einzelnen Krankenkassen oder von den Ärzten individuell gestaltet werden. Grundlage der DMPs bildet eine für alle Beteiligten – Patienten, Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser – einheitliche, wissenschaftlich abgesicherte und verbindliche Richtlinie. Ärzte und Krankenkassen sowie die Patientenvertretung sind über das oberste Gremium der Selbstverwaltung, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), an der Auswahl und der Ausgestaltung der DMPs beteiligt.

Patientenzentrierte Vorgehensweise

Alle Patienten, die an einer chronischen Erkrankung leiden, können an den betreffenden Programmen teilnehmen. Die Richtlinien des G-BA sehen dabei einen patientenzentrierten Behandlungsansatz vor, dessen Kernelement die aktive Einbindung der Betroffenen in den Behandlungsverlauf darstellt. Vor Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen soll ein ausführliches Gespräch mit dem Patienten über die Erkrankung, die möglichen Maßnahmen und deren Auswirkungen, sowie über zielführende Verhaltensoptionen erfolgen. Entscheidungen über die nachgelagerten Behandlungsschritte sollten gemeinsam im Gespräch getroffen werden. Dabei ist auch das Recht des Patienten, eine gemeinsame Entscheidungsfindung nicht in Anspruch zu nehmen, zu berücksichtigen. Darüber hinaus soll dieser Prozess durch eine auf die Betroffenen abgestimmte, neutrale Informationsvermittlung unterstützt werden. Es ist in angemessener Weise auf die besondere psychosoziale Situation und emotionale Befindlichkeit chronisch Kranker einzugehen. Auf die Möglichkeit der Unterstützung durch geeignete flankierende Maßnahmen, wie z.B. Selbsthilfe, soll hingewiesen werden.

Ziel dieser patientenzentrierten Vorgehensweise ist es, die Adhärenz zu fördern, d.h. das Ausmaß, in dem das Verhalten der Patientinnen und Patienten mit den Behandlungswegen und -zielen übereinstimmt, die zuvor mit dem Arzt gemeinsam festgelegt wurden. Die Versorgung des chronisch Kranken

soll dadurch verbessert werden, insbesondere sollen Folgeschäden und Komplikationen durch die chronische Krankheiten vermieden werden. Manche Krankenkassen gewähren bei Teilnahme an einem DMP einen materiellen Vorteil, und zwar in der Form eines Bonus, einer Ermäßigung bei den Zuzahlungen, Sachprämien, Geldprämien oder Beitragsreduzierungen. Denn für die Krankenkassen können Kosten entfallen, wenn Behandlungen strukturiert durchgeführt werden und Verschlechterungen des Gesundheitszustandes frühzeitig verhindert oder verlangsamt werden.

Finanzierung der DMPs: Programmkostenpauschale

Unabhängig von anderen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen für jeden in einem DMP eingeschriebenen Versicherten eine Pauschale zur Deckung der Kosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen. Diese sogenannte „Programmkostenpauschale“ setzt sich aus arztbezogenen und kassenbezogenen Kosten zusammen. Ihre Höhe wird jährlich neu vom Vorstand des GKV-Spitzenverbandes festgelegt. Sie beträgt für das Jahr 2014 für jeden eingeschriebenen Versicherten 145,68 Euro. Im Jahr 2009 lag sie noch bei 180 Euro und ist seitdem ständig gesunken.

Weiterführende Links:

Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu Disease Management Programmen
<http://www.kbv.de/html/dmp.php>

Informationsseite der AOK Rheinland-Pfalz / Saarland zu Disease Management Programmen
<http://www.aok-gesundheitspartner.de/rp/dmp/>

Zentrale Rolle des G-BA

Aktive Mitgestaltung der DMPs durch die Patientenvertretung

Berlin – Seit 2012 verantwortet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Aufgabe, inhaltliche Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme in Form von Richtlinien zu bestimmen. Die Patientenvertretung kann damit auf deren Auswahl und Inhalte Einfluss nehmen.

Die vom G-BA verabschiedeten Richtlinien richten sich nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft, der jeweils nach den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin ermittelt wird. Bis 2012 erfolgte diese Bestimmung der Inhalte der Disease Management Programme (DMP) über einen komplizierten Umweg: Der G-BA gab Empfehlungen an das Bundesministerium für Gesundheit. Auf Grundlage dieser Empfehlungen erließ das Ministerium dann im Rahmen einer Rechtsverordnung eine verbindliche Fassung der inhaltlichen Anforderungen an die DMPs. Seit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes zum Jahresbeginn 2012 ist der G-BA beauftragt, zu den DMPs eigene Richtlinien zu erlassen. Die schon über das alte Verfahren geregelten DMPs, hat der G-BA in 2014 schrittweise in Richtlinien überführt. Für noch zu regelnde Sachverhalte gelten bis zu ihrer Neufassung durch den G-BA frühere Bestimmungen fort.

Anforderungen an die Behandlungsprogramme

Gemäß 137f SGB V regeln die vom G-BA für die DMPs zu erlassenden Richtlinien insbesondere Anforderungen an:

1. die Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors,
2. die durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3,
3. die Voraussetzungen für die Einschreibung des Versicherten in ein Programm,
4. die Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten,
5. die Dokumentation einschließlich der für die Durchführung der Programme erforderlichen personenbezogenen Daten und deren Aufbewahrungsfristen,
6. die Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation).

G-BA-Unterausschuss DMP

Die Beschlüsse des G-BA werden in Unterausschüssen vorbereitet. Diese sind ebenso wie das Plenum paritätisch mit Vertretern der Krankenkassen und der Leistungserbringer (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) besetzt. Den Vorsitz hat jeweils ein unparteiisches Mitglied oder der unparteiische Vorsitzende des G-BA inne. An den Sitzungen nehmen Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter beratend teil. Nach Abschluss der Beratungen gibt der Unterausschuss dem Plenum eine Beschlussempfehlung, über die dort abschließend beraten und entschieden wird. Die Sitzungen der Unterausschüsse sind im Gegensatz zu denen des Plenums nicht öffentlich.

Vorsitzende des Unterausschusses DMP ist die Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe und seit 2012 unparteiisches Mitglied im G-BA, Dr. Regina Klakow-Franck. Sprecher der Patientenvertretung ist Fabian Székely vom Sozialverband Deutschland (SoVD).

Entscheidungsprozess

Bevor der G-BA neue Richtlinien beschließt, muss er den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Selbsthilfe, den für die sonstigen Leistungserbringer auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen, dem BVA und den jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme geben (§ 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V). Dies gilt also insbesondere dann, wenn neue DMPs eingerichtet werden sollen. Die Ergebnisse dieser Anhörungen werden vom G-BA ausgewertet und berücksichtigt.

Kriterien für die Auswahl einer chronischen Krankheit für ein DMP

Die Entscheidungsgrundlage des G-BA, welche chronische Krankheit in den Kreis der DMPs aufzunehmen ist, ist in § 137f SGB V geregelt. Folgende Kriterien hat der G-BA zu berücksichtigen:

1. Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
2. Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
3. Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien,
4. Sektorenübergreifender Behandlungsbedarf,
5. Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und
6. Hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

Der G-BA muss seine Richtlinien regelmäßig überprüfen. Denn wenn sich der aktuelle Stand des medizinischen Wissens geändert hat, sollen die Inhalte der Programme entsprechend angepasst werden.

Die praktische Umsetzung der DMPs erfolgt durch die Krankenkassen auf der Basis von regionalen Verträgen mit den Leistungserbringern (Vertragsärzte und Krankenhäuser). Die Verträge müssen dem Bundesversicherungsamt (BVA) vorgelegt werden, das die Übereinstimmung mit den gesetzlichen Grundlagen und Richtlinien des G-BA prüft. Wenn die Programme und Verträge diesen Vorgaben entsprechen, erhalten sie eine zeitlich unbefristete Zulassung durch das BVA.

Weiterführende Links:

Informationen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Disease Management Programmen

<https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/dmp/>

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Disease Management Programmen

<https://www.g-ba.de/institution/sys/suche/ergebnis/?suche%5Bsuchbegriff%5D=Strukturierte+Behandlungsprogramme+2014&suche%5Boffset%5D=0&suche%5Bsortierung%5D=relevanz&suche%5Bkategorie%5D=alle>

DMPs in Deutschland

Weiterentwicklung der DMPs zum Nutzen der Patienten

Berlin – Ab Mitte 2002 wurden Disease Management Programme (DMP) entwickelt – zunächst vom Koordinierungsausschuss, ab 2004 vom dann gegründeten Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Der erste Vertrag über ein DMP – das DMP Brustkrebs – wurde im Oktober 2002 von Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein geschlossen und erhielt im April 2003 als erstes Programm die Zulassung durch das Bundesversicherungsamt (BVA). Seitdem wurden sechs weitere DMPs eingerichtet.

Derzeit gibt es folgende DMPs in Deutschland

1. Brustkrebs	01. Juli 2002
2. Diabetes mellitus Typ 2	21. Juli 2002
3. Koronare Herzkrankheit (KHK)	01. Mai 2003
4. Diabetes mellitus Typ 1	11. März 2004
5. Asthma bronchiale	01. Januar 2005
6. Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	01. Januar 2005
7. Modul Herzinsuffizienz zum DMP KHK	01. Juli 2009

Die Kriterien, die für den G-BA zur Auswahl dieser Indikationen ausschlaggebend waren, gehen zurück auf die Anforderungen des G-BA an die DMPs. Folgende Punkte werden bei der Einrichtung eines neuen DMPs in Erwägung gezogen:

1. Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungsqualität,
2. Verfügbarkeit evidenzbasierter Leitlinien,
3. Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten,
4. Umsetzbarkeit eines DMPs zur vorgeschlagenen Krankheit,
5. Epidemiologie und Krankheitsverlauf,
6. an der Versorgung beteiligte Sektoren (sektorenübergreifender Behandlungsbedarf),
7. hoher finanzieller Aufwand der Behandlung und Folgekosten,
8. Erfahrungen mit DMPs aus dem In- und Ausland.

Im August 2014 hat der G-BA die Beratungen zu den DMPs für die chronischen Krankheiten rheumatoide Arthritis, chronische Herzinsuffizienz, Osteoporose und Rückenschmerz aufgenommen (siehe auch der nachfolgende Beitrag). „Mit dem Beschluss zu den Chroniker-Programmen (DMP) greift der G-BA zentrale Anliegen der Patientenvertretung auf“, erläuterte Fabian Székely. Die Aufnahme der Beratungen bedeutet noch nicht zwangsläufig die Entwicklung eines strukturierten Behandlungsprogramms. Die tatsächliche Umsetzung hängt laut G-BA von den Ergebnissen der Beratungen zu den einzelnen Krankheiten sowie vom Ergebnis der Leitlinienrecherchen ab. Damit hat der G-BA das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt.

Wahrscheinlich dürfte bei der Auswahl von Rückenschmerz als ein eventuelles DMP auch eine Rolle gespielt haben, dass im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD von Seiten der Koalitionäre Depressionen und chronischer Rückenschmerz explizit als prioritäre Handlungsfelder genannt wurden. Seit dem 13. Oktober 2014 liegen sogar Gesetzesvorschläge der Koalitionäre zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vor. Nach derzeitigem Stand ist dort vorgesehen, dass der G-BA bis zum 31. Dezember 2016 weitere für die Entwicklung strukturierter Behandlungsprogramme geeignete chronische Krankheiten festlegen soll und zwar insbesondere zur Behandlung von Rückenleiden und Depressionen.

Während Rückenschmerz als potenzieller Kandidat für ein DMP in der Diskussion ist, schied Depression als DMP-Krankheitsbild aus. Regina Klakow-Franck erläuterte, die vier ausgewählten Krankheiten erfüllten die gesetzlich geforderten Kriterien zur Entwicklung strukturierter Behandlungsprogramme in besonderem Maße. Der G-BA sei gerade dabei, die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten. Das Ergebnis solle man besser abwarten. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands, verweist darauf, dass im Fall von DMPs der Krankheitsverlauf durch Eigeninitiative der Versicherten beeinflussbar sei. Beim Vorschlag Depressionen hätten aber selbst die Initiatoren eingeräumt, dass es keine diesbezüglichen evidenzbasierten Schulungsprogramme gebe. Auch dies sei ein Grund gewesen,

warum man sich gegen einen DMP-Beratungsauftrag entschieden habe. „Damit ist aber mitnichten gemeint, dass es keine Versorgungsprobleme gibt“, so Pfeiffer. Für deren Lösung sei aber wohl kein DMP geeignet.

Anzahl eingeschriebener Patienten

Im Jahr 2013 waren nach Angaben des BVA etwa 6,3 Millionen Patienten in einem oder mehreren DMPs eingeschrieben. Bundesweit sind derzeit über 10.000 Programme zugelassen.

Laufende DMPs und Teilnehmerzahlen

Indikation	Laufende Programme	Versicherte (in einem oder mehreren DMPs eingeschrieben)
Asthma bronchiale	1.774	822.306
Brustkrebs	1.708	122.214
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	1.780	659.292
Diabetes mellitus Typ 1	1.650	163.650
Diabetes mellitus Typ 2	1.820	3.861.212
Koronare Herzkrankheit (KHK)	1.769	1.728.051

Quelle: Bundesversicherungsamt, Stand: 31. Dezember 2013

Entscheidung von Arzt und Patient

Interessierte Ärzte müssen ihre Teilnahmeerklärung bei dem für sie zuständigen Vertragspartner abgeben; in der Regel ist das die für den Arzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV). Liegen die Voraussetzungen für die Teilnahme vor, wird die Teilnahme am Programm bestätigt, und der Arzt kann die im Vertrag vereinbarten Leistungen abrechnen.

Da Schulungs- und Behandlungsprogramme fester Bestandteil der DMPs sind, muss der Arzt zusammen mit dem Patienten entscheiden, ob und welches Behandlungs- und Schulungsprogramm sinnvoll ist. Um die Schulungen anbieten zu können, ist eine besondere Qualifikation des Arztes und seiner Praxismitarbeiterinnen bzw. -mitarbeiter für das jeweilige Schulungsprogramm erforderlich. Es dürfen aber nur Schulungen verwendet werden, die vom BVA zugelassen worden sind. Voraussetzung ist, dass die Schulungen strukturiert, evaluiert und publiziert sind.

Dokumentation und Teilnahme

Eine Bedingung für die Teilnahme von Ärzten an einem DMP ist die lückenlose Dokumentation der Behandlung. Mit der Erstdokumentation ist sichergestellt, dass nur Versicherte mit der entsprechenden Diagnose in das Programm eingeschrieben und dabei die Grunddaten der medizinischen Behandlung erfasst werden. Die weiteren Behandlungsergebnisse werden in der Folgedokumentation erfasst.

Der einzelne Patient wird durch seinen Arzt in ein DMP aufgenommen, wenn er diesem zuvor seine Teilnahme-Einwilligungserklärung überreicht hat. Zusammen mit der entsprechenden Diagnose reicht der Arzt die Erstdokumentation sowie die des chronisch Kranken bei der DMP-Datenstelle ein. Sowohl der Arzt als auch der Patient kann jederzeit aus dem Programm ausscheiden.

Die DMP-Teilnahme ist für den Patienten mit Pflichten verbunden, nämlich an den ärztlich empfohlenen Schulungsmaßnahmen teilzunehmen und regelmäßig den koordinierenden Arzt aufzusuchen, um die aktuelle Therapie überprüfen zu lassen.

Evaluation

Die Evaluation der DMPs ist gesetzlich vorgeschrieben. Sie dient der dauerhaften Sicherstellung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der DMPs. Zu Beginn besaß das BVA durch das Vorgeben methodischer Kriterien für die Vergleichbarkeit der DMPs zwischen den Krankenkassen eine herausragende Stellung hinsichtlich der Entwicklung strukturierter Behandlungsprogramme. Dass der Gesetzgeber die zentrale Zuständigkeit für die DMPs in 2012 dem G-BA übertragen hat, nährt die Hoffnung, dass Vorschläge von der Basis schneller bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen berücksichtigt würden, zum Beispiel zur Optimierung der Dokumentation.

Mit seinem Beschluss vom 19. Juni 2014 hat der G-BA nach eigenen Angaben eine künftig kontinuierliche Evaluation der DMPs auf den Weg gebracht. Dabei gehe es um indikationsübergreifende Anforderungen. Die Vorsitzende des Unterausschusses DMP, Dr. Regina Klakow-Franck, sagte dazu: „Nunmehr steht der Nutzen der DMP für die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt, gemessen an krankheitsspezifischen als auch indikationsübergreifenden Parametern, auch im Vergleich zur Versorgung von Patienten, die nicht an einem DMP teilnehmen.“ Die Evaluation eines DMPs muss jeweils durch einen unabhängigen Sachverständigen erstellt werden. Die Krankenkassen wurden durch den Beschluss verpflichtet, die Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie deren zugrundeliegenden Qualitätsziele und -indikatoren darzustellen, die gegenüber den DMP-Teilnehmern zwischen den Vertragspartnern auf Landesebene vereinbart worden sind. Hierzu gehören insbesondere Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldefunktionen, Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme am DMP sowie die Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information für eingeschriebene Versicherte.

Jährliche Qualitätsberichte

Außerdem verständigte sich der G-BA auf Vorgaben an jährlich zu erstellende und zu veröffentlichende Qualitätsberichte. Die Krankenkassen sind nun verpflichtet, die Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie deren zugrundeliegenden Qualitätsziele und -indikatoren darzustellen, die gegenüber den DMP-Teilnehmern zwischen den Vertragspartnern auf Landesebene vereinbart worden sind. Die Vorlage der Qualitätsberichte beim BVA dient der Aufrechterhaltung der krankenkassenbezogenen Zulassung. Aus diesem Grund sind die Berichte auch krankenkassenspezifisch zu erstellen.

„Mit den neuen Anforderungen an die Evaluation von DMPs ist der Fokus von einem auf Krankenkassen bzw. auf Regionen bezogenen Vergleich auf die Weiterentwicklung der DMPs verlagert worden“, so Dr. Regina Klakow-Franck. Nunmehr stehe der Nutzen der DMPs für die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt, gemessen an krankheitsspezifischen als auch indikationsübergreifenden Parametern, auch im Vergleich zur Versorgung von Patienten, die nicht an einem DMP teilnehmen.

Nach über zehn Jahren lässt sich nach Ansicht entscheidender Akteure feststellen, dass sich die DMPs in der Versorgungslandschaft etabliert haben. Nicht zuletzt können die Patientenvertreter über den G-BA Einfluss auf die konkrete Gestaltung, vor allem auch neuer DMPs, nehmen. Die DMP-Struktur bewirke, so vielerorts das Resümee, dass über die Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker diskutiert werde – in den beratenden Expertengremien wie dem G-BA, in Qualitätszirkeln und anderswo. Die begleitenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und Evaluation hätten sehr viel zu dem beigetragen, was man mittlerweile über die Organisation strukturierter Behandlung wisse.

Weiterführende Links:

Informationsseiten des Bundesversicherungsamtes zu Disease Management Programmen
<http://www.bundesversicherungsamt.de/weitere-themen/disease-management-programme/zulassung-disease-management-programme-dmp.html>

Interview mit Dr. Thorsten Freikamp

„Die Botschaft ist jetzt offensichtlich bei den maßgeblichen Institutionen des Gesundheitswesens in Deutschland angekommen“

Berlin – Für Osteoporose-Betroffene wird derzeit die Einrichtung eines Disease Management Programms (DMP) geprüft. Dr. Thorsten Freikamp, Geschäftsführer des Bundesselbsthilfeverbandes für Osteoporose e.V., wirft mit uns einen Blick in die Zukunft und verdeutlicht den Stellenwert derartiger Programme aus Versorgungssicht.

Ein DMP Osteoporose steht derzeit auf dem Prüfstand. Wie schätzen Sie die Erfolgsaussichten ein?

Dr. Thorsten Freikamp: Meines Erachtens sind die Aussichten für ein DMP Osteoporose gut. Es gibt eine Vielzahl von Argumenten für ein strukturiertes Behandlungsprogramm zur Volkskrankheit Osteoporose. Da sich diese Argumente größtenteils mit den Kriterien decken, die der G-BA für DMP entwickelt hat, bin ich optimistisch, dass es Anfang 2016 eine positive Stellungnahme des IQWiG geben wird und diese dann auch vom Beschlussgremium umgesetzt wird.

Insgesamt 31 Vorschläge sind beim G-BA eingegangen. Warum braucht es ein DMP Osteoporose?

Dr. Freikamp: Ein DMP Osteoporose ist insbesondere deshalb erforderlich, weil die Versorgungsqualität in Deutschland verbessert werden muss. Aktuell erhalten nur ca. 20 Prozent der ca. 7 Millionen Osteoporose-Betroffenen eine rechtzeitige Diagnose und eine adäquate, d.h. leitliniengerechte Behandlung. Ich bin überzeugt davon, dass man diesen eher bescheidenen Anteil durch ein DMP deutlich erhöhen könnte. Ein weiteres Argument für ein DMP liegt darin, dass der chronisch kranke Osteoporose-Patient durch eine gesteigerte Eigeninitiative relevante Möglichkeiten hat, seinen Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen. Dabei spielen insbesondere die Lifestyle-Faktoren eine wesentliche Rolle. Eine calciumreiche Ernährung, ausreichend Bewegung und die Durchführung spezieller Osteoporose-Gymnastik wirken sich sehr positiv auf den Behandlungsverlauf aus. Aber auch die Frage einer Erhöhung der Compliance ist gerade bei Osteoporose-Betroffenen von Bedeutung. Ein Patient, der regelmäßig Medikamente einnehmen muss, vergisst dies häufig dann, wenn – wie bei Osteoporose – kein unmittelbar positiver Effekt aus der Einnahme resultiert. Hier können strukturierte Behandlungsprogramme ansetzen und im Rahmen regelmäßiger Betreuung dafür Sorge tragen, dass der chronisch Kranke sich einerseits gesundheitsbewusst verhält und andererseits die verschriebenen Medikamente regelmäßig und richtig einnimmt.

Die ersten strukturierten Behandlungsprogramme gibt es bereits seit 2003. Warum kommt das DMP Osteoporose erst jetzt?

Dr. Freikamp: Die Tatsache, dass das DMP Osteoporose erst aktuell in der Diskussion steht, mag darauf zurück zu führen sein, dass erst in den letzten Jahren verlässliche Erhebungen zur Anzahl der Be-

troffenen und den Behandlungskosten gemacht wurden und erst dadurch die weitreichenden Konsequenzen für die globalen Gesundheitssysteme erkannt wurden. Nicht zuletzt aufgrund des demographischen Wandels wird die Zahl der Osteoporose-Erkrankten in der EU bis 2025 um ein Viertel von derzeit rund 28 Millionen auf dann 34 Millionen ansteigen. Besonders prekär ist die Situation dann, wenn sich ein Knochenbruch ereignet hat. Alleine die direkten Kosten zur Versorgung einer Schenkelhalsfraktur beispielsweise belaufen sich auf rund 20.000,00 Euro. Wenn man weiter bedenkt, dass über 90 Prozent der Patienten mit Schenkelhalsfraktur gleichzeitig auch eine verminderte Knochendichte haben und die jährlichen Behandlungsfolgen dieser Fraktur in Deutschland bei 2,5 Milliarden Euro liegen, kann man ermessen, welche finanziellen Herausforderungen in der Zukunft zu erwarten sind. Die Botschaft ist jetzt offensichtlich auch bei den maßgeblichen Institutionen des Gesundheitswesens in Deutschland angekommen. Mit strukturierten Behandlungsprogrammen möchte man dieser Herausforderung begegnen.

Wenn das IQWiG nach Abschluss seiner Leitlinienrecherche grünes Licht gibt und ein DMP Osteoporose eingerichtet wird, dann erwartet die Patientinnen und Patienten...

Dr. Freikamp: ... hoffentlich eine deutlich verbesserte Versorgungssituation, d.h. einen rechtzeitigen und kostenfreien Zugang zu anerkannten diagnostischen Maßnahmen, eine leitliniengerechte Behandlung und eine auf hohem Niveau stehende interdisziplinäre fachärztliche Betreuung.

Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose (BfO) e.V.

„Unterstützen, informieren und motivieren“ ist das Motto des BfO e.V., der 1987 von Betroffenen und Ärzten gegründet wurde. Sein Ziel ist es, Betroffene dabei zu unterstützen, Hilfe zur Selbsthilfe im Alltag zu praktizieren.

In der Zwischenzeit verfügt der Verein über ein bundesweites Netz von Selbsthilfegruppen und zählt insgesamt rund 17.000 Mitglieder. Betroffene finden in den Gruppen Austauschmöglichkeiten und Angebote, um einen Beitrag zur Verbesserung ihres Gesundheitszustandes zu leisten. Der BfO vertritt als ihr Dachverband die Interessen der Osteoporose-Betroffenen gegenüber Krankenkassen, Ärzten und Entscheidungsträgern und informiert die Öffentlichkeit über die Krankheit Osteoporose und ihre Folgen.

Weiterführende Links: <http://www.osteoporose-deutschland.de/>

EU-Normierung von Gesundheitsdienstleistungen

Stellungnahme der Patientenvertretung

Berlin – Aus Sorge vor einem drohenden Qualitätsverlust hat die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu dem Bestreben, Gesundheitsdienstleistungen zu normieren, Stellung bezogen.

In einer gemeinsamen Stellungnahme warnen die maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V vor Bestrebungen der Europäischen Union (EU), ärztliche Leistungen und Gesundheitsleistungen zu normieren und damit zu standardisieren. Damit ginge ein Qualitätsverlust des deutschen Gesundheitswesens einher. Die individuelle Behandlung werde dadurch bedroht, die auf ärztlicher Therapiefreiheit und dem persönlichen Vertrauensverhältnis beruhe. In Deutschland würden Wunsch- und Wahlmöglichkeiten der Patienten berücksichtigt und die Entscheidungen der Patienten miteinbezogen werden. Heilkundliche Behandlungen sollten grundsätzlich nicht auf EU-Ebene gleichgeschaltet werden.

Durch das System der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen und insbesondere die Richtlinien des G-BA sei der Leistungsinhalt der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland konkretisiert und Qualitätsanforderungen festgelegt. Die Miteinbeziehung der Patienten werde ständig fortentwickelt, wie zuletzt durch das Patientenrechtegesetz.

Hintergrund

Der Hintergrund des Vorstoßes einer Normierung von Gesundheitsleistungen durch die EU ist unschwer nachzuvollziehen: Die EU wurde gegründet, um den Binnenmarkt in den Grenzen der europäischen Union zu fördern. Damit sind die Ziele der EU immer wirtschaftsorientiert. Die Patientenorganisationen betonen, dass man hiervon die Normierung von Produkten abgrenzen müsse, die aus ihrer Sicht zur positiven Durchsetzung einheitlicher Zulassungs-, Zertifizierungs- und somit Sicherheitsstandards dienen könnte.

Wesentliche Einwände der Patientenorganisationen sind:

- Die EU besitzt keine Zuständigkeit und Legitimation zur Ausgestaltung des Gesundheitswesens.
- Die Gesundheitspolitik soll in der Verantwortung der einzelnen Mitgliedstaaten verbleiben.
- Auch wenn die Normierung nicht durch Institutionen der Europäischen Union direkt erfolge, sondern durch eine nicht gewinnorientierte Organisation wie das Europäische Komitee für Normung (*Comité Européen de Normalisation*; CEN), verfolge diese trotzdem dieselbe Zielsetzung: Die bloße Harmonisierung des Binnenmarktes, ohne Rücksicht auf Patienteninteressen.
- Das Ziel der Binnenmarktförderung gehe zugunsten der Wirtschaft und zulasten der Patienten.
- Die Normen auf nationaler Ebene seien zum Wohle der Patienten und würden wissenschaftlich fundiert. Diese würden unter Einbeziehung der Interessenvertreter der Patienten, der Selbsthilfe der chronisch kranken und behinderten Menschen, entwickelt.
- Eine europäische Angleichung und Vereinfachung verkenne die unterschiedlichen Gesundheitssysteme.
- Bei einer europäischen Harmonisierung von ärztlichen Leistungen und Gesundheitsdienstleistungen würden keinerlei Vorteile für die deutschen Patienten entstehen.

Alle relevanten Organisationen der sozialen Sicherheit ablehnend

Die Normierung von ärztlichen Behandlungen und Gesundheitsdienstleistungen wird in Deutschland auch von anderen maßgeblichen Institutionen und Organisationen aufs Schärfste abgelehnt, beispielsweise durch die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG), in der alle relevanten Institutionen im Bereich der sozialen Sicherheit organisiert sind wie die gesetzlichen Sozialversicherungen, die privaten Kranken-, Pflege- und Lebensversicherungen, berufsständische und betriebliche Einrichtungen der Alterssicherung, Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände sowie Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft und weiterer gesellschaftlich relevanter Institutionen. Dem Gedanken, den generellen Vorteil einer europäischen Normierung von heilkundlichen Leistungen darin zu sehen, die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen zu verbessern, erteilen die Mitglieder der GVG „eine klare Absage“.

Weiterführende Links:

Stellungnahme der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss zur Normierung von Gesundheitsdienstleistungen

<http://www.patient-und-selbsthilfe.de/data/Andere/2014/Patientenvertretung-GBA-Stellungnahme-Normierung-Gesundheitsdienstleistung.pdf>

Positionierung der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) zur Normierung heilkundlicher Dienstleistungen

<http://www.gdv.de/wp-content/uploads/2014/10/GVG-Normierung-heilkundlicher-Dienstleistungen-Stellungnahme-2014.pdf>

Neue Kooperationen mit der Selbsthilfe

Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz

Berlin – In einem Schulterschluss haben Krankenkassen und Vertreter der Selbsthilfe ein Projekt zur Stärkung der Rolle der Selbsthilfe im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gestartet.

Das auf ein Jahr ausgelegte Projekt „Stärkung der Rolle der Selbsthilfe im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung“ läuft seit 1. Juli 2014 und wird vom BKK Dachverband (BKK DV) und dem BKK Landesverband Bayern (BKK LV Bayern) gefördert. Geleitet wird es von Dr. Martin Danner, Geschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE) e.V. Auf der Homepage der BAG SELBSTHILFE heißt es, dass zunächst eine Analyse der Ist-Situation durchgeführt werden soll. Anschließend sollen im Rahmen eines Erfahrungsaustauschs Good-Practice-Beispiele aus der Selbsthilfe zusammen getragen und wiederkehrende Problemlagen identifiziert werden. Ziel ist es, konkrete Maßnahmen für Unternehmen zu entwickeln und somit die Rolle der Selbsthilfe im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu stärken.

Die Unterstützung der Selbsthilfe bei derartigen Projekten besitzt im System der Betriebskrankenkassen (BKK) nach Auskunft des BKK Dachverbandes eine lange Tradition. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der Zunahmen chronisch kranker und behinderter Menschen werde das Engagement der Selbsthilfe immer wichtiger und es werde daher als zentrale Aufgabe gesehen, dieses Engagement zu unterstützen.

Kompetenzen der Selbsthilfe

Das erste Projekt, das die BAG SELBSTHILFE auf ihrer Homepage vorstellt, ist ein Fortbildungsangebot im Bereich psychischer Erkrankungen, das vom Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) e.V. entwickelt wurde. Verbessert werden sollen die Wahrnehmung und Kommunikation von psychischen Erkrankungen. Führungskräfte sollen für das Thema sensibilisiert und handlungsfähig gemacht werden. Das hierzu entwickelte H-I-L-F-E-Konzept beinhaltet die Schritte **H**insehen, **I**nitiative ergreifen, **L**eitungsfunktion wahrnehmen, **F**ührungsverantwortung: Fördern – Fordern und **E**xperten hinzuziehen.

Ausgangslage des Projekts ist der Anstieg von Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung aufgrund psychischer Belastungen bzw. Erkrankungen. Um diesem Trend entgegenzuwirken und seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter langfristig gesund zu halten, wird der Auf- und Ausbau von Kompetenzen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung für Unternehmen dringend erforderlich. Genau an dieser Stelle will man nun das bereits in der Selbsthilfe vorhandene Wissen und deren Kompetenzen unter aktiver Beteiligung Betroffener nutzen. Mit einem innovativen Fortbildungsansatz sollen Führungskräfte künftig beispielsweise von Profis aus Gesundheitsförderung und Selbsthilfe lernen.

Weiterführende Links:

Flyer: Psychische Erkrankungen im Arbeitsleben: Betriebliche Gesundheit fördern und Arbeit schützen über neue Kooperationen mit der Selbsthilfe

http://www.bag-selbsthilfe.de/tl_files/2014%20-%203%20Quartal/Poster-BAG-BAPK-Psychische%20Erkrankungen%20im%20Arbeitsleben-2014-barrierefrei-2.pdf

Projektbeschreibung zu Psychische Erkrankungen im Arbeitsleben: Betriebliche Gesundheit fördern und Arbeit schützen über neue Kooperationen mit der Selbsthilfe

<http://www.bag-selbsthilfe.de/selbsthilfe-in-der-betrieblichen-gesundheitsfoerderung.html>

Erläuterungen des BKK Dachverbandes über die Zusammenarbeit und Förderung der Selbsthilfe
<http://www.bkk-dachverband.de/gesundheitsfoerderung/selbsthilfe>

GSK Patientendialog 2014

Lebensqualität: „Patienten wollen befragt werden“

Berlin – Zum siebten Mal fand am 7. November 2014 in Berlin der Patientendialog von GSK statt, diesmal zu dem Schwerpunktthema „Lebensqualität – Schlüssel zu mehr Patientenorientierung in der Nutzenbewertung“.

Neben Mortalität und Morbidität ist Lebensqualität einer der drei patientenrelevanten Endpunkte, anhand derer der Zusatznutzen neuer Medikamente bewertet wird. Gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfe wurden unterschiedliche Perspektiven beleuchtet und der Stellenwert von Lebensqualitätsdaten in der Nutzenbewertung diskutiert. Das Potenzial des Endpunkts Lebensqualität schien dabei unstrittig, wenngleich auch die Herausforderungen deutlich wurden, die sich im Zuge seiner Erhebung stellen.

Die individuelle Erfahrung des Patienten objektivierbar machen

Ilka Einfeldt (Leiterin Patient Relations / GSK) gab zu Beginn eine Einführung in die Begrifflichkeiten und machte deutlich, dass „Lebensqualität per se subjektiv sei, das Konstrukt der Lebensqualität jedoch die individuelle Erfahrung des Patienten objektivierbar macht.“ Die indikationsspezifische Sicht auf den Endpunkt Lebensqualität, die Herausforderungen bei der Erhebung von Lebensqualitätsdaten und deren Potential, waren Thema der beiden darauffolgenden Vorträge.

„Wir brauchen vor allem mehr Unterstützung für bereits bestehende Projekte aus der Selbsthilfe“, resümierte Borge Winkler-Rohlfing von der Lupus Erythematodes Selbsthilfegemeinschaft e.V. Klassische ärztliche Instrumente zur Erhebung von Krankheitsschaden und -aktivität seien alleine unzureichend. Denn während Ärzte bei der Lupus-Behandlung primär den Fokus auf Organe und allgemeine medizinische Werte legen, sind Gelenkschmerzen, Hauterscheinungen und die Psyche die für die Betroffenen zentralen Themen der Therapie. Daher brauche man spezifische Lebensqualitätsfragebögen, die auf eine Erkrankung zugeschnitten und getestet seien, so Borge Winkler-Rohlfing.

Die regelmäßige Erfassung der Lebensqualität sei zugleich auch eine Form der Qualitätssicherung, betonte Birgit Dembski vom Mukoviszidose e.V. Bereits Anfang der 90er Jahre wurde mit der Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der Lebensqualität von Mukoviszidose-Patienten begonnen. Heute stehen verschiedene Versionen für Erwachsene und Kinder zur Verfügung, die hinreichend getestet sind, um in der Praxis eingesetzt zu werden. Denkbar wäre es also auch, die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Rahmen des Mukoviszidose-Patientenregisters zu erheben.

Gute Planung setzt Patientenbeteiligung voraus

Die Sicht der pharmazeutischen Industrie bzw. der Biostatistik steuerte PD Dr. Michael Hennig (Leiter Biostatistik & Epidemiologie / GSK) bei. Gute Lebensqualitätsdaten seien Gold wert – und gut geplante Studien die notwendige Bedingung dafür. Häufig werde man von Lebensqualitätsauswertungen erst einmal erschlagen, weil es sich dabei um ein multidimensionales Konstrukt handle, das psychische, physische und soziale Komponenten umfasse. Zahlreiche methodische Fragen seien noch offen. Nach Meinung von Susanne Teupen, Referentin der Stabsstelle Patientenbeteiligung beim Gemeinsamen Bundesausschuss, sei es Sache einer guten Planung, dass man die Patientinnen und Patienten einbeziehe und frage, welche Endpunkte und somit welche Messinstrumente man in einer Studie ver-

wenden solle. „Patienten wollen befragt werden“, lautete der Apell von Susanne Teupen. Zwar werden Lebensqualitätsdaten immer häufiger in klinischen Studien erhoben. Es brauche aber noch mehr Forschung und vor allem Lösungsstrategien, um Probleme, wie z.B. zu geringe Rücklaufquoten von Lebensqualitätsfragebögen, systematisch anzugehen.

Ein abschließender Überblick zur Berücksichtigung von Lebensqualitätsdaten in den bereits abgeschlossenen Verfahren der frühen Nutzenbewertung von Isabelle Schatz (Managerin Patient Relations / GSK) zeigte, dass auf Basis der vorgelegten Lebensqualitätsdaten bisher nur in Ausnahmefällen ein Zusatznutzen ausgesprochen worden war. Um die Datenqualität zu erhöhen, müssten für die Nutzenbewertung Standards zur Erhebung und Auswertung des Endpunkts Lebensqualität formuliert und Lösungsvorschläge für gängige methodische Probleme diskutiert werden.

Dass Lebensqualitätsdaten einen Schlüssel zu mehr Patientenorientierung in der Nutzenbewertung darstellen, daran schien kein Zweifel. Dass zur Verbesserung der Datenqualität und zur Beantwortung methodischer Fragen weitere Anstrengungen erforderlich sind, wurde aber ebenfalls deutlich. Die Einbindung von Patientinnen und Patienten in die Studienplanung und klarere Vorgaben der Nutzenbewertungsbehörden bezüglich der Datenerhebung und -auswertung – das könnten die Zutaten sein, um das Potenzial des Endpunkts Lebensqualität für Patientinnen und Patienten auszuschöpfen.

Weiterführende Links:

Homepage der Lupus Erythematodes Selbsthilfegemeinschaft e.V.

<http://lupus-rheumanet.de/>

Homepage des Mukoviszidose e.V.

<http://muko.info/>

Informationen zur Patientenbeteiligung beim G-BA / Stabsstelle Patientenbeteiligung

<https://www.g-ba.de/institution/struktur/patientenbeteiligung/>



Impressum

Herausgeber

GlaxoSmithKline
GmbH & Co. KG
www.glaxosmithkline.de

vertreten durch die
Allen Pharmazeutika Gesell-
schaft m.b.H, Wien
Prinzregentenplatz 9
81675 München

Geschäftsführer:
Dr. Sang-Jin Pak (Vors.)
Adrian Bauer
Jean-Bernard Simeon

Tel.: 0800 - 122 33 55
Fax: 0800 - 122 33 66

Registergericht:
Amtsgericht München
HReg: HRA 78754
Zuständige Aufsichtsbehörde:
Regierung von Oberbayern
Maximilianstraße 39
80538 München

Kontakt

Verantwortlich:
Ilka Einfeldt (v.i.S.d.P.)
Leiterin Patient Relations
Tel.: 089 - 360 44-8376
Fax: 089 - 360 44-9-8376
ilka.i.einfeldt@gsk.com

Roger Jaeckel
Leiter Gesundheitspolitik
Tel.: 089 - 360 44-8327
Fax: 089 - 360 44-9-8327
roger.r.jaeckel@gsk.com

Hinsichtlich der Nutzung des GSK-Patientenbriefs gelten unsere Nutzungsbedingungen entsprechend.
Diese können Sie auf www.patientenpolitik.de einsehen.