



FORSCHUNGSBERICHTE DES
INSTITUTS FÜR GESUNDHEITÖKONOMIE UND KLINISCHE
EPIDEMIOLOGIE DER UNIVERSITÄT ZU KÖLN



STUDIEN ZU GESUNDHEIT, MEDIZIN UND GESELLSCHAFT

Nr. 3 / 2008 VOM 30.06.2008 *** ISSN 1862-7412 *** WWW.IGKE.DE/SGMG

Stand und Zukunft von Disease Management Programmen in Deutschland

Autoren:

Lüngen M, PhD

Rath T, MD

Korrespondierender Autor: Luengen@igke.de

Die Reihe „Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft“ umfasst Arbeits- und Forschungsberichte des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln sowie kooperierender Wissenschaftler und Institutionen.

Die Berichte und weitere Informationen zu den Forschungsberichten können im Volltext abgerufen werden unter

<http://www.igke.de/SGMG>

Bitte zitieren Sie vorliegenden Bericht als

Längen M., Rath T. Stand und Zukunft von Disease Management Programmen in Deutschland. Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2008; Köln: Ausgabe 03/2008 vom 30.06.2008.

1 Zusammenfassung

- Deutschland hat derzeit (Mitte Jahr 2008) in der Versorgung von chronisch Erkrankten eine weltweit herausragende Bedeutung. Die Organisation der Versorgung chronisch Kranker ist einer der wenigen Bereiche, in denen das deutsche Gesundheitssystem als vorbildlich wahrgenommen wird und international Aufmerksamkeit erfährt.
- Derzeit befinden sich Disease-Management Programme in einer Umbruchphase. Während die ersten Evaluationen zeigen, dass die Programme wirksam sind und auch Potenzial zur Kostensenkung zeigen, wird ihre Abschaffung im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich diskutiert.
- Zudem hat sich der Aufwand bei der Umsetzung der Programme im Zeitablauf reduziert, so dass die einheitliche Benutzeroberfläche für den Arzt zu höherer Akzeptanz führt. Patienten äußern sich positiv und sind zufrieden.
- Es ist absehbar, dass mit der diskutierten einer Managementpauschale unter Wegfall zentraler Indikationen nicht nur ein Hemmnis für die Ausweitung, sondern der rapide Abbau der Evidenz-basierten Disease Management Programme in Deutschland einsetzen wird.

2 Grundlagen und Erfahrungen im Ausland

Disease-Management Programme sind sektorenübergreifende und langfristig angelegte Programme zur Verbesserung der Versorgungssituation von chronisch erkrankten Versicherten. Ihnen wird für die Gestaltung von Gesundheitssystemen hohe Bedeutung beigemessen, da die häufigsten chronische Erkrankungen im Jahr 2002 den Tod von 29 Mio. Menschen weltweit verursachten.¹

Gemäß den betriebswirtschaftlichen Überlegungen von Krankenkassen (Managed Care Organisationen) werden Disease-Management Programme eingeführt, wenn das Verhältnis von Kosten zu erwartbaren Gesundheitsverbesserungen akzeptabel ist.^{2,3} Dass überhaupt eine positive Effektivität für Disease-Management Programme erwartbar ist, wurde für einige Interventionen nachgewiesen, u.a. Schulungen (patient and provider education), Rückmeldungen an den behandelnden Arzt (feedback) und Erinnerungen für regelmäßige Untersuchungen (reminder).^{4,5,6,7}

Die USA sind das Land mit der längsten Erfahrung im Bereich Disease-Management Programme. Ursprünglich waren es Pharmafirmen, die aus Sorge vor sinkenden Umsätzen im Sog der Managed Care Ansätze Programme entwickelten, die ihre Produkte verstärkt berücksichtigten. Pharmafirmen wandten sich mittels Disease-Management Programmen über Tochterfirmen unmittelbar an die Patienten und boten Schulungen an. Überraschenderweise waren die Tochterfirmen auch darin erfolgreich, ihren einstigen Gegner, die Managed Care Organisationen, von den Angeboten zu überzeugen und für diese als „externer Dienstleister“ die Kurse anzubieten.⁸ Dabei muss beachtet werden, dass nicht alle Health Plans in den USA die gesamten Kosten der Arzneimittel übernehmen, so dass auch Patienten mit den höheren Kosten belastet werden. Es wurde jedoch in Studien auch nachgewiesen, dass beispielsweise im Bereich der Behandlung von Bluthochdruck eine Verbesserung der medikamentösen Therapie auch zu niedrigeren Kosten für den Patienten möglich ist.⁹

Im Jahr 1999 boten rund 200 Managed Care Organisationen Disease-Management Programme in den USA direkt oder indirekt an.¹⁰ Ziel war es häufig, vorwiegend unter dem Gesichtspunkt der ökonomischen Interessen das Disease-Management Programm auszubauen. Inwieweit eine Verbesserung der Versorgungsqualität damit verbunden war, blieb zweitrangig. „The firm selling the

[Disease-Management-] services must convince the client [Managed Care Organization] that it will reduce the client's cost.”¹¹

Die Ziele der DMP und ihre Umsetzung richtete sich dabei stark nach der Managed Care Organisation und ihren Kontrakten mit Ärzten. Eng in Verträge mit der Krankenversicherung eingebundene Ärzte waren häufiger bereit, ihr Versorgungsverhalten zu ändern entsprechend den Vorgaben der Disease-Management Programme.¹² Auch gab es große Unterschiede zwischen Krankenversicherungsunternehmen in der Ausrichtung der Programme, etwa Verbesserung der Qualität versus Reduzierung der Kosten.¹³ Je enger der Kontakt und das Vertrauen zwischen Zahlern (Krankenkassen) und Anbietern (Ärzten) war, desto besser konnten sogenannte chronic care models eingeführt werden.¹⁴ Dies mag herrühren aus den notwendigen Änderungen von Leistungen, Organisationsabläufen und Erlösen zu einem Zeitpunkt, an dem der (verbesserte) Endzustand noch nicht erkennbar oder gar gesichert ist. Ein Arzt würde bei schlechtem Vertrauen in das Disease-Management Programm eine risikoaverse Strategie vorziehen und Disease-Management Programme vermeiden.

Da die Reduktion der Kosten in Disease-Management Programme auch in den USA kurzfristig nicht immer gesichert war, ergaben sich im amerikanischen Markt mehrere Tendenzen:¹⁵

- Die Programme wurden auf solche Gruppen zugeschnitten, die am ehesten Reduktionen der Kosten erwarten lassen. Dies sind nicht unbedingt die Gruppen, welche die größten Qualitätsgewinne der Versorgung aus den Programmen ziehen könnten.
- Insgesamt zogen sich in der damaligen Konkurrenzsituation Managed Care Organisationen aus unprofitablen Märkten zurück. Dies waren oftmals Märkte mit hohen Anteilen chronisch Erkrankter. Daher wurden dort auch weniger Disease-Management Programme angeboten.
- Die Vergabe an externe Dienstleister führte dazu, dass Disease-Management Programme für verschiedene Erkrankungen nicht abgestimmt waren. Versicherte mussten bei Multimorbidität eventuell mehrere Stellen beziehungsweise formale Auflagen beachten.

- Die Einschaltung von Subunternehmern wurde nicht immer als effizient angenommen.

Disease-Management Programme sind in den USA Ausdruck einer langfristigen Entwicklung, welche die Verlagerung der Kostendämpfung von der selektiven Kontrahierung von Ärzten hin zu einer stärkeren Einbeziehung der Patienten verschiebt. Diese werden durch Zuzahlungen und Beteiligung an Disease-Management Programmen stärker an den Kosten beteiligt.¹⁶

In einer Umfrage unter 71 Krankenversicherungen (health plans) zu Änderungen in der Managed Care Strategie in 2002-2003 kamen Mays et al. (2004) zu dem Ergebnis, dass 6 von 12 Regionen einen Anstieg der Zahl an Disease-Management Programmen bescheinigten, allerdings nur 15 von 56 Krankenversicherungen. Höher sind die Zunahmen im Bereich von Fallmanagement (Case-Management). Dort zeigen 9 von 12 Regionen und 18 von 56 Krankenversicherungen eine Zunahme.¹⁷ Zudem führen sie aus, dass eine Abkehr von „traditionell“ breit angelegten Disease-Management Programme auf solche mit Zuschnitt auf Risikogruppen (high-risk patients) favorisiert wird.¹⁸ Teilweise wurden Disease-Management Programme auch durch intensive Fallmanagementmaßnahmen ersetzt. Es wird vermutet, dass die teilweise mangelnde Unterstützung von Disease-Management Programme durch Krankenversicherungen am ehesten den Armen und Kranken schadet.¹⁹

Erhebliche inhaltliche Defizite in bestehenden Disease-Management Programmen in den USA wurden festgestellt.²⁰ „The survey indicated that most of the nominated programs were limited in their effectiveness and reach by their reliance on traditional patient education, rather than modern self-management support, poor linkages to primary care, and reliance on referrals rather than population-based approaches.“ Dies führte zu neuen Impulsen, beispielsweise das „chronic care model“, das auf der Grundlage eines Literaturreviews und einer Expertenbefragung entwickelt wurde.²¹ Seine Hauptstrategie besteht darin, die Patienten- Arztbeziehung (beziehungsweise das Team der Hausarztpraxis) nicht länger unvorbereitet ablaufen zu lassen. Für beide Seiten soll eine Struktur bereit gestellt werden, die eine optimierte Versorgung der chronischen Erkrankung ermöglicht. Dazu gehören „self-management support, clinical information systems, delivery system redesign, decision support, health care organization, and community resources“.²²

Es handelt sich beim chronic care model somit um ein Gerüst zum Aufbau eines organisatorischen Rahmens, der von den Krankenversicherungen aufgegriffen werden kann. Im Gegensatz

zu traditionellen Disease-Management Programme der USA basieren chronic care models eher auf einem breiten bevölkerungsbezogenen Ansatz. Er stellt jedoch keine finanziellen Hilfen und keine verbindlichen medizinischen Inhalte bereit.

Das Modell hat gezeigt, dass es bei Anwendung die Ausprägung von Qualitätsindikatoren verbessert. Untersucht wurden 39 Studien, wobei 32 davon bei mindestens einem der Qualitätsindikatoren für Diabetes eine Verbesserung zeigten. 18 von 27 Studien zeigten eine Kostenreduzierung. Die Beobachtungszeiträume der Studien lagen bei 90 Tagen bis zu mehreren Jahren. Die Kostenreduktion ergab sich insbesondere durch vermiedene stationäre Aufenthalte.²³

Je nach Erkrankung scheint dabei das Potential für kurzfristige Einsparungen höher zu liegen. Während bei Herzinsuffizienz und Asthma rasche Einsparungen möglich scheinen, ist bei Diabetes eher mit einer längeren Anlaufzeit zu rechnen. Grund sind auch die Frequenz (vermeidbarer) stationärer Aufenthalte. Hinzu kommt, dass die Kostenreduktionen nicht unabhängig sind von der Fallschwerestratifizierung der eingeschlossenen Patienten.²⁴ Wird die Intervention wie Patientenschulung nach einem Jahr eingestellt, konnte allerdings nach 5 Jahren keine Kostenreduktion mehr festgestellt werden.²⁵

Eine Metaanalyse von Evaluationsstudien, die im Dezember 2007 im "American Journal of Managed Care" veröffentlicht wurde, hat ebenfalls versucht, eine aktuellere Zwischenbilanz zu ziehen.²⁶ Basis der Metaanalyse waren 29 Veröffentlichungen, die das Ergebnis von 317 verschiedenen Evaluationsstudien umfassen. Zwar wird in dem Aufsatz nicht erwähnt, in welchen Ländern diese Studien und Disease-Management Programme durchgeführt wurden. Da die Literaturrecherche über die Datenbanken PubMed und MEDLINE erfolgte, lässt sich jedoch folgern, dass die Studien vermutlich in einer Vielzahl von Ländern weltweit statt fanden. Erfasst wurden Disease-Management Programme für sechs verschiedene chronische Erkrankungen: Koronare Herzerkrankung (Herzinsuffizienz), Koronare Arterienerkrankung (Arteriosklerose), Diabetes mellitus, Asthma, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, Depression. In der Auswertung der Befunde wurden verschiedene Kriterien zur Bewertung der Effekte berücksichtigt:

- Klinischer Versorgungsprozess (Berücksichtigung von Leitlinien und "best practices")
- Gesundheitsverhalten der Teilnehmer (körperliche Bewegung, Arzneimittel-Compliance)
- Mittelfristige Ergebnisse zur Krankheitskontrolle (z.B. Hämoglobinwerte bei Diabetikern)

- Klinische Ergebnisse (Mortalität, funktioneller Status)
- Patientenerfahrungen (Zufriedenheit, Lebensqualität)
- Inanspruchnahme der Versorgung (z.B. Krankenhaus-Einweisungen)
- Ökonomische Effekte (Versorgungskosten, Nettoeinsparungen)

Das Ergebnis der Metaanalyse zeigt folgende Bilanz:

- Für die Einhaltung von Leitlinien und ebenso für Zwischenergebnisse zur Krankheitskontrolle zeigen sich fast durchweg (für 4 von 6 Krankheiten) positive Befunde.
- Für klinische Befunde auf der anderen Seite und ebenso für Änderungen des Gesundheitsverhaltens zeigen sich dort, wo hinreichend fundierte Evaluationen vorliegen, keine Verbesserungen. Allerdings ist die Forschungslage hier nur für 2 von 6 Krankheiten befriedigend.
- In gesundheitsökonomischer Hinsicht ist nur für zwei Krankheitsarten ein eindeutiges Urteil formulierbar: Bei Asthma zeigt sich keine Veränderung, bei Depressionen werden sogar höhere Kosten festgestellt aufgrund einer gestiegenen Inanspruchnahme.

Zusammenfassend stößt die Einführung von Disease Management in den USA auf einen stark wettbewerblich organisierten Markt der Leistungsanbieter. Die finanzielle Seite der Programme wird daher betont. Ausschlaggebend für die Verbreitung ist, wie die Krankenhäuser und ambulanten Ärzte bezahlt werden. Führt das Disease-Management-Programm zu einer Reduktion ihrer Erlöse, werden sie dieses nicht aktiv einführen oder unterstützen. Die Organisation, welche die Investitionen bezahlt, muss auch die Einsparungen verbuchen können.²⁷ Dies ist am ehesten bei Kopfpauschalen (capitation) gemeinsam für Krankenhäuser und Ärzte der Fall, weniger bei Tagespauschalen, Fallpauschalen oder Einzelleistungsvergütungen in Krankenhäusern oder Arztpraxen. Insgesamt wird jedoch auch deutlich, dass der Forschungsstand auch im Ausland noch unbefriedigend ist und bei einer großen Zahl von Kriterien abschließende Urteile noch nicht möglich sind.

3 Disease Management Programme in Deutschland

Disease Management Programme wurden Anfang der 90er Jahre zunächst in den USA entwickelt. Den Anstoß für die Entwicklung von Disease Management Programmen in Deutschland gab das Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Es wurde eine erhebliche Über-, Unter- und Fehlversorgung bei der Behandlung chronisch Kranker in Deutschland festgestellt – Folge der überwiegenden Konzentration auf die Behandlung akuter Beschwerden und der mangelnden Koordinierung und Kontinuität der Betreuung speziell für Chroniker. Zudem wurde deutlich, dass es eine relativ geringe Zahl von Erkrankten war (20%), welche den Großteil der Gesamtkosten verursachte (80%). Bei diesen handelte es sich vorwiegend um chronisch Erkrankte.

Die Krankenkassen führten Disease Management Programme jedoch für ihre Versicherten kaum ein, da sie fürchteten, dass qualitativ hochwertige Programme zu einem Wechsel von weiteren chronisch Erkrankten führen würde. Deutschland war daher nicht optimal mit Disease Management Programmen versorgt.

Die Besonderheit der deutschen Disease Management Programme besteht darin, dass sie auf Qualität und nicht auf kurzfristige Kostenreduktion abstellen. Kennzeichnend für die deutschen Programme ist, dass Patienten in die Behandlung einbezogen werden, mit dem Arzt individuelle – auf ihre gesundheitliche Situation zugeschnittene – Therapieziele vereinbaren, Schulungen erhalten und an Nachsorgetermine automatisiert erinnert werden.

4 Einführung der Disease-Management Programme in Deutschland

Die strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Erkrankte wurden zum **1. Januar 2002** mit dem „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ eingeführt. Auf dieser Grundlage wurden Krankenkassen, die ihren Versicherten strukturierte Behandlungsprogramme anbieten, innerhalb des Risikostrukturausgleichs gefördert. Dies bedeutet, dass sie entsprechend der erhöhten Morbidität dieser Versicherten höhere durchschnittliche Geldzuweisungen erhielten.

Mit Inkrafttreten der "4. Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung" zum **1. Juli 2002**, mit der erstmals die gesetzlichen Anforderungen an die DMP konkretisiert wurden, begannen die Krankenkassen bzw. ihre Verbände mit Unterstützung des Bundesversicherungsamtes den Vorgaben des Gesetzes entsprechende DMP zu entwickeln und zu zertifizieren. Ab der **ersten Jahreshälfte 2003** wurden die ersten Versicherten eingeschrieben, zunächst für Diabetes Mellitus Typ 2 und Brustkrebs. Weitere Indikationen folgten. Mittlerweile (Stand Februar 2008) sind ca. 14.000 DMP zugelassen.

Tabelle 1: Anzahl der zugelassenen Disease-Management Programme nach Fachrichtungen

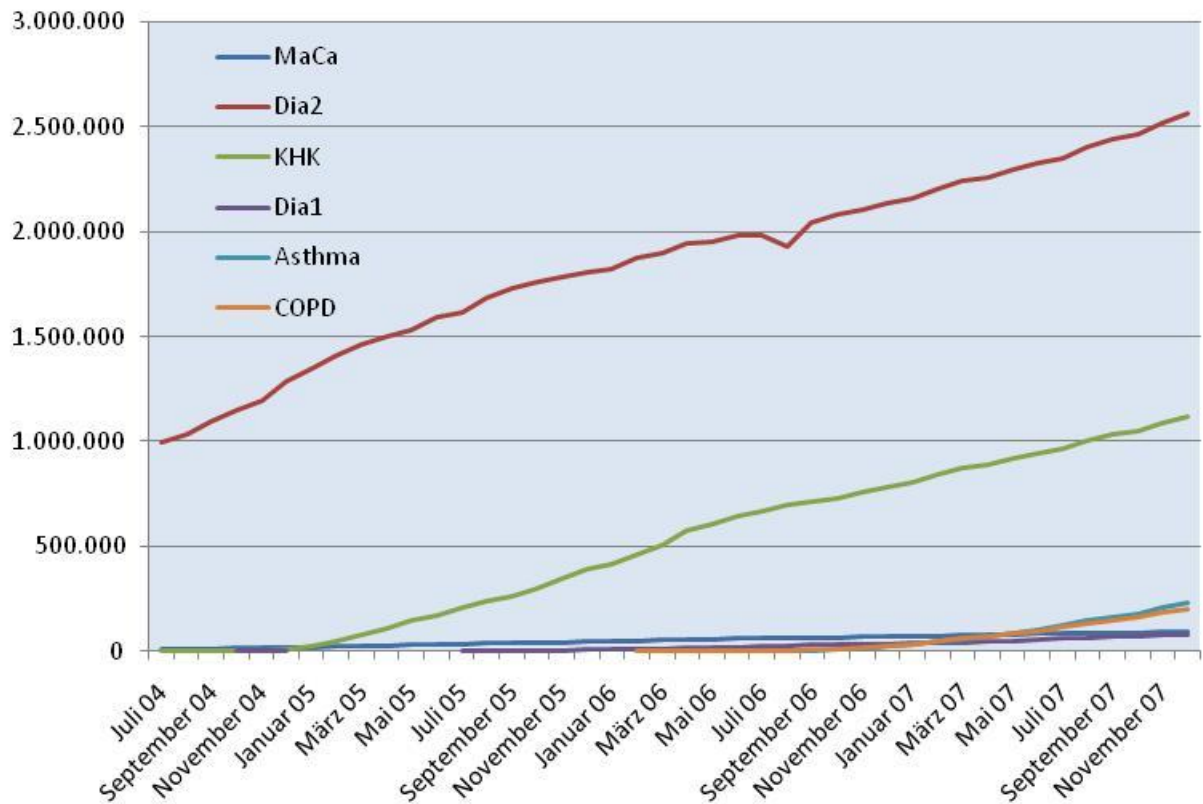
Indikationen	DMP möglich seit	Zulassungen bisher
Diabetes mellitus Typ 2	1. Juli 2002	3.325
Brustkrebs	1. Juli 2002	2.846
Koronare Herzkrankheit	1. Mai 2003	3.016
Diabetes mellitus Typ 1	1. März 2004	1.952
Asthma	1. Januar 2005	1.428
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	1. Januar 2005	1.416

Quelle BVA: <http://www.bundesversicherungsamt.de/Fachinformationen/Dmp/dmp.htm>, Zugriff Februar 2008

5 Zahl der eingeschriebenen Patienten in DMP in Deutschland

Es waren Ende 2007 bereits 4,28 Mio. Versicherte in (teilweise mehreren) zugelassenen Programmen eingeschrieben, davon rund 2,56 Mio. in Disease Management Programmen für Typ 2 Diabetes und 1,16 Mio. in Programmen für KHK. Dies bedeutet, dass bei ca. 5-6 Millionen bekannten Diabetikern in Deutschland etwa zwei Drittel aller gesetzlich Versicherten Typ 2-Diabetiker in Deutschland eine qualitätsgesicherte Versorgung in Disease Management Programmen erhalten.

Abbildung 1: Entwicklung der eingeschriebenen Patienten in Disease-Management Programme nach chronischer Erkrankung; Juli 2004 bis Dez 2007.



Quelle: GKV-Monatsstatistik KM 6 (Stand Februar 2008)

6 Bewertung

Die Bewertung der Wirksamkeit und der Kosten der Disease-Management Programme (Evaluation) ist gesetzlich vorgeschrieben und fester Bestandteil der Zulassungsvoraussetzungen. Sie hat auf der Grundlage allgemein anerkannter wissenschaftlicher Standards zu erfolgen. Das Bundesversicherungsamt hat entsprechend seines gesetzlichen Auftrags mit den Krankenkassen eine externe Evaluation durch unabhängige Sachverständige veranlasst. Für die AOK führt das Institut für angewandte Sozialwissenschaft (infas), in Zusammenarbeit mit der Prognos AG und dem Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) die Evaluation der DMP durch, für die Betriebs- und Innungskranken- sowie die Ersatzkassen erfolgt sie durch die Medical Netcare GmbH (MNC), Münster.²⁸

Die Ergebnisse der Evaluation sind ausschlaggebend für eine spätere Wiederzulassung. Derzeit liegen mehrere Auswertungen mit unterschiedlichen Methoden und Abgrenzungen vor.

6.1 Evaluation von Infas, Prognos und WIAD für AOK versicherte DMP-Teilnehmer mit Diabetes mellitus Typ 2

Ausgewertet wurden Daten von etwa 1,25 Millionen Teilnehmern aus allen Bundesländern. Diese Evaluationsberichte zeigen positive Entwicklungen bei den Teilnehmern des DMP Diabetes mellitus Typ 2. Der Langzeit-Blutzuckerwert (HbA1c) ist beim Eintritt in das DMP im Durchschnitt bereits bemerkenswert gut eingestellt. Er konnte in der ersten Phase der DMP-Teilnahme noch weiter gesenkt werden. Über mehrere Jahre betrachtet ist allerdings ein leichter, verlaufsbedingter Anstieg zu beobachten. Der diastolische Blutdruckwert sank im Auswertungszeitraum von drei Jahren im Durchschnitt von 83,8 auf 79,5 mm Hg. Zudem ist unter den teilnehmenden Patienten die Zahl der Raucher um etwa ein Drittel gesunken. Ein Wiederanstieg wurde nicht beobachtet.

6.2 Qualitätsdatenanalyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) für den Bereich KV Nordrhein

Die Studie des ZI über Chronikerprogramme im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ergab, dass die meisten vorgegebenen Qualitätsziele von den Ärzten mittlerweile erreicht werden. Eine der wenigen Ausnahmen sind Überweisungen von Altersdiabetikern in Fußambulanzen, die noch viel zu selten erfolgen.

6.3 Curaplan Brustkrebs der AOK Rheinland

Zu den Brustkrebs-Behandlungsprogrammen liegen insgesamt noch keine umfassend geprüften Daten vor. Anhand dem Programm Curaplan Brustkrebs der AOK Rheinland lässt sich lediglich zeigen, wie die Fallzahlen in diesem spezifischen DMP aussehen. Es handelt sich dabei natürlich um andere Größenordnungen als bei den Behandlungsprogrammen zu Diabetes mellitus Typ 2.

6.4 ELSID-Studie der Universität Heidelberg für AOK-Versicherte in den Bundesländern Sachsen-Anhalt und Rheinland-Pfalz

Das Akronym ELSID steht für “**E**valuation of a large scale implementation of **d**isease management programmes for patients with type 2 diabetes”.²⁹ Die ELSID-Studie hat ein kontrolliertes Design, das heißt die Routine-Umsetzung von DMP wird mit einer „Optimalgruppe“ verglichen, in der die Praxen unterstützt werden, das DMP gut umzusetzen, und dies wiederum wird verglichen mit Versicherten, die in Praxen versorgt werden, die nicht am DMP teilnehmen – und der entsprechende Versicherte deswegen eben auch nicht. Randomisiert wurde bei ELSID also zwischen DMP optimal und DMP Routine, die Zuordnung zur Kontrollgruppe erfolgte anhand von Routinedaten der GKV. Es fand also keine Randomisierung der Praxen in DMP und Nicht-DMP statt.

Die Studie untersucht auch, wie sich die zusätzliche Unterstützung für Ärzte, Praxisteams und Patienten – Schulungen und Seminare – auf die DMP-Erfolgsbilanz auswirkt. Um auch die Perspektive der Patienten zu erfassen, wurde in einer Zufallsstichprobe der Patienten, die in der ELSID-Studie erfasst werden, eine Versichertenbefragung durchgeführt. Rund 1.300 Patienten, davon knapp zwei Drittel in DMP, haben an der Erstbefragung teilgenommen. Insgesamt wurden

519 Praxen und 20.000 Patienten rekrutiert, wobei die Teilnehmer Versicherte einer Krankenkasse, und zwar der AOK in den Bundesländern Sachsen-Anhalt und Rheinland-Pfalz sind.

Die Befragung im Rahmen der ELSID-Studie zeigt, dass DMP-Patienten mit Ablauf und Organisation der Behandlung zufriedener sind als Patienten in der Regelversorgung. Es zeigt sich, dass die Ärzte die Vorgaben des DMP so umsetzen, dass die Patienten tatsächlich eine Verbesserung der Behandlung wahrnehmen. So werden DMP-Teilnehmer von ihrem Arzt häufiger nach ihren Vorstellungen bei der Gestaltung des Behandlungsplans gefragt als Nicht-Teilnehmer. Im Rahmen der ELSID-Studie werden auch die Behandlungsergebnisse von DMP-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern verglichen. Diese Ergebnisse sollen im Laufe des Jahres 2008 vorliegen.

6.5 Leistungsdaten von 160 000 Versicherten der Barmer Ersatzkasse

Bei der Barmer Ersatzkasse wurden erstmals Leistungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung von Patienten mit Diabetes mellitus mit und ohne Teilnahme an den DMPs Diabetes mellitus Typ 1 und 2 vergleichend analysiert.³⁰ Es wurde untersucht, ob sich bezüglich diabetesspezifischer Komplikationen und Begleiterkrankungen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bei Krankenhausbehandlung, Augenarztkontakten und Arzneimittelversorgung erkennen lassen. Die dargestellten Ergebnisse zeigen für DMP-Teilnehmer zumeist bessere Resultate. DMP-Teilnehmer werden signifikant seltener wegen Schlaganfällen und Amputationen im Krankenhaus behandelt, erhalten signifikant häufiger Medikamente zum Schutz vor makroangiopathischen Komplikationen und haben häufiger Augenarztkontakte. Die Resultate sprechen dafür, dass eine Teilnahme am DMP Diabetes mellitus positive Effekte in Bezug auf die Vermeidung von Folge- und Begleiterkrankungen hat.

6.6 „Projekt DMP Diabetes 2 Einschluss- und Umsetzungsqualität“ des Instituts für Allgemeinmedizin Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Im Abstand von 12 Monaten wurde eine zweimalige telefonische Befragung von 500 am DMP teilnehmenden und 500 nicht teilnehmenden Versicherten der Gmünder Ersatzkasse durchge-

führt.³¹ Erfasst wurden insbesondere die Patientenerwartungen und -zufriedenheit mit dem DMP.

Es liegen die Ergebnisse der 1. Telefonbefragung nahezu vollständig vor - ca. 990 von 1000 Teilnehmern-: DMP-Teilnehmer erhalten signifikant häufiger Interventionen (Teilnahme an Diabetes/Hypertonus-Schulungen, Fußinspektionen, Ernährungsberatungen, Beratung zu Sport und Ernährung) und es zeigt sich ein hoher subjektiver Nutzen von DMP.

6.7 Bewertung der Evaluation

Insgesamt sind die Evaluierungszeiträume noch kurz. Dennoch ist eine Verbesserung der klinischen Werte und Versorgungsprozesse bereits ablesbar, ebenso die höhere Zufriedenheit der Patienten. Es ist daher nicht ausgeschlossen, dass bei dieser kostenintensiven Gruppe mittelfristig auch Kosteneinsparungen entstehen werden.

7 Ausblick

Die gesetzlich verankerte Evaluation der Disease Management Programme in Deutschland wird zu einem der umfangreichsten Datenbanken von qualitätsgesicherten Versorgungsdaten für chronische Erkrankungen in Europa. U.a. sind 50% der Typ 2 Diabetiker der deutschen Bevölkerung über mehrere Jahre risikoadaptiert und strukturiert dokumentiert und evaluiert. Dieser wertvolle Datenpool sollte gefördert und genutzt werden.

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) werden auch für die Finanzierung der Disease-Management Programme ab dem 1. Januar 2009 weitreichende Änderungen eintreten. Der bisherige Ausgleich der erhöhten standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen für DMP-Versicherte im Risikostrukturausgleich entfällt ab diesem Zeitpunkt. Krankenkassen sollen stattdessen eine Programmkostenpauschale erhalten, welche für jeden eingeschriebenen Versicherten Dokumentations- oder Koordinationsleistungen abdecken soll.

Es wird argumentiert, dass im Zuge der Morbiditätsorientierung des Gesundheitsfonds eine weitergehende Berücksichtigung von chronisch Kranken nicht sinnvoll ist. So hat das Gutachten des wissenschaftlichen Beirats chronisch an Diabetes Typ 2 erkrankte Patienten ohne Komplikationen sowie solche mit diabetischer Ketoazidose/ Koma und mit Manifestationen am Auge nicht mehr als zu berücksichtigende Gruppe einbezogen.³² Eine Krankenkasse würde für diese Gruppen identische Zuteilungen bekommen wie für gesunde Versicherte.

Begründet wird dies im Gutachten mit dem Anreiz zu Prävention. Die Krankenkassen sollen dafür Sorge tragen, dass ihre Versicherten keinen Diabetes entwickeln. Fraglich ist jedoch erstens, welchen Einfluss eine Krankenkasse überhaupt auf ihre Versicherten und deren Lebensstil haben kann. Zweitens ist fraglich, ob sie Anstrengungen unternehmen sollte, ihre Bemühungen zur Diabetesprävention in den Vordergrund zu stellen. Sie muss damit rechnen, dass als Folge Versicherte mit bereits manifestem Diabetes zu ihr wechseln. Drittens besteht in der im Gutachten vorgeschlagenen Situation der Anreiz, die Versicherten sofort in hohe Komplikationsgrade abgleiten zu lassen, um somit in den Genuss von höheren Ausgleichzahlungen zu kommen. Der Präventionsgedanke wird daher durch diese Konstellation nicht gefördert, sondern konterkariert.

Ebenso sieht die Argumentation des Gutachtens bei Asthma-Erkrankungen aus. Asthma würde als zuschlagsbegünstigte Krankheit nicht mehr anerkannt. Eine Krankenkasse erhielte für ein Kind oder Erwachsenen mit Asthma identische Ausgleichszahlungen wie für einen gesunden Versicherten. Es bestünde daher der Anreiz, diese Gruppe weder präventiv noch kurativ zu versorgen, um keinen Wechsel in die eigene Krankenkasse hinein auszulösen.

Die Diskussion um die Zukunft der Disease-Management Programme in Deutschland ist noch nicht abgeschlossen. Jedoch scheint es evident, dass Deutschland bisher viele Fehler der amerikanischen Situation vermeiden hat und eindeutig auf qualitativ hochstehende Programme setzte. Zudem wurde Bürokratie abgebaut und die Anreize für Ärzte angemessen gestaltet. Diese Errungenschaften, weltweit führend, sollten nicht leichtfertig vergeben werden.

8 Referenzen

- ¹ Yach D, Hawkes C, Gould CL, Hofman KJ. The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control. *JAMA*. 2004;291(21):2616-2622.
- ² Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA*. 2002;288(15):1909-1914.
- ³ Mays GP, Claxton G, White J. MarketWatch: Managed Care Rebound? Recent Changes In Health Plans' Cost Containment Strategies. *Health Aff (Millwood)*. 2004; [Epub ahead of print]
- ⁴ Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A Jr, Ofman JJ. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ* 2002;325(7370):925.
- ⁵ Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. *Arch Intern Med*. 2004;164(15):1641-1649.
- ⁶ Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. *Arch Intern Med*. 2004;164(15):1641-1649.
- ⁷ Rothman AA, Wagner EH. Chronic illness management: what is the role of primary care?. *Ann Intern Med*. 2003;138(3):256-261.
- ⁸ Bodenheimer T. Disease Management in the American market. *BMJ* 2000;320:563-566.
- ⁹ Fischer MA, Avorn J. Economic implications of evidence-based prescribing for hypertension: can better care cost less? *JAMA*. 2004;291(15):1850-1856.
- ¹⁰ Bodenheimer T. Disease Management in the American market. *BMJ* 2000;320:563-566.
- ¹¹ Bodenheimer T. Disease Management in the American market. *BMJ* 2000;320:564
- ¹² Rittenhouse DR, Grumbach K, O'Neil EH, Dower C, Bindman A. Physician organization and care management in California: from cottage to Kaiser. *Health Aff (Millwood)*. 2004;23(6):51-62.
- ¹³ Rittenhouse DR, Grumbach K, O'Neil EH, Dower C, Bindman A. Physician organization and care management in California: from cottage to Kaiser. *Health Aff (Millwood)*. 2004;23(6):51-62.
- ¹⁴ Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D. Can the NHS learn from US managed care organisations? *BMJ*. 2004;328(7433):223-225.
- ¹⁵ Bodenheimer T. Disease Management in the American market. *BMJ* 2000;320:563-566.
- ¹⁶ Robinson JC. Reinvention of health insurance in the consumer era. *JAMA* 2004;291(15):1880-1886.
- ¹⁷ Mays GP, Claxton G, White J. MarketWatch: Managed Care Rebound? Recent Changes In Health Plans' Cost Containment Strategies. *Health Aff (Millwood)*. 2004; [Epub ahead of print]

-
- ¹⁸ Mays GP, Claxton G, White J. MarketWatch: Managed Care Rebound? Recent Changes In Health Plans' Cost Containment Strategies. *Health Aff (Millwood)*. 2004; [Epub ahead of print]
- ¹⁹ Newhouse JP. Consumer-directed health plans and the RAND Health Insurance Experiment. *Health Aff (Millwood)*. 2004;23(6):107-113.
- ²⁰ Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manag Care Q* 1999;7(3):56-66.
- ²¹ The Improving Chronic Illness Care Program.
<http://www.improvingchroniccare.org/index.html> (Access 11. Feb. 2005)
- ²² Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002;288(14):1775-1779.
- ²³ Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA*. 2002;288(15):1909-1914.
- ²⁴ Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA*. 2002;288(15):1909-1914.
- ²⁵ Kauppinen R, Vilkkä V, Sintonen H, Klaukka T, Tukiainen H. Long-term economic evaluation of intensive patient education during the first treatment year in newly diagnosed adult asthma. *Respir Med*. 2001;95(1):56-63.
- ²⁶ Soeren Mattke u.a.: Evidence for the Effect of Disease Management: Is \$1 Billion a Year a Good Investment? *The American Journal of Managed Care*, December 2007, 670-676.
- ²⁷ Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA*. 2002;288(15):1909-1914.
- ²⁸ <http://www.bva.de/>, Zugriff Februar 2008.
- ²⁹ Das Studienprotokoll ist im BMC Public Health unter folgendem link öffentlich zugänglich: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/99>.
- ³⁰ Ullrich et al. Versorgungsmerkmale des Diabetes mellitus in Disease-Management Programmen. Ein Vergleich von in die DMP eingeschriebenen und nichteingeschriebenen Versicherten mit Diabetes. *Diabetes, Stoffwechsel und Herz*, 6/2007
- ³¹ http://www.uke.uni-hamburg.de/institute/allgemeinmedizin/index_32993.php, Zugriff Februar 2008.
- ³² Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs. Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten. Dez 2007