

R. Roski
P. Stegmaier
A. Kleinfeld (Hrsg.)

VERSORGUNGS
monitor FORSCHUNG

Schriftenreihe Monitor Versorgungsforschung

Disease Management Programme Statusbericht 2012

**MVF-Fachkongresse
„10 Jahre DMP“
und
„Versorgung 2.0“**

eRelation AG – Content in Health

Inhalt

| | |
|--|-----|
| Vorwort | 13 |
| I. „10 Jahre DMP“ | 23 |
| 1. Redaktionelle Beiträge | 25 |
| 1.1 Eine Datenbasis für die Zukunft..... | 27 |
| 1.2 „Was ist bessere Versorgung und was Luxus?“..... | 30 |
| 1.3 „Politischer Wille zur Transparenz ist nötig“..... | 37 |
| 1.4 „Wir müssen ehrlicher mit Evidenz umgehen“..... | 41 |
| 1.5 „DMP nicht wie eine rote Pille behandeln“..... | 49 |
| 2. Wissenschaftliche Beiträge..... | 53 |
| 2.1 DMP aus Sicht des Bundesversicherungsamts..... | 55 |
| 2.1.1 DMP-Realität nach 10 Jahren..... | 57 |
| 2.1.2 DMP: Vergleichende Evaluation..... | 61 |
| 2.1.3 Höchststrichterliche Rechtsprechung zu strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137g SGB V..... | 70 |
| 2.2 DMP aus Sicht der Krankenkassen..... | 78 |
| 2.2.1 Ergebnisse der AOK-Bundesauswertungen zur gesetzlichen Evaluation der DMP für die Indikation Diabetes mellitus Typ 2..... | 79 |
| 2.2.2 DMP: Wichtiger Beitrag zu mehr Qualität und Effizienz in der Versorgung chronisch Kranker..... | 85 |
| 2.2.3 Brauchen wir den endgültigen Wirksamkeitsbeweis? Erfahrungen und Evaluation nach acht Jahren DMP..... | 96 |
| 2.2.4 10 Jahre Disease-Management-Programme - Erfahrungen der DAK..... | 103 |
| 2.2.5 Evaluation des DMP Diabetes mellitus Typ 2 - eine Analyse der TK..... | 110 |
| 2.3 DMP aus Sicht der Regionen | 118 |
| 2.3.1 Regionale Unterschiede in der ambulanten Arzneimittelversorgung..... | 120 |
| 2.3.2 DMP: Erfahrungen in Bayern..... | 125 |
| 2.4 Kritik und Ausblick | 131 |
| 2.4.1 DMP: Nutzen und Effizienz bleiben fraglich..... | 133 |
| 2.4.2 DMP: Wirkungen und Nebenwirkungen – Folgenabschätzung..... | 138 |
| 2.4.3 DMP: Methodik für faire Vergleiche..... | 144 |
| 2.4.4 DMP: Einstieg in ein indikationsübergreifendes Versorgungsmanagement..... | 149 |
| 2.4.5 DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2: Überarbeitungsbedarf..... | 156 |
| 2.4.6 Schnittstellenproblematiken strukturierter Versorgungskonzepte..... | 169 |

| | |
|---|------------|
| II. „Versorgung 2.0“ | 173 |
| 1. Redaktionelle Beiträge | 175 |
| 1.1 Künftig sektoren- und einrichtungsübergreifend und an Komorbiditäten orientiert..... | 177 |
| 1.2 „Gravierende Veränderungen für DMP“ | 179 |
| 1.4 „Erste neue Ergebnisse erst im Jahr 2014“ | 181 |
| 1.4 „Nachdenken über den Nutznießer der Versorgung“ | 186 |
| 1.5 „DMP mehr auf Komorbiditäten ausrichten“ | 191 |
| 2. Wissenschaftliche Beiträge..... | 201 |
| 2.1 DMP aus Sicht des Bundesversicherungsamts..... | 203 |
| 2.2.1 DMP und integrierte Versorgung – Miteinander oder Nebeneinander? | 205 |
| 2.2.4 Regionale Unterschiede in der Lebensqualität von DMP-Teilnehmern am Beispiel von vier Bundesländern | 211 |
| 2.2 DMP aus Sicht der Krankenkassen | 220 |
| 2.2.1 Regionale Unterschiede und ihre Folgen aus Kassensicht..... | 221 |
| 2.2.3 Untersuchungen zur externen Validität der DMP-Dokumentation? | 227 |
| 2.2.5 Regionale Unterschiede und neue Versorgungsformen - Patientencoaching für Chroniker – DAK-Ansätze im Versorgungsmanagement | 233 |
| 2.3 DMP aus Sicht der Regionen | 240 |
| 2.3.1 Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung..... | 242 |
| 2.3.2 Regionale Unterschiede und ihre Folgen aus Ärztesicht..... | 247 |
| 2.4 Case- und Versorgungsmanagement, Evaluation und Ausblick | 258 |
| 2.4.1 Grenzen gesundheits-ökonomischer Evaluation..... | 260 |
| 2.4.2 Achilles-Ferse neuer Versorgungsformen: Gesundheitsprofessionen zwischen Subordination, Konkurrenz, Kooperation..... | 266 |
| 2.4.3 Qualitätsgesichertes Case Management in der Schlaganfall-Versorgung..... | 274 |
| 2.4.4 Integrierte Versorgung Schizophrenie in Niedersachsen - ein Evaluationskonzept..... | 280 |
| 2.4.5 Patientenzentriertes Versorgungsmanagement | 285 |
| 3. Autoren | 291 |
| 4. Index | 307 |

Vorwort

Vorwort

„10 Jahre DMP“ und „Versorgung 2.0“

Im Jahr 2001 schlug die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt Disease-Management-Programme für Deutschland vor, sie schrieb in einer Pressemitteilung am 30. Juli 2001:

„Mit diesen strukturierten Behandlungsmethoden verbessert sich die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten. Folgeschäden können verhindert oder verzögert werden. Mit diesen Programmen schaffen wir die Verbindung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Dies dient der Gesundheit und dem Geldbeutel der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung.„Mit diesen Programmen werden für die Krankenkassen erstmals Anreize gesetzt, sich speziell um chronisch Kranke zu kümmern. Dies stärkt die Solidarität innerhalb der GKV.“

Bereits ab dem 1. Januar 2002 konnten Krankenkassen beim Bundesversicherungsamt (BVA), das nicht nur für den Morbi-RSA, sondern auch für DMP als neutrales, bundesweit tätiges Amt zuständig ist, Anträge auf Zulassung von Disease-Management Programmen stellen. Schmidt weiter: *„Es ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen wegen der hiermit verbundenen finanziellen Vorteile erhebliche Anstrengungen unternehmen werden, um möglichst schnell zulassungsfähige Programme zu entwickeln.“*

Denn DMP wurden eng an den Morbi-RSA verknüpft, was Vor- wie Nachteile hatte. Eindeutiger Vorteil war aus Sicht der Politik, dass Kassen durch die DMP-Anschubfinanzierung schnell ein flächendeckendes System schaffen würden, was - trotz vielfacher und heftiger Proteste vor allen von Hausärzten - auch so war. Im Nachhinein hätte die Einführung wohl nicht flächendeckend, sondern sukzessive erfolgen müssen, denn nur so wäre die Implementierung einer vergleichenden Evaluation möglich gewesen. Doch die Chance wurde verpasst, die Uhr ist nicht mehr zurückzudrehen. Und zu deutlich ist der Impact auf das Versorgungsgeschehen in Deutschland; vor allen Dingen natürlich bei den in DMP eingeschriebenen Patienten, aber auch bei jenen, die nicht in ein solches Programm eingeschrieben sind. Der Grund: Ärzte behandeln DMP-Teilnehmer und Nichtteilnehmer seit Einführung dieser Programme nach den gleichen verbindlichen und aufeinander abgestimmten Betreuungs- und Therapieprozessen, die nach der höchsten medizinischen Evidenz festgelegt worden waren.

Rund 10 Jahre sind seit der ersten Diskussion der

Disease-Management-Programme vergangen. Zeit, aus den Erfahrungen zu lernen und zu fragen, ob das seit 2002 eingeführte Modell DMP wirklich zu einer höheren Versorgungsqualität in Deutschland geführt hat.

Wenn die Antwort positiv ausfällt, kommen die genaueren Fragen auf: Wie wirkt DMP am effektivsten und effizientesten? Am 19. September 2011 veranstaltete die wissenschaftliche Fachzeitschrift „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF) darum den Fachkongress **„10 Jahre DMP“** und ein halbes Jahr später - am 19. März 2012 - den Folgekongress **„Versorgung 2.0“** - beide Male in Kooperation mit dem Bundesversicherungsamt (BVA). S. 23
S. 173

Beim ersten Kongress stellten zahlreiche Referenten die aktuellen Daten und Fakten, Evaluationen und Ergebnisbeurteilungen von 11.000 laufenden DM-Programmen mit rund 6 Millionen teilnehmenden Versicherten vor. Gezeigt wurden die unterschiedlichen Sichten der Beteiligten: Kassen, Leistungserbringer, Gesundheitsprofessionen, Versorgungsmanagement-Unternehmen und deren Kooperationspartner. Mit den Fakten und Ergebnissen der Vorträge setzten sich die Fachleute in zwei Podiumsdiskussionen auseinander, wobei teilweise hitzig Pro und Kontra, aber auch Wirkung und Nebenwirkung von Disease-Management-Programmen diskutiert wurde, sowie die Frage, in welche Richtung DMP weiterentwickelt werden sollten.

Diese Frage stand deshalb im Fokus des 2. Fachkongresses. Präsentiert wurde - wieder von vielen Referenten - der aktuelle Stand der regionalen Unterschiede in der Gesundheitsversorgung und der derzeitige Stand der Entwicklung von DMP als Nukleus neuer Versorgungsformen. Die Antworten auf diese Fragen entscheiden über Fortschritt und Wettbewerb im deutschen Gesundheitssystem in den nächsten Jahren. Die Fortentwicklung der Versorgung geht vor allem in drei Richtungen: Berücksichtigung regionaler Unterschiede, Multimorbidität und neue Versorgungsformen. Aus den verschiedenen Lösungskonzepten soll sich ein Wettbewerb um die besten Versorgungslösungen ergeben und vor allem ein Wettbewerb darum, wie diese den Versicherten und Patienten nützen.

Aufgrund der politischen Aktualität wurde da-

rüber hinaus das seit 1. Januar 2012 in Kraft getretene Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) beleuchtet, das eine Weiterentwicklung der Ausgestaltung wie Evaluation der DMP unter der Ägide des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), aber durchaus in enger Verzahnung mit dem BVA vorsieht.

Wie das vonstatten gehen soll und welche Änderungen zu erwarten sind, beschrieb vor allem Dr. Rainer Hess, der Unparteiische Vorsitzende des G-BA, der zum 1. Juli aus dem Amt scheidend, seine Worte als persönliche Meinung verstanden wissen wollte, die aber vielleicht gerade deshalb eines visionären Inhalts nicht entbehren.

Dieses Fachbuch - das wie das Fachmagazin „Monitor Versorgungsforschung“ eine Kombination aus redaktionellen und wissenschaftlichen Originalbeiträgen darstellt - stellt die Ergebnisse von 26 Vorträgen und vier Podiumsdiskussionen vor. Alle sind als aktuelle Statusfeststellungen zu verstehen, haben jedoch aufgrund der in ihnen vorgestellten wie diskutierten Inhalte, aber auch auf Grund des in diesem Buch komprimierten Wissens über zahlreiche Fragestellungen und Fakten rund um DMP weiterreichende Bedeutung.

Die Sammlung der wissenschaftlichen Beiträge ist ein Hort des Wissens rund um die strukturierte Versorgung von Chronikern. Ob nun Spitzer über Schnittstellenproblematiken strukturierter Versorgungskonzepte schreibt, Linder, Rebscher, Fey, Graf und van Lente über die Erfahrungen ihrer jeweiligen Kassen mit DMP berichten, ob Gebhardt sich zu aktuellen Fragen der Zulassung äußert oder Köhn, Gawlik, König und Moldenhauer aktuelle Studienergebnisse präsentieren oder ob Glaeske und Häussler über das, was wir noch nicht wissen oder über mögliche Nebenwirkungen von DMP referieren - jedes Stück Wissen hilft, das über den jeweiligen Kongresstag, über die Community der Teilnehmer und der Leserschaft von „Monitor Versorgungsforschung“ mit diesem Buch nun weit hinausreicht. Es hilft im gemeinsamen Bemühen um eine bessere Versorgung, in der multiprofessionell und sektorübergreifend immer mehr Beteiligte an einem Strang ziehen müssen.

Und das nicht nur in Deutschland, denn DMP sind - obwohl in den USA „erfunden“ - inzwischen zu einer Art Exportartikel geworden, für den sich viele andere Staaten

interessieren. Denn alle entwickelten Gesellschaften stehen vor dem immensen und kontinuierlich anwachsenden Problem, ihre jeweilige Chronikerversorgung auf eine evidente Basis zu stellen. Auch dafür soll dieses Buch dienen: Vorhandenes Wissen in reale Versorgung zu überführen.

Die Referenten des ersten Kongresses „10 Jahre DMP“ werden in Kapitel 1 präsentiert:

Gaßner und **Köhn** geben einen Überblick über die Einführung und Ausgestaltung der DMP und setzen sich mit drei Aspekten auseinander: Bürokratisierung, Evaluierung und Grenzen der Datenerhebung sowie der DMP für Brustkrebs. S. 57

Gawlik, **Moldenhauer** und **König** erläutern die Evaluationsmethoden des Bundesversicherungsamtes, die eher mit epidemiologischen als mit klinischen Studien vergleichbar sind. Kausalzusammenhänge sind mit den im Rahmen der DMP-Dokumentation erhobenen Daten nicht nachzuweisen. S. 61

Van Lente und **Willenborg** präsentieren trotz der vielfältigen Faktoren, die zu den Effekten der Programme beitragen, Prozess-, Ergebnis- und Lebensqualitätsergebnisse und ziehen den Schluss, dass sich durch die Einführung der DMP die Qualität und Effizienz der Versorgung der teilnehmenden Patienten signifikant verbessert hat. S. 85

Graf beantwortet die Frage, ob wir den endgültigen Wirksamkeitsbeweis brauchen und berichtet über Erfahrungen und Evaluation mit DMP. S. 96

Rebscher und **Peter Fey** referieren über die Erfahrungen der DAK mit DMP. S. 103

Linder präsentiert eine Analyse des DMP „Typ 2 Diabetes Mellitus“ (DMP T2DM) aus Routinedaten der Techniker Krankenkasse und kommt zu dem Schluss, dass sich hinsichtlich der Inzidenz relevanter Komorbiditäten keine deutlichen Unterschiede zwischen den DMP-Teilnehmern und der Kontrollgruppe ergeben und auch Kosteneinsparungen nicht erkennbar sind. S. 110

Kleinfeld und **Bensing** untersuchen regionale Unterschiede der Arzneimittelversorgung innerhalb der GKV. Mögliche Einflussfaktoren sind neben der Bevöl- S. 120

kerungszusammensetzung auch das Verordnungsverhalten der Ärzte. Solche regionalen Parameter sollten bei einer Fortentwicklung von DMP berücksichtigt werden.

S. 125 **Hofmann** berichtet von den DMP-Erfahrungen in Bayern und der Nutzung der DMP-Dokumentationsdaten für Qualitätsmanagement.

S. 133 **Glaeske** bezweifelt, dass die Effizienz von DMP tatsächlich nachgewiesen ist, plädiert aber trotz des bestehenden Erkenntnisdefizits für eine Fortentwicklung der DMP in Richtung Multimorbidität und Multiprofessionalität.

S. 138 **Häussler** hinterfragt Wirkungen und Nebenwirkungen der DMP und wagt eine Folgenabschätzung.

S. 144 **Wegscheider** erläutert eine hochinteressante weiterführende Methodik für faire Vergleiche von DMP mit Bayes-Schätzern in einem gemischten linearen Modell.

S. 149 **Burger, Guthoff-Hagen** und **Oelmann** plädieren für eine indikationsübergreifende Erweiterung von DMP mit Case Management-Elementen sowie Gesundheits- und Patientencoaching.

S. 169 **Spitzer** beschreibt Schnittstellenproblematiken strukturierter Versorgungskonzepte.

Die Beiträge des zweiten Fachkongresses „Versorgung 2.0“ finden sich in Kapitel 2:

S. 191 **Dr. Rainer Hess**, der Unparteiische Vorsitzende des G-BA, erläutert seine persönliche Einschätzung, wie Disease-Management-Programme verbessert werden können. Einen Weg sieht er vor allem in der stärkeren Berücksichtigung von Komorbiditäten.

S. 205 **Gebhardt** referiert über Fragen der Zulassung und stellt das notwendige Zusammenspiel von DMP und Integrierter Versorgung dar.

S. 211 **Köhn** behandelt regionale Unterschiede in der Lebensqualität von DMP-Teilnehmern am Beispiel von vier Bundesländern.

S. 221 **Van Lente** plädiert aus Kassensicht dafür, die Unterschiede auf regionaler Ebene zu einem kontinuier-

lichen Verbesserungsprozess der Versorgung chronisch kranker Patienten zu nutzen.

Horenkamp-Sonntag und **Linder** vergleichen S. 227 DMP-Dokumentationen mit GKV-Routinedaten und finden erhebliche Unterschiede. Daraus ergeben sich schwerwiegende Fragen an die Validität von Evaluationen.

Fey präsentiert DAK-Ansätze zu Versorgungsmanagement und Patientencoaching. S. 233

Böcken, Nolting und **Zich** zeigen die regionalen S. 242 Variationen in der deutschen Gesundheitsversorgung auf. Die notwendige Ursachenanalyse würde allerdings eine größere Datentransparenz erfordern.

Von Stillfried, Czihal, Altenhofen und **Hagen** treten S. 247 aus Ärztesicht für regional organisierte einrichtungsübergreifende Kooperationsformen, z.B. gut organisierte Praxisnetze, ein.

Stock und **Redaelli** referieren die Methode des S. 260 Propensity-Score-Matchings, mit der man in der Evaluierung dem Goldstandard randomisierter kontrollierter Studien nahekommen kann.

Ewers und **Schaeffer** weisen auf die Achilles-Ferse S. 266 integrierter Versorgungsformen hin: Hindernisse für die gute Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen.

Fröhlich, Roebbers und **Wagner** erklären das sektorenübergreifende Qualitätsmodell der integrierten S. 274 Schlaganfall-Versorgung sowie die dazugehörigen Behandlungspfade (Integrated Care Pathways/ICP) und die Evaluationsergebnisse.

Kerkemeyer und **Biermann** beleuchten das Evaluationskonzept der Integrierten Versorgung (IVS) für Patienten mit Schizophrenie in Niedersachsen, an der Janssen-Cilag über ein unabhängiges Unternehmen beteiligt ist. S. 280

Härtel und **Koch** analysieren die Vernetzung der Akteure als wichtigen Erfolgsfaktor integrierter Versorgung. Zudem muss für den Patienten in jeder Behandlungsphase ein klarer Mehrwert erkennbar sein. S. 285

Die Frage bleibt: Sind DMP wirklich ein Erfolgsmodell? Haben DM-Programme tatsächlich dazu beigetragen, die Versorgung von chronisch Kranken zu verbessern?

Die Antwort auf die Fragen fällt zum einen leicht, zum anderen recht schwer. Niemand wird bezweifeln, dass sich die Versorgung durch den konsequenten flächendeckenden Einsatz von Behandlungspfaden in den von DMP erfassten Indikationen verbessert hat. Nur um wie viel und wo und vor allem wie, diese Fragen werden wahrscheinlich überhaupt nie mit höchster Evidenz zu beantworten sein.

S. 39

Das liegt vor allem daran, dass der Gesetzgeber Disease-Management-Programme von Beginn an flächendeckend eingeführt hat, anstatt sie wie von Prof. Wegscheider gefordert, „Region für Region“ zu erproben und dann schrittweise je nach Kapazität einzuführen. Bei einem solchen Vorgehen könnten nach Wegscheider „Anpassungen an regionale Strukturen“ vorgenommen und „aus vorliegenden Erfahrungen“ gelernt werden. Ein solches Vorgehen, das in der Wissenschaft „Stepped Wedge Design“ genannt wird, würde es sogar erlauben, durch die Einführungsreihenfolge eine Art Randomisierung durchzuführen. „Solche Studien setzen allerdings eine zentrale Studienleitung voraus, an die die regionalen Entscheidungsträger bestimmte Kompetenzen bei der Gestaltung des Prozesses abgeben müssten“, führt Wegscheider aus, was sich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als Herr der künftigen Evaluationen zu Herzen nehmen sollte, wohlwissend, dass sich die „föderale Struktur und das gegliederte Versorgungssystem als spezifisch deutsche Hürden“ (Wegscheider) für ein derartiges Vorgehen erweisen werden.

S. 194

Anzunehmen ist, dass die Evaluation sukzessive weiterentwickelt wird. Denn Dr. Rainer Hess, seit 2004 prägender Kopf des Gemeinsamen Bundesausschusses, sieht es als absolut wichtig an, regionale Vergleiche und Ländervergleiche anzustellen“. So sollte der G-BA nach Hess Meinung „mehr Erkenntnis erlangen, wie die Aktivitäten in den einzelnen Ländern laufen und wie die Qualitäten in den einzelnen Ländern aussehen.“ Natürlich seien medizinische Unterschiede zu berücksichtigen, doch könnten „solche Ländervergleiche vielleicht das nachholen, was wir einstiegs versäumt haben, nämlich die DMP zu vergleichen mit Patienten, die gar nicht eingeschrieben sind.“ Dies lasse das aktuelle

Versorgungsstrukturgesetz jetzt ausdrücklich zu.

Der auf Grund der sofortigen flächendeckenden Einführung der DMP fehlende Vergleich zwischen der Versorgungssituation von DMP-Teilnehmern mit solchen, die an Programmen nicht teilnehmen, ist einer, wenn nicht der Hauptkritikpunkt der Wissenschaft, wenn es um die Evidenz von DMP geht. Einer der Evidenzkritiker ist Prof. Glaeske, der prospektive randomisierte Studien einfordert, „um den Nutzen von DMP zeigen zu können“, wobei es wichtig sei, in solchen Studie harte Endpunkte“ wie beispielsweise krankheitsbedingten Tod einzuschließen, um - so Glaeske - „belastbare Bewertungen durchführen“ zu können. Außerdem müsste die Beobachtungszeit lange genug gewählt werden, um sichere Aussagen über den patientenorientierten Nutzen treffen zu können. Dabei geht Glaeske von einem nötigen Zeitraum von vier bis sechs Jahren aus.

S. 136

Beachtet man die derzeitige - durch das Versorgungsstrukturgesetz erforderliche - Übertragung der Verantwortung für die methodischen Vorgaben für die Evaluation, kann man schon ahnen, wann solche Zahlen wohl erstmals vorliegen können. Van Lente geht davon aus, dass eine Verabschiedung dieser Evaluations-Richtlinie bis Ende des Jahres vorliegt. Danach werde sich eine entsprechende G-BA-Arbeitsgruppe - an der neben Kassen auch Kassenärztliche Bundesvereinigung und DKG teilnehmen - dem Thema Evaluation grundlegend widmen. In dieser Arbeitsgruppe soll nach van Lente der neue Evaluationsmodus festgelegt werden, der - wie er hofft - auf Basis eines Datensatzes aller Krankenkassen fußt. Und van Lente schlägt ebenso eine „vernünftige Evaluation unter Berücksichtigung einer Kontrollgruppe von Nicht-DMP-Teilnehmern“ vor.

S. 183

Die ersten Ergebnisse könnten im Jahre 2014 vorliegen - von einer an harten Endpunkten ausgerichteten Langzeitbetrachtung, wie von Glaeske gefordert, ist da aber noch lange nicht die Rede. Auch, weil die bisher beim BVA auflaufenden Milliarden von Einzeldaten für derartige Langzeit-Analysen nahezu nutzlos sein dürften. Der Grund: Erst ab diesem Jahr werden - so van Lente - „eindeutige Versicherten-Pseudonyme festgelegt“. Daher erwartet er, dass „vernünftige Ergebnisse“ auf Basis des Vorhabens der Kassen oder eines möglichen Projektes, das der G-BA beispielsweise bei einem Institut wie AQUA in Auftrag geben könnte, wie Hess andeutet, erst

S. 181

S. 193

in fünf Jahren oder mehr zu erwarten seien.

Noch weiter zurückliegende Daten aus den Anfangs-

S. 195 jahren der DMP sind sowieso so gut wie nicht zu gebrauchen. Denn die Kassen haben nach Worten von Hess „durch die Umstellung der Datenerfassung auf Elektronik offenkundig einen Bruch in den Ergebnissen“, sodass auch hier eine durchgehende Bewertung auf Schwierigkeiten stoße.

S. 66 Nun von einem Datengrab zu reden, ist unsinnig. Auch wenn auch in den Datensätzen für primäre Endpunkte (Tod, Herzinfarkt, Schlaganfall, Amputation) laut Gawlik „noch keine relevanten Ereignisraten vorliegen“, sind bei einer Vielzahl von Parametern sehr wohl Vergleiche möglich.

Bei diesen Parametern handelt es sich um Surrogatparameter wie Auftreten von Koronarer Herzkrankheit (KHK), Erstauftreten einer Herzinsuffizienz, dem Hypertonieverlauf, Raucherstatus, Häufigkeit von koronartherapeutischen Interventionen, Entwicklung des HbA1c-Werts oder Inanspruchnahme von Diabetes-schulungen. Bei all diesen Werten lassen sich übrigens regionale, sehr unterschiedliche Trends feststellen, die obendrein sehr unheimlich sind. So kann ein Bundesland bei der Zielerreichung eines Werts absolut Spitze sein, bei einem anderen hingegen liegt das gleiche Bundesland im Mittelfeld oder gar bei den Schlußlichtern. Auch gibt es - bis auf wenige Ausnahmen - keine einheitlichen Ost-West- oder Nord-Süd-Gefälle. Dals gilt lediglich bei den Arzneimittelverordnungen wie zum Beispiel bei Antidepressiva, bei denen ein Süd-Nord-Gefälle zu beobachten, oder bei Antidiabetika, bei denen ein Ost-West-Gefälle nachzuweisen ist. Betrachtet man Antidepressiva,

S. 123 lag laut Kleinfeld und Bensing die durchschnittliche Anzahl verordneter Tagesdosen in Bayern 2010 mit 19,6 je GKV-Versicherten am höchsten, gefolgt von Berlin mit 18,7 und Rheinland-Pfalz mit 18,5. In Sachsen-Anhalt erhielt 2010 jeder GKV-Versicherte nur durchschnittlich 14,3 Tagesdosen – bei einem bundesweiten Durchschnitt von 17,4 Tagesdosen. Die Ergebnisse korrespondierten übrigens mit dem Morbiditätsatlas der BARMER GEK, der bei Depression eine hohe Morbidität in Bayern und Berlin feststellt.

S. 249 Die vor allem zu diagnostizierende Heterogenität hat jedoch meist wenig mit dem generellen Gesundheitszustand der Versichertenpopulation einer Region zu tun, wie man schnell anzunehmen bereit ist. Vielmehr ist nach Erkenntnissen von Graf von Stillfried „der Wohnort des Versicherten nach Standardisierung um Alter, Geschlecht und Morbidität als eigenständiger Risikofaktor“ anzusehen.

Dies zeigten Auswertungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) anhand vertragsärztlicher Abrechnungsdaten. Weitere regionale Unterschiede bestehen laut Stillfried aber auch bereits bei der Teilnahme der Patienten an DMP. Ein Blick ins Detail: In den Kreisregionen Nordrhein offenbaren sich für von Stillfried bedeutsame Unterschiede in der Teilnahme: z.B. im Rheinisch-Bergischen Kreis 4,3 %, Bonn 4,5 % oder Essen 7,3 %. Als Gründe für regionale Teilnahmeunterschiede nennt er insbesondere die Beteiligung der Hausärzte an DMP. Während im Gebiet der KV Nordrhein durchschnittlich 70 % der Hausärzte am DMP Diabetes mellitus Typ 2 beteiligt seien, bestehe die niedrigste Beteiligung in Bonn (49,5%) und die höchste in Düren (78,3 %) sowie in Leverkusen (78,1 %). Je höher die Beteiligungsrate der Hausärzte, desto höher sei die Teilnehmerate im DMP, sagt von Stillfried.

Er schaut aber noch genauer hin. Da die Diabetes-Prävalenz nach sozialer Schicht variieren, korrelierte er die Beteiligungsraten in den Regionen Nordrhein zusätzlich mit ausgewählten Sozialindikatoren des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Dabei fand von Stillfried heraus, dass die Beteiligung der Patienten auf Kreisebene negativ mit dem durchschnittlichen Haushaltseinkommen korreliert: Je niedriger das Haushaltseinkommen, umso höher ist die Teilnehmerate im DMP. Dieses ökonomische Korrelationsmuster führt er auf eine „höhere Diabetesprävalenz in Kreisen mit unterdurchschnittlichem Haushaltseinkommen“ zurück; es könne aber auch „aus Verhaltensunterschieden resultieren, die z.B. mit dem unterschiedlichen sozialen Status einhergehen.“

S. 223 Ein andere Erklärungsmöglichkeit für regionale Unterschiede liegt in der nach Region oft sehr divergenten Historie der Gesundheitsversorgung. So führt van Lente aus, dass eine Vielzahl neben (und oft vor) DMP bestehender Versorgungsverträge die Aussagekraft der DMP-Evaluation einschränke. So sei es beim DMP Diabetes mellitus Typ 2 zum Beispiel möglich, dass die eingeschriebenen Patienten

- zusätzlich an einem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V teilnehmen (viele HzV-Verträge sehen vor, dass Patienten, die an einer DMP-Erkrankung leiden, grundsätzlich auch in das jeweilige DMP eingeschrieben werden sollen),
- mit einem diabetischen Fuß in einer bestimmten Region von Leistungserbringern eines Fußnetzes im Rahmen eines Integrierten Versorgungsvertrages nach § 140a

SGB V betreut werden,

- gleichzeitig an einem Vertrag der besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V für Kardiologie teilnehmen, wenn sie an einer Herzerkrankung leiden,
- in einem Ärztenetz betreut werden, das einen Versorgungsvertrag nach § 140a SGB V hat,
- individuell telefonisch oder per Hausbesuch betreut werden – zum Beispiel im Rahmen von Versorgungsmodellen wie „agnes zwei“ in Brandenburg oder dem Projekt „PraCMan“ zum hausarztpraxisbasierten Case-Management in Baden-Württemberg,
- im Pflegeheim wohnen und von Ärzten betreut werden, die dort aufgrund einer vertraglichen Vereinbarung zur Verbesserung der medizinischen Versorgung im Pflegeheim tätig sind,
- gleichzeitig im Rahmen eines Case-Management-Programms ihrer Krankenkasse betreut werden.

„Wenn man diese Vielzahl bereits bestehender regionaler Versorgungsmodelle betrachtet, wäre es erstaunlich, wenn es bei den DMP-Ergebnissen keine regionalen Unterschiede gäbe“, meint van Lente.

Dass all das diese Fakten die endgültige Aussage erschweren, ob DMP für sich genommen nun ein Erfolgsmodell sind oder nicht, ist klar.

Doch diese Frage kann auch als rein akademische bezeichnet werden. Denn niemand bezweifelt, dass DMP die Versorgungslandschaft in Deutschland - für DMP-Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer - verbessert haben. Nur wie genau, das ist eben ungelöst.

S. 137 Dennoch sagt sogar DMP-Evidenzkritiker Glaeske wortwörtlich: „Unabhängig von den derzeit immer noch bestehenden Zweifeln an der Effizienz sollen die DMP in den nächsten Jahren auf weitere Krankheitsbereiche ausgedehnt werden.“ Obwohl es derzeit noch ein erhebliches Erkenntnisdefizit zur Epidemiologie und den Therapieoptionen bei Multimorbidität gebe, würden bestehende Mehrfacherkrankungen eine zunehmend größere Rolle spielen. DMP müssten daher in den kommenden Jahren verstärkt auf das Problem der Multimorbidität hin fortentwickelt werden, da „ein großer Teil der chronisch kranken Patienten gleichzeitig von mehreren Konditionen und deren einschränkenden Randbedingungen“ betroffen sei.

S. 192 Genau das hat der G-BA vor, wie Hess verdeutlicht, wenn er sagt, das sich der Bundesausschuss künftig „eher mit den Komorbiditäten befassen“ und versuchen wolle, diese Komorbiditäten zu den jeweiligen Programmen

zuzuordnen.

Dies wäre für Glaeske dann „eine Zukunfts-option, die insbesondere in unserer Gesellschaft eines längeren Lebens erhebliche Bedeutung und einen Nutzen für die älteren Patientinnen und Patienten“ bekommen kann. Die Voraussetzung dafür wäre allerdings, dass multiprofessionell erstellte Leitlinien zur Versorgung multimorbider Patienten erstellt würden, damit auf dieser Basis ein entsprechendes DMP implementiert werden kann.

Doch während DMP nahezu ein Exportartikel und wie van Lente sagt, ein „Vorbild für andere Länder“ geworden sind, steht man an dieser Stelle - nicht nur in Deutschland - erst am Anfang. S. 209

Danksagung

Unser Dank gilt vor allem den Vortragenden beider Kongresse, die sich der nicht unerheblichen Mehrarbeit unterzogen haben, ihre Vorträge in Form wissenschaftlicher Beiträge zu verschriftlichen. Diese 26 Originalbeiträge, an denen 53 Autoren mitgearbeitet haben, sind zum einen Teil in „normalen“ Ausgaben von „Monitor Versorgungsforschung“, zum anderen Teil in drei Kongress-Specials (1/2011, 2/2011 und 1/2012) erschienen, und werden nun hier gesammelt in Buchform präsentiert.

Zum anderen danken wir dem Herausgeber- und Praxisbeirat von „Monitor Versorgungsforschung“ sowie den Förderern, die uns bei der Erstellung dieses Buches unterstützt haben. S. VII S. 327

Berlin, Bonn und Waldems-Esch, im Juni 2012

Prof. Dr. Reinhold Roski
Peter Stegmaier
Dr. André Kleinfeld



Disease Management Programme - Statusbericht 2012

Das vorliegende Fachbuch zeigt den aktuellen Status der Disease-Management-Programme (DMP) in Deutschland auf. Aus rund 11.000 laufenden Disease-Management-Programmen mit circa 6 Millionen teilnehmenden Versicherten liegen heute Erfahrungen, Daten und Fakten, Evaluationen und Ergebnisbeurteilungen vor.

In zwei Fachkongressen „10 Jahre DMP“ im September 2011 und „Versorgung 2.0“ im März 2012 hat „Monitor Versorgungsforschung“ in Kooperation mit dem Bundesversicherungsamt (BVA) das Themenfeld DMP umfassend beleuchtet - aus Sicht der Wissenschaft, der Ärzte, der Kassen und der Dienstleister im Bereich Versorgungsmanagement.

Mit dem am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wird die Weiterentwicklung der Ausgestaltung wie Evaluation der DMP unter der Ägide des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) - durchaus in enger Verzahnung mit dem BVA - erfolgen. Wie aber sollen DMP weiterentwickelt und evaluiert werden? Klar wird, dass die Fortentwicklung der Versorgung vor allem in drei Richtungen gehen wird: Berücksichtigung regionaler Unterschiede, der Multimorbidität und neue Versorgungsformen.

Antworten gaben auf beiden Kongressen zahlreiche Referenten, die sich an Diskussionsrunden beteiligten und sich die Mühe machten, ihre Vorträge in Form wissenschaftlicher Original-Beiträge zu verschriftlichen. Die Volltext-Dokumentation von Podiumsdiskussionen und 26 Original-Beiträgen finden Sie auf ca. 300 Seiten in diesem Buch.

ISBN 978-3-9814519-0-0



9 783981 451900



VERSORGUNGS
monitor FORSCHUNG
Ein Medium der eRelation AG – Content in Health