



Das Alphabet der Versorgung

Asthma, Brustkrebs, COPD – Disease-Management-Programme beherrschen das ABC der chronischen Krankheiten und buchstabieren Gesundheitsversorgung neu. Zehn Jahre nach dem gesetzlichen Startschuss haben sie bewiesen, dass eine strukturierte Behandlung die medizinischen Ergebnisse und die Lebensqualität der Patienten deutlich verbessert.

Von Evert Jan van Lente und Peter Willenborg

Die Zahl der Teilnehmer an den Disease-Management-Programmen (DMP) der gesetzlichen Krankenkassen hat sich im vergangenen Jahr um knapp 400.000 erhöht. Damit haben die Programme zu chronischen Krankheiten wie Diabetes, Asthma und Brustkrebs zehn Jahre nach ihrem gesetzlichen Start in Deutschland mehr als 6,8 Millionen Teilnehmer. Die DMP sind längst zu einer festen Größe in der Versorgung chronisch kranker Patienten geworden. Im Gegensatz dazu hat bei vielen anderen Versorgungsmodellen nach anfänglicher Euphorie Ernüchterung Einzug gehalten. Es gibt zwar eine große Zahl von Projekten, aber zu wenig gesicherte Erkenntnisse über die medizinischen und ökonomischen Ergebnisse. Unter den aktuellen Rahmenbedingungen, insbesondere angesichts eines drohenden Zusatzbeitrages, sind für Krankenkassen auch die kurzfristig erforderlichen Investitionen ein Hemmnis, da sie sich oft erst mittelfristig rentieren. Die DMP sind dagegen wie kein anderes Modell der Integrierten Versorgung wissenschaftlich untersucht und ausgewertet worden. Zudem haben die Kassen bei den DMP Investitionssicherheit: Eine Pauschale aus dem Gesundheitsfonds für jeden DMP-Teilnehmer sorgt dafür, dass die zusätzlichen Programmkosten für die intensivere Betreuung und Behandlung der Patienten finanzierbar sind.

Vorbild für andere Länder. Seit dem Jahr 2003 haben die Krankenkassen nach und nach strukturierte Behandlungsprogramme zu den Indikationen Diabetes Typ 1 und 2, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheiten (KHK), Asthma bronchiale und chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) eingeführt. Mehr als die Hälfte der sechs Millionen Typ-2-Diabetiker in Deutschland sind in ein solches Programm eingeschrieben. Allein die DMP der AOK erreichen bundesweit knapp 1,7 Millionen Patienten mit Diabetes Typ 2 und 745.000 Patienten mit KHK. Die DMP sind als flächendeckende Versorgungsprogramme weltweit einzigartig – nicht nur in Bezug auf die großen Teilnehmerzahlen, sondern auch hinsichtlich der qualitätsgesicherten Organisation von Versorgungsstrukturen und hinsichtlich der Erkenntnisse über die Entwicklung des Gesundheitszustandes der chronisch kranken Teilnehmer. So ist es kein Wunder, dass europäische Länder, wie beispielsweise Österreich, die deutschen Erfahrungen für die Entwicklung eigener Programme nutzen.

Durch das kürzlich vom Bundestag verabschiedete Versorgungsstrukturgesetz verbessern sich die Rahmenbedingungen

für die Umsetzung der DMP. Die Regelungskompetenz für die Inhalte und die konkrete Ausgestaltung der Programme geht vom Bundesgesundheitsministerium auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) über. Dadurch können neue Programme und Aktualisierungen schneller in die Praxis umgesetzt werden. Der GBA wird in Kürze die aktualisierten Inhalte der Programme für Patientinnen und Patienten mit Asthma, COPD und Brustkrebs in Richtlinien erlassen. Die Richtlinien für die übrigen Indikationen sollen im Laufe des Jahres folgen.

Verwaltungsaufwand nimmt weiter ab. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz wird zudem der Verwaltungsaufwand für die DMP weiter abgebaut. So entfällt zum Beispiel die obligatorische Wiederzulassung durch das Bundesversicherungsamt. Auch für die teilnehmenden Arztpraxen gibt es eine Erleichterung: Die Ärzte müssen die korrekte Übermittlung der Erstdokumentationen ihrer Patienten nicht mehr per Unterschrift auf Papier bestätigen. Auch hier wird komplett auf das elektronische Verfahren umgestellt, das sich seit Mitte 2008 bewährt und die Fehlerquoten in den Dokumentationen deutlich reduziert hat.

Eine Besonderheit der deutschen DMP liegt darin, dass nicht die Krankenkasse oder eine externe Firma die Koordination der Behandlung des Patienten übernimmt, sondern der koordinierende Arzt als „Disease-Manager“. Diese Rolle erfordert zusätzliche Anstrengungen der beteiligten Mediziner, Praxisteam, Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen, die zusätzlich vergütet werden müssen. Die DMP-Pauschale aus dem Gesundheitsfonds, die der GKV-Spitzenverband für das Jahr 2012 auf rund 153 Euro pro Jahr und DMP-Teilnehmer festgelegt hat, schafft die Voraussetzungen dafür. Von dieser Summe gehen etwa 123 Euro an die behandelnden Ärzteteams und Kliniken – als Ver-

Web- und Lesetipps

- www.aok-gesundheitspartner.de > Disease-Management-Programme
- van Lente, E.J.: **Erfahrungen mit strukturierten Behandlungsprogrammen (DMPs) in Deutschland**, in: Günster, C.; Klose, J.; Schmacke, N.: **Versorgungs-Report 2011**. Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen, Berlin 2010, Seite 55–82.
- Köhler, T.; Leinert, J.; Südhof, S.: **Ergebnisse der AOK-Bundesauswertungen zur gesetzlichen Evaluation der Disease-Management-Programme für die Indikation Diabetes mellitus Typ 2**, in: Monitor Versorgungsforschung, 1/2010, Seite 30–34

Zehn Jahre DMP

Ein lernendes System



August 2001 Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zeigt Mängel bei der Versorgung von chronisch Kranken auf. Dagegen empfiehlt er Disease-Management-Programme (DMP).

Januar 2002 Das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs schafft die Voraussetzungen für die Entwicklung der DMP.

April 2003 Das Brustkrebs-DMP der AOK Rheinland erhält als erstes Programm die Zulassung durch das Bundesversicherungsamt.

Januar 2004 Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) nimmt seine Arbeit auf und spielt seitdem eine zentrale Rolle bei der Entwicklung und Überarbeitung der DMP.

März 2004 Die Dokumentation in den DMP Diabetes Typ 2 und Koronare Herzkrankheit wird optimiert, der Umfang der anzugebenden Daten um 30 Prozent reduziert.

März/April 2005 Die AOK startet in mehreren Bundesländern die ersten DMP für Patienten mit Diabetes Typ 1.

November 2005 Die AOK beginnt mit der Universität Heidelberg eine wissenschaftliche Untersuchung der DMP. In der ELSID-Studie werden unter anderem die Behandlungsergebnisse von DMP-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern verglichen. Die AOK begrüßt in Sachsen-Anhalt die millionste Teilnehmerin ihrer DMP.

Februar 2006 Als erste Krankenkassen starten AOK, Knappschaft und See-Krankenkasse die gesetzlich vorgeschriebene Evaluation ihrer DMP zu Diabetes Typ 2 und Brustkrebs.

April 2006 In mehreren Bundesländern bietet die AOK die ersten DMP für Patienten mit Asthma und chronischen obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) an.

April 2007 Mit der Gesundheitsreform treten Regelungen in Kraft, die den bürokratischen Aufwand für die DMP verringern.

Juni 2007 Die AOK veröffentlicht die Ergebnisse der Abschlussberichte zur Evaluation ihrer DMP für die Jahre 2003 bis 2006. Demnach verbesserten sich die medizinischen Werte der Patienten, die über einen Zeitraum von drei Jahren an den AOK-Programmen für Typ-2-Diabetiker teilnahmen, deutlich.

September 2007 Der GBA beschließt für alle DMP außer Brustkrebs zur Vereinfachung eine gemeinsame Basisdokumentation.

Juni 2008 Der GBA empfiehlt dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) ein neues Modul für die Behandlung von Patienten mit Herzinsuffizienz.

Juli 2008 Ab 1. Juli 2008 wird für die DMP Diabetes Typ 1 und 2, KHK, Asthma und COPD eine neue Dokumentation eingeführt. Zeitgleich wird die elektronische Erfassung und Übermittlung der Daten Pflicht.

Januar 2009 Mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs erhalten die Krankenkassen für jeden DMP-Teilnehmer eine Pauschale von 180 Euro je Versichertenjahr aus dem Gesundheitsfonds, um die Kosten für Entwicklung und Organisation der DMP zu decken.

Juli 2010 Das DMP Koronare Herzkrankheit wird bundesweit um ein Modul zur Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz ergänzt.

Januar 2011 Die DMP-Programmkostenpauschale sinkt im Jahr 2011 auf 168 Euro je Versichertenjahr und eingeschriebenem Versicherten.

Dezember 2011 Bundesweit nehmen 6,8 Millionen Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen an den DMP teil, darunter mehr als drei Millionen AOK-Versicherte. Die meisten Teilnehmer hat das DMP Diabetes Typ 2 mit 3,5 Millionen.

Januar 2012 Für 2012 hat der GKV-Spitzenverband die Pauschale auf 153 Euro verringert. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz geht die Regelungskompetenz für die Programminhalte vom BMG auf den GBA über, um Aktualisierungen schneller umsetzen zu können.

gütung für den Behandlungsaufwand und die Schulung der chronisch kranken Patienten. Die Krankenkassen werden in diesem Jahr insgesamt rund 800 Millionen Euro als zusätzliche Honorare an die Leistungserbringer zahlen, die sich in dieser besonderen Versorgungsform engagieren.

Lebensqualität steigt, Kosten sinken. Manche Kritiker bemängeln, dass an den DMP nur relativ leicht erkrankte Versicherte teilnehmen. Schwer und chronisch Kranke würden gar nicht erst eingeschrieben. Inzwischen haben mehrere Analysen gezeigt, dass das nicht der Fall ist. Allerdings erreichen die Kassen mit ihren DMP auch viele Versicherte, die noch nicht schwer erkrankt sind, weil das in der Konzeption der Programme so angelegt ist. So wird zum Beispiel gefordert, dass Patienten aktiv am DMP teilnehmen – eine Voraussetzung, die leichter erkrankte Versicherte eher erfüllen. Gerade für diese Patienten sind die Strukturierung der Behandlung und die Schulung wichtig, da sie verhindern, dass ihre Krankheit voranschreitet. So lässt sich die Lebensqualität dieser Versicherten über einen längeren Zeitraum auf einem relativ hohen Niveau halten. Mittel- und langfristig spart ihre Krankenkasse zudem Kosten für die Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen. Das haben Auswertungen der AOK und anderer Kassen wie der BARMER GEK belegt. Somit leisten die DMP bei diesen Patienten einen Beitrag zur Sekundärprävention: Sie verzögern das Fortschreiten der Krankheit und tragen letztlich zu einer wirtschaftlicheren Versorgung bei.

Auch wenn Patienten bereits Begleit- und Folgeerkrankungen haben, wie zum Beispiel ein diabetisches Fußsyndrom, helfen die DMP weiter. So sorgen die Überweisungsregeln dafür, dass rechtzeitig Fachärzte oder andere Heilberufe in die Behandlung einbezogen werden. Zusätzlich zu den DMP bieten die AOKs besondere Programme zur intensiveren Betreuung an. Dabei ist die gezielte Ansprache wichtig, unter anderem auch, weil die Kosten für die intensivierete Betreuung die Kosten der Versorgung im DMP um ein Vielfaches übersteigen.

Zusatz-Module durch Studien absichern. Die Inhalte der DMP und die Behandlungsempfehlungen basieren auf der evidenzbasierten Medizin, also auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Das unterscheidet die strukturierten Behandlungsprogramme von vielen anderen Case-Management-Ansätzen oder Telemedizin-Projekten, deren Nutzen in den meisten Fällen noch nicht eindeutig wissenschaftlich belegt werden konnte. Solche innovativen Versorgungsprogramme können die Kassen außerhalb der DMP erproben. Dabei kann es durchaus sinnvoll sein, auf den strukturierten Behandlungsprogrammen aufzubauen. Sobald der Nutzen für bestimmte Angebote nachgewiesen ist, können sie in die DMP aufgenommen werden. So hat das Bundesgesundheitsministerium Ende 2011 eine optionale Erweiterung der DMP als möglichen Weg ins Spiel gebracht, um die Erstattungsfähigkeit von Telemonitoring-Leistungen voranzubringen, zum Beispiel bei der Indikation Herzinsuffizienz. Voraussetzung für die Erweiterung der DMP um solche Module ist allerdings die Absicherung durch Studien.

Der Nutzen der DMP muss für die Patienten spürbar sein – sowohl in Bezug auf die Prozesse als auch in Bezug auf medizi-

nische Ergebnisse und die Lebensqualität. Insbesondere an den Schnittstellen zwischen Haus- und Facharzt, zwischen niedergelassenen Ärzten und Kliniken sowie zwischen Reha- und Pflegeeinrichtungen muss die Zusammenarbeit weiter verbessert werden. So warten die DMP-Teilnehmer teilweise noch zu lange auf einen Facharzt-Termin. Auch Probleme bei der Weitergabe von Informationen, zum Beispiel vom Krankenhaus an den behandelnden Arzt, kommen immer noch zu häufig vor. Dass sich hier durch die DMP etwas zum Positiven verändert hat, zeigt eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der niedergelassenen Diabetologen. Danach brachten DMP-Patienten, die vom Hausarzt zum Diabetologen überwiesen wurden, zur Erstbehandlung deutlich mehr Informationen mit als Nicht-Teilnehmer. „Die Teilnahme an einem DMP hat somit einen positiven Effekt auf den Umfang der Kommunikation an dieser Schnittstelle“, lautet das Fazit der Autoren.

Auch Schwerkranke profitieren. Inzwischen haben mehrere Studien – vor allem zum am längsten laufenden DMP Diabetes Typ 2 – übereinstimmend gezeigt, dass die eingeschriebenen Patienten von der strukturierten Behandlung profitieren. So ergab eine Untersuchung des Münchener Helmholtz Zentrums, dass Ärzte die notwendigen Kontrolluntersuchungen und Schulungen bei den DMP-Teilnehmern deutlich häufiger vornahmen als bei Diabetes-Patienten, die nicht an dem Programm teilnahmen. Zudem war der Blutdruck bei DMP-Teilnehmern im Durchschnitt besser eingestellt als bei Nicht-Teilnehmern. Die ELSID-Studie des Universitätsklinikums Heidelberg ergab beispielsweise, dass bei den Typ-2-Diabetikern im DMP die Sterblichkeitsrate deutlich niedriger lag als bei Patienten, die nicht in ein solches Programm eingeschrieben sind. Dies ist nach Einschätzung der Wissenschaftler unter anderem auf die regelmäßigen Untersuchungstermine, die Vereinbarung von Therapiezielen, die Schulungen und die gezielten Informationen für Patienten und Ärzte im DMP zurückzuführen. 2011 veröffentlichten die Heidelberger Forscher eine weitere Auswertung, nach der Patienten im DMP eine höhere Lebensqualität aufweisen als Patienten in der Regelversorgung. Dies gilt insbesondere für Patienten mit mehreren Begleiterkrankungen. Auch diese schwerer erkrankten Patienten profitieren also offensichtlich von der Teilnahme am Programm.

Langzeit-Analyse belegt Erfolge. Auswertungen der AOK bestätigen die positiven Ergebnisse. So zeigt eine aktuelle Analyse zu den DMP der AOK für Typ 2-Diabetiker, dass sich die medizinischen Werte bei Patienten, die über einen langen Zeitraum kontinuierlich an einem DMP teilnehmen, insgesamt verbessern. Unter anderem sanken die durchschnittlichen Blutdruckwerte der Teilnehmer und die Rate der neu aufgetretenen Begleit- und Folgeerkrankungen im Beobachtungszeitraum von sechseinhalb Jahren deutlich. Die Langzeitbeobachtung beruht auf Daten aus der gesetzlich vorgeschriebenen Evaluation der Programme durch infas, Prognos und WIAD (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschland) und bestätigt die Trends aus vorherigen Analysen. In die Auswertung sind Daten aller 1,7 Millionen Teilnehmer der AOK-Programme für Typ-2-Diabetiker einge-

flossen. Um aussagekräftige Ergebnisse zur Entwicklung der medizinischen Werte zu erhalten, filterten die Wissenschaftler alle Patienten heraus, die seit dem Jahr 2003 beziehungsweise 2004 sechseinhalb Jahre ohne Unterbrechung am DMP teilgenommen haben (insgesamt 209.476 Patienten). Bei diesen Teilnehmern konnten die Forscher erfreuliche Entwicklungen feststellen. So sank der durchschnittliche systolische Blutdruck bei den Patienten mit diagnostiziertem Bluthochdruck von 142,3 im Halbjahr der Einschreibung auf 136,2 Millimeter Quecksilbersäule (mmHg) im dreizehnten Halbjahr der Teilnahme. Der diastolische Wert verringerte sich von 81,4 auf 78,1 mmHg. Während beim Start in das Programm nur etwa 35 Prozent der Patienten Blutdruckwerte im Normbereich hatten, waren es am Ende der Beobachtungszeit mehr als die Hälfte der Patienten. Nach neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen ist die gute Einstellung des Blutdruckes gerade für die Vermeidung von Folgeerkrankungen von überragender Bedeutung.

Beim Langzeit-Blutzuckerwert HbA1c ist insgesamt eine Stabilisierung bei Werten um sieben Prozent zu verzeichnen. Das ist vor dem Hintergrund des fortschreitenden Alters der Teilnehmer positiv zu bewerten. Auch beim Gesundheitsverhalten der DMP-Teilnehmer ergab die Auswertung von infas, Prognos und WIAD einen erfreulichen Trend. So sank der Anteil der Raucher unter den Patienten im Verlauf der sechseinhalb Jahre fast um die Hälfte.

Evaluation mit Kontrollgruppe. Ein wichtiges Ziel der Diabetes-Behandlung im DMP besteht darin, das Auftreten von Begleit- und Folgeerkrankungen zu verhindern oder zumindest zu verzögern. Das erreichen die Programme beispielsweise hinsichtlich des Herzinfarktes. Im zweiten Halbjahr ihrer DMP-Teilnahme wurde bei 0,49 Prozent der Patienten das erste Mal ein Herzinfarkt diagnostiziert. Dieser Wert sinkt bis zum neunten Halbjahr auf 0,15 Prozent. Durch eine Umstellung infolge der Einführung der elektronischen Dokumentation ist im Jahr 2008 ein Sprung auf 0,29 Prozent zu verzeichnen. Der Wert sinkt aber im weiteren Verlauf auf 0,18 Prozent. „Vor dem Hintergrund, dass Lebensalter und Erkrankungsdauer der betrachteten Patienten im Durchschnitt um sechs Jahre angestiegen sind, ist dies bemerkenswert“, betonen die Wissenschaftler. Um die Ursachen zu erkunden, seien weitere Studien notwendig.

Die Daten der AOK-Auswertung stammen aus der gesetzlich vorgeschriebenen Evaluation der Programme, die keinen Vergleich mit der Regelversorgung vorsieht. Die fehlende Kontrollgruppe wird als „Geburtsfehler“ der DMP-Evaluation immer wieder kritisiert. Die AOK ist mit anderen Krankenkassen im Gespräch über einen neuen, gemeinsamen Evaluationsmodus, der einen Vergleich von DMP-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern ermöglichen soll. Ziel ist es, die DMP-Effekte auf regionaler Ebene und auf Bundesebene besser zu erfassen und so dem Gemeinsamen Bundesausschuss neue Impulse für die Weiterentwicklung der Programme zu geben. ■

Evert Jan van Lente leitet die Abteilung Versorgungsmanagement im AOK-Bundesverband. **Peter Willenborg** ist Referent für Kommunikation in dieser Abteilung. **Kontakt: Peter.Willenborg@bv.aok.de**