

AOK  
Die Gesundheitskasse

IM



IM DIALOG

## ► Zukunftsmodell DMP

Erfolge und Perspektiven der Programme für chronisch Kranke

Berlin, 26. Juni 2007

AOK-Bundesverband

21

# Zukunftsmodell DMP

Erfolge und Perspektiven der Programme für chronisch Kranke

Berlin, den 26. Juni 2007



**AOK IM DIALOG, Band 21**

## **Impressum**

### **Herausgeber:**

AOK-Bundesverband  
Stabsbereich Politik  
Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)

### **Verantwortlich für den Inhalt:**

Dr. Hans Jürgen Ahrens

### **Fotos:**

Stefan Boness/IPON

### **Produktion:**

KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG  
Frankfurt am Main/Bonn  
[www.kompart.de](http://www.kompart.de)

■ Zukunft der Programme sichern	7
■ DMP auf dem Prüfstand Eine Zwischenbilanz aus Sicht der AOK <i>Dr. Hans Jürgen Ahrens</i>	13
■ DMP – Ein Erfolgsmodell Eine Zwischenbilanz aus Sicht des BMG <i>Franz Knieps</i>	19
■ Die gesetzliche Evaluation der Disease-Management-Programme Ergebnisse der ersten AOK-Berichte zu den DMP Diabetes und Brustkrebs <i>Dr. Johannes Leinert</i> <i>Astrid Eichenlaub</i>	27 33
■ Diskussion	43
■ Qualitätssicherung DMP – Das Beispiel der Qualitätsberichte zu den nordrheinischen DMP <i>Dr. Gerhard Brenner</i>	49
■ Besser als die Regelversorgung? – Die ELSID-Studie zum Vergleich von optimal umgesetzten DMP, Routine DMP und Behandlung ohne DMP <i>Prof. Dr. Joachim Szecsenyi</i>	59
■ Perspektiven von DMP – Wie geht es weiter mit den strukturierten Behandlungsprogrammen? <i>Johann-Magnus v. Stackelberg</i>	69
■ Podiumsdiskussion: Zukunftsmodell DMP <i>Moderation: Birgid Becker</i> <i>Johann-Magnus v. Stackelberg · Prof. Dr. Joachim Szecsenyi · Dr. Gerhard Brenner</i> <i>Dr. Johannes Leinert · Astrid Eichenlaub · Dr. Bernhard Egger</i>	77
■ Die Referenten / Moderation	84



AOK

Die Gesundheitskasse.

IM DIALOG

# Zukunft der Programme sichern

Patienten profitieren vom Disease-Management – das belegen wissenschaftliche Studien. Deshalb muss der geplante Gesundheitsfonds die Investitionen der Kassen in die Programme refinanzieren, fordert die AOK.

**DMP vor ungewisser Zukunft.** Die strukturierte Behandlung chronisch Kranker in Disease-Management-Programmen (DMP) lohnt sich – zumindest für die Patienten. Für die Krankenkassen hat die bessere Versorgung dagegen ihren Preis. Ihre Zukunft hängt deshalb entscheidend von der Ausgestaltung des neuen, krankheitsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) und Sonderzuweisungen aus dem beschlossenen Gesundheitsfonds ab. Das wurde auf der Tagung „Zukunftsmodell DMP – Erfolge und Perspektiven der Programme für chronisch Kranke“ der Veranstaltungsreihe „AOK im Dialog“ in der Katholischen Akademie in Berlin deutlich.

Angesichts der dort vorgestellten ersten detaillierten Studienergebnisse über vier Jahre Chronikerprogramme sind sich Politik und Krankenkassen einig, dass es über das Jahr 2008 hinaus weitergehen muss – auch unter dem ab Anfang 2009 geltenden neuen Finanzierungssystem mit Morbi-RSA und Gesundheitsfonds. „Wir haben viel Geld und Know-how in die strukturierten Behandlungsprogramme investiert und wollen sie auch unter den künftigen Rahmenbedingungen fortführen“, sagte Johann-Magnus v. Stackelberg, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des neuen Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, noch in seiner Funktion als stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.

**Woher das Geld kommt.** Die bisherige Finanzierung der Chronikerprogramme – die gesonderte Berücksichtigung der DMP-Teilnehmer im Finanzausgleich zwischen den Kassen – sei keine Dauerlösung, sondern nur eine Art Anschubfinanzierung, sagte v. Stackelberg. Diejenigen Krankenkassen, die sich besonders um chronisch kranke Versicherte bemühen, müssten

auch künftig den Mehraufwand für Patientenbetreuung, Qualitätssicherung und Evaluation der Programme durch den Gesundheitsfonds refinanziert bekommen. „Es reicht nicht aus, wenn sich die Zuweisungen nur auf die Kosten für die ärztlichen Leistungen beziehen“, sagte v. Stackelberg. Derzeit erhalten die Ärzte für jeden eingeschriebenen Patienten nach AOK-Berechnungen durchschnittlich 75 Euro extrabudgetär, bei 3,3 Millionen Teilnehmern also rund 250 Millionen Euro im Jahr.

**Ausgleich sinnvoll gestalten.** Nach derzeitiger Gesetzeslage (Sozialgesetzbuch V, Paragraf 270) werden die Krankenkassen ab 2009 aus dem Gesundheitsfonds „Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Aufwendungen“ erhalten, die aus „Entwicklung und Durchführung“ der Disease-Management-Programme entstehen. Die Details müssen noch geregelt werden.

Eine weitere Unsicherheit für die DMP-Finanzierung rührt daher, dass die 50 bis 80 Krankheiten, für die es mit dem neuen Morbi-RSA mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds geben soll, bisher nicht feststehen. „Wir setzen uns ausdrücklich dafür ein, dass alle häufigen schwerwiegenden und chronischen Krankheiten dazugehören“, sagte v. Stackelberg. Aus Sicht der AOK müssten alle Erkrankungen dabei sein, deren Kosten bisher indirekt durch die Anschubfinanzierung für DMP ausgeglichen werden, also Diabetes mellitus, koronare Herzkrankheit, Brustkrebs, Bronchialasthma und chronische Bronchitis. Morbi-RSA und Gesundheitsfonds dürften nicht zu einer Art Hochrisikopool denaturieren, alle Volkskrankheiten seien zu berücksichtigen.

Rückendeckung vom Ministerium. Entschieden für die Fortsetzung der Chronikerprogramme plädierte der zuständige Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium, Franz Knieps. Ministerin Ulla Schmidt stehe „nach wie vor uneingeschränkt hinter den Disease-Management-Programmen und der Verknüpfung mit dem Risikostrukturausgleich“, versicherte er. Krankenkassen, die standardisierte und aufwendigere Versorgungsformen bevorzugen, dürften davon keinen Schaden haben.

Die seit 2002 gesetzlich abgesicherten Chronikerprogramme seien ein Riesenerfolg, sagte Knieps. Mit den flächendeckend per Gesetz eingeführten DMP-Projekten sei Deutschland erstmals seit langer Zeit wieder international Vorreiter in der gesundheitspolitischen Entwicklung. Knieps lobte das besondere Engagement der AOK bei der Weiterentwicklung und Vereinfachung der Chronikerprogramme.

Die Weiterentwicklung der Disease-Management-Programme als einer etablierten und erfolgreichen Form der Versorgung sei angesichts der demografischen Entwicklung und der erwarteten schnellen Zunahme der Volkskrankheiten eine ständige Aufgabe von Politik, Administration und Selbstverwaltung. Die Bundesregierung gehe davon aus, so Knieps, dass auch der neue Spitzenverband Bund der Krankenkassen hier Kontinuität wahren und zielstrebige Arbeit leisten werde.

**Erfolg dreifach belegt.** Wie gut die seit 2003 sukzessive eingeführten strukturierten Behandlungsprogramme sind, belegen drei Studien: die gesetzlich vorgeschriebene Evaluation von Infas, Prognos und des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands (WIAD), die ELSID-Studie der Universität Heidelberg und eine Qualitätsdatenanalyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) in Berlin. Die teilweise noch vorläufigen Ergebnisse wurden auf der Veranstaltung „AOK im Dialog“ in Berlin erstmals vorgestellt.

Die Evaluation von Infas, Prognos und WIAD, für die insgesamt 13 Millionen Datensätze von 1,25 Millionen bei der AOK versicherten DMP-Teilnehmern mit Diabetes mellitus Typ 2 („Alterszucker“) ausgewertet wurden, zeigt unter anderem, dass der Blutdruck der Patienten in den strukturierten Behandlungsprogrammen innerhalb von drei Jahren im Durchschnitt von diastolisch 83,8 auf 79,5 Millimeter Quecksilbersäule (mmHg) sank. Auch ihre Langzeit-Blutzuckerwert (HbA1c) verbesserten sich.

Die ELSID-Studie zeigt, dass DMP-Patienten mit Ablauf und Organisation der Behandlung zufriedener sind als Patienten in der Regelversorgung. Die Studie untersucht auch, wie sich zusätzliche Unterstützung für Ärzte, Praxisteams und Patienten – Schulungen und Seminare – auf die DMP-Erfolgsbilanz auswirkt. Rund 1.300 Patienten, davon knapp zwei Drittel in DMP, haben an der Erstbefragung teilgenommen. Die Vergleichsdaten werden im November 2007 erhoben.

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.

**Programme weiterentwickeln.** Trotz aller positiven Studien sind sich alle Beteiligten einig, dass DMP inhaltlich weiterentwickelt werden soll. Knieps nannte für das Ministerium drei wesentliche Schwerpunkte: Verringerung des Verwaltungsaufwandes, Einarbeitung der Aspekte von Mehrfacherkrankungen in die bestehenden strukturierten Behandlungsprogramme und die Modifikation der finanziellen Anreize für die Krankenkassen mit Einführung des Morbi-RSA 2009. Die größte Vereinfachung soll die Umstellung auf elektronische DMP-Formulare bringen, die bis zum 1. April 2008 erfolgt.

Dr. Hans Jürgen Ahrens, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, unterstrich die Bedeutung des neuen Morbi-RSA: „Kassen, die viele chronisch Kranke gut versorgen, dürfen dafür nicht finanziell bestraft werden. Wir dürfen auf keinen Fall zurückfallen in die Zeiten der Risikoselektion.“

**Burkhard Rixin**, Redakteur beim KomPart-Verlag, Bonn





Die Gesun

# DMP auf dem Prüfstand

## Eine Zwischenbilanz aus Sicht der AOK

Dr. Hans Jürgen Ahrens

Die Gesundheitsreform ist seit dem 1. April in Kraft. Und welche entscheidenden Veränderungen sie mit sich bringen wird, werden wir, werden unsere Versicherten wohl erst ab 2009 erfahren. Was sie aber schon heute spüren, ist, dass sie als AOK-Versicherte mehr Freiheit haben bei der Wahl ihrer Versicherungstarife und Versorgungsformen. Das ist unser Verdienst. Denn wir haben im Zuge der Reformdiskussionen darauf hingewirkt, dass der Wunsch unserer Versicherten erfüllt werden kann. Und unsere Versicherten nutzen die neuen Tarife und Versorgungsformen auch intensiv: Seit dem 1. April haben sich rund 12.000 Versicherte für einen Selbstbehalttarif entschieden. Und wenn erst weitere Tarife auf dem Markt sind, wie Kostenerstattungstarife und Tarife für die alternativen Therapierichtungen, dann werden noch mehr Menschen diese Möglichkeiten nutzen.

Die AOK bietet ihren Versicherten aber nicht erst seit dem so genannten Wettbewerbsstärkungsgesetz eine individuellere Versorgung an: Schon lange vorher haben wir Disease-Management-Programme, Hausarztmodelle und Projekte zur integrierten Versorgung aus der Taufe gehoben und sind als Gesundheitskasse mit gutem Beispiel voran geschritten.

Mehr als anderthalb Millionen Patientinnen und Patienten haben sich allein in die Disease-Management-Programme der AOK eingeschrieben. Bundesweit bietet die AOK Programme für Typ-2-Diabetiker, Patienten mit koronarer Herzkrankheit und Brustkrebs-Patientinnen an. Fast flächen-

deckend gibt es mittlerweile auch Programme für Typ-1-Diabetiker sowie für Patienten mit Asthma bronchiale und chronischer Bronchitis. Diese Zahlen und Fakten sind beeindruckend – und sie zeigen abermals, wie das AOK-System neue gesetzliche Möglichkeiten aktiv nutzt, um die Versorgung für ihre Versicherten innovativ zu gestalten.

Durch die Disease-Management-Programme haben sich die Versorgungsstrukturen für chronisch Kranke in Deutschland entscheidend verändert. Viele Innovationen, bei denen die AOK Pionier und Vorreiter war, sind erstmals flächendeckend in der Versorgungslandschaft etabliert worden.

**Die Disease-Management-Programme haben die Versorgungsstrukturen für chronisch Kranke in Deutschland entscheidend verändert. Viele Innovationen sind erstmals flächendeckend in der Versorgungslandschaft etabliert worden.**

Besonders hervorheben möchte ich dabei die aktivere Beteiligung der Patienten an ihrer medizinischen Behandlung. So vereinbaren Patienten, die an den DMP teilnehmen, zum Beispiel mit ihrem Arzt Therapieziele. Im Verlauf der Behandlung wird dann überprüft, ob die Ziele erreicht wurden. Zudem helfen Schulungen und Informationen den Patienten, mit ihrer Erkrankung besser klarzukommen.

Zu den großen Errungenschaften der DMP gehören auch die Behandlung der Patienten nach evidenzbasierten Vorgaben, die einheitliche Dokumentation und Qualitätssicherung und der aktive Einsatz der Krankenkassen für die Unterstützung der chronisch Kranken. Wenn allerdings die Ärzteschaft in den vergangenen Jahren über die DMP diskutiert hat, war

von den positiven Aspekten der DMP selten die Rede. Stattdessen ging es oft um den bürokratischen Aufwand im Zusammenhang mit den Programmen. Der Ärger über Anlaufschwierigkeiten bei der Dokumentation, die umfangreichen Formulare und den damit verbundenen Arbeitsaufwand haben fast immer die fachliche Auseinandersetzung überlagert. Ich muss an dieser Stelle zugeben, dass die Kritik der Ärzte in vielen Fällen verständlich war. Genau dies hat aber dazu geführt, dass die Programme ständig weiterentwickelt worden sind.

**Bürokratieabbau durch vereinfachte Abläufe.** Zuletzt ist mit der Gesundheitsreform ein Bündel von Maßnahmen in Kraft getreten, um den bürokratischen Aufwand zu reduzieren. Der Gesetzgeber hat damit übrigens auch viele Vorschläge der AOK umgesetzt, die wir in einer Arbeitsgruppe des Gesundheitsministeriums im vergangenen Jahr gemacht haben. Diese neuen Regeln führen dazu, dass weniger Patienten aus formalen Gründen aus den Programmen ausgeschrieben werden müssen. Außerdem wird die elektronische Verarbeitung der DMP-Daten, die in vielen Arztpraxen schon seit Jahren erfolgreich praktiziert wird, spätestens ab April 2008 bundesweit zum Standard.

Auch bei der Dokumentation der medizinischen Daten wird sich ab 2008 einiges ändern: Bisher mussten die Ärzte für jedes DMP ein eigenes Einschreibeformular ausfüllen. Künftig wird ihnen eine einheitliche und vereinfachte Dokumentation für alle Programme zur Verfügung stehen. Diese Regelungen sind gemeinsam mit den Ärzten beschlossen worden. Das macht deutlich, dass alle Beteiligten an einer sinnvollen Weiterentwicklung der DMP interessiert sind.

**Neuer Risikostrukturausgleich für fairen Wettbewerb.** Doch das Gesetz zur Gesundheitsreform bringt nicht nur Bürokratieabbau. Es wird die Rahmenbedingungen für die Disease-Management-Programme ab 2009 entscheidend verändern. Der jetzige Finanzausgleich zwischen den Kassen wird abgelöst durch einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Das ist grundsätzlich richtig, weil nur so gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Krankenkassen geschaffen werden können. Allerdings ist die Begrenzung des Morbi-RSA auf 50 bis 80 Krankheiten nicht nachvollziehbar.

Wie dieser Morbi-RSA auch konkret aussehen wird: Alle Beteiligten, ob Politiker, Ärzte oder Krankenkassen, sind es den chronisch kranken Versicherten schuldig, dass sie weiter auf hohem Niveau versorgt werden. Die DMP müssen weitergeführt und weiterentwickelt werden. Mein Vorstands-

kollege Herr von Stackelberg wird im Laufe des Vormittags noch näher auf die Perspektiven der Programme unter den neuen Bedingungen eingehen. Klar muss ein: Wir dürfen auf keinen Fall zurückfallen in die Zeiten der Risikoselektion. Krankenkassen, bei denen viele chronisch Kranke versichert sind, dürfen nicht bestraft werden, wenn sie ihren Mitgliedern eine strukturierte und besonders gute Behandlung anbieten.

**Alle Beteiligten, ob Politiker, Ärzte oder Krankenkassen, sind es den chronisch kranken Versicherten schuldig, dass sie weiter auf hohem Niveau versorgt werden.**

Entscheidend für die Zukunft der DMP ist natürlich auch die Frage, wie die Programme in der Praxis wirken. Dazu liegen jetzt die ersten Abschlussberichte der Evaluation für die AOK-Programme vor. Die Fachleute der Evaluationsinstitute, Herr Dr. Johannes Leinert von infas und Frau Astrid Eichenlaub von der Prognos AG, werden uns heute

über die Ergebnisse informieren. Für die Evaluationsberichte sind sämtliche Dokumentationsdaten der DMP-Teilnehmer aus den vergangenen drei Jahren ausgewertet worden. Die Datenbasis ist also enorm groß. Und schon die ersten, bereits veröffentlichten Zwischenberichte haben positive Trends bei den medizinischen Werten gezeigt.

Ergänzt werden sollen die Evaluationsergebnisse durch Auswertungen aus der Qualitätssicherung der nordrheinischen Disease-Management-Programme. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, kurz ZI, ist im Bereich der KV Nordrhein für diese Qualitätssicherung und für die so genannten Feedback-Berichte an die Ärzte zuständig. Wir freuen uns, dass der Geschäftsführer des ZI, Herr Dr. Gerhard Brenner, uns heute über Ergebnisse dieser Arbeit informieren wird.

Außerdem begrüße ich Herrn Professor Joachim Szecsenyi, Ärztlicher Direktor am Universitätsklinikum Heidelberg. Er wird uns über die so genannte ELSID-Studie informieren. Im Rahmen dieser Studie werden unter anderem DMP-Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer verglichen.

Auch hier gibt es erste Ergebnisse, die uns heute vorgestellt werden sollen. Ich bitte nun aber zunächst Herrn Franz Knieps vom Bundesministerium für Gesundheit um sein Statement und wünsche Ihnen eine spannende Veranstaltung mit regen Diskussionen!



#### **Der Autor**

**Dr. Hans Jürgen Ahrens**

*Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, Bonn*



# DMP – Ein Erfolgsmodell

## Eine Zwischenbilanz aus Sicht des BMG

Franz Knieps

Ziel der Gesundheitspolitik der verschiedenen Bundesregierungen war und ist – generell wie auch in der aktuellen Gesundheitsreform – vor allem die Verbesserung von Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung mit Stärkung der Mitspracherechte und -möglichkeiten der Patientinnen und Patienten. Zwar konkurriert dieses Ziel mit anderen aus dem gleichen oder benachbarten Politikfeldern; diese grundsätzliche Zielrichtung ist aber unbestritten, auch wenn über Strategien, Instrumente, Mittel und so weiter heftig gestritten wird. Darauf will ich nicht näher eingehen, denn Schwerpunkt der heutigen Veranstaltung ist die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung durch die Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke – neu-deutsch Disease-Management-Programme (DMP).

Im Jahr 2007 kann auf eine inzwischen fünfjährige DMP-Geschichte zurückgeblickt werden, die aus Sicht des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) durchaus als Erfolgsgeschichte – trotz aller interessengeleiteter Querschüsse – gesehen wird.

### **1. Kurzer Rückblick zur Einführung der DMP**

Auch wenn verschiedene Krankenkassen – darunter viele AOKs – schon seit Mitte der neunziger Jahre spezielle Verträge zur Versorgung chronisch Kranker abgeschlossen hatten und unvoreingenommene Akteure auf die positiven Erfahrungen des DDR-Gesundheitswesens mit Dispensairebetreuung und

**Ziel der DMP-Einführung war die Verbesserung des Behandlungsablaufs und der medizinischen Versorgungsqualität chronisch Kranker.**

nach der Wende mit Betreuungskonzepten für chronisch Kranke (BcK) zurückgreifen konnten, wurden erst im Jahr 2002 mit dem Gesetz zur

Reform des Risikostrukturausgleichs strukturierte Behandlungsprogramme in der gesetzlichen Krankenversicherung gesetzlich abgesichert. Deutschland war damit das erste Land, welches die DMP als eine neue flächendeckende Versorgungsform eingeführt hat. Deutschland ist damit erstmals seit langem wieder Vorreiter einer internationalen gesundheitspolitischen Entwicklung. Hauptziel der DMP-Einführung war die Verbesserung des Behandlungsablaufs und der Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker. Um dieses Ziel

zu erreichen, beinhalten die DMP eine abgestimmte, koordinierte Versorgung über Sektorengrenzen hinweg auf der Basis der besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz.

Damit reagierte der Gesetzgeber auf kaum erklärbare Varianzen und Mängel in der Versorgung. Der Sachverständigenrat für die Entwicklung im Gesundheitswesen hatte in seinem Gutachten 2000/2001 insbesondere bei der Behandlung von chronischen Krankheiten erhebliche Defizite in Form von Unter- und Fehlversorgung festgestellt:

- die Dominanz der akutmedizinischen Versorgung,
- die unzureichende Partizipation der Patienten,
- einen Mangel an interdisziplinären Versorgungsstrukturen und
- ein Abweichen von den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin.

Genau an diesen Defiziten sollen die strukturierten Behandlungsprogramme ansetzen. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) obliegt dabei die Auswahl der Erkrankungen nach bestimmten, im Gesetz vorgegebenen Kriterien sowie die Erarbeitung der Inhalte der einzelnen Programme. Es werden insbesondere Behandlungsmethoden empfohlen, deren Wirksamkeit und Sicherheit in großen klinischen Studien nachgewiesen ist. In den einzelnen Programmen sind dabei die konkreten Therapieziele festgelegt, wie

insbesondere die Vermeidung von Begleiterkrankungen, Folgeschäden und einer Verschlechterung der Erkrankung, zur Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten.

Um eine möglichst breite und rasche Einführung der DMP in Gang zu bringen, war es erforderlich, wirksame ökonomische Anreize zu setzen, damit insbesondere den Krankenkassen, die viele chronisch Kranke versorgen, keine Nachteile durch den Aufbau einer DMP-gestützten Chronikerversorgung entstehen. Schließlich sollte diese Versorgungsform das Potenzial zur flächendeckenden Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker ausschöpfen. Die Anbindung an den kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich (RSA) war gerechtfertigt, um Unterschiede in der Morbiditätsstruktur zwischen den Krankenkassen gerechter auszugleichen. Im übrigen darf an dieser Stelle der Hinweis nicht fehlen, dass im Vorfeld der damaligen Gesetzgebungsarbeiten die GKV-Spitzenverbände nach intensiven Diskussionen mit dem BMG dieser Anbindung zugestimmt hatten, auch wenn mancher Verband und viele Mitgliedskassen davon schon bald nichts mehr wissen wollten. Ein Phänomen, das in der Gesundheitspolitik nicht gerade selten vorkommt.

**Der kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich (RSA) soll Unterschiede in der Morbiditätsstruktur zwischen den Krankenkassen gerechter ausgleichen.**

## **2. Aktueller Sachstand der DMP in der GKV**

Trotz vieler Schwierigkeiten und massiver Kritik bei Einführung der zertifizierten Chronikerprogramme – viele von Ihnen werden sich noch gut an die Zeit erinnern – und trotz aller Widerstände aufseiten der verschiedenen Akteure haben sich die DMP heute in der Versorgung in Deutschland erfolgreich etabliert.

Inzwischen gibt es DMP für sechs Krankheiten:

- Diabetes Typ 1 und Typ 2,

- koronare Herzkrankheit,
- Asthma bronchiale,
- COPD und
- Brustkrebs.

Dass die DMPs auch von den Versicherten gut angenommen werden, sieht man daran, dass bereits über drei Millionen Patientinnen und Patienten in zugelassene Programme eingeschrieben sind. Die Zahl steigt nach wie vor stetig an. Die meisten Patientinnen und Patienten nehmen am DMP für Typ 2-Diabetes teil, welches als eines der ersten entwickelt wurde. Es sind inzwischen über zwei Millionen Menschen – und damit, wenn man von den Expertenschätzungen von circa fünf bis sechs Millio-

nen bekannten Diabetikern ausgeht, mindestens ein Drittel bis knapp die Hälfte aller Typ 2-Diabetiker in Deutschland. Im Interesse dieser Patientinnen und Patienten ist es wichtig, dass auch in Zukunft diese qualitätsgesicherte, leitlinien-gestützte Versorgung fortgeführt und weiterentwickelt wird.

**Die DMP werden von den Versicherten gut angenommen. Über drei Millionen Patientinnen und Patienten sind bereits in zugelassene Programme eingeschrieben.**

Aus Umfragen und ersten Berichten der begleitenden Qualitätssicherung ist bereits vor der systematischen Evaluierung bekannt, dass die Patientinnen und Patienten insbesondere die koordinierte Behandlung sowie ihre aktive Beteiligung im Programm schätzen. Sie werden von Anfang an mit in

die Behandlung einbezogen, vereinbaren mit ihrer behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt individuelle, auf ihre gesundheitliche Situation zugeschnittene Therapieziele. Besonders wichtig ist die Möglichkeit, an evaluierten Schulungen teilzunehmen, um eigene Bewältigungskompetenzen im Hinblick auf ihre Erkrankung zu entwickeln und Compliance zu gewährleisten. Denn viele chronische Krankheiten, wie zum Beispiel der Typ 2-Diabetes in der Behandlung können vom Patienten selbst durch positive Verhaltensänderung – etwa durch Lebensstiländerungen – wirksam beeinflusst werden.

### 3. Die Zukunft der DMP in der GKV

Die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit so genannten "Volkskrankheiten" ist eine kontinuierliche Aufgabe der Gesundheitspolitik. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der Herausforderungen durch die demografische Entwicklung in Deutschland mit der prognostizierten schnellen Zunahme dieser Erkrankungen in einer älter werdenden Gesellschaft. So ist die Weiterentwicklung der DMP als einer etablierten und erfolgreichen Versorgungsform eine ständige Aufgabe von Politik, Administration und Selbstverwaltung. Die DMP sind als "lernendes System" konzipiert und werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss bereits jetzt regelmäßig inhaltlich überarbeitet. Die Bundesregierung geht davon aus, dass auch in den neuen Strukturen der GBA und der neu etablierte Spitzenverband Bund der Krankenkassen hier Kontinuität wahren und zielstrebige Arbeit leisten werden.

Inhaltlich lassen sich drei wesentliche Schwerpunkte ausmachen, worauf die Weiterentwicklung der DMP zielen soll:

- die Reduzierung des bürokratischen Verwaltungsaufwands,
- die Implementierung der Aspekte der Ko- beziehungsweise Multimorbidität in die bestehenden DMP und
- die Modifikation der finanziellen Anreize für die Krankenkassen an den RSA bei Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs am 1.1.2009.

Um die Anliegen und teilweise auch berechtigte Kritik von am DMP beteiligten Ärzten und Patienten aufzugreifen, wurde beim BMG eine „Arbeitsgruppe Bürokratieabbau im Gesundheitswesen“ errichtet. Hier haben Vertreter aller an der Durchführung von Chroniker-Programmen Beteiligten, vor allem der Ärzteschaft und der Krankenkassen, intensiv Vereinfachungsvorschläge beraten. Von den insgesamt 20 gefassten Beschlüssen betrafen allein neun die DMP. Diejenigen Beschlüsse, die

eine Änderung des SGB V oder der Rechtsverordnung zum RSA (RSAV) erforderlich machten, wurden noch mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz umgesetzt. Dies betrifft Vereinfachungen der praktischen Durchführung der DMP, beispielsweise bei der Ein- und Ausschreibung oder bei der Überprüfung der aktiven Teilnahme der Versicherten, und die Verlängerung des Zulassungszeitraums von drei auf fünf Jahre. Die Änderung mit dem höchsten Vereinfachungspotenzial ist die komplette Umstellung auf elektronische DMP-Dokumentation, die nach einer Übergangszeit am 1. April 2008 wirksam wird.

Auch der Gemeinsame Bundesausschuss arbeitet sehr intensiv am notwendigen und möglichen Bürokratieabbau, soweit nicht der Gesetzgeber, sondern die Selbstverwaltung gefordert ist. Die Bundesregierung begrüßt, dass der GBA bereits eine erhebliche Vereinfachung der DMP-Dokumentation erarbeitet hat. Für die Dokumentation wurde eine neue Systematik entwickelt, sie wurde indikationsübergreifend vereinfacht und um indikationsspezifische Parameter ergänzt. Gleichzeitig wurde vorausschauend die Integration neuer DMP-Module berücksichtigt. Der jetzt beginnende Anwendungstest der neuen elektronischen Dokumentation wird hoffentlich in der Praxis als spürbare Entlastung empfunden. Sobald die Beschlussfassung des GBA zur neuen Dokumentation vorliegt, wird das BMG diese zügig in eine entsprechende Rechtsverordnung umsetzen.

Hervorzuheben ist die vom GBA geleistete Arbeit, die bestehenden DMP modular weiterzuentwickeln und die Multimorbidität und Komorbidität der an den DMP teilnehmenden Patientinnen und Patienten stärker zu berücksichtigen. Der GBA trägt damit der Versorgungsrealität, insbesondere der Wirklichkeit in der hausärztlichen Praxis, Rechnung. Die Arbeiten zur Entwicklung des ersten Moduls für chronische Herzinsuffizienz für das DMP KHK sind ebenfalls bereits weit vorangeschritten. Zur Entwicklung eines weiteren Moduls für die Behandlung der Adipositas hat der GBA auch bereits einen Auftrag an das IQWiG vergeben.

Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz sind die Weichen für eine umfassende Änderung des RSA gestellt. Ab 2009 werden 50 bis 80 besonders kostenträchtig zu therapeutische Krankheiten im RSA zwischen den Kassen berücksichtigt. Damit wird der Ausgleich der unterschiedlichen Krankheitslasten zwischen den Krankenkassen differenzierter und gerechter. Die DMP-Anbindung an den RSA, die als ein erster Schritt auf dem Wege zum Morbi-RSA diente, wird damit in der jetzigen Form entbehrlich. Um die Durchführung der DMP dennoch weiter zu fördern, erhalten die Krankenkassen weiterhin Zuweisungen aus dem neuen Gesundheitsfonds für jeden eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der Programmkosten für notwendige Aufwendungen für Dokumentations- und Koordinationsleistungen. Insoweit werden die DMP auch weiterhin im RSA berücksichtigt.

**Ab 2009 werden 50 bis 80 besonders kostenträchtig zu therapeutische Krankheiten im RSA zwischen den Kassen berücksichtigt.**

Die Bundesregierung geht davon aus, dass sich die erfolgreiche Versorgungsform der DMP auch unter den neuen Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen behaupten wird. Dies gilt vor allem dann, wenn die heute vorgestellten Ergebnisse der gesetzlich vorgeschriebenen Evaluation – hier für die Programme der AOK – überzeugen. Speziell die Ergebnisse für die klinischen Endpunkte, die in den Abschlussberichten näher dargestellt werden, sind angesichts der anhaltenden Kritik an „Kochbuchmedizin“ und „Subventionsmentalität“ von besonderer Bedeutung. Das Gesundheitsministerium wird diese Ergebnisse sorgfältig analysieren und dahingehend prüfen, ob und wie die DMP noch weiter optimiert werden können.



#### **Der Autor**

**Franz Knieps**

*Abteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit*



**TAGUNGSZENTRUM**  
Katholische Akademie

# Die gesetzliche Evaluation der Disease-Management-Programme

## Ergebnisse der ersten AOK-Berichte zu den DMP Diabetes und Brustkrebs

Dr. Johannes Leinert

Wir werden Ihnen heute die ersten Evaluationsergebnisse der Disease-Management-Programme der AOK vorstellen, die Ende des Monats in die Abschlussberichte einfließen werden. Abschlussberichte werden für alle Programme erstellt, bei denen bis einschließlich des ersten Halbjahres 2006-1 für drei volle Jahre Daten vorliegen, die in die Evaluation eingehen können. Weil dies für einen Großteil der DMP der AOK zum Krankheitsbild Diabetes mellitus Typ 2 der Fall ist, haben wir eigens für diesen Vortrag die entsprechenden Bundeswerte berechnet. Erste Evaluationsergebnisse zum DMP für das Krankheitsbild Brustkrebs werden wir ebenfalls vorstellen. Da hier nur für ein einziges Programm – das der AOK Rheinland – der Abschlussbericht eingereicht wird, werden wir hier nur die Werte für das Rheinland vorstellen. Im ersten Teil unseres Vortrages werde ich Ihnen einige Erläuterungen zum Hintergrund und zur Methodik der Evaluation geben. Danach wird Frau Eichenlaub Ihnen die eigentlichen Evaluationsergebnisse vorstellen.

Zunächst möchte ich kurz verdeutlichen, um welche Dimensionen es hierbei geht. Die Evaluationsberichte beruhen auf den Dokumentationen, die von den Ärzten eingereicht werden, beziehungsweise auf den daraus direkt und indirekt abgeleiteten Datensätzen. Das geschieht zwar in elektronischer Form. Aber stellen Sie sich vor, diese Datensätze würden uns als Kopie auf

DIN-A4-Blättern eingereicht. Dann würden sie sich in Höhe eines Turmes stapeln, der ungefähr einviertel Kilometer hoch wäre – oder fünfzigmal so hoch wie das Brandenburger Tor.

Wir haben derzeit von AOK-Versicherten und Versicherten der See-Krankenkasse über 13 Millionen Datensätze in der Auswertung. Der Großteil betrifft AOK-Versicherte. See-Krankenkassen-Versicherte machen, gemessen an den Datensätzen, nur 0,2 Prozent aus. Wenn wir heute Evaluations-

**In die Auswertung sind über 13 Millionen Datensätze eingegangen, der Großteil davon stammt von AOK-Versicherten.**

ergebnisse vorstellen, reden wir daher größtenteils von AOK-Versicherten. Die allermeisten Teilnehmer, die wir in der Evaluation haben, sind in DMP zum Krankheitsbild Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben. Nur ein relativ kleiner Anteil von 1,15 Prozent der Datensätze betrifft das DMP Brustkrebs. Insgesamt sind bis einschließlich des ersten Halbjahres 2006, bis zu dem sich der Berichtszeitraum für die Abschlussberichte erstreckt, 1,25 Millionen Patienten bezie-

hungsweise Fälle in der Auswertung. Davon sind etwas mehr als die Hälfte Frauen und etwas weniger als die Hälfte Männer.

Die Evaluationsdaten werden in einem komplexen Prozess generiert und gebündelt. Ausgangspunkt ist der behandelnde Arzt. Er erstellt für die Teilnehmer der DMPs die Dokumentationsbögen und übermittelt sie an die Datenstellen. Die Datenstellen erfassen die Daten, nehmen Plausibilitätsprüfungen vor und vergeben Pseudonyme, um die Anonymität zu gewährleisten. Mit der Ausnahme von Rheinland-Pfalz erfüllen die Datenstellen zudem eine weitere wichtige Aufgabe für den Datenschutz: Um sicherzustellen, dass die Krankenkassen keine Informationen über den Gesundheitszustand der Teilnehmer bekommen, trennen sie die Datensätze aller DMPs in einen Datensatz mit und einen Datensatz ohne medizinische Variablen.

Die Krankenkassen erhalten nur die Daten, ohne medizinische Informationen. Sie erstellen daraus für den Evaluator die Datensätze zu den Patienten-

merkmalen, die so genannten PM-Daten. Diese beinhalten Grundinformationen über die eingeschriebenen Teilnehmer im Programm wie beispielsweise Alter, Geschlecht und Halbjahr der Einschreibung in das Disease-Management-Programm. Die medizinischen Informationen werden von den Datenstellen an die gemeinsamen Einrichtungen übermittelt. Diese erstellen daraus die medizinischen Datensätze für den Evaluator. Liegen dem Evaluator die beschriebenen Datensätze vor, zieht er aus den PM-Daten eine Stichprobe, der die Krankenkasse die jeweiligen Leistungsausgaben zuspießt und daraus die so genannten ökonomischen Daten erstellt. Für die aktuellen Abschlussberichte werden die Daten aus diesen drei Quellen – Patientenmerkmale, medizinische Daten, ökonomische Daten – verknüpft und ausgewertet. Für die Abschlussberichte zum 31. Dezember diesen Jahres wird noch eine vierte Datenquelle hinzukommen: Die Erhebung zur subjektiven Lebensqualität der Patienten auf Stichprobenbasis.

**Die Krankenkassen erhalten nur die Daten, ohne medizinische Informationen.**

Bei einem Großteil der Daten für die Evaluation handelt es sich um Prozess- und Verwaltungsdaten. Es ist bekannt, dass diese Daten häufig fehleranfällig sind. In dieser Hinsicht sind die Daten für die Evaluation der Disease-Management-Programme ein Normalfall: Wie für Prozess- und Verwaltungsdaten typisch, sind umfangreiche Qualitätskontrollen vorzunehmen, bevor die Berichte erstellt werden können.

Ich werde nun auf sechs ausgewählte Kontrollschritte eingehen, die wir vornehmen, bevor wir die Datenbasis für die Auswertung akzeptieren. In einem ersten Schritt wird geprüft, ob die medizinischen Daten, Patientenmerkmale und ökonomischen Daten dem definierten Format entsprechen, damit die Informationen richtig ausgewertet werden können – falls nein, werden sie zurückgeschickt und erneut angefordert. In einem zweiten Schritt wird überprüft, ob in den Daten Dubletten vorliegen. Falls ja, werden diese Dubletten gelöscht, damit niemand doppelt in die Auswertungen eingeht. Anschließend wird geprüft, ob die Daten zu den Patientenmerk-

malen im Zeitverlauf stimmig fortgeschrieben werden, so dass in sich konsistente Datensätze für die Auswertung generiert werden können.

**Intensive Kontrollen für eine valide Datenbasis.** Zudem wird geprüft, ob die medizinischen Daten, die eingegangen sind, den definierten Plausibilitätsanforderungen genügen. Wenn nicht, werden sie gegebenenfalls zurückgeschickt und von den Datenstellen neu angefordert. Oder definierte unplausible Werte werden wie fehlende Werte behandelt, so dass sie nicht in die Auswertung eingehen können. Zusätzlich wird geprüft, ob die medizinischen Datensätze und die Personenmerkmale „matchen“, das heißt, ob sie verknüpft werden können. Dies geschieht anhand der Pseudonymnummern für bestimmte Regionen, für bestimmte Kassenarten und für bestimmte Eintrittskohorten. Schließlich ist bei den ökonomischen Daten sicherzustellen, dass die Leistungsausgaben möglichst für die gesamte Stichprobe zugespielt werden. Wenn das nicht der Fall ist, erfolgt eine entsprechende Überprüfung und gegebenenfalls eine Neulieferung.

Wenn die Datenbasis steht und die Auswertung beginnen kann, stellt sich die Frage, auf welche Art und Weise die Ergebnisse in den Berichten darzustellen sind. Der Grundansatz der Berichte besteht gemäß der Evaluationskriterien in der „Kohortenbetrachtung“: Alle Teilnehmer, die in DMPs eingeschrieben sind, werden halbjahresweise in so genannte Eintrittskohorten unterteilt. Wer beispielsweise zwischen dem 1. Januar und dem 30. Juni 2003 in das Programm eingetreten ist, wird der Eintrittskohorte 2003-1. Halbjahr zugeordnet. Alle Patienten, die ein halbes Jahr später beigetreten sind, werden der nächsten Kohorte zugeordnet und so weiter.

Die Auswertung erfolgt nach Eintrittskohorten. Für jede Kohorte wird, beginnend mit dem Beitritts halbjahr, halbjährlich dargestellt, wie sich die medizinischen und die ökonomischen Werte entwickeln. Dies möchte ich anhand einer Beispieltabelle für die HbA1c-Konzentration der Kohorte 2004-1 erläutern, also all derjenigen Patienten, die im 1. Halbjahr 2004 in

das Programm eingetreten sind. Zunächst wird für jede Kohorte dargestellt, wie viele Patienten ihr angehören. Dann wird dargestellt, bei wie vielen Patienten die medizinischen Angaben fehlen, so dass sie nicht in die Auswertung einfließen können, und welchem Anteil der Kohorte dies entspricht. Anschließend werden die „auswertbaren Patienten“ ausgewiesen, für die die benötigten Angaben vorliegen. Diese stellen die Fallbasis für die berechneten Mittelwerte dar.

Die Abschlussberichte enthalten verschiedene inhaltliche Kapitel. Zu Beginn werden Auswertungen zur Anzahl der Patienten und zu ihren Merkmalen vorgenommen. Danach werden Angaben zur Anzahl und Dichte der Leistungserbringer gemacht. Anschließend folgen die medizinischen Auswertungen, in denen mit einer Vielzahl von Indikatoren dargestellt wird, wie sich der Krankheitsverlauf nach Einschreibung entwickelt hat. Schließlich wird beschrieben, wie groß die Stichprobe für die ökonomischen Daten war und wie sich die Leistungsausgaben der Patienten dieser Stichprobe entwickelt haben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es bei den Leistungsausgaben um die Gesamtausgaben für die DMP-Teilnehmer geht – unabhängig davon, ob sie auf eine diabetesspezifische Behandlung oder auf andere Morbiditäten zurückzuführen sind. Abschließend wird dargestellt, wie hoch die Kosten für Qualitätssicherung und Verwaltung in den einzelnen Programmen waren. In den Abschlussberichten zum 31. Dezember dieses Jahres werden zusätzlich die Auswertungen zur subjektiven Lebensqualität vorgenommen.

**Die Abschlussberichte zeigen, wie sich die Gesamtausgaben für die DMP-Patienten und ihren Krankheitsverlauf entwickelt haben.**



#### **Der Autor**

**Dr. Johannes Leinert**

*infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH*

ACQ  
Die Gesundheit



TAGUNGSZENTRUM  
Katholische Akademie

# Die gesetzliche Evaluation der Disease-Management-Programme

## Ergebnisse der ersten AOK-Berichte zu den DMP Diabetes und Brustkrebs

Astrid Eichenlaub

Ich werde Ihnen heute die ersten Ergebnisse der gesetzlichen Evaluation der strukturierten Behandlungsprogramme für Diabetes Typ 2 und Brustkrebs, die die AOK gemeinsam mit der See-Krankenkasse durchführt, präsentieren. Ich arbeite für die Prognos AG, die zusammen mit dem Institut für angewandte Sozialwissenschaft – Infas – und dem Wissenschaftlichen Institut der Ärzte – WIAD – an der gesetzlichen Evaluation der DMP mitarbeitet.

Im Folgenden werde ich einige zentrale Ergebnisse aus den ersten vorliegenden Endberichten der DMP zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 vorstellen. Für diese Ergebnisdarstellung wurden die Daten aus den 17 regionalen Programmen kurzfristig zu einer umfassenden Bundesauswertung zusammengeführt, um einen zusammenfassenden Trend beziehungsweise einen Bundesdurchschnitt aller in DMP eingeschriebenen Patienten zu präsentieren. Die Patienten-Fallzahlen aus allen 17 Programmen wurden zusammengefasst und, je nachdem in welchem Halbjahr sie in das Programm eingetreten sind, in Eintrittskohorten unterschieden. Alle Patienten, die zum Beispiel im ersten Halbjahr 2004 eingetreten sind, gehören zu einer Kohorte: der Kohorte 2004-1.

Mittlerweile sind in den DMP Diabetes Typ 2 der AOK und der Seekrankenkasse 1.250.452 Teilnehmer eingeschrieben. Die erste Kohorte enthält die Teilnehmer, die sich im ersten Halbjahr 2003 eingeschrieben haben. Diese Startkohorte umfasst insgesamt 37.070 Patienten. Die nachfolgenden Kohorten verzeichnen erhebliche Zuwächse an Teilnehmern, so zum Beispiel die Kohorte 2003-2 mit rund 214.000 und die Kohorte 2004-1 mit rund 270.000 Teilnehmern. Insgesamt können mittlerweile sieben Eintrittskohorten ausgewertet werden. Die Startkohorte 2003-1 können

**In den DMP Diabetes Typ 2 von AOK und Seekrankenkasse sind mehr als 1,25 Millionen Teilnehmer eingeschrieben.**

wir dabei – einschließlich des Beitrittsjahres – bereits über sieben Teilnahmehalbjahre in ihrer Entwicklung betrachten.

Ich möchte jetzt einen Blick werfen auf die Fallzahlentwicklung nach Frauen und Männern getrennt am Beispiel der Kohorte 2003-2. Dies ist die zweite und somit eine sehr frühe Kohorte im DMP Diabetes Typ 2. Im Beitrittsjahr haben sich 214.000 Teilnehmer eingeschrieben. Aus unterschiedlichen Gründen scheidet eine Reihe von Teilnehmern aus dem DMP wieder aus. Die Fallzahl verringert sich im Verlauf der weiteren Auswertungshalbjahre sukzessive auf rund 97.000 im sechsten Teilnahme-Halbjahr. Genauere Analysen der Gründe dafür innerhalb der DMPs zeigen, dass die meisten der Patienten, die ein DMP verlassen, aufgrund formaler Kriterien ausscheiden und dann erneut als Teilnehmer einer späteren Kohorte wieder in das DMP eingeschrieben werden. Andere Gründe, zum Beispiel das Ausscheiden aufgrund von Tod oder dass Patienten von sich aus die Teilnahme beenden, spielen nur eine sehr geringe Rolle. Insgesamt zeigt sich, dass diese Phänomene vor allem in der Startphase der DMP in höherem Ausmaß auftraten. Die Anteile von Patienten, die aus dem DMP ausscheiden, verringern sich bei den späteren Kohorten im Vergleich zu den Startkohorten deutlich. In allen Kohorten der DMP Diabetes Typ 2 sind sehr viel mehr Frauen als Männer eingeschrieben. Der Frauenanteil liegt insgesamt bei 56 bis 57 Prozent, der Anteil der Männer bei 43 bis 44 Prozent. Im Ver-

lauf der Auswertungshalbjahre bleibt dieser Anteil relativ konstant, es gibt im Zeitverlauf keine Verschiebungen der Anteile nach dem Geschlecht.

Ich zeige Ihnen die Altersverteilung der DMP-Teilnehmer anhand von zwei Beispielpopulationen: zum einen die Kohorte 2003-1 und eine recht späte Kohorte – 2005-2. Beide repräsentieren die Spannweite des mittleren Alters. Die Teilnehmer sind bei Eintritt in das DMP im Schnitt – über alle Kohorten betrachtet – zwischen 65 und 68 Jahre alt. Die Unterschiede zwischen den Kohorten sind gering. Es zeigt sich ein leichter Trend dahin, dass die Teilnehmer in den späten Kohorten im Mittel etwas jünger sind als die in den frühen Kohorten. Das Alter bei Erstmanifestation wird ebenfalls dargestellt. Es liegt bei allen Kohorten zwischen 58 und 59 Jahren. Legt man das Alter bei der Erstmanifestation, das in den medizinischen Datensätzen dokumentiert ist, als Beginn der Krankheit zu Grunde, so waren die Teilnehmer beim Eintritt in ein DMP bereits zwischen acht und zehn Jahren an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt.

Wir kommen nun zum ersten medizinischen Indikator, dem Body-Mass-Index. Der Body-Mass-Index wird als Quotient aus Körpergewicht in Kilogramm und Körpergröße in Meter im Quadrat errechnet ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Gewichtskontrolle und gegebenenfalls eine Gewichtsreduktion der oft übergewichtigen Patienten ist beim Diabetes Typ 2 ein wichtiges Therapieziel. Als Beispiel für die BMI-Werte sind hier die Teilnehmer der Kohorte 2003-2 aufgrund ihrer hohen Fallzahl ausgewählt. Im Beitritts-halb-jahr haben rund 16 Prozent der Patienten einen BMI von unter 25, sind also normalgewichtig. Rund 38 Prozent sind leicht übergewichtig mit BMI-Werten von 25 bis 30. Rund 46 Prozent haben einen BMI von über 30 und gelten somit als übergewichtig. Im Mittel liegt der Body-Mass-Index bei allen Kohorten beim Eintritt in das Behandlungsprogramm bei etwa  $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ . Die Patienten sind somit im Schnitt leicht übergewichtig. Im Verlauf der weiteren

**Die meisten Patienten sind beim Eintritt in ein DMP bereits seit acht bis zehn Jahren an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt.**

Teilnahmehalbjahre bleibt der BMI-Mittelwert bei allen Kohorten konstant auf diesem Niveau, was nicht ausschließt, dass es individuell Verbesserungen oder womöglich auch Verschlechterungen gegeben hat.

**Deutlicher Trend zum Nichtraucher.** Ein weiterer Indikator ist die Entwicklung des Raucheranteils. Da das Rauchen insbesondere auf Stoffwechsel und Herzkreislaufsystem schädliche Einflüsse haben kann, sind Änderungen des Rauchverhaltens ebenfalls wichtige Therapieziele. Dargestellt ist die Entwicklung des Raucheranteils unter jenen Patienten, die beim Eintritt in das DMP Raucher waren beziehungsweise die in der Erstdokumentation als Raucher eingestuft worden sind. Exemplarisch ist die Kohorte 2003-1 ausgewählt, die als erste Kohorte über sieben Halbjahre betrachtet werden kann. Beim Start in das DMP beträgt der Anteil der Raucher an allen DMP-Teilnehmern in dieser Kohorte 9,4 Prozent. Generell liegt der Anteil der Raucher an allen Patienten im Beitrittsjahr zwischen 9 und 13 Prozent. Setzt man die Raucher im Beitrittsjahr auf 100 Prozent und betrachtet, wie viele von diesen Patienten in den weiteren Halbjahren noch rauchen, so zeigt sich im Verlauf ein anhaltender, sehr deutlicher Rückgang des Anteils auf rund 58 Prozent im siebten Halbjahr. Dies zählt zu den positivsten Ergebnissen der ersten Endberichte. Dieser Trend zeigt sich in allen Kohorten und in allen Behandlungsprogrammen. Bei der Interpretation dieser Werte ist allerdings zu berücksichtigen, dass Patienten im Zeitverlauf aus dem DMP ausscheiden und sich somit die auswertbare Restkohorte von Halbjahr zu Halbjahr etwas verringert. Dies gilt für alle Indikatoren, deren Werte im Zeitverlauf betrachtet werden.

Ebenfalls bedeutsam bei der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 ist die Einstellung der Blutdruckwerte. Wir haben den unteren, diastolischen Blutdruck als Beispiel ausgewählt. Die Einstellung des diastolischen Blutdruckwertes in den Normbereich ist besonders wichtig, um Folgeerkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems zu vermeiden. Die Blutdruckwerte werden in den

Evaluationsberichten nur für die Gruppe der Hypertoniker ausgewertet. Als Hypertoniker gelten nach den Kriterien des Bundesversicherungsamtes Patienten, die in der Erstdokumentation Blutdruckwerte von über 140 mmHg systolisch oder über 90 mmHg diastolisch aufweisen. Der Anteil dieser Hypertoniker an jeweils allen Teilnehmern liegt bei allen Kohorten im Beitritts halbjahr zwischen 57 und 61 Prozent. Wie sich die diastolischen Blutdruckwerte der Hypertoniker entwickeln, ist anhand der Kohorte 2003-1 exemplarisch illustriert. Es zeigt sich, dass die mittleren Werte im Zeitraum von sieben Auswertungshalbjahren kontinuierlich gesenkt werden konnten von zu Beginn 83,1 mmHg auf 79,7 mmHg im siebten Halbjahr. Dieses positive Ergebnis zeigt sich in allen Kohorten, das heißt, die mittleren diastolischen Blutdruckwerte der Hypertoniker konnten im jeweiligen Zeitraum verbessert werden.

Zentral für Diabetiker ist die Stoffwechselkontrolle und insbesondere die langfristige Regulation der Blutzuckerwerte. Um beurteilen zu können, wie sich die Blutzuckerwerte entwickeln, kann der HbA1c-Wert betrachtet werden. Die mittleren HbA1c-Werte in den verschiedenen Auswertungshalbjahren sind wiederum anhand der fallzahlstarken Beispielkohorte 2003-2 über einen Zeitraum von sechs Halbjahren illustriert. Es zeigt sich, dass die Werte mit einem Mittel von rund 7 (Konzentration in Prozent) bereits bei Beginn der DMP-Teilnahme recht gut eingestellt sind. Zunächst sinkt der Mittelwert geringfügig ab, auf 6,9 im dritten Halbjahr, steigt dann bis zum sechsten Halbjahr wieder leicht an auf 7,06. Die Werte schwanken insgesamt in allen Auswertungshalbjahren um den Wert 7. In allen Eintrittskohorten liegen die Werte beim DMP-Start im Mittel zwischen 7 und 7,25 und schwanken jeweils im weiteren Verlauf. Die Kohorte 2003-2 zeigt damit einen relativ typischen Verlauf. Gleichzeitig zeigen sich in allen Kohorten vergleichsweise gut eingestellte Ausgangswerte, die im Mittel stabil bleiben.

**Die Blutdruckwerte von Diabetes-Patienten mit zu hohem Blutdruck verbessern sich im Rahmen eines DMP kontinuierlich.**

**Wer bekommt welches Präparat?** Die diabetesspezifische Medikation der Patienten nimmt in den DMP-Endberichten einen großen Raum ein. In einer detaillierten, halbjährlichen Auswertung werden die Patienten jeder Kohorte in 14 unterschiedliche Untergruppen aufgeteilt. Zugeordnet wird anhand der verordneten Präparate: Insuline, orale Antidiabetika oder Kombinationen in verschiedenen Varianten. Um dies anschaulicher zu gestalten, haben wir für die Kohorte 2003-2, die schon öfter als Beispiel diente, die wichtigsten, das heißt, die am stärksten besetzen Untergruppen ausgewertet. Die im Diagramm gezeigten Werte beziehen sich auf das Beitrittsjahr. Die zahlenmäßig größte Gruppe in allen Halbjahres-Kohorten ist jene, die zu Beginn keine diabetesspezifische Medikation erhält. In der Beispielkohorte beträgt der Anteil ohne Medikation rund 20 Prozent. Eine ebenfalls sehr große Gruppe, rund 16 Prozent der Patienten, erhält eine Insulin-Monotherapie, die Anteile weiterer Therapieformen liegen deutlich darunter. Ein relativ großer Anteil von rund 9 Prozent erhält eine Kombinationstherapie aus oralen Antidiabetika und Insulin. Ein Anteil von ebenfalls rund 9 Prozent der Patienten mit Body-Mass-Index-Werten über 29 erhält eine Metformin-Monotherapie. Alle anderen Therapieformen sind in der Kategorie „Sonstige“ zusammengefasst, die weitere zehn Untergruppen beinhaltet. Die Anteile von Patienten in diesen Gruppen sind unterschiedlich hoch, liegen aber alle deutlich unter 8 Prozent.

**Spezifische Medikation nimmt im Rahmen des DMP zu.** Ein interessantes Ergebnis ist, dass in allen Kohorten der Anteil der Patienten, der eine diabetesspezifische Medikation erhält – unabhängig davon, welche konkreten Medikamente –, mit zunehmender Teilnahmedauer ansteigt. Über alle Kohorten betrachtet liegt der Anteil der Teilnehmer mit einer diabetesbezogenen Medikation beim Start in das DMP zwischen rund 78 und rund 75 Prozent. Die Eintrittskohorten, die zu späteren Halbjahren in ein DMP gestartet sind, weisen geringere Anteile von Patienten mit diabetesspezifischer Medikation beim Start auf. Das heißt, von Kohorte zu Kohorte gibt es etwas mehr Patienten, die keine diabetesspezifischen Medikamente erhalten.

Nun folgt ein kleiner Schnitt von den medizinischen Indikatoren zu ausgewählten ökonomischen Indikatoren, konkret zu den mittleren Ausgaben der DMP-Teilnehmer in Form von Bundeswerten in verschiedenen Ausgabenbereichen. Beachtet werden muss, dass in die Berechnung der Mittelwerte alle Ausgaben innerhalb der einzelnen Sektoren eingeflossen sind, also auch nicht diabetesbezogene Ausgaben. Dargestellt sind hier für die Kohorten 2003-1 bis 2005-1 die durchschnittlichen Leistungsausgaben pro Patient und Jahr. Dazu wurden für jede Kohorte die kompletten Ausgaben über den jeweiligen Zeitraum aufsummiert und durch die Anzahl der Teilnahmejahre der Patienten geteilt, sodass dieser Wert einen Vergleich zwischen den Kohorten und gleichzeitig einen Eindruck vom Gesamtvolumen der Ausgaben ermöglicht.

Zu den Ausgaben liegen erst ab dem Jahr 2004 Daten vor. Die davor liegenden Halbjahre konnten in der Ausgabenermittlung nicht berücksichtigt werden. Das betrifft insbesondere die frühen Kohorten. Für die Kohorten, für die aus mindestens drei Halbjahren Werte vorliegen, haben wir die durchschnittlichen Ausgaben pro Patient und Jahr für die ambulante Behandlung und für die Arzneimittelverordnungen, also die für die Versorgung der Diabetiker zentralen Kostenblöcke, ausgewiesen. Die restlichen Ausgabenarten haben wir unter „Sonstige“ zusammengefasst. Innerhalb dieser Kategorie dieser „sonstigen Ausgaben“ machen die Krankenhausausgaben den weitaus größten Anteil aus. Die anderen Ausgabenbereiche, zum Beispiel Rehabilitation, Heil- und Hilfsmittel, Krankengeld und so weiter haben nur sehr geringe Anteile.

Bei allen Kohorten schwanken die mittleren Ausgaben pro Jahr und Teilnehmer um die 800 Euro für die ambulante Behandlung. Die Werte liegen je nach Kohorte zwischen rund 750 und 830 Euro. Für Arzneimittel fallen je nach Kohorte zwischen rund 1.360 und 1.560 Euro Ausgaben an. Die Kohorten, die zu späteren Zeitpunkten in das DMP eingetreten sind, weisen im Mittel etwas geringere Ausgaben für Arzneimittel auf als die frühen

Kohorten. Dies korrespondiert mit dem zuvor referierten Ergebnis, dass in den späteren Kohorten im Vergleich zu den früheren größere Anteile von Patienten keine diabetesbezogenen Medikamente erhalten. Die sonstigen Ausgaben, das heißt überwiegend Krankenhausausgaben, liegen im Mittel bei rund 1.960 bis rund 2.170 Euro. Insgesamt fallen für die DMP-Teilnehmer pro Jahr im Mittel Ausgaben von rund 4.140 bis 4.420 Euro an.

Insgesamt lassen sich für die einzelnen Ausgabenbereiche, betrachtet über einzelne Halbjahre, anhand der Bundesdaten keine systematischen Trends feststellen. Es ist nicht feststellbar, dass die Ausgaben im Verlaufe des bereits zu überblickenden Zeitraums systematisch sinken oder steigen. Bei den Gesamtausgaben gibt es in allen Kohorten im Zeitverlauf eine leichte Zunahme, allerdings wird bei einigen Kohorten aufgrund der vorliegen-

den Messzeitpunkte vergleichsweise früh abgeschnitten. Wie bereits erläutert, fließen in die Gesamtausgaben zudem alle Leistungssektoren und alle Ausgabenarten ein.

**Für die Teilnehmer des DMP Diabetes Typ 2 fallen pro Jahr im Mittel Ausgaben von rund 4.140 bis 4.420 Euro an.**

**Erste Ergebnisse zum DMP Brustkrebs.** Zu den Brustkrebs-Behandlungsprogrammen können wir zum jetzigen Zeitpunkt nur auf vorläufige Ergebnisse zurückgreifen und

leider noch keine Indikatoren darstellen, da noch keine umfassenden geprüften Daten vorliegen. Anhand eines Beispiels, dem Programm AOK Curaplan Brustkrebs der AOK Rheinland, lässt sich jedoch schon zeigen, wie die Fallzahlen in diesem spezifischen DMP aussehen. Selbstverständlich handelt es sich um andere Größenordnungen als bei den Behandlungsprogrammen zu Diabetes mellitus Typ 2. Das Programm der AOK Rheinland startete im ersten Halbjahr 2003 und umfasst mittlerweile sieben Eintrittskohorten, wobei die Startkohorte 2003-1 bereits sieben Teilnehmerehalbjahre aufweist, die nachfolgenden Kohorten entsprechend kürzere Teilnahmezeiträume. Die Patientinnenzahlen im Beitrittsjahr der einzelnen Kohorten liegen zwischen 294 in der Kohorte 2004-1 und 521 Teilnehmerinnen in der Kohorte 2003-2.

Für die Zwischenberichte und die Endberichte zu den DMP Brustkrebs werden die Patientinnen insgesamt in vier Gruppen unterteilt und die jeweiligen Auswertungen werden nach diesen vier Gruppen segmentiert. Die Auswertungsgruppe 1 bilden die Patientinnen mit neu oder zeitnah diagnostiziertem Primärtumor, aber ohne Metastasen oder Rezidive. Die Auswertungsgruppe 2 umfasst ebenfalls Patientinnen ohne Rezidiv oder Fernmetastasen, bei denen der histologische Befund der Erstmanifestation länger als zwölf Wochen zurücklag. Die Auswertungsgruppe 3 umfasst Patientinnen mit Lokalrezidiven, aber ohne Fernmetastasen zum Zeitpunkt der Einschreibung. Die Auswertungsgruppe 4 schließlich bilden Patientinnen mit Metastasierung zum Zeitpunkt der Einschreibung in das DMP, auch in Kombination mit Lokalrezidiven. Die vier Gruppen lassen sich über eine Zunahme des Schweregrades abgrenzen.

Insgesamt zählen im Programm der AOK Rheinland 724 Teilnehmerinnen zu der Auswertungsgruppe 1, die Auswertungsgruppe 2 ist mit 2.042 Patientinnen die größte Gruppe, auch die Auswertungsgruppe 3 mit insgesamt 84 Patientinnen und die Auswertungsgruppe 4 mit 145 Patientinnen sind im Programm vertreten. Somit haben sich Patientinnen aller Gruppierungen, auch die mit höheren Schweregraden in das DMP eingeschrieben.



#### **Die Autorin**

**Astrid Eichenlaub,**  
*Prognos AG*



# Diskussion

**Moderatorin Birgid Becker:** Wir möchten vor der Pause eine kurze Diskussionsrunde einlegen. Gibt es Fragen oder Anregungen zu den Referaten, die wir soeben gehört haben?

**Dr. Klaus Heckemann:** Ich bin Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen. Ich habe eine Frage zur Darstellung der Kohorten der Diabetespatienten über die sieben Halbjahre hinweg. Die Grundgesamtheit hat sich in den sieben Halbjahren von 214.000 auf 94.000 erheblich vermindert. Die Bewertungen beziehen sich aber immer auf die Durchschnittswerte derjenigen, die momentan in einer Kohorte waren. Haben Sie einmal eine Auswertung dahingehend vorgenommen, dass Sie die 94.000 Patienten rückwirkend selektiert haben und deren Werte als Grundlage für den Vergleich genommen haben? Das wäre eigentlich interessanter, denn dann vergleicht man die Werte innerhalb der gleichen Grundgesamtheit.

**Astrid Eichenlaub:** Das ist ein richtiger Einwand. Letztendlich handelt es sich natürlich immer um die gleiche Gruppe. Im Zeitverlauf gehen aus dieser Gruppe Patienten für die Betrachtung verloren. Es wurden immer die Mittelwerte für die Gruppe dargestellt, die noch betrachtet werden kann. In dieser Form wurde die Auswertung für die Endberichte zunächst vorgenommen.

**Dr. Johannes Leinert:** Gestatten Sie mir eine kurze Ergänzung. Die Auswertungen orientieren sich an den Kriterien des Bundesversicherungsamtes und den entsprechenden Berechnungsvorschriften. Für zwei zentrale medizinische Indikatoren wurde das Problem, das Sie angesprochen haben, aufgegriffen, nämlich für den Body Mass Index und den HbA1c-Wert. Für diese beiden zentralen Indikatoren werden nicht nur die Durchschnittswerte der jeweiligen Kohorten ausgewiesen, die sich natür-

lich immer auf andere Fallzahlen beziehen und bei denen man nie genau wissen kann, ob sich durch den Drop-out von Teilnehmern nicht systematische Änderungen ergeben, weil beispielsweise eine ganz bestimmte Gruppe häufig das Programm verlässt. Für die beiden medizinischen Werte Body Mass Index und HbA1c-Werte ist jeweils ausgewiesen, wie sich bei den noch verbliebenen Teilnehmern im Verhältnis zu ihrem jeweiligen Beitrittsjahr die Werte verändert haben. Das heißt, Sie können auf den ersten Blick – um die Problematik des Drop-out bereinigt – erkennen, wie sich die Werte verändert haben. Für die anderen medizinischen Werte ist das in den Berechnungsvorschriften für die Berichte in dieser Form nicht vorgesehen. Weil uns die Problematik aber durchaus bewusst ist, werden wir in dieser Hinsicht noch Sonderauswertungen vornehmen, um dem auf den Grund zu gehen, ob sich aufgrund des angesprochenen Problems systematische Verzerrungen ergeben – und wenn ja, in welchem Umfang.

**Dr. Stefan Etgeton:** Es wurde gesagt, dass durch Patientenbefragungen auch die subjektive Ergebnisqualität dargestellt werden sollte. Ich wüsste gern, wie das genau vonstatten geht. Erfolgen diese Befragungen nur stichprobenweise oder flächendeckend und welche Instrumente benutzen Sie dafür?

**Dr. Johannes Leinert:** Eine solche Befragung wird erstmalig für alle Kohorten vorgenommen, die im zweiten Halbjahr 2006 in die Programme eingestiegen sind. Die Berichte werden jeweils ein Jahr danach erstellt. Das heißt, dass die Werte erstmalig zum Dezember ausgewiesen werden. Bei der Befragung wird der so genannte SF36-Fragebogen verwendet, der international standardisiert und erprobt ist und der von daher auch nicht hundertprozentig passgenau auf die Zielgruppe zugeschnitten ist. Weil es sich aber um ein vielfach erprobtes Instrumentarium handelt, wird es verwendet. Dieser Fragebogen wird im Stichprobenverfahren verwendet, wobei das Verfahren bezüglich Fällen von Diabetes und Brustkrebs unterschiedlich

ist. Bei Diabetes wird eine Stichprobe aus dem Kreise aller Teilnehmer gezogen, bei Brustkrebs wird eine Stichprobe nur aus dem Kreise derjenigen Teilnehmerinnen gezogen, bei denen die Histologie weniger als 12 Wochen zurückliegt. Gleichzeitig gilt es noch das Kriterium zu erfüllen, dass mindestens zehn Patienten in einer Kohorte sein müssen, damit eine Auswertung erfolgen kann. Diese Vorgabe erfolgt auch aus Datenschutzgründen. Die Programme betreffend Brustkrebs sind von der Fallzahl her nur sehr gering besetzt. Aus dieser Gruppe heraus wäre dann eine Teilgruppe zu nehmen, nämlich die Gruppe derjenigen Fälle, in denen die Histologie noch nicht sehr lange zurückliegt. Dies hat zur Folge, dass wir vermutlich nur für die großen Einschreibungsregionen Auswertungen veröffentlichen können.

**Dr. Manfred Rohwetter:** Ich vertrete den Bereich der Sozialmediziner in der Deutschen Rentenversicherung Bund. Ich habe eine Frage zu den Werten Body Mass Index und HbA1c. Hatten Sie diesbezüglich bestimmte Zielvorstellungen, deren Erfüllung im Laufe der Zeit angestrebt wurde?

**Dr. Johannes Leinert:** Mit dieser Frage sind Sie bei uns im Prinzip an der falschen Adresse, weil wir Evaluator sind. Wir nehmen neutral eine Evaluation vor, und zwar ohne bestimmte Eigeninteressen und ohne bestimmte Ziele. Die Ziele definiert natürlich die auftraggebende Krankenkasse, die für ihre Patienten etwas erreichen will. Ziele hat natürlich auch das Bundesversicherungsamt, das mit der Evaluation in jedem Fall Verbesserungsprozesse in Gang setzen will. Von daher würde ich die Frage nach bestimmten Zielwerten gern an die AOK weiterleiten.

**Dr. Bernhard Egger:** Das Problem bei diesen Zahlen ist, dass sie genau das wiedergeben, was den Vorgaben des Bundesversicherungsamtes für unsere Evaluation entspricht. Das heißt, es gibt weder für den Evaluator noch für die Krankenkasse, die die Evaluation in Auftrag gegeben hat, einen Spielraum für bestimmte Einschätzungen. Der Rahmen, der uns gesetzt worden

ist, beinhaltet keine medizinischen Zielwerte. Dieser Rahmen ist gewissermaßen das Instrument, das konzipiert worden ist, um eine Vergleichbarkeit der einzelnen Programme der unterschiedlichen Krankenkassen zu ermöglichen.

Die Fragestellung, die uns alle wahrscheinlich am meisten interessiert, nämlich ob die Versorgung im DMP besser als im Rahmen der Routineversorgung ist, wird bei diesen Projekten nicht untersucht. Das macht auch die Schwierigkeit der Interpretation der Werte aus. Im Auditorium war zu spüren, dass dies etwas verwirrend ist. Es handelt sich somit um eine reine Verlaufsbeobachtung mit allen Stärken und Schwächen und mit

**Die Ergebnisse der Verlaufsbeobachtung sind überwiegend sehr ermutigend für die DMP.**

überwiegend sehr ermutigenden Ergebnissen für die DMP. Den eigentlichen Beweis dafür, dass die Versorgung im Rahmen von DMP besser ist als die Versorgung im Rahmen der Routineversorgung, kann diese Evaluation vom methodischen Ansatz her aber nicht führen, weil sie keine Kontrollgruppe hat. Es wird auch nicht die Frage bestimmter Zielwerte, die erreicht werden sollen, diskutiert. Auf diese Frage

werden wir heute später noch zu sprechen kommen. Wegen der erwähnten methodischen Problematik hat die AOK eine Studie in Auftrag gegeben, die einen Vergleich mit der Routineversorgung beinhaltet. Herr Brenner wird sich in seinem Referat mit der Frage befassen, ob bestimmte Zielwerte, die vor Ort im Rahmen der Qualitätssicherung zusammen mit den Ärzten vereinbart werden, durch die DMP erreicht werden oder nicht.

**Andrea Fembacher:** Ich vertrete hier die Kassenärztliche Vereinigung Bayern und möchte zwei Fragen stellen. Erstens: Sie betrachten den BMI und den HbA1c-Wert. Diesbezüglich nehmen Sie Auswertungen vor. Wie ist es mit den Patienten, die sich in die Programme wiedereinschreiben? Fließen die Werte dieser Patienten mit ein oder werden sie quasi als neue Patienten gewertet?

Zweitens: Sie haben am Ende Ihres Vortrages ausgeführt, dass die Kosten pro Patient, die in die Übersicht Eingang gefunden haben, nicht krankheits-spezifisch sind. Gibt es diesbezüglich eine genauere Auswertung? Es wäre sicherlich interessant, eine detailreichere Angabe zu bekommen.

**Dr. Johannes Leinert:** Eine Verlaufsbetrachtung erfolgt im Prinzip für alle Indikatoren, wobei wir es allerdings mit der Problematik zu tun haben, dass sich diese Verlaufsbetrachtung in der Regel auf die Durchschnittswerte von wechselnden Grundgesamtheiten bezieht. Bei dieser Verlaufsbetrachtung müssen wir beachten, dass es hier nicht um einzelne Personen, die in den jeweiligen Kohorten eingeschrieben sind, sondern streng genommen um Fälle geht. Jede Person, die sich einmal in ein DMP in einer bestimmten Antragsregion und in einer bestimmten Kohorte für eine bestimmte Kasse einschreibt, ist genau mit diesem Schlüssel ein Fall. Wenn diese Person aus dem Programm ausscheidet und sich dann wieder in ein Programm einschreibt, wenn sie die Region oder die Kasse wechselt, erscheint sie als neuer Fall. Dies basiert auf den Vorgaben, die für die Evaluation gemacht werden. Es kann also so sein, dass eine Person im ersten Halbjahr 2003 in ein Programm eingeschrieben wird und dann als durchlaufendes Fallmitglied bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die Person ausscheidet, geführt wird, beispielsweise bis zum ersten Halbjahr 2005. Diese Person kann, wenn sie im selben Halbjahr woanders in ein Programm eingeschrieben wird, dort als neuer Fall auftauchen und dann wiederum durchlaufen.

AOK

ie Gesundheitsk

IN



**TAGUNGSZENTRUM**  
Katholische Akademie

# Qualitätssicherung DMP

## Das Beispiel der Qualitätsberichte zu den nordrheinischen DMP

Dr. Gerhard Brenner

Wir haben im Bereich Nordrhein den Vorteil, dass wir die gleichen DMP mit allen Kassenarten vereinbart haben. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung ist beauftragt worden, die Qualitätssicherung durchzuführen. Ich möchte zunächst kurz auf den organisatorischen und vertraglichen Rahmen eingehen. Ich bin gebeten worden, meine Kommentare im Wesentlichen auf das DMP für Diabetes Typ 2 zu konzentrieren. Im Bereich Nordrhein laufen natürlich auch die anderen fünf Disease-Management-Programme, wie Diabetes Typ 1, Brustkrebs, koronare Herzkrankung, Asthma und chronisch obstruktive Lungenerkrankung. Wir betreuen alle diese Programme. Aus Zeitgründen werde ich nur über das Programm für Diabetes Typ 2 sprechen. Dieses Programm ist das größte unter den DMP. Wir schätzen, dass wir mit den 311.000 eingeschriebenen Patienten etwa 70 Prozent der Diabetiker vom Typ 2 im Bereich Nordrhein erfasst haben.

Das Zentralinstitut betreibt das Qualitätsmanagement, und zwar unter ganz verschiedenen Aspekten. Es gibt einen riesigen Input im Bereich Datenprüfung und -verarbeitung. Die Version A der Fragebögen wird uns über die Datenannahmestellen zur Verfügung gestellt. Wir übernehmen die Teilnahmeverwaltung und die Protokollierung für die Auftraggeber. Wir übernehmen die Organisation und Auswertung der gesamten medizinischen, aber pseudonymisierten Daten. Wir unterbreiten Schulungsan-

gebote für Praxen. Ganz wichtig ist, dass wir ein Auskunftssystem eingerichtet haben, mit dessen Hilfe es möglich ist, bei Anruf eines Arztes in allen DMP-Protokollen nachzuschauen, um sofort am Telefon eine sachgerechte Auskunft zu allen DMP-relevanten Fragen zu geben. Das Qualitätsmanagement beschränkt sich nicht nur auf den Ausdruck von Feedback-Berichten und Remindern für Arztpraxen. Das Zentralinstitut produziert auch die jährlichen Qualitätsberichte für die Auftraggeber und erstellt Übersichten für die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen. Uns obliegt ebenso die Übermittlung der pseudonymisierten Datensätze an externe Evaluatoren. Wir nehmen ferner Auswertungen für Qualitätszirkel vor. Das heißt, unsere Mitarbeiter gehen in Qualitätszirkel von Ärzten und diskutieren mit diesen die Ergebnisse aus den Feedback-Berichten mit der Zielsetzung, Verbesserungen zu erreichen. Es ist schließlich die Zielsetzung der DMPs, dass die Ergebnisse nicht nur in zwei Buchdeckeln gebunden werden, sondern auch umgesetzt werden.

**Differenziertes Feedback motiviert die Ärzte.** Wir erstellen, nachdem sich auch die Gemeinsame Einrichtung in Westfalen-Lippe angeschlossen hat, die jährlichen Qualitätssicherungsberichte für zwei Regionen. Die Feedback-Berichte werden halbjährlich produziert. Jeder Arzt, der an den Programmen beteiligt ist, bekommt einen solchen Feedback-Bericht sowohl für Diabetes als auch für die anderen Indikationen der Programme. Inzwischen sind für alle sechs Disease-Management-Programme für den Zeitraum 2003 bis 2006 circa 50.000 Feedback-Berichte erstellt worden. Dazu kommen rund 80.000 Reminders. Reminders sind Erinnerungen für Ärzte. Ärzte bekommen von uns in jedem Quartal Rückmeldungen, welche Patienten zum nächsten Untersuchungstermin einzubestellen sind.

Zielsetzung der Feedback-Berichte ist es natürlich, Transparenz für den Arzt herzustellen und die Motivation des Arztes permanent zu erhalten. Wenn der Arzt die Ergebnisse seiner Patienten mit den Ergebnissen der Gesamtheit aller Patienten, die an einem DMP beteiligt sind, vergleicht, kann er

für sich eine Einordnung vornehmen und daraus Schlussfolgerungen in Bezug auf die Optimierung seiner Behandlung ziehen. Er kann sehen, ob er mit seinen Ergebnissen besser oder schlechter dasteht. Er kann die Feedback-Berichte auch als Material nehmen, um in Qualitätszirkeln auf einer einheitlichen methodischen Grundlage mit anderen beteiligten Ärzten zu diskutieren. Die Berichte sind natürlich leitlinienorientiert. Sie sollen der Qualitätsanpassung dienen. Wir produzieren diese Feedback-Berichte auf der Basis einer Datenbank. Es wird in jedem Halbjahr für jeden Arzt automatisiert ein individualisierter Bericht erstellt. In jedem Bericht findet jeder Arzt die Daten seiner Patienten im Vergleich zu der Gesamtheit aller an dem entsprechenden Programm beteiligten Ärzte.

**In jedem Bericht findet jeder Arzt die Daten seiner Patienten im Vergleich zu der Gesamtheit aller an dem entsprechenden Programm beteiligten Ärzte.**

Die Feedback-Berichte werden durch Zusatzberichte ergänzt, in denen wir thematische Schwerpunkte aufgreifen, wie zum Beispiel: Lipidsituation, diabetischer Fuß, Retinopathie, Nephropathie, Neuropathie, Diabetes im Alter und orale Antidiabetika. Auf diese Weise wird jeweils ein ganz bestimmter Schwerpunktbereich zusätzlich zu den Routinedarstellungen diskutiert. Zu den DMP-Indikationen haben wir verschiedene Expertenzirkel eingerichtet, in denen über die fachlich-inhaltlichen Fragen beraten wird. Wir ergänzen die Berichte auch permanent mit Akzeptanzanalysen durch Interviews und Fragebogen, um auf diese Weise eine permanente Rückmeldung zu erreichen. Wichtig ist auch, dass es uns gelungen ist, diese Zusatzberichte als CME-Maßnahme (continuous medical education) durch die Nordrheinische Akademie anerkannt zu bekommen, sodass die Ärzte für das Studium Fortbildungspunkte bekommen.

Ich möchte meinen Vortrag auf die Erreichung von Qualitätszielen konzentrieren. Was ergibt sich aus all den Analysen unter Berücksichtigung der Indikatoren, die die Erfinder der DMPs festgelegt haben? Wir alle

wissen, in Anlage 9 zu den Chronikerverträgen sind eine Reihe von Qualitätszielen definiert und Indikatoren normativ und quantifizierbar festgelegt. Diese Ziele sind im Mittel nach etwa drei Jahren der DMP-Teilnahme zu erreichen.

Es sind 4.100 Ärzte am DMP Diabetes beteiligt. Sie kommen aus etwa 3.500 Praxen mit etwa 311.000 Patienten. Im Mittel sind die Patienten 19 + 7 Monate eingeschrieben. Über die Ziele, die man sich bei den Programmen gesetzt hat, kann man streiten. Damit könnte man

**Am DMP Diabetes  
Nordrhein beteiligen  
sich etwa 4.100 Ärzte  
aus rund 3.500  
Praxen mit etwa  
311.000 Patienten.**

sich in einer gesonderten Diskussion befassen. Es wird unter anderem gesagt, einen HbA1c-Zielwert von mehr als 8,5 Prozent, also eine schlechte Einstellung, sollten weniger als 10 Prozent der Patienten haben. Dieses Ziel ist inzwischen punktgenau erreicht worden. Das nächste Ziel ist, dass mindestens 55 Prozent aller Patienten einen vereinbarten HbA1c-Wert erreichen sollen. Es ist dabei kein

bestimmter Zielwert vorgeschrieben. Das ist auch richtig, denn die Leitlinien gehen von unterschiedlichen Zielwerten aus. Zwischen Arzt und Patient wird ein Zielwert vereinbart, der im Lauf der Behandlung erreicht werden soll. 53,6 Prozent der Patienten erreichen den im Dialog mit den Ärzten vereinbarten Zielwert. Berücksichtigen Sie bitte immer, dass wir den Beobachtungszeitraum von drei Jahren noch nicht bei allen Patienten erreicht haben.

Das nächste Ziel ist, dass zwei oder mehr Hypoglykämien bei weniger als einem Prozent der Patienten eintreten sollen. Der Ist-Wert liegt bei 0,5 Prozent. Auch dieses Ziel haben wir im Bereich Nordrhein erreicht. Weiter sollen wegen Hypoglykämien weniger als 0,5 Prozent der Patienten mehr als zweimal stationär behandelt werden. Auch dieses Ziel ist erreicht. Es wird ausgewiesen, dass in dem Kollektiv 0 Prozent der Patienten mehr als zweimal stationär behandelt worden sind. Es geht bei dem DMP Diabetes im Prinzip ja darum, Extremereignisse zu vermeiden.

Einen normotonen Blutdruck sollen mehr als 40 Prozent der Patienten haben. Damit ist als Zielwert ein Blutdruck kleiner als 140/90 mmHg gemeint. 52 Prozent der Patienten erreichen diesen normotonen Blutdruck. 48 Prozent erreichen ihn allerdings nicht. Man muss folglich auch darüber diskutieren, ob das Niveau dieses Ziels im Prinzip richtig ist. Gemessen an der Zielsetzung ist das Ziel aber jedenfalls erreicht worden.

**Gesteckte Ziele wurden weitgehend erreicht.** Eine empfohlene Medikation mit Monotherapie sollen mehr als 50 Prozent der Patienten erhalten. Über 80 Prozent der Patienten erhalten diese Monotherapie. Damit ist das Ziel im Sinne der Auftraggeber ebenfalls erreicht. Mit Metformin sollen mehr als 50 Prozent aller übergewichtigen Patienten behandelt werden. Damit ist das Kollektiv der Übergewichtigen angesprochen. Auf das Stichwort Body Mass Index wurde zuvor schon eingegangen. Der Sollwert von 50 Prozent wurde bei dem Kollektiv mit einem Ist-Wert von 65,3 Prozent deutlich überschritten.

Eine Überweisung zum Augenarzt soll bei mindestens 80 Prozent der Patienten erfolgen. Dieses Ziel ist noch nicht ganz erreicht worden, obwohl man mit 73 Prozent relativ nahe an der Erreichung des Zieles ist. Man muss fragen, warum das Ziel noch nicht erreicht wurde, denn eine Überweisung zum Augenarzt scheint mir nicht allzu schwierig zu sein.

**Gezielte Nachfragen zu problematischen Themen.** Eine Überweisung zur Fußambulanz soll bei mindestens 65 Prozent der Patienten erfolgen. In diesem Falle haben wir ein Problem, denn der Ist-Wert beträgt nur 17,3 Prozent. Es ist anzumerken, dass dieser Ist-Wert auf der Basis der Auswertung der Dokumentationsblätter ermittelt wurde. Man muss sicherlich auch die Validität der Dokumentation hinterfragen. Die Validität prüft die Datenannahmestelle. Anfänglich war es so, dass das Zentralinstitut eine zweite Prüfung der Daten durchgeführt hat, die uns von T-Systems übermittelt worden sind. Einrichtungen wie die letztgenannte sind inhaltlich

eigentlich wenig mit dieser Materie vertraut. Mittlerweile ist manches besser geworden, aber sicherlich ist noch nicht alles optimal. Es stellt sich natürlich die Frage, warum relativ wenige Überweisungen zur Fußambulanz erfolgen. Sehen wir uns einmal die Dokumentation „Fußbefund auffällig, Patient wurde überwiesen“ an. Was heißt „auffällig“? Ist die Dokumentationsvorgabe spezifisch genug? Ferner stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage der Erreichbarkeit von Podologen im Umfeld der Patienten. Wir haben uns zum Ziel gesetzt, im Rahmen der Reminder-Aktion demnächst die Ärzte gezielt anzuschreiben, die den Vermerk „Fußbefund auffällig“ gemacht haben, in der Rubrik „Patient wurde überwiesen“ aber kein Kreuz gemacht haben. Wir werden also gezielt rückfragen, warum in solchen

Fällen keine Überweisung stattgefunden hat. Weiterhin wollen wir das Thema der Überweisung zur Fußambulanz zu einem Schwerpunktthema in einem der nächsten Feedback-Berichte machen.

**Diabetes ist keine Krankheit, die man heilen beziehungsweise beseitigen kann. Im Grunde kann man den Eintritt schwerwiegender Ereignisse nur verzögern.**

Ich komme nun auf die Verlaufsbeobachtung 2003 bis 2006 von verschiedenen Risikogruppen bei HbA1c und Blutdruck zu sprechen. Bei der Gruppe mit hohem Risiko, in der der HbA1c-Wert bei der Einschreibung in das Programm im Jahre 2003 durchschnittlich bei 11,1 Prozent lag, ist der

Wert im Zeitablauf relativ schnell gesunken und hat sich auf dem Level von etwa 8,5 Prozent stabilisiert. Man muss hierzu anmerken, dass die Gruppe mit hohem Risiko eine sehr kleine Gruppe ist. Das andere Extrembeispiel zeigt, dass bei Patienten, die mit einem guten HbA1c-Wert von durchschnittlich 5,9 Prozent in das Programm eingestiegen sind, jetzt Werte um 6,5 Prozent zu verzeichnen sind. Man muss angesichts dessen natürlich fragen, warum der Wert angestiegen ist. Wenn daraufhin gesagt würde, das DMP funktioniere nicht, so wäre das falsch. Man muss klar sehen, dass hier der Alterseffekt durchschlägt. Ich beziehe mich auf die viel zitierte UKPDS-Studie aus England, in deren Rahmen der HbA1c-Wert über 15 Jahre beobachtet wurde. Es zeigt sich, dass der

Wert, egal wie therapiert wird – ob mit Insulin oder mit oralen Antidiabetika – tendenziell immer ansteigt. Das ist der Alterseffekt, der dabei zum Tragen kommt. Man muss sich dies immer vergegenwärtigen. Diabetes ist keine Krankheit, die man heilen beziehungsweise beseitigen kann. Im Grunde kann man den Eintritt schwerwiegender Ereignisse nur verzögern. Dies als Hintergrundinformation dazu, dass die Werte von gut eingestellten Patienten schlechter werden. Ein HbA1c-Wert von 6,5 Prozent ist allerdings immer noch ein Traumwert.

**Bessere Werte dank regelmäßiger Kontrollen.** Bei dem Vergleich der HbA1c-Werte von Patienten vor und nach Betreuung in diabetologischen Schwerpunktpraxen zeigt sich, dass vor der Überweisung in die Schwerpunktpraxen relativ hohe Werte ausgewiesen waren. Durch die Intervention in der Schwerpunktpraxis konnten die relativ hohen Werte erkennbar gesenkt werden. Die Auswertung bezieht sich nicht auf das gesamte Patientenkollektiv, sondern nur auf eine Selektion von etwa 1.000 Patienten.

Ein weiterer wichtiger Indikator ist der Blutdruck. Hier ergibt sich das gleiche Bild wie beim HbA1c-Wert. Es wurden Risikogruppen über einen Zeitablauf von drei Jahren beobachtet. Es handelt sich dabei jeweils um identische Kohorten. In der Gruppe der Patienten mit hohem Risiko, bei denen der systolische Blutdruck beim Einstieg in das Programm im Durchschnitt bei 188 mm/Hg lag, konnte der Wert im Durchschnitt auf 146 mm/Hg gesenkt werden. Bei gut eingestellten Patienten mit einem Einstiegswert von durchschnittlich 126 mm/Hg ergab sich eine Stabilisierung auf dem Level von durchschnittlich 131 mm/Hg. Es lässt sich somit deutlich nachweisen, dass ein permanentes Monitoring zu einer Stabilisierung der Werte auf einem angemessenen Niveau führt.

**Vorher-Nachher-Vergleich statt Studie.** Ich komme nun auf den Vergleich von Ergebnissen der DMPs im Bereich Nordrhein mit anderen Studienergebnissen zu sprechen. Wenn ich Vorträge – auch im internationalen Bereich –

halte, wird mir immer wieder vorgehalten: Was ihr macht, ist zwar sehr schön, es ist Verlaufsbeobachtung; wo ist aber eigentlich die Kontrollgruppe? Ich antworte darauf jeweils: Wir führen im Grunde keine Studie durch. Wir betreiben die wissenschaftliche Begleitung einer eingeführten Regelversorgung im Sinne eines Vorher-Nachher-Vergleichs. Dabei haben wir es mit dem Nachteil zu tun, dass keine Studienergebnisse aus Kontrollgruppen vorgelegt werden können.

**Positive Bilanz für das DMP Diabetes.** Das so genannte DUTY-Register geht auf eine Studie zurück, die von der Firma MSD Sharp & Dohme durchgeführt worden ist. Im Rahmen dieser Studie sind circa 50.000 Patienten aus etwa 3.000 Arztpraxen zum metabolischen Syndrom, also zu Diabetes und Bluthochdruck befragt worden. Es ist zu vermuten, dass ein großer Teil dieser Patienten auch in Disease-Management-Programme eingeschrieben ist; andere hingegen nicht. Insofern sollten die Ergebnisse des DUTY-Registers noch nach diesen beiden Gruppen getrennt werden. Die strukturierte Behandlung und das Monitoring im DMP Nordrhein führen zu besseren Ergebnissen. Im DUTY-Register wird beispielsweise ausgewiesen, dass 45,9 Prozent der Patienten einen guten HbA1c-Wert von unter 7 Prozent aufweisen. Im DMP Nordrhein sind es 56 Prozent. Das ist eine deutlich höhere Quote von gut eingestellten Diabetikern. Im gesamten Kollektiv im Bereich Nordrhein sind fast 70 Prozent der Patienten normgerecht oder normnah eingestellte Diabetiker. Das ist eine positive Botschaft.

**Strukturierte Behandlung führt zu guten Ergebnissen.** Ein vergleichbares Bild ergibt sich auch beim Blutdruck. Einen Blutdruckwert größer als 140 mm/Hg, also Bluthochdruck, weisen beim DMP Nordrhein 48 Prozent der Patienten auf, im DUTY-Register hingegen 65,3 Prozent. Auch im Bereich der Blutdruckwerte unterhalb von 130/80 mmHg ist für das DMP Nordrhein ein besserer Wert ausgewiesen. Auch hier kommen wir zu dem Ergebnis, dass strukturierte Beobachtung und Intervention tendenziell zu mehr normgerecht eingestellten Patienten führen.

Ich hatte eigentlich vor, auch die Zielwerte und die Ist-Werte beim KHK-Programm zu vergleichen. Es lässt sich zeigen, dass auch dort die meisten Zielwerte erreicht beziehungsweise übertroffen worden sind. Aus Zeitgründen will ich darauf hier nicht näher eingehen. Ebenfalls aus Zeitgründen will ich darauf verzichten, einen Vergleich der Werte der Studie Euro-ASPIRE mit den Werten des KHK-Programms vorzunehmen. Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die Werte bei fast allen Indikatoren im Bereich Nordrhein deutlich besser sind.

**Die Werte bei fast allen Indikatoren sind in Nordrhein deutlich besser als in vergleichbaren Studien.**

Die strukturierte Beobachtung von Patienten und die Intervention bei diesen Patienten in Disease-Management-Programmen zeigen durchaus positive Ergebnisse. Die Programme werden nach meinem Dafürhalten aber nur dann gut funktionieren, wenn es eine Organisation gibt, die nicht nur im Sinne einer Pflichtübung Berichte verfasst und Reminder versendet, sondern in einem interaktiven System von Information und Kommunikation auch die Ärzte, die an den Programmen beteiligt sind, einbezieht. Es ist deshalb wichtig, dass man Instrumente entwickelt, die eine direkte Rückkoppelung mit den Arztpraxen ermöglichen.



#### **Der Autor**

**Dr. Gerhard Brenner**

*Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland*

# AOK



ie Gesundheit

IM



# Besser als die Regelversorgung?

## Die ELSID-Studie zum Vergleich von optimal umgesetzten DMP, Routine-DMP und Behandlung ohne DMP

Prof. Dr. Joachim Szecsenyi

Ich bin Leiter der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg und bin auch einer der Mitgründer von AQUA; das ist das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, das dieses Projekt und viele andere in der Versorgungsforschung im Bereich des Datenmanagements unterstützt.

Die Kernfrage wurde heute Morgen bereits andiskutiert. Sie lautet: Führt die Einführung von DMP als Breitenprogramm in der GKV zu Unterschieden gegenüber der bisherigen Regelversorgung? Die Wirksamkeit von DMPs ist weltweit eigentlich in vielen Studien belegt worden, aber es gibt viele Studien, in denen es ein externes Management gab, und nur wenige Beispiele, wo das wirklich im Großen eingeführt wurde. Wir haben in Deutschland vor vier Jahren einen Großversuch gestartet, und die Frage ist: Lassen sich Unterschiede gegenüber der Regelversorgung bei Patienten und Leistungserbringern nachweisen, in Strukturen, Verhalten, medizinischen Abläufen und Ergebnissen sowie schließlich bei den Kosten? Und wenn es diese Unterschiede gibt, sind sie eher zufällig, oder sind sie systematisch? Kann man also irgendwie ein kausales Erklärungsmodell anwenden?

**Wir vergleichen die Routine-Umsetzung von DMPs mit einer Optimalgruppe und mit Versicherten aus Praxen, die nicht am DMP teilnehmen.**

Um diese Frage zu beantworten, haben wir dieses Projekt initiiert. ELSID steht für: Evaluation of a Large Scale Implementation of Disease Management Programmes – Diabetes mellitus. Dies ist ein englisches Akronym, weil man im Ausland sehr wohl auf das schaut, was wir hier in Deutschland mit den DMPs machen. Man stellt sich die Frage nach dem Nachweis, ob es denn richtig implementiert worden ist. Denn die möglichen Probleme beim DMP liegen vielleicht nicht an der strukturierten Behandlungsform an sich, sondern bei möglichen Implementierungsfehlern. Herr Brenner hat ja schon einen Versuch dargestellt, über die Feedback-Berichte die Implementierung zu fördern, also die gute Umsetzung in den Praxen.

Unsere Studie hat ein kontrolliertes Design. Wir vergleichen die Routine-Umsetzung von DMPs, wie sie eben so gemacht wird, mit einer Optimalgruppe, wo wir Praxen dabei unterstützen, das DMP gut umzusetzen, und dies wiederum vergleichen wir mit Versicherten, die in Praxen versorgt werden, die nicht am DMP teilnehmen – und der entsprechende Versicherte deswegen eben auch nicht. Wir haben insgesamt etwas mehr als 500 Praxen und 20.000 Versicherte, und wir haben Praxen rekrutiert, haben sie eingeladen und haben sie gefragt: Habt ihr Interesse, an einem solchen Projekt teilzunehmen? Dann haben wir diese Praxen randomisiert, denn wir wollten nicht nur die „Kirchgänger“ in dem Projekt haben, sondern wollten sehr wohl unterscheiden und den Praxen sozusagen per Würfel zuweisen, ob sie in dieser Optimalgruppe teilnehmen oder nicht. Das Ganze wird mit Praxen und Versicherten verglichen, die nicht ins DMP eingeschrieben sind.

Die Teilnehmer sind Versicherte einer Krankenkasse, und zwar der AOK. Es geht um zwei Bundesländer: Sachsen-Anhalt – dort ist auch noch die KV Sachsen-Anhalt beteiligt – und Rheinland-Pfalz. Es sind insgesamt 519 Praxen und über 20.000 Patienten. Es stehen Routinedaten aus der DMP-Dokumentation, wie sie heute Morgen vorgestellt wurde, sowie

zusätzlich über Verordnungen, Hospitalisierungen, Kosten, Inanspruchnahme und so weiter zur Verfügung. Ein großer Vorteil ist: Wir haben hier wirklich Versicherte, die mit einem Pseudonym versehen sind und in dieser Studie erhalten bleiben. Das heißt: Die Frage, ob sie sich zwischenzeitlich aus dem DMP ausschreiben oder nicht, spielt hier keine Rolle. Zusätzlich machen wir in einer Zufallsstichprobe Patientenbefragungen.

**Die AOK kann die Ergebnisse nicht beeinflussen.** Eine Besonderheit dieser Studie ist, dass sie aus der Wissenschaft initiiert wurde und von der Wissenschaft nach internationalen Standards umgesetzt wird. Es ist ein sogenannter Investigator Initiated Trial. Die Rolle des Sponsors, in diesem Falle der AOK, ist in einem Vertrag klar geregelt: Die AOK hat keinen Einfluss auf Ergebnisse und Publikationen. Das heißt auch, dass sie sich einer gewissen Gefahr aussetzt. Es ist, wenn man so will, ein mutiges Unterfangen. Planung, Datenmanagement, Durchführung und Auswertung erfolgen ausschließlich durch die beteiligten Wissenschaftler. Wir haben die Studie vorab in einem internationalen Studienregister registriert und haben uns auch darauf festgelegt, wie wir vorgehen wollen. Das heißt, wir haben jetzt keine Möglichkeit mehr, irgendwie zu mogeln oder das ein bisschen anders zu drehen oder noch einmal hier oder da ein bisschen zu gucken. Wir haben auch das Studienprotokoll veröffentlicht, und zwar schon vor etwas mehr als zwei Jahren. Auch haben wir eine Publikationspflicht vereinbart, auch und vor allem bei negativem Ergebnis. Das ist der höchste Standard, den man bei dieser Art von Studien durchsetzen kann.

Im zeitlichen Verlauf sieht es so aus, dass wir im Jahre 2005 dieses Projekt vereinbart haben und auch das Studienprotokoll veröffentlicht haben; es ist im „BMC Public Health“ öffentlich zugänglich. Zu diesem Zeitpunkt waren die Patienten im Schnitt schon ungefähr zwei Jahre in die DMPs eingeschrieben. Dann haben wir Praxen rekrutiert. Wir haben unsere Interventionen geplant, die im Sommer letzten Jahres angefangen haben. Das betrifft die DMP-Optimalgruppe, auf die ich gleich zu sprechen

komme. Wir haben eine Patientenbefragung durchgeführt, und hierzu werde ich erste Ergebnisse vorstellen. Dabei geht es um den Vergleich zwischen Patienten, die in das DMP eingeschrieben sind, mit Versicherten, die nicht eingeschrieben sind, die aber auch einen Diabetes mellitus haben. Die Identifizierung erfolgte über eine so genannte Tracer-Medikation.

Später werden wir noch die Routinedaten und die DMP-Dokumentationen vergleichen, zum einen fortlaufend, zum anderen mit Vergleichen zwischen den verschiedenen Zeiträumen. Was machen wir in dieser DMP-Optimalgruppe? Es geht uns darum, zu erfahren, ob eine optimale Umsetzung, eine optimale Implementierung von DMPs in Hausarztpraxen zu einem Vorteil gegenüber dem führt, was halt jeder so macht. Es ist in der Tat leider so, dass nicht alle die Feedback-Berichte lesen. Manche wundern sich: Habe ich so etwas schon jemals gekriegt? Diese Frage wird gestellt, auch wenn es schöne Berichte gibt, und wir versuchen, das wirklich gut umzusetzen.

**Praxisindividuelle Organisation ist notwendig.** Es gab Ärzte-Qualitätszirkel, auch mit Diskussion der DMP-Daten, aber auch noch einen zusätzlichen Feedback-Bericht über Arzneimittelverordnungen einschließlich Patientensicherheit. Es gab auch Qualitätszirkel für Arzthelferinnen, bei denen es auch darum ging, überhaupt einmal einen Austausch zwischen Arzthelferinnen aus verschiedenen Praxen darüber herzustellen, wie sie das in ihrer Praxis organisieren. In den Praxen gab es eine strukturierte Erhebung der Praxisabläufe einschließlich einer Teambesprechung und einer Ist-Analyse, und es gab die Visite durch einen externen Visitor oder eine Visitorin, die eine Begehung der Praxis mit einer anschließenden moderierten Teambesprechung und der Erarbeitung eines praxisindividuellen Ablaufplanes gemacht hat. Es ist sehr wichtig, die Organisation auch praxisindividuell zu regeln und die Verantwortlichkeiten festzulegen. Es gibt verschiedene Interventionen. Da gibt es einen Qualitätszirkel der Arzthelferinnen, dann Ärzte und Arzthelferinnen in einem weiteren Qualitätszirkel, die

Erarbeitung von Praxisabläufen bis dahin, dass ein Flow Chart in der Praxis erarbeitet wird.

Nun möchte ich einen kleinen Zeitsprung machen und Ihnen Ergebnisse der Patientenbefragung vorstellen. Wir setzen auch den SF36, der schon erwähnt wurde, und auch andere Instrumente ein, aber ich will hier einen Ausschnitt vorstellen und mich besonders darauf konzentrieren, inwieweit denn in den Praxen, bei der Beratung von Patienten, in der Strukturierung der Versorgung evidenzbasierte Arbeitsansätze verfolgt werden. Das Instrument dafür ist das so genannte Patient Assessment of Chronic Illness Care oder PACIC-5A. Es ist von einer Arbeitsgruppe in den USA entwickelt worden. Beteiligt war E. Wagner, ein Promotor des Chronic-Care-Gedankens. Das Chronic-Care-Modell ist im Prinzip eine Zusammenfassung evidenzbasierter Ansätze; man kann sagen, wenn man das macht, tut man Gutes für chronisch Kranke. Es gibt zu diesem Thema einen schönen Band der Bertelsmann-Stiftung, und auch die Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung hatte im letzten Jahr ein Sonderheft zu diesem Thema.

Es handelt sich hierbei nicht um eine allgemeine Zufriedenheitsbefragung, sondern es gibt Fragen danach, ob etwas Bestimmtes durchgeführt, vereinbart oder angeboten

wurde. Das Instrument hat insgesamt 26 Fragen, die zu Summenskalen zusammengefasst werden. Es geht dabei um die Aktivierung und den Einbezug des Patienten, um die Erreichbarkeit, Organisation und Verstehbarkeit der Versorgung, um die Formulierung von Zielen, wie sie vom Patienten verstanden werden, um Problemlösungsangebote und um die Koordination der Weiterbehandlung. Ferner gibt es einen Ansatz, der abbildet, inwieweit die Praxis das Selbstmanagement und nachhaltige Verhaltensänderungen in ihrem Beratungskonzept fördert. Das nennt man den 5A-Ansatz: erst einmal erfassen, also nachschauen, ob der Patient

**Es gab Ärzte-  
Qualitätszirkel,  
Qualitätszirkel für  
Arzthelferinnen und  
Qualitätszirkel für  
Ärzte und Arzthelferinnen  
gemeinsam.**

überhaupt veränderungsbereit ist, dann beraten, sich auf etwas einigen, ihn weiter unterstützen und weitere Ziele vereinbaren.

**Zufriedenheitsbefragung unter DMP-Patienten.** Wir haben die Befragung anhand dieser Zufallsstichprobe im November 2006 durchgeführt. In der Befragung haben wir keinen besonderen Verweis auf DMP gegeben, um „erwünschte Antworten“ zu vermeiden. Wir hatten einen Rücklauf von knapp 1.400 Fragebögen. Das sind 43 Prozent, und das ist für eine Versichertenbefragung ganz respektabel, insbesondere, wenn man berücksichtigt, dass wir auch über die Non-Responder etwas wissen und deswegen auch sagen können, ob wir darin eine Verzerrung haben.

Nun möchte ich Ihnen einen Eindruck davon geben, was beim Vergleich von DMP-Patienten mit Nicht-DMP-Patienten herausgekommen ist. Fragen zur Aktivierung und zum Einbezug des Patienten sind beispielsweise: eigene Vorstellungen zum Behandlungsplan, alternative Behandlungsmöglichkeiten sowie Probleme mit Medikamenten und Nebenwirkungen. Der Score auf einer 6-Punkte-Skala ist bei den DMP-Patienten deutlich höher; das ist schon signifikant.

**Die eigene Behandlung aktiv mitgestalten.** Die Formulierung lautet: In den letzten sechs Monaten wurde ich bei der Gestaltung des Behandlungsplans nach meinen Vorstellungen gefragt. Die Gruppe derjenigen, die sagen: „meistens oder fast immer“, erreichen die Werte 56 Prozent und 49 Prozent; Unterschied also 7 Prozent. Der höhere Wert bezieht sich auf Praxen, die DMP machen, und auf Versicherte, die zu diesem Zeitpunkt im Schnitt zirka 30 Monate ins DMP eingeschrieben waren.

**Gute Noten für DMP.** Andere Aspekte sind die Erreichbarkeit, die Organisation und die Verstehbarkeit der Versorgung. Da geht es um den Erhalt schriftlicher Anweisungen, um die Zufriedenheit mit der Organisation der Behandlung und um die Beeinflussung des Gesundheitszustandes durch Aktivitäten

des Patienten. Auch hier gibt es einen Unterschied zugunsten der Patienten, die ins DMP eingeschrieben sind. Er ist wiederum statistisch signifikant.

Ich erläutere Ihnen das erneut anhand einer Frage. Es ist die einzige Zufriedenheitsfrage: In den letzten 6 Monaten war ich zufrieden mit der Organisation meiner Behandlung. Die Werte sind etwa 86 Prozent und 79 Prozent, also wiederum 7 Prozent Unterschied.

**Konkrete Ziele und maßgeschneiderte Lösungen.** Bei der Formulierung von Zielen wird es dann schon konkreter. Es geht um eigene Ziele zur Verbesserung der Gesundheit, um Hilfestellung für konkrete Ziele, darum, eine Kopie des Behandlungsplans zu erhalten, um die Ermutigung, an einer Patientengruppe teilzunehmen, und um die Berücksichtigung von Gewohnheiten, die für die Erkrankung wichtig sind. Hier gibt es einen deutlicheren Unterschied als zuvor. Die Differenz zwischen beiden Gruppen fällt wieder zugunsten der DMP-Patienten aus.

Das macht sich dann bei den Antworten auf die nächste Frage bemerkbar. Wir haben formuliert: In den letzten sechs Monaten wurde mir geholfen, dass ich mir konkrete Ziele in Bezug auf mein Essverhalten oder meine sportlichen Aktivitäten setzen konnte. Der Unterschied zwischen 53 Prozent und 41 Prozent ist ein relevanter Unterschied. Das heißt, in den Praxen wird offensichtlich etwas gemacht, was für die gute Versorgung der chronisch Kranken – die bildet ja dieses Instrument ab – spricht.

Bei der Problemlösung geht es um die Fragen, ob der Patient sicher ist, dass der Arzt Gewohnheiten und Lebensweise berücksichtigt, ob ein im Alltag umsetzbarer Behandlungsplan existiert, wie der Umgang mit der Erkrankung in schwierigen Phasen aussieht und ob das Leben durch die Erkrankung beeinflusst wird. Geprüft wurde, ob es darüber Beratungen gegeben hat, und auch hier besteht ein relevanter Unterschied zugunsten des DMP.

Das erkennt man auch wieder am Beispiel der nächsten Frage. Ich könnte Ihnen dazu jede einzelne Frage zeigen; die Unterschiede sind immer da. Es wurde formuliert: In den letzten 6 Monaten wurde mir im Voraus erklärt, wie ich mit meiner Erkrankung auch in schwierigen Phasen umgehen kann. Die Werte dazu: 55 Prozent und 45 Prozent. Wie gesagt, das alles war zu Beginn unserer Intervention DMP-optimal und betrifft den Vergleich aller DMP-Patienten mit den Nicht-DMP-Patienten.

**DMP-Patienten  
loben Unterstützung  
bei Selbstmanage-  
ment und Verhaltens-  
änderungen.**

Fünf Fragen in Stichworten: Kontaktierung nach Arztbesuch, Ermunterung, an Programmen teilzunehmen, Gesundheits- oder Ernährungsberatung, Erklärung zu Besuchen bei anderen Ärzten sowie Fragen nach deren Verlauf. Die vollständige Formulierung: In den letzten 6 Monaten wurde mir erklärt, wie meine Arztbesuche bei anderen Ärzten, wie z. B. einem Augenarzt oder einem Chirurgen, meiner Behandlung helfen. Der deutliche Unterschied hier: 16 Prozent zugunsten der Versicherten, die ins DMP eingeschrieben sind.

Abschließen kann ich das Ganze mit den Ergebnissen zu diesem 5A-Konzept. Da geht es um die motivierende Beratung in Richtung Selbstmanagement. Auch hier gibt es bei jeder Frage einen deutlichen Unterschied zugunsten des DMP. Unsere Schlussfolgerungen lauten daher, dass wir relevante und signifikante Unterschiede sehen. Evidenzbasierte, am Nutzen für den Patienten ausgerichtete Versorgungselemente im Sinne des Chronic-Care-Modells werden von Hausarztpraxen im DMP stärker umgesetzt, und das ist seitens der Patienten wahrnehmbar. Darüber wird mit diesem Instrument berichtet. Auch sehen die Patienten eine bessere Unterstützung von Selbstmanagement und Verhaltensänderungen. Ob DMP-optimal diese Unterschiede noch weiter verstärkt, werden wir erst im nächsten Jahr wissen.

**Fortbildungsschwerpunkt Patientenberatung.** Eine Schlussfolgerung ist für mich, dass DMP-Fortbildungen stärker an der Unterstützung von Selbstmanage-

ment und Beratung der Patienten ausgerichtet werden sollten, nicht nur an klinisch-medizinischen Inhalten. Die Kompetenzen der Arzthelferinnen in Praxisteams sollten gestärkt werden. Diese Kompetenzentwicklung braucht Zeit; es ist auch eine Investition für die Praxen. Eine Diskussion darüber, ob DMP jetzt abgeschafft wird, ist da eher schädlich, denn die Praxen brauchen eine gewisse Verlässlichkeit, um investieren zu können.

Ich denke, in Zukunft werden wir auch eine Ergänzung von DMP um Case-Management-Elemente – betreffend schwierige Einzelfälle – auf Praxisebene erreichen müssen. Das müssen wir auf Praxisebene möglichst integrieren, um einer weiteren Fragmentierung der Versorgung vorzubeugen.

Bedanken möchte ich mich bei all denen, die bei dem Projekt mitmachen, und beim AOK-Bundesverband dafür, dass er den Mut hat, so ein anspruchsvolles Projekt zur wissenschaftlichen Evaluation nach hohen internationalen Standards mit einem kontrollierten Ansatz zu unterstützen, denn das ist in Deutschland bisher leider noch zu selten.



#### **Der Autor**

**Prof. Dr. Joachim Szecsenyi**

*Ärztlicher Direktor Abteilung Allgemeinmedizin und  
Versorgungsforschung/Universitätsklinikum Heidelberg*

AOK

Die Gesundheits

IM



# Perspektiven von DMP

## Wie geht es weiter mit den strukturierten Behandlungsprogrammen?

Johann-Magnus v. Stackelberg

Wir haben heute Vormittag spannende Informationen zu den Auswirkungen der Disease-Management-Programme bekommen. Die Ergebnisse der Evaluation und der Begleitstudien zu DMP sind für uns sehr wichtig, denn wir haben viel Geld und Know-how in die strukturierten Behandlungsprogramme investiert. Nun geht es um die Frage, ob wir auf dem richtigen Weg sind und wie wir die DMP verbessern können – oder sogar verbessern müssen, damit sie auch unter den neuen Rahmenbedingungen nach der Gesundheitsreform Bestand haben können.

Im Mittelpunkt stand heute Vormittag der Bericht der Evaluationsinstitute infas, Prognos und WIAD, die unsere Programme ausgewertet haben. Sie haben gezeigt, dass Patienten, die kontinuierlich am DMP teilnehmen, von der strukturierten Behandlung profitieren. Unter anderem sind deutliche Verbesserungen bei der Einstellung erkennbar.

Das Beispiel der DMP-Qualitätssicherung für die nordrheinischen Programme hat unter anderem deutlich gemacht, wo es noch Defizite bei der Versorgung der chronisch Kranken gibt. Das betrifft unter anderem die Kooperation zwischen den Versorgungsebenen, zum Beispiel bei der Überweisung von Patienten mit einem diabetischen Fußsyndrom. Die Feedback-Berichte an die Ärzte, die das ZI für den Bereich der KV Nord-

rhein erstellt, gehören sicher zu den positiven Errungenschaften, die die strukturierten Behandlungsprogramme mit sich gebracht haben. Durch die DMP-Dokumentationen liegen erstmals flächendeckende Daten zur Versorgung der chronisch kranken Patienten vor. Diese Daten werden im Bereich Nordrhein in vorbildlicher Weise für eine Optimierung der Versorgung genutzt.

Darüber hinaus haben die Disease-Management-Programme zahlreiche weitere Verbesserungen gebracht: Seit der Einführung von DMP gibt es einen Behandlungsrahmen für die wichtigsten chronischen Erkrankungen, der vom Gemeinsamen Bundesausschuss unter Beteiligung von Experten der jeweiligen Fachbereiche verabschiedet worden ist. Die Programme bieten dem Arzt die Chance, die Behandlung seiner chronisch kranken Patienten besser zu strukturieren und sich an der besten verfügbaren Evidenz auszurichten. Die ersten Erkenntnisse aus der ELSID-Studie der Universität Heidelberg, die wir heute morgen gehört haben, zeigen, dass auch die Patienten diese Strukturierung der Behandlung als positiv wahrnehmen – ein wichtiger Erfolg!

**Aktive, eigenverantwortliche Patienten.** Eine zweite wichtige Neuerung ist, dass die Patienten eine viel wichtigere Rolle spielen als bisher: Die aktive Teilnahme des Patienten wird gefordert und auch gefördert – zum Beispiel durch die Vereinbarung von verbindlichen Therapiezielen zwischen Arzt und Patient. Der Anspruch auf Schulungen stärkt den Patienten in seiner Kompetenz, mit seiner Erkrankung eigenverantwortlich umzugehen. Das belegen auch mehrere Patientenbefragungen, die der AOK-Bundesverband durchgeführt hat.

Ein dritter wichtiger Punkt ist die aktivere Rolle der Krankenkassen im Versorgungsgeschehen. So hat die AOK umfangreiche Informationsmaterialien für die DMP-Teilnehmer entwickelt – von Patientenhandbüchern

über DVDs mit medizinischen Informationen bis hin zu speziellen Zeitschriften, die die Teilnehmer regelmäßig erhalten. Zu bestimmten Anlässen verschickt die AOK gezielt Informationen an die Versicherten. Darüber hinaus machen die AOKs zahlreiche Angebote zu den Themen Ernährung und Bewegung, die auf die Bedürfnisse der DMP-Teilnehmer zugeschnitten sind. Beim DMP Brustkrebs gehören auch psychosoziale Angebote für die betroffenen Frauen dazu – und Publikationen wie das Brustkrebs-Tagebuch „Eine Woche im August“, das wir im Anschluss an diese Veranstaltung vorstellen wollen.

Diese Errungenschaften werden mittlerweile fast für selbstverständlich gehalten, aber sie sind es wahrlich nicht. Das zeigt ein Blick in die europäischen Nachbarländer, wo das Interesse an den deutschen Disease-Management-Programmen sehr hoch ist.

Lassen Sie mich einen Ausblick auf die Zukunft der deutschen Disease-Management-Programme wagen: Die Rahmenbedingungen für die Programme werden sich ab 2009 grundlegend ändern. Im Moment erhalten die Krankenkassen noch einen erhöhten Ausgleichssatz aus dem Risikostrukturausgleich für jeden eingeschriebenen DMP-Teilnehmer. Den erhöhten Beitrag für die Programmteilnehmer verwenden die Kassen, um den höheren Finanzbedarf für die Versorgung der chronisch Kranken zu decken. Unter diesen Bedingungen verursacht die Behandlung der chronisch Erkrankten keine Verluste mehr. Dies hat dazu geführt, dass die Krankenkassen heute mehr Geld für die bessere Versorgung chronisch Kranker ausgeben. Wir haben ausgerechnet, dass die Ärzte im Durchschnitt etwa 75 Euro pro DMP-Teilnehmer und Jahr für die intensivere Betreuung und Dokumentation erhalten. Das ergibt bei rund 3,3 Millionen DMP-Teilnehmern in der GKV eine Summe von knapp 250 Millionen Euro pro Jahr, die extrabudgetär an die

**Die AOK hat umfangreiche Informationsmaterialien für die DMP-Teilnehmer entwickelt.**

DMP-Ärzte bezahlt werden. Dazu kommen noch Ausgaben für die Patientenschulungen.

Das Geld fließt dorthin, wo es für die Versorgung der Patienten benötigt wird. Dieses System funktioniert, doch wir haben es immer als eine Art „Anschubfinanzierung“ für die Disease-Management-Programme betrachtet. Und wir begrüßen es grundsätzlich, dass diese Anschubfinanzierung durch eine neue Regelung abgelöst werden soll. Das

**Die Ärzte erhalten etwa 75 Euro pro DMP-Teilnehmer und Jahr für die intensivere Betreuung. Bei rund 3,3 Millionen DMP-Teilnehmern in der GKV sind das jährlich knapp 250 Millionen Euro.**

GKV-WSG sieht vor, dass ab 1. Januar 2009 ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, kurz Morbi-RSA, eingeführt wird. Er soll dafür sorgen, dass der Ausgleich sich stärker am tatsächlichen Gesundheitszustand der Versicherten einer Kasse orientiert. Die Krankenkassen sollen für ihre Versicherten mit bestimmten schweren Erkrankungen höhere Pauschalen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, weil die Behandlung teurer und aufwendiger ist.

50 bis 80 Krankheiten sollen berücksichtigt werden, deren Ausgaben im Durchschnitt 50 Prozent über den Durchschnittsausgaben aller Versicherten liegen. Die AOK setzt sich dafür ein, dass alle häufigen schwerwiegenden und chronischen Krankheiten dazugehören. Das müssen aus unserer Sicht auch alle Erkrankungen sein, deren Kosten bisher indirekt durch die Anschubfinanzierung für die Disease-Management-Programme ausgeglichen wurden – also Diabetes mellitus, Koronare Herzkrankheit, Brustkrebs, Asthma bronchiale und chronische Bronchitis.

Auch unter den neuen Rahmenbedingungen wollen wir die Disease-Management-Programme fortführen. Allerdings wird es in Zukunft nur noch einen geringen finanziellen Ausgleich für die zusätzlichen Kosten der DMP geben. Dann müssen sich alle Beteiligten bemühen, die Kosten der

strukturierten Behandlungsprogramme auf ein akzeptables Maß zu reduzieren. Insbesondere die aufwendigen Prozesse beim Bundesversicherungsamt müssen auf den Prüfstand. Ansonsten würde der geringe Ausgleich für die DMP-Kosten schon durch den Verwaltungsaufwand für die Programme verschlungen. Es ist wichtig, dass Geld da ist für Qualitätssicherung, Evaluation und die intensivere Patientenbetreuung.

Das bedeutet auch, dass positive Ergebnisse ab 2009 noch mehr als heute über eine effektivere Versorgung „verdient“ werden müssen. Allerdings wird es auch weiterhin Indikationen geben, bei denen eine Unterversorgung abgebaut werden muss und somit mit zusätzlichen Kosten zu rechnen ist. Außerdem muss berücksichtigt werden, dass sich die Kosteneinsparungen durch die strukturierte Behandlung oft erst mittel- oder langfristig auswirken. Es ist deshalb von großer Bedeutung, dass diejenigen Kassen, die sich besonders um eine bessere Versorgung ihrer chronisch kranken Versicherten bemühen und DMP anbieten, einen Ausgleich für die entstehenden Mehrkosten erhalten. Sie müssen auch den Mehraufwand für Patientenbetreuung, Qualitätssicherung und Evaluation durch besondere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds refinanziert bekommen. So steht es im Gesetz zur Gesundheitsreform, und so sollte es ab 2009 auch umgesetzt werden. Es reicht nicht aus, wenn sich die Zuweisungen nur auf die Kosten für die ärztlichen Leistungen beziehen.

**Die Kassen, die sich besonders um eine bessere Versorgung ihrer chronisch kranken Versicherten bemühen und DMP anbieten, müssen einen Ausgleich für die entstehenden Mehrkosten erhalten.**

Ein Faktor, der für die Zukunft der Programme nicht unterschätzt werden darf, ist der weitere Abbau von Bürokratie. Hier haben wir – vor allem zur Vereinfachung der Abläufe in den Arztpraxen – schon viel erreicht. Dazu gehört zum Beispiel die flächendeckende Einführung der elektronischen Dokumentation ab April 2008. Aber es gibt auch noch viel zu tun. Die Abläufe beim Bundesversicherungsamt habe ich schon angesprochen.

Auch die Evaluation der Programme ist zurzeit noch sehr aufwendig und wenig effektiv. In diesem Bereich gibt es Verbesserungsmöglichkeiten, die relativ einfach umzusetzen sind.

Die ersten Ergebnisse der gesetzlichen Evaluation, die hier heute vorgestellt worden sind, belegen, dass sich die Versorgung der chronisch Kranken durch die Disease-Management-Programme tatsächlich verbessert. Die chronisch kranken Patienten profitieren von der strukturierten Behandlung. Es handelt sich um einen Mosaikstein in einem großen Bild, der durch weitere Ergebnisse aus der Qualitätssicherung und aus der

**Die ersten Ergebnisse der gesetzlichen Evaluation belegen, dass sich die Versorgung der chronisch Kranken durch die DMP tatsächlich verbessert.**

ELSID-Studie der Universität Heidelberg ergänzt werden muss. Aber die Evaluationsergebnisse sind für uns ein wichtiger Hinweis darauf, dass das Ziel einer verbesserten Versorgung durch die strukturierten Behandlungsprogramme erreicht werden kann.

Wir setzen daher weiter auf DMP. Und wir halten es für richtig, dass auch weiterhin alle Patienten, die an einer Erkrankung wie Diabetes mellitus Typ 2 leiden, in ein DMP eingeschrieben werden können. Im Sinne der Sekundärprävention ist es sinnvoll, dass diese Patienten eine strukturierte Behandlung erhalten. Auf diese Weise kann man schon in einem frühen Stadium der Erkrankung ansetzen und die Entwicklung von Folgeschäden verhindern.

Gleichzeitig müssen wir das Problem der Multimorbidität besser angehen: viele Patienten, die an DMP teilnehmen, leiden gleichzeitig an mehreren Erkrankungen. Da werden die Ärzte zu wenig unterstützt, wenn nur indikationsbezogene Programme angeboten werden. Unser Ziel ist es, dass wir bestimmte Patientengruppen mit besonders hohen Risiken auch besonders intensiv versorgen können. Wir streben eine Risiko-Stratifizierung an, die uns eine wirksame Intervention bei diesen Patienten ermöglicht. Die Anreizwirkung unter den bisherigen Bedingungen war eher quantitativer

Art. In Zukunft geht es verstärkt um Qualität und Effektivität der Versorgung. Wenn wir die bestehenden Disease-Management-Programme in dieser Richtung weiterentwickeln, sind wir auf einem guten Weg.



#### **Der Autor**

**Johann-Magnus v. Stackelberg**

*Stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes*

AOK  
Die Gesundheitskasse.



# Podiumsdiskussion: Zukunftsmodell DMP

**Moderatorin Birgid Becker:** Zu Beginn der Diskussion möchte ich eine Frage stellen. Sie betrifft die Darstellung von Infas und Prognos. Mir erscheint die hohe Zahl von Abbrechern oder Aussteigern aus DMPs auffällig. Wie lässt sie sich erklären?

**Dr. Johannes Leinert:** Das lässt sich in den ersten Kohortenhalbjahren ganz eindeutig darauf zurückführen, dass es noch Anlaufschwierigkeiten und verwaltungstechnische Probleme gab. Viele Patienten wurden unter anderem aus formalen Gründen aus den Programmen ausgeschrieben. Es gibt ja bestimmte Kriterien dafür, wann ein Patient ausgeschrieben werden muss, wenn nicht genügend zuordenbare Folgedokumentationen in den nächsten Halbjahren vorliegen. Wenn man sich die Gründe für die Ausschreibungen genauer ansieht und wie sich diese über die Halbjahre verteilen, kann man tatsächlich feststellen, dass es am Anfang deutliche Anlaufschwierigkeiten gegeben hat. Im Zeitablauf ist aber eine deutliche Verbesserung feststellbar.

**Moderatorin Birgid Becker:** Herr van Lente, gibt es dazu von Ihnen vonseiten des AOK-Bundesverbandes eine Ergänzung?

**Jan van Lente:** Die Wachstumsphase der Zahl der DMP-Teilnehmer in der Anfangszeit hat uns alle, insbesondere die Datenstellen, total überrascht. Diese Stellen waren anfangs total überfordert. Fristen sind nicht eingehalten worden und es ist alles schiefgegangen, was schief gehen konnte. Wir haben die entsprechenden Kohorten heute Vormittag betrachtet, weil sie die längste Teilnahmedauer aufweisen. Sie sind für die Verlaufsbeobachtung deshalb besonders interessant. Es gibt aber auch viele Versicherte, die tatsäch-

lich aus formalen Gründen ausgeschlossen werden mussten. Nach unserer Erkenntnis liegt hier kein Selektionseffekt vor. Ich denke, das ist ganz wichtig. Die Fehler, die in den Datenstellen gemacht worden sind, sind ganz unabhängig von Wiedereinschreibungen in ein Programm. Die Daten, die heute hier vorgelegt worden sind, sind ganz frisch. Wir werden sie weiterhin analysieren und uns mit ihrer Interpretation beschäftigen müssen. Nach unserer bisherigen Analyse können wir aber sagen, dass es keinen Selektionseffekt bei den Patienten gibt, die aufgrund von formalen Fehlern ausgeschlossen werden mussten.

**Dr. Ilja Seifert:** Ich bin Mitglied des Deutschen Bundestages und gehöre der Fraktion Die Linke an. Ich möchte zunächst eine persönliche Bemerkung machen und sodann eine Frage stellen. Ich bitte mir die persönliche Bemerkung nicht übel zu nehmen, aber ich kann sie mir nicht verkneifen. Es ärgert mich zunehmend, dass so getan wird, als ob alles modern sei, was auf Englisch gesagt wird. Ich finde es wunderbar, dass man von einer strukturierten Behandlungsmethode sprechen kann. Das versteht man hundert Mal besser als Disease-Management-Programm. Ich komme sehr oft mit Menschen zusammen, die man nur in einer etwas einfacheren Sprache ansprechen kann. Ich finde, auch sie sollten verstehen, wovon wir reden. Wenn es wirklich so sein sollte, dass die Amerikaner jetzt reihenweise herkommen, dann würden sie auch zur Information über ein strukturiertes Behandlungsprogramm und nicht nur zur Information über ein Disease-Management-Programm herkommen. Das Gleiche trifft natürlich auf das zu, was in der so genannten Wissenschafts-Community gesagt wird. Es wird der Eindruck erweckt, dass man unbedingt alles auf Englisch sagen müsste. Das kommt mir vor wie voreilender Gehorsam.

Nun zu meiner Frage. Es wurde eindrucksvoll dargestellt, dass die Behandlungsergebnisse bei strukturierter Behandlungsmethode besser sind als bei nicht strukturierter Behandlungsmethode. Ich kann das nicht überprüfen, aber es leuchtet mir ein und es klingt vernünftig. Es gibt bei

uns das Prinzip der ärztlichen Behandlungsfreiheit. Im Zusammenhang mit einer hier erwähnten Statistik wurde gesagt, dass die Ärzte sich dann, wenn ihnen klare Vorgaben gegeben würden, auch daran hielten. Es kommt mir ein bisschen so vor, als würde auf diese Weise der Durchschnitt gefördert. Ich will eine entsprechende Frage zumindest in den Raum stellen. Es mag durchaus sein, dass bestimmte Ärztinnen und Ärzte eine bestimmte Art und Weise haben, auf ihre Patientinnen und Patienten einzugehen. Das würde in strukturierten Programmen wenig oder schlecht abgebildet werden können. Demzufolge gäbe es einen gewissen Druck, eine besonders intensive Zuwendung oder was auch immer eher abzubauen. Das würde ich durchaus als problematisch ansehen. Ich würde es auch als problematisch ansehen, wenn es auf diese Weise eventuell weniger Innovationsmöglichkeiten gäbe als dann, wenn die ärztliche Behandlungsfreiheit mehr gefördert würde als es bei strukturierten Programmen der Fall ist. Gibt es diesbezüglich irgendwelche Überlegungen und Erfahrungen oder unterliege ich hier einem Irrtum?

**Moderatorin Birgid Becker:** Zu Ihrer persönlichen Bemerkung bezüglich der vorherrschenden Wissenschaftssprache wird Herr Professor Szecsenyi etwas sagen. Zur ärztlichen Behandlungsfreiheit möchte Herr Dr. Brenner sich äußern.

**Prof. Dr. Joachim Szecsenyi:** Sie haben eben auch den Begriff „Community“ verwendet. Es ist offensichtlich gar nicht so leicht, solche Begriffe zu vermeiden. (Heiterkeit – Dr. Ilja Seifert: Das war ironisch gemeint!)

Man muss im Übrigen auch zwischen einer solchen Veranstaltung wie hier und der Situation in der Praxis des Hausarztes unterscheiden. Wenn ich als Hausarzt in meiner Praxis sitze, spreche ich gegenüber dem Patienten nicht von einem Disease-Management-Programm, sondern von einem strukturierten Behandlungsprogramm. Man muss also die Ebenen unterscheiden.

**Dr. Gerhard Brenner:** Über das Thema von strukturierten Behandlungsprogrammen im Sinne von normativ vorgeschriebener Behandlung wird kritisch diskutiert. Ich glaube persönlich, dass der Wert der so genannten Chronikerprogramme gar nicht so sehr in der Strukturierung der Behandlung liegt. Der Wert dieser Programme liegt aus meiner Sicht eigentlich in dem kontinuierlichen Monitoring der Patienten. Er liegt darin, dass die Patienten wieder einbestellt werden, dass der Arzt durch Reminder darauf aufmerksam gemacht wird, dass die Patienten wieder einbestellt werden müssen. Es wird häufig aus dem Blickfeld verloren, dass chronische Patienten

**Der Wert der strukturierten Behandlungsprogramme liegt eigentlich in der kontinuierlichen Begleitung der Patienten.**

im Grunde einem kontinuierlichen Monitoring unterliegen. Man müsste einmal näher untersuchen, ob der Wert dieser Programme in der strukturierten Vorgabe von Behandlungsmaßnahmen oder ob er nicht eher in dem kontinuierlichen Monitoring liegt.

**Prof. Dr. Joachim Szecsenyi:** Ich glaube, dass beides dazugehört. Arzt-Patienten-Kontakte sind immer hoch individuell und das sollten sie auch bleiben. Die Frage ist nur, ob man sich bei diesem hoch individuellen Kontakt auch an bestimmten Zielen orientiert und ob man versucht, das, wovon man weiß, dass es den Patienten Nutzen bringt, in die Beratung einzubringen. Wir haben bei den Praxisvisiten feststellen können, dass jede Praxis ein Stück weit anders ist. Das ist auch gut so. Trotzdem können alle Praxen ein gemeinsames Ziel haben. Es ist klar, dass die Wiedereinbestellung der Patienten eine große Rolle spielt. Ohne Wiedereinbestellung verschwinden, wie wir aus anderen Studien wissen, gerade bei den Diabetikern 20 bis 30 Prozent vom Radarschirm. Diese Patienten werden irgendwie vergessen und kommen dann selten wieder. Die Gefahr ist, dass viel nur für diejenigen getan wird, die oft in die Praxis kommen. Die Versorgung muss aber auch diejenigen in den Blick nehmen, die selten in die Praxis kommen und Probleme mit ihrer Erkrankung haben. Auch dieser Patientenkreis muss unterstützt werden. Ich habe Ihnen ja bereits erste Informationen darüber gegeben, dass Patienten akti-

viert werden müssen und dass man sie unterstützen muss, auch selbst Verantwortung für ihre Erkrankung zu übernehmen. Insofern denke ich, dass die beiden angesprochenen Faktoren dazugehören. Herr Brenner hat recht, wenn er sagt, dass es ein ganz wichtiger Aspekt ist, dass die Patienten nicht aus dem Blickfeld verschwinden sollten und dass eine Wiedereinbestellung erfolgen sollte.

**Die Versorgung muss auch diejenigen in den Blick nehmen, die selten in die Praxis kommen und Probleme mit ihrer Erkrankung haben.**

**Dr. Gerhard Brenner:** Es ist ja auch ein Grund für die Aussteuerung von Patienten, dass sie der Wiedereinbestellung nicht folgen und die Termine der Wiederholungsuntersuchungen nicht wahrnehmen. Ob man gleich nach dem ersten Mal, wenn ein Patient in der Praxis nicht wieder auftaucht, eine Aussteuerung vornehmen sollte, ist eine andere Frage. Im Grunde ist die Aussteuerung aber eine logische Konsequenz.

**Dr. Axel Munte:** Der AOK ist dafür Dank zu sagen, dass sie den Weg der elektronischen Dokumentation beschritten hat. Denn die gesetzliche Grundlage dafür ist erst später geschaffen worden. Der Weg, der damit eingeschlagen worden ist, ist der richtige Weg. Nur wenn man die Daten strukturiert erhebt, hat man eine Chance, gute Daten zu generieren. Man hat dann auch eine Chance, die Praxen zu entbürokratisieren. Das haben wir bei der Mammographie und der Koloskopie auch getan. Die Ergebnisse sind gerade bei der Koloskopie – das gilt auch im weltweiten Maßstab – exzellent. Damit kann man richtige Versorgungsforschung betreiben. Denselben Weg gehen wir im Grunde auch bei den DMPs für Diabetes und Mammakarzinom. Das ist ein guter Weg.

In der bisherigen Diskussion fehlte allerdings ein Hinweis. Wir haben gerade bei Diabetes auch mit den besten Programmen keine Chance, auf die Dauer etwas zu erreichen, wenn wir es nicht schaffen, unsere Jugend anders zu erziehen und uns alle im Leben prinzipiell anders aufzustellen. Wir kämpfen hier wirklich gegen eine Erkrankung, die, wenn die Menschen weiterhin

so leben wie bisher, 10 bis 15 Millionen aller Deutschen betreffen wird. Dann werden immense Finanzmittel der GKV nur für die leitliniengerechte Behandlung von Diabetes aufgewandt werden müssen. Das Programm für Diabetes als solches ist gut, aber es wird nicht mehr bezahlbar sein, wenn wir unseren Lebensstil nicht ändern.

**Johann-Magnus v. Stackelberg:** Das ist vollkommen richtig. Wir als AOK unterstützen derartige Aktivitäten. Wir wissen genau, dass Gesundheit häufig schichtenspezifisch ist. Es ist eine große Herausforderung, dieser Schichtenspezifität Rechnung zu tragen und an die entsprechenden Schichten heranzukommen und dabei Fragen der Ernährung sowie der Bewegung bei Kindern zu thematisieren. Ich habe vor zwei Wochen an einer Preisverleihung teilgenommen, bei der wir Schulklassen zu motivieren versucht haben, mit dem Rauchen gar nicht erst anzufangen. Im Rahmen

**Das DMP Diabetes als solches ist gut. Es wird aber nicht mehr bezahlbar sein, wenn wir unseren Lebensstil nicht grundlegend ändern.**

dieser Aktivitäten kamen wir auch über die Themen Ernährung und Bewegung ins Gespräch. Über diese Themen wird in den Klassen sonst nicht diskutiert. Ich kann Herrn Munte insofern nur recht geben. Das Thema der Übergewichtigkeit von Kindern ist nicht nur Gegenstand eines Ministerialprogramms. Über dieses Thema wird im Übrigen nicht nur im Gesundheitsministerium, sondern auch im Landwirtschaftsministerium diskutiert. Wir haben es bei diesem Thema mit einer großen Herausforderung zu tun. In Ihrer Kinderzeit

und in meiner Kinderzeit war Übergewicht bei Kindern kein Problem. Jetzt haben wir damit ein Problem.

**Jörg Trinogga:** In der Beilage zu der neuen Ausgabe von „Gesundheit und Gesellschaft“, die im Vorraum ausliegt, wird exakt auf das von Herrn Dr. Munte angesprochene Problem eingegangen.

**Moderatorin Birgid Becker:** Es liegen keine weiteren Wortmeldungen vor. Ich möchte an Herrn von Stackelberg eine Abschlussfrage richten. Wie

konkret sind Ihre Befürchtungen, was den Bestand von DMPs von 2009 an angeht?

**Johann-Magnus v. Stackelberg:** Ich bin guten Mutes, denn wir erwarten, dass bei der gesetzlichen Regelung unserer Forderung Rechnung getragen wird, nicht nur die ärztlichen Behandlungskosten, sondern auch die Kosten, die bei den Krankenkassen anfallen – das sind eher bescheidene Ausgaben –, zu berücksichtigen. Es kommt entscheidend darauf an, wie der Risikostrukturausgleich auf die Krankheiten eingeht. Das ist ein ganz wichtiger Aspekt. Ich hatte vorhin schon gesagt, dass es eine entscheidende Frage ist, ob der Risikostrukturausgleich zum Hochrisikopool denaturiert und gewissermaßen nur die Extremausreißer berücksichtigt oder ob auch Volkskrankheiten berücksichtigt werden. Unsere klare Forderung ist, dass Volkskrankheiten im Risikostrukturausgleich bei der Berechnung der Einnahmenverteilung berücksichtigt werden müssen. Sonst kommt es wieder zur Rosinenpickerei. Es ist absurd, wenn es sich in einer sozialen gesetzlichen Krankenversicherung für eine Krankenkasse lohnt, Gesunde Kranken vorzuziehen. Das ist nicht im Sinne der GKV. Dies hat auch die Regierung erkannt. Wir sind insofern guten Mutes, dass sich die Vernunft durchsetzt.

**Wir fordern, dass Volkskrankheiten im Risikostrukturausgleich bei der Berechnung der Einnahmenverteilung berücksichtigt werden.**

# Die Referenten / Moderation

**Dr. Hans Jürgen Ahrens**, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes  
Kortrijker Straße 1 · 53177 Bonn

**Dr. Gerhard Brenner**, Geschäftsführer des Zentralinstituts  
für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland  
Herbert-Lewin-Platz 2 · 10623 Berlin

**Astrid Eichenlaub**, Prognos AG  
Schwanenmarkt 21 · 40213 Düsseldorf

**Franz Knieps**, Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium  
Friedrichstraße 108 · 11017 Berlin

**Dr. Johannes Leinert**, infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH  
Friedrich-Wilhelm-Straße 18 · 53113 Bonn

**Johann-Magnus v. Stackelberg**, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender  
des AOK-Bundesverbandes  
Kortrijker Straße 1 · 53177 Bonn

**Prof. Dr. Joachim Szecsenyi**, Ärztlicher Direktor Abteilung Allgemeinmedizin  
und Versorgungsforschung/Universitätsklinikum Heidelberg  
Voßstraße 2 · 69115 Heidelberg

Moderation: **Birgid Becker**  
Deutschlandfunk · 50968 Köln



AOK-Bundesverband  
Postfach 20 03 44  
53170 Bonn  
Kortrijker Straße 1  
53177 Bonn

Telefon: 0228 843-299  
Telefax: 0228 843-322  
E-Mail: [politik@bv.aok.de](mailto:politik@bv.aok.de)  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)

