

# Auswirkungen der Disease-Management-Programme auf die Versorgung chronisch kranker Patienten in Deutschland

– eine Zwischenbilanz

■ E. J. van Lente, P. Willenborg, B. Egger

## 1. Einleitung

Die Einführung der Disease-Management-Programme (DMP) hat größere Auswirkungen auf die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland gehabt als alle anderen gesetzlichen Initiativen im Bereich Neue Versorgungsformen zuvor. Das ist umso bemerkenswerter, als es von Anfang an starke Widerstände gegen die strukturierten Behandlungsprogramme gegeben hat. Besonders kritisiert wurde und wird die Anbindung der DMP an den Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den Krankenkassen. Diese Art der „Anschubfinanzierung“ war tatsächlich problematisch – aber nicht, weil es deswegen zu einer Fehlsteuerung in der Versorgung der chronisch Kranken gekommen wäre, sondern weil die Krankenkassen gegensätzliche Interessen haben, was die Verteilung der Gelder im RSA angeht. Einige Kassen haben deshalb von Anfang an versucht, die DMP zu blockieren. Andererseits wäre die heutige flächendeckende Umsetzung der Programme ohne die Anbindung an den Finanzausgleich zwischen den Kassen wohl kaum erreicht worden.

Durch die Einführung der DMP wurden zahlreiche Veränderungen in der Arztpraxis und in der Beziehung zwischen Arzt und Patient induziert. Erstmals übernahmen die Krankenkassen eine aktive Rolle im Versorgungsgeschehen und bekamen Aufgaben beim Management der Interventionen bei den Patienten. Norbert Schmacke hält DMP für eine der wenigen ernsthaften Innovationen der Gesundheitspolitik in der jüngeren Geschichte: „Die Stärkung der koordinierenden Funktion der Hausärzte in Kombination mit dem dezidierten Rückgriff auf die Methodik der evidenzbasierten Medizin und die Orientierung auf die Vereinbarung individueller Therapieziele stellen für die GKV de facto eine Sprunginnovation dar.“<sup>1</sup>

Inzwischen kann aufgrund der Evaluationen und Studien festgestellt werden, dass die „Intervention DMP“ wirksam ist. Auf die verschiedenen Ebenen der Definition und Messung dieser Wirksamkeit wird weiter unten eingegangen. Die Kritik an den Programmen ist in letzter Zeit weniger geworden, aber nicht verstummt. Ziel dieses Artikels ist es, die Probleme bei der Umsetzung der DMP zu analysieren und die bisherigen Ergebnisse der Programme darzustellen. Es soll versucht werden, die wirksamen Maßnahmen im DMP zu identifizieren und darüber hinaus Möglichkeiten zur Weiterentwicklung aufzuzeigen.

## 2. Umsetzung der DMP

Die ersten DMP konnten im Jahr 2003 an den Start gehen. Sie betrafen die Indikationen Diabetes mellitus Typ

---

*Dr. Bernhard Egger, Leiter des Stabsbereichs Medizin, AOK-Bundesverband, Bonn*  
*Evert Jan van Lente, Leiter DMP, AOK-Bundesverband, Bonn*  
*Peter Willenborg, Mitarbeiter für DMP-Kommunikation, AOK-Bundesverband, Bonn*

2 und Brustkrebs. Die Auswertungen und Evaluationsberichte, die bisher vorliegen, beziehen sich hauptsächlich auf das DMP Diabetes mellitus Typ 2, das als erstes gestartet ist. Das DMP Brustkrebs ist ein Sonderfall; die Ergebnisse zu dieser onkologischen Erkrankung lassen nur sehr bedingt Rückschlüsse auf andere chronische Erkrankungen zu. Die ersten Evaluationsberichte zum DMP Koronare Herzkrankheit werden im Juli 2008 erwartet.

**Tabelle 1: DMP-Teilnehmer nach Indikationen**

DMP	Zahl der DMP-Teilnehmer
Diabetes mellitus Typ 2	2.708.154
Diabetes mellitus Typ 1	93.357
Koronare Herzkrankheit	1.221.374
Asthma bronchiale	313.914
COPD	264.299
Brustkrebs	100.499
Gesamt	4.701.597

Quelle: KM 6-Statistik

Zum 1. April 2008 nahmen bundesweit ca. 4,7 Mio. Patienten an den DMPs teil (siehe **Tabelle 1**):

Diese hohen Zahlen deuten wir als großen Erfolg für die DMP. Sie zeigen, dass mit den Programmen die chronisch Kranken flächendeckend erreicht werden und es sich nicht nur um eine gut gemeinte, aber in der Versorgungsrealität praktisch bedeutungslose gesundheitspolitische Initiative handelt. Die großen Zahlen haben aber auch Kritik ausgelöst. Besonders bemerkenswert ist, dass der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen, der 2001 einen wesentlichen Anstoß für die DMP gegeben hatte, sich 2007 in der kritischen Diskussion über die DMP zu Wort meldet: zum einen vermutet der Sachverständigenrat, dass Patienten, für die eine DMP-Versorgung besonders hohe Chancen einer Verbesserung bietet, in den Programmen unterrepräsentiert seien.<sup>2</sup> In der Praxis ist es allerdings der Arzt, der entscheidet, ob der Patient eingeschrieben werden kann oder nicht. Wenn der Arzt am DMP teilnimmt, wird er alle Patienten einschreiben, die aus seiner Sicht dafür in Betracht kommen. Hierbei lässt er sich sicherlich nicht von Überlegungen zum Deckungsbeitrag der Krankenkassen leiten. Nicht einschreiben wird der Arzt allenfalls Patienten, die so schwer erkrankt sind, dass sie nicht mehr aktiv am Programm teilnehmen können.

Auch die zweite Vermutung des Sachverständigenrates, wonach Patienten in ein DMP eingeschrieben werden, die nicht an der entsprechenden Erkrankung leiden<sup>3</sup>, ist nicht mit Daten belegt und muss angezweifelt werden. Ärzte müssten hierzu die Dokumentation fälschen – und was noch wichtiger ist: Patienten, die nicht an der jeweiligen Erkrankung leiden, würden sich bei ihrer Krankenkasse beschweren, wenn sie wegen Arztterminen angeschrieben werden und Informationsmaterialien erhalten, obwohl sie gar nicht krank sind.

Waren die DMP also vielleicht in ihrer Breitenwirkung zu erfolgreich? Sitzt das Misstrauen gegen ökonomische Anreize für eine bessere Versorgung chronisch Kranker zu tief? Oder zumindest das Misstrauen gegen das ökonomische Handeln der Krankenkassen? Die Umsetzung der DMP ist von Anfang an gegen starke Widerstände zustande gekommen. Die höchsten Wogen schlug der Expertenstreit um die evidenzbasierten Grundlagen des DMP Diabetes mellitus Typ 2. Mit den altbekannten Schlagworten „Staatsmedizin“ und „Billigmedizin“ wurde die alleinige Oberhoheit der verfassten Ärzteschaft über die Definition von medizinischer Versorgungsqualität verteidigt. Die Einführung der DMP hat dazu geführt, dass es eine intensive und grundsätzliche Auseinandersetzung um das Für und Wider der evidenzbasierten Medizin (EbM) in einer bisher nicht da gewesenen Breite und Tiefe gegeben hat. Aus Sicht der Autoren hat diese Diskussion die Grenzen der EbM aufgezeigt, aber gleichzeitig die Akzeptanz evidenzbasierter wissenschaftlicher Aussagen in der Ärzteschaft wesentlich erhöht. Im Gemeinsamen Bundesausschuss hat das zu einer ganz neuen Gesprächskultur zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern über Leitlinien, Qualitätsmessung und Dokumentation geführt. In der Frühphase ging es den Leistungserbringern dabei vorrangig um die politische Dimension des Vorgangs, dass sich nunmehr die Krankenkassen aktiv in die Formulierung medizinischer Standards beim Management chronischer Krankheiten einmischten. Nachdem sie allerdings erkennen mussten, dass ihre Blockadehaltung nicht zum Erfolg führte und letztendlich ihnen selbst und ihren Patienten schadete, trat eine zunehmende Versachlichung der Diskussion ein. Das kann dadurch belegt werden, dass die späteren Aktualisierungen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 nicht mehr zu Grundsatzdebatten im Gemeinsamen Bundesausschuss geführt haben. Die sachliche Arbeit, die an sich schon schwierig genug ist, trat in den Vordergrund.

Auch die Akzeptanz bei den niedergelassenen Ärzten war anfangs gering. Als Vehikel nutzte die Ärzteschaft insbesondere die Stichworte „Bürokratie“ und „Datenschutz“. Paradoxerweise wurde gerade durch eine teilweise irrationale Datenschutzdebatte wesentlich dazu beigetragen, dass die Dokumentationsprozesse für die teilnehmenden Ärzte sehr aufwändig und kompliziert geworden sind. Das hat anfangs zu Recht viele Ärzte verärgert. Weiterhin ist es nachvollziehbar, dass Ärzte nicht mit Begeisterung reagieren, wenn auf Bundesebene einheitliche Empfehlungen und Strukturen für die Versorgung von chronisch Kranken geschaffen werden. Damit verbunden ist implizit immer das Eingeständnis, dass die Versorgung bis zur Einführung der DMP nicht optimal gelaufen ist. Aber das genau war die Feststellung des Sachverständigenrats-Gutachtens zur Unter- Über- und Fehlversorgung aus dem Jahr 2001.<sup>4</sup>

Die Einführung der DMP war auch nicht in jeder Beziehung ein Ruhmesblatt für die Krankenkassen. Die „Zahlerkassen“ im Risikostrukturausgleich waren nicht an einem Erfolg der DMP interessiert und versuchten die Programme scheitern zu lassen. Beispielhaft können hier zwei Vorgänge genannt werden: Die anfänglich geforderte schriftliche Freigabe jedes einzelnen Datensatzes durch den Patienten

mittels Unterschrift führte dazu, dass Patienten wiederholt in die Praxis bestellt werden mussten, um vervollständigte oder korrigierte Dokumentationsbögen erneut zu unterschreiben. Eine praxisnahe und unbürokratische Lösung wurde von mehreren Kassenarten abgelehnt. Das Bundesgesundheitsministerium löste das Problem schließlich durch eine Änderung der Rechtsverordnung.<sup>5</sup> Ein weiteres Beispiel ist die elektronische Dokumentation, die z.B. in Bayern von Anfang an flächendeckend eingeführt wurde. Sie ist zunächst von mehreren Kassenarten als unrechtmäßig abgelehnt worden. Erst in einem Spitzengespräch der beteiligten Organisationen und des BVA unter Beteiligung des BMG konnte eine Lösung gefunden werden. Auf der anderen Seite sind einzelne Kassen bei der Akquise und Motivation ihrer Versicherten zur Einschreibung in die DMP zeitweise auch über das Ziel hinaus geschossen. Das führte dazu, dass manche Versicherte sich bedrängt fühlen, an den DMP teilzunehmen. Diese Einzelfälle wurden in der Öffentlichkeit breit und polemisch diskutiert, sie haben den DMP in der Anfangsphase sehr geschadet.

Auch bei den Selbsthilfegruppen und Patientenverbänden herrschte zunächst Skepsis. Das war vielleicht auch der Tatsache geschuldet, dass es bei den ersten Entscheidungen über die DMP durch den Koordinierungsausschuss noch keine Patientenbeteiligung in der Selbstverwaltung gab. Die Furcht, dass DMP als Vehikel für Sparmaßnahmen benutzt oder zur Beschränkung der Versorgung auf eine Art „Kochbuchmedizin“ führen würden, konnte durch die Praxis der Programme und die umfangreiche Unterstützung der Krankenkassen für die Patienten im Rahmen der DMP relativ schnell überwunden werden.

### 3. Auswirkungen auf die Versorgung

DMP ist eine komplexe Intervention. Daher ist es eine sehr anspruchsvolle wissenschaftliche Aufgabe festzustellen, welche der einzelnen Maßnahmen im Rahmen der DMP welchen Effekt gebracht hat. Grundsätzlich finden Veränderungen im ärztlichen Handeln und auf Patientenebene statt. Entsprechend liegen Daten zu diesen verschiedenen Interventionsebenen vor. Im wesentlichen geht es hier um Prozess-Parameter, die die Einhaltung der im DMP vorgesehenen Behandlungsabläufe beschreiben, um Ergebnisse aus Versichertenbefragungen und um medizinische Outcome-Parameter, die bisher überwiegend auf Surrogat-Parameter Bezug nehmen. Dabei ist ein Problem zu konstatieren, das nicht nur für DMP, sondern in der internationalen Literatur für alle komplexen Interventionen gilt: die Generierung methodisch hochwertiger Daten zu den Auswirkungen komplexer Programme auf klinische Endpunkte ist defizitär. Dies gilt auch für viele vergleichbare Ansätze wie etwa das Case-Management oder Chronic Care. Diese Defizite in der Versorgungsforschung führen allerdings in keinem Land dazu, dass von der Implementierung solcher neuen Ansätze abgesehen wird. Sie haben DMP-Kritiker auch nicht daran gehindert, „richtiges“ Case-Management oder Chronic Care als bessere Alternativen

zu DMP herauszustellen – obwohl die Datengrundlage auch dazu prekär ist.

#### 3.1 Auswirkungen auf das ärztliche Handeln und medizinische Ergebnisse

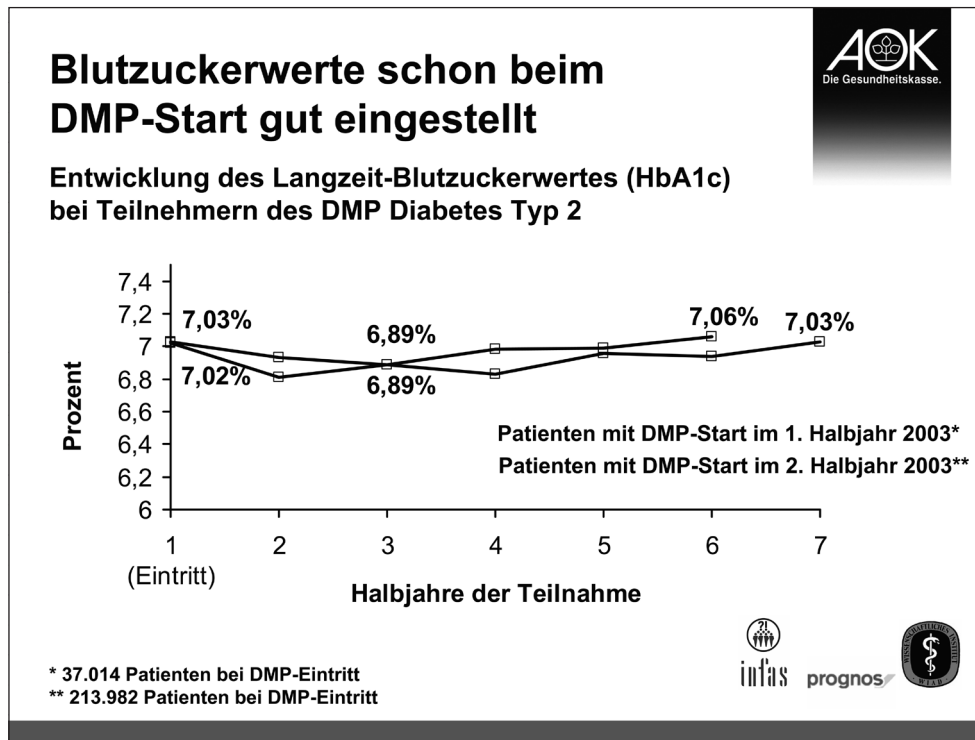
DMP wurden eingeführt, um Defizite in der Behandlung von chronisch Kranken zu beseitigen. Zentraler Ansatzpunkt dabei: die Strukturierung und Koordinierung der Behandlung sollte sichergestellt werden. Daher werden die Teilnehmer der Programme regelmäßig zu Kontrolluntersuchungen einbestellt, auch wenn sie keine akuten Beschwerden haben. Im Rahmen dieser Untersuchungen soll der koordinierende Arzt auf Grundlage von Entscheidungsalgorithmien an Fachärzte und Kliniken überweisen. So sollen zum Beispiel Teilnehmer des DMP Diabetes jährlich zur Untersuchung des Augenhintergrundes an einen Augenarzt überwiesen werden. Die Quote der jährlichen Augenuntersuchungen hat sich dadurch von etwa 32 Prozent vor Einführung der DMP<sup>6</sup> auf 80 bis 90 Prozent erhöht<sup>7</sup>. Um die konsequente Einhaltung der Termine zu unterstützen, erinnern die Krankenkassen die Patienten direkt oder über die koordinierenden Ärzte an fällige Untersuchungen. Durch die regelmäßige Kontrolle und die verbesserte Kooperation zwischen den Versorgungsebenen können Folge- und Begleiterkrankungen frühzeitig erkannt und behandelt werden. Auf der Ebene dieser Prozess-Parameter im Behandlungsablauf und in der Koordination der Behandlung konnten durch die DMP nachweisbare und auch quantitativ sehr große Fortschritte erzielt werden.

Die Regelungen zur Überweisung und Rücküberweisung im DMP Diabetes führen zu einer Stärkung der Diabetologischen Schwerpunktpraxen und Fußambulanzen. Als Folge dieser Regelungen hat sich zum Beispiel in Sachsen-Anhalt die Anzahl der ambulant tätigen diabetologisch verantwortlichen Ärzte seit Einführung der DMPs fast verdoppelt. Dieses Versorgungsangebot steht nun flächendeckend und wohnortnah zur Verfügung.<sup>8</sup>

Die DMP beinhalten auch medizinische Grundlagen für die Diagnostik und Therapie. Die Ärzten wurden mit Informationsmaterialien wie Praxismanualen und Hausarzt-Handbüchern ausgestattet, um sie in der Therapie der DMP-Patienten zu unterstützen. Darüber hinaus werden laufend Feedback-Berichte für die Ärzte erstellt, die einen Vergleich der eigenen Praxis mit anderen Praxen ermöglichen. In Qualitätszirkeln sollen mögliche Verbesserungspotenziale thematisiert werden. Auch auf dieser Ebene haben die DMP die ärztliche Praxis in Deutschland verändert. Eine differenzierende Messung der Effekte dieser Interventionen hat kaum stattgefunden, sie sind als primär plausibel erscheinende Interventionen Bestandteil zahlreicher Versorgungsprogramme. Das DMP Diabetes mellitus Typ 2 hat auf der Basis aktueller Leitlinien und Studien konkrete Empfehlungen bezüglich der Behandlung von Patienten mit Hypertonie gegeben und Patientenschulungen für die betroffenen Teilnehmer eingeführt.

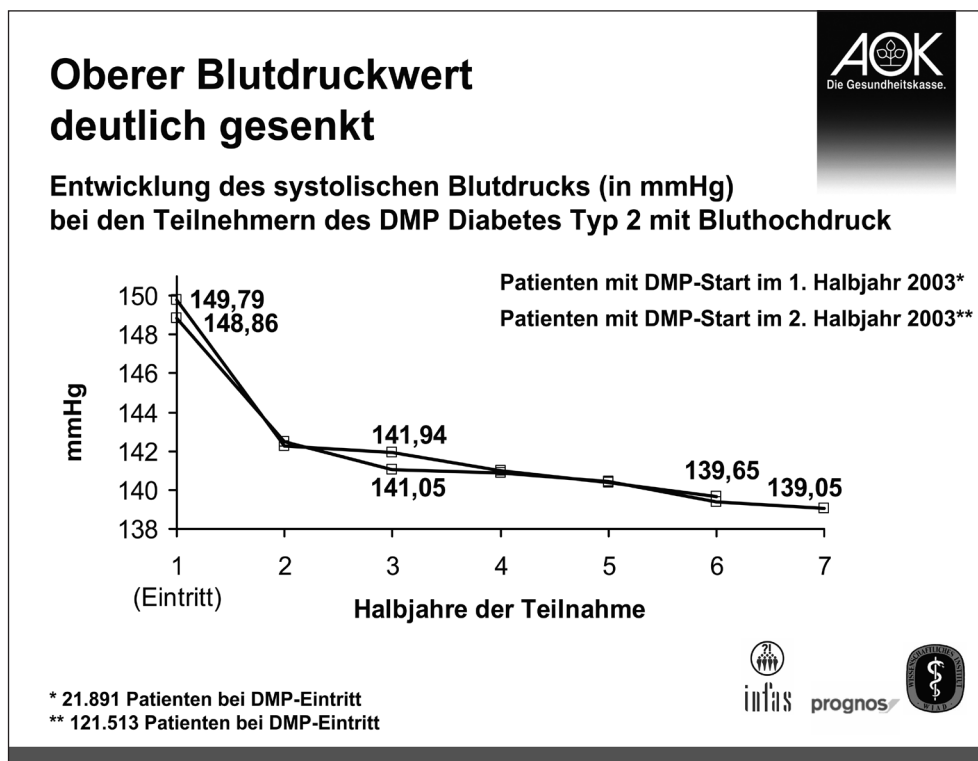
Die gesetzliche Evaluation der DMP ist als flächendeckende unkontrollierte Kohortenstudie angelegt. Der

Grafik 1: DMP Diabetes mellitus Typ 2: HbA1c-Wert



Quelle: Gesetzliche Evaluation, Bundesauswertung der AOK-Programme

Grafik 2: DMP Diabetes mellitus Typ 2: Systolischer Blutdruckwert



Quelle: Gesetzliche Evaluation, Bundesauswertung der AOK-Programme

Blutzucker der DMP-Teilnehmer war nach einer bundesweiten Auswertung aller AOK-Teilnehmerdaten schon beim Einstieg in das Programm mit einem durchschnittlichen HbA1c-Wert von 7,03 Prozent gut eingestellt. Dieser Durchschnittswert blieb über den Beobachtungszeitraum von dreieinhalb Jahren nahezu unverändert – mit leicht steigender Tendenz (Grafik 1). Daten aus der programmbegleitenden Qualitätssicherung zeigen, dass insbesondere bei Patienten mit einer sehr schlechten Einstellung schnell eine Verbesserung erreicht werden konnte; bei Patienten mit niedrigen HbA1c-Werten war ein leichter Anstieg zu verzeichnen.<sup>9</sup> Dass die Durchschnittswerte der Teilnehmer auch im Rahmen der strukturierten Behandlung insgesamt leicht ansteigen, ist vor dem Hintergrund anderer Studien kaum verwunderlich: Nach der United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) ist unabhängig von der Art der Behandlung mit zunehmender Dauer der Erkrankung ein kontinuierlicher Anstieg des HbA1c-Werte zu erwarten.<sup>10</sup> Von besonders großer Bedeutung ist allerdings eine gute Blutdruckeinstellung der Diabetiker. Dadurch kann das Komplikationsrisiko bereits mittelfristig gesenkt werden. Die Evaluation zeigt über alle Krankenkassen und Regionen hinweg, dass der Blutdruck bei den teilnehmenden Patienten mit Hypertonus besonders im ersten Halbjahr der Teilnahme, aber auch im weiteren Verlauf deutlich gesenkt werden konnte. Eine Bundesauswertung aller AOK-Programme für Typ-2-Diabetiker hat ergeben, dass der systolische Blutdruck der Patienten mit Bluthochdruck im Verlauf von dreieinhalb Jahren im Durchschnitt von 148,7 auf 139,1 mmHg sank (Grafik 2). Der diastolische

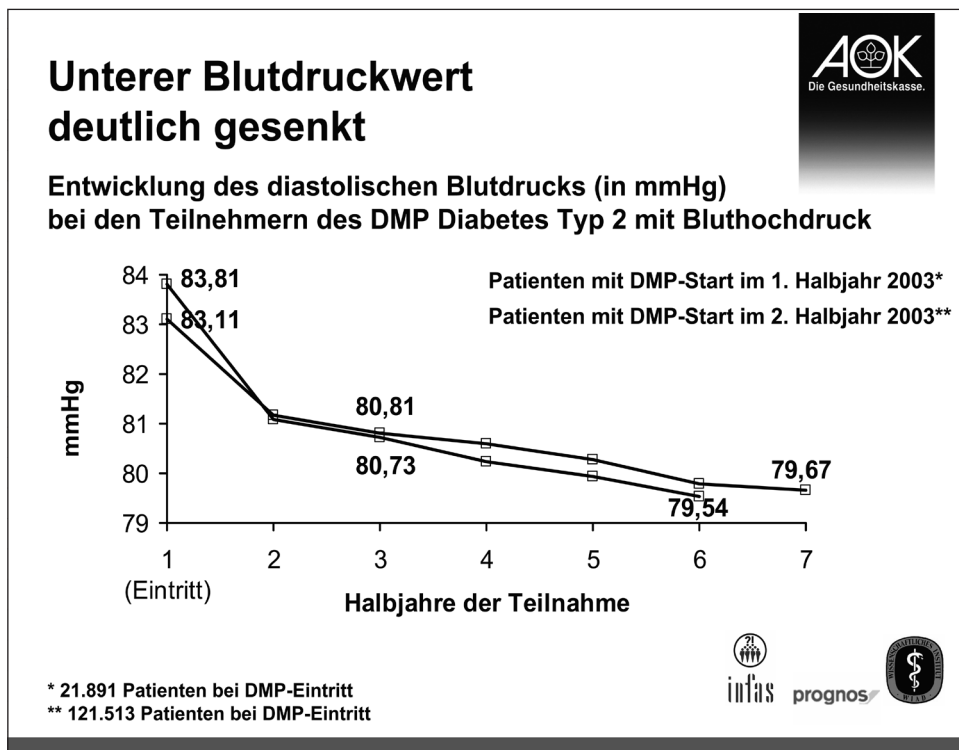
Blutdruck ist durchschnittlich von 83,1 auf 79,7 mmHg gesunken (Grafik 3).

Neben der gesetzlich vorgeschriebenen Evaluation, die aufgrund des Fehlens einer Kontrollgruppe in ihrer Aussagefähigkeit stark beschränkt ist, wurden weitere wissenschaftliche Anstrengungen unternommen, die Effekte der DMP zu messen. Eine Untersuchung der Barmer Ersatzkasse zeigt, dass Patienten, die am DMP teilnehmen, häufiger eine leitliniengerechte Medikation erhalten als Nicht-Teilnehmer. Nach der Studie, die auf Leistungsdaten aus dem Jahr 2006 beruht, lag die Zahl der Schlaganfälle bei DMP-Teilnehmern rund ein Drittel niedriger als bei Nichtteilnehmern. Zudem wurden die DMP-Patienten signifikant seltener wegen Fuß- und Unterschenkelamputationen im Krankenhaus behandelt.<sup>11</sup> Auch diese Studie wurde von methodischer Seite kritisiert, wobei das Kernargument ist, dass DMP-Patienten eben die Motivierteren gemäß Einschreibekriterien sind. Allerdings haben die Autoren der Barmer-Studie versucht, diese Effekte durch die Bildung einer geeigneten Kontrollgruppe zu minimieren. Prospektive Ergebnisse mit medizinischen und ökonomischen Daten wird in der zweiten Jahreshälfte 2008 die vom AOK-Bundesverband finanzierte ELSID-Studie liefern.<sup>12</sup>

### 3.2 Ökonomische und organisatorische Aspekte

Die hohen Teilnehmerzahlen und positiven Zwischenergebnisse der DMP konnten auch deshalb realisiert werden,

Grafik 3: DMP Diabetes mellitus Typ 2: Diastolischer Blutdruckwert



Quelle: Gesetzliche Evaluation, Bundesauswertung der AOK-Programme

weil den Ärzten der zusätzliche Aufwand im Rahmen der DMP extrabudgetär vergütet wurde. Im Jahr 2007 wurden im Durchschnitt etwa 100 Euro pro DMP-Patient zusätzlich für Behandlungscoordination, Dokumentation und Schulung an die Ärzte ausgezahlt. Bei einer Gesamtzahl von 3,5 Millionen Programmteilnehmern ergibt sich eine Summe von ca. 350 Mio. Euro. Insgesamt nehmen in Deutschland etwa 40.000 Praxen aktiv an DMP teil. Dabei ist die Zahl der DMP-Teilnehmer je Praxis sehr unterschiedlich: Die Gynäkologen behandeln nur wenige Teilnehmerinnen des DMP Brustkrebs. Große Hausarztpraxen hingegen betreuen nicht selten mehrere hundert DMP-Teilnehmer.

Viele Ärzte haben erkannt, dass die Behandlung von chronisch kranken Patienten neue Anforderungen stellt. Sie haben ihre Praxisorganisation umgestellt und bieten zum Beispiel spezielle „Chroniker-Sprechstunden“ an. Darüber hinaus wurde in vielen Praxen die Arbeitsteilung neu geregelt. Stärker als bisher werden medizinische Fachangestellte und weitere nicht-ärztliche Berufe in die Betreuung der chronisch kranken Patienten eingebunden. Nach einer Umfrage des AOK-Bundesverbandes unter Arzthelferinnen aus 130 Arztpraxen vom August 2007 gaben 62 Prozent der Helferinnen an, die DMP-Dokumentation eigenständig und allein zu machen, 22 Prozent erledigen dies gemeinsam mit dem Arzt. Nur 8 Prozent der Helferinnen sagten, in ihrer Praxis erledige der Arzt die DMP-Dokumentation allein. Etwa jeder zweite Arzt bindet sein nicht-ärztliches Personal auch bei medizinischen Aufgaben im Rahmen der DMP mit ein.<sup>13</sup> Die AOK unterstützt diese Entwicklung

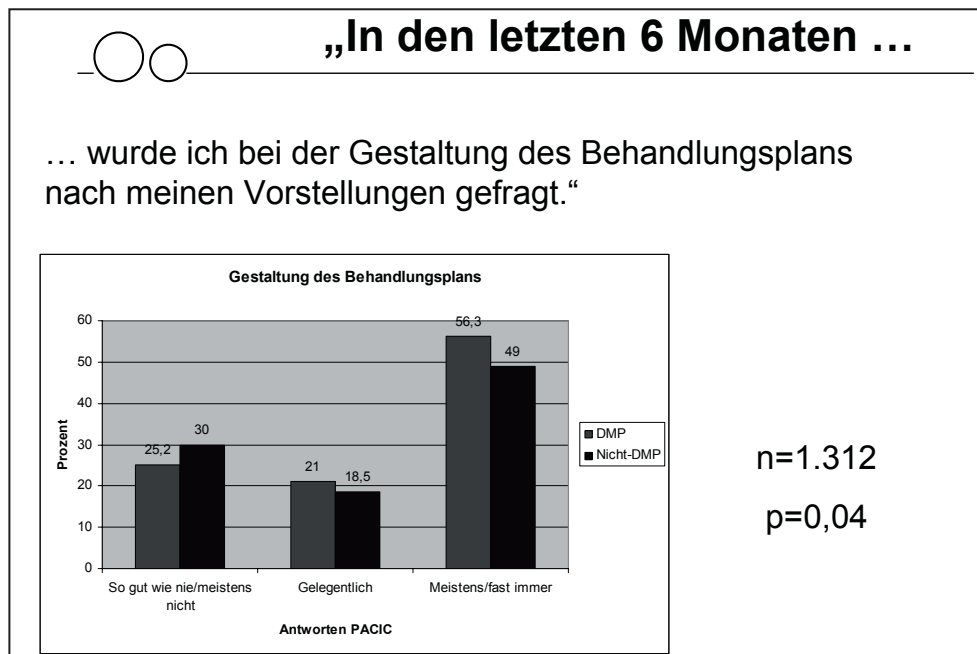
zum Beispiel mit einer Informations-Broschüre zum Praxismanagement für Ärzte.<sup>14</sup>

### 3.3. Auswirkungen auf die Patienten: Arzt-Patient-Kommunikation und Schulungen

Die erste spürbare Intervention für die Patienten ist, dass sie für die Teilnahme am DMP eine entsprechende Erklärung unterschreiben müssen. Der Patient entscheidet sich also bewusst für die Teilnahme am Programm. Der Arzt klärt ihn auf über die Mitwirkungspflichten, insbesondere auch bezüglich der nicht-medikamentösen Maßnahmen. Die Krankenkasse unterstützt den Patienten durch zielgerichtete Informationen und Hilfen bei der Änderung seines Lebensstils. Darüber hinaus erhalten die Patienten finanzielle Vorteile, z.B. eine Erstattung der Praxisgebühr.

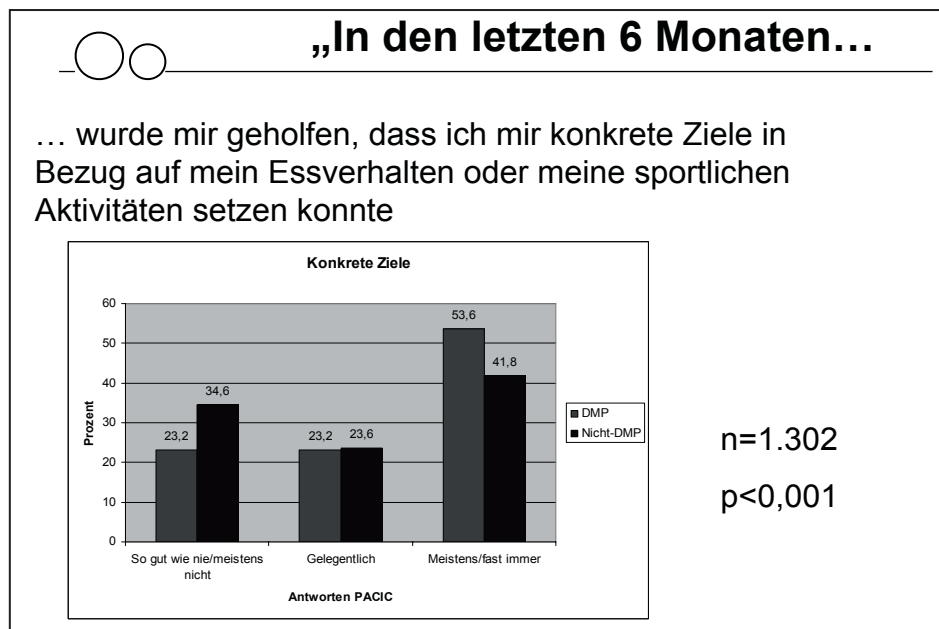
Die Patienten sollen von ihrem Arzt aktiv in die Therapie eingebunden werden. Dazu vereinbart der Arzt individuelle Ziele mit den Patienten. Die Transparenz der Behandlung soll auch dadurch unterstützt werden, dass der Patient vom Arzt nach jedem Untersuchungstermin eine Kopie der DMP-Dokumentation mit den medizinischen Daten und Befunden ausgehändigt bekommt. Eine Umfrage des AOK-Bundesverbandes unter 1.000 Teilnehmern des DMP Diabetes hatte im Jahr 2005 ergeben, dass 85 Prozent der Patienten es begrüßen, dass sie den Bogen ausgehändigt bekommen.<sup>15</sup> Erste Ergebnisse der ELSID-Studie ergänzen dieses positive Bild. Sie deuten darauf hin, dass chronisch Kranke, die in ein DMP eingeschrieben sind, eine intensivere und zielgerichtete Beratung durch ihre Ärzte erhalten.

**Grafik 4: Unterschiede zwischen DMP-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern bei der Gestaltung des Behandlungsplans**



Quelle: ELSID-Diabetes-Studie, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg 2007

**Grafik 5: Unterschiede zwischen DMP-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern bei der Motivation zu gesundheitsbewusstem Verhalten**



Quelle: ELSID-Diabetes-Studie, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg 2007.

ten als Nicht-Teilnehmer. Zudem sind die DMP-Patienten mit dem Ablauf und der Organisation ihrer Behandlung deutlich zufriedener als Patienten in der Regelversorgung (Grafiken 4 und 5). So werden die DMP-Teilnehmer von ihrem Arzt häufiger nach ihren Vorstellungen bei der Gestaltung des Behandlungsplans gefragt. „Mir wurde geholfen, dass ich mir konkrete Ziele in Bezug auf mein Essverhalten oder meine sportlichen Aktivitäten setzen konnte“, sagten zum Beispiel 53,6 Prozent der DMP-Patienten, aber nur 41,8 Prozent der Nicht-Teilnehmer. Ärzte und Praxisteams setzen die Vorgaben des DMP offensichtlich so gut um, dass die Patienten eine Verbesserung der Behandlung wahrnehmen.<sup>16</sup> Auch DMP-Teilnehmerbefragungen des AOK-Bundesverbandes haben bestätigt, dass die Vereinbarung individueller Therapieziele, die im DMP vorgesehen ist, in der Praxis „gelebt“ wird.<sup>17</sup> Für die Patienten scheint die Aushändigung des Bogens also durchaus wichtig zu sein und Bestätigung für eine sorgfältige Verlaufsdokumentation und ihre aktive Beteiligung an diesem Prozess gedeutet zu werden. Viele Ärzte empfinden dies allerdings nicht so und bewerten den Aufwand für sich als zu hoch.

Ein wichtiger Bestandteil der Programme sind Patientenschulungen. Sie sollen die Patienten befähigen, Manager ihrer eigenen Erkrankung zu werden. Seit der Einführung der DMP werden deutlich mehr Patienten geschult. Das belegen zum Beispiel Zahlen aus dem Qualitätssicherungsbericht 2005 für die nordrheinischen DMP. Hier konnte in der Gruppe der Patienten, die seit 2003 im DMP Diabetes mellitus Typ 2 betreut wurden, der Anteil der Patienten mit einer Diabetes-Schulung von ca. 57 Prozent zum Zeitpunkt

der Einschreibung auf ca. 76 Prozent gesteigert werden.<sup>18</sup> In Sachsen-Anhalt hat sich die Zahl der Diabetesschulungen von 2003 bis 2007 mehr als verdoppelt.<sup>19</sup>

Neben der Information über die Erkrankung zielen die Patientenschulungen insbesondere auch auf Verhaltens- und Lebensstiländerungen ab. Die Schulungen, die im Rahmen der DMP akkreditiert werden und zum Einsatz kommen, müssen zielgruppenspezifisch und strukturiert sein; die Wirksamkeit der Programme muss durch publizierte Studien belegt sein. Die evidenzbasierte Medizin hat somit auch im Bereich der Schulungen Einzug gehalten. Dadurch ist gewährleistet, dass die Schulungen tatsächlich einen Nutzen für die Patienten haben. Seit der Einführung der DMP sind eine Reihe von neuen Patientenschulungen zugelassen worden, die diese Anforderungen erfüllen.<sup>20</sup> Sie werden auch von den Ärzten positiv beurteilt: In der bereits zitierten AOK-Befragung von DMP-Ärzten gaben 87 Prozent der befragten Ärzte an, sie hielten Schulungen für ein geeignetes Mittel, um die Eigenverantwortung der Patienten zu stärken. 84 Prozent gaben an, dass aufgrund der Schulungen eine höhere Motivation der DMP-Patienten erkennbar sei.

#### 4. Ausblick

Die vorliegenden Untersuchungen zeigen in der Gesamtbetrachtung, dass sich die DMP bereits positiv auf das ärztliche Handeln, die Einbindung und Motivation der Patienten und auch die bestehenden Versorgungsstrukturen

ausgewirkt haben. Es gibt weiteren Verbesserungsbedarf, doch entsprechende Veränderungen können nicht kurzfristig erzwungen werden. Es handelt sich um Prozesse, die Zeit brauchen. Für die relativ kurze Zeit seit dem Start der ersten DMP in Deutschland können die bisherigen Auswirkungen aber als innovativ und zukunftsweisend bewertet werden.

Zum 1. Januar 2009 werden sich die Rahmenbedingungen für DMP wesentlich ändern. Gründe sind die Einführung des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA). Für die Fortsetzung der laufenden DMP ist es wichtig, dass die DMP-Indikationen im Morbi-RSA berücksichtigt werden. Denn künftig erhalten die Krankenkassen für die DMP-Teilnehmer nur noch eine Erstattung der Programmkosten. Ob diese Erstattung ausreichen wird, um die gesamten Kosten der Programme zu decken, ist noch nicht klar. Das bedeutet, dass Investitionen der Krankenkassen in die DMPs ab 2009 noch mehr als heute über eine bessere und effektivere Versorgung der chronisch kranken Patienten „verdient“ werden müssen. Der Fokus bei der Ausrichtung der DMPs wird sich deshalb in Zukunft stärker auf den Bereich der Wirtschaftlichkeit richten müssen als bisher.

Der neue Morbi-RSA mit Berücksichtigung der DMP-Diagnosen und die weitgehende Abkopplung der DMP selbst vom Finanzausgleich zwischen den Kassen eröffnet aber auch neue Chancen. Der Streit der Krankenkassen über die DMPs wird dadurch erheblich entschärft, da die Interessengegensätze zwischen Zahler- und Empfängergruppen in diesem Bereich weitgehend entfallen. Das reduzierte Volumen des finanziellen Transfers sollte eine wesentliche Vereinfachung der Akkreditierungsprüfungen erlauben und so die Tür für eine sinnvolle Weiterentwicklung der Programme öffnen. Während die Vorgaben des Bundesversicherungsamtes bisher zu einer weitgehend einheitlichen Umsetzung führten, wird in Zukunft eine stärkere Differenzierung möglich sein.

Bei den DMP der nächsten Generation können neue Elemente die Versorgung chronisch Kranker sinnvoll ergänzen. Die heutigen DMP bieten eine sehr gute Grundlage für die flächendeckende und leitlinienorientierte Versorgung der chronisch Kranken unter Einbeziehung der sekundärpräventiven Interventionen. Ein differenziertes Eingehen auf bestimmte Untergruppen leisten sie bisher nur partiell. Hier liegt eine wesentliche Aufgabe für die Weiterentwicklung: eine stärker differenzierte Risikostratifizierung, also die Abschätzung des Krankheits- und Komplikationsrisikos für bestimmte Untergruppen und hieran angepasste spezifische Interventionen, kann die DMP-Ansätze verfeinern und zielgenauer gestalten. Denn die meisten Patienten benötigen nur wenig Unterstützung, um ihre Erkrankung selbst in den Griff zu bekommen. Eine zweite, nicht ganz so große Gruppe chronisch Kranker benötigt dagegen eine intensivere, strukturierte Betreuung. Eine dritte, kleine Gruppe bilden die Hochrisikopatienten, für die ein spezielles Fallmanagement angezeigt sein kann. Die intensivere Betreuung führt zu einer höheren Zufriedenheit der Hochrisiko-Patienten und zu einer größeren The-

rapietreue. Notfälle und teure Klinikaufenthalte können vermieden werden. Dies und die stärkere Berücksichtigung von Multimorbidität dürften die Aufgaben der nächsten Jahre sein. Die seit Mitte 2008 gültige indikationsübergreifende Dokumentationssystematik bei den DMPs auf elektronischer Basis bietet hierfür eine gute Grundlage und ist ein Meilenstein für die Vereinfachung und die Standardisierung der Dokumentation in der Arztpraxis generell.

Case-Management-Ansätze werden demnach auch unter dem Dach der DMP an Bedeutung gewinnen. Offen ist derzeit noch, wie sie in Deutschland organisiert werden sollen. Die Rolle des Arztes bleibt zentral. Allerdings haben Ärzte oft zu wenig Zeit, um auf individuelle Probleme der Patienten einzugehen. Eine Alternative ist deshalb der Kontakt über ein Betreuungsteam, das eine Vielzahl von Aufgaben übernimmt, wie zum Beispiel die telefonische Erinnerung an Arzttermine, die telefonische Information über die Erkrankung oder die Beantwortung von Fragen. Ein Betreuungsteam kann in der Arztpraxis angesiedelt sein, die Betreuung kann aber auch über Call-Center erfolgen. In den Vereinigten Staaten gibt es spezialisierte DMP-Anbieter, die Call-Center betreiben und die Betreuung der Patienten übernehmen. Dieses Versorgungsmodell ist allerdings nicht ohne weiteres auf Europa übertragbar. Im deutschen Kontext wird es entscheidend darauf ankommen, wie die Ärzte eingebunden werden, weil die intensivere Betreuung nur eine Unterstützung der ärztlichen Therapie sein kann. In jedem Fall werden diese intensivierten Betreuungskonzepte grundlegende Veränderungen für die Organisation der Arztpraxen in Deutschland mit sich bringen. Die Ergänzung der DMP um ein Case-Management bedeutet keine Abkehr vom populationsbezogenen Ansatz der bisherigen Programme. Die DMP haben starke sekundärpräventive Effekte. Das Case-Management kann nur eine Ergänzung für eine kleine Gruppe von Kranken sein. Bei den Disease-Management-Programmen wird es künftig noch stärker um die Qualität und Effektivität der Versorgung gehen. Die Rahmenbedingungen müssen von der Politik so gesetzt werden, dass eine größere Differenzierung der Programme möglich wird. So können die heutigen DMP sinnvoll ergänzt und weiterentwickelt werden, um chronisch kranke Patienten noch besser zu versorgen.

#### Fußnoten:

- 1 Schmacke, N.: DMP – Notwendigkeit zur Verbesserung der Versorgung oder Bedrohung hausärztlicher Arbeitsweise. In: Z Allg Med 2008, 82, S. 484.
- 2 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Bonn 2007, S. 238.
- 3 Ebd., S. 232.
- 4 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. III: Über-, Unter und Fehlversorgung, Baden-Baden 2002.
- 5 9. RSV-Änderungsverordnung vom 1. März 2004.
- 6 Hauner, H., Köster, J., von Ferber, L.: Ambulante Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus im Jahr 2001. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 128, 2003, Seite 2638-2643.
- 7 Im Bereich der KV Nordrhein waren es z.B. im Jahr 2005 zwischen 82,7 und 84,9% der Patienten. Vgl. Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung (Hg.): Qualitätssicherungsbericht 2005 – Disease-Management-Programme in Nordrhein, Düsseldorf 2006, S. 70.

- 8 Vgl. John, B.: Was haben DMPs in der Hausarztpraxis bewirkt? In: Deutscher Hausärzterverband und AOK-Bundesverband (Hg.), DMP in der Praxis, Hausarztthandbuch zur Behandlung von chronisch kranken Patienten in der Hausarztpraxis, München 2008 (noch nicht veröffentlichtes Manuskript).
- 9 Brenner, G.: Qualitätssicherung DMP. Das Beispiel der Qualitätsberichte zu den nordrheinischen DMP. In: Zukunftsmodell DMP. Erfolge und Perspektiven der Programme für chronisch Kranke, AOK im Dialog, Bd. 21, Bonn 2007, S. 54.
- 10 Ebd. S. 54f.
- 11 Ulrich, W., Marschall, U., Graf, C.: Versorgungsmerkmale des Diabetes mellitus in Disease-Management-Programmen. Ein Vergleich von in die DMP eingeschriebenen und nichteingeschriebenen Versicherten mit Diabetes. In: Diabetes, Stoffwechsel und Herz 6/2007, S. 3-10.
- 12 Willenborg, P., Kolpatzik, K.: Gute Noten für Disease-Management. In: Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 6/2006, S. 40 f.
- 13 Die Ergebnisse der Befragung sind unter [www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de) (Rubrik DMP) veröffentlicht.
- 14 Franke, D.: Praxismanagement. Wie Sie Disease-Management-Programme für chronisch kranke effizient durchführen, Frankfurt/Main und Bonn 2007.
- 15 Bemerkenswert ist, dass die Bewertung der Ärzte an diesem Punkt extrem von der Patientenmeinung abweicht: In einer bundesweiten Befragung von Hausärzten, die am DMP teilnehmen, äußerten nur 22 Prozent der befragten Ärzte die Meinung, dass die Dokumentation zur Information der Patienten beitragen könne (vgl. van Lente, E.J.: Mitmachen lohnt sich. In: Gesundheit und Gesellschaft spezial, Oktober 2006, S. 12).
- 16 Szecsenyi, J.: Besser als die Regelversorgung? Die ELSID-Studie zum Vergleich von optimal umgesetzten DMP, Routine-DMP und Behandlung ohne DMP. In: Zukunftsmodell DMP. Erfolge und Perspektiven der Programme für chronisch Kranke, AOK im Dialog, Bd. 21, Bonn 2007, S. 59ff.
- 17 Willenborg, P., Kolpatzik, K.: Gute Noten für Disease-Management. In: Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 6/2006, S. 40 f.
- 18 Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung (Hg.): Qualitätssicherungsbericht 2005 – Disease-Management-Programme in Nordrhein, Düsseldorf 2006, S. 64.
- 19 Vgl. John, B.: Was haben DMPs in der Hausarztpraxis bewirkt? In: Deutscher Hausärzterverband und AOK-Bundesverband (Hg.), DMP in der Praxis, Hausarztthandbuch zur Behandlung von chronisch kranken Patienten in der Hausarztpraxis, München 2008 (noch nicht veröffentlichtes Manuskript).
- 20 Eine Übersicht findet sich auf der Internetseite des Bundesversicherungsamtes: [www.bva.de](http://www.bva.de), Menüpunkt DMP, Navigationspunkt „Downloads zur Antragstellung“, Anhang 2.

## Gesundheitsrecht und Gesundheitswissenschaften



### Öffentlich-rechtliche Instrumente der Qualitätssicherung im stationären Sektor

Der Umgang des SGB V mit medizinischen Verfahren und Kategorien am Beispiel der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Von Annette Schönig

2008, Band 19, 342 S., brosch., 76,- €, ISBN 978-3-8329-3330-2

Als Beispiel für die Einbettung medizinischer Verfahren in sozialrechtliche Strukturen wird die externe vergleichende Qualitätssicherung analysiert. Im Zentrum steht dabei die Untersuchung der Qualitätsindikatoren als steuerndes Instrument der Leistungserbringung im Rahmen des SGB V.

### Die gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation

Beratung und Unterstützung behinderter Menschen nach dem SGB IX

Von RA Dr. Reza Fakhr Shafaei

2008, Band 18, 276 S., brosch., 58,- €, ISBN 978-3-8329-3207-7

Das Werk befasst sich mit der Funktion und den Aufgaben der gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation und ordnet sie in das Gefüge des Verwaltungs- und Sozialrechts ein. Der Autor beantwortet die vielfältigen und für die Praxis bedeutsamen Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Einführung dieser neuen Institution.

Bitte bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung oder bei Nomos  
Telefon 07221/2104-37 | Fax -43 | [www.nomos.de](http://www.nomos.de) | [sabine.horn@nomos.de](mailto:sabine.horn@nomos.de)

Informieren Sie sich im Internet unter [www.nomos.de](http://www.nomos.de) über weitere Bände dieser Schriftenreihe.



**Nomos**