

Disease Management Programme und Integrierte Versorgung

Vom theoretischen Standpunkt aus betrachtet sind Disease Management Programme und Integrierte Versorgung weitgehend ziel- und inhaltsgleiche Konzepte, die hierzulande mit sehr unterschiedlichen gesetzgeberischen Akzenten versehen wurden. Eine gemeinsame oder vergleichende Bewertung findet aber bislang in der oftmals ideologisch geführten Debatte so gut wie nicht statt. Dadurch wird der Blick nicht nur auf mögliche inhaltliche Verbindungen, sondern auch auf elementare Herausforderungen in der bisherigen Umsetzungspraxis beider Vertragsmodelle verstellt. Diese liegen u. a. in Fragen des einrichtungs-internen Qualitätsmanagements, der Praxisorganisation und ärztlichen Fortbildung. Wer dieses Vakuum ausfüllen wird – die traditionellen ärztlichen Standesorganisationen einerseits oder die Krankenkassen und einzelne Leistungserbringergruppen als „Player“ im Einzelvertragssystem andererseits – dürfte eine entscheidende Frage für die Zukunft innovativer Versorgungsformen in den nächsten Monaten sein.

■ Christian Graf

1. Einleitung

Zwei herausragende gesundheitspolitische Innovationen der letzten Jahre sind Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management Programme, gemäß §§ 137 g und f SGB V) sowie die Integrierte Versorgung nach den Paragraphen 140 a bis d SGB V. Beide Konzepte haben ihre Wurzeln in der Problematik der sektoralen Zergliederung unseres Gesundheitswesens und den damit verbundenen Qualitäts-, Effektivitäts- und Effizienzverlusten. Dementsprechend ist auch die Entwicklungsgeschichte von DMP und Integrierter Versorgung weitgehend eine gemeinsame.

Vor diesem Hintergrund mag es überraschen, dass beide Konzepte bislang hierzulande kaum in einer gemeinsamen oder vergleichenden Sicht diskutiert werden. Während auf der einen Seite die Überreglementierung und „Bürokratie“ der DMP beklagt wird, werden andererseits die Rufe nach Transparenz und Struktur der „politisch gewollten“ Vertragsvielfalt der Integrierten Versorgung lauter.

Welcher Weg – oder vielmehr welche Elemente aus beiden Wegen – letztendlich geeignet sind, um die wesentlichen Ziele der Qualitäts- und Effizienzsteigerung

im Deutschen Gesundheitswesen zu erreichen, ist die Frage. Dabei gilt es auch den individuellen Nutzen der jeweiligen Akteure – wie z.B. Ertragsverbesserung für Leistungserbringer, Erhöhung der Behandlungsqualität und -Zufriedenheit für Patienten sowie Verbesserung der Marktchancen für die Krankenkasse – hinreichend zu berücksichtigen.

Dieser Frage wird im folgenden Beitrag zunächst anhand einer Analyse des gesetzlichen und konzeptionellen Rahmens von DMP und Integrierter Versorgung nachgegangen. Auf dieser Grundlage folgt eine kritische Bewertung der bisherigen Umsetzungspraxis und der Optimierungsmöglichkeiten durch problembezogene Ergänzung der DMP mit Verträgen zur Integrierten Versorgung.

2. Disease Management vs. „Integrierte Versorgung“

2.1 Definition DMP

Entsprechend der Definition der Disease Management Association of America (DMAA) ist Disease Management ein multidisziplinärer, kontinuierlicher Ansatz in der Gesundheitsversorgung für Populationen mit definierten Erkrankungen oder mit einem Risiko, bestimmte Erkrankungen zu entwickeln. Disease Management unterstützt die Verbesserung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, ver-

Dr. rer. soc. Christian Graf, BARMER Ersatzkasse, Wuppertal, Leiter der Abteilung Gesundheits- und Versorgungsmanagement

hindert durch Prävention und evidenzbasierte, kosten-effektive Therapiestrategien die Exazerbation und die Entwicklung von Komplikationen und umfasst einen kontinuierlichen Evaluationsprozess medizinischer, ökonomischer und patientenzentrierter Outcomes. Noch prägnanter formulieren Luginbill et al. Disease Management als „das Maß der Ausprägung, zu der Patienten, Leistungserbringer und andere Mitglieder des professionellen Systems einer rationalen Therapiestrategie folgen“.¹

Im Kern geht es also darum, mit Disease Management u. a. die Prävention und Behandlung einer Krankheit zu verbessern und die durch diese Krankheit bedingten Beeinträchtigungen zu reduzieren. Dies erfordert verbindliche und aufeinander abgestimmte Behandlungs- und Betreuungsprozesse über Krankheitsverläufe und institutionelle Grenzen hinweg, die auf der Grundlage medizinischer Evidenz festgelegt werden.²

Mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 10.12.2001 haben die Krankenkassen bzw. ihre Verbände die Möglichkeit erhalten, die Durchführung solcher strukturierter Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten mit zugelassenen Leistungserbringern auf der Grundlage einer vom Bundesversicherungsamt erteilten Akkreditierung nach § 137 g SGB V zu vereinbaren. Die Akkreditierung verschafft der Krankenkasse das Recht, ihre in DMP eingeschriebenen chronisch kranken Versicherten im Risikostrukturausgleich der Krankenkassen gesondert, anhand der durchschnittlichen Leistungsausgaben aller von der jeweiligen chronischen Krankheit betroffenen und an entsprechenden Programmen teilnehmenden GKV-Versicherten, berücksichtigen zu lassen. Durch diese „RSA-Koppelung“ soll der wesentliche negative Anreiz für Krankenversicherer, spezielle integrierte Versorgungsangebote für chronisch kranke Versicherte wegen befürchteter adverser Risikoselektionseffekte im GKV-Wettbewerb nicht zu entwickeln, ausgeschaltet werden. Stattdessen soll ein Wettbewerb um die bessere Versorgung für die wichtigsten chronischen Volkskrankheiten – bislang Diabetes Typ 1 und 2, Koronare Herzkrankheit, Asthma und COPD sowie Brustkrebs – mit finanziellem Ausgleich der Morbiditätsstruktur von teilnehmenden Versicherten zwischen den Krankenkassen initiiert werden. Betroffene Versicherte sollen aktiv dafür „gewonnen“ werden, eine freiwillige Entscheidung für ein solches Versorgungsangebot zu treffen.

Die Verträge zur Umsetzung der DMP beziehen sich – entsprechend der gesetzlichen Vorgaben – auf die nach dem jeweiligen Versorgungsauftrag zu erbringenden Leistungen sowie darauf, die sektorenübergreifende Koordination von verschiedenen Leistungserbringern sicher zu stellen. Zur Umsetzung von DMP-Verträgen hat der Gesetzgeber auf die Schaffung einer eigenen vertragsrechtlichen Grundlage verzichtet und darauf verwiesen, dass hierfür sämtliche im Vierten Kapitel geregelten Vertragstypen, einschließlich der Vorschriften über die integrierte Versorgung (§§ 140 a ff SGB V), zur Verfügung stehen.²

2.2 Definition Integrierte Versorgung

Integrierte Versorgung wird in der internationalen Literatur u.a. als „gut organisiertes und gut geplantes „Set“ von Gesundheitsdienstleistungen und Versorgungsprozessen für multiple Probleme und Bedürfnisse einzelner oder einer Gruppe von Personen mit ähnlichen Problemen und Bedürfnissen“ definiert.³ Dabei ist die „Integration“ selbst das Wesensmerkmal und prozessuale Ziel, das unmittelbar mit einer verbesserten Outcome-Erwartung bezüglich Versorgungszugang, -qualität, -zufriedenheit und –effizienz verbunden wird. Entsprechend lautet die WHO-Definition:

„Integrated care is a concept bringing together inputs, delivery, management and organization of services related to diagnosis, treatment, care, rehabilitation and health promotion. Integration is a means to improve services in relation to access, quality, user satisfaction and efficiency.“⁴

Innerhalb der großen Spannweite möglicher Integrationsformen wird u.a. zwischen „Produkt-Integration“ und „Institutionen-Integration“ unterschieden. Während die Institutionen-Integration in ihrer idealtypischen Ausprägung die vertikale Integration aller für eine komplexe Gesundheitsversorgung notwendigen Institutionen „unter einem Dach“ meint, bezieht sich die Produkt-Integration vorrangig auf die einrichtungsübergreifende Vernetzung und Prozessoptimierung.³

In der Praxis sind oftmals Mischformen zwischen Produkt-Integration und Institutionen-Integration anzutreffen. Aus der Patientensicht wird dabei das gerne als Idealbild der Integrierten Versorgung angeführte Prinzip des „One-Stop-Shopping“ weniger von der institutionellen Zusammengehörigkeit als von einem abgestimmten Behandlungsweg und durchgängiger Kommunikation aller an der Behandlung beteiligten ärztlichen Disziplinen sowie von ärztlichem und pflegerischem Personal determiniert. So geht beispielsweise aus den US-amerikanischen Erfahrungen mit Managed Care-Systemen hervor, dass produktorientierte integrierte Versorgungssysteme zwischen einzelunternehmerisch agierenden Kliniken und Praxen, die jedoch über verbindliche Koordinationsvereinbarungen und unterstützende Informationssysteme eng miteinander verbunden sind, die vertikalen Integrationsangebote (wie z.B. klassischen HMO) zunehmend vom Markt verdrängen.⁵

Ziel der Integrierten Versorgung ist aus Patientensicht in jedem Fall zunächst die „Produkt-Integration“. Auch hierbei lassen sich wiederum zwei Grundformen unterscheiden. So kann der wesentliche Akzent auf der wirtschaftlichen Leistungsbündelung (Modell „Komplexfallpauschale“) oder auf der indikationsspezifischen Optimierung der Kommunikations- und Koordinationsprozesse – also dem klassischen Disease Management – gelegt werden.³

Disease Management ist damit eine Untergruppe integrierter Versorgungsformen, wobei diese Ausprägung zumindest in der internationalen Literatur den größten Anteil ausmacht. Dafür spricht auch der medizinisch-

qualitativ orientierte Anspruch der Integrierten Versorgung: Wann immer evidenzbasierte Leitlinien, eine laufende Prozess- und Ergebnis-Dokumentation sowie organisierte Qualitätsmanagementprozesse zwischen den beteiligten Leistungserbringern (z.B. Qualitätszirkel, Feedbackberichte) und eine intensivierte Patienteninformation und -beteiligung explizit Gegenstand der Integrierten Versorgung sind, handelt es sich definitionsgemäß um Disease Management.

2.3 Gemeinsame Anforderungen und gesetzgeberische Vielfalt

Als wesentliche Gemeinsamkeit zwischen Integrierter Versorgung und DMP kann somit zunächst festgehalten werden, dass beide Konzepte u.a. auf eine indikations-spezifische Integration von Behandlungsleistungen („Produkt-Integration“) abzielen. Durch die Bündelung und Strukturierung von Behandlungsprozessen soll der Outcome in Form von Behandlungsqualität, Patientenzufriedenheit sowie Effektivität und Effizienz optimiert werden.

Aus ökonomischer Sicht bilden die dadurch ggf. entstehenden Effizienzgewinne zum einen die Finanzierungsbasis für notwendige Investitionen in DMP bzw. der Integrierten Versorgung und sollen zum anderen durch Umverteilung einen finanziellen Vorteil und Anreiz für die Beteiligten generieren. Damit stellen sich für beide Konzepte auch dieselben wirtschaftlichen Grundfragen, nämlich:

1. Kann angesichts der Implementierung evidenzbasierter Leitlinien und rationaler Behandlungsprozesse eine positive Bilanz zwischen Mehrkosten (Vermeidung von Unterversorgung) und Einsparpotenzialen (Vermeidung von Über- und Fehlversorgung) gezogen werden? Wie hoch ist das damit verbundene Verteilungspotenzial, u.a. zur Ertragsoptimierung für teilnehmende Leistungserbringer?
2. Unter welchen Umständen kann das vor allem für Kostenträger relevante Problem der adversen Risikoselektion im Wettbewerb ausgeschaltet werden? Inwiefern müssen die kalkulatorischen Effizienzgewinne um die potenzielle Finanzbelastung durch Attraktion vermeintlich kostenintensiver chronisch kranker Versicherter reduziert werden?

Der erste Fragenkomplex ist angesichts der sektorierten Versorgungs- und Budgetsituation im Deutschen Gesundheitswesen besonders vielschichtig. So kann die wirtschaftliche Bilanz außerhalb der jeweiligen sektoralen Budgets nur unter erschwerten Bedingungen positiv ausfallen, nämlich nur dann, wenn die durch Integrierte Versorgung bzw. Disease Management substituierten ambulanten oder stationären Regelleistungen nicht trotz Nichterbringung von Seiten der Krankenkasse gezahlt werden müssen. So beträgt der gesetzliche Mindererlös-Ausgleich im Krankenhaussektor 40 Prozent jeder in der Budgetplanung enthaltenen, aber nicht erbrachten DRG-

Leistung, während im ambulanten Sektor ohnehin eine feste Gesamtvergütung, unabhängig von der erbrachten Leistungsmenge, zu zahlen ist. Das Geld „folgt“ also nicht der Integrationsleistung, sondern kann dafür allenfalls zusätzlich verwendet werden, wenn entsprechende Finanzmittel auch zu einem großen Teil für die „Nichtleistung“ ausgegeben werden. Damit sind u.a. wirtschaftliche Erfolge in Disease Management Programmen schon vom theoretischen Standpunkt kurzfristig kaum erzielbar, wenn diese Programme innerhalb des kollektivvertraglichen Systems umgesetzt werden.

An dieser Stelle setzen die mit dem Gesundheitssystem-Modernisierungs-Gesetz (GMG) 2004 neu gefassten §§ 140 a bis d SGB V an. Die Regelung ermöglicht die autonome Vertragsgestaltung zwischen einzelnen Krankenkassen und Leistungserbringern, und zwar ausdrücklich außerhalb des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen. Eine sektorübergreifende Zulassung teilnehmender Kliniken und Ärzte wird insoweit ermöglicht, als zugelassene Vertreter beider Sektoren an der jeweiligen Integrierten Versorgung teilnehmen. Zur Überwindung der finanziellen „Undurchlässigkeit“ der sektoralen Budgets wird quasi hilfsweise eine Anschubfinanzierung in Höhe von bis zu 1 Prozent der an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie aller voll- und teilstationären Krankenhausrechnungen eingeführt.

Neben diesen und anderen expliziten „Ausstiegsregelungen“ aus den Zwängen der sektoralen Regelversorgung finden sich in den §§ 140 a-d SGB V nur wenige Vorgaben zur inhaltlichen Gestaltung einer Integrierten Versorgung. Im Unterschied dazu beinhalten die gesetzlichen und untergesetzlichen Vorschriften zur Umsetzung der DMP (§§ 137 g,f SGB V sowie §§ 28b ff. RSAV) ausgesprochen detaillierte Anforderungen, u.a. an die sektorübergreifende Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien, die Dokumentation und Qualitätssicherung.

Der Verzicht auf zusätzliche Reglementierungen in der Integrierten Versorgung kann vor allem dann als sinnvoll angesehen werden, wenn davon ausgegangen wird, dass bereits bestehende Vorgaben der DMP, aber auch die externe Qualitätssicherung und das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement gemäß § 135a ff. sowie weitere vertragsrechtliche Besonderheiten (wie z.B. §§ 73 a-c, § 95, § 115b, § 116b) des SGB V ggf. die inhaltliche Grundlage für die Integrierte Versorgung bilden. Das „Rad“ der Integrierten Versorgung wäre dann nicht neu zu erfinden, sondern mit bestehenden Prozessen intelligent zu „verzahnen“.

Insbesondere enthält die Integrierte Versorgung nach § 140a ff. keine eigenständige Antwort auf den 2. Fragenkomplex der adversen Risikoselektion. Auch hier wird von gesetzgeberischer Seite offenbar angenommen, dass die bereits bestehenden Regelungen mit dem RSA-Reformgesetz durch Einführung der RSA-gekoppelten Disease Management Programme hinreichende Grundlagen für das aktive Bemühen um Versorgungsqualität im Wettbewerb gesetzt haben. Denn nur die Aussicht auf

eine DMP-Einschreibung bietet eine reelle Option, das auch für die Integrierte Versorgung von kostenintensiven, chronisch kranken Patienten relevante Finanzproblem durch Ausgleich der morbiditätsbedingten Kosten dieser Patienten zu lösen. Integriertes Versorgungsmanagement für kostenintensive Patienten ohne adäquaten Risikostruktur-Ausgleich käme nach wie vor dem – seinerzeit in einem Prüfbericht des BVA im Jahr 1998 gepflegten Terminus – "betriebswirtschaftlichen Harakiri der Krankenkasse" gleich⁶.

Während also die gesetzlichen Regelungen zu den DMP insbesondere eine Antwort auf die Anreizproblematik auf Krankenkassenseite bieten, fokussieren die Vorschriften zur Integrierten Versorgung auf den Ausstieg aus kollektivvertraglichen, sektorbudgetären Zwängen und die damit verbundenen wirtschaftlichen Chancen im Sinne einer Verteilung von Effizienzgewinnen. Damit ergänzen sich beide Konzepte wechselseitig und sind streng genommen aus betriebswirtschaftlicher Sicht nur gemeinsam lebensfähig. Beide Konzepte setzen wiederum auf einer Vielzahl von Normen der Regelversorgung auf, die teilweise ebenfalls mit dem Ziel der inhaltlichen Weiterentwicklung und Qualitätsverbesserung des medizinischen Versorgungssystems ins Leben gerufen wurden.

Die gesetzliche Ausgangslage gleicht damit einem kleinteiligen Puzzle verschiedener in sich schwer verständlicher Regelungen, die eigentlich nur in der richtigen Zusammensetzung ein schlüssiges Gesamtbild ergeben. So verweist der zuständige Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium, Franz Knieps, gerne darauf, dass die isolierte Betrachtung der §§ 140 a bis d SGB V zu eng ist. „Der Blick muss auf alle neuen Versorgungsformen ausgeweitet und Änderungen im Vertragsarztrecht, Krankenhausrecht und Kassenorganisationsrecht müssen in eine Gesamtbetrachtung einbezogen werden.“⁷

Für ein umfassendes Verständnis der damit verbundenen gesundheitspolitischen Zielorientierung lohnt schließlich ein Rückblick auf das Gutachten des Sachverständigenrates „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ aus dem Jahr 2001. Dieser hatte seinerzeit dem deutschen Gesundheitswesen Strukturmängel im Hinblick auf die Versorgung bei chronischen Krankheiten attestiert, die in vieler Hinsicht über die bislang angesprochenen Anreizprobleme oder Fragen der Vertragsfreiheit hinausgehen⁸:

- Es dominiert die akutmedizinische, auf organische Veränderungen bezogene Versorgung bereits eingetretener Erkrankungen (*somatische Fixierung*).
- Es mangelt an der notwendigen *Flexibilität* und *Interdisziplinarität* sowie an *verzahnten Behandlungskonzepten*, um die wechselnden Schweregrade und -phasen chronischer Krankheitsverläufe erfolgreich zu bewältigen.
- Unzureichende Schulung, Information und Partizipation der Patienten und ihrer Bezugspersonen führen zu vermeidbarer *Abhängigkeit und Passivität*.

- Existierende *evidenzbasierte Leitlinien* sowie *Grundsätze einer evidenzbasierten Versorgung* werden zu wenig beachtet.
- *Inadäquate Anreizsysteme und Wettbewerbsbedingungen* machen chronisch Kranke für die Krankenkassen und Leistungserbringer zu sogenannten "schlechten Risiken".
- Die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe ist primär an der reinen medizinischen Wissensvermittlung orientiert, anstatt die *speziellen Versorgungsbedürfnisse chronisch Kranker* angemessen zu vermitteln.
- Generell ist eine Stärkung der *Aufklärung und Transparenz* über Behandlungsformen und Einrichtungen, deren Qualität und Kosten erforderlich.

Vor allem die hier angesprochenen professionell und „kulturell“ bedingten Probleme der Gesundheitsversorgung verdienen eine nähere Betrachtung, da letztlich in allen gesetzgeberischen Maßnahmen unterstellt wird, dass diese „weichen“ Faktoren „irgendwie“ von den angestrebten Entwicklungen mitgenommen und in die intendierte Richtung gelenkt werden. Inwieweit das zutrifft und welche Ansatzpunkte für eine direktere Einflussnahme bestehen, soll u.a. Gegenstand der Analyse der bisherigen Umsetzungspraxis in Deutschland sein.

3. Bisherige Umsetzungspraxis der DMP

3.1 Rahmendaten

Zur Umsetzung eines DMP sind jeweils konsentrierte Programmanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), früher Koordinierungsausschuss, erforderlich, die anschließend Gegenstand der Risikostrukturausgleichs-Verordnung (RSAV) werden. Diese Programmanforderungen, insbesondere die Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V, sind jährlich anhand des aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstandes zu überprüfen und ggf. zu aktualisieren. Mit der 4. RSAV-Änderungsverordnung wurden zum 1. Juli 2002 die Programmanforderungen für die DMP Diabetes Typ 2 sowie Brustkrebs erstmals festgelegt. Seither sind weitere 9 RSAV-Novellen hinzugekommen, u.a. wurden die Programmanforderungen für Koronare Herzkrankheit, Diabetes Typ 1, Asthma und COPD definiert, die Dokumentationsinhalte und das Dokumentationsverfahren wurden mehrfach verändert und teilweise erheblich vereinfacht und die Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien wurden für das DMP Diabetes Typ 2 und zuletzt mit der 13. RSAV-Änderungsverordnung für das DMP Brustkrebs aktualisiert.

Auf dieser Grundlage sind seit Anfang 2003 zahlreiche DMP-Verträge auf Landesebene geschlossen und entsprechende Akkreditierungen beim Bundesversicherungsamt (BVA) beantragt worden. Eine aktuelle Übersicht des BVA

zeigt bis 31. Januar 2006 bundesweit insgesamt 6.878 akkreditierte DMP. Diese hohe Zahl entsteht dadurch, dass jede einzelne Krankenkasse für jede Programmart und für jede von dem jeweiligen DMP erfasste Region eine eigene Akkreditierung benötigt. Die allermeisten Programme sind jedoch von den vertraglichen Grundlagen weitgehend inhaltsgleich. In nahezu allen der 17 KV-Bereiche Deutschlands sind jeweils einheitliche und gemeinsame DMP-Verträge für Diabetes Typ 2, Brustkrebs und KHK geschlossen; Verträge für die DMP Diabetes Typ 1, Asthma und COPD kommen sukzessive hinzu.

Nach der amtlichen GKV-Statistik KM6 sind bis Anfang Februar 2,2 Mio. Versicherte (3,1 % aller GKV-Versicherten) in ein DMP eingeschrieben. Dabei ist nach wie vor ein beträchtliches Ost-West-Gefälle zu beobachten: während in den alten Bundesländern 2,8 % der GKV-Versicherten eingeschrieben sind, liegt der Anteil in den neuen Ländern bei 4,9 %. Der größte Anteil entfällt mit 1,8 Mio. Teilnehmern auf das DMP Diabetes Typ 2, während ca. 344.000 Versicherte an einem DMP KHK und 39.000 Versicherte an einem DMP Brustkrebs teilnehmen.

3.2 Bisherige Ergebnisse

Um eine wissenschaftlich fundierte Aussage zu den Ergebnissen der Programme zu erhalten, ist nach dem Gesetz eine Evaluation durchzuführen (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V). Nachdem die Beauftragung der evaluierenden Institute erst Ende 2005 bzw. Anfang 2006 erfolgt ist, wird mit ersten Zwischenergebnissen nicht vor Ende des Jahres 2006 gerechnet.

Erste Ergebnisinformationen liefern hingegen die Qualitätsberichte einiger „Gemeinsamer Einrichtungen“ der Vertragspartner auf Landesebene sowie verschiedene in jüngster Zeit durchgeführte Patientenbefragungen⁹. Qualitätsberichte für die DMP Diabetes Typ 2 und Brustkrebs liegen bislang aus den KV-Bereichen Nordrhein, Westfalen und Bremen vor; Qualitätsberichte für das DMP Diabetes Typ 2 liegen zudem aus Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Thüringen, Sachsen, Hamburg, Hessen, Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern vor¹⁰.

Insbesondere die DMP Diabetes Typ 2 und KHK fokussieren in der vertraglichen Umsetzungspraxis maßgeblich auf die koordinierende Rolle des Hausarztes. Damit geben auch die Datenauswertungen zur Qualitätssicherung, die auf den erhobenen Dokumentationen des koordinierenden Arztes basieren, in erster Linie einen Eindruck über die Umsetzungsqualität bei teilnehmenden Hausarztpraxen wieder.

Ohne im Detail auf die Feststellungen einzelner Berichte einzugehen, lassen sich einige grundlegende Tendenzen feststellen:

- Bluthochdruck ist mit ca. 75 Prozent die häufigste Begleiterkrankungen bei Teilnehmern am DMP Diabetes Typ 2. Die Auswertungen der Erst- und Folgedokumen-

tationen von DMP-Teilnehmern zeigen im Programmverlauf einen zum Teil deutlichen Rückgang der Patientenzahl mit erhöhten Blutdruckwerten (> 140 / 90) und einen hohen Anteil Patienten, deren Bluthochdruck medikamentös behandelt wird.

- Auch für den Langzeit-Blutzuckerwert „HbA1C“ ist tendenziell ein leichter Rückgang der Durchschnittswerte im Programmverlauf sichtbar. Gleichzeitig ist der Anteil leitliniengerechter Arzneimitteltherapie (Monotherapie Glibenclamid, Metformin oder Humaninsulin) höher als mancherorts vermutet. In einigen Berichten zeigt sich im Programmverlauf auch eine Veränderung des Verordnungsverhaltens, z.B. geht der Anteil normalgewichtiger Patienten, die mit Metformin (nicht leitlinienkonform) behandelt werden, zurück.
- Bei nahezu allen Teilnehmern am DMP Diabetes Typ 2 wird mindestens 1 mal jährlich die obligatorische Fußuntersuchung einschließlich Sensibilitäts- und Pulsprüfung dokumentiert. Dabei ergibt sich ein hoher Anteil „auffälliger Füße“, wobei dies u.a. auf die nicht hinreichend einheitliche Anwendung der Begrifflichkeit zurückgeführt wird. Dennoch ist diese offenbar sprunghaft angestiegene Früherkennungsrate im Hinblick auf die epidemiologischen und letztlich auch gesundheitsökonomischen Vermeidungspotenziale von Fuß- und Unterschenkelamputationen bemerkenswert¹¹. Das größte Defizit wird hingegen in der trotz allem geringen Überweisungsrate vom Hausarzt zu einer auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierten Einrichtung gesehen.
- Auch die einmal jährliche augenärztliche Untersuchung (Funduskopie) zur Früherkennung einer diabetischen Retinopathie wird bei mehr als 70 Prozent der Programmteilnehmer durchgeführt.
- In allen Diabetes-Programmen ist eine hohe und weiterhin steigende Schulungsrate der Teilnehmer festzustellen. Während diese für die „klassischen“ Diabetes-Schulungsprogramme bereits vor Programmbeginn bei 40 bis 50 Prozent liegt, sind im Programmverlauf weitere 15 bis 30 Prozent der Teilnehmer zur Wahrnehmung einer Schulung motiviert worden. Auch die Inanspruchnahme des speziellen Hypertonieschulungsangebots ist von anfänglich 2 bis 3 Prozent auf 10 bis 15 Prozent aller Teilnehmer gestiegen. Die Relevanz einer umfassenden Information und Schulung sowie der damit verbundenen Selbstmanagement-Fähigkeiten wurde neuerlich auch im Hinblick auf klinische „Endpunkte“¹² und praxisökonomische Faktoren¹³ unterstrichen.
- Ein großer Teil der Teilnehmer fühlt sich in den DMP besser versorgt und motiviert, mehr für sich zu tun. Dabei ist die qualitätsgesicherte Behandlung das wichtigste Teilnehmeargument (und nicht die Aussicht auf einen finanziellen Bonus).⁹
- Alle vorliegenden Auswertungen zu einem DMP Brustkrebs zeigen einen ausgesprochen hohen Erreichungsgrad aller in den Verträgen festgelegten Qualitätsziele.

So liegt der Anteil brusterhaltender Operationen regelmäßig zwischen 60 und 65 Prozent und auch die notwendigen adjuvanten Therapien (z.B. Bestrahlung, Chemotherapie) werden leitliniengerecht angewendet. Hierbei ist allenfalls kritisch anzumerken, dass bislang überhaupt erst ein sehr geringer Teil aller neuerkrankten Brustkrebs-Patientinnen durch ihre Programmteilnahme von den Datenerhebungen im DMP erfasst werden.

- Zudem steigt in den letzten Jahren der Anteil der Patientinnen mit einer präoperativen Diagnosesicherung in Brustkrebs-Schwerpunktkliniken deutlich an und beträgt aktuell 78 Prozent¹⁴. Dieser Indikator macht deutlich, dass ein wesentlicher Programminhalt, nämlich die Beteiligungsmöglichkeit der Patientin an der Therapieentscheidung durch ein „zweizeitiges Vorgehen“ zunehmend Realität wird.

Insgesamt können also durchaus positive Trends in den DMP ausgemacht werden. Einziger Schwachpunkt, der unmittelbar aus der Qualitätsberichterstattung ablesbar ist, ist die geringe Überweisungsrate von Patienten mit auffälligen Fußbefunden in spezialisierte Einrichtungen. Ob daraus ein generelles Defizit in der fach- und sektorübergreifenden Zusammenarbeit ableitbar ist, lässt sich jedoch bislang nicht sicher beantworten.

Ebenfalls unbeantwortet ist bislang die Frage nach ökonomischen Ergebnissen. Hier lassen sich allenfalls Hochrechnungen, z.B. bezüglich der Vermeidungspotenziale von Folgeerkrankungen durch eine verbesserte Früherkennung anstellen.

Gleichwohl können auch methodische Kritikpunkte gegen die Ergebnisse von DMP-Qualitätsberichten angeführt werden. Zum einen liegen naturgemäß keine Vergleichsdaten von Nichtteilnehmern vor, da für diese eine entsprechende Datengrundlage in Form der kontinuierlichen Verlaufsdokumentation im DMP fehlt. Zum anderen findet ein konsequentes Monitoring der Dokumentationsprozesse in der Praxis bislang nicht statt, so dass Zweifel laut werden, ob die dokumentierten Befunde immer auch den tatsächlichen Behandlungsergebnissen und -prozessen entsprechen¹⁵.

Weiterführend sind an dieser Stelle die Ergebnisse einer aktuellen Befragung von 587 DMP-teilnehmenden und 147 nicht-teilnehmenden Diabetikern durch das Diabetes-Journal.¹⁶ Während die Qualitätsberichte im Rahmen der DMP ausschließlich auf die von Ärzten selbst dokumentierten Daten abstellen, gibt diese Befragung die damit korrespondierende Sichtweise der betroffenen Patienten wieder. Zudem liegt erstmals ein Vergleich von DMP-Teilnehmern mit Nicht-Teilnehmern vor:

- 81 Prozent der Umfrageteilnehmer, die in ein DMP eingeschrieben sind, haben mit ihrem Arzt ein Therapieziel für den Blutzuckerlangzeitwert (HbA_{1c}-Wert) vereinbart; bei den Nichteingeschriebenen sind es nur 64 Prozent.
- An einer Diabetes-Gruppenschulung teilgenommen haben in den letzten drei Jahren knapp zwei Drittel der

Eingeschriebenen, bei den Nichteingeschriebenen sind es nicht einmal die Hälfte. 40 Prozent der Umfrageteilnehmer wussten nicht, dass sie als DMP-Teilnehmer ein Recht auf diese Schulung haben.

- 85 Prozent der Umfrageteilnehmer haben noch nicht an einer Bluthochdruck-Schulung teilgenommen. Von den Eingeschriebenen haben bisher 16 Prozent daran teilgenommen, aber nur etwa 8 Prozent der Nichteingeschriebenen.
- Bei 89 Prozent der Eingeschriebenen wurden einmal im Jahr die Füße kontrolliert, so wie es das DMP vorsieht. Dies geschah nur bei 64 Prozent der Nichteingeschriebenen.

Insgesamt verfestigt sich zunehmend der Eindruck, dass durchaus ein qualitativer Unterschied in der Versorgung durch die DMP feststellbar ist, wenngleich auch innerhalb der DMP noch deutliche Verbesserungspotenziale bezüglich der Prozessqualität und Patienteninformation in den Arztpraxen gegeben sind. Dennoch lässt sich für die Teilnehmer sagen, dass ein Trend in Richtung der stärkeren Beachtung von Grundsätzen einer evidenzbasierten Versorgung und der vermehrten Schulung und Information der Patienten erkennbar ist.

Eine wesentliche Feststellung ist in diesem Zusammenhang, dass es sich bei den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten um eine nicht zufällige Selbstselektion handelt. Während bei den KVen üblicherweise rund 70 Prozent der betreffenden ärztlichen Fachgruppen als Teilnehmer registriert sind, setzen nur ca. 20 bis 30 Prozent die DMP konsequent um. Eigene Auswertungen der BARMER zeigen, dass rund 70 Prozent der teilnehmenden Patienten auf diese „Vieleinschreiber“ entfallen, während etwa ein Drittel der formal teilnehmenden Hausärzte noch überhaupt keinen teilnehmenden Patienten verzeichnen und sich damit auch einer vergleichenden Bewertung in den Qualitätsberichten entziehen.

Eine positive Entwicklung der dokumentierten Qualität könnte daher auch auf die ohnehin größere Bereitschaft und Offenheit für strukturierte Behandlungs- und Betreuungsprozesse sowie die Leitlinieninhalte der DMP bei den aktiv teilnehmenden Ärzten zurückzuführen sein. Dagegen muss der bisherige Fortschritt im gemeinschaftlichen „Umdenken“ der Ärzteschaft, das in Anlehnung an den Sachverständigenrat (s. Kap. 2.3) mit dem Slogan „weg von der somatisch-akutmedizinischen Fixierung und stärkere Orientierung an den speziellen Versorgungsbedürfnissen chronisch Kranker“ zu umschreiben wäre, noch verhalten beurteilt werden. Zumal große Anstrengungen etwa im wichtigen Bereich der Aus-, Weiter- und Fortbildung bei den ärztlichen Standesorganisationen bislang trotz DMP nicht erkennbar sind.

3.3 Anforderungen und Chancen der Arztpraxis

Bekanntermaßen liegen in der „organisatorischen Umsetzbarkeit“ die am häufigsten berichteten Probleme

der DMP. Für viele Ärzte und Funktionäre ist die Formel „Bürokratie = DMP“ mittlerweile schon beinahe Allgemeingut, obwohl die Fakten eine deutlich andere Sprache sprechen:

Einer Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung „zum Aufwand für Bürokratie in Arztpraxen“ aus dem Sommer 2005 zufolge wird der mit Abstand größte Verwaltungsaufwand mit insgesamt 8,6 Mio. Stunden pro Jahr bundesweit für den Einzug der Praxisgebühr aufgewendet. Die Umsetzung der DMP folgt mit jährlich rd. 400.000 Stunden (damit rund 4,6 Prozent des Aufwandes für Praxisgebühr) an dritter Stelle. Dagegen sind 22 Prozent der befragten Ärzte der Meinung, die DMP verursachen den größten bürokratischen Aufwand¹⁷.

Zudem spiegeln die auf Angaben der Befragten basierenden Aufwände für die DMP-Umsetzung offenbar die Praxis einer herkömmlichen Papierdokumentation wider. Während der zeitliche Aufwand für die Erstellung einer Erstdokumentation mit 15 Minuten beziffert wird und bei einer Korrekturquote von 20 Prozent nochmals rd. 10 Minuten je Korrektur gerechnet werden, können diese Aufwände bei elektronischer Dokumentationserstellung auf wenige Minuten je Dokumentation und minimalen Korrekturaufwand (< 2 Prozent) reduziert werden. Zudem kann der größte Teil der DMP-Tätigkeiten durch das Praxispersonal durchgeführt werden. Eine moderne Praxisorganisation vorausgesetzt, erfordert die Umsetzung der DMP also keineswegs die ärztliche Zeit, die dann womöglich für die medizinische Behandlung des Patienten fehlt.¹⁵ Dazu haben nicht zuletzt die Erleichterungen der Dokumentationsvorgaben einschließlich der Möglichkeit einer papierlosen Datenübermittlung von Seiten des Ordnungsgebers (9. und 12. RSAV-Änderungsverordnung) beigetragen.

Die Herausforderung des Disease Managements liegt also in der Prozessoptimierung der Arztpraxis. Dabei geht es nicht nur um die erfolgreiche Bürokratiebewältigung, sondern viel weitergehend um die Einführung eines strukturierten, patientenorientierten Behandlungsablaufs, der speziell auf die Erfordernisse von chronisch kranken Menschen ausgerichtet ist. Kernelemente sind dabei die kontinuierliche Wiedereinbestellung der Patienten, ggf. mit einem praxisinternen Erinnerungs- und Terminmanagementsystem sowie die konsequente Vor- und Nachbereitung des Arzt-Patienten-Kontaktes durch das Praxispersonal. Nicht nur administrative Aufgaben, sondern z.B. auch einfache Untersuchungen (Blutdruck, Fußstatus) und insbesondere die medizinische Aufklärung und Beratung der Patienten kann hierbei weitgehend durch das nichtärztliche Praxisteam geleistet werden.

Wesensmerkmal aller DMP-Verträge ist eine partnerschaftliche Therapiezielvereinbarung zwischen Arzt und Patient, also letztlich die gemeinsame Therapieentscheidung im Sinne von „Shared Decision Making“.¹⁸ Das setzt professionelle organisatorische – und mediengestützte – Behandlungsabläufe, einschließlich Verlaufsdocumentation, voraus. DMP wirkt damit im Sinne einer Prozess-

optimierung in der Praxisorganisation unmittelbar auf die Behandlungsqualität und Patientenorientierung bei chronischen Krankheiten. Diese Herausforderung gilt es zu bewältigen, wenn u.a. auch die beschriebenen „bürokratischen Hürden“ des DMP gemeistert werden sollen.

Diesen Anforderungen stehen unterdessen erhebliche finanzielle Chancen für teilnehmende Ärzte gegenüber. Durch nicht budgetierte Extravergütungen für Erst- und Folgedokumentationen sowie für Schulungsleistungen können in einer durchschnittlichen allgemeinärztlichen Praxis je nach KV-Region zwischen 15.000 und 20.000 Euro pro Jahr hinzuverdient werden.¹⁹ Zudem bietet die strukturierte und vorausschauende Behandlungssteuerung in den DMP für die großen Patientengruppen der Herz- und / oder Zuckerkranken weitere Potenziale der Ertragsoptimierung innerhalb der „Regelversorgung“ nach dem EBM. Nach einer aktuellen Studie von Lippmann-Grob et al. benötigen aufgeklärte Patienten eine geringere Zahl von Arztbesuchen, nämlich durchschnittlich nur 9,1 Besuche pro Jahr, die unaufgeklärten waren dagegen im Schnitt 19,4 mal pro Jahr beim Arzt. Dafür dauerte das Arztgespräch bei aufgeklärten Patienten im Durchschnitt 2,3 Minuten länger (17,8 vs. 15,5 Minuten). Der Faktor „Patientenaufklärung“ wird in dieser Studie anhand der Kriterien „Schulung besucht“, „Gesundheitspass vorhanden“ und „HbA1c-Wert bekannt“ bewertet.¹³ Ganz entscheidend dürfte dabei das Maß der „organisierten Patienteninformation“ im oben dargestellten Sinne sein.

Diese Potenziale im Hinblick auf die Optimierung des wirtschaftlichen Ertrags, der Behandlungsqualität bei Chronikern, der Patienten- und schließlich auch der Mitarbeiterzufriedenheit in der Arztpraxis sind bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Es stellt sich die Frage, inwieweit die seit Anfang 2006 in Kraft gesetzte „Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses²⁰ ein geeignetes Vehikel für die nötige Organisationsentwicklung in Arztpraxen sein könnte. Hier könnte die – bislang über weite Strecken der DMP-Umsetzung vermisste – aktive Förderung durch Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern einsetzen. Zugleich bietet dieses Feld aber auch neue Betätigungschancen für die unmittelbare inhaltliche Gestaltung durch die Krankenkassen, z.B. im Rahmen von Direktverträgen zur Integrierten Versorgung.

4. Umsetzung der Integrierten Versorgung

4.1 Was kann die Integrierte Versorgung zur Optimierung der DMP leisten?

Während durchaus positive Trends im bisherigen Verlauf der DMP erkennbar sind, betreffen die feststellbaren Defizite in erster Linie Fragen der innerärztlichen und kollektivvertraglichen Steuerung bzw. des „sektoralen Denkens“ in der Regelversorgung. Zielgerichtete ärztliche Fortbildung und Organisationsentwicklung ist bislang ebenso wenig etabliert wie die Förderung unternehmeri-

scher Verbünde zwischen Praxen und ggf. Kliniken, die gemeinsam in den Wettbewerb um Versorgungsqualität und –effizienz treten.

Somit könnten wirksame Impulse zur Belebung der DMP durch Verträge der Integrierten Versorgung nach den §§ 140 a-d SGB V erwartet werden. Mit Einführung des Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetzes (GMG) 2004 schien dies auch zunächst beabsichtigt, wurden doch neben den §§ 140 a-d weitere Möglichkeiten zur Vereinbarung von DMP-Verträgen außerhalb des KV-Systems, etwa mit der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser (§ 116 b SGB V), explizit eröffnet. Die Umsetzungspraxis hat hingegen sehr schnell gezeigt, dass eine umfassende DMP-Vereinbarung ohne oder gegen die KV und die anderen Kassen (-arten) auf Landesebene kaum politisch durchsetzbar war.

Eine vollständige Umsetzung eines DMP mittels Integrierter Versorgung trifft zudem auf zahlreiche praktische Probleme, die u.a. im Zusammenhang mit der notwendigen Akkreditierung durch das BVA schnell zum K.O.-Kriterium werden können: So müssen nicht nur alle beteiligten ärztlichen Fachgruppen, sondern auch Kliniken und Rehabilitationskliniken in einen Direktvertrag einbezogen werden. Der Vertrag erhält seine Gültigkeit nur für die Regionen, in denen die Versorgung nachweislich durch eine hinreichende Anzahl teilnehmender Leistungserbringer sichergestellt ist. Schließlich ist der komplizierte Datenfluss entsprechend der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) zu regeln und eine entsprechende neutrale Datenstelle mittels öffentlicher Ausschreibung zu beauftragen.

Eine praktikable Variante liegt hingegen darin, den Kollektivvertrag des DMP mit speziellen Direktverträgen zur Integrierten Versorgung zu kombinieren. Das DMP ist damit die inhaltliche und organisatorische Basis, auf der gezielte Maßnahmen zur qualitativen und wirtschaftlichen Optimierung im Wettbewerb vereinbart werden können. Die Inhalte des Direktvertrages dürfen dabei jedoch nicht im Widerspruch zu den Programmanforderungen in den DMP stehen. Hingegen können ergänzende Steuerungsziele zur Konkretisierung der sektorübergreifenden Zusammenarbeit, z.B. zur Vermeidung stationärer Koronarangiographien, vereinbart und mit durchgängigen Behandlungspfaden zwischen den beteiligten Kliniken und Praxen unterlegt werden.²¹

Auch die Vereinbarung ergänzender Qualitätssicherungs- und Fortbildungsmaßnahmen sowie die Einführung eines programmbezogenen einrichtungsinternen Qualitätsmanagements kann diese Ziele unterstützen und würde damit substanziell über den DMP-„Basis“-Vertrag hinausgehen. Damit könnten die beschriebenen Defizite in Fragen der praxisinternen Prozessoptimierung gezielt aufgegriffen und deren Behebung zu einem Kernelement im Hinblick auf die Erreichung von qualitativen und wirtschaftlichen Zielen der Integrierten Versorgung werden. Denn letztlich stellen sich ähnliche organisatorische Anforderungen für teilnehmende Praxen in den DMP wie in einer integrierten Versorgung. Insbesondere die praxis- und ggf. sektor-

übergreifende Kooperation und gemeinsame Prozessgestaltung setzt funktionierende Prozesse bei jeder teilnehmenden Praxis bzw. Klinik voraus.

Insgesamt sollte ein hoher Anteil an Verträgen zur Integrierten Versorgung, die bezüglich der Indikationsgebiete oder Patientengruppen einen mehr oder weniger engen DMP-Bezug aufweisen, erwartet werden. Dafür spricht nicht nur die bereits dargelegte betriebswirtschaftliche Rationalität, die auch stets eine Antwort auf das Problem der „adversen Risikoselektion“ verlangt. Vielmehr sollte auch die Tatsache, dass es sich bei den ausgewählten DMP-Indikationen um die großen „Volkskrankheiten“ mit dem größten Potenzial im Hinblick auf die Verbesserung der Versorgungsqualität und –wirtschaftlichkeit handelt, dazu führen, dass diese Indikationen eine bedeutende Rolle bei der problembezogenen Versorgungsoptimierung im Rahmen der Integrierten Versorgung einnehmen.

4.2 Angebotsspektrum und DMP-Relevanz

Das Angebotsspektrum der Integrierten Versorgung in der GKV umfasst bislang rund 2.000 Verträge aus nahezu allen medizinischen Fachgebieten.²² Das mit Abstand häufigste Themenfeld ist die Knie- und Hüft-Gelenksversorgung mit bundesweit 567 Verträgen. Auf Herz- und Kreislauferkrankungen entfallen 148, auf Krebserkrankungen 88, auf Atemwegserkrankungen 27 und auf Diabetes 26 Integrationsverträge. Damit weisen rund 200 bis 250 Verträge einen direkten oder indirekten DMP-Bezug auf (Tabelle 1).

Weiterhin sind bundesweit 19 hausarztbasierte Integrationsverträge geschlossen. Diese Verträge decken in der Regel das gesamte Indikationsspektrum der hausärztlichen Versorgung ab, so dass auch hier durchaus ein Bezug zu DMP-Indikationen wie etwa Diabetes und KHK abgeleitet werden kann. Immerhin sind rund 25 Prozent der Patientinnen und Patienten einer durchschnittlichen Hausarztpraxis von mindestens einer dieser Krankheiten betroffen.¹⁹

Rund 3,1 Mio. GKV-Versicherte sind bislang als Teilnehmer an einer Integrierten Versorgung registriert. Davon entfallen schätzungsweise 2,5 Mio., d.h. mehr als 80 Prozent aller Teilnehmer auf hausarztbasierte Programme.²³ Damit dürfte der Anteil der an einer Integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten, deren Versorgung aufgrund des Krankheitsbildes „DMP-relevant“ ist, hochgerechnet bei ca. 20 Prozent (620.000 Patienten) liegen.

Bei näherem Hinsehen kann also durchaus ein relevanter praktischer Zusammenhang zwischen Angeboten der Integrierten Versorgung und Disease Management Programmen festgestellt werden. Allerdings handelt es sich dabei eher um eine indirekte Verbindung, die durch die besondere faktische Bedeutung der Hausärzte in der integrierten Versorgung und in den DMP zustande kommt.

Tabelle 1: Inhalte und Häufigkeiten von Integrationsverträgen nach Kassenarten

	Gesamt	davon			
		AOK	BKK	IKK	VdAK/ AEV
Hüft- und Kniegelenke	567	8	322	8	229
Ambulante Operationen	211		110	1	97
Orthopädie	169	3	113	5	48
Herz- und Kreislauferkrankungen	148	10	51	7	80
Chirurgie	127	2	105	5	15
Bandscheiben, Rückenschmerzen	92	4	20	2	66
Krebserkrankungen	88	10	45	1	32
Psychische Erkrankungen	83	6	18	1	58
Muskel- und Skeletterkrankungen	64	1	48	2	13
Gynäkologie	57	1	35	6	15
Gefäßerkrankungen	55	3	31	1	20
Schwangerschaft	40		33	1	6
Augenerkrankungen	31	1	13	3	14
Atemwegserkrankungen	27		4	1	22
Diabetes mellitus	26	4	19		3
Alzheimer, Parkinson, Multiple Sklerose	25	1	1	1	22
Urologie	21	2	13	2	4
Rheuma	20	1	5	1	13
Hausarztbasierte Versorgung	19	5	8	2	4
HNO	18		13	1	4
Essstörungen	18		14	1	3
Schmerztherapie	16	1	5	1	9
Schlaganfall	13	1		1	11
Behindertenhilfe	12	1	7	1	3
Homöopathie	11		10	1	
Wundmanagement	10	2	7	1	
Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit	9	3		1	5
Tinnitus	8		5	1	2
Kopfschmerzen und Migräne	7	1		1	5
Pflegeheimbewohner, Demenz	7	3		3	1
Arzneimittelversorgung	6	1	5		
Darmerkrankungen	4		3	1	
Hauterkrankungen	4	1	2	1	
Osteoporose	3	2		1	
Zahnbehandlung	3		3		
Ambulante Hospizbetreuung	2		1		1
Palliativmedizin	2	2			
AIDS	1		1		

Quelle: Frank Müller, BARMER, nach Krankenkassenratgeber.de (Stand 04/06)

Integrationsverträge im Sinne einer indikationsspezifischen Versorgung bei einer der DMP-relevanten Krankheitsbilder sind hingegen bislang die Ausnahme. Wie andere indikationsspezifische Integrationsverträge haben diese Programme mit zahlreichen Anlaufschwierigkeiten zu kämpfen. So zeigen erste Qualitätsberichte aus einzelnen Projekten der Integrierten Kardiologischen Versorgung, dass erst nach einer Anlaufphase von ca. einem halben Jahr eine deutliche Steigerung der Teilnehmerzahlen erreicht wurde. Die größten Umsetzungshindernisse sind einer Mitgliederbefragung eines Ärztenetzes zufolge das Verfahren der Einschreibung und Dokumentation sowie die Umsteuerung auf das teilnehmende Krankenhaus. Mehr als 80 Prozent der befragten Netzärzte halten dabei die Koppelung an das DMP KHK für sinnvoll; als eine netzinterne Maßnahme zur Weiterentwicklung werden nun die DMP-Dokumentationen auch für das Qualitätsmanagement innerhalb der Integrierten Kardiologischen Versorgung genutzt.²⁴

Bislang liegen nur wenige veröffentlichte Informationen zu den qualitativen und wirtschaftlichen Effekten der Integrationsverträge vor. Da eine Berichterstattung über Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Integrierten Versorgung nicht verpflichtend ist, können auch einzelne Praxisbeispiele nicht als repräsentativ angesehen werden. Allerdings zeigen die bislang überlieferten Informationen, dass die praktischen und organisatorischen Umsetzungsfragen, gerade auf der Ebene der einzelnen Arztpraxis zumeist unterschätzt werden. Dies gilt auch für hausarztbasierte Angebote, die zwar eine hohe Resonanz bei der Patientenrekrutierung erreichen, deren Steuerungserfolge aber mitunter noch kaum messbar sind.

Damit reift bei manchen Akteuren der Integrierten Versorgung so langsam die Erkenntnis, dass größere Investitionen in den Bereich der einrichtungsinternen und einrichtungsübergreifenden Organisationsentwicklung und damit auch in die projektbezogene ärztliche Fortbildung investiert werden müssen. U.a. gilt es, das richtliniengemäße einrichtungsinterne Qualitätsmanagement im Sinne von „Fördern und Fordern“ auch als Voraussetzung für das einrichtungsübergreifende Qualitätsmanagement einer integrierten und strukturierten Versorgung zu verankern. Damit ist schließlich auch eine stärkere inhaltliche Profilschärfung neuer Versorgungsformen verbunden, um den angestrebten fundamentalen Wandel von einer vorwiegend akutmedizinischen Ausrichtung hin zur vorausschauenden, kontinuierlichen Betreuung und Versorgungssteuerung von chronisch kranken Menschen auch praktisch zu erreichen.

Unterdessen zeichnet sich ein neues Spannungsfeld ab, nämlich in der „Zuständigkeitsfrage“ für ärztliche Fortbildung und Qualitätsmanagement. Während das kollektivvertragliche System auch in der Steuerung der DMP nicht die Kraft für hinreichende Innovationsimpulse aufzubringen scheint, müssen sich auch die Partner der Direktverträge auf diesem Gebiet erst bewähren. Allerdings hat die Möglichkeit des Direktvertrages im Rahmen der Integrierten Versorgung ohne Zweifel dort, wo sie bislang

aktiv genutzt wurde, eine neue „Unmittelbarkeit“ in Verhandlungssituationen und damit letztlich sehr viel gegenseitiges Verständnis und eine neue Kultur im Umgang zwischen Ärzten und Krankenkassen jenseits der Funktionsebenen erbracht. Damit ist jetzt eine Basis geschaffen, gezielter und vorbehaltloser als bisher die praktischen Probleme in den Versorgungsabläufen anzugehen.

5. Fazit und Ausblick

Disease Management Programme und Integrierte Versorgung gehören zusammen. Dieses Fazit lässt sich nicht nur wegen der konzeptionellen Nähe, sondern auch aufgrund der komplementären Steuerungsmechanismen der entsprechenden Gesetzesgrundlagen ziehen. Während die DMP durch ihre Koppelung an den Risikostrukturausgleich der Krankenkassen vorwiegend auf dem notwendigen Ausgleich der Finanzbelastungen für die Versorgung von chronisch kranken Versicherten gründen, sieht die Integrierte Versorgung eine Förderung der sektorübergreifenden Durchlässigkeit von Leistungen und Finanzmitteln sowie von Vertragsvielfalt und –wettbewerb vor. Aus ökonomischer Sicht sind beide Ansätze zwingende Voraussetzung für lohnende Investitionen in neue Versorgungsformen.

Zur Umsetzung der DMP bestehen in den §§ 137g und f SGB V enge inhaltliche Vorgaben, etwa an Leitlinienorientierung und Qualitätssicherung, wohingegen die Integrierte Versorgung gemäß §§ 140 a-d SGB V hier keinerlei Reglementierung vorsieht. Damit „Entbürokratisierung“ nicht in „Beliebigkeit“ umschlägt, erscheint ein direkter inhaltlicher Bezug, ggf. auch im Gesetzestext, sinnvoll. In jedem Fall sollte die Einführung von Mindeststandards für eine obligatorische Qualitätsberichterstattung in der Integrierten Versorgung erwogen werden.

Die bisherige Analyse der DMP zeigt einen insgesamt durchaus positiven Trend in der Behandlungsqualität und der Patientenzufriedenheit. Gleichzeitig erscheinen strukturelle Verbesserungen bei der sektorübergreifenden Zusammenarbeit und der gemeinsamen Versorgungssteuerung im Hinblick auf die Erzielung von wirtschaftlichen Effekten notwendig. Zudem nimmt nur ein kleiner Teil der Ärzteschaft aktiv an den DMP teil, und es spricht vieles dafür, dass auch nur eine Minderheit unter den Arztpraxen gegenwärtig dazu in der Lage ist, die organisatorischen Anforderungen einer strukturierten und kontinuierlichen Versorgungskoordination und -dokumentation professionell zu bewältigen.

Die feststellbaren Defizite betreffen in erster Linie Fragen der kollektivvertraglichen Steuerung. Wirksame Impulse zur Belebung der DMP durch Verträge der Integrierten Versorgung nach den §§ 140 a-d SGB V wären daher zu begrüßen. Um eine reelle Chance für die direktvertragliche DMP-Umsetzung zu eröffnen, sollte insoweit auch über eine deutlich weniger formalisierte Zulassungspraxis nachgedacht werden.

Wie in den DMP fehlen auch in der Integrierten Versorgung bislang über weite Strecken prozessbegleitende Fortbildungsmaßnahmen sowie eine umfassende Organisationsentwicklung innerhalb und zwischen den einzelnen Arztpraxen und Kliniken. Ob und inwieweit das „einrichtungsinterne Qualitätsmanagement“ – sozusagen als Voraussetzung für einrichtungsübergreifendes Qualitätsmanagement – von den traditionellen ärztlichen Standesorganisationen „besetzt“ wird oder ob hier tatsächlich eine neue Dimension der inhaltlichen Kooperation zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen Gruppen von Leistungserbringern entsteht, dürfte eine zentrale Frage für die Entwicklung innovativer Versorgungsformen in den nächsten Monaten sein.

Fußnoten

- 1 LAUTERBACH, K. Disease Management in Deutschland - Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation. Gutachten im Auftrag des VdAK / AEV. Köln (2001), S. 22
- 2 vgl. Begründungstext des Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV 2002
- 3 AMELUNG, V., JANUS, K., Modelle der integrierten Versorgung im Spannungsfeld zwischen Management und Politik. In: KLAUBER, J., ROBBA, B.P., SCHELLSCHMIDT, H. (Hrsg.): Krankenhausreport 2005. Schattauer, Stuttgart, S. 13 ff.
- 4 GRÖNE, O. & GARCIA-BARBERO, M.: Integrated Care – A Position Paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. In: International Journal of Integrated Care, 2001, 1 (3) (<http://www.ijic.org>)
- 5 JACOBS, K., SCHULZE, S., Managed Care und integrierte Versorgung in den USA – Erfahrungen und Lehren für die Diskussion in Deutschland. In: KLAUBER, J., ROBBA, B.P., SCHELLSCHMIDT, H. (Hrsg.): Krankenhausreport 2005. Schattauer, Stuttgart, S. 81 ff.
- 6 JACOBS, K., RESCHKE, P., CASSEL, D., WASEM, J. et al., Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Endbericht 2001, S. 47
- 7 KNIIPS, F., Perspektiven der integrierten Versorgung in Deutschland – Der Ordnungsrahmen der GKV und die Aufgabe der Integration aus Sicht der Politik. In: KLAUBER, J., ROBBA, B.P., SCHELLSCHMIDT, H. (Hrsg.): Krankenhausreport 2005. Schattauer, Stuttgart, S. 27 ff.
- 8 SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001
- 9 Die Ergebnisse einer Telefonbefragung von 1.000 teilnehmenden Versicherten der AOK Baden-Württemberg sind erhältlich unter www.dmp-aok.de. Eine Versichertenbefragung der BARMER in der Region Neubrandenburg erscheint demnächst in der Zeitschrift „Sozial und Präventivmedizin – Journal of Public Health“ (ELKELES, TH., HEINZE, S., EIFEL, R.: Evaluation eines DMP für Diabetes mellitus Typ 2 mittels einer Versichertenbefragung bei einer Krankenkasse in Deutschland.)
- 10 Qualitätsberichte der Gemeinsamen Einrichtungen sind auf den Internet-Seiten der jeweiligen KV veröffentlicht oder über die jeweiligen Landesverbände der Krankenkassen erhältlich. Ansonsten wird auf zusammenfassende Zeitschriftenberichte verwiesen, z.B. WILLMS, B., Qualitätsbericht DMP Typ 2 veröffentlicht. In: Diabetes-Forum 10/2005, S. 40
- 11 RASPE H, SAWICKI P, SCHMACKE N.: Sind vorliegende Disease Management Programme für Diabetes wirklich unnötig? In: GGW 2/2004, S. 23-31
- 12 MARTIN, S., SCHNEIDER, B., HEINEMANN, L, LODWIG, V., KURTH, H.J., KOLB, H, SCHERBAUM, W.A., Blutzuckerselbstkontrolle bei Typ-2-Diabetes und Langzeit-Ergebnis: Eine epidemiologische Kohortenstudie. Sonderdruck, Deutsche Übersetzung aus: Diabetologia (2006) 49:271-278
- 13 LIPPMANN-GROB, B., HILLENBRAND, H., KOLONKO, B., VOGELMANN, M., Diabetikerversorgung in Baden-Württemberg. In: Diabetes, Stoffwechsel und Herz, 1/2006, S. 21 ff.
- 14 TUSCHEN, G., CLAUS, D., NOTHACKER, M., WBC-Benchmarking-Bericht 2005. In Druck
- 15 FRANKE, D.: DMP: Untersuchungen nur auf dem Papier? In: Diabetes-Forum 2/2006, S. 62 ff.
- 16 Pressemitteilung des Kirchheim-Verlags vom 29.03.2006
- 17 KBV, Umfrage zum Aufwand für Bürokratie in Arztpraxen. Ergebnisbericht September 2005
- 18 KLEMPERER, D., ROSENWIRTH, M., Shared Decision Making: Konzepte, Voraussetzungen und politische Implikationen. Veröffentlichungsreihe der Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh 2005
- 19 Nach Ergebnissen der Hydra- bzw. DETECT-Studie sind 16–18 % der Patienten einer durchschnittlichen Hausarztpraxis Diabetiker und rund 12 % weisen eine gesicherte „KKH“ auf. (JARRE, F., BÖHLER, S., KLOTSCH, J., PIEPER, L., GLAESMER, H., ZEIER, A. M., SILBER, S., WITTCHEN, H.-U. & KIRCH, W., Häufigkeit koronarer Herzkrankheiten in hausärztlichen Praxen: Ergebnisse der DETECT-Studie. 1. Nationaler Präventionskongress, Dresden, 01.-02. 12. 2005 <http://www.detect-studie.de/publikationen/abstract-jarrepraeventionskongress.pdf>; LEHNERT, H. ET AL., Prävalenz und Pharmakotherapie des Diabetes mellitus in der primärärztlichen Versorgung. Dtsch Med Wochenschr. 130 (2005): 323-328)
- 20 Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 i. V. m. § 136 a S. 1 Nr. 1 2. Alt. SGB V
- 21 GRAF, C., Kontinuierliche Versorgung chronisch Herzkranker – ein Zukunft weisendes Sektoren übergreifendes Versorgungsprojekt. In: HELLMANN, W. (Hg.), Handbuch Integrierte Versorgung. 1. Erg.Lfg. 12/04, Ecomed, Landsberg
- 22 ausführlicher in: HELLMANN, W. (Hg.), Handbuch Integrierte Versorgung. 2. Erg.Lfg. 06/06 (in Druck), Ecomed, Landsberg
- 23 Schmitt, N., Umsetzungsstand der Integrierten Versorgung nach zwei Jahren. In: HELLMANN, W. (Hg.), Handbuch Integrierte Versorgung. 2. Erg.Lfg. 06/06 (in Druck), Ecomed, Landsberg
- 24 Befragung des Ärztenetzes Raniq im Rahmen des BARMER-Vertrages „Integrierte Kardiologische Versorgung“ in Recklinghaus (Mai 2005, unveröffentlicht)