Prof. Dr. habil. Lilia Waehlert
Prof. Dr. Karel Kostev

Therapieziel antihypertensiver Behandlung und Teilnahme an integrierten Versorgungsprogrammen

Zusammenfassung

Background: Der Beitrag untersucht, inwiefern Integrierte Versorgungsprogramme, genauer Disease-Management-Programme, zu einer Verbesserung der Qualität in der Patientenversorgung führen. Ziel der Studie ist es, eine kassen-, programm- und regionsunabhängige quantitative Analyse von Qualitätseffekten von Patienten von DMP-Programmen und solchen der Regelversorgung durchzuführen.

Methoden: Daten aus der repräsentativen Disease Analyzer-Datenbank von IMS Health wurden für die Studie verwendet. Eingeschlossen wurden Patienten, die eine gesicherte Hypertonie-Diagnose aufweisen und in der Zeit zwischen Januar 2010 und Dezember 2012 mit einer antihypertensiven Therapie begonnen haben. Die primäre Zielgröße der Studie war die Veränderung der Blutdruckwerte nach mindestens sechs Monaten antihypertensiver Behandlung. Zur Bewertung dieser Zielgröße wurde der Anteil der Patienten mit einem Blutdruck von unter 140/90 in der Zeit zwischen Tag 183 und Tag 365 nach Behandlungsbeginn (Indexdatum) ermittelt. Um Störfaktoren zu beseitigen, wurde ein One-To-One-Matching basierend auf einem Propensity-Score durchgeführt.

Ergebnisse: 1.317 Patienten mit Teilnahme am integrierten Versorgungsprogramm (IVP) und 1.317 Patienten ohne Teilnahme standen nach dem Propensity-Score-Matching für weitere Analysen zur Verfügung. In beiden Gruppen waren Patienten sehr ähnlich im Bezug auf demographische Variablen sowie antihypertensive Therapie. Der Anteil der Patienten mit Blutdruckwerten <140/90 nach einem Behandlungsjahr betrug 33,6% in der Gruppe der IVP-Teilnehmer und 22,7% bei den Patienten, die nicht an einem solchen Programm teilnahmen (p<0,0001). Die Chance, das Behandlungsziel zu erreichen, war in der Gruppe der Patienten, die an einem Disease-Management-Programm teilnahmen, signifikant höher (OR: 1,73; 95% KI: 1,45-2,05).

Schlussfolgerung: Es zeigt sich, dass Teilnehmer von DMP-Programmen eine signifikant bessere Chance haben, das Therapieziel zu erreichen. Damit kann ein positiver Effekt von Integrierten Versorgungsprogrammen auf die Qualität festgestellt werden.

Schlüsselwörter

Integrierte Versorgung, DMP, Qualitäts- und Kosteneffekte, Hypertonie, Blutdruck

Integrierte Versorgungsmodelle sind in Deutschland gesetzlich und politisch gefördert. Ziel derartiger Modelle ist es, zu einer Optimierung der qualitativen und wirtschaftlichen Patientenversorgung beizutragen, indem die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern innerhalb und zwischen den Sektoren ambulant, akutstationär, Rehabilitation und Pflege gefördert wird. Aufgrund des anhaltenden Kostendrucks im deutschen Gesundheitssystem sollen Redundanzen und Reibungsverluste zwischen den Akteuren abgebaut und die Sozialkassen entlastet werden. Wesentliches Merkmal von Integrierten Versorgungsmodellen ist es, dass Anbieter, Nachfrager und Kostenträger auf Grundlage von selektiven Verträgen und auf freiwilliger Basis einen individuellen Vertrag abschließen (vgl. §§140a und b SGB V). Damit hat der Gesetzgeber eine Abkehr vom Kollektivvertragssystem geschaffen, um mehr Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu fördern. Insbesondere den Kassen eröffnet sich hierdurch die Möglichkeit, die Leistungserbringer nach eigenen Kriterien auszuwählen, Vergütungssysteme zu verhandeln und somit Leistungsfinanzierung und Leistungserfüllung unter einem Dach zu vereinheitlichen (vgl. Amelung 2009, S.6f.). Die Folge ist eine Veränderung der Rollen in der traditionellen Dreiecksstruktur von Kasse – Leistungserbringer – Patient. Für die Leistungserbringer ergibt sich der Vorteil, sich im Wettbewerb durch das Angebot besonderer Behandlungsprogramme zu profilieren und zu professionalisieren. Ein Nachweis guter Qualität und Reputation rückt somit für die Leistungserbringer in den Blickpunkt des Interesses. Für die Patienten ergeben sich Vorteile durch eine abgestimmte Behandlung und Qualität durch zum Beispiel integrierte Behandlungspfade (Waehlert/Wagner/Czap 2010) sowie mögliche Boni/Rabatte oder andere verbesserte Konditionen durch die Kostenträger durch Teilnahme an Integrierten Versorgungsmodellen. Dafür geben die Patienten zumeist die freie Arztwahl auf und verpflichten sich zur Anerkennung der Leistungssteuerung im vorgegebenen Vertrag.

>> Unter Integrierte Versorgungsmodelle fallen dabei eine ganze Reihe unterschiedlicher Ansätze (vgl. Schreyögg/Weinbrenner/Busse 2010, S.106f.). Neben den erwähnten Integrierten Versorgungsverträgen nach § 140 a-d stellen sogenannte Disease-Management-Programme (DMP-Programme) nach §§137f-g und §116b Abs.1 einen wichtigen Baustein zur Verbesserung kooperativer Strukturen zwischen den Sektoren und zur ambulant stationären Versorgung durch Krankenhäuser dar. Wie aus einschlägigen Erhebungen bekannt ist, entfallen 80 % der Kosten auf 20 % der Versicherten, wobei Patienten mit chronischen Erkrankungen einen großen Anteil dieser Kosten ausmachen (vgl. Bundesversicherungsamt, S.3). Gekoppelt mit dem Alter entfallen 47 % der Krankheitskosten pro Jahr und Einwohner auf Patienten, die älter als 65 Jahre sind (vgl. Statistisches Bundesamt 2010). Als Konsequenz ergibt sich die Notwendigkeit, insbesondere „teure" Patientengruppen qualitativ besser zu betreuen.

Hier setzen Disease-Management-Programme an. Es handelt sich um strukturierte Behandlungsprogramme, bei denen die strukturierte und systematische Behandlung des Patienten nach den Anforderungen seiner Krankheit im Mittelpunkt steht. Merkmale solcher Programme sind die Betreuung des Patienten über den gesamten Krankheitsverlauf, die koordinierte Leistungserstellung über Sektorengrenzen hinweg sowie die Anwendung gesicherter medizinischer Erkenntnisse zur Behandlung (vgl. Amelung 2009, S.19; Greilich et al. 2002, S.1; Schreyögg/Weinbrenner/Busse 2010, S.115ff.). Im Mittelpunkt steht dabei die Prävention. Dies folgt der Überlegung, bei besonders gefährdeten und teuren Patientengruppen durch ein gezieltes Betreuungsprogramm Risiken und mögliche Komplikationen frühzeitig zu erkennen und zu vermeiden.

Lassen sich aus theoretischer Sicht eine ganze Reihe von Gründen anführen, die aus Kostengründen für eine Behandlung von chronisch kranken Patienten im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme sprechen, so mangelt es an quantitativen Studien, die unabhängig von der Kassenzugehörigkeit, der Region oder des konkreten Behandlungsprogramms empirisch belegen können, dass solche Programme auch zu einer Verbesserung der Qualität der Behandlung beitragen

können. Denn es liegt im Interesse der Kostenträger, nicht nur die Kosten, sondern die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern, da im Fokus die Gesamteffizienz der Gesundheitsversorgung steht. Grundüberlegung dabei ist, dass Qualität einen positiven Zusammenhang zu den Kosten aufweist. Diese Überlegung fußt auf der Annahme, dass eine hohe Qualität mit hoher Gesundheit korreliert, d.h. geringere Folgekosten durch etwaige Krankenhauseinweisungen, Arztbesuche und Arzthopping oder für Arzneimittel entstehen. Zur Bewertung der Qualität von Integrierten Versorgungsmodellen gibt es jedoch kaum programm- und kassenübergreifende Analysen. So ist eine Dokumentation und Evaluation der Qualität und Wirtschaftlichkeit strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f Abs.2 SGB V zwar gesetzlich vorgeschrieben. Vorliegende Studien oder Qualitätsberichte beziehen sich jedoch in der Regel auf KV-Regionen oder Patienten einer bestimmten Kasse (vgl. Schreyögg/Weinbrenner/Busse 2010, S.117ff.). Es wird hiermit angenommen, dass die abzuwägenden Kostenvorteile zwischen fragmentierter Regelversorgung einerseits und strukturierten Behandlungsprogrammen andererseits nicht nur auf Transaktionskosteneffekte zurückzuführen sind, sondern in gleicher Weise durch Qualitätseffekte begründet sind. Hier setzt die vorliegende Studie an. Ziel ist es, am Beispiel der Hypertonie-Behandlung auf Basis einer datenbankgestützten Erhebung die Qualität von Disease-Management-Programmen im Verhältnis zur klassischen Regelversorgung aufzuzeigen.

Patienten und Methoden

Disease Analyzer-Datenbank

Die Disease Analyzer-Datenbank (IMS HEALTH) sammelt Informationen zu Arzneimittelverordnungen und Diagnosen sowie medizinische und demografische Grunddaten, die direkt in anonymisierter Form durch die Praxis-EDV-Systeme von Allgemeinmedizinern an IMS geliefert werden [9]. Diagnosen (ICD-10), Verordnungen (Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches (ATC) Klassifikationssystem) und die Qualität der gemeldeten Daten werden von IMS auf Grundlage einer Reihe von Kriterien überwacht (z.B. Vollständigkeit der Dokumentation, Verknüpfung von Diagnosen und Verordnungen).

Die Methoden zur strichprobenartigen Auswahl der Arztpraxen waren geeignet, um eine repräsentative Datenbank der Allgemeinarztpraxen zu erhalten [9]. Die Verordnungsstatistiken mehrerer Medikamente waren den verfügbaren Daten aus pharmazeutischen Verordnungsberichten sehr ähnlich [9]. Die Altersstrukturen bestimmter Diagnosen in der Disease Analyzer-Datenbank stimmten ebenfalls gut mit denen entsprechender Krankheitsregister überein [9].

Studienpopulation

Insgesamt umfasste die Datenbank 1.205 Allgemeinarztpraxen, die während der Studiendauer (01/2010-12/2012) kontinuierlich Daten an IMS HEALTH übermittelten. Zunächst wurden Bluthochdruckpatienten (ICD 10: I10) mit einer First-Line-Verordnung (Indexdatum) eines Diuretikums (DIU) (ATC: C03), Beta-Blockers (BB) (ATC: C03), Calciumantagonsisten (CA) (ATC: C08), ACE-Hemmers (ACE) (ATC: C09A, C09B) oder Angiotensin-II-Antagonisten (AA) (ATC: C09C, C09D) ausgewählt. Weitere Einschlusskriterien waren eine kontinuierliche Behandlung in der gleichen Praxis in den 12 Monaten vor dem Indexdatum und während mindestens 12 Monaten nach dem Indexdatum sowie ein Alter von über 18 Jahren zum Zeitpunkt des Indexdatums. Des Weiteren wurden nur Patienten mit einem dokumentierten Blutdruck ≥1 (diastolisch (DBD) und systolisch (SBD)) mindestens 0-183 Tage vor und 183-365 nach dem Indexdatum einbezogen. Schlussendlich umfasste die Studienpopulation 6.186 Patienten. 2.242 (36,3%) wurden als Teilnehmer an der ‚integrierten Gesundheitsversorgung' einschließlich Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus und koronare Herzkrankheit vermerkt.

Die primäre Zielgröße der Studie war die Veränderung der Blutdruckwerte nach mindestens sechs Monaten antihypertensiver Behandlung. Zur Bewertung dieser Zielgröße wurde der Anteil der Patienten mit einem Blutdruck von unter 140/90 in der Zeit zwischen Tag 183 und Tag 365 nach Behandlungsbeginn (Indexdatum) ermittelt.

Für jeden Studienteilnehmer wurden Alter, Geschlecht, Region (West- oder Ostdeutschland) und Diagnosen zum Zeitpunkt des Indexdatums bestimmt. Die Diagnosen wurden basierend auf Primärdiagnosen (ICD-10-Codes) bestimmt, aufgeteilt nach koronarer Herzkrankheit (I20, I24, I25 ohne I25.2), Myokardinfarkt (I21, I22, I23, I25.2), peripherer arterieller Verschlusskrankheit (E10.5, E11.5, E14.5, I73.9), Schlaganfall (I60-65, G45), Diabetes (E10, E11, E14), Fettstoffwechsel (E78), Adipositas (E65-68) und Niereninsuffizienz (E10.2, E11.2, E14.2, N18, N19, Z49).

Statistische Analyse

Für alle Variablen wurden deskriptive Analysen erstellt und die durchschnittliche ± SA für normalverteilte Variablen berechnet. Unterschiede in den Eigenschaften von Patienten mit und ohne Teilnahme an der integrierten Versorgung wurden mittels t-Test, Wilcoxon-Tests oder Chi-Quadrat-Tests ermittelt. Um Störfaktoren zu beseitigen, wurde ein One-To-One-Matching basierend auf einem Propensity-Score durchgeführt, der als bedingte Wahrscheinlichkeit integrierter Versorgung in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, Art der Krankenversicherung und definierter Komorbiditäten gestaltet war. Eine multivariate logistische Regressionsanalyse wurde verwendet zur Untersuchung von Zusammenhängen zwischen der Teilnahme an der integrierten Gesundheitsverordnung und der Erreichung des Therapieziels (BD <140/90). Eine multivariate lineare Regressionsanalyse wurde verwendet, um Zusammenhänge zwischen der Teilnahme an der integrierten Gesundheitsverordnung und einer Blutdrucksenkung zu untersuchen.

Beide multivariaten Analysen (logistisch und linear) wurden mithilfe einer schrittweisen Selektion mit einem Erfassungskriterium von p<0,10 erstellt. Zweiseitige Tests wurden eingesetzt und ein p-Wert von <0,05 wurde als statistisch signifikant angesehen. Alle Analysen wurden unter Einsatz von SAS 9.3 durchgeführt. (SAS Institute, Cary, USA).

Ergebnisse

Patientenmerkmale

1.317 Patienten mit Teilnahme am integrierten Versorgungsprogramm (IVP) und 1.317 Patienten ohne Teilnahme standen nach dem Propensity-Score-Matching für weitere Analysen zur Verfügung. Die grundlegenden Merkmale der Studienpatienten sind in Tabelle 1 zu finden. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen im Hinblick auf durchschnittliches Alter, Geschlecht, definierte Begleiterkrankungen und Blutdruckwerte bei Behandlungsbeginn. IVP-Teilnehmer fanden sich häufiger in Westdeutschland (83,4% verglichen mit 77,4%, p=0,0001). Der Anteil der Patienten mit Fettstoffwechselstörungen war etwas höher in der Gruppe der IVP-Teilnehmer (32,4% verglichen mit 27,4%, p=0,0050).

Demographische und klinische Charakteristika von Studienpatienten			
Variable	**integrierte Versorgung**	**keine integrierte Versorgung**	**p-Wert**
N	1,317	1,317	0,7780
Männliches Geschlecht (%)	53,3	52,1	0,5324
Westdeutschland (%)	83,4	77,4	0,0001
Alter; Mittelwert (Standardabweichung.)	64,3 (13,0)	64,1 (13,5)	0,6266
Alter ≤ 50 Jahre (%)	15,6	17,2	0,3164
Alter 51-60 Jahre (%)	22,6	23,6	
Alter 61-70 Jahre (%)	25,7	22,7	
Alter 71-80 Jahre (%)	25,7	25,1	
Alter >80 Jahre (%)	10,3	11,5	
Systolischer Blutdruck (mmHg) zum Zeitpunkt des Therapiebeginns	160,7 (16,5)	159,3 (15,7)	0,0510
Diastolischer Blutdruck (mmHg) zum Zeitpunkt des Therapiebeginns	91,2 (11,8)	91,9 (12,9)	0,2865
Koronare Herzkrankheit (%)	10,9	12,7	0,1649
Myokardinfarkt (%)	2,5	2,9	0,4734
Schlaganfall (%)	1,1	0,8	0,4121
Periphere arterielle Verschlusskrankheit (%)	3,3	3,2	0,9122
Diabetes (%)	35,0	33,3	0,3446
Fettstoffwechselstörung (%)	32,4	27,4	0,0050
Adipositas (%)	11,3	10,3	0,3791
Niereninsuffizienz (%)	**3,7**	**4,2**	**0,5483**

Tab. 1: Demographische und klinische Charakteristika von Studienpatienten.

Blutdrucktherapie

Tabelle 2 zeigt die Anteile der verschiedenen Klassen blutdrucksenkender Medikamente der Patienten mit und ohne Teilnahme an Programmen der integrierten Gesundheitsversorgung. Die Mehrheit der Patienten in beiden Gruppen erhielt als Initialtherapie einfache ACE-Hemmer oder Betablocker. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen integrierten Gesundheitsprogrammen und anderen Gruppen im Hinblick auf den Anteil der Patienten, die initial mit Diuretika, einfachen ACE-Hemmern, Betablockern, Calciumantagonsisten und Angiotensin-II-Antagonisten behandelt wurden. Der Anteil der Patienten, deren Behandlung mit Kombinationspräparaten einschließlich ACE-Hemmern begann, war unter IVP-Teilnehmern etwas höher als in der anderen Gruppe (12,1% verglichen mit 9,2%, p=0,0163). In der medikamentösen Second-Line-Therapie waren die beiden Gruppen sich ebenfalls sehr ähnlich, allerdings erhielten IVP-Teilnehmer wesentlich häufiger Diuretika (12,8% verglichen mit 9,1%, p=0,0027) und Calciumantagonsisten (14,5% verglichen mit 10,6%, p=0,0027) als andere Patienten.

Erreichen des Behandlungsziels

Der Anteil der Patienten mit Blutdruckwerten <140/90 nach einem Behandlungsjahr betrug 33,6% in der Gruppe der IVP-Teilnehmer und 22,7% bei den Patienten, die nicht an einem solchen Programm teilnahmen (p<0,0001). Die multivariaten Odds Ratios der logistischen Regressionsmodelle sind in Tabelle 3 aufgelistet. Die Chance, das Behandlungsziel zu erreichen, war in der Gruppe der Patienten, die an einem integrierten Gesundheitsprogramm teilnahmen, signifikant höher (OR: 1,73; 95% KI: 1,45-2,05). In verschiedenen Patientenuntergruppen war die Chance der IVP-Teilnehmer, das Behandlungsziel zu erreichen, ebenfalls höher im Vergleich zu den Nicht-Teilnehmern (Tabelle 3).

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass Patienten, die in einem DMP-Programm eingeschrieben sind, eine deutlich bessere Chance haben, das Therapieziel „Blutdruck < 140/90“ zu erreichen. Damit kann die Hypothese, dass IHCP zu Qualitätseffekten führen, unabhängig von Kassen- oder Regionszugehörigkeit und unabhängig vom DMP-Programm empirisch abgebildet werden. Legen Studien aus den USA den Schluss nahe, dass im Hinblick auf das Behandlungsergebnis praktisch keine Unterschiede zwischen Patienten, die mit und ohne Managed-Care-Organisationen (MCO) betreut wurden, gegeben sind, die Patientenzufriedenheitswerte in MCO sogar schlechter ausfielen (vgl. Amelung 2009, S.24f.), zeigt die vorliegende Studie folglich einen gegenteiligen Effekt auf. Zwar sind diese Ergebnisse aufgrund der vollkommen anderen Versicherungsstruktur und –kultur der USA nur bedingt auf das deutsche System übertragbar, sie sind jedoch ein Indikator, der darauf hinweist, dass integrierte Versorgungsprogramme nicht per se zu besseren Ergebnissen führen. Dies deckt sich mit der Tatsache, dass in der vorliegenden Studie im Hinblick auf die Patientenstruktur und auch im Hinblick auf die durchgeführte Therapie kaum Unterschiede zwischen Patienten in IHCP und solchen der Regelversorgung festgestellt wurden. Aus diesem Grunde müssen andere Ursachen für das bessere Abschneiden der IHCP-Patienten verantwortlich sein.

Ein Ansatzpunkt liegt möglicherweise in der Compliance-Thematik. Es ist anzunehmen, dass Patienten, die an einem DMP-Programm

Antihypertensive Therapie der Studienpatienten			
Therapie	**integrierte Versorgung**	**keine integrierte Versorgung**	**p-Wert**
Initiale Therapie			
Diuretika (%)	6,9	8,1	0,2371
Betablocker, Monopräparate (%)	21,7	21,4	0,8497
Betablocker, Kombinationspräparate (%)	0,8	1,4	0,1912
Calciumantagonisten, Monopräparate (%)	8,1	8,9	0,4413
ACE-Hemmer, Monopräparate (%)	39,0	39,6	0,7496
ACE-Hemmer, Kombinationspräparate (%)	12,1	9,2	0,0163
Angiotensin II-Antagonisten, Monopräparate (%)	5,8	6,8	0,2616
Angiotensin II-Antagonisten, Kombinationspräparate (%)	5,3	4,5	0,3207
Andere Präparate (%)	0,3	0,0	0,0453
Weitere Therapie			
Diuretika (%)	12,8	9,1	0,0027
Betablocker, Monopräparate (%)	14,4	13,0	0,2817
Betablocker, Kombinationspräparate (%)	1,0	1,0	0,6817
Calciumantagonisten, Monopräparate (%)	14,5	10,6	0,0027
ACE-Hemmer, Monopräparate (%)	15,3	13,7	0,2447
ACE-Hemmer, Kombinationspräparate (%)	8,2	7,4	0,4237
Angiotensin II-Antagonisten, Monopräparate (%)	8,1	7,4	0,5127
Angiotensin II-Antagonisten, Kombinationspräparate (%)	6,4	6,1	0,7470
Andere Präparate (%)	0,5	0,1	0,1567

Tab. 2: Antihypertensive Therapie der Studienpatienten.

Patientengruppen		
	Odds Ratio (95% CI)	P value
Alle Patienten	1,73 (1,45-2,05)	<0,0001
Männlich	1,67 (1,31-2,13)	<0,0001
Weiblich	1,81 (1,42-2,32)	<0,0001
Alter ≤ 50 Jahre	1,52 (0,97-2,38)	0,0688
Alter 51-60 Jahre	1,65 (1,15-2,37)	0,0070
Alter 61-70 Jahre	1,63 (1,13-2,37)	0,0094
Alter 71-80 Jahre	1,64 (1,16-2,32)	0,0053
Alter >80 Jahre	3,41 (1,93-6,02)	<0,0001
Westdeutschland	1,70 (1,40-2,06)	<0,0001
Ostdeutschland	1,52 (0,98-2,35)	0,0626

Tab. 3: Assoziation (Odds ratios, 95%CI) zwischen der integrierten Versorgung und der Erreichung des Therapieziels (BP <140/90) bei Hypertonie-Patienten in hausärztlichen Praxen (multivariate logistische Regression).

teilnehmen, gemäß der Zielsetzung solcher Programme systematischer betreut werden und eine bessere Kommunikation und Transparenz über Therapieziele herrscht. Dies könnte den Effekt nach sich ziehen, dass die Teilnehmer von DMP-Programmen eher therapietreu bleiben, was für die untersuchten Patienten bedeutet, Ernährung, Medikation, Fitness etc. einzuhalten und umzustellen, wodurch sich der positive Qualitätseffekt erklären ließe. Nicht zu Letzt wird aus diesem Grunde gefordert, strukturierte Behandlungsprogramme am Patientennutzen auszurichten (vgl. Andersen 2010, S.196). Mit einer hohen Compliance wiederum werden positive Kosteneffekte verbunden (vgl. Gräf 2007), was dem Ziel der Erhöhung der Gesamteffizienz der Gesundheitsversorgung aus Sicht der Kostenträger nahe kommt. Greift man auf transaktionskostentheoretische Überlegungen zurück (vgl. Williamson 1995), so zeigt die Studie, dass Kosteneffekte eines IHCP im Verhältnis zu den Kosten in der Regelversorgung durch das Abwägen möglicher und bestehender Qualitätseffekte angereichert

Literatur

1. Amelung, E.V. (2009) Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, in: Amelung, E.V., Deimel, D., Reuter, W., van Rooij, N., Weatherly, J.N. (Hrsg.): Managed Care in Europa, Berlin, S.3-30.
2. Andersen, H.H. (2010) Kundenmanagement in der Integrierten Versorgung, in: Busse R., Schreyögg, J., Tiemann, O. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen, 2. Aufl., Berlin/Heidelberg, S.186-197.
3. Baumann, M. (2006) Medizinische Versorgungszentren und Integrationsversorgung – Beiträge zur effizienten Gesundheitsversorgung? Eine institutionenökonomische Analyse, Bayreuth.
4. Becher H, Kostev K, Schröder-Bernhardi D. Validity and representativeness of the Disease Analyzer patient database for use in pharmacoepidemiological and pharmacoeconomic studies. Int J Clin Pharm Therap 2009; 47: 617-626.
5. Bundesversicherungsamt, Zulassung der Disease Management Programme (DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA) unter www.bundesversicherungsamt.de/druckversion/weitere -themen/disease-management-programme/zulassung-disease-management-programme-dmp.html.
6. Gräf, M. (2007) Die volkswirtschaftlichen Kosten der Non-Compliance: eine entscheidungsorientierte Analyse, Bayreuth.
7. Greilich, A, Berchtold, P, Löffel, N (2002) Disease Management – Patient und Prozess im Mittelpunkt, 2. Aufl., Stuttgart.
8. Kostev K, Rathmann W. Secondary analysis of electronic databases: potentials and limitations. Reply to Asghari S, Mahdavian M [letter]. Diabetologia. 2013; 56: 2098-9.
9. Luhmann, N. (1989) Vertrauen. Ein Mechanismus zur Reduktion sozialer Komplexität, 3. Aufl., Stuttgart.
10. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2010) Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung, in: Busse, R., Schreyögg, J., Tiemann, O. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen, 2. Aufl., Berlin/Heidelberg, S.101-121.
11. Statistisches Bundesamt (2010) Krankheitskostenrechnung.
12. Waehlert, L., Wagner, A., Czap, H. (2010) Potenziale und Nutzen einer Pfadkostenrechnung auf Basis von Behandlungspfaden für Einrichtungen im Gesundheitswesen, in: ZögU 33, Jg. 4/2010, S.368-380.
13. Wieland, J. (1993) Formen der Institutionalisierung von Moral in der Unternehmung. Die amerikanische Business-Ethics-Bewegung: Why and how they do it. Bern/Stuttgart.
14. Williamson, O.E. (1975) Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications. A Study in the Economics of Internal Organization, New York..

werden müssen, um zu einer Gesamtaussage über die „Günstigkeit" der Organisationsform zu gelangen.

Aus sachlich-logischen Überlegungen heraus ist dabei anzunehmen, dass aus kurzfristiger Sicht mit vergleichsweise hohen Transaktionskosten bei integrierten Behandlungsprogrammen zu rechnen ist. Sowohl die Auswahl der geeigneten Transaktionspartner, ihre Bewertung, das Aufsetzen und Aushandeln von Verträgen sowie die koordinierte Durchführung und Kontrolle und Evaluation der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Patientenbehandlung erfordern einen hohen zeitlichen, personellen und infrastrukturellen Aufwand. Langfristig jedoch ist zu erwarten, dass aufgrund von Spezialisierungseffekten innerhalb des Netzwerkes koordinierter Leistungserbringung nicht nur economies of scale und learning realisiert werden können, sondern vor allem economies of scope (vgl. auch Baumann 2006, S.153) und – wie die Studie zeigt – Qualitätseffekte mit positiven Effekten auf die Gesamtkosten erzielt werden können, was in einem fragmentierten System nicht möglich ist. Eine Senkung der Transaktionskosten durch eingespielte Prozesse, Bündelung von Know-how, gemeinsame und vereinfachte Infrastrukturen zur Dokumentation und Lenkung des Patienten sowie eine höhere Compliance und damit eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen Therapieerfolg sind als Folge anzunehmen. Ein wesentlicher Faktor hierbei ist die Existenz von Vertrauen, die sich in langfristigen Transaktionsbeziehungen aufbauen kann. Wie Wieland betont, ist es mit zunehmender Komplexität nicht sinnvoll und auch nicht möglich, die Leistungsabwicklung über herkömmliche Kontroll-, Sanktions- und Anreizmechanismen zu steuern (vgl. Wieland 1993, S.27). Im Hinblick auf die Transaktionspartner treten an deren Stelle Vertrauen, geteilte Wertevorstellungen und moralische Standards. In einer solchen Vertrauensorganisation entfallen die Kontrollkosten. Im Hinblick auf den Patienten ist eine starke Arzt-Patienten-Beziehung mit positiven Auswirkungen auf die Therapietreue wahrscheinlich. Es ist also anzunehmen, dass in langfristigen (Vertrags)Beziehungen die Transaktionskosten sinken, indem sie durch Vertrauen ersetzt werden. Darin ist ein nicht zu unterschätzender Vorteil im Verhältnis zum fragmentierten System zu sehen, bei dem die Eigennutzoptimierung im Vordergrund steht. Es scheint folglich sinnvoll, bei der Bewertung von strukturierten Behandlungsprogrammen sowohl kurz- wie langfristige Kosteneffekte zu betrachten, als auch diese abzuwägen zu Qualitäts-, Compliance- und Vertrauenseffekten, die sich durch die Art und Struktur der Patientenbehandlung in strukturierten Behandlungsprogrammen ergeben.

Improved blood pressure control is associated with a participation on integrated health care program

This study examines the extent to which Integrated Care Programs, i.e. Disease Management Programs, lead to an improvement in the quality of patient care. The aim of the study is to carry out a quantitative analysis of differences in quality between patients participating in Disease Management Programs (DMPs) and patients receiving regular care, regardless of health insurance status, program, or region. The study used data from the representative IMS Disease Analyzer database. It included patients with a confirmed diagnosis of hypertension who started antihypertensive therapy in the period between January 2010 and December 2012. The primary dependent variable of the study was the change in blood pressure after at least six months of antihypertensive treatment. To assess this variable, we determined the proportion of patients with a blood pressure of below 140/90 in the period between day 183 and day 365 after initiation of treatment (index date). In order to eliminate confounding factors, we performed one-to-one matching based on a propensity score.
The study shows that DMP participants have a significantly better chance of achieving the therapy goal. Thus, it can be established that integrated health care programs have a positive effect on quality.

Keywords

integrated health care, disease management program, quality and cost effects, hypertension, blood pressure

Die Hauptlimitation der Studie besteht darin, dass der Therapieerfolg basierend auf einem Blutdruckwert gemessen wurde. Ein einzelner Blutdruckwert reicht sicherlich nicht für eine valide Aussage aus, sondern bedarf einer wiederholten Überprüfung. Andererseits kann das Ergebnis jedoch nicht allein auf eine zufällige Häufung von besseren Blutdruckwerten bei IHCP-Patienten zurückgeführt werden. Die Ursachen für die verbesserte Chance auf einen Therapieerfolg können folglich nicht ausreichend erklärt werden. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf. <<

Autorenerklärung

Karel Kostev ist Professor an der Hochschule Fresenius in Idstein und Mitarbeiter des Unternehmens IMS Health in Frankfurt. Lilia Waehlert ist Professorin an der Hochschule Fresenius in Idstein. Frau Waehlert und Herr Kostev haben unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Analyse erfolgte ohne finanzielle Unterstützung und wurde von dem Unternehmen IMS Health in Frankfurt durchgeführt.

Prof. Dr. habil. Lilia Waehlert
ist an der Hochschule Fresenius in Idstein Professorin für Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsökonomie sowie Studiendekanin für Gesundheitsökonomie (B.A.) in Idstein und Führung und Management im Gesundheits- und Sozialwesen (M.A.) in Frankfurt. Sie hat an der Universität Trier Betriebswirtschaftslehre studiert, wo sie promovierte und habilitierte. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Strat. Management und Unternehmensführung, -ethik sowie Versorgungsforschung. Kontakt: lilia.waehlert@hs-fresenius.de



Prof. Dr. Karel Kostev
ist Senior Research Advisor bei IMS Health in Frankfurt. Er hat Soziologie und Statistik studiert, in der Medizin promoviert und lehrt epidemiologische und medizinische Fächer an der Hochschule Fresenius und an der Universität in Marburg. Sein Arbeitsschwerpunkt ist die Versorgungsforschung im Bereich der chronischen Erkrankungen.

Kontakt: kkostev@de.imshealth.com

