Ein Kontrollgruppenansatz zeigt, dass DMP-Programme den qualitativen und ökonomischen Output steigern:

„Die Fakten liegen auf dem Tisch“

Ich bekam heute einen Brief von der HKK, in dem mir mitgeteilt wurde, dass ... sie mir jetzt schon sagen könnten, dass sie den DMP wohl nicht mehr im gleichen Umfang wie letztes Jahr weiterführen könnten (dank der Gesundheitsreform)“, schreibt die Userin „Kim“ im Forum des Insulinclubs (http://www.insulinclub.de). Nicht nur hier beschweren sich viele andere Diabetiker über den Wegfall der Boni von Disease-Management-Programmen (DMP) und anderer Zusatzleistungen: „Damit wir bloß nicht so viel Geld zur Verfügung haben, wurde der DMP-Bonus von 100 Euro pro Jahr gestrichen. Und mehr als 200 Teststreifen für drei Monate sind auch nicht mehr drin.“ Anstatt die eigene Ökonomie im Auge zu haben, könnten diese Diabetiker eigentlich froh sein, dass es die DMPs, die sich überaus günstig auf ihren Diabetesverlauf auswirken, noch gibt. Genau dies war im Zeichen des Gesundheitsfonds und des Morbi-RSA lange Zeit mehr als unklar, obwohl DMPs als wohl einzige aller neuen Versorgungsformen der letzten Jahre (z.B. Hausarztverträge) einen deutlich sichtbaren Einfluss auf die Versorgung in Deutschland hinterlassen haben. Der Grund: Bislang fehlten evidenzbasierte Zahlen und Fakten, womöglich gar auf RCT-Niveau.

>> Auch mehr als fünf Jahre nach Einführung der ersten DMPs sind die Kontroversen nicht verstummt: Die Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien, der Grad der Einmischung in die ärztliche Versorgung und vor allem der Verwaltungsaufwand für die Dokumentation und Qualitätssicherung in den Arztpraxen bestimmte die Detaildiskussion, während DMPs en gros einfach damit abgebügelt wurden, dass es sich bei den Teilnehmern, die sich in solche strukturierten Behandlungsprogramme einschreiben würden, um eine Risikoselektion weniger stark betroffener Kranker handeln würde.

Das Problem der DMP ist es, dass sie einerseits ideologisch und höchst emotional diskutiert werden, weil mit ihnen auch das Rollenverständnis von Leistungserbringern - wie beispielsweise von Ärzten - neu definiert wird. Doch andererseits sind DMPs per se in einem Methodenproblem und auch Methodenstreit gefangen, weil die Kritiker RCT-basierte Studien einfordern. Doch die sind in flächendeckenden Behandlungsprogrammen, die offen Patienten wie Ärzten angeboten werden, schlichtweg unmöglich. Alleine um randomisieren zu können, dürfte ein DMP-Vertrag nur mit bestimmten Ärzten abgeschloßen werden, was aber vom Ansatz der DMPs her schon ausgeschlossen ist.

Auf Grund dieses Methodenstreits und der möglichen Auswirkungen des Gesundheitsfonds und des Morbi-RSA befürchtete nun die Politik, die Krankenkassen würden aus rein betriebswirtschaftlichen Erwägungen DMP-Programme beenden. Dies führte dazu, dass jenseits der budgetären Zuweisungen des Morbi-RSA eine zusätzliche Programmkostenpauschale eingeführt wurde: Dieser Betrag (aktuell 180 Euro) deckt im Schnitt in etwa die zusätzlichen Kosten für derartige strukturierte Behandlungsprogramme, wodurch gesetzliche Krankenkassen auch weiterhin DMP ohne wirtschaftliche Risiken anbieten können.

Der Ansatz ist richtig

Alleine schon mit der Einschreibung in DMPs und der Untersuchung des zeitlichen Verlaufs der Hauptrisikofaktoren – im Falle des Diabetes mellitus von Bluthochdruck und Blutzucker – wurde schon ziemlich deutlich, dass „ein bedeutender Anteil der Versicherten bereits mit sehr, sehr hohen Werten und damit Risikofaktoren in die Einschreibung der DMP geht“, erklärt Walter Ullrich, in der Abteilung Gesundheits- und Versorgungsmanagement der Barmer tätig. Doch diese Werte verbessern sich im weiteren Verlauf dieser strukturierten Behandlung sehr rasch und stablisieren sich sogar auf einem wesentlich niedrigeren Niveau als vorher.

Da nun nicht anzunehmen ist, dass die einschreibenden Diabetiker diese hohen Werte nur am Tag der Einschreibung hatten, sondern diese wohl eher das Resultat einer wie lange auch immer dauernden Krankheit und einer wie auch immer gearteten Behandlung sein werden, ist für Ullrich alleine dieser Fakt schon ein deutlicher Hinweis darauf, dass strukturierte Behandlungen tatsächliche Programmeffekte „auslösen können“.

Dass DMPs wirklich einen nachweisbaren qualitativen Effekt – neben der rein ökonomischen Dimension - haben, ist indes nicht so leicht zu beantworten. Doch dies gelang der Barmer Ersatzkasse mit einem Kontrollgruppenansatz, ergänzt durch eine Versichertenbefragung, ziemlich gut. Im Zusammenspiel beider Ergebnisse konnten deutliche Unterschiede zu Gunsten der Versorgung in einem DMP herausgearbeitet werden.

„Die Fakten liegen, so weit man sie erheben kann, auf dem Tisch“, erklärt denn auch Dr. Christan Graf, Abteilungsleiter Gesundheits- und Versorgungsmanagement der Barmer. Trotz aller methodischen Grenzen ließe die „Gesamtheit aller Hinweise keinen Zweifel an der grundsätzlichen Richtigkeit des Ansatzes der DMP mehr zu“, meint Graf und verweist auf einen Vergleich der Barmer-Leistungsdaten von DMP-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern (80.745 Versicherte, die seit 2005 ununterbrochen am DMP Diabetes mellitus teilnehmen sowie 79.137 Diabetiker, die noch nie an einem DMP teilgenommen hatten), ergänzt durch die Aussagen einer Versichertenbefragung.

Dennoch wird es wohl auch künftig die Frage nach Ursache und Wirkung geben. Will heißen: Wenn DMP-Teilnehmer in einer Befragung angeben, sie hätten mehr Neben- und Begleiterscheinungen, stimmt das wirklich oder wissen sie nur mehr darüber und können ihren Status deshalb besser einschätzen? Oder: Liegt es tatsächlich am DMP, dass Teilnehmer früher auf Insulin umgestellt wurden oder eher daran, dass auch hier wohl ein Mehr an Information der wahre Grund ist? Und: Ist es eine Strukturauswirkung des DMP, dass Teilnehmer zu einem höheren Grad und früher in Schwerpunktpraxen überwiesen werden, oder geschieht das genau deshalb, weil sie dies aufgrund ihres Wissens aktiv einfordern?

Dies scheint jedoch eine rein akademische Frage zu sein: Denn alles läuft im Endeffekt darauf hinaus, dass DMP-Teilnehmer „ein tiefer greifendes Verständnis der Krankheitszusammenhänge“ entwickeln, was wiederum dazu führt, dass „die elementare Basistherapie und das Selbstmanagement des Diabetes Typ 2 von Teilnehmern häufiger angenommen und umgesetzt wird“, wie Graf, Ullrich und

Ursula Marschall (alle Barmer) in dem wissenschaftlichen Beitrag „Nutzenbewertung der DMP Diabetes mellitus“ (G+S 1/2008, S. 19 ff.) erklären.

Wissen und harte Endpunkte

Dies zeigt sich vor allem an harten Endpunkten: DMP-Teilnehmer werden insbesondere wegen schwerer Komplikationen seltener im Krankenhaus behandelt, zudem liegen die Schlaganfall- und Amputationsraten signifikant niedriger. Wohin gegen DMP-Teilnehmer andererseits signifikant häufiger bei einer augenärztlichen Untersuchung waren und zudem häufiger mit Medikamenten versorgt werden, die das Risiko für schwerwiegende Komplikationen bei Diabetikern senken.

Der Erfolg von DMP misst sich aber andererseits wieder an „weichen“ Faktoren: So haben DMP-Teilnehmer durchweg einen besseren Informationsstand und zudem ein aktiveres Informationsverhalten als Nicht-Teilnehmer. Dies macht alleine der Unterschied bei der Kenntnis des eigenen $HBA1_C$ aus: Während 79,8 % der DMP-Teilnehmer angeben, diesen zu kennen, liegt der Anteil bei den Nichtteilnehmern bei 55,8 %!

Bemerkenswert ist für die Autoren vor allem auch der Unterschied in der Arzneimittelversorgung, vor allem in Hinblick auf mögliche Selektionseffekte bei der Morbidität der Versicherten, die im Fall des Barmer-Untersuchung sogar eine wesentlich höhere war als jene der Kontrollgruppe: So lag in der DMP-Gruppe alters- und geschlechtsstandardisiert signifikant häufiger eine längere Dauer der Erkrankung vor, wobei die Krankheitsdauer wiederum mit der Häufigkeit von Begleit- und Folgeerkrankungen einhergeht und somit aussagekräftig in Hinblick auf die Krankheitsschwere angesehen werden kann.

Herausgefunden wurde, dass DMP-Teilnehmer trotzdem bessere Behandlungsergebnisse im Sinne geringerer Schlaganfall und Amputationsraten aufweisen, obwohl sie doch häufiger Begleiterkrankungen haben als Nichtteilnehmer. Die Vermutung: Die intensivere Arzneimittelversorgung kann unabhängig von der Morbidität als ein weiterer Indikator für eine bessere Behandlung bei DMP-Patienten gelten. Vice versa kann damit wohl auch angenommen werden, dass Nicht-DMP-Teilnehmer dann wohl eher unter- und fehlversorgt werden!

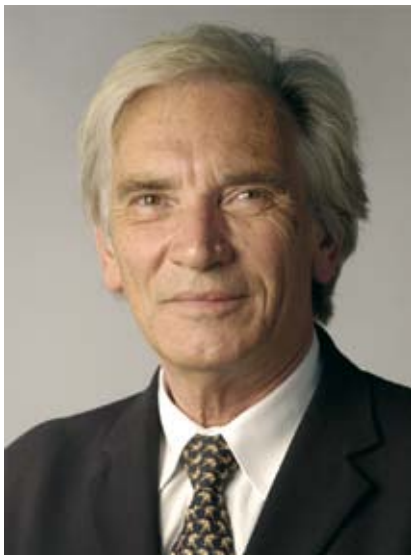
Struktur ist ein Schlüssel

Es kommt aber ebenso darauf an, wo die Versorgung stattfindet. Nach Barmer-Erkenntnissen ist ein maßgeblicher Einflussfaktor die Versorgungsstruktur an sich: Während rund 80 Prozent aller Befragten im letzten Jahr hauptsächlich hausärztlich behandelt wurden, ist die Zahl der Patienten, die zudem durch eine diabetologische Schwerpunktpraxis behandelt wurden, bei DMP-Teilnehmern fast doppelt so hoch. Dieser Strukturunterschied könnte, so die Vermutung, der Schlüssel für eine Vielzahl der Probleme in der Diabetikerversorgung sein.

Dass es gerade hier in Deutschland noch genug zu tun gibt, daran zweifelt wohl niemand: Immerhin sind rund 50 Prozent der Diabetiker noch nicht in ein entsprechendes Programm ihrer jeweiligen Krankenkasse eingeschrieben. Die Barmer weiß, dass derzeitige DMPs sicher nicht in jeder Hinsicht perfekt sind, aber ein großes Entwicklungspotenzial für die medizinische Versorgung haben. Graf: „Wir werden DMP deshalb auch weiterhin anbieten, ausbauen und evaluieren.“

Das ist auch dringend notwendig. Denn alle Kassen kennen ihre Versicherten im Prinzip viel zu wenig. Dies liegt auch daran, dass bislang der Datenschatz der Kassen aufgrund eines aus heutiger Sicht unverständlichen Verbots der Versorgungsforschung (jenseits der sogar explizit im GMG vorgeschriebenen DMP-Evaluierung) noch ungehoben ist. <<

von: Peter Stegmaier



Konrad Schily / FDP

ist Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und seit 2005 Mitglied des Deutschen Bundestages (MdB). Er gehört u.a. dem Ausschuss für Gesundheit an.

Zu viel Staat

>> Eine einfache Überschrift für die Transformationsprozesse der letzten zehn Jahre im Gesundheitssystem könnte wie folgt lauten: Steigende Staatsorientierung, steigende Kosten, steigende Verunsicherung bei den Versicherten.

Dies gilt auch für die typischen Fragestellungen der Versorgungsforschung, wie z.B. den Nutzen neuer diagnostischer Methoden, die richtige Anwendung neuer und alter Arzneimittel und Impfstoffe, die ökonomischen Vor- und Nachteile der Behandlung mit Medikamenten, Impfstoffen und physikalischen Maßnahmen und die Frage der kostensparenden Wiederverwendung medizinischer Geräte.

Die gesamte Gesetzestätigkeit der großen Koalition ist von der aus Sicht der Liberalen problematischen Grundüberzeugung bestimmt, dass der Staat als paternalistischer Sachwalter bestimmt, was für seine Bürger am besten ist. Dieses Politikverständnis hat dazu geführt, dass in der Bundesrechtsdatenbank Anfang 2008 immerhin 1.817 Gesetze mit 55.555 Einzelnormen und 2.728 Rechtsverordnungen mit 44.689 Einzelnormen verzeichnet waren.

Gut darzustellen ist die grundsätzliche Problemlage am derzeitigen Zustand unserer Sozialversicherungen. In allen Bereichen – Gesundheit, Pflege, Unfallversicherung – ist eine Tendenz zum Ausbau zentraler Kontrollinstanzen unübersehbar.

Die Einführung eines höchst komplizierten, schwer verständlichen, manipulationsanfälligen Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs führt in die falsche Richtung. Deutschland wird durch diese Gesundheitsreform statistisch gesehen kränker. Es wird fatale Folgen haben, wenn Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen davon profitieren, wenn mehr Versicherte mit schwerwiegenderen Krankheiten eingestuft werden. Zu perfiden Konsequenzen kommt es, wenn die Qualität der Codierung der Erkrankungen von Verträgen mit einer Arztgruppe abhängig gemacht wird. Die Beitragszahler müssen für die Fehlentscheidungen der Regierung aufkommen. Es ist Aufgabe der großen Koalition, die Anreize so zu setzen, dass die bestmögliche Versorgung der Versicherten im Mittelpunkt steht und nicht die Suche nach der Diagnose, die am besten in das durch Politik geschaffene System passt. Die Zukunft einer guten Versorgung für alle Bürger liegt nicht in den komplexen Formeln des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, sie ist vielmehr in unserer Grundhaltung gegenüber der Gesellschaft zu finden. Die Idee der Solidarität muss neu gedacht werden. Menschen müssen zunächst für sich selbst einstehen, bevor sie erwarten können, dass Andere das für sie übernehmen. Dies soll über einen Systemwechsel hin zum privaten Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle und eine Pflicht zur Versicherung der medizinischen Regelleistung erfolgen. <<