MVF-Fachkongresses „10 Jahre DMP“ in Kooperation mit dem BVA:

Bundesversicherungsamt

Eine Datenbasis für die Zukunft

Trotz des bestehenden Verbesserungsbedarfs könne die Frage, „ob DMP ein Erfolgskonzept für das deutsche Gesundheitssystem ist, nur mit einem Ja beantwortet werden“, sagte Dr. Maximilian Gaßner, der Präsident des Bundesversicherungsamts auf dem Fachkongress „10 Jahre DMP“, den „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF) in Kooperation mit dem BVA am 19. September in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften veranstaltet hat. Knapp 200 Teilnehmer aus Politik, Institutionen, Kassen und Beratern folgten dem dichten Vortragsreigen, der den Teilnehmern einen tiefen Überblick über das inzwischen vorhandene Wissen, aber auch über real existente Probleme der Evaluation verschaffte. In den beiden Podiumsdiskussionen - geleitet von Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve, dem Direktor Klinische Forschung und Akademische Lehre des Vivantes Netzwerks für Gesundheit sowie Mitglied im Praxisbeirats von MVF und Prof. Dr. Reinhold Roski, dem Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“, wurden zudem die Argumente Pro und Contra Disease Management Progamme (DMP) herausgearbeitet. Wobei sich einmal mehr zeigte, dass DMP mehr sind als eine – so Gaßner - „weitestgehend flächendeckende und auf einheitlichen, evidenzbasierten Leitlinien beruhende Versorgung von rund sechs Millionen Patienten“, sondern auch ein Politikum, das aus genau diesem Grunde seine Gegner wie Befürworter hat.

>> Einer, der sich eher auf der Seite der Zweifler sieht, ist Prof. Dr. Gerd Glaeske, Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Universität Bremen, Mitglied im Herausgeberbeirat von „Monitor Versorgungsforschung“ und gemeinsam mit Holzgreve und Roski Tagungspräsident des Kongresses. Ihm ging es in seinem Vortrag nicht um Fragestellungen wie Akzeptanz oder Quantitäten, Lebensqualitäten oder besuchte Fortbildungsveranstaltungen, sondern rein um Nutzen und Effizienz der Programme. Denn - so Glaeske - „alles ist eben nicht so rosarot wie man das immer wieder liest“. Seiner Meinung nach reiche damals wie heute das Wissen nicht aus, um die Wirksamkeit von DMP wirklich beurteilen und die Frage beantworten zu können, ob die Chronikerprogamme tatsächlich einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zur Effizienz geleistet haben.

Die Tatsache, dass die Politik von Beginn an einen flächendeckenden Einsatz der DMP gewählt habe, sowie der Fakt, dass DMP ohne vorhergehende Evaluation des Ist-Status auf Basis eines dezentralen Systems eingeführt wurden, hätte dazu geführt, dass DM-Programme gar nicht mit der höchsten Evidenzstufe von Evaluationen - Randomized Controlled Trials (RCT) - zu evaluieren sind.

Methodik steht noch gar nicht zur Verfügung

Ein Unterfangen, das Referent Prof. Dr. Karl Wegscheider vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Biometrie und Epidemologie und Wissenschaftlicher Beirat DMP beim BVA, sowieso für unmöglich hält. Selbst bei einem singulären Medikament sei die Fachwelt auch heute noch unfähig, aus den Studien, die bis zur Zulassung vorlägen, ein vollständiges Safetyprofil zu bekommen, weil allein das schon ein methodisch schwieriges Gebiet sei. Für komplexe Programme wie es DMP aber nun einmal sind, gäbe es noch gar keine richtige Methodik.

So scheinen die Differenzen, die sich an Methodik und Studien-Interpretationen entzünden, einerseits sehr stark prinzipieller Natur zu sein, andererseits aber wohl auch politischer, und eben genau darum nicht immer ganz fair geführt zu werden. Denn dass der Versorgungsansatz DMP in eine nächste Stufe überführt werden muss, ist allen Beteiligten und auch allen Referenten klar - nur der Weg dahin ist noch unklar.

Was auch daran liegt, dass es zwar nach zehn Jahren einfach an der Zeit ist, Disease Management Progamme weiter zu entwickeln, wie Regierungsdirektorin Dr. Josephine Tautz, die stellvertretende Referatsleiterin des Referats 213 „Gemeinsamer Bundesausschuss, Strukturierte Behandlungsprogramme“ beim Bundesministerium für Gesundheit, ausführte. Darum gehe im Rahmen der Regelungen des kommenden Versorgungsgesetzes zukünftig „die Regelungskompetenz vollständig auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über“. Durch den Wegfall des bisher aufwändigen zwischengeschalteten Rechts-



Die Referenten des Vormittags (zweiter v. li.) Prof. Dr. Stefan G. Spitzer (DGIV), Dr. Maximilian Gaßner (Präsident des BVA und Kooperationspartner des Kongresses), Dr. Josephine Tautz (BMG) und Prof. Dr. Bertram Häussler (IGES) mit MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski (li.) sowie Prof. Dr. Gerd Glaeske (Uni Bremen), der gemeinsam mit Roski und Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve (Vivantes, re.) die Tagungspräsidentschaft übernommen hatte.



Blick ins Auditorium: Vorne im Bild (v.r.n.l.) die Referenten Prof. Dr. Linder (WINEG), Dr. Graf (BARMER GEK), Dr. Gawlik M.Sc. (BVA), Prof. Dr. Häussler (IGES), van Lente (AOK). Knapp 200 Teilnehmer verfolgten den dichten Vortragsreigen.

verordnungsverfahrens erwartet sie zudem eine wesentlich flexiblere Entwicklung der DMP, eine inhaltliche Erweiterung und ebenso eine schnellere Umsetzung in die Versorgungspraxis. Doch sollen ihrer Meinung nach bewährte Elemente wie die evidenzbasierte Behandlung, die Vorgaben des Krankheitsmanagements, die aktive Mitwirkung der Patienten und ebenso die begleitende Evaluation auf jeden Fall bewahrt, aber eben weiterentwickelt werden.

Gerade bei der begleitenden, gesetzlich geforderten Evaluation gibt es zwei Lager: Diejenigen, die aus den vorliegenden Zahlen eher Positives interpretieren und jene, die das anders sehen. Zu den Befürwortern zählte zum Beispiel Referent Evert Jan van Lente, der stellvertretende Geschäftsführer Versorgung im AOK-Bundesverband. Trotz methodischer Probleme lägen seiner Meinung nach inzwischen eine Reihe ganz unterschiedlicher Studien vor, die – teilweise sogar mit RCT-Studiendesign – Aufschluss geben über Ergebnisse zu Prozess-, Ergebnis- und Lebensqualitäten. Das aktuell vorliegende „Mosaikbild“ der vorliegenden Studien lasse seiner Meinung nach den Schluss zu, dass sich durch die Einführung der DMP die Qualität und Effizienz der Versorgung der teilnehmenden Patienten tatsächlich verbessert hat.

So zeigten Auswertungen zur gesetzlichen Evaluation der Programme bei den kontinuierlich teilnehmenden Patienten eine Stabilisierung bzw. Verbesserung der medizinischen Werte sowie einen Rückgang von Folge- und Begleiterkrankungen. Darüber hinaus ließen zudem risikoadjustierte Forschungsansätze, die einen Vergleich von DMP-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern ermöglichen, signifikante Vorteile zugunsten der Programmteilnehmer erkennen. Van Lente: „Die AOK hat in mehreren Analysen festgestellt, dass die Kosten der DMP-Teilnehmer signifikant unter den Kosten der Nicht-Teilnehmer liegen.“ Wobei allerdings die Kosten im ambulanten ärztlichen Bereich höher lägen, was aber überkompensiert werde durch geringere Krankenhauskosten. Ein wichtiges Indiz für Effizienz sei zudem der Kostenunterschied, der nach van Lente „deutlich über der Programmkostenpauschale“ rangiere. Dennoch betont auch er, dass DMP nun einmal so komplexe Interventionen seien. Dadurch sei eben kaum nachweisbar, welche Faktoren für welche Effekte verantwortlich seien.

Austrahleffekte sind unkalkulierbar

Beim Vergleich zwischen Programmen oder dem Vergleich zwischen Ergebnissen von DMP-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern sei zudem Vorsicht geboten, weil vor allem der behandelnde Arzt bei der Behandlung kaum zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern unterscheide, was unkalkulierbare Ausstrahleffekte nach sich ziehen würde. Dennoch zeigen sich die Vertreter der klassischen Versorgerkassen wie AOK und Barmer GEK pragmatisch zufrieden mit dem bisher Erreichten, auch wenn unbenommen sei, dass es immer noch Defizite gebe. Und selbst Prof. Dr. Roland Linder vom WINEG, dem wissenschaftlichen Institut der TK (einem erklärten Gegner der „Gießkannen-DMP“) sagt: „Es gibt Hinweise für positive Effekte, aber leider keine evidenzbasierten Antworten.“

Deshalb fordert Linder „angesichts der noch immer ungeklärten Studienlage und der immensen Programmkosten“ im Namen der TK künftig die bestmögliche Evidenz zur Nutzenbewertung von DMP. Diese sei durch eine kassenübergreifende Evaluation von GKV-Routinedaten vorstellbar und könne idealerweise durch randomisierte kontrollierte Studien erfolgen. Hier treffen sich durchaus die Interessen von AOK, Barmer und der TK. Van Lente erklärte, dass sich die AOK „sehr konstruktiv“ in einen neuen Evaluationsmodus einzubringen gedenke, der unter der Federführung des G-BA zu installieren ist. Ebenso befürwortet er den Ansatz, innerhalb des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) die

Daten der AOK, der Barmer GEK und auch der TK zu poolen, um noch mehr Daten und vor allem trotz möglicher Kassenwechsel über lange Zeiträume evaluieren zu können. „Unser gemeinsames Anliegen ist vorhanden“, verdeutlichte van Lente.

Zukunft der DMP Evaluation bereits angedacht

Ebenso wollten die Initiatoren dem „Sponsor-Bias vorbeugen“, indem eine unabhängige Stelle die Daten überprüfe. Doch sei es toll, was in Sachen Evaluation in den letzten Jahren von der Kassenseite auf die Beine gestellt worden sei, und nun Basis für eine gemeinsame Anstrengung werden könne.

Wie die Evaluation genau angelegt werden soll, ist indes noch unklar. Prof. Wegscheider warb für regional verzögerte Programm-Einführungen, weil so ein Bundesland für das andere die Kontrollgruppe bilden könne und mit den schon von vorneherein mitgedachten Analysemöglichkeiten in Form moderner „Comparative Effectiveness Researches“ - zum Beispiel „Stepped Wedge-Designs“ - ein lernendes System installiert werden könne. Dr. Christian Gawlik M.Sc. vom Referat VI 4 Medizinische Grundsatzfragen und Evaluation von Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke beim BVA, machte sich dafür stark, nicht immer gleich das komplette Konzept DMP evaluieren zu wollen, weil man zeitnah zu keinen Ergebnissen komme. Subgruppen-Analysen, Untersuchungen einiger Elemente und Regionen seien da viel sinnvoller. Das zeigen zumindest seine Erfahrungen aus Zehntausenden von DMP und Multi-Millionen von Daten, die er bisher ausgewertet hat: „Man kann DMP einfach nicht wie eine rote Pille evaluieren.“

Doch auch wenn künftig die Evaluation der DMP mit Kontrollgruppen neu aufgelegt wird, wird man dennoch nie die beste Evidenz nach RCT erreichen können, meint Dr. Christian Graf, Abteilungsleiter für Versorgungsprogramme der Barmer GEK. Aber vielleicht könne die nächst niedrigere Evidenzstufe erreicht werden, weil auf Basis der GKV-Routinedaten die wichtigsten Outcomes gemessen sowie alle Kostenarten betrachtet werden können. Der Unterschied zur heutigen Evaluation sei, dass künftig die Daten auch für Kontrollgruppen gemessen werden könnten - am besten nach M-RSA-Kriterien, was einen stimmigen Vergleich zwischen Kontroll- versus Interventionsgruppe erlaube. Das ist, wie Prof. Dr. Reinhold Roski, der Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“, in seinem Schlusswort sagte, Thema des nächsten Fachkongresses, der am 19. März 2012 stattfinden wird und Details der künftigen Evaluation, aber auch von Regionalisierung, Individualisierung und Multiprofessionalität von Versorgungsansätzen am Beispiel von DMP in den Fokus nehmen wird. <<



Mit Blick auf den französischen Dom auf dem Gendarmenmarkt: Die Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, in der auch der Folgekongress am 19. März 2012 stattfinden wird.



Die Podiumsdiskutanten des Vormittags: Prof. Dr. Bertram Häussler (IGES), Prof. Dr. Gerd Glaeske (Uni Bremen), Dr. Maximilian Gaßner (BVA), Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve (Vivantes, Moderator der Diskussion), Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer (DGIV) und Prof. Dr. Karl Wegscheider (Univ.-Klinikum Hamburg-Eppendorf). Den Bericht zu dieser Podiumsdiskussion finden Sie im Kongress-Special 1/2011.