Podiumsdiskussion „DMP im Vergleich“:

„DMP nicht wie eine rote Pille behandeln“

Prof. Dr. Roland Linder (WINEG), Dr. Christian Graf (BARMER GEK), Evert Jan van Lente (AOK), Dr. Christian Gawlik M.Sc. (BVA) und Dr. Dirk Sunder Plaßmann (Spectrum|K) diskutierten am Nachmittag des Kongresstags mit Prof. Dr. Reinhold Roski (MVF-Herausgeber und Moderator) unter Beteiligung des Plenums über die gezeigte Evidenz der Programme.

Roski: DMP sind im Prinzip eine Qualitätsinitiative. Dass die Qualität der Versorgung durch DMP gestiegen ist, schien mir eine generelle Aussage zu sein. Meine Frage: Haben DMP im Sinne der Verbesserung der Versorgungsqualität des Systems etwas Positives bewirkt oder nicht? Sind wir heute weiter als vor zehn Jahren?

Linder: Ich gehe davon aus, dass Teile der Intervention gefruchtet haben. Es wäre statistisch auch nicht unwahrscheinlich, dass ein Teil der Intervention innerhalb einer Bündel-Intervention fruchtet. Wie groß oder wie weit die tatsächlichen Ziele wirklich erreicht wurden – das ist auch heute durch alle Vorträge gegangen – ist unklar. Nichtsdestotrotz wurden immer Folien von Erfolgen gezeigt, dazu sieht man ganz viele Folien. Und daraus wird dann der Schluss gezogen, wie Herr van Lente das gesagt hat, wenn 25 in eine Richtung denken, muss es wohl stimmen. Ich hatte aber schon in meinem Vortrag gezeigt, dass der Bedarf nach Evidenz, der Wissenshunger, nach wie vor groß ist.

Roski: Liegt hier wirklich ein Evidenzunterschied vor oder - wie ein Referent gesagt hat - ein Interpretationsunterschied? Herr Rebscher brachte den provozierenden Satz: Wer immer schon gegen DMP war, bekommt dann auch bei den Evaluationen schlechte Ergebnisse heraus. Ist es wirklich die Evaluation, die Methode, das unterschiedliche Ergebnis oder ist es die Interpretation, die mehr oder minder gutwillig ist?

Linder: Ich bedauere, dass Herr Rebscher nicht in unserer Runde dabei ist, er hat ja mir und damit der TK wissenschaftliche Unredlichkeit unterstellt. So etwas geht überhaupt nicht. Ich wollte ihm hier die Gelegenheit zur öffentlichen Entschuldigung geben. Es kommt ja ins Protokoll, er kann mich anrufen.

Roski: Liegt es aber nun an der Interpretation oder sind es wirklich die Ergebnisse? Hier haben wir mit Herrn van Lente, aber auch mit Herrn Graf Fachleute, die deutlich positive Effekte gefunden haben.

Linder: Ich unterstelle niemandem hier eine tendenzielle Auswertung. Es liegt wirklich daran, dass Unterschiedliches untersucht wurde. Vielleicht dazu doch ein paar Details. In der Studie von Stock et.al. - die BARMER GEK steht dahinter - wurde ein ganz bestimmtes Patientenklientel herausgesucht - eine Subgruppe von 40 Prozent aller DMP-Teilnehmer. Die 40 Prozent rühren daher, dass nur diejenigen eingeschlossen wurden, die mindestens 40 Jahre alt waren und die mindestens drei Medikamente im erstes Halbjahr 2005 verordnet bekamen. Es waren auch keine Kassenwechsler dabei. Damit gab es ein paar Randbedingungen, die das stark eingeschränkt haben. Dazu gibt es im Anhang zu der Publikation einen sehr schönen Anhang von Stock et.al., in dem gezeigt wird, wie viele Versicherte raus gefallen sind. Es handelt sich also um eine Subgruppe, nicht ganz unähnlich bei ELSIP. Dort mussten die Versicherten mehr als 50 Jahre alt sein und Verordnungen bekommen. Wir haben heute eine Grafik gesehen, auf der deutlich wurde, dass 27 Prozent der Diabetiker rein diätetisch versorgt werden. Bei der TK sind es sogar 39 Prozent, das mag schwanken von Kasse zu Kasse, aber ist jedenfalls ein beachtlicher Anteil. Diese leichter Erkrankten - weil noch diätetisch versorgbaren Versicherten - sind in diesen Studien natürlich nicht mehr enthalten. Das allein hat schon einen Verzerrungseffekt. Man kann gerne über Subgruppen reden, aber dann muss man sich das vor Augen halten, ob wir nun einen Gießkanneneffekt weiterhin haben wollen oder eben das Paretoprinzip. Dann kommt hinzu – das habe ich in meiner Präsentation kurz gezeigt – dass es doch erhebliche Unterschiede gibt bei der Pflegestufe. Bei der TK waren mehr als viermal so viele Menschen mit Pflegestufe drei in der Kontrollgruppe. Das wird in den anderen Auswertungen nicht anders gewesen sein. Dann erstaunt natürlich überhaupt nicht, dass die Mortalität größer ist in der Kontrollgruppe, weil viele von denen schon schwerstkrank waren. Und wenn man sich die Zahlen ansieht von Stock et.al., dann war der Anteil der über 80-Jährigen auch wieder doppelt so groß in der Kontrollgruppe wie bei den DMP-Teilnehmern - sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen. Das Bemühen ist erkennbar, möglichst vergleichbare Gruppen zu bilden, aber gerade dieser Bereich Pflegestufe ist dort zu kurz gekommen. Und das erklärt die Ergebnisse. Da unterstelle ich überhaupt keine Böswilligkeit, sondern einfach, dass Verschiedenes untersucht wurde.

> *„Man muss sich vor Augen halten, ob wir nun weiterhin einen Gießkanneneffekt haben wollen oder eben das Paretoprinzip“*
> ***Prof. Dr. Linder, WINEG***

Graf: Um den einen Punkt vielleicht noch aufzuklären: Diese 40 Prozent sind anders zustande gekommen. Wir haben nur Patienten ermittelt, die im Jahr 2002 mit Diabetesmedikation in unseren Daten vorhanden waren. Das war ein Instrument, um sehr spezifisch Diabetiker herauszufinden aus einer Zeit vorher. Dadurch habe ich gesagt, hatten wir sozusagen etwas schwergradige Populationen in der Studie – das waren aber nicht die 40 Prozent. Die 40 Prozent sind übriggeblieben, weil wir nur die eingeschlossen haben, die in 2004 eingeschrieben worden sind und dann durchgängig drin geblieben sind. Alle anderen Patienten, die in 2005, 2006, 2007 irgendwann eingeschrieben wurden, haben wir nicht mit aufgenommen. Es ist ein wesentlicher Unterschied zu Ihrer Arbeit, dass wir uns dort auf eine Kohorte konzentriert haben. Ich halte das auch für sauber.

van Lente: Tatsächlich sind wir der Meinung, dass wir die Qualität der Versorgung in den letzten zehn Jahren verbessert haben. Wir denken, dass die DMP wesentlich dazu beigetragen haben und dass wir das nachweisen können. Ich habe einige Beispiele geben können. Auf die Methodikdiskussion will ich mich im Einzelnen nicht einlassen. Nur der Hinweis, dass wir bezüglich der WINEG-Studie etwas befremdet waren und uns veranlasst sahen, unser wissenschaftliches Institut in einer Pressemitteilung ausführlich auf die methodischen Schwächen der WINEG-Studie eingehen zu lassen. Bei jeder Studie kann man zu unterschiedlichen Inter-



v.l.i.n.r.: Die Referenten des Nachmittags bei der Podiumsdiskussion: Prof. Dr. Linder (WINEG), Dr. Graf (BARMER GEK), van Lente (AOK), Prof. Dr. Roski (MVF-Herausgeber und Moderator der nachmittäglichen Diskussion), Dr. Gawlik M.Sc. (BVA) und Dr. Sunder Plaßmann (Spectrum|K).

pretationen kommen. Ich meine, dass wir besonders vorsichtig sein sollten bei der nachträglichen Bildung von Subgruppen. Dann ist es wichtig, dass ein unabhängiges Institut mit der Auswertung beauftragt wird.

Graf: Sie haben gesagt: Die schwergradigen Patienten profitieren. An dem Punkt sind wir uns - glaube ich - alle einig. Jeder in dieser Runde hat festgestellt, dass schwergradige Patienten von dem Programm in besonderem Maße profitieren. Ich habe auch noch eine Folie gar nicht aufgelegt, aus dem berühmten Nordrhein ZI-Bericht, da sehen Sie nämlich, dass die Patienten, die initial mit $HBA1_C$-Werten bei 10 oder darüber oder bei Blutdruckwerten in astronomischen Bereichen lagen, sich massiv zum Mittelwert gesenkt haben. Da sind echte Interventionserfolge auch erkennba. Hier sind sich alle einig. Der Schluss daraus aber ist ein anderer. Ihr Schluss daraus ist, leichtgradige Diabetiker sollten nicht in die Programme. Da sind wir ganz anderer Meinung. Ich bin der Meinung, dass DMP in der Form einfache Strukturvoraussetzungen haben, es sind Patientenschulungen, es sind minimale Regeln der Patientenorientierung, der Qualitätssicherung, der Dokumentation. Und ich sehe überhaupt keinen Grund, warum nicht jeder Patient - auch im leichtesten Stadium - diese Versorgungsform in strukturierter Form bekommen soll. Das ist - glaube ich - der wesentliche Unterschied in unsere Bewertung der Studie.

„Wir denken, dass die DMP wesentlich dazu beigetragen haben. Das können wir auch aus unserer Sicht nachweisen“
van Lente, AOK

Dr. Kaduszkiewicz (Teilnehmerin, Institut für Allgemeinmedizin, Univ.-Klinikum Hamburg-Eppendorf): Sie hatten gefragt, was der Tag gebracht hat. Wir haben heute Morgen sehr eindeutig und ganz klar gehört, dass es richtig gute Studien zur Evaluation der Wirksamkeit des DMP nicht gegeben hat. Es gab keine randomisierten kontrollierten Studien. Insofern war ich heute Vormittag glücklich über diese ganz klaren Aussagen, dass eben ein Nachweis dieser Wirksamkeit des DMP bisher nicht erbracht werden konnte. Nachmittag war ich wirklich frustriert, muss ich sagen, weil diese Studien, die uns schon alle bekannt sind, noch mal vorgestellt worden sind - ohne genaue Darstellung der Methodik. Wir wissen alle, dass diese Studien suboptimal sind, weil sie nicht randomisiert sind, weil sie vom methodischen Ansatz her keine sichere Erkenntnis bringen können. Insofern würde ich sagen, heute Nachmittag war es für mich etwas enttäuschend, weil positive Effekte proklamiert wurden, die aber so nicht nachgewiesen werden können. Trotzdem bin ich der Meinung, dass DMP etwas gebracht haben. Allein die Diskussion um Pro und Contra war nützlich. Alle Ärzte waren darin involviert, alle Ärzte haben sich gestritten über evidenzbasierte Medizin, über Leitlinien etc. Das hat natürlich einen massiven Fortbildungseffekt gebracht. Einen zweiten Punkt, den ich gerne in die Runde werfen möchte, ist: Sie hatten angekündigt, es geht auch um die Zukunft. Es geht um die Frage, wie geht es in Zukunft weiter mit den DMP. Es bringt nichts, mit einer unzureichenden Methodik nachzuweisen versuchen, was nicht nachzuweisen ist. Aber was kann man in Zukunft machen? Hier finde ich es sehr interessant zu betrachten, welche Gruppen von Patienten man in Zukunft fokussieren will, um deren Versorgung zu verbessern. Ich denke da an alle Patienten, die eben bisher noch nicht in DMP sind. Was sind das für Patienten? Etwa die Hälfte der Patienten sind eben nicht in den DMP. Ich denke, diese Patienten bedürfen einer besonderen Aufmerksamkeit.

„Jeder Patient - auch im leichtesten Stadium - sollte diese Versorgungsform in strukturierter Form bekommen.“
Dr. Graf, BARMER GEK

Roski: Blicken wir in die Zukunft: Was wären geeignete andere Patientengruppen für DMP und in welche Richtungen könnten DMP fortentwickelt werden?

Sunder Plaßmann: Sie haben recht. Wir haben immer noch jeden Zweiten nicht im Programm. Auf diesen Fakt stoßen wir auch in anderen Selektivverträgen immer wieder: Was bewegt eigentlich den Patienten, bestimmte Sachen zu machen? Wir denken immer, er macht etwas, wenn es ihm gesagt wird. Doch das ist nicht immer der Fall - mitnichten. Was bewegt den Patienten und wie kann man ihn ansprechen? Das ist eine Frage, die wir in der Versorgungsforschung immer wieder thematisieren, um zu schauen: Ist die Ansprache richtig? Oder kann man den Patienten - auch wenn Shared-Decision-mäßig die Entscheidung trifft - dazu bewegen etwas zu machen, vielleicht sogar seinen Lebensstil zu ändern. Das ist eine sehr nachhaltige und auch anstrengende Herausforderung. Ein Punkt, wohin sich DMP entwickeln könnten, ist - das ist auch angeklungen - die Multimorbidität.

Und da wurde auch das Chronic-Care-Modell mehrfach genannt. In diesem Bereich gäbe es noch Handlungsbedarf.

Roski: Kommen wir zu den komplexeren Auswertungsformen, die heute Morgen vorgeschlagen wurden. Gibt es Chancen, dass die Krankenkassen neue Auswertungs- und neue Analysemethoden einsetzen und dadurch vielleicht Fehler in den jetzigen Evaluationen vermeiden können?

van Lente: Als AOK haben wir seit mehreren Jahren versucht, die Evaluationsmethodik der gesetzlichen Evaluation zu verändern. Wir sind ganz froh, dass das jetzt vom BMG aufgegriffen worden ist und das der Gemeinsame Bundesausschuss die Möglichkeit hat, hier neue Wege zu gehen. Ich glaube, dass das dringend erforderlich war. Wir werden uns als AOK sehr konstruktiv in dem Prozess einbringen. Wie ich heute erfahren habe, ist das auch bei den Kollegen der Ersatzkassen der Fall. Ich bin recht optimistisch, dass wir in Zukunft auch eine andere Form der Evaluation machen können.

Linder: Innerhalb des Verbands der Ersatzkassen gibt es sowohl von der BARMER GEK als auch von der Techniker Krankenkasse - auch als Konsequenz aus diesen Studien - den Ansatz, die Daten möglichst zu poolen und dann auch über lange Zeiträume zu evaluieren. Das gemeinsame Anliegen besteht und wir hoffen natürlich, dass sich noch weitere Partner beteiligen, um dann auch dem Sponsor-Bias vorzubeugen, wie Prof. Sawicki das nennt. Es wäre danach auch zu überlegen, ob nicht eine möglichst unabhängige Einrichtung diese gepoolten Daten überprüft. Das sollte man vielleicht mitnehmen an der Stelle. Es ist doch toll, was wir in den letzten Jahren von Krankenkassenseite methodisch auf die Beine gestellt haben. Einen Wissenschaftler befriedigt es vielleicht nicht, aber wenn man mal die Entwicklung innerhalb der Kassen sieht, ist das doch eine ganz positive. Diese könnte auch Vorschub geben zu einer gemeinsamen Kraftanstrengung, diese Programme zu evaluieren.

Gawlik: Ich möchte an die Krankenkassen appellieren, nicht zu versuchen, das gesamte Konzept DMP zu evaluieren. Da ist zu komplex. Man muss sich mal überlegen, wie viele Probleme schon bei klinischen Studien zu einzelnen Medikamenten auftreten. Und zudem muss in dissem System das experimentelle Design zum Beispiel fünf Jahre stabil gehalten werden, um Verzerrungen zu verhindern. Ich empfinde das immer noch sehr, sehr mutig. Die Amerikaner sind bei Medicare und Medicaid jetzt schon zehn Jahre dabei, ihre DMP zu evaluieren, kommen zu keinem validen Ergebnis und werden sie deshalb gar nicht einführen in diesem, dem deutschen GKV-System vergleichbaren System. Ich würde darum dafür plädieren, gerade die eben angesprochenen Subgruppen-Analysen zu planen, d.h. einzelne Elemente von DMP zu evaluieren und zu verfolgen. Oder in einzelnen Regionen Elemente von DMP zu evaluieren. Dann würden auch Studiendesigns, wie sie Herr Prof. Wegscheider vorgeschlagen hat, greifen können. Das man das also erst in einer Region macht, in einer anderen nicht und das dann die Regionen gegenseitig als Kontrollgruppen dienen können. Aber ich würde aus meiner Sicht dringend dafür plädieren, nicht weiter zu versuchen, DMP wie eine „rote Pille“ zu evaluieren und das auch noch über viele Jahre hinweg.

Graf: Ich würde gerne auf die Bemerkung von Frau Dr. Kaduszkiewicz eingehen. Ich finde schon, dass all das, was heute Nachmittag noch mal gezeigt wurde, einschließlich der gesetzlichen Evaluation ohne Kontrollgruppe durchaus wertvolle Hinweise für die Entwicklung der Versorgung in den letzten Jahren liefert. Wir haben anhand der Befragungsdaten, die wir durchgeführt haben, festgestellt, dass 80 Prozent der Patienten innerhalb der Programme ihre Augen untersucht und ihre Füße untersucht bekommen. Das ist eine enorm wichtige Zahl. Vor Einführung der DMP hatten wir dazu überhaupt keine Information. Es gibt viele Beispiele, die zeigen, das wir sehr wertvolle Erkenntnisse aus den letzten Jahren bekommen. Sie sagen, Sie seien frustriert über die Darstellung: Im Umkehrschluss bedeutet das, dass wir, wenn wir nicht RCT durchführen können, eigentlich überhaupt nichts messen und überhaupt nichts bewerten. Dem möchte ich entschieden widersprechen. Wir haben einen Vorschlag unterbreitet, zukünftig die gesetzliche Evaluation der DMP mit Kontrollgruppe sozusagen neu aufzulegen. Trotzdem werden wir damit auch nicht die beste Evidenz im Sinne von RCT erreichen. Natürlich werden wir weitere und noch bessere Erkenntnisse bekommen und das ist auch richtig so und wertvoll. Wir werden immer mehr ein Gefühl dafür bekommen, inwieweit unsere Hypothesen stimmen. Im Grunde gibt es dazu eine Menge Eindrücke und die werden durch eine neue Methodik noch besser erkennbar. Aber diesen endgültigen Beweis, den werden wir nicht liefern können.

„Ich würde aus meiner Sicht dringend dafür plädieren, nicht weiter zu versuchen, DMP als rote Pille zu evaluieren.“
Dr. Gawlik M.Sc., BVA

Stegmaier (Teilnehmer, „Monitor Versorgungsforschung“): Herr Graf, könnten Sie das kassenübergreifende Evaluations-Programm noch kurz ausführen? Und dann die Frage an die versammelten Vertreter der Krankenkassen: In welcher Art und Weise können sie sich künftig überhaupt ein gemeinsames Daten-Pooling vorstellen und wie tief ließen sie sich denn in ihr Datentöpfchen schauen?

Graf: Der Vorschlag ist im Grunde ganz einfach. Auf Basis von GKV-Routinedaten können wir die wichtigsten Outcomes messen, das heißt Krankenhausbehandlung wegen Herzinfarkten, Schlaganfällen usw. Wir können die Mortalität und alle Kostenarten messen. Wir können Gesamtkosten und einzelne Kostenarten darstellen – dazu Hospitalisierungen, Notfälle etc. Also im Grunde die wichtigsten Qualität- und Wirtschaftlichkeitsindikatoren. Der einzige Unterschied zur heutigen Situation ist, dass diese Daten eben auch für Kontrollgruppen und nicht nur für die Teilnehmer gemessen werden. Das muss man nach einem einheitlichen Vorgehen machen. Ich würde vorschlagen, die Morbi-RSA-Kriterien als einheitliche Definition sozusagen eines Diabetikers oder eines Asthma-Patienten zugrunde zu legen für Teilnehmer und eben auch für Nichtteilnehmer. Dann hat man den Vergleich Kontrollgruppe versus Interventionsgruppe und das für jede jährliche Kohorte.

Roski: Damit steht noch die Frage aus, wie DMP 2.0 aussehen könnten. Doch wie es sich so trifft, ist diese Frage das Thema für den nächsten Kongress, der am 19. März 2012 stattfinden wird und zu dem sich alle Interessierten bereits jetzt anmelden können.

Podiumsdiskussion 2

Den Bericht zur zweiten Podiumsdiskussion finden Sie im Kongress-Special 1/2011, das Abonnenten und Kongress-Teilnehmern per Post mit dieser Ausgabe ausgeliefert wird. Darin geht es auch um Prof. Dr. Häusslers heftig diskutierte Thesen zur Folgenabschätzung der DMP, insbesondere bei Diabetes.

Dokumentation

Alle Referate sind für Kongress-Teilnehmer wie Abonnenten unter dem Link http://www.monitor-versorgungsforschung.de/10-jahre-dmp/referenten downloadbar.

Die dazu gehörigen Audio-Files, in denen die Vorträge im Originalton dokumentiert werden, stehen exklusiv den Abonnenten von „Monitor Versorgungsforschung“ zur Verfügung. Zudem werden in Spezialausgaben, die den MVF-Ausgaben 05/11 und 06/11 beiliegen, die Vorträge in verschrifteter Form als Originalbeiträge publiziert. Diese Spezialausgaben erhalten automatisch alle Abonennten und Teilnehmer des Kongresses.

Bestellbar sind die **Spezialausgaben** in Print- und/oder PDF-Form unter: http://www.monitor-versorgungsforschung.de/10-jahre-dmp/spezial

Den Link zur **Voranmeldung zum Folgekongress** am 19. März 2012 finden Sie unter: http://www.monitor-versorgungsforschung.de/10-jahre-dmp/folgekongress

Vortrags-Thema	Referent		Statement / Abstract
Was wissen wir über DMP?	**Prof. Dr. Reinhold Roski** Herausgeber „Monitor Versorgungsforschung“		Lohnen sich DMP? Sind sie ein Erfolgsmodell für Integrierte Versorgung? Nach welchen Kriterien sollte man Qualität, Effektivität und Effizienz beurteilen? In den vorliegenden Evaluationen zeigen sich positive, aber auch negative Effekte. Wo liegen die Gründe dafür? Das BVA und Kassen präsentieren die Ergebnisse: Das wissen wir nach 10 Jahren DMP!
Grußwort	**Regierungsdirektorin Dr. Josephine Tautz** Bundesministerium für Gesundheit, Stellv. Referatsleiterin, Referat 213 Gemeinsamer Bundesausschuss, Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)		Nach dem seit 2009 vorgenommenen Abbau der finanziellen Anreizwirkung über den RSA soll durch das Versorgungsstrukturgesetz zukünftig der administrative Regelungsaufwand für die DMP-Durchführung weiter zurückgeführt werden. Die Regelungen für Inhalte und Ausgestaltung der DMP einschließlich deren Evaluation sollen statt über BMG-Rechtsverordnungen zukünftig durch G-BA Richtlinien erfolgen. Ziele sind Flexibilisierung, Vereinfachung und beschleunigte Umsetzung in der Versorgungspraxis..
DMP-Realität nach 10 Jahren > Siehe Special 1, S. 16	**Dr. Maximilian Gaßner** Präsident des Bundesversicherungsamts (BVA)		Zehn Jahre nach Beginn der Debatte um DMP in Deutschland ist es Zeit, ein erstes Resümee zu ziehen. Im Rahmen des Kongresses werden die Ziele und Erfolge der DMP in Deutschland von den Anfängen bis zur aktuellen Entwicklung dargelegt.
Nutzen und Effizienz von DMP > Siehe Special 1, S. 28	**Prof. Dr. Gerd Glaeske** Zentrum für Sozialpolitik, Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Universität Bremen / MVF-Herausgeberbeirat		Oftmals kommen Stratifizierungsüberlegungen im Hinblick auf die Ausgangssituation der Krankheitsschwere oder der sozialen Schicht der Patienten zu kurz. Nicht für alle, die ein DMP benötigen, wurde die Maßnahme genutzt, anderseits wurden die Programme oft wegen der ökonomischen Anreize auch bei solchen eingesetzt, die kaum Vorteile haben dürften.
Schnittstellenproblematiken strukturierter Versorgungskonzepte	**Prof. Dr. Stefan G. Spitzer** Vorsitzender des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung e.V (DGIV)		Das Referat widmet sich den Schnittstellenproblemen solcher Projekte, insbesondere der Koordinierung der medizinischen Zusammenarbeit, technisch-technologischen Erfordernissen und noch bestehenden rechtlichen Hemmnissen bei der Durchsetzung des Prinzips der Integrierten Versorgung in strukturierten Versorgungskonzepten.
DMP: Methodik für faire Vergleiche > Siehe Special 1, S. 25	**Prof. Dr. Karl Wegscheider** Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Biometrie und Epidemologie, Wissenschaftlicher Beirat DMP beim BVA		Im Wesentlichen müssen zwei Probleme beherrscht werden: die Schaffung eines mathematischen Ausgleichs für Strukturunterschiede und die korrekte Berücksichtigung möglicher Zufallseffekte. Im aktuellen DMP-Vergleich werden beide Ziele simultan durch den Einsatz adjustierter empirischer Bayes-Schätzer erreicht, die im Rahmen der Anpassung eines gemischten linearen Modells abgeleitet und anschließend visualisiert werden. Im Vortrag wird die Funktionsweise dieser Methodik am Beispiel vorgeführt.
DMP: Wirkungen und Nebenwirkungen – Folgenabschätzung	**Professor Dr. Bertram Häussler** Geschäftsführer IGES, Berlin		Die im Nachhinein erkennbare „Insulinisierung“ der Typ-2-Diabetiker ist die Folge der Bemühungen um eine Reduzierung der vom Typ-2-Diabetes ausgehenden Folgewirkungen. Vor dem Hintergrund der heutigen Erfahrungen wäre die Frage zu stellen, wie hoch der zusätzliche Nutzen einer breit angelegten insulinbasierten Blutzuckerkontrolle ist angesichts der Risiken, die sich aus Hyopglykämien, Gewichtszunahme und der Induktion von Krebserkrankungen ergeben.

Vortrags-Thema	Referent		Statement / Abstract
DMP: Vergleiche und Ergebnisse > Siehe Special 1, S. 19	**Dr. Christian Gawlik M.Sc.** Referat VI 4 Medizinische Grundsatzfragen und Evaluation von Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke - DMP beim BVA		Die dokumentierten medizinischen Parameter und die zusätzlich erhobenen ökonomischen Daten werden für eine vergleichende Evaluation der DMP genutzt. Nach einer Risikoadjustierung werden dem BVA von den damit durch die Kassen beauftragten Evaluationsinstituten aggregierte Daten übermittelt, die eine vergleichende Darstellung des Gesundheitszustands der Versicherten und der Kostensituation in den DMP ermöglichen. Diese Informationen geben den Kassen die Möglichkeit, intern und gemeinsam mit den Leistungserbringern qualitätssichernde Prozesse zu steuern.
DMP: Erfahrungen der BARMER GEK	**Dr. Christian Graf** Abteilungsleiter für Versorgungsprogramme der BARMER GEK		Nach holprigem Start und kontroverser Diskussion um die Einführung haben sich DMP heute zu einem festen Bestandteil qualitätsorientierter Versorgung chronisch Kranker in der GKV entwickelt. Gleichwohl liegen bislang nur partielle Wirksamkeitsbelege vor. Um weitere Evidenz über den Nutzen der Programme zu erhalten, sollte eine gesetzliche Evaluation durchgeführt werden.
DMP: Erfahrungen der TK > Siehe Special 1, S. 39	**Prof. Dr. Roland Linder** Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG)		Angesichts der noch immer ungeklärten Studienlage und der immensen Programmkosten fordert die TK die bestmögliche Evidenz zur Nutzenbewertung von DMP. Diese ist durch eine kassenübergreifende Evaluation von GKV-Routinedaten vorstellbar, erfolgt idealerweise jedoch durch einen RCT.
DMP: Erfahrungen der AOK > Siehe Special 1, S. 32	**Evert Jan van Lente** Stellv. Geschäftsführer Versorgung im AOK-Bundesverband		Nach 10 Jahren liegen eine Reihe von Studien und Patientenbefragungen vor. Das WIdO hat im Versorgungs-Report 2011 gleich vier Studien vorgestellt, die alle sehr unterschiedlich angelegt sind und – soweit es sich um kontrollierte Studien handelt – versucht haben, Selektionseffekte auszuschließen. Für die AOK ist entscheidend, dass externe Studien, Patientenbefragungen und interne Kalkulationen in der Tendenz zum gleichen Ergebnis kommen: Die patientenrelevanten Endpunkte sind unter DMP-Bedingungen deutlich besser und die Gesamtkosten niedriger.
DMP: Erfahrungen der DAK	**Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher** Vorsitzender des Vorstandes, DAK, Hamburg / MVF-Herausgeberbeirat		Zeit, um Bestehendes zu überprüfen und Neues anzugehen. Die anfängliche Skepsis ist gewichen, und inzwischen nehmen mehr als 650.000 Versicherte an unseren DAK-Gesundheitsprogrammen teil – mit weiterhin steigender Tendenz. Einerseits wurde die Versorgungsqualität erhöht, andererseits werden Folgeerkrankungen vermieden. Zudem zeigen die Analysen eine Senkung der Leistungsausgaben
DMP: Erfahrungen der Deutschen BKK und anderer BKKen	**Holger Söldner** Abteilungsleiter Versorgungsmanagement der Deutschen BKK		10 Jahre DMP – zunehmend Konfliktpotenzial mit Kollektiv- und Selektivvertragsrecht. 10 Jahre DMP – dauerhaftes Optimieren der Analysen, der internen und externen Abläufe und das Anpassen an die sich immer wieder verändernden Anforderungen an Personal und Prozesse. 10 Jahre DMP bedeuten aber auch, dass sich aus Sicht der Deutschen BKK der Invest zum Wohl des Kunden gelohnt hat.
	Dr. Dirk Sunder Plaßmann Spectrum|K		Was haben diese (politisch gewollten) Versorgungsformen im Selbstverständnis und Handeln bei den Beteiligten ausgelöst? Welche Erfahrungen konnten Krankenkassen durch DMP gewinnen und für die Entwicklung selektiver, also freiwilliger Versorgungsverträge nutzen? Anhand von Evaluations- und Dokumentationsdaten werden beispielhafte Ergebnisse präsentiert.
DMP: Erfahrungen in Bayern > Siehe Special 1, S. 47	**Dr. Frank Hofmann** Teamleiter Datenmanagement und Abrechnung, CoC DMP bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)		Nach anfänglicher inhaltlicher Skepsis und technischen Herausforderungen wie der elektronischen Dokumentation, die in Bayern von Anfang an Pflicht war, entwickelten sich die DMP sehr erfolgreich: Mittlerweile sind alle Prozesse effizient etabliert, und jährlich werden in Bayern über drei Millionen DMP-Dokumentation erstellt.
Regionale Versorgungsunterschiede > Siehe Special 1, S. 44	**Dr. André Kleinfeld,** Business Development Manager bei INSIGHT Health, Waldems-Esch		Ein datenbasierter Blick auf die Situation der ambulanten Arzneimittelversorgung innerhalb der GKV zeigt, dass große Unterschiede zwischen den Regionen bestehen. Einfluss üben dabei neben demographischen und versorgungsstrukturellen Parametern auch verordnungsabhängige Faktoren. Indikationsbezogene Analysen von INSIGHT Health verdeutlichen, dass Versorgungsansätze stets an die regionalen Besonderheiten anzupassen sind oder sogar von den regionalen Auffälligkeiten her gedacht werden müssen.
DMP: Indikationsübergreifendes Versorgungsmanagement > Siehe Special 1, S. 51	**Prof. Dr. Stephan Burger** Leitender Direktor der MedicalContact AG, Essen / MVF-Praxisbeirat		Das gesetzliche DMP bleibt als statisch organisiertes Programm hinter den Möglichkeiten zurück. Um Potenziale stärker zu nutzen, sollten DMP in ihrer heutigen indikationsbezogenen Ausgestaltung durch Case Management erweitert und bei den Kassen im Sinne eines zielgruppenspezifischen Versorgungsmanagements integriert werden. Zentraler Ansatzpunkt ist die Stärkung des Patientencoachings.