

Bild: Lopata/axentis.de

KVB und BVA gemeinsam am historischen Ort der Medizin, der „Hörsaalruine“ der Charité:

Strukturierte Behandlung für eine bessere Versorgung

Dass Disease Management Programme gar nicht einmal so unterschiedlich zu strukturierten ambulanten Versorgungsprogrammen sind, zeigte eine gemeinsame Veranstaltung des Bundesversicherungsamtes (BVA) und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB). Neben durchweg positiven Einflüssen auf die Qualität der Versorgung, ist vor allem die Anwendung strukturierter Behandlungspfade sowie aktive Rückmeldungen an die Leistungserbringer im Sinne eines lernenden Systems zu nennen.

>> Beide Veranstalter - KVB wie BVA - konnten mit beeindruckenden Einblicken wie Zahlen aufwarten. Anhand von praktischen Beispielen - E-Dokumentation des Ultraschalls in der Schwangerschaftsvorsorge und Tonsillotomie - zeigte die KVB den „bayerischen Weg“ auf, mit dem der Einsatz strukturierter Behandlungsprogramme auch außerhalb der DMP-Indikationen gelungen sei. Dabei wird, so Kristina Topic, Senior-Projektmanagerin bei der KVB, immer nach einem ähnlichen Muster verfahren. Nach der Identifikation eines Handlungsbedarfs in definierten Leistungsbereichen werden gemeinsam mit Vertretern der betroffenen Fachgruppe die wichtigsten Parameter der Struktur-, Prozess- und/oder Ergebnisqualität definiert und danach die teilnehmenden Ärzte anhand der vorher definierten Qualitätsanforderungen selektiert. Gleichzeitig erfolgt die Definition und Einführung der elektronischen Datenerhebung und die Verknüpfung mit einem qualitätsorientierten Vergütungssystem; beides verbunden mit dem Ziel eines stetigen Controllings, des Feedbacks und der versorgungsforscherischen Evaluation. Besonders wichtig für ein lernendes System mit Rückmeldungen an die Leistungserbringer ist die elektronische Datenerhebung, die in Bayern unter Nutzung des Dokumentationsportals OPAL funktioniert.

Die bisher gemachten Erfahrungen zeigen, dass das bayerische Vorgehensmodell zu einer Strukturierung der Versorgungsprozesse beiträgt.Und zwar:

- durch eine Objektivierung von Qualitätsanforderungen
- durch Transparenzschaffung durch Erhebung von Prozess- & Ergebnisdaten für Feedbacksysteme und Qualitätssicherungsmaßnahmen, auch für Patienten
- durch die Nutzung der Dokumentation zur Strukturierung von Leistungen & Prozessen,
- durch die garantierte Einhaltung definierter Standards
- durch den Einsatz von Vergütung für gezielte Anreize
- durch die Einbindung des Patienten durch Befundbriefe und gezielte Befragungen
- durch die Schaffung von zentralen Datenbeständen, die es ermöglichen, Versorgungsforschung auf Basis der erhobenen Daten zu betreiben.

Die Möglichkeiten des Ansatzes der Versorgungsforschung, aber auch deren Probleme wie Komplexität, zeigten auch die Vorträge der BVA. So freute sich Dr. Maximilian Gaßner, der Präsident des Bundesversicherungsamts, dass es gelungen sei, mit Einführung der DMP auch den Wettbewerb der Krankenkassen um eine qualitativ hochwertige Versorgung von chronisch Kranken zu stärken. Immerhin nähmen heute mehr als 5,5 Millionen chronisch Kranker aktiv an den DMP (s. Tab. 1) teil, was in der abschließenden Podiumsdiskusison von Dr. Norbert Klusen, dem Vorstand der TK, gar nicht so positiv gesehen wurde. Der Grund: Durch die Einbringung der DMP in die Morbi-RSA-Zuteilung würden Kassen möglichst viele chronisch Kranke einschreiben, statt nur jene aktivieren zu wollen, die wirklich sinnvoll, weil steuerbar sind. Zudem würden sich bei DMP vor allem jene Patienten einschreiben, die schon gut eingestellt seien, während qualitative wie besonders ökonomische Effekte eher bei den Zielgruppen zu suchen seien, die von derartigen bundesweiten Programmen nicht erreicht werden. Darum hätte Klusen auch gern ein Ende der Programmkostenpauschale gesehen, das zwischenzeitlich zwar diskutiert wurde, aber nun anscheinend doch wieder vom Tisch ist.

„Der Wettbewerb soll nicht im Verborgenen stattfinden“, erklärte Gaßner, der genau weiß, dass die Evaluation der DMP-Ergebnisse zwar gesetzlich verankert worden ist, das BVA aber nur in der Rolle „als Wächter über die Erfüllung der Zulassungsanforderungen“ an die DMP fungiert. Darum konnte zwar immerhin eine transparente und einheitliche Evaluation der DMP

sichergestellt werden, doch darf das BVA noch lange keine Daten veröffentlichen, aus denen Erfolgs- oder auch Misserfolgsparameter einzelner Kassen oder gar einzelner DMP (was im Sinne der Transparenz und Qualitätssicherung absolut sinnvoll wäre) veröffentlichen.

Was dem Amt bleibt, ist den Kassen wenigstens eine Art Benchmark zur Verfügung zu stellen, mit dem sie ihre DMP gegen andere vergleichen können sowie in eine Lernkurve (Abb. 1) einsteigen können. Diese interessanten, sicherlich manchmal auch brisanten Daten für die im Jahr 2003 gestarteten Programme bleiben der Öffentlichkeit indes verwehrt. Auch weil das BVA befürchtet, dass bei einer etwaigen Veröffentlichung dieser Daten die Datenqualität sinken könnte, weil die Kassen dann nicht mehr alle Daten zur Verfügung stellen würden.

Darüber hinaus ist die Evaluation von DMP alles andere als trivial, wie Prof. Dr. Karl Wegscheider (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf/Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie) sowie einer der Wissenschaftlichen Beiräte der „Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen" beim BVA verdeutlichte. So zeigte der Mathematiker auf, was in der DMP-Evaluation überhaupt möglich und was nicht möglich ist. Nicht möglich ist nach Wegscheider beispielsweise die Darstellung des allgemeinen Versorgungsstandards von Patienten in Deutschland und ebenso die Klärung der Frage, ob DMP nun die Versorgungslage in Deutschland verbessert haben oder nicht.

Möglich sei aber die Darstellung des Versorgungsstandards von DMP-Teilnehmern in Deutschland und ebenso eine „faire Qualitätsbeurteilung der einzelnen Programme im Vergleich zu allen anderen Programmen". Dazu benötigt man allerdings die durchaus anspruchsvolle Methode der Adjustierung, um für einen tragfähigen Ausgleich des unterschiedlichen Patienten-Mixe und auch für eine „Bayes"-Korrektur der Exzess-Varianz zu sorgen - einem mathematischen Begriff, der die Auswirkung zufälliger Effekte auf Mittelwerte bezeichnet.

Das gelang Wegscheider und den beauftragten Instituten, so dass Dr. Christian Gawlik (BVA) nicht nur interessante Vergleiche der DMP-Mittelwerte mit epidemiologischen Daten präsentieren konnte, sondern auch intraregionale Auswertungen, um zum Beispiel beim DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Abb. 2) aufzeigen zu können, wie stark doch bei einzelnen DMP die risikoadjustierten Anteile der Halbjahre mit einem HbA1c-Wert größer als 7,5 % (pro Patient über alle Patienten hinweg) abweichen. Warum das so ist, das können allerdings nur die Kassen selbst sagen wenn sie es denn wollten. <<

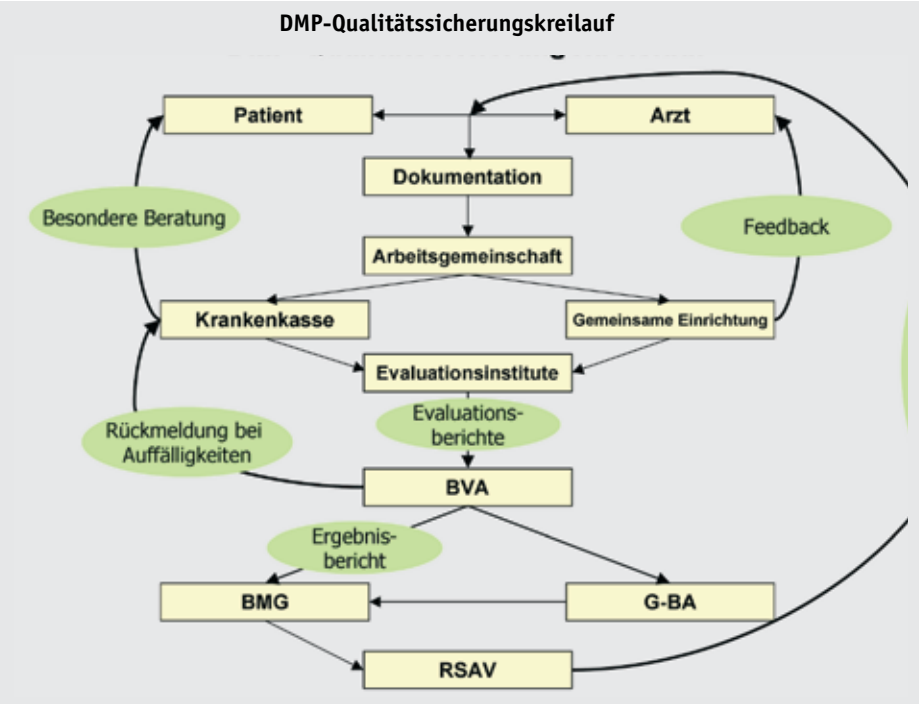


Abb. 1: *DMP-Qualitätssicherungskreislauf, Vortrag: van Doorn (BVA)*

Anzahl DMP und eingeschriebener Patienten

Indikation	Anzahl laufende Programme	Einschreibungen gesamt	Einschreibungen Indikation RSA-wirksam
Diabetes mellitus Typ 2	2.332	3.361.260	2.997.111
Brustkrebs	2.031	127.406	124.226
Koronare Herzkrankheit	2.244	1.596.210	1.410.614
Diabetes mellitus Typ 1	2.041	134.196	131.770
Asthma bronchiale	2.326	694.531	625.148
COPD	2.339	548.342	409.646
Gesamt	**13.313**	**6.461.945**	**5.698.515**

Tab. 1: *Anzahl DMP, Vortrag: van Doorn (BVA)*

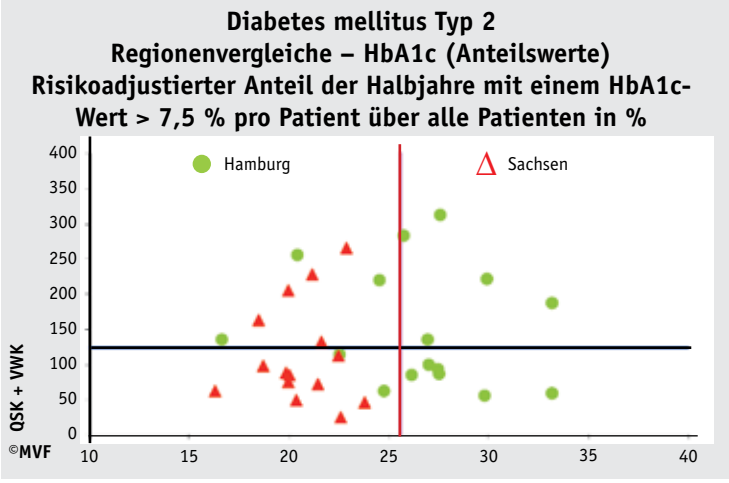


Abb. 2: *DMP Diabetes mellitus Typ 2 - Regionenvergleiche –HbA1c (Anteilswerte); risikoadjustierter Anteil der Halbjahre mit einem HbA1c-Wert > 7,5 % pro Patient über alle Patienten in %. Legende: QSK = Qualitätssicherungskosten VWK = Verwaltungskosten, Vortrag: Gawlik*