

Disease-Management Für Kranke stark machen



Wer sich anstrengt, wird belohnt: Krankenkassen, die in das Disease-Management investieren, bekommen ihr Engagement über den Risikostrukturausgleich vergolten. Ein richtiger Anreiz, meint Evert Jan van Lente, denn mit den strukturierten Behandlungsprogrammen steigen Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung chronisch Kranker.

Disease-Management-Programme (DMP) erfreuen sich aller Skepsis zum Trotz guten Zuspruchs. Immer mehr Patienten und Ärzte machen zum Beispiel bei AOK-Curaplan, dem DMP der Gesundheitskasse, mit: Bis Ende Januar 2004 haben sich bundesweit 380.000 AOK-Versicherte eingeschrieben, die an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt sind. 32.000 Ärzte beteiligen sich als Behandlungspartner.

Diabetes Typ 2, der so genannte Alterszucker, gehört zu den bisher fünf Diagnosen, für die der Gesetzgeber DMPs vorsieht. Auch Brustkrebs-Patientinnen können sich – allerdings noch nicht in allen Bundesländern – schon heute in das entsprechende DMP einschreiben. Am 1. März 2004 ist das DMP für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 hinzugekommen. Die Einschreibung für die Programme Koronare Herzkrankheit und Diabetes Typ 1 wird im ersten Halbjahr 2004 anlaufen. Im Laufe des Jahres 2004 werden dann vier verschiedene DMPs in

der Praxis zur Verfügung stehen. Die Anforderungen an ein Programm für Patienten mit Asthma und chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen werden zur Zeit erarbeitet.

Verfahren vereinfacht. Die ersten praktischen Erfahrungen mit den DMPs zeigten Probleme auf, die sich insbesondere auf die umständliche Verfahrensweise in der Dokumentation bezogen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) hat deshalb zum 1. März 2004 eine Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) erlassen, die einige Reibungspunkte bei der Umsetzung der Programme beseitigt. Die Dokumentation wird dann – ohne Abstriche in der Qualitätssicherung – deutlich vereinfacht sein. Bisher mussten die Patienten vor der Weitergabe jedes einzelnen Datensatzes ihr Einverständnis erklären. Nach der Änderungsverordnung reicht es zukünftig, wenn sie zu Beginn ihrer DMP-Teil-

nahme einmal die Erlaubnis zur Datenweitergabe erteilen. Damit wurden wichtige Umsetzungs-Hindernisse beseitigt.

Trotz der bisherigen Erfolge gibt es aber weiterhin Kritik an DMPs. Teile der Ärzteschaft machen mit vertrauten Argumenten Stimmung gegen das Disease-Management. Erstmals wird das Qualitätsmanagement der medizinischen Versorgung eine gemeinsame Aufgabe von Kassen und Ärzteschaft. Dadurch entsteht mehr Transparenz in der Leistungserbringung. Das wird von einigen Ärzten nicht als Chance, sondern als Bedrohung wahrgenommen: Sie schimpfen auf die Bürokratie und empfinden die Dokumentation als unnötige Last. Diese Argumente erscheinen teilweise als vorgeschoben, denn inzwischen hat das BMGS der Kritik mit der Änderung der Rechtsverordnung Rechnung getragen. Zumindest die über 30.000 am DMP teilnehmenden Ärzte haben keine Probleme damit, gemeinsam mit den Krankenkassen die Qualität der Versorgung zu verbessern. Zudem genießt die evidenzbasierte Medizin (siehe Glossar), die Grundlage der DMPs ist und die bei vielen Ärzten als „Kochbuchmedizin“ verschrien war, inzwischen eine größere Akzeptanz. Der aufgeregte Schlagabtausch ist einer sachlichen Diskussion gewichen.

Für Kranke mehr Geld. In der Versorgung chronisch kranker Patienten gibt es Verbesserungspotenziale, darin sind sich die Experten einig. Die von einigen DMP-Kritikern geäußerte Behauptung, dass Patienten mit Diabetes schon vorher sehr gut versorgt wurden, trifft bestenfalls für einige wenige Regionen zu, in denen es vor den DMPs bereits geeignete Diabetes-Programme gegeben hat. Doch die DMPs sind so angelegt, dass sie immer vom Versorgungsbedarf des einzelnen Patienten ausgehen. Das bedeutet, dass in den Regionen mit etablierten Programmen für Diabetiker auf ein höheres Versorgungs-Niveau aufgesetzt wird. Das Disease-Management strebt für alle Teilnehmer die weitere Verbesserung der Versorgung an.

Vor Einführung der DMPs war es für Krankenkassen wenig attraktiv, in Angebote für chronisch Kranke zu investieren. Das lag daran, dass der Faktor Krankheit im Risikostrukturausgleich (RSA, siehe Glossar) der Krankenkassen nicht angemessen berücksichtigt wurde. Der RSA benachteiligt die Kassen mit vielen chronisch kranken Versicherten.

Der Gesetzgeber hat erfolgreich Anreize für die DMP-Einführung gesetzt, in dem er DMP und RSA miteinander verknüpft hat. In DMPs eingeschriebene chronisch kranke Versicherte werden im Risikostrukturausgleich nun gesondert berücksichtigt. Im RSA werden den Krankenkassen durchschnittliche Leistungsausgaben für die Versorgung ihrer spezifischen Versichertenstruktur angerechnet. Die Ermittlung und Anrechnung dieser Normkosten geschah bislang ausschließlich nach den Kriterien Alter, Geschlecht und dem Vorliegen oder Nichtvorliegen einer durch Rentnerstatus nachgewiesenen Erwerbsminderung. Da bei der Mittelzuweisung jedoch nicht unterschieden wurde, ob die Versicherten, unabhängig von Alter und Geschlecht, gesund oder krank waren, bedeuteten spezielle Angebote für chronisch Kranke für jede Krankenkasse ein finanzielles Risiko. Denn eine verbesserte Versorgung für Kranke zieht Versicherte an, deren Kosten weit über den im

RSA angerechneten durchschnittlichen Leistungsausgaben liegen können. Dies hat die Politik erkannt und gehandelt.

DMPs sind kein finanzielles Risiko mehr. Nimmt ein chronisch kranker Versicherter an einem akkreditierten Programm teil, werden für ihn im RSA seit 2003 die durchschnittlichen Ausgaben für Patienten mit dieser spezifischen Indikation, also zum Beispiel Diabetes Typ 2, angerechnet. Dafür wird aber kein zusätzliches Geld zur Verfügung gestellt. Die in DMP eingeschriebenen Patienten fallen vielmehr aus den üblichen RSA-Risikogruppen heraus. Deshalb sinken dort die Durchschnittskosten. Die Ausgleichszahlungen für chronisch Kranke werden also durch eine Umverteilung der Mittel finanziert.

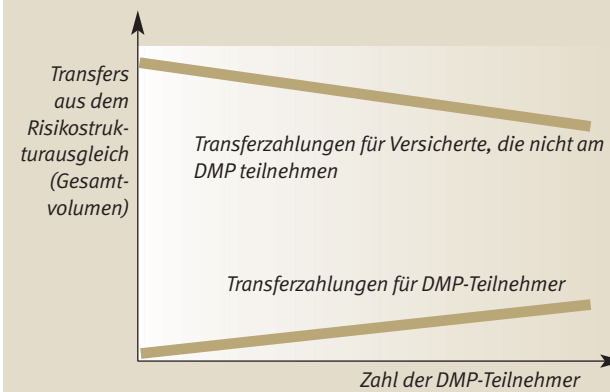
Durch die Anbindung an den Risikostrukturausgleich können DMPs finanziert werden. Das Risiko, durch die DMPs Versicherte zu gewinnen, deren höhere Gesundheitskosten nicht im RSA berücksichtigt sind, entfällt. Zugleich sinken die

Der Faktor Krankheit spielte vor Einführung des Disease-Managements im Risikostrukturausgleich der Kassen keine Rolle.

Normausgaben für die nicht eingeschriebenen Versicherten. Hat die Krankenkasse Ausgaben für chronisch Kranke, ohne diese qualitätsgesichert zu versorgen, vergrößert sich bei ihr der Verlust: Denn wie in der Vergangenheit erhält sie für ihre chronisch kranken Versicherten im Risikostrukturausgleich dann nur die Normausgaben – diese sind aber mit der Einführung des Disease-Managements niedriger angesetzt.

Für jeden an einem akkreditierten DMP teilnehmenden Diabetes Typ 2-Patienten erhält die Krankenkasse jährlich eine Abschlagszahlung von derzeit 5.200 Euro (der endgültige Betrag kann erst ermittelt werden, wenn die ersten DMP-Jahreszahlen mit den tatsächlichen Ausgaben vorliegen). Bisher haben die Krankenkassen für einen 67-Jährigen (Durchschnittsalter im DMP-Diabetes Typ 2) rund 3.000 Euro erhalten. Den zusätzlichen 2.200 Euro für jeden eingeschriebenen Versicherten stehen auch bei dieser Kasse Versicherte gegenüber, die nicht am DMP teilnehmen. Für diese Patienten erhält die Kasse nun nicht mehr 3.000 Euro, sondern einen – je nach Anteil der GKV-weit in dieser Altersgruppe eingeschriebenen Versicherten – mehr oder weniger stark abgesenkten Betrag. Wie der Netto-Effekt letzten Endes aussieht, hängt unter anderem davon ab, wie erfolgreich alle Kassen zusammen mit ihren DMPs sind. Wenn alle Kassen gleiche Anteile von eingeschriebenen Versicherten erreichten, würden die Mehreinnahmen für DMP-Teilnehmer vollständig durch Mindereinnahmen für die Nicht-Teilnehmer (insbesondere gesunde Versicherte) kompensiert. Keine einzelne Krankenkasse würde mehr aus dem RSA erhalten. Und doch hätten alle – insbesondere aber die chronisch Kranken – gewonnen, weil die Kassen nun ohne ein finanzielles Risiko DMPs anbieten können. Dank der RSA-Anbindung wurde die Einführung von DMP auf breiter Basis möglich (siehe Abbildungen auf der folgenden Seite).

MEHR GELD FÜR CHRONISCH KRANKE



Das Geld im Risikostrukturausgleich wird nach neuen Kriterien verteilt: Je mehr chronisch kranke Versicherte an DMPs teilnehmen, desto weniger Geld bekommen die gesetzlichen Krankenkassen für nicht an DMP teilnehmende Versicherte.

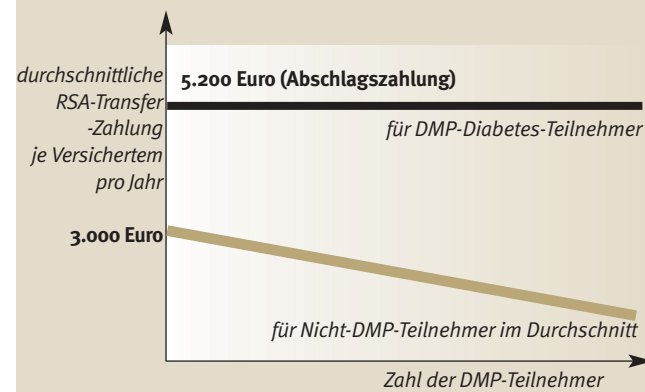
Quelle: AOK-BV

DMPs nur für schwer Kranke? Da grundsätzlich kein zusätzliches Geld zur Verfügung steht, sondern nur die vorhandenen Mittel umverteilt werden, ist es wenig verwunderlich, dass manche Krankenkassen ein massives finanzielles Interesse an einer baldigen Abschaffung der DMPs haben. Krankenkassen mit wenigen chronisch kranken Versicherten können von der Neuregelung des Risikostrukturausgleichs nicht profitieren. Die Techniker Krankenkasse hat das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) daher mit einer Studie beauftragt, die Kritik an den DMPs übt: Weil unter den DMP-Teilnehmern zu wenig schwer Kranke seien, liefe der hohe Aufwand für die Programme teilweise ins Leere. Damit verkennt IGES jedoch, dass das Ziel der DMPs in der Breitenwirkung liegt. Die präventiven Elemente der DMPs sollen dazu führen, dass gerade auch die Patienten, die noch keine Folgeerkrankungen haben, einen Nutzen aus den Programmen ziehen.

Auch in Fachkreisen ist die IGES-Studie auf wenig Anerkennung gestoßen. Trotzdem weist sie auf einen Aspekt hin, der für eine Weiterentwicklung von DMPs nützlich sein kann: Die intensive Betreuung der mehrfach und schwer Erkrankten könnte in Zukunft besonders berücksichtigt werden. Entsprechende Modelle werden zur Zeit unter dem Namen „Chronic-Care“ in den Vereinigten Staaten erprobt. Die AOK will diese Erfahrungen für die Weiterentwicklung der DMPs nutzen. Es war aber wichtig, im ersten Schritt die Qualitätsdefizite in der Versorgung anzugehen, um darauf aufbauend in einem zweiten Schritt die Versorgung nach verschiedenen Schweregraden der Erkrankungen zu differenzieren.

Dass einige Krankenkassen die DMPs zur Zeit laut anprangern, ist in erster Linie ihrer erfolgreichen Einführung zu verdanken. Der Gesetzgeber hat – wie beschrieben – äußerst wirksame Anreize für den schnellen Aufbau der Programme gesetzt. Die Umverteilung von Finanzmitteln zwischen Kassen, die keine Programme anbieten und Kassen, die solche Programme unterstützen und Mittel zur besseren Versorgung von chronisch

DER LOHN FÜR DIE PROGRAMME



Für jeden an einem Diabetes-DMP teilnehmenden Versicherten erhält die Krankenkasse seit 2003 jährlich 5.200 Euro aus dem Risikostrukturausgleich. Bisher hat die Kasse für einen Versicherten mit dem Durchschnittsalter der Diabetes-DMP-Teilnehmer 3.000 Euro bekommen. Dieser Betrag wird mit steigender Zahl der DMP-Teilnehmer geringer.

Quelle: AOK-BV

Erkrankten benötigen, ist gewollt und findet allmählich auch im RSA statt. Da verwundert es wenig, wenn die „Verlierer“ wehklagen, hatten sie wohl im Stillen gehofft, dass die Programme scheitern würden. Wer sich nicht auf DMPs vorbereitet hat, steht jetzt schlecht da. Und das Problem für diese Kassen wächst: Je mehr Kassen DMPs anbieten, umso mehr verlieren die Kassen, die keine Programme haben (siehe Abbildung „Mehr Geld für chronisch Kranke“ auf dieser Seite).

Kassen sichern Versorgungsqualität. Krankenkassen, die DMPs anbieten, müssen sich häufig den Vorwurf anhören, dass es ihnen nur um das Geld aus dem Finanzausgleich gehe. Das mag für Kassen zutreffen, die nicht verstanden haben, dass sie im Interesse ihrer Versicherten die Qualität der Versorgung verbessern sollen. Sicherlich sind manche Kassen darauf nicht hinreichend vorbereitet. Neue Versorgungsformen zu verhandeln und in die Realität umzusetzen, erfordert Qualifikationen, die bisher in diesem Umfang nicht gefragt waren. In der Vergan-

LESE- UND WEBTIPPS

Gabriele Müller de Cornejo, Evert Jan van Lente: **Vom Reißbrett in die Praxis.** DMPs in der Versorgungsrealität. In: G+G 10/2003, S. 16-17

G+G-Spezial 2/2004: **Wider den Wildwuchs im Wettbewerb.** Zehn Jahre Risikostrukturausgleich. Beilage in G+G 2/04 als PDF zum Download unter www.aok-bv.de/service/medien/gg/spezial

G+G-Spezial 7-8/2002: **Mehr Lebensqualität für chronisch Kranke.** Disease-Management der AOK. Beilage in G+G 7-8/02 als PDF zum Download unter www.aok-bv.de/service/medien/gg/spezial

www.dmp-aok.de: Fachportal der AOK zu Disease-Management-Programmen

www.aok-bv.de: Portal des AOK-Bundesverbandes; unter dem Stichwort „Gesundheitsversorgung“ finden Sie weitere Informationen zum Disease-Management.

genheit waren ausschließlich die Kassenärztlichen Vereinigungen (Kven) und Ärztekammern für die Qualität zuständig. Doch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat nachgewiesen, dass die bislang allein von den Ärzten verantwortete Qualitätssicherung, insbesondere bei der Behandlung von chronischen kranken Patienten, nicht ausreicht. Vielmehr müssen Ärzte und Krankenkassen in der Qualitätssicherung künftig zusammenarbeiten, um unnötige Kosten zu vermeiden und die Versorgung zu verbessern. Im Rahmen des Disease-Managements hat der Gesetzgeber den Kassen nun ausdrücklich den Auftrag zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung gegeben.

Der Gesetzgeber hat die Verknüpfung von Risikostrukturausgleich und Disease-Management-Programmen so konstruiert, dass eine Qualitätssicherung zwingend erforderlich ist. Im RSA werden nur vom Bundesversicherungsamt (BVA) akkreditierte Programme berücksichtigt. Das BVA überwacht, dass die Qualitätskomponenten in den DMPs auch umgesetzt werden. Erfüllt eine Krankenkasse die Kriterien nicht, wird ihr die Akkreditierung verweigert. Wenn ein Programm in der Praxis den qualitativen Anforderungen nicht standhält, stellt das BVA dies spätestens bei der nach drei Jahren erfolgenden Überprüfung im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen erneuten Akkreditierung fest.

Die Wirksamkeit einer an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientierten Versorgung in DMPs ist nachgewiesen. Jetzt kommt es darauf an, dass die Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen die vorgesehenen Schritte auch richtig in die Praxis umsetzen. Erstmals erweitert sich der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen auf Elemente der medizinischen Versorgung. Kassen die eine bessere Gesundheitsversorgung anbieten können, werden finanziell gefördert. Das entspricht genau der gesundheitspolitischen Zielsetzung des Gesetzgebers.

DMPs senken die Ausgaben. Einige Kritiker behaupten, dass das Disease-Management die Versorgung verteuert. Doch DMPs sind grundsätzlich in der Lage, die Qualität der Versorgung zu verbessern – und das ist das Entscheidende. Durch eine bessere Sekundär- und Tertiär-Prävention und eine aktive Beteiligung des Patienten an der Behandlung, können Folgeschäden vermieden werden, die nicht nur die Lebensqualität der Patienten beeinträchtigen, sondern auch viel Geld kosten. Diese Wirkung kann sich allerdings nicht von heute auf morgen einstellen. Das bedeutet, dass zur Zeit in DMPs investiert wird, ohne dass bereits im Jahr 2004 viel gespart werden kann. Auf mittelfristige Sicht werden die DMPs die Investitionskosten aber wieder einspielen und zu weiteren Einsparungen beitragen. Das zeigen Erfahrungen aus den Vereinigten Staaten.

Die am Disease-Management beteiligten Kassen rechnen damit, dass die gesetzlich vorgesehene Evaluation nach drei Jahren die ersten Erfolge belegen wird. Erste Auswertungen vom DMP Diabetes mellitus Typ 2 in Hessen und Sachsen-Anhalt haben ergeben, dass sich bestimmte Mess-Werte verbessert haben. Diese Zahlen zeigen eine klare Tendenz: Wir sind mit den Disease-Management-Programmen auf dem richtigen Weg. ♦

Evert Jan van Lente ist Projektleiter „Disease-Management“ im AOK-Bundesverband.

Disease-Management-Programme (DMP): Der Begriff Disease-Management stammt aus den USA und bedeutet wörtlich übersetzt Krankheitsmanagement. DMPs sind strukturierte Behandlungsprogramme. Die AOK bietet sie unter dem Namen Curaplan an. Sie folgen den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin (siehe unten) und sollen dazu beitragen, die medizinische Versorgung von chronisch Kranken zu verbessern. DMPs müssen gesetzlich festgelegten Qualitätskriterien entsprechen. Zuständig für Prüfung und Zulassung der einzelnen Programme ist das Bundesversicherungsamt.

Evidenzbasierte Medizin (EbM): Die Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme orientieren sich an der evidenzbasierten Medizin. Evidenzbasierte Medizin zielt auf eine fortlaufende Verbesserung der medizinischen Behandlung. Für die Entscheidungen in der medizinischen Versorgung von Patienten werden aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse systematisch aufbereitet und für den einzelnen Arzt nutzbar gemacht. Die Patienten sollen auf diese Weise vor unwirksamen oder gar schädlichen Verfahren geschützt werden.

Risikostrukturausgleich (RSA): Der RSA soll im Wettbewerb um Versicherte für alle Kassen die gleichen Chancen schaffen. Die finanziellen Folgen historisch gewachsener Unterschiede in den Risikostrukturen soll der RSA auffangen. Diese Unterschiede ergeben sich zum Beispiel aus den Grundlöhnen der Versicherten, aus der Anzahl der beitragsfrei versicherten Familienangehörigen oder aus Alter und Geschlecht der Versicherten. Mit den Disease-Management-Programmen erfolgt im RSA erstmals ein finanzieller Transfer, der den Gesundheitszustand der Versicherten in die Berechnung einbezieht. Jeder einzelne Versicherte, der an einer der für DMP ausgewählten chronischen Krankheiten leidet und sich in ein strukturiertes Behandlungsprogramm einschreibt, wird für die jeweilige Krankenkasse im RSA berücksichtigt.

Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV): Der Risikostrukturausgleich ist im Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt. Für die Umsetzung der gesetzlichen Regelung in der Praxis hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die RSAV erlassen. Weil die Teilnahme an DMPs seit 2002 im RSA berücksichtigt wird, müssen auch die Anforderungen an die Programme in dieser Rechtsverordnung festgelegt werden. So wurden hier unter anderem die Datenweitergabe, die Teilnahmebedingungen, die medizinischen Grundlagen und die Dokumentations-Parameter geregelt.