

Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse zu den DMP Diabetes mellitus Typ 2 für die Zulassungsjahre 2003 - 2006

Die Krankenkassen führen seit 2003 strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (Disease-Management-Programme - DMP) durch. Die DMP sollen eine qualitativ hochwertige und gut koordinierte Versorgung chronisch Kranker bei effizientem Mitteleinsatz gewährleisten. Die Krankenkassen sind verpflichtet, eine externe Evaluation der DMP durch wissenschaftliche Institute durchführen zu lassen.

Das Bundesversicherungsamt ist für die befristet zu erteilenden Zulassungen der DMP zuständig. Grundlage für die Verlängerung der Zulassungen sind die von den Krankenkassen eingereichten Evaluationsberichte. Das Bundesversicherungsamt hat die Evaluationsberichte zu der Indikation Diabetes mellitus Typ 2 für die Jahre 2003 - 2006 ausgewertet. Nach den Ergebnissen der Evaluation besteht kein Anlass, die Verlängerung der Zulassung einzelner DMP dieser Indikation in Frage zu stellen; im Gegenteil:

Bei vielen DMP lässt sich in den Einzelanalysen im Zeitverlauf tendenziell insbesondere eine Verbesserung der Blutdruckkontrolle und des Raucherstatus (Aufgabe des Tabakkonsums) beobachten. Außerdem kann die Blutzucker-Einstellung (HbA1c) bei einer Vielzahl von DMP gehalten oder verbessert werden. Der Vergleich der risikoadjustierten Mittelwerte bei den einzelnen medizinischen Zielgrößen mit den bisherigen Ergebnissen aus Studien (Epidemiologie) zeigt, dass die bei den an DMP teilnehmenden Patienten erhobenen Werte bzw. Mittelwerte bei einer Reihe von Zielwerten deutlich positiver ausfallen als die Studienergebnisse. Aus den vorliegenden medizinischen Daten kann die Hypothese abgeleitet werden, dass die an DMP teilnehmenden Patienten von der Teilnahme deutlich profitieren.

Im Vergleich der Programme untereinander gibt es bei den Leistungsausgaben sowie den Verwaltungs- und Qualitätssicherungskosten sichtbare Unterschiede. Demgegenüber sind bei den medizinischen Parametern die Unterschiede überwiegend geringer. Dennoch lassen sich auch bei den medizinischen Parametern eine Reihe von statistischen Trends und Mustern erkennen, die Hypothesen zu Unterschieden zwischen den DMP ermöglichen. Sollten sich diese Trends fortsetzen, wären auch medizinisch relevante Unterschiede in Zukunft wahrscheinlich. Insbesondere folgende Hypothesen lassen sich aufstellen:

- Die besseren medizinischen Ergebnisse in den DMP beruhen zunächst auf der Anwendung der evidenzbasierten Medizin und auf einer koordinierteren Behandlung in den einzelnen Versorgungsebenen.
- Das unterschiedliche Engagement der Krankenkassen bei der patientenorientierten Qualitätssicherung, das auch in den aufgewendeten Kosten für die Qualitätssicherung zum

Ausdruck kommt, beeinflusst ebenfalls die medizinischen Ergebnisse. Auch sozioökonomische Unterschiede bei den Patienten haben auf die Wirksamkeit der Qualitätssicherungsmaßnahmen Einfluss.

- Die Dauer der für die Behandlung der Diabetiker bestehenden besonderen Strukturen in einer Region kann auch Auswirkungen auf die medizinischen Ergebnisse haben.

Zur Weiterentwicklung der Qualität der DMP ist es sinnvoll, dass die Krankenkassen eine im Hinblick auf das Bildungsniveau stärker zielgruppenorientierte Qualitätssicherung entwickeln. Die Erkenntnisse aus der Qualitätssicherung und der Evaluation sollten zudem verstärkt für eine dauerhafte Optimierung der DMP-Prozessabläufe genutzt werden.

Die DMP bleiben für die Krankenkassen auch unter den Bedingungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs interessant. Sie erhalten einerseits für die Durchführung der DMP eine kostendeckende Programmkostenpauschale aus dem Gesundheitsfonds, zum anderen können effektiv gestaltete DMP dazu beitragen, die Leistungsausgaben für die Versicherten nachhaltig zu mindern.

Im Ergebnis können auf Dauer alle DMP-Beteiligten, insbesondere die chronisch Kranken, aber auch die Krankenkassen von den DMP profitieren.