

Disease Management -  
Qualitätsstrategien für die Versorgung chronisch Kranker

**Disease Management in Deutschland -  
Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren  
zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation**

**Gutachten im Auftrag des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V.  
(VdAK) und des AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e.V.**

Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach  
Institut für Gesundheitsökonomie und  
Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln  
Gleueler Straße 176 - 178/III  
50935 Köln

VdAK/AEV-Pressegespräch am 17. Oktober 2001 in Berlin

## **Fazit des Gutachtens:**

Im Gutachten „Disease Management in Deutschland – Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation“ werden Rahmenbedingungen und Faktoren zur Implementierung von Disease Management in Deutschland untersucht.

Disease Management ist ein systematischer Behandlungsansatz, der für chronisch Kranke eine kontinuierliche und qualitativ hochwertige Versorgung nach dem neuesten Standard der Wissenschaft organisiert. Während in der Routineversorgung auch in Deutschland weniger als die Hälfte der chronisch Kranken nach diesem Standard versorgt werden, können durch Disease Management Programme Werte von mehr als 80 % evidenzbasiert versorgter Patienten erreicht werden. Dies ist möglich, indem eingeschriebene Patienten, die Krankenkasse und die behandelnden Ärzte einen Vertrag schließen, der vorsieht, dass der wissenschaftlich gesicherte Standard das Ziel der Versorgung ist. Dieser Standard wird Ärzten und Patienten in geeigneter Form vorgelegt, z.B. durch Leitlinien und leicht verständliches und didaktisch hochwertiges Informationsmaterial. Der wissenschaftlich gesicherte Standard ist Gegenstand der Fortbildungen der teilnehmenden Ärzte und spezieller Schulungen der Patienten. Die Krankenkassen helfen aktiv bei der Verbesserung der Mitarbeit des Patienten, indem sie z.B. den Patienten an wichtige Untersuchungen oder Eigenaktivitäten erinnern, Raucherentwöhnungsprogramme anbieten oder weitergehende unabhängige Informationen zu seiner Krankheit anbieten. Durch die Einschreibung der Patienten in Disease Management Programme wird ermöglicht, dass die Versorgung chronisch Kranker sich stärker auf die Ärzte und Einrichtungen konzentriert, die über ausreichendes Erfahrungswissen verfügen und die bereit sind, sich einer solchen Behandlungsphilosophie anzuschließen.

Disease Management ist ein ideales Instrument, Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Versorgung chronisch Kranker in Deutschland abzubauen. Dies führt im medizinischen Bereich zu verbesserten Outcomes und im ökonomischen Bereich zur Kostenstabilisierung, da

- Die Einführung von Disease Management bereits kurzfristig durch den gleichzeitigen und gleichmäßigen Abbau der Über-, Unter- und Fehlversorgung zu Kosteneinsparungen führen kann.

- Die Verknüpfung der Programme mit dem Risikostrukturausgleich (RSA) bereits kurzfristig eine wirtschaftliche Entlastung derjenigen Krankenkassen mit sich bringt, die einen hohen Anteil an chronisch Kranken in ihrem Patientengut aufweisen.
- Die Einführung einer evidenzbasierten Therapie zur Vermeidung bzw. Verringerung von Komplikationen und Komorbiditäten führt. Dadurch werden die Krankenkassen langfristig wirtschaftlich entlastet, da die Krankenhausaufenthalte in der Summe und Länge verkürzt werden.

Zusätzlich werden diejenigen Krankenkassen, die viele Diabetiker einschreiben, durch den Risikostrukturausgleich entlastet, da ihr von Krankenkassen mit überwiegend gesunden Versicherten Gelder zufließen. Gäbe es durch den Risikostrukturausgleich keinen Ausgleich zwischen Kassen mit vielen und wenigen chronisch Kranken in ihrer Versichertenstruktur, könnten die Krankenkassen die sinnvolle und ökonomisch attraktive Initiative Disease Management nicht ergreifen, weil sie neue Diabetiker durch das Programm anziehen würde. Ohne Risikostrukturausgleich hat sich Disease Management daher im wesentlichen nur in den USA weit verbreitet, weil dort kein solidarischer Wettbewerbssystem besteht, und die Krankenkassen neue Diabetiker einfach ablehnen können.

Gut eingeführt, unterstützt das Disease Management die Bemühungen um eine rationale und kosteneffektive Arzneimitteltherapie und ist eine ideale Ergänzung laufender Gesetzgebungsverfahren in diesem Bereich. Durch die vermehrte Datentransparenz sowie Angeboten an Fortbildungen und Entscheidungsunterstützung an den Arzt können im Disease Management nicht wirksame Arzneimittel, teure Me-Too Präparate oder Pseudoinnovationen in ihrer Verordnungshäufigkeit zurückgedrängt werden. Für die Entwicklung der Arzneimittelkosten ist Disease Management von großer Bedeutung, da 80 % der Kosten auf nur 20 % der Versicherten zurückgehen, von denen die meisten chronisch krank sind.

Um eine optimale Qualitätsverbesserung ohne Kostensteigerungen zu erreichen, sollten bei der geplanten Einführung von Disease Management Programmen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs die folgenden drei Punkte besonders berücksichtigt werden:

## **1. Disease Management stabilisiert die Kosten, wenn durch qualitätsgesicherte Programme gleichzeitig Über-, Unter- und Fehlversorgung abgebaut wird**

Im Gesetzesentwurf zur Reform des Risikostrukturausgleichs ist geplant, die Leistungsausgaben von Versicherten, die in Disease Management Programme eingeschrieben sind, im Risikostrukturausgleich besonders zu berücksichtigen. Daher besteht für die Krankenkassen ein starker Anreiz, die größtmögliche Anzahl von Versicherten in Disease Management Programme einzuschreiben. Eine weitgehend unkontrollierte Einschreibung in nicht qualitätsgesicherte Disease Management Programme kann jedoch u.a. zu folgenden Problemen führen:

- Defizite in der Regelversorgung werden durch die Durchführung zusätzlicher Leistungen in Randbereichen kompensiert. Ein solches Vorgehen würde den Anforderungen an Disease Management nicht gerecht und folglich nicht zu den erwarteten Ergebnissen bezüglich der Verbesserung der Versorgungsqualität und Stabilisierung der Kosten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) führen. Vielmehr würde ein Kostenschub in der Versorgung ausgelöst werden.
- Durch eine Ausdehnung von Zusatz- und Service-Leistungen in Randbereichen würde einer Intensivierung von Über-, Unter- und Fehlversorgung Vorschub geleistet.

Zur Vermeidung dieser Problematik werden folgende Maßnahmen der Qualitätssicherung vorgeschlagen:

- Alle Programme, die im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden, sollten gleichzeitig Über-, Unter- und Fehlversorgung abbauen. Die Beschränkung eines Programms auf den selektiven Abbau von Unterversorgung sollte zum Ausschluss aus der Förderung durch den Risikostrukturausgleich führen (keine Akkreditierung). Dies ist auch ethisch gut begründbar, da Probleme der Über- und Fehlversorgung genauso gravierend sind, wie Probleme der Unterversorgung.
- Die wichtigsten Versorgungsziele zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung sollten von den Spitzenverbänden einheitlich und gemeinsam in § 137f SGB V definiert werden. Dabei sollten die im Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen identifizierten Bereiche von Über-, Unter- und Fehlversorgung berücksichtigt werden. Zum späteren Zeitpunkt können auch die Beschlüsse des Koordinierungsausschusses nach § 137e zugrunde gelegt werden. Sind die wichtigsten Ziele von Über-, Unter und Fehlversorgung

definiert, so hat auch das Bundesversicherungsamt (BVA) eine gute Grundlage für die Akkreditierung der Programme. Für das Gesetzlichen Krankenversicherungs - System sollten einheitliche Versorgungsziele festgelegt werden. So kann verhindert werden, dass Programme zum einen eine Vielzahl an Versorgungszielen festlegen können und diese nur sehr oberflächlich angehen (z.B. Schein-Disease Management in allen Bereichen durch ein Call Center). Zum anderen soll so verhindert werden, dass Programme, die lediglich ein Ziel zum Abbau von Unter- oder Fehlversorgung in einem bestimmten Bereich definieren, aber dieses sehr intensiv verfolgen, akkreditiert werden können (beispielsweise ein Diabetes Disease Management Programm, das sich ausschließlich auf die Versorgungsverbesserung einer einzigen Begleiterkrankung wie der Polyneuropathie konzentriert). Somit soll ein Wettbewerbsvorteil von Kassen verhindert werden, die sich lediglich auf den Abbau von Unterversorgung konzentrieren oder die ein sehr weites Spektrum von Gesundheitszielen pro Krankheit sehr wenig intensiv verbessern bzw. sich auf einen sehr kleinen Ausschnitt der Verbesserung der Versorgung konzentrieren.

## **2. Um viele widersprüchliche Standards zu vermeiden, müssen wissenschaftliche Leitlinien ausgewählt werden**

Zur Verbesserung der Versorgungsqualität und der Sicherung der Kosteneffektivität ist die Umsetzung einer evidenzbasierten Therapie in die Regelversorgung von größter Bedeutung. Denn hohe Folgekosten in der Versorgung chronisch Kranker werden häufig durch Leistungen verursacht, deren Wirksamkeit nicht gesichert ist. Die Versorgungsziele sollten sich dazu an deutschen oder internationalen evidenzbasierten Leitlinien orientieren. Um die Ablösung einer Situation ohne Standards durch die Schaffung multipler Standards zu vermeiden, wird folgendes Vorgehen vorgeschlagen:

- Die wichtigsten, auf dem Boden von Über-, Unter- und Fehlversorgung definierten Versorgungsziele sowie die Standards zur Erreichung dieser Ziele sollten einheitlich und gemeinsam von den Spitzenverbänden festgelegt werden. Dazu können pro Krankheit drei bis vier evidenzbasierte Leitlinien durch die Spitzenverbände definiert werden, auf deren Boden die Standards festgelegt werden. Die Vorgabe von nur einer ausgewählten Leitlinie würde den Charakter einer Richtlinie tragen

und dem Vorwurf der „Kochbuchmedizin“ Vorschub leisten. Würden keine Leitlinien in § 137f SGB V vorgeschlagen, würde die Gefahr bestehen, dass es zu einer Vielzahl unübersehbarer und widersprüchlicher Standards kommt. Damit könnte keine Verbesserung in der Versorgungsqualität und keine Kostenstabilisierung erreicht werden.

- Um die Einschreibung ungeeigneter Patienten und damit die Übermedikalisierung von Versicherten zu vermeiden, sollten von den Spitzenverbänden einheitlich und gemeinsam Einschreibekriterien für die Disease Management Programme definiert werden. Die Kriterien können deutschen bzw. internationalen evidenzbasierten Leitlinien entnommen werden.
- Alle Programme, die im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden, sollten vom Bundesversicherungsanstalt bezüglich der Einhaltung dieser Kriterien überprüft werden.

### **3. Die Qualitätssicherung der Programme sollte durch einen minimalen Benchmarkingdatensatz optimiert werden**

Ein etwa eine Seite umfassender Benchmarkingdatensatz fragt evidenzbasierte Parameter der Prozess- und Ergebnisqualität sowie Zielwerte für jeden Patienten ab, die zur Erfüllung der definierten Versorgungsziele beitragen. So wird nach der Verbesserung einiger weniger, besonders wichtiger Laborwerte gefragt, nach der Durchführung von Untersuchungen, die häufig unterlassen werden, nach Arzneimitteln, die für den eingeschriebenen Patienten besonders wichtig oder besonders problematisch sein könnten, und ob dem Patienten für ihn geeignete, qualitativ hochwertige Schulungen angeboten wurden. Der Datensatz erfüllt dabei mehrere Anforderungen gleichzeitig:

- Er wird vierteljährlich von den Krankenkassen erhoben und einmal jährlich dem Bundesversicherungssamt (BVA) mitgeteilt.
- Er liefert die Daten, die es der Krankenkasse erlauben, aktiv am Disease Management teilzunehmen und Arzt und Patient mit spezifischen Angeboten (Schulungen, patientenindividuelle Therapieempfehlungen, Reminder, etc) zu unterstützen.
- Da die Daten vom Arzt mitgeteilt werden, der das Formular unterschrieben hat, kann die Krankenkasse sich auf die Richtigkeit der Daten in der Regel verlassen.

Daten vom Patienten selbst oder auf der Grundlage von Auswertungen elektronischer Datensätze wären zur Zeit noch nicht ausreichend zuverlässig.

- Da auch der Patient die Daten unterschreibt, ist die Wahrscheinlichkeit der Mitteilung „zu guter“ Werte reduziert. Der Patient trägt zur Monitorierung der Daten bei. Durch die quartalsweise Erhebung des Benchmarkingdatensatzes stehen Arzt, Patient und Kasse die Daten zeitnah zur Verfügung. Damit ist ein rasches Eingreifen und die frühzeitige Korrektur von Abweichungen möglich.
- Die Bögen stellen eine ausgezeichnete Grundlage zum Benchmarking der Programme dar. Durch diese Daten kann ermittelt werden, welchen Programmen es gelingt, die wichtigsten Laborwerte, Untersuchungen und Behandlungen als Parameter der Prozessqualität günstig zu beeinflussen. In den Vereinigten Staaten hat die Dokumentation eines solchen minimalen Benchmarkingdatensatzes in der Qualitätssicherung (HEDIS Programm der Managed Care Organisationen) wesentlich zur Verbesserung der Qualität der Versorgung beigetragen.
- Die Bögen sind ebenfalls eine gute Grundlage für die Prüfung der Programme zum Zwecke der Akkreditierung und Reakkreditierung durch das BVA (s.u.). Auf der Grundlage der Bögen kann das BVA erkennen, ob die Patienten an dem Disease Management überhaupt teilgenommen haben und ob die wichtigsten zum Disease Management gehörenden Leistungen erbracht wurden. Dazu gehören z.B. die vereinbarten Schulungen und die vereinbarten Laboruntersuchungen und Behandlungen. Versicherte, für die keine Bögen vorliegen, sollten nach Ablauf einer definierten Frist keine Berücksichtigung im RSA-Ausgleichsverfahren finden. Nur so kann das Mitführen von „Karteileichen“ zur Abrechnungsmanipulation im RSA verhindert werden.
- Durch den Datensatz wird vermieden, dass sich das Disease Management wie oben beschrieben auf nicht evidenzbasierten Randbereiche konzentriert und zu einer Intensivierung von Über-, Unter- und Fehlversorgung führt.
- Auch eine effizientere Arzneimitteltherapie kann über den Benchmarkingdatensatz erreicht werden, indem beispielsweise die Therapie mit sogenannten Reservetherapeutika abgefragt und begründet werden muss. Medikamente, die nicht kosteneffektiv sind, bzw. deren Wirksamkeit nicht gesichert ist, wie z.B. Pseudoinnovationen oder Me-too Präparate könnten so in der Verordnungshäufigkeit zurückgedrängt werden und der kostenstabilisierende Effekt des Disease Management verstärkt werden. Die Richtigkeit der gemachten Angaben können die

Krankenkassen in ihren Arzneimitteldaten untersuchen, die sie auf der Grundlage der Einwilligung der Patienten unter Berücksichtigung des Datenschutzes auswerten dürfen.

- Der Benchmarkingdatensatz darf Kassen mit einem hohen Anteil an sozioökonomisch schwachen Versicherten bzw. mit einem hohen Anteil an eingeschriebenen Versicherten mit schlechten Ausgangswerten nicht benachteiligen. Daher sollte nicht der absolut erreichte Wert eines Indikators als Vergleichsbasis herangezogen werden, sondern die erreichte Verbesserung. Ist die Verbesserung das wichtigste Kriterium im Benchmarking, so besteht für Kassen mit schlechter Ausgangslage ein größeres Potenzial an erreichbaren Verbesserungen als für Kassen mit einer besseren Ausgangslage, auch wenn diese aufgrund der Versichertenstruktur schwieriger zu erreichen sein können.

Mit der Einführung eines qualitätsgesicherten Disease Management in der GKV kann ein Beitrag zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung bei gleichzeitiger Kostenstabilisierung geleistet werden. Wichtige Voraussetzungen für das Gelingen der Einführung sind:

- Der gleichzeitige Abbau von Über- und Fehlversorgung an Stelle der alleinigen Konzentration auf den Abbau von Unterversorgung.
- Die einheitliche und gemeinsame Definition von evidenzbasierten Versorgungszielen und Standards durch die Spitzenverbände.
- Die Festlegung möglichst manipulationssicherer Einschreibekriterien.

Eine kontinuierliche Verbesserung der Qualität der Programme kann durch ein öffentliches Benchmarking erreicht werden, das sich an den einheitlich definierten Versorgungszielen und Standards orientiert.



## **Autoren**

Institut für Gesundheitsökonomie und  
Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln.  
Gleueler Str. 176-178/III  
50935 Köln

Telefon +49 – 221 – 4679 – 0

Telefax: +49 – 221 – 430 230 4

Leitung: Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach

Mitarbeit: Dr. med. Stephanie Stock, Gesundheitsökonom (ebs)

Marcus Redaelli, Arzt

Matthias Kühn, Arzt und Wirtschaftswissenschaftler

Dr. rer. pol. Markus Lungen