



Health System Watch

Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus Typ 2: Was kann Österreich bei der Umsetzung noch lernen?

Thomas Czypionka, Marcel Kalmar, Susanna Ulinski*

Zusammenfassung

Die Umsetzung von Disease-Management leidet in Österreich unter geringen Einschreiberaten im Gegensatz zu Erfahrungen in anderen Ländern. International ist die Idee bereits wesentlich besser etabliert. Beispiele aus Deutschland, den Niederlanden und Frankreich sowie die internationale Fachliteratur zeigen Implementierungsmöglichkeiten und damit Verbesserungspotenziale auf. Allerdings liegen einige der Schwierigkeiten in Österreich tief im System selbst verwurzelt und müssen langfristig angegangen werden.

Einleitung

Die Behandlung von chronisch Kranken stellt eine große und immer wichtiger werdende Aufgabe für das Gesundheitssystem dar. In den letzten Jahrzehnten kam es zu einer starken Verschiebung von akuten zu Zivilisationskrankheiten. Zusätzlich steigt die Lebenserwartung der Bevölkerung bei fallender Geburtenrate, wodurch mit dem Alter assoziierte chronische Krankheiten häufiger auftreten. Laut Schätzungen der WHO entfielen 2008 in Österreich 91,5 Prozent der Todesfälle auf nicht übertragbare Krankheiten, davon sind 3.400 Todesfälle (4,6 Prozent) auf Diabetes mellitus zurückzuführen.¹ Über die Anzahl der an Diabetes leidenden Bevölkerung herrscht weiterhin Unklarheit. Laut der Österreichischen Ärztekammer gibt es in Österreich 600.000 Diabetiker, von denen 420.000 von ihrer Krankheit wissen und 90 Prozent an Typ-2-Diabetes leiden.² Im Diabetesbericht 2004 wird die Schätzung der WHO, nach der es in Österreich im Jahr 2000 130.000 Typ-2-Diabetiker (2,1 Prozent der Bevölkerung) gibt, angeführt.³ Nach dem Diabetes-Atlas litten 2010 11,2 Prozent oder 708.400 Personen der Bevölkerung zwischen 20 und 79 Jahren in Österreich an Diabetes. Die komparative Häufigkeit⁴ betrug 2010 noch 8,9 Prozent und wird bis 2030 auf 10,2 Prozent steigen.⁵ Genauso wird die Zahl der Spitalsaufenthalte für Menschen mit Diabetes stark zunehmen: Rechnet man die Spitalsentlassungen von Diabetikern im Jahr 2001 mit dem Bevölkerungswachstum auf 2050 hoch, so werden diese um 55 Prozent wachsen.⁶ Nachdem das österreichische Gesundheitssystem sich ursprünglich auf Basis der Behandlung von akuten Krankheiten entwickelt hat, ist die aktuelle Herausforderung, den Behandlungsablauf auf chronische Krankheiten abzustimmen. Zur gezielten Behandlung von Diabetes mellitus wurde deshalb in Österreich das Disease-Management-Programm

Zusammenfassung

Einleitung

* Alle: Institut für Höhere Studien
Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: thomas.czypionka@ihs.ac.at
Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter: <http://www.ihs.ac.at>

Bemerkung: Zum Zwecke der besseren Lesbarkeit werden Personenbezeichnungen als generisches Maskulinum gebraucht.

1 WHO (2011): Death by cause, sex and WHO Member State. URL: <http://www.who.int/research/en/>, abgerufen am 25.08.2011.
2 Wawrosky, K. (2010): Ärztekammer definiert Ziele im Kampf gegen Diabetes. Pressegespräch „Diabetes im Griff“.
3 Österreichischer Diabetesbericht (2004): Daten, Fakten, Strategien. Bundesministerium für Gesundheit.
4 Bei der Berechnung der komparativen Häufigkeit wird um die unterschiedliche Altersstruktur der Bevölkerung bereinigt.
5 IDF Diabetes Atlas (2011): Proportion of people with diabetes. URL: <http://archive.diabetesatlas.org/map/>, abgerufen am 25.08.2011.
6 Siehe Fußnote 3.





„Therapie Aktiv“ implementiert. Dieses ist auf die Behandlung von Patienten mit Typ-2-Diabetes ausgerichtet, unter welchem 80 bis 95 Prozent der Diabetiker leiden.⁷

Sinn und Zweck von Disease-Management-Programmen

In den OECD-Ländern wurden die neuen Herausforderungen an das Gesundheitssystem in Folge der epidemiologischen Veränderungen erkannt. Zur Bewältigung wurden in den letzten zwei Jahrzehnten in vielen Ländern Gesundheitsreformen verabschiedet, die mit verschiedenen Ausgestaltungen experimentieren und die Grenzen und Wirtschaftlichkeit von medizinischer Versorgung neu definieren.⁸

Es besteht keine einheitliche Definition für Disease-Management. Nach der Disease Management Association of America (DMAA/Care Continuum Alliance) wird es als „system of coordinated health care interventions and communications for populations with conditions in which patient self-care efforts are significant“ definiert.⁹ Greiner versteht unter Disease-Management „eine integrierte Versorgung chronisch Kranker, welche zum Ziel hat [...], auf der Grundlage von Behandlungsleitlinien die Qualität der Versorgung und deren Kosteneffektivität kontinuierlich zu verbessern“. ¹⁰ Voraussetzungen für ein Disease-Management-Programm sind:¹¹

- Evidenzbasierte Behandlungsleitlinien
- Gemeinsame Betreuungsmodelle, welche Ärzte und andere Patientenbetreuer beinhalten
- Schulungen für das Selbstmanagement von Patienten
- Prozess- und Ergebnisqualitätsmessung, Evaluation und Management
- Protokollierung und Feedback-Kreislauf

Disease-Management-Programme sind Teil der integrierten Versorgung und indikationsspezifisch. Das Ziel bei Disease-Management ist es, einerseits die Versorgungssituation für chronisch Kranke zu verbessern und andererseits die Kosten einzudämmen. Dies soll u. a. durch das Vermeiden von Unter-, Über- und Fehlversorgung gelingen. Disease-Management-Programme nutzen und implementieren sektorenübergreifende Kooperationsstrukturen. So werden im Rahmen der Programme mehrere Schnittstellen, d. h. verschiedene Leistungserbringer, systematisch durchlaufen und die gesundheitliche Versorgung wird über einen längeren Zeitraum geplant. Die Behandlung erfolgt nach evidenzbasierten Leitlinien. Ein weiterer wichtiger Bestandteil von Disease-Management-Programmen sind planmäßige Kontrolluntersuchungen. Damit kann akuten Verschlechterungen vorgebeugt und das Risiko von Folgeschäden reduziert werden. Außerdem werden Patientenschulungen durchgeführt, die die Betroffenen den richtigen Umgang mit der Krankheit und gesundheitsförderndes Verhalten lehren.^{12, 13}

Damit die Therapie einer Krankheit mittels Disease-Management-Programm zielführend ist, benötigt sie ein hohes Maß an Koordination, sie muss kostenintensiv sein und es müssen klare Erkenntnisse über Krankheitsverlauf und Therapiemaßnahmen vorliegen. Je höher die Koordinationskomplexität der Behandlung durch mehrere Leistungserbringer ist, desto größer sind auch die Transaktionskosten. Diese können wiederum durch geeignetes Disease-Management reduziert werden. Voraussetzungen dafür sind bei chronischen Krankheiten, z. B. bei COPD, Diabetes mellitus oder primär chronischer Polyarthritiden gegeben.¹⁴

Ein weiterer Aspekt der Behandlung von Typ-2-Diabetes durch ein Disease-Management-Programm ist, dass die Compliance und die Lebensweise der Patienten für einen günstigen Krankheitsverlauf zentral. Nach Schätzungen der Deutschen Diabetes-Union könnten 50 Prozent der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 ohne Medikamente gut behandelt werden, wenn sie eine Ernährungsumstellung, Gewichtsabnahme, spezielle Schulungen und Bewegung umsetzen würden.¹⁵

In der Vergangenheit wurde bei der Entwicklung von Versorgungskonzepten selten Rücksicht auf Patientenpräferenzen genommen. Umfragen in Deutschland zeigen, dass sich die Patientenbedürfnisse

7 Siehe Fußnote 3.

8 Pilnick, A., Dingwall, R., Starkey, K. (2001): Disease management: definitions, difficulties and future directions. Bulletin of the World Health Organization 97 (8).

9 Care Continuum Alliance (2011): Definition of Disease Management. URL: http://www.carecontinuum.org/dm_definition.asp, abgerufen am 25.08.2011.

10 Greiner, W. (2004): Ökonomische Aspekte des Disease-Managements. Nomos Verlagsgesellschaft.

11 Siehe Fußnote 9.

12 Amelung, V. E., Janus, K. (2006): Konzepte und Modelle zur Integrierten Versorgung im Spannungsfeld zwischen Management und Politik. In: Klauber et al., Krankenhausreport 2006, S. 13–26.

13 Haubrock, M., Hangmann, H., Nerlinger, T. (2000): Managed Care. Integrierte Versorgungsformen.

14 Siehe Fußnote 10.

15 Deutsche Diabetes-Union (2008): Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2008.





geändert haben und mehr Wert auf ein Informations- und Beratungsangebot gelegt wird. Die Patienten übernehmen somit auch mehr Verantwortung für ihre Entscheidungen und akzeptieren eher Änderungen ihres Lebensstils. Diesen Veränderungen wird mit der Implementierung von Disease-Management-Programmen entsprochen.¹⁶

Österreich: Geschichte und heutiger Stand

Mit der Gesundheitsreform 2005 wurde in Österreich der Grundstein für die Umsetzung von integrierter Versorgung und damit verbunden für Disease-Management-Programme (DMPs) gelegt.¹⁷ Während in der 15a-Vereinbarung 2005–2008 die Idee zu integrierter Versorgung nur implizit enthalten ist, nennen die 15a-Vereinbarung 2008–2013 und die neuen Reformpool-Leitlinien integrierte Versorgung auch explizit.¹⁸ Für Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus Typ 2 wurde eine eigene Bundesqualitätsleitlinie vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht.

Derzeit (Winter 2011) wird das Disease-Management-Programm „Therapie Aktiv“ zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2 als Reformpool-Projekt oder bereits im Regelbetrieb in Niederösterreich, Salzburg, Steiermark, Vorarlberg, Wien und Oberösterreich angeboten. Im Unterschied dazu existieren in Tirol und dem Burgenland mit dem „Tiroler Diabeteskonzept“¹⁹ bzw. mit dem „Modell Burgenland“ eigene strukturierte Versorgungsprogramme.

Das „Modell Burgenland“, welches 1996 eingeführt wurde, ist auch populationsbezogen. Als primäre Maßnahme tourt ein Gesundheitsbus zur Messung des Blutzuckers, zur Früherkennung von Diabetes und zur Aufklärung über die Krankheit durch das Burgenland. Schon Schüler der 9. Schulstufe erhalten nicht nur eine Blutzuckermessung, sondern auch eine Schulung über Diabetes, die auslösenden Faktoren und die damit einhergehenden Präventionsmaßnahmen. Teil des Programms sind auch Grund- und Nachschulungen für Diabetespatienten und regelmäßige Kontrollen beim Allgemeinmediziner und Facharzt. Es gibt einen Arzt des Vertrauens, der die Therapie koordiniert und die Beteiligung der Patienten durch Therapievereinbarungen fördert. Weiters wird die Teilnahme an Ernährungs- und Gewichtsreduktionskursen und Selbsthilfegruppen angeboten.²⁰ Bei der Entwicklung des Projekts waren neben der Gebietskrankenkasse auch das Land Burgenland und die Ärztekammer Burgenland beteiligt, wodurch eine positive Annahme und Unterstützung des Disease-Management-Programms durch die Anspruchsgruppen gewährleistet wurde. Weiters wurde das Modell auf die Bedürfnisse der niedergelassenen Allgemeinmediziner abgestimmt. Die Ärzte werden von Krankenkasse und Ärztekammer z. B. durch direkte Ansprache auf Bezirksärztetagen motiviert, an Schulungen teilzunehmen. Für die Burgenländische Gebietskrankenkasse zählen zu den Erfolgsfaktoren eines Disease-Management-Programms, dass alle Beteiligten dieselben Ziele verfolgen, Honorierung und Fortbildungspunkte auch auf diese ausgerichtet sind und Medienunterstützung vorliegt.²¹ Im Modell Burgenland waren mit März 2011 286 Ärzte durch Grundschulungsseminare berechtigt, Schulungen durchzuführen. Zusätzlich werden für Ärzte eine Diabetesakademie, Refresher-Meetings und der Diabetes-Dialog angeboten. Bis Dezember 2011 wurden insgesamt 457 Schulungen mit 4.294 Teilnehmern im extramuralen und ca. 200 bis 300 Teilnehmern im intramuralen Bereich abgeschlossen.²²

Das Disease-Management-Programm „Therapie Aktiv“ für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 besteht aus regelmäßigen Arztuntersuchungen, Diabetikerschulungen, individuellen Zielvereinbarungen mit dem behandelnden Arzt und Informationsmaterial wie einem Patientenhandbuch und einer DVD. Patienten können sich bei jedem teilnehmenden Arzt für das Programm kostenlos und freiwillig ein-

16 Demmler, G., Wenning, C. (2005): Implementierung von Disease-Management-Programmen (DMPs) in Deutschland – Chancen der Krankenkassen? In: Tophofen, Ch., Sell, S. (Hrsg.): Disease-Management-Programme. Die Chance nutzen. Deutscher Ärzte-Verlag.

17 Bundesministerium für Gesundheit (2011): Die Gesundheitsreform 2005. URL: http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Inhaltliche_Grundlagen/Die_Gesundheitsreform_2005, abgerufen am 25.08.2011.

18 Bundesgesundheitsagentur (2008): Leitlinien für den Kooperationsbereich (Reformpool).

19 Das „Tiroler Diabeteskonzept“ wurde in einem Reformpool-Projekt mit Therapie Aktiv verknüpft. Dieses konnte jedoch aufgrund von finanziellen und organisatorischen Differenzen zwischen den Projektbetreibern und Gesundheitsdienstleistern nach Ende der Pilotprojektphase (31.12.2010) nicht mehr fortgeführt werden (Tiroler Gebietskrankenkasse (2011): schriftliche Auskunft vom 17.11.2011).

20 Burgenländische Gebietskrankenkasse (2011): DMP – Diabetes „Modell Burgenland“. URL: https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/bgkkportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=51399&p_tabid=3, abgerufen am 13.08.2011.

21 Burgenländische Gebietskrankenkasse (2011): Diabetes „Modell Burgenland“. Schriftliche Auskunft am 16.08.2011.

22 Cerny, G. (2011): Diabetesbetreuung „Modell Burgenland“ – Jahresbericht 2010.

Österreich: Geschichte und heutiger Stand





schreiben und die Teilnahme jederzeit beenden. Die durchzuführenden Untersuchungen werden in Therapie Aktiv vorgegeben, können aber in den jeweiligen Bundesländern Abweichungen unterliegen. Laut Therapie Aktiv Webseite ist bei jedem Arztbesuch eine Blutdruckmessung und eine Gewichtskontrolle vorzunehmen, mindestens alle 6 Monate eine HbA1c-Kontrolle und mindestens einmal im Jahr eine Anamnese, eine Fußinspektion mit Wagner-Klassifikation, ein Check auf Neuropathie, eine augenärztliche Kontrolle, eine kardiovaskuläre Risikostratifizierung und ein Harntest. In der Zielvereinbarung werden Werte hinsichtlich des Lebensstils (Gewicht, Bewegung, Ernährung, Tabak), Blutdruck und HbA1c mit dem Patienten vereinbart. Ein Dokumentationsbogen muss bei Einschreibung des Patienten und danach einmal pro Jahr ausgefüllt werden. Um als Arzt am Programm partizipieren zu können, muss eine Basisschulung im Ausmaß von 4 Stunden und danach alle 2 Jahre eine 2-stündige Auffrischungsschulung absolviert werden. Darüber hinaus ist die Teilnahme an einer diabetesspezifischen Fortbildung vorgesehen, deren Ausmaß und Fristen der Absolvierung in den einzelnen Ländern variieren können. Zukünftig soll die Basisschulung auch via E-Learning angeboten werden. Will ein Arzt selbst Diabetikerschulungen anbieten, muss er eine 10-stündige Schulung besuchen. Der Arzt erhält im Rahmen des Programms pro Diabetespatient für die Erstbetreuung einmalig und danach – sofern die Diabetesbetreuung vortgesetzt wird – ein Honorar in jedem Folgequartal, welches zusätzlich zur kurativen Leistungsverrechnung bezahlt wird.²³

Die Honorare sind österreichweit auf vergleichbarem Niveau: So erhalten etwa die niederösterreichischen Ärzte bei der Teilnahme an Therapie Aktiv für die Erstbetreuung des Patienten 53 € und laufend Quartalspauschalen in Höhe von 25 € additiv zur Honorierung laut Honorarordnung, insofern Leistungen im Rahmen von Therapie Aktiv durch den Arzt erbracht werden. Für Patientengruppenschulungen bekommen Ärzte für insulinpflichtige Patienten (Gruppe von 3 bis 5 Personen) 1.064 € und 690,39 € für nicht insulinpflichtige Patienten (Gruppe von 6 bis 12 Personen).²⁴

Tabelle 1 zeigt die Teilnehmerzahlen von Therapie Aktiv. Im Vergleich zu anderen Ländern sind sie noch sehr gering. Das Ziel ist es, eine Teilnehmerzahl von zwei Dritteln der medikamentös behandelten Diabetiker zu erreichen. Von den laut Schätzungen bekannten 420.000 Typ-2-Diabetikern in Österreich²⁵ nehmen nur ca. 6 Prozent an DMPs teil. Im Vergleich dazu wird vom Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) die Teilnahmequote von Diabetes-mellitus-Typ-2-Patienten an DMPs deutschlandweit auf ca. 50 Prozent geschätzt.

Tabelle 1: Umsetzungsstand von Therapie Aktiv

Bundesland	Aktuell teilnehmende Ärzte	Aktuell teilnehmende Patienten
Niederösterreich	135	4.801
Oberösterreich	264	6.924
Salzburg	98	1.661
Steiermark	160	5.107
Vorarlberg	59	705
Wien	148	6.206
Summe	864	25.404

Quelle: Therapie Aktiv 2011, Stand 09.08.2011, (siehe Fußnote 23).

Hürden bei der Umsetzung von „Therapie Aktiv“

Die Teilnehmerzahlen zeigen, dass das Programm „Therapie Aktiv“ noch mit Umsetzungsproblemen zu kämpfen hat. In Österreich gestaltet sich die Umsetzung aufgrund von starken Interessenskonflikten der Stakeholder und ihrer Machtpositionen schwierig. Ein Beispiel dafür ist das Programm Therapie Aktiv in Niederösterreich, welches im Herbst 2009 von der Ärztekammer Niederösterreich per 31.03.2010 gekündigt wurde. Als Kündigungsgründe gab die Ärztekammer NÖ u. a. an, dass es durch eine fachliche Schulungsverpflichtung die Tendenz gäbe, „heimliche Hürden und Zugangsbeschränkungen aufzubauen und diese als Qualitätssicherung zu deklarieren. Jede Ärztin und jeder Arzt hat gelernt, wie man Diabetiker behandelt und bildet sich auch regelmäßig in einem derartig großen Umfang fort, der allen anderen Berufsgruppen fremd ist.“²⁶

23 Therapie Aktiv (2011): Therapie Aktiv. Diabetes im Griff. URL: <http://diabetes.therapie-aktiv.at/>, abgerufen am 10.08.2011.

24 Niederösterreichische Gebietskrankenkasse (2011): schriftliche Auskunft am 26.08.2011.

25 Siehe Fußnote 2.

26 Ärztekammer für Niederösterreich (2010): Disease Management Programm für Diabetiker endgültig gescheitert. Presseaus-sendung. URL: http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20100128_OTS0069/disease-management-programm-fuer-diabetiker-endgueltig-gescheitert, abgerufen am 13.08.2011.





Des Weiteren kritisierte die Ärztekammer NÖ, dass es aufgrund der notwendigen Unterschrift der Patienten zu einer „Selektion“ komme, dass die Honorierungen erhöht werden müssten, und auch das Land als zusätzlicher Vertragspartner stelle eine Hürde dar. Außerdem wurde dem Projekt der Patientennutzen abgesprochen. Der niederösterreichische Patientenanwalt und die Österreichische Diabetes Gesellschaft²⁷ widersprachen dieser Darstellung vehement und kritisierten, dass Landespolitik über Patienteninteressen gesetzt werde. Auch die Kurie der niedergelassenen Ärzte in Niederösterreich sprach sich gegen eine Kündigung des Disease-Management-Programms aus.²⁸ Eine Befragung steirischer „Therapie Aktiv“-Teilnehmer durch die Steiermärkische Gebietskrankenkasse im Juli 2009 zeigte, dass sich die Betreuung und die Werte der Teilnehmer von Therapie Aktiv verbesserten. 98 Prozent der Teilnehmer gaben an, dass die Möglichkeit der Programmteilnahme für sie wichtig war. Sowohl teilnehmende Patienten als auch teilnehmende Ärzte bewerten „Therapie Aktiv“ demnach als positiv.²⁹ Bis zum Auslaufen der Kündigungsfrist konnte eine neue Vereinbarung getroffen werden, sodass das Programm fortgeführt werden konnte. Ausschlaggebend für die Einigung waren eine administrative Vereinfachung (keine verpflichtende Patientenunterschrift und Angabe der Patientenadresse), die Aussetzung Einbehalts von 3 € bei Übermittlung der Dokumentationsbögen in Papierform bei Ärzten ohne E-Card-System und die Initiative für die Einführung einer Online-Schulung für Ärzte. Des Weiteren wurden Auffassungsunterschiede ausgeräumt.³⁰

Nach Erfahrung der Wiener Gebietskrankenkasse befürchteten viele Ärzte einen hohen administrativen und zeitlichen Aufwand und nehmen deshalb nicht am Disease-Management-Programm teil. Es wird von einigen Ärzten die Meinung vertreten, dass die zusätzlich geschaffenen Honorare diesen Mehraufwand nicht decken. Darüber hinaus werden die organisatorischen Anforderungen an die Ordinationsstruktur, die eine langfristig geplante Betreuung der Patienten mit sich bringt, oft als Belastung empfunden. Der Einsatz von medizinischen Leitlinien ist ein weiterer Diskussionsgegenstand, da dieser nicht selten von Ärzten als Einschränkung der Behandlungsfreiheit betrachtet wird.³¹

Für die Teilnahme der Patienten ist die Teilnahme ihres betreuenden Hausarztes oder Internisten zentral, weil nur die wenigsten bereit sind, ihren Arzt für ein Disease-Management-Programm zu wechseln. Im umgekehrten Mechanismus können Patienten auch ihren Arzt durch entsprechende Wunschausschreibung dazu bewegen, am Disease-Management-Programm teilzunehmen.³² Eine weitere Hürde für Patienten ist laut J. Pruckner von der ÖÄK der Selbstbehalt pro Arztbesuch einiger bundesweiter Krankenkassen, der Patienten von regelmäßigen Untersuchungen, wie sie im Disease-Management-Programm vorgesehen sind, abhalten könnte.³³ Dies dürfte einen Großteil der Patienten jedoch nur (mehr) bedingt betreffen, da etwa die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, sowie die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft im Rahmen von „Therapie Aktiv“ ganz oder teilweise auf die üblichen Patientenbeiträge verzichten.³⁴

In der Steiermark wurden 2010 im Bezirk Hartberg Projekte zur Steigerung der Teilnehmeraten von „Therapie Aktiv“ durchgeführt. Einerseits wurden Allgemeinmediziner und Internisten direkt in ihrer Ordination kontaktiert. In der Folge erhöhte sich die Teilnehmerate der Ärzte um 157 Prozent und die der eingeschriebenen Diabetiker um 184 Prozent. Auch wurde ein Motivationsschreiben an 1.664 Versicherte gesendet, welches aber nur 33 Patienten (2 Prozent) zur Teilnahme bewegen konnte. Das zeigt, dass vorrangig die Teilnahme der behandelnden Ärzte für die Teilnahme der Patienten ausschlaggebend ist.³⁵ Auch die Befragungsergebnisse der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (2009) zeigen das gleiche Bild: 75 Prozent der Patienten wurden vom Hausarzt auf das Disease-Management-Programm aufmerksam gemacht, 17 Prozent von der Gebietskrankenkasse, 12 Prozent

27 Jäger, J. (2009): Eigentlich gäbe es keinen Grund zur Kündigung des DMP.

URL: <http://www.springermedizin.at/gesundheitspolitik/?full=13867>, abgerufen am 13.08.2011.

28 Bayer, I. (2009): Der Austritt von Niederösterreich. Ärzte Krone 21/09.

29 Steiermärkische Gebietskrankenkasse (2009): Befragungsergebnisse. Zufriedenheit der Programmteilnehmer.

URL: http://diabetes.therapie-aktiv.at/mediaDB/654392_Endbericht_Befragung_Internet.pdf, abgerufen am 05.11.2011.

30 Niederösterreichische Gebietskrankenkasse (2011): schriftliche Auskunft am 22.08.2011.

31 Wiener Gebietskrankenkasse (2011): schriftliche Auskunft am 18.08.2011.

32 Siehe Fußnote 31.

33 Pruckner, J. (2010): Arzt und Patient als Verbündete. Pressegespräch „Diabetes im Griff“.

http://www.hauptverband.at/mediaDB/727808_Presseunterlage_11112010.pdf, abgerufen am 08.09.2011.

34 Schriftliche bzw. telefonische Auskünfte der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter vom 14.11.2011 bzw. 15.11.2011. Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft reduzierte den Selbstbehalt, bei allen ärztlichen Leistungen, die im Rahmen von Therapie Aktiv erbracht werden von 20 auf 10 Prozent (Siehe http://esv-sva.sozvers.at/portal27/portal/svportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menu-id=72624&p_tabid=3, abgerufen am 09.11.2011).

35 Siehe Fußnote 31.





von anderen Ärzten, und auch durch Krankenhaus, Diabetesberater und Informationsmaterial erfahren jeweils ca. 5 Prozent der Patienten von dem Programm.³⁶

Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse sieht das Programm positiv, nachdem sie von einer Verbesserung der Betreuung und des Gesundheitszustandes der Patienten überzeugt ist. Ein Problem stellt allerdings die österreichweit langfristig nicht gesicherte Finanzierung der Disease-Management-Programme dar. Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse würde sich eine auf Dauer gesicherte Co-Finanzierung durch den NÖGUS bzw. das Land Niederösterreich wünschen, weil auch die Einsparungen vorrangig im intramuralen Bereich angesiedelt sind.³⁷ Dabei ist ein Ziel der Reformpool-Projekte, dass das Prinzip „Geld folgt Leistung“ bei Leistungsverschiebungen zwischen intra- und extramuralem Sektor umgesetzt wird. Problematisch ist allerdings, dass derartige Leistungsverschiebungen schwer nachzuweisen sind.³⁸

Evaluierung von „Therapie Aktiv“

Das Disease-Management-Programm „Therapie Aktiv“ wurde durch die Paracelsus Medizinische Privatuniversität evaluiert.³⁹ Dafür wurde eine clusterrandomisierte kontrollierte Studie (RCT) durchgeführt. Alle Ärzte aus der Region Salzburg, die primäre Versorgung leisten, wurden eingeladen, an der Untersuchung teilzunehmen. Von den 275 in Frage kommenden Ärzten nahmen 92 teil, welche wiederum 1.489 ihrer Patienten (649 für die Interventionsgruppe und 840 für die Kontrollgruppe) rekrutierten. Die Patienten der Interventionsgruppe wurden Teilnehmer von „Therapie Aktiv“, während die Patienten der Kontrollgruppe nach normalen Standards behandelt wurden. Demnach standen auch den Patienten der Kontrollgruppe Patientenschulungsprogramme auf freiwilliger Basis, ohne dass sie explizit dazu eingeladen wurden, zur Verfügung. Weiters wurde mit den Patienten der Kontrollgruppe vereinbart, dass sie nach einem Jahr am Disease-Management-Programm teilnehmen können. Zwischen den Patienten der beiden Gruppen gab es zu Beginn bis auf die Werte des Body-Mass-Index und des Cholesterinspiegels keine signifikanten Unterschiede.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass es bei den Patienten der Interventionsgruppe zu einer signifikanten Abnahme der Werte für HbA1c um 0,41 % kam. Adjustiert man allerdings um die Ausgangswerte und den Intracluster Korrelationskoeffizienten, sind nur mehr die Werte für Gewichtsabnahme ($p = 0,04$) und Cholesterinreduktion ($p = 0,043$) in der Interventionsgruppe signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe. Auch die Anzahl der im Krankenhaus verbrachten Tage ist in der Interventionsgruppe geringer (2,63 versus 2,97 Tage), allerdings ohne dass der Unterschied signifikant ist. Maßnahmen zur Prozessqualität wie Fuß- ($p < 0,0001$), Augen- ($p < 0,0001$) und HbA1c-Kontrollen ($p = 0,002$) wurden bei den Patienten der Interventionsgruppe signifikant öfter durchgeführt. Auch nahmen signifikant ($p < 0,0001$) mehr Patienten an Patientenschulungen teil.

Kritisch anzumerken ist, dass es bei der Studie naturgemäß zu einem Selection Bias kam. Nachdem alle potenziell inkludierten Ärzte die Bereitschaft haben mussten, am Disease-Management-Programm teilzunehmen, fand eine Selbstselektion von engagierten Ärzten statt. Weiters war den Ärzten bekannt, dass die Werte ihrer Patienten kontrolliert wurden, was wiederum auch in der Kontrollgruppe mutmaßlich eine bessere Betreuung zur Folge hatte als in einem üblichen Setting. Auch auf Patientenebene kam es wohl zu einer Selbstselektion von engagierten Patienten, nachdem die Kontrollgruppe nach Ablauf eines Jahres in das Disease-Management-Programm eingeschrieben wurde. Außerdem hatten die Teilnehmer der Studie vergleichsweise bessere Gesundheitswerte. Patienten mit höheren HbA1c-Werten scheinen trotz größerem Verbesserungspotenzial weniger engagiert zu sein. Folglich konnten mögliche Verbesserungen bei weniger motivierten Ärzten und Patienten durch Disease-Management-Programme nicht untersucht werden. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Effekte von Disease-Management-Programmen eher von der Motivation und den Bemühungen des teilnehmenden Arztes als vom Disease-Management-Programm abhängig sind. Für eine Verbesserung der medizinischen Werte war die Dauer der Studie mit einem Jahr zu kurz. Es ist aber ersichtlich, dass die Prozessqualität durch das Disease-Management-Programm signifikant verbessert wurde.⁴⁰

36 Siehe Fußnote 29.

37 Siehe Fußnote 30.

38 Siehe Fußnote 31.

39 Sönnichsen, A. C., Winkler, H., Flamm, M., Panisch, S., Kowatsch, P., Klima, G., Fürthauer, B., Weitgasser, R. (2010): The effectiveness of the Austrian disease management programme for type 2 diabetes: a cluster-randomised controlled trial. BMC Family Practice, Vol. 11, Nr. 86.

40 Siehe Fußnote 39.





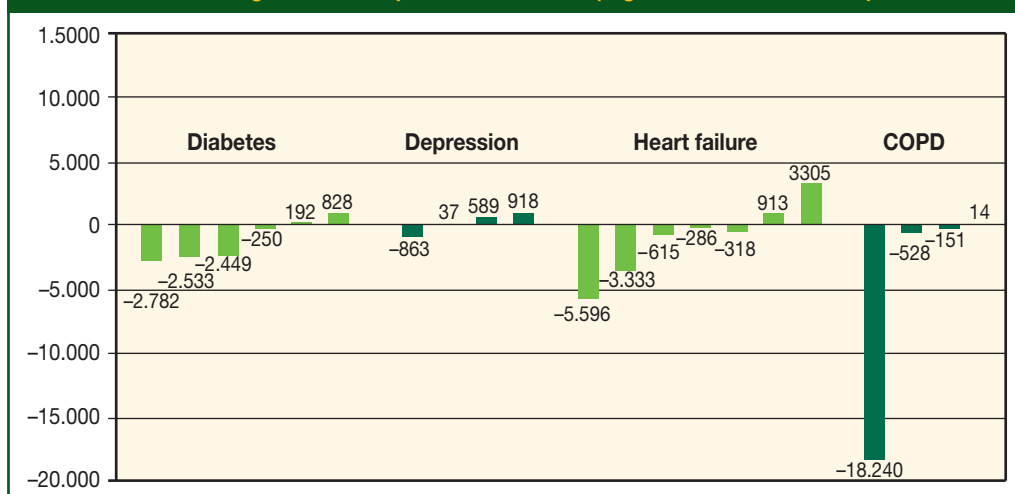
Tabelle 2: Verbesserung der Prozessqualität bei dem Disease-Management-Programm

Anteil der Patienten mit	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	p-Wert
Augenkontrolle	71,0 %	51,2 %	p < 0,0001
Fußkontrolle	73,8 %	45,1 %	p < 0,0001
Patientenschulung	49,5 %	20,1 %	p < 0,0001
Reguläre HbA1c-Kontrolle	44,1 %	36,0 %	0,002

Quelle: Sönnichsen et al. 2010, S.7, (siehe Fußnote 39).

Eine aktuelle Metastudie von DeBruin et al.⁴¹ zu den Gesundheitskosten von Disease-Management-Programmen suggeriert durchaus Einsparungspotenziale im Vergleich zu herkömmlichen Behandlungen. 31 internationale Publikationen aus dem Zeitraum von Anfang 2007 bis Ende 2009 zu Kostenanalysen von Programmen zur Diabetes, Depression, Herzversagen und COPD (chronisch obstruktiven Lungenerkrankung) wurden ausgewählt. Zwei Drittel dieser Programme inkludierten inkrementelle Kosten, wobei die Studiendesigns als auch die ökonomischen Methoden stark variierten. Insgesamt stellten 13 von 21 Studien Kostenreduktionen durch DMPs fest, wobei die Einsparungen stark schwankten.⁴²

Abbildung 1: Kostenersparnis durch DMPs (Ergebnisse von 21 Studien)



Anmerkung: Kostenangaben in US-Dollar/Patient (kaufkraftbereinigt), Quelle: DeBruin et al. 2011, S. 117, (siehe Fußnote 41).

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass weitere, methodisch hochwertigere Studien vonnöten sein werden, um Kostenvorteile von DMPs mit Sicherheit bestätigen zu können. Die Ergebnisse weisen allerdings – wie bei vielen anderen DMP-Metaanalysen auch – eher Kostenvorteile aus.

Internationale Beispiele

Deutschland

Mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung wurden 2002 in Deutschland Disease-Management-Programme (strukturierte Behandlungsprogramme) ermöglicht. Die Initiative für die Programme geht von der Krankenversicherung, welche mit den Leistungserbringern Verträge abschließt, aus. Diese Verträge müssen in weiterer Folge vom Bundesversicherungsamt akkreditiert werden. Nach § 137 f. Abs. 1 SGB V sind die zu behandelnden Krankheiten nach folgenden Punkten auszuwählen: „Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten, Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung, Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien, sektorenübergreifender Behandlungsbedarf, Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und hoher finanzieller Aufwand der Behandlung“. Disease-Management-Programme müssen nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft evidenzbasierten Leitlinien folgen, die Qualität der Programme muss durch Sicherungsmaßnahmen gegeben sein und Wirksamkeit und Kosten müssen evaluiert werden. Außerdem werden Schulungen für Leistungserbringer und Versicherte, transparente Teilnahmemodalitäten und Dokumentation in Abs.

41 De Bruin, S., Heijink, R., Lemmens, L., Struijs, J., Baan, C. (2011): Impact of disease management programs on healthcare expenditures for patients with diabetes, depression, heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review of the literature. Health Policy, Vol. 101: S. 105–121.

42 Siehe Abbildung 1.



2 § 137 f. SGB V gefordert. Aufgrund der strengen Auslegung des Gesetzes durch das Bundesversicherungsamt, welches jedes Disease-Management-Programm bewilligen muss, wurden aber weitgehend die Möglichkeiten zur Differenzierung genommen.

Nachdem in Deutschland freie Kassenwahl besteht, werden Disease-Management-Programme von den Krankenkassen als Wettbewerbsvorteil gesehen. Dies trägt maßgeblich zu einer flächendeckenden Umsetzung bei. Obwohl nach § 140 a-d S BG V Verträge über integrierte Versorgung direkt mit den Leistungspartnern und unabhängig von den kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen werden können, werden mit diesen nach wie vor Kollektivverträge über die ärztlichen Leistungen in Disease-Management-Programmen geschlossen. Dies ist entweder auf Gewohnheit zurückzuführen, oder darauf, dass die notwendigen quantitativen und qualitativen Kompetenzen zur Vertragsgestaltung noch fehlen.⁴³ Generell dürfte aber schon die Möglichkeit zur selektivvertraglichen Lösung die Mitwirkungsbereitschaft auf kollektiver Ebene erhöhen.

Nachdem in Deutschland 80 Prozent der Gesundheitsausgaben für ca. 20 Prozent der meist chronisch kranken Versicherten aufgewendet werden, gab es die Sorge, dass Krankenkassen mit strukturierten Versorgungsprogrammen besonders von diesen Patienten frequentiert würden.⁴⁴ Deshalb wurde mit der Einführung von Disease-Management-Programmen 2002 auch der Risikostrukturausgleich reformiert und der finanzielle Mehraufwand der Krankenkassen wurde so kompensiert. Seit 2009 werden mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung die Mehrausgaben durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich abgegolten. Für jeden Versicherten bekommt die Krankenkasse eine Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben, welche dem Alter, Geschlecht und krankheitsabhängig unterschiedlichen Versorgungsbedarf angepasst wird, aber unabhängig von der Teilnahme an einem Disease-Management-Programm ist. Weiters erhalten Krankenkassen eine Programmkostenpauschale von 168 € pro Jahr (2011) für einen in ein Disease-Management-Programm eingeschriebenen Versicherten. Im Gegenzug müssen sie für teilnehmende Versicherte finanzielle Anreize anbieten.⁴⁵ Somit haben die Krankenkassen ein wesentliches Interesse daran, ihren Versicherten entsprechende Programme anzubieten.

Die AOK bietet mit „AOK-Curaplan“ ein Disease-Management-Programm für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 an, welches in allen Bundesländern umgesetzt wird. In Bayern nehmen 292.452 von den möglichen 363.300 AOK-Versicherten mit Diabetes Typ 2 am Disease-Management-Programm teil, was 80,5 Prozent entspricht. Bei den Ärzten nehmen 8.822 von 8.981 möglichen teil (98,2 Prozent). Der Arzt koordiniert bei „AOK-Curaplan“ die Behandlung durch verschiedene Leistungserbringer und führt die Dokumentation zusammen. Gemeinsam mit dem Patienten vereinbart der Arzt individuelle Therapieziele. Abhängig von den Bedürfnissen des Patienten empfiehlt der Arzt die Teilnahme an den im Programm vorgesehenen Schulungen. Die Teilnahme des Patienten erfolgt durch das Ausfüllen der Einschreibeunterlagen gemeinsam mit dem Arzt und ist freiwillig. Für die Einschreibung und erstmalige Dokumentation wie auch für die regelmäßigen Folgedokumentationen erhalten Ärzte deutschlandweit ähnlich hohe Honorare in der Größenordnung von 25 € respektive 15 € Teilnehmende Patienten werden von der Praxisgebühr in Höhe von 10 € pro Quartal befreit.^{46,47} Somit haben auch die Patienten einen Anreiz, sich einzuschreiben. Darüber hinaus gibt es in mehreren Bundesländern Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Gesundheitsdienstleistern über qualitätsbezogene Zusatzhonorare, deren Höhe und Ausrichtung mitunter stark variieren können.⁴⁸ Laut dem Bundesverband der AOK nahmen Ende 2010 knapp 85 Prozent der AOK-versicherten Typ-2-Diabetiker an Disease-Management-Programmen teil. Deutschlandweit nimmt ca. die Hälfte aller Typ-2-Diabetiker an Disease-Management-Programmen teil. Im Juni 2011 gab es in Deutschland 1.859 Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus Typ 2, in welche 3.509.066 Versicherte eingeschrieben waren.⁴⁹ Die Zahl der an Diabetes erkrankten Versicherten wird dabei anhand von

43 Hoberg, R. (2005): Unternehmenspolitik. In: Müller de Cornejo, G. (2005): Stichwort: Disease-Management. Ziele, Konzepte, Erfahrungen. KomPart.

44 Lauterbach, K., Stock, S., Kühn, M., Lungen, M. (2002): Disease management in Deutschland – Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation.

45 Bundesversicherungsamt (2011): Zulassung der Disease-Management-Programme (DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA). URL: http://www.bundesversicherungsamt.de/cdn_108/nn_1046154/DE/DMP/dmp_inhalt.html#doc1046158bodyText3, abgerufen am 13.08.2011.

46 AOK Bayern (2011): schriftliche Auskunft am 17.08.2011.

47 AOK (2011): Diabetes mellitus Typ 2. URL: <http://www.aok.de/bayern/gesundheit/behandlung-programme-fuer-chronisch-krankte-aok-curaplan-diabetes-mellitus-typ-2-57401.php>, abgefragt am 13.08.2011.

48 AOK-Bundesverband (2011): schriftliche Auskunft am 14.11.2011.

49 AOK-Bundesverband (2011): schriftliche Auskunft am 09.08.2011.





Krankenhaus- und Arzneimitteldaten ermittelt. Auch die Anzahl der teilnehmenden Ärzte zeigt den Erfolg des Programms der AOK: Es sind knapp 87 Prozent der in Frage kommenden Ärzte, wovon aber 10 Prozent das Programm nicht umsetzen.⁵⁰

Ärzte, welche dem Disease-Management-Programm kritisch gegenüberstanden, wurden von der AOK bei der Umsetzung des Programms unterstützt. So wurden von der AOK Ärzteberater in Form von Außendienstmitarbeitern eingesetzt, welche die Arztpraxen regelmäßig oder auf Anforderung besuchten. Während die Ärzteberater zu Beginn nur bei Fragen zu Disease-Management-Programmen beraten haben, informieren sie mittlerweile auch über andere Themen (z. B. Rabattverträge). Zusätzlich wurden Praxismanuale und Hausarztbücher zur Unterstützung der Ärzte entwickelt.

Auch die AOK Bayern sah in der anfänglichen Skepsis der Ärzte eine Startschwierigkeit. Die Ärzteschaft befürchtete, dass die Disease-Management-Programme die Behandlungsfreiheit des Arztes beschränken würden. Mit Hilfe einer kontinuierlichen Beratung durch Gesundheitspartnerberater der AOK Bayern, dem Durchführen von Praxisseminaren und der regelmäßigen Präsenz in Presse und Medien konnte die Skepsis der Ärzte abgebaut werden. Praxisseminare haben das Ziel, neu teilnehmende Ärzte und deren Personal zu informieren. Es werden gesetzliche Grundlagen und Qualitätssicherungsmaßnahmen wie z. B. regelmäßige Augenuntersuchung bei Typ-2-Diabetes erklärt. In der Folge wird jeder Praxis ein persönlicher Ansprechpartner der AOK zugeteilt, der diese in der Regel einmal im Quartal besucht, um etwa prozessuale Fehler abzuklären.

Niederlande

In den Niederlanden wurde die Kooperation zwischen den verschiedenen Leistungserbringern stufenweise ausgeweitet. Shared-Care-Modelle sind den Disease-Management-Programmen vorangegangen. In diesen Modellen arbeiteten bereits auf Diabetes mellitus spezialisiertes Krankenpflegepersonal, Allgemeinmediziner und Endokrinologen mit den Patienten zusammen. Auf dieser Grundlage konnte gut aufgebaut und Disease-Management-Programme eingeführt werden, nachdem es zwischen den Parteien bereits gegenseitiges Vertrauen und die Bereitschaft zum Austausch von Daten gab. Die Einführung von Disease-Management-Programmen wurde von Allgemeinärzten angeregt, weil der Wunsch bestand, die Behandlung von Patienten seitens des spezialisierten Krankenpflegepersonals zu erweitern.⁵¹

Das „Maastricht“-Disease-Management-Programm bezieht sich auf alle Einwohner der Region mit Diabetes. Das Programm umfasst eine Universitätsklinik, 89 Allgemeinärzte – was einer Teilnahmequote von 100 Prozent entspricht – und 8.058 Patienten. Der Grund für die hohe Teilnahmequote ist, dass das Disease-Management-Programm der Standardversorgung in dieser Region entspricht.⁵²

Die zentralen Eigenschaften des Programms sind:

1. Zentrale Koordination der Behandlung
2. Protokollierung von Diabetes und den Komplikationen
3. Klassifikation der Krankheitskomplexität
4. Zuweisung des Patienten zum Allgemeinmediziner, dem spezialisierten diplomierten Pflegepersonal oder dem Endokrinologen
5. Erweiterung des Patientenwissens und Förderung von Selbstmanagement
6. Zentrale Datensammlung mit jährlichem Feedback für die Leistungserbringer über klinische Ergebnisse, die Anzahl der Beratungen, Einweisungen und Krankenhausaufnahmen

Die Patienten werden wie aus Abbildung 2 ersichtlich nach der Schwere ihrer Erkrankung und Komplikationen in drei Kategorien eingeteilt und je nachdem von unterschiedlichen Leistungserbringern behandelt. Patienten mit geringer Komplexität werden dem Allgemeinmediziner mit Unterstützung des spezialisierten Krankenpflegepersonals zugeordnet. Patienten mit mittlerer Komplexität werden von spezialisiertem Krankenpflegepersonal und Patienten mit hoher Komplexität im Krankenhaus vom Endokrinologen behandelt. Die Behandlung der Patienten durch das Krankenpflegepersonal erfolgt aber in der Praxis des Allgemeinmediziners und zielt speziell auf die Schulung und das Selbstmanagement von Patienten ab.⁵³

⁵⁰ Siehe Fußnote 49.

⁵¹ Vrijhoef, H. J. M., Spreeuwenberg, C., Eijkelberg, I. M. J. G., Wolffensbuttel, B. H. R., van Merode, G. G. (2001): Adoption of disease management model for diabetes in region of Maastricht. *British Medical Journal*, Vol. 323, S. 983–985.

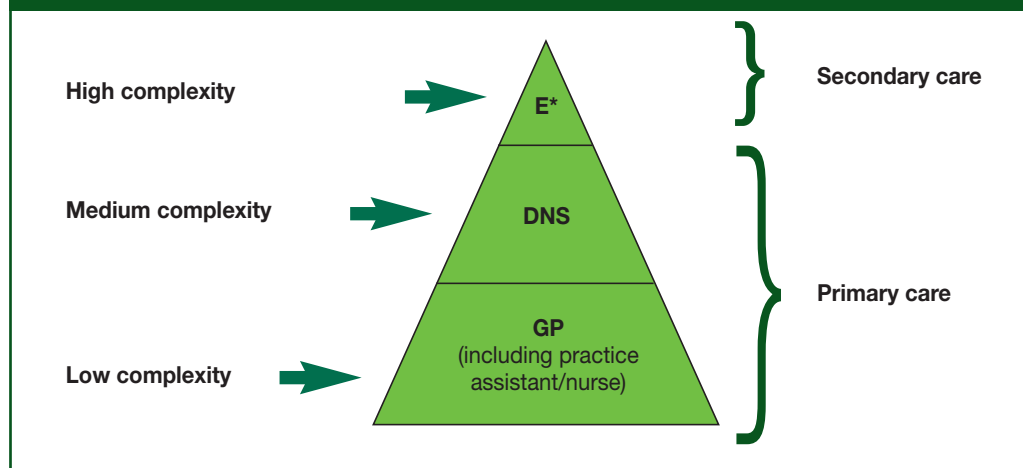
⁵² Huisartenzorg Heuvelland (2011): schriftliche Auskunft am 30.08.2011.

⁵³ Steuten, L. M. G., Vrijhoef, H. J. M., Landewé-Cleuren, S., Shaper, N., van Merode, G. G., Spreeuwenberg, C. (2007): A disease management programme for patients with diabetes mellitus is associated with improved quality of care within existing budgets. *Diabetic Medicine*, Vol. 24, S. 1112–1120.





Abbildung 2: „Maastricht“-Disease-Management-Programm



Anmerkung: E – Endokrinologe, DNS (diabetes nurse specialist) – spezialisierte DGKP, GP (general practitioner) – Allgemeinmediziner; Quelle: Steuten et al. 2007, S.9, (siehe Fußnote 53).

Als fördernde Faktoren für das „Maastricht“-Disease-Management-Programm gelten die jetzige Bündelung verschiedener finanzieller Ressourcen, Netzwerkbildung und die Schaffung eines gemeinsamen nationalen Interesses. Außerdem tragen enthusiastische und kompetente Praxisteams und die Veröffentlichung der Resultate in angesehenen Fachzeitschriften zum Erfolg des Disease-Management-Programms bei. Als hinderlich für die Umsetzung werden der Widerstand von Berufsorganisationen und die veränderte Position der Hauptakteure gesehen. Auch neue finanzielle Prämien für Allgemeinmediziner und der Mangel an Steuerung seitens der Krankenversicherungen werden als Nachteil empfunden.⁵⁴ In der Studie von Steuten et al. (2002)⁵⁵ wurde die Einstellung niederländischer Ärzte zu Disease-Management-Programmen untersucht. Insgesamt antworteten 1.673 Ärzte (Rücklaufquote 41,6 Prozent), von denen 834 aktiv an Disease-Management-Programmen teilnahmen.

Als Vorteile von Disease-Management-Programmen wurden auf Seiten der befragten Ärzte von 90,2 Prozent die Qualitätsverbesserung der Behandlung, von 64,5 Prozent die Effizienzverbesserung der Behandlung und von 64 Prozent die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten angegeben. Als negativ werden eine hohe Zeitinvestition (72,1 Prozent) und das Fehlen von (finanzieller) Deckung der Teilnahme (45,5 Prozent) und keine Erwartung, durch Disease-Management langfristig Zeit zu sparen, gesehen. Für die Teilnahme fördernd sind nach Meinung der befragten Ärzte die Existenz eines Netzwerks zwischen den verschiedenen Leistungserbringern vor Programmstart (60,8 Prozent), eine qualitative Kooperation zwischen den Leistungserbringern (60 Prozent) und die positive Aussicht, dass das Programm weitergeführt wird (42,7 Prozent).

Frankreich

Die Behandlungskosten für eine chronische Krankheit werden in Frankreich zur Gänze von der Sozialversicherung getragen. Bis 2004 war die Rolle der Krankenversicherung weitgehend passiv. 2004 wurde durch die Sozialversicherungsreform der Prozess zur Behandlung von Patienten grundlegend transformiert, um diesen an die Anforderungen für die Behandlung chronisch Kranker anzupassen.⁵⁶ 2008 wurde von der sozialen Krankenversicherung das Disease-Management-Programm „Sophia“, zuerst in 10 Testregionen mit 136.000 Diabetespatienten und 6.000 behandelnden Allgemeinärzten, eingeführt. Nach einem positiven Start wurde es auf 19 Testregionen mit 400.000 Diabetespatienten und 17.500 Allgemeinärzten ausgeweitet. Ende 2010 nahmen 62.000 der möglichen 136.000 Patienten, also knapp 46 Prozent, in den ursprünglichen 10 Testregionen an Sophia teil. Das Ziel war eine Teilnehmerate von 65 Prozent der Patienten. Die Kosten für das Programm wurden zur Gänze von der Krankenkasse übernommen und beliefen sich im ersten Jahr der Umsetzung auf 10 Millio-

54 Spreeuwenberg, C. (o. J.): Chronic disease management in The Netherlands. Präsentationsfolien. URL: <http://www.iumsp.ch/Enseignement/colloques/docs/coll160609.pdf>, abgefragt am 18.08.2011.

55 Steuten, L. M. G., Vrijhoef, H. J. M., Spreeuwenberg, C., van Merode, G. G. (2002): Participation of general practitioners in disease management: experiences from the Netherlands. *International Journal of Integrated Care*, Vol. 2.

56 Nolte, E., Knai, C., McKee, M. (2008): Managing Chronic Conditions. Experience in eight countries. *European Observatory on Health System and Policies*.





nen Euro. Bis 2013 soll Sophia in ganz Frankreich für potenziell 2,5 Millionen Diabetespatienten implementiert werden.⁵⁷

„Sophia“ soll als Intermediär zwischen Patienten und ihren Ärzten dienen. Patienten mit Diabetes werden von der Krankenkasse postalisch kontaktiert und eingeladen, am Programm teilzunehmen. Durch das Ausfüllen eines Teilnahmeformulars, welches an die Versicherung retourniert werden muss, werden die Patienten Mitglieder von „Sophia“. In der Folge kontaktierten Gesundheitsberater oder speziell ausgebildetes Krankenpflegepersonal die Patienten per Telefon, Brief oder E-Mail, um diese persönlich zu beraten. Dabei werden die Patienten über Diabetes-Management (Ernährungsplanung, Prävention etc.) aufgeklärt und erhalten Informationen, wo die für sie passende Behandlung angeboten wird. Die Anzahl der Anrufe und die Art der Information hängen dabei vom Gesundheitszustand des Patienten ab. Der Gesundheitszustand und die Bedürfnisse des Patienten werden durch 2 Fragebögen ermittelt, die jährlich jeweils vom Patienten und vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden. Der teilnehmende Arzt erhält dafür 66 Euro pro Jahr und Patient.⁵⁸

Ein Nachteil von Sophia ist, dass es ein großes Risiko der Selbstselektion der Patienten bei der Programmteilnahme gibt. Patienten mit höherem Bildungsstandard nehmen bevorzugt an solchen Programmen teil.⁵⁹ Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass die Compliance der Patienten nach dem Arzttermin fällt und vor der nächsten Kontrolle kurzfristig wieder ansteigt. Sophia hat zum Ziel, genau diese Schwankungen durch kontinuierlichen Kontakt mit dem Patienten zu verhindern.⁶⁰

Rahmenbedingungen und Umsetzung

Voraussetzungen

Die Länderbeispiele verdeutlichen den unterschiedlichen Grad der Bedeutung von Disease-Management-Programmen in den jeweiligen Gesundheitssystemen, die nicht zuletzt durch die „eingespielten“ Systemstrukturen bestimmt werden. Wie ein Überblick über die europäische Landschaft an DMPs zeigt, findet ein Großteil dieser Programme in versicherungsbasierten Gesundheitssystemen („Bismarck'sches System“) Anwendung. In allen genannten Ländern (inklusive Österreich) werden DMPs als Lösungsansätze für Koordinations- und Schnittstellendefizite im Gesundheitswesen bei chronischen Krankheiten verstärkt diskutiert und umgesetzt.⁶¹

Die erfolgreiche Implementierung von DMPs ist zuvorderst an die Einigkeit unter den Stakeholdern über Handlungsbedarf in der Gesundheitsversorgung von chronisch Kranken gebunden. Werden bestehende Strukturen als ausreichend bzw. nicht verbesserungsbedürftig beurteilt, werden neue Maßnahmen bzw. Ansätze nicht genügend unterstützt oder sogar blockiert, sodass auch potente Programme scheitern können. Darüber hinaus sollte weitgehender Konsens über die Sinnhaftigkeit des Einsatzes des Instruments Disease-Management und der spezifischen Ausgestaltung herrschen.

Aspekte der Implementierung

Für die Ausgestaltung und Umsetzung der Programme ist neben dem medizinischen Kernbereich vor allem die Anreizsetzung in monetärer und nichtmonetärer Hinsicht bedeutend.

Finanzielle Komponente

In Deutschland erhalten etwa Ärzte und Krankenkassen finanzielle Kompensation für den administrativen Mehraufwand respektive für das Risiko von Krankenkassen, durch DMP-Angebote vermehrt chronisch kranke Kunden anzuziehen. Monetäre Anreize sind auch für an DMPs teilnehmende Patienten vorgesehen.⁶² In den Niederlanden werden von den Krankenversicherungen selektiv Verträge mit einzelnen sogenannten „care groups“, bestehend aus medizinischem und nichtmedizinischem Fachpersonal, abgeschlossen, das Fachpersonal wird also für die DMPs individuell entlohnt. Zukünftig sollen auch Patienten von ihrer Teilnahme an Disease-Management finanziell durch Sen-

57 Bourgueil, Y., Or, Z. (2010): A new plan to improve chronic-disease management. Health Policy Monitor. URL: <http://www.hpm.org/survey/fr/a16/1>, abgefragt am 25.08.2011.

58 Siehe Fußnote 57.

59 Siehe Fußnote 57.

60 Prieur, J., Penciolelli, J., Szathmary, B. (2010): Sophia Diabetes Programm. L'Assurance Maladie. URL: http://careongmbh.de/fileadmin/careonweb/Forum_2010/Ein_Blick_auf_Frankreich_CNAM-TS_Sophia.pdf, abgefragt am 25.08.2011.

61 Vgl. auch Fußnote 8.

62 Siehe Kapitel Deutschland.





kung der Versicherungsprämien profitieren.⁶³ Auch in Österreich stehen einige Seiten finanziellen Anreizen für Patienten positiv gegenüber.⁶⁴ Problematisch hingegen ist für Österreich wie auch Deutschland die Unsicherheit der langfristigen Finanzierung der einzelnen Programme zu sehen. Da DMPs erweiterte Qualifikationen von den Leistungserbringern und auch neue Strukturen etwa in den Hausarztpraxen verlangen,⁶⁵ werden derartige Investitionen mitunter zu niedrig ausfallen, um wirtschaftliche Verluste zu vermeiden. Gleichzeitig können teilnahmebereite Patienten verunsichert werden. Hinzu kommt, dass in Österreich von einigen Kassen Selbstbehalte pro Arztbesuch für den Patienten anfallen, die durch eine erhöhte Besuchsfrequenz bei DMP-Teilnahme die Kosten für Patienten erhöhen könnten.⁶⁶ Dies ist nicht notwendigerweise der Fall, da die betreffenden Krankenkassen ganz oder teilweise auf die Patientenbeiträge im Rahmen von Therapie Aktiv verzichten bzw. interne Auswertungen der Sozialversicherungen zeigen, dass mehr als die Hälfte der (behandelten) Diabetiker weit öfter Allgemeinärzte konsultieren, als es in einem DMP vorgesehen wäre.⁶⁷

Rollenpolitische Komponente

Wie bereits angesprochen, verändern DMPs die traditionellen Rollen in der Gesundheitsversorgung in mehrerer Hinsicht. Während spezialisiertes Krankenpflegepersonal in den Niederlanden wie auch in den skandinavischen Ländern seit einigen Jahren eine zentrale Rolle in der gemeindenahen Versorgung von chronisch Kranken einnimmt, ist dies etwa in Frankreich, Deutschland und Österreich in erster Linie Aufgabe der Allgemeinärzte. Versuche, in Frankreich Krankenpflegepersonal vermehrt in das Management von chronischen Krankheiten einzubinden, erforderten einerseits Veränderungen der gesetzlich definierten Berufskompetenzen und stießen andererseits auf Gegenwehr der Krankenpflegeverbände, die die Zersplitterung ihrer Berufsgruppe und Abhängigkeiten von Primärärzten befürchten.⁶⁸ Besonders kritisch betrachtet ein Teil der Ärzteschaft insbesondere in Deutschland und Österreich die Bindung an Leitlinien zur Behandlung von chronischen Erkrankungen. So wird argumentiert, dass diese die Behandlungsfreiheit von Ärzten zu sehr einschränken.⁶⁹ Dies steht im Gegensatz zur Arbeitskultur der Ärzteschaft in den Niederlanden, die seit Jahrzehnten Leitlinien als Standard für die Patientenversorgung verwendet. DMPs veranlassen Veränderungen respektive Erweiterungen im Aufgabenbereich auch bei den Krankenkassen, welche vermehrt vom Financier zu einem Gestalter im Gesundheitswesen werden. Schlussendlich ist auch ein Wandel beim Umgang der Patienten mit ihrer Krankheit/ihren Krankheiten zu erwarten bzw. für wirkungsvolle DMPs vonnöten. Der Einsatz von DMPs erfordert Metamorphosen der angestammten Rollen der Stakeholder im Gesundheitssystem. Derartige Veränderungen auch in der (Berufs-)Identität lösen nicht selten Unbehagen aus, was als Negativ-Anreiz für die Unterstützung von DMPs interpretiert werden kann. Hierbei gilt es, neue Möglichkeiten aufzuzeigen, die mit der neuen Rolle einhergehen. So ist eine Stärkung der Position von Primärärzten als zentrale Schnittstelle für die Versorgung von chronischen Krankheiten durchaus wahrscheinlich.⁷⁰

Administrative Komponente

DMPs verursachen zusätzlichen administrativen Aufwand für Krankenversicherungen, Ärzteschaft, Krankenpflegepersonal oder nichtmedizinischen Fachkräfte. Zu Beginn der Programme in Deutschland mussten aufwendige Papierdokumentationen von Seiten der Ärzte geführt werden, die die Teilnahme rate der Ärzte stark begrenzte. Mit der Einführung einer deutschlandweit einheitlichen elektronischen Dokumentation wurde die ärztliche Akzeptanz von DMPs befördert.⁷¹ In Österreich konnte der administrative Mehraufwand durch Integration in das E-Card-System gering gehalten werden. Insbesondere bei Einzelpraxen wirken sich bürokratische Hürden äußerst negativ auf die Bereitschaft zur Programmteilnahme aus, eine Situation, die in Österreich deutlich häufiger vorliegt als in den Ver-

63 Klein Lankhorst E., Spreeuwenberg C. (2008): The Netherlands, in: Nolte E., Knai C., McKee M.: Managing chronic conditions. Experience in eight countries. Observatory Studies Series N° 15. European Observatory on Health Systems and Policies: 97-114.

64 Bachinger G., NÖ Patientenanwalt (2011): Schriftliche Auskunft vom 9.8.2011 und Fußnote 33.

65 Schneider A., Szecsenyi J. (2002): Disease-Management-Programme – Chance oder Bedrohung der allgemeinärztlichen Identität. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Vol. 78: 393-397.

66 Fußnote 33.

67 Steiermärkische Gebietskrankenkasse (2011): schriftliche Auskunft am 25.10.2011.

68 Durand-Zaleski, I., Obrecht, O. (2008): France. In: Nolte, E., Knai, C., McKee, M.: Managing chronic conditions. Experience in eight countries. Observatory Studies Series Nr. 15. European Observatory on Health Systems and Policies: S. 55-74.

69 Siehe Fußnoten 31 und 46.

70 Siehe Fußnote 65.

71 Siehe Fußnote 49.





gleichsländern. Unterstützungsleistungen der Krankenkassen durch Entsendung von geschulten Mitarbeitern zu Vorort-Beratungen in die Praxis oder DMP-Schulungen etwa für Ordinationshilfen können hier zum Teil Abhilfe schaffen.

Eine weitere Bedingung für die Funktionstüchtigkeit eines DMP ist ein gut gestaltetes Informationssystem, über welches die einzelnen beteiligten Leistungserbringer die Patientendaten einfach und schnell austauschen können. Ein Beispiel hierfür ist das Informationssystem des Diabetes-DMP-Projekts „Diamuraal“ in und um die niederländische Stadt Amersfoort. Ein internetbasiertes System für elektronische Diabetes-Patientenakten wurde eingerichtet, durch welches Allgemeinärzte, spezialisiertes Krankenpflegepersonal und Fachärzte des lokalen Krankenhauses schnell und einfach auf die Daten zugreifen können. Kommunikation zwischen den Leistungserbringern ist damit stark erleichtert und verbessert die Transferprozedere zwischen dem primären und sekundären Sektor. Darüber hinaus erhalten teilnehmende Patienten selbst Einsicht in ihre elektronische Patientenakte, können ihre Patientendaten analysieren sowie eigene Daten hinzufügen, was dem Patienten erhöhte Kontrollmöglichkeiten bietet.⁷² Die Ausgestaltung eines Informationssystems ist stark an die datenschutzrechtlichen Bedingungen in den jeweiligen Ländern gebunden. Welche Möglichkeiten sich für DMPs durch die in nächster Zukunft einzuführende „Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)“ ergeben, bleibt abzuwarten.

Patienten gewinnen

Zur Gewinnung von Patienten und der Ärzteschaft für Disease-Management-Programme wurden in Deutschland von den AOKs mehrere Maßnahmen ergriffen:⁷³

Zum einen gibt es in Deutschland die rechtliche Basis (Sozialgesetzbuch § 284 Abs. 1 Nr. 14) für gesetzliche Krankenkassensicherer, Daten von Patienten zu sammeln und zu speichern. Durch Datenselektion können geeignete DMP-Kandidaten ausfindig gemacht werden, die

- entweder durch an DMPs teilnehmende Ärzte,
- durch gezieltes Anschreiben
- oder im Rahmen von AOK-Informationsveranstaltungen

zur Teilnahme an einem Programm eingeladen werden.

Zum anderen werden Ärzte, neben den extrabudgetären Honoraren für jeden eingeschriebenen DMP-Teilnehmer, durch mehrere Unterstützungsleistungen zur Mitwirkung in Disease-Management-Programmen motiviert:

- Es werden speziell geschulte „Arztberater“ von den AOKs in Praxen entsendet, die Ärzte und ihre Mitarbeiter in administrativen und DMP-bezogenen Fragen unterstützen.
- DMP-Praxismanuale und Hausarztlexikone wurden entwickelt, um Ärzte bei der Umsetzung der DMPs zu unterstützen.
- Insbesondere für neu teilnehmende Praxen werden Seminare für Ärzte und Praxispersonal durchgeführt, um das jeweilige Programm und seine Anforderungen zu erläutern.

In den Niederlanden und Deutschland haben vor allem die ersten positiven Evaluationsergebnisse in Bezug auf Behandlungsqualität und medizinische Outcomes dazu beigetragen, Ärzte für die DMPs zu gewinnen. Darüber hinaus kann man von einer „kritischen Masse“ ausgehen, die erreicht werden muss, um einen hohen Prozentsatz an in Frage kommenden Ärzten für ein DMP zu gewinnen.⁷⁴ Interessant sind hierbei auch noch Ansätze, durch Informationen über die Medien Ärzte und Patienten verstärkt zu erreichen sowie in Peer-to-Peer-Veranstaltungen beide Stakeholder-Gruppen von den Erfahrungen der anderen Ärzte und Patienten profitieren zu lassen.

Compliance erhalten

Mit der Compliance der Patienten befasst sich die Literatur im Zusammenhang mit Disease-Management naturgemäß ebenfalls.^{75, 76} Der Begriff Compliance ist in letzter Zeit einem Bedeutungswandel hin zu mehr Eigenverantwortlichkeit unterlegen und wird deshalb oft durch den Begriff „Adherence“ ersetzt. Für die Motivation des Patienten ist die Bereitschaft zur aktiven Eigenbeteiligung zentral. Dadurch wird einerseits das Rollenverhalten des Patienten geändert und andererseits die pa-

72 Siehe Empowerment im Kapitel Compliance erhalten.

73 Siehe Fußnote 49.

74 Stichting Diamuraal (2011): schriftliche Auskunft vom 06.09.2011.

75 Scherenberg, V. (2003): Patientenorientierung – Compliance und Disease-Management-Programme. Praxisbeispiel Diabetes mellitus Typ 2. WiKu-Verlag.

76 Siehe Schuller, S. (2002): Steigerung der Patienten-Compliance. Deutscher Universitäts-Verlag.





ternalistische Art der Arzt-Patienten-Beziehung durch offene partnerschaftliche Kooperation ersetzt. Wenn durch die offene Kommunikation gegenseitiges Vertrauen geschaffen wird, führt dies zu einer gesteigerten Compliance.⁷⁷

Non-Compliance tritt auf, wenn sich Patienten vorsätzlich nicht an die Anweisungen ihres Arztes halten. Sie kann in 3 Stufen eingeteilt werden: erstens generelle Therapieverweigerung, zweitens Verweigerung bestimmter Therapiemaßnahmen und drittens eigenmächtige oder unbeabsichtigte Modifikation der Verordnung.

Zur Steigerung der Compliance lassen sich drei Variablen der Leistungsmotivation identifizieren: Anstrengung, Handlungsergebnisse und Belohnung. Die Wahrscheinlichkeit, mit einer bestimmten Anstrengung Handlungsergebnisse zu erreichen, hängt für den Patienten von früheren Erfahrungen ab. Speziell bei chronisch Kranken wie Diabetikern stellt dies ein Problem dar, weil ihre wahrgenommenen Beschwerden eher gering sind und sie keinen unmittelbaren Therapieerfolg feststellen können. Auch die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit der Belohnung wird in die Entscheidung über (Non-)Compliance einbezogen. Es wird abgewogen, wie groß die Wahrscheinlichkeit für z. B. Linderung der Beschwerden oder soziale Anerkennung durch die Umwelt ist. Weiters spielt der subjektive Wert der Belohnung (höchster Wert: Genesung) eine Rolle. Für Compliance muss der Wert der Belohnung den Wert bzw. die Kosten der Behandlung übersteigen. Dies stellt ein Problem dar, wenn z. B. die Nebenwirkungen von Medikamenten sehr groß oder die Umstellung der Lebensgewohnheiten für den Patienten eine große Hürde sind. Deswegen ist es umso wichtiger, dass der Arzt auf den langfristigen Therapieerfolg hinweist. Auch muss bei den Maßnahmen zur Compliance-Steigerung individuell auf die Erwartungen und Persönlichkeitsmerkmale des Patienten eingegangen werden.⁷⁸

Möglichkeiten der Compliance-Förderung bei Disease-Management-Programmen

Zu den Möglichkeiten, die Compliance der Patienten bei Disease-Management-Programmen zu steigern, gehören Unterstützung des Selbstmanagements, Entscheidungsunterstützung, Information und Transparenz.

Für das Selbstmanagement ist es wichtig, dass der Patient gemeinsam mit dem Arzt Behandlungsziele erarbeitet und mit Unterstützung des Arztes Eigenverantwortung übernimmt. Durch Empowerment des Patienten, d. h. durch mehr Verantwortung, Entscheidungs- und Kontrollkompetenz, soll sich dieser verantwortlicher für den Krankheitsverlauf fühlen und danach handeln. Zur Motivation des Patienten kann überdies ein Patientenvertrag über selbstgesetzte Patientenziele und Strategien zur Erreichung dieser Ziele abgeschlossen werden, anhand dessen auch die Zielerreichung überprüft werden kann. Speziell bei Patienten mit Typ-2-Diabetes ist eine Verhaltens- und Einstellungsänderung gefordert, nachdem Hauptfaktoren der Erkrankung mangelnde Bewegung und Übergewicht sind. Die Verhaltensweisen der Patienten hängen stark von den bereits gemachten (Lern-)Erfahrungen und der sozialen Umwelt ab. Speziell bei älteren Menschen, die noch die Erfahrung des Mangels der Kriegs- und Nachkriegsjahre gemacht haben und ihren Tagesrhythmus durch Mahlzeiten festlegen, ist eine Änderung des Essverhaltens schwer. Der Einstellungswandel ist von der Wahlfreiheit des Patienten, der Höhe des Anreizes für das Verhalten und den negativen Konsequenzen abhängig. Durch aufrechterhaltende Verstärkung kann das Patientenverhalten geprägt werden. Relevante Sorgen der Patienten können gezielt durch Patientenzufriedenheitsbefragungen herausgefunden werden. Informationstransparenz fördert das Vertrauen und die Verhaltensänderung der Patienten, während kontroverse Diskussionen über die Qualität von Disease-Management-Programmen in den Medien negativ darauf wirken. Weiters ist die psychosoziale Unterstützung seitens des Arztes und des familiären Umfelds wichtig. Das subjektive Empfinden von Kränkung, Herabsetzung oder Verlust kann zur Ablehnung des Versorgungsangebots führen. Werden Angehörige in die Behandlung, z. B. durch Teilnahme an Beratungsgesprächen, eingebunden, können sie die Diabetiker im Alltag unterstützen und ihre Compliance fördern. Auch der Austausch mit Gleichgesinnten in Selbsthilfegruppen kann die Einstellung der Patienten positiv beeinflussen.⁷⁹

Als weitere Maßnahme baut die Entscheidungsunterstützung der Patienten auf der Unterstützung des Selbstmanagements auf. Die **Patientenschulung** soll aus den Bestandteilen Aufklärung, Aufbau einer positiven Einstellung zu der Erkrankung und ihrer Bewältigung, Sensibilisierung der Kör-

77 Siehe Fußnote 76.

78 Siehe Fußnote 75.

79 Siehe Fußnote 75.





perwahrnehmung, Vermittlung von Selbstmanagement-Kompetenzen, Maßnahmen zur Anfallsprophylaxe und Sekundärprävention, Erwerb sozialer Kompetenzen und Mobilisierung sozialer Unterstützung zusammengesetzt sein. Verständlich formulierte Patientenleitlinien sollen dem Patienten Ursachen, Durchführung und Bedeutung des Selbstmanagements und des Therapieplans vermitteln.⁸⁰ Durch Informationen und Transparenz wird Vertrauen hergestellt und die Compliance gefördert. **Patienteninformationssysteme** sollten ein allgemeines Informationsmedium benutzen, mit dem alle Patienten erreicht werden können. Prinzipiell kann die Information der Patienten unpersönlich oder persönlich über das Telefon, elektronisch, über Printsysteme oder Face-to-Face-Kontakt erfolgen. Dabei sollte das jeweilige Medium auf das Informationsbedürfnis des Patienten abgestimmt werden. Wichtig ist, dass Informationen neutral und verständlich dargestellt werden, ohne Risiken herunterzuspielen oder zu übertreiben. Erinnerungssysteme können in Patienteninformationssysteme eingebaut werden und so das Selbstmanagement des Patienten unterstützen. Auch ein von dem Patienten akzeptierter **individueller Therapieplan** kann die Compliance steigern. Durch die zuvor erworbene Informationsbasis kann der Patient aktiv bei der Abstimmung der Maßnahmen mit dem Arzt kooperieren. Dabei soll auf die Präferenzen des Patienten eingegangen werden, um eine höhere Umsetzungswahrscheinlichkeit zu gewährleisten.⁸¹

Interessen der verschiedenen Anspruchsgruppen

Der Erfolg von Disease-Management-Programmen hängt nicht nur von der Compliance der Patienten ab, sondern auch von der Compliance der Ärzte und Krankenkassen und den gesetzlichen Rahmenbe-

Tabelle 3: Vorteile und Nachteile von Disease-Management für das Gesundheitssystem

Vorteile für das Gesundheitssystem	Nachteile für das Gesundheitssystem
<ul style="list-style-type: none"> Bessere Ergebnisse Einführung von Best-Practice-Verfahren Ergebnismessung Kosteneffektivität Beständigkeit der Behandlung Verbesserte Allokation der Ressourcen Verbessertes gesamtes System Größere Kooperation zwischen den verschiedenen Teilen des Gesundheitssystems Nahtlose Versorgung Weniger stressvoll für die involvierten Fachkräfte 	<ul style="list-style-type: none"> Könnte mehr Kosten verursachen Beansprucht Zeit und bindet Startkapital Kann bei der Einführung zu Aufruhr führen Schwierigkeit, die Mitarbeiter davon zu überzeugen Schwierigkeit, Änderungen vorzunehmen, sobald installiert Könnte eine vorübergehende Mode sein Könnte Rigidität verursachen und Innovationen blockieren
Vorteile für Ärzte	Nachteile für Ärzte
<ul style="list-style-type: none"> Möglichkeit, effektiv zusammenzuarbeiten Gute und stabile Beziehungen zu anderen Guter Zugang zu Informationen Höhere Professionalität 	<ul style="list-style-type: none"> Bedrohung der klinischen Freiheit Statuseinbußen Nähere Aufsicht Interessenskonflikt zwischen den Wünschen der Patienten und den protokollarischen Vorgaben Verändert die Arzt-Patienten-Beziehung und das dahinterliegende Vertrauen
Vorteile für Patienten	Nachteile für Patienten
<ul style="list-style-type: none"> Bessere Ergebnisse Besser informierte Patienten Größere Beteiligung Kontinuität und Konsistenz der Behandlung Gesundheitsversorgung ist patientenzentrierter Präventive Behandlung Mögliche schnellere Behandlung Richtlinien sind an den Patienten orientiert 	<ul style="list-style-type: none"> Einschränkungen bei der Behandlung Behandlung könnte als unnötig empfunden werden Erhöhte Verantwortung und mehr Entscheidungen, die Patienten nicht auf sich nehmen wollen könnten

Quelle: Hunter, Fairfield 1997, S. 52, (siehe Fußnote 82).

80 Siehe Fußnote 75.

81 Siehe Fußnote 75.





dingungen. In Tabelle 3 werden die Vorteile und Nachteile von Disease-Management-Programmen für die verschiedenen Anspruchsgruppen dargestellt, welche von Hunter und Fairfield identifiziert wurden.⁸² Durch Disease-Management-Programme wird auch das Rollenverständnis von Krankenkassen und Ärzten verändert. Während Krankenkassen traditionell „Kostenträger“ sind, nehmen sie mit der Implementierung von integrierten Versorgungskonzepten auch Versorgungsverantwortung wahr. Obwohl darin oft ein möglicher Interessenskonflikt zwischen Arzt und Krankenkasse gesehen wird, gibt es diesen in der Versorgungsperspektive nicht: Sowohl die Krankenkassen als auch die Ärzte sollten auf eine qualitative und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten Wert legen. Gibt es ein geeignetes Vertragssystem mit verbindlichen Rahmenbedingungen, greift die Krankenkasse nicht direkt in das Arzt-Patienten-Verhältnis ein.

Schlussfolgerungen – Empfehlungen für Österreich

In Österreich steht die Umsetzung von „Therapie Aktiv“ weiterhin vor Problemen. Im internationalen Vergleich hat Österreich dabei mit mehreren ungünstigen Faktoren zu kämpfen, die über das Disease-Management hinaus Bedeutung haben. So dürfte die Arzt-Patient-Beziehung, durchaus auf Wunsch beider Seiten, paternalistischer gestaltet sein. Der mündige Patient, der seine Teilnahme am Programm einfordert, wird seltener sein als derjenige, der seinem Arzt vertraut zu entscheiden, was das Beste für ihn ist. Gleichzeitig dürfte eine höhere Skepsis bzgl. Leitlinien in der österreichischen Ärzteschaft vorliegen, was die Adoption der Idee Disease-Management insgesamt erschwert. Auch die traditionelle Ausrichtung des Gesundheitswesens auf Reparatur statt Vorsorge fördert in den Köpfen die Idee von Disease-Management nicht. Hinzu kommen zwei weitere institutionelle Prägungen des österreichischen Systems: Zum einen ist die Rolle des Pflegepersonals eine andere als in den Niederlanden oder England und somit die spezialisierte Diabetes-Pflegekraft nicht vorhanden, welche den Arzt entlasten und so dem Patienten mehr Zeit widmen könnte. Zum anderen besteht in Deutschland und den Niederlanden ein größerer Anreiz für die Ärzte, an solchen Programmen teilzunehmen und sie auch auf kollektiver Ebene aktiv mitzugestalten, da die Kassen im Bereich der integrierten Versorgung auch selektive Verträge schließen können. Auch das Vorherrschen von Einzelpraxen in Österreich führt dazu, dass der Arzt keine Synergien bei den Overheads lukrieren kann, und sich durch unvermeidliche Administration überfordert fühlt.

Auf der Seite der Ärzte ist – und war international – ein generelles Umdenken notwendig. Durch die Vorgaben von Disease-Management-Programmen kommt es zu einer veränderten Rolle der Ärzte und des Arzt-Patienten-Verhältnisses, wofür bei einigen österreichischen Ärzten noch die Bereitschaft wachsen müsste. Ein wichtiger Ansatzpunkt dafür sind entsprechende Informationen und Begleitung. In Deutschland werden den Ärzten beispielsweise Arztberater zur Seite gestellt, welche die Praxen regelmäßig besuchen und zu allen Fragen rund um Disease-Management-Programme beraten. Außerdem sind die Bereitstellung von Informationsmaterial und die Präsenz in Presse und Medien wichtig. Ein Erfahrungsaustausch zwischen Ärzten ist im November in Niederösterreich geplant und kann auch dazu beitragen, Vorurteile abzubauen. Ein weiteres Problem stellt der administrative Aufwand dar. Diesem kann einerseits durch die Administration über das E-Card-System und durch Schulungen von Ordinationshilfen, die Administrationsaufgaben übernehmen können, begegnet werden. Auch ist ein finanzieller Anreiz für Ärzte zur Kompensation des (erwarteten) Mehraufwandes durch die Beteiligung an einem DMP essenziell, um die Teilnahme zu fördern, was in Österreich auch erfolgt. In den Niederlanden gelang die Motivation der Ärzte außerdem durch die Schaffung eines nationalen Interesses an Disease-Management-Programmen und die Veröffentlichung der Ergebnisse in anerkannten Fachzeitschriften.

Patienten werden in Österreich hauptsächlich über ihre Ärzte gewonnen. Nur die wenigsten wären bereit, für die Teilnahme an einem Disease-Management-Programm ihren behandelnden Arzt zu wechseln. Für Compliance innerhalb des Disease-Management-Programms ist es wichtig, den Patienten durch umfassende Informationen die Vorurteile zu nehmen. Speziell das Krankheitsbild von Typ-2-Diabetes vereint viele Faktoren für Non-Compliance. Damit ist es umso wichtiger, dass der Arzt auf den langfristigen Therapieerfolg hinweist und individuell auf die Erwartungen und Persönlichkeitsmerkmale des Patienten eingeht. Weiters hilft es, das familiäre Umfeld in die Behandlung miteinzubeziehen. Das kann z. B. im Rahmen von Beratungsgesprächen erfolgen.

