

**DMP - Ein Erfolgsmodell**  
**Eine Zwischenbilanz aus Sicht des BMG**  
**von Franz Knieps,**  
**Abteilungsleiter Gesundheitsversorgung, Kran-**  
**kenversicherung und Pflegeversicherung**  
**im Bundesministerium für Gesundheit**  
**Bonn/Berlin**

Ziel der Gesundheitspolitik der verschiedenen Bundesregierungen war und ist – generell wie auch in der aktuellen Gesundheitsreform- vor allem die Verbesserung von Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung mit Stärkung der Mitspracherechte und -möglichkeiten der Patientinnen und Patienten. Zwar konkurriert dieses Ziel mit anderen aus dem gleichen oder benachbarten Politikfeldern; diese grundsätzliche Zielrichtungen ist aber unbestritten, auch wenn über Strategien, Instrumente, Mittel usw. heftig gestritten wird. Darauf will ich nicht näher eingehen, denn Schwerpunkt der heutigen Veranstaltung ist die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung durch die Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke – neudeutsch Disease Managementprogramme (DMP).

Im Jahr 2007 kann auf eine inzwischen fünf-jährige DMP-Geschichte zurückgeblickt werden, die aus Sicht des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) durchaus als Erfolgsgeschichte – trotz aller interessengeleiteter Querschüsse – gesehen wird.

#### 1. Kurzer Rückblick zur Einführung der DMP

Auch wenn verschiedene Krankenkassen – darunter viele AOKs – schon seit Mitte der neunziger Jahre spezielle Verträge zur Versorgung chronisch Kranker abgeschlossen hatten und unvoreingenommene Akteure auf die positiven Erfahrungen des DDR-Gesundheitswesens mit Dispensairebetreuung und nach der Wende mit Betreuungskonzepten für chronisch Kranken (BcK) zurückgreifen konnten, wurden erst im Jahr 2002 mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs strukturierte Behandlungsprogramme in die gesetzliche Krankenversicherung gesetzlich abgesichert. Deutschland war damit das erste Land, welches die DMP als eine neue flächendeckende Versorgungsform eingeführt hat. Deutschland ist damit erstmals seit langem wieder Vorreiter einer internationalen gesundheitspolitischen Entwicklung. Hauptziel der DMP-Einführung war ist Verbesserung des Behandlungsablaufs und der Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker. Um dieses Ziel zu erreichen, beinhalten die DMP eine abgestimmte, koordinierte Versorgung über Sektorengrenzen hinweg auf Basis der besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz.

Damit reagierte der Gesetzgeber auf kaum erklärbare Varianzen und Mängel in der Versorgung. Der Sachverständigenrat für die Entwicklung im Gesundheitswesen hatte in seinem Gutachten 2000/2001 insbesondere bei der Behandlung von chronischen Krankheiten erhebliche Defizite in Form von Unter- und Fehlversorgung festgestellt:

- Die Dominanz der akutmedizinischen Versorgung,
- die unzureichende Partizipation der Patienten,
- die Mangel an interdisziplinären Versorgungsstrukturen und
- ein Abweichen von den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin.

Genau an diesen Defiziten sollten die strukturierten Behandlungsprogramme ansetzen. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss obliegt dabei die Auswahl der Erkrankungen nach bestimmten, im Gesetz vorgegebenen Kriterien sowie die Erarbeitung der Inhalte der einzelnen Programme. Es werden insbesondere Behandlungsmethoden empfohlen, deren Wirksamkeit und Sicherheit in großen klinischen Studien nachgewiesen ist. In den einzelnen Programmen sind dabei die konkreten Therapieziele festgelegt, wie insbesondere Vermeidung von Begleiterkrankungen, Folgeschäden und einer Verschlechterung der Erkrankung zur Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten.

Um eine möglichst breite und rasche Einführung der DMP in Gang zu bringen, war es erforderlich, wirksame ökonomische Anreize zu setzen, damit insbesondere den Krankenkassen, die viele chronisch Kranke versorgen, keine Nachteile durch den Aufbau einer DMP-gestützten Chronikerversorgung entstehen. Schließlich sollte diese Versorgungsform das Potential zur flächendeckenden Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker ausschöpfen. Die Anbindung an den kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich (RSA) war gerechtfertigt, um Unterschiede in der Morbiditätsstruktur zwischen den Krankenkassen gerechter auszugleichen. Im übrigen darf an dieser Stelle der Hinweis nicht fehlen, dass im Vorfeld der damaligen Gesetzgebungsarbeiten die GKV-Spitzenverbände nach intensiven Diskussionen mit dem BMG dieser Anbindung zugestimmt hatten, auch wenn mancher Verband und viele Mitgliedskassen davon schon bald nichts mehr wissen wollten. Ein Phänomen, das in der Gesundheitspolitik nicht gerade selten vorkommt.

## 2. Aktueller Sachstand der DMP in der GKV

Trotz vieler Schwierigkeiten und massiver Kritik bei Einführung der zertifizierten Chronikerprogramme – viele von Ihnen werden sich noch gut an die Zeit erinnern – und trotz aller Widerstände auf Seiten der verschiedenen Akteure haben sich die DMP heute in der Versorgung in Deutschland erfolgreich etabliert.

Inzwischen gibt es DMPs für sechs Krankheiten:

- Diabetes Typ 1 oder Typ2,
- koronare Herzkrankheit,
- Asthma bronchiale,
- COPD und
- Brustkrebs.

Dass die DMPs auch von den Versicherten gut angenommen werden, sieht man daran, dass bereits über 3 Millionen Patientinnen und Patienten in zugelassene Programme eingeschrieben sind. Die Zahl steigt nach wie vor stetig an. Die meisten Patientinnen und Patienten nehmen am DMP für Typ 2- Diabetes teil, welches als eines der ersten entwickelt wurde. Es sind inzwischen über 2 Millionen Menschen – und damit, wenn man von den Expertenschätzungen von ca. 5-6 Millionen bekannten Diabetikern ausgeht, mindestens ein Drittel bis knapp die Hälfte aller Typ 2-Diabetiker in Deutschland. Im Interesse dieser Patientinnen und Patienten ist es wichtig, dass auch in Zukunft diese qualitätsgesicherte Leitlinien gestützte Versorgung fortgeführt und weiterentwickelt wird.

Aus Umfragen und ersten Berichten der begleitenden Qualitätssicherung ist bereits vor der systematischen Evaluierung bekannt, dass die Patientinnen und Patienten insbesondere die koordinierte Behandlung sowie ihre aktive Beteiligung im Programm schätzen. Sie werden von Anfang an mit in die Behandlung einbezogen, vereinbaren mit ihrer behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt individuelle – auf ihre gesundheitliche Situation zugeschnittene – Therapieziele. Besonders wichtig ist die Möglichkeit an evaluierten Schulungen teilzunehmen, um eigene Bewältigungskompetenzen im Hinblick auf ihre Erkrankung zu entwickeln und Compliance zu gewährleisten. Denn viele chronische Krankheiten, wie zum Beispiel der Typ 2-Diabetes in der Behandlung können vom Patienten selbst durch positive Verhaltensänderung – etwa durch Lebensstiländerungen - wirksam beeinflusst werden.

### 3. Die Zukunft der DMP in der GKV

Die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit sog. "Volkskrankheiten" ist eine kontinuierliche Aufgabe der Gesundheitspolitik. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der Herausforderungen durch die demografische Entwicklung in Deutschland mit der prognostizierten schnellen Zunahme dieser Erkrankungen in einer älter werdenden Gesellschaft. So ist die Weiterentwicklung der DMP – als einer etablierten und erfolgreichen Versorgungsform – eine ständige Aufgabe von Politik, Administration und Selbstverwaltung. Die DMP sind als "lernendes System" konzipiert und werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss bereits jetzt regelmäßig inhaltlich überarbeitet. Die Bundesregierung geht davon aus, dass auch in den neuen Strukturen des GBA und der neu etablierte Spitzenverband Bund der Krankenkassen hier Kontinuität wahren und zielstrebige Arbeit leisten werden.

Inhaltlich lassen sich drei wesentliche Schwerpunkte ausmachen, worauf die Weiterentwicklung der DMP zielen soll:

- Die Reduzierung des bürokratischen Verwaltungsaufwands,
- die Implementierung der Aspekte der Ko- bzw. Multimorbidität in die bestehenden DMP und
- die Modifikation der finanziellen Anreize für die Krankenkassen an den RSA bei Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs am 1.1. 2009.

Um die Anliegen und teilweise auch berechtigte Kritik von am DMP beteiligten Ärzten und Patienten aufzugreifen, wurde beim BMG eine "Arbeitsgruppe Bürokratieabbau im Gesundheitswesen" errichtet. Hier haben Vertreter aller an der Durchführung von Chronikerprogrammen Beteiligten, vor allem der Ärzteschaft und der Krankenkassen, intensiv Vereinfachungsvorschläge beraten. Von den insgesamt 20 gefassten Beschlüssen betrafen allein neun die DMPs. Diejenigen Beschlüsse, die eine Änderung des SGB V oder der Rechtsverordnung zum RSA (RSAV) erforderlich machten, wurden noch mit GKV-WSG umgesetzt. Dies betrifft Vereinfachungen der praktischen Durchführung der DMP, beispielsweise bei der Ein- und Ausschreibung oder bei der Überprüfung der aktiven Teilnahme der Versicherten, und die Verlängerung des Zulassungszeitraums von 3 auf 5 Jahre. Die Änderung mit dem höchsten Vereinfachungspotential ist die komplette Umstellung auf elektronische DMP-Dokumentation, die nach einer Übergangszeit am 1. April 2008 wirksam wird.

Auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) arbeitet sehr intensiv am notwendigen und möglichen Bürokratieabbau, soweit nicht der Gesetzgeber, sondern die Selbstverwaltung gefordert ist. Die Bundesregierung begrüßt, dass der G-BA bereits eine erhebliche Vereinfachung der DMP-Dokumentation erarbeitet hat. Für die Dokumentation wurde eine neue Systematik entwickelt, sie wurde indikationsübergreifend vereinfacht und um indikationsspezifische Parameter ergänzt. Gleichzeitig wurde vorausschauend die Integration neuer DMP-Module berücksichtigt. Der jetzt beginnende Anwendungstest der neuen elektronischen Dokumentation wird hoffentlich in der Praxis als spürbare Entlastung empfunden. Sobald die Beschlussfassung des G-BA zur neuen Dokumentation vorliegt, wird das BMG diese zügig in eine entsprechende Rechtsverordnung umsetzen.

Hervorzuheben ist ebenfalls die vom G-BA geleistete Arbeit, die bestehenden DMP modular weiterzuentwickeln und die Multimorbidität und Komorbidität der an den DMP teilnehmenden Patientinnen und Patienten stärker zu berücksichtigen. Der G-BA trägt damit der Versorgungsrealität, insbesondere der Wirklichkeit in der hausärztlichen Praxis, Rechnung. Die Arbeiten zur Entwicklung des ersten Moduls für chronische Herzinsuffizienz für das DMP KHK sind ebenfalls bereits weit vorangeschritten. Zur Entwicklung eines weiteren Moduls für die Behandlung der Adipositas hat der G-BA auch bereits einen Auftrag an das IQWiG vergeben.

Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) sind die Weichen für eine umfassende Änderung des RSA gestellt. Ab 2009 werden 50 – 80 besonders kostenträchtig zu therapierende Krankheiten im RSA zwischen den Kassen berücksichtigt. Damit wird der Ausgleich der unterschiedlichen Krankheitslasten zwischen den Krankenkassen differenzierter und gerechter. Die DMP-Anbindung an den RSA, die als ein erster Schritt auf dem Wege zum Morbi-RSA diene, wird damit in der jetzigen Form entbehrlich. Um die Durchführung der DMP dennoch weiter zu fördern, erhalten die Krankenkassen weiterhin Zuweisungen aus dem neuen Gesundheitsfonds für jeden eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der Programmkosten für notwendige Aufwendungen für Dokumentations- und Koordinationsleistungen. Insoweit werden die DMP auch weiterhin im RSA berücksichtigt.

Die Bundesregierung geht davon aus, dass sich die erfolgreiche Versorgungsform der DMP auch unter den neuen Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen behaupten wird. Dies gilt vor allem dann wenn die heute vorgestellten Ergebnisse der gesetzlich vorgeschriebenen Evaluation – hier für die Programme der AOK – überzeugen. Speziell die Ergebnisse für die klinischen Endpunkte, die in den Abschlussberichten näher dargestellt werden, sind angesichts der anhaltenden Kritik an "Kochbuchmedizin" und "Subventionsmentalität" von besonderer Bedeutung. Das Gesundheitsministerium wird diese Ergebnisse sorgfältig analysieren und dahingehend prüfen ob und wie die DMP noch weiter optimiert werden können.