

Literatur

- Massie BM, Hihir BS. The heart failure epidemic: magnitude of the problem and potential mitigating approaches. *Current Opinion Cardiol* 1996; 11: 221–226
- Braunwald E, Bristol MR. Congestive heart failure: fifty years of progress. *Circulation* 2000; 102: IV14–23
- Davies MK, Hobbs FD, Davis RC. Prevalence of left-ventricular systolic dysfunction and heart failure in the Echocardiographic Heart of England Screening study: a population based study. *Lancet* 2001; 358: 439–44
- European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis of heart failure. *Eur Heart J* 1995; 16: 741–51
- Kaduszkiewicz H, van den Bussche H. Disease Management Programme – Erwartungen und Bedenken von Hausärzten und Patienten. Sankt Augustin: Asgard-Verlag. 2003
- McAlister FA, Lawson FM, Teo KK, Armstrong PW. A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. *Am J Med* 2001; 110: 378–84
- Rich MW. Heart Failure Disease Management: A Critical Review 1999; 1: 64–75
- Stewart S, Pearson S, Horowitz JD. Effects of a Home-Based Intervention Among Patients With Congestive Heart Failure Discharged From Acute Hospital Care. *Arch Intern Med* 1998; 158: 1067–1072
- Stewart S, Marley J E, Horowitz JD. Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmission and survival among patients with congestive heart failure: a randomised controlled study. *The Lancet* 1999; 354: 1077–83
- Wasson J, Gaudette C, Whaley F. Telephone Care as a Substitute for Routine Clinic Follow-up. *JAMA* 1992; 267: 1788–1793

3.5 Disease-Management-Programme (DMPs) in der Umsetzung – Erfordernisse zur Unterstützung des Arztes am Beispiel Diabetes

B. Häußler

Disease-Management-Programme sind einerseits aufwändig und kostenintensiv und fordern andererseits von den Patienten ein erhebliches Maß an Mitwirkung und persönlichem Einsatz. Sie sind daher eine Ressource, deren Einsatz – ähnlich dem eines teuren Arzneimittels – eine sorgfältige Indikationsstellung und gezielte Kompilation von individuellen Programmbestandteilen vorausgehen muss. Die zentrale Größe für die ärztliche Entscheidungsfindung ist das individuelle Profil von Risikofaktoren sowie der individuellen Möglichkeiten, diese im Einzelnen zu reduzieren, also das Profil der individuellen Potenziale. Der verantwortliche Arzt kann diesen Teil seiner Arbeit nur auf der Basis eines probabilistischen Modells erfüllen, das letztlich auf epidemiologischem bzw. klinisch-epidemiologischem Wissen basiert. Eine solche Vorgehensweise entspricht

nicht dem herkömmlichen ärztlichen Handlungsmodell, das im Wesentlichen noch von der Aufdeckung einer Noxe und deren Beseitigung oder Minimierung geprägt ist. Darüber hinaus stehen praxistaugliche Instrumente nicht zur Verfügung, auf deren Basis das probabilistische Handlungsmodell sicher ausgeführt werden kann. Für die zukünftige Gestaltung des regulären ärztlichen Handelns und insbesondere für den medizinisch und ökonomisch sinnvollen Einsatz von Disease-Management-Programmen für chronisch Kranke sind daher adäquate Instrumente zur Unterstützung der ärztlichen Entscheidungsfindung unabdingbar. Am Beispiel des Typ-II-Diabetes-mellitus wird gezeigt, welche Anforderungen sich dem Arzt stellen, welcher Art die erforderliche Information ist und von welchen Instrumenten Gebrauch gemacht werden kann.

3.5.1 Disease-Management-Programme setzen eine sorgfältige Indikationsstellung voraus

In Ländern mit entwickelten Gesundheitssystemen und hohen Ausgaben für Gesundheit richten sich hohe Erwartungen an die Leistungsfähigkeit von Disease-Management-Programmen: Mit ihrer Hilfe sollen Effektivität und Effizienz der medizinischen Versorgung gesteigert werden. Insbesondere sollen bei chronischen Erkrankungen hohe Leistungsausgaben gesenkt werden. Vor diesem Hintergrund ist vor allem in den USA in den vergangenen zehn Jahren eine Vielzahl von Programmen entwickelt worden, die derzeit aktiv eingesetzt werden. Es wird geschätzt, dass spezialisierte Anbieter von DMPs im Jahr 2002 bereits einen Umsatz von 600 Mio. US\$ gemacht haben.

Analysen dieser Programme zeigen, dass es zwar einen allgemeinen Rahmen für solche Programme gibt, sich jedoch unter diesem Begriff eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Aktivitäten verbirgt. Die Spannweite reicht von Aktivitäten, die eher mit einem ärztlichen Qualitätsmanagementprogramm zu vergleichen sind, bei dem darauf geachtet wird, dass festgelegte Prozesse eingehalten werden, bis zu umfangreicheren Programmen mit Angeboten für Patienten zur Information und zum Training von günstigen Verhaltensweisen sowie zur Sicherung der Compliance. Einen noch stärkeren Einfluss auf die Patienten haben Programme, die eher mit einem Case-Management zu vergleichen sind, bei dem eine stark individualisierte und personalisierte Betreuung zum Erreichen von Compliance und Lebensstiländerungen führen soll. Einem aktuellen Bericht aus den USA zufolge [Short, Mays, Mittler 2003] ist derzeit eine Verschiebung zu Programmen mit Case-Management-Elementen zu verzeichnen, die sich insbesondere an schwer Erkrankte wenden. Darüber hinaus zeichnet sich ab, dass sich die Entwicklung verstärkt von

**Unterschiedliche
Schwerpunkte bei
DMPs**

indikationsbezogenen Programmen hin zu Ansätzen bewegt, die sich an Patienten wenden, die von multiplen Risiken und Erkrankungen betroffen sind [ebd.].

Zur Frage, inwieweit DMPs zur Qualitäts-, Effektivitäts- und Effizienz-sicherung und zur Kostensenkung beitragen können, liegen zwischenzeitlich zahlreiche Studien [Rogers 2002] sowie zusammenfassende Bewertungen [z.B. Norris, Nichols, Caspersen et al. 2002, Velasco-Garrido, Busse, Hisashige 2003] vor. Die Reviews kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass DMPs nach derzeitigem Wissen in der Lage sind, qualitative Verbesserungen bei den Prozessen zu erreichen in dem Sinne, dass sich die ärztliche Behandlung vereinbarten Leitlinien anpasst. Es gibt jedoch keine methodisch gesicherten Erkenntnisse darüber, dass DMPs in der Lage sind, Morbidität und Mortalität bzw. Aspekte der Lebensqualität zu verbessern. Ebenfalls sprechen methodisch akzeptable Studien nicht dafür, dass DMPs mehr Ressourcen sparen als sie benötigen. In Bezug auf DMPs für Typ-II-Diabetiker haben die bisherigen Evaluationsergebnisse aus dem großen Disease-Management-Programm in Florida gezeigt, dass die Gesamtkosten der Typ-II-Diabetiker in DMPs gegenüber nicht in DMPs geführten Patienten nicht geringer sind, wobei die Programmkosten noch nicht berücksichtigt sind [Wheatley 2002].

Bei der Entscheidung über den Einsatz von Disease-Management-Programmen muss berücksichtigt werden, dass sie übereinstimmenden Aussagen zufolge selbst erhebliche Kosten verursachen. So wurde ebenfalls in Florida ermittelt, dass die Kosten für einen DMP-Teilnehmer im Fall von Typ-II-Diabetes bei ca. 500 US\$ im Jahr liegen, für HIV-Patienten und Hämophile bei ca. 1.200 US\$, bei Herzinsuffizienz bei 1.500 US\$ sowie bei Niereninsuffizienz bei knapp 1.900 US\$ [NCSL 2003].

Die Befunde zur Kosten-Effektivität von DMPs stehen in Übereinstimmung mit eigenen Schätzungen [Häussler, Berger 2004]. Unter der Annahme, dass nur Typ-II-Diabetiker, die von einem DMP langfristig profitieren, eingeschlossen werden, und unter Berücksichtigung der Programmkosten ist nicht damit zu rechnen, dass eine positive Kosten-Nutzen-Bilanz entsteht. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass dadurch die Morbidität der Typ-II-Diabetiker positiv beeinflusst werden kann, indem vor allem die Zahl der Herzinfarkte und Schlaganfälle reduziert wird.

**DMPs als Ergänzung
zur bestehenden
Versorgung**

Vor diesem Hintergrund sollte der Einsatz von Disease-Management sowohl unter medizinischen als auch unter ökonomischen Gesichtspunkten abgewogen werden. Disease-Management soll daher verstanden werden als eine Ressource, die die bereits bestehende Versorgung nicht ersetzt, sondern zusätzlich zum Einsatz kommt. Das bestehende Versorgungssystem – auch das deutsche – ist sowohl in medizinischer als auch in ökonomischer Hinsicht zumindest bei

einem Teil der Typ-II-Diabetiker durchaus in der Lage, die erforderlichen Ergebnisse zu bringen. Disease-Management-Programme sind daher Aktivitäten, die zusätzlich zur regulären Versorgung unternommen werden.

Es muss daher gewährleistet sein, dass nur solche Patienten einbezogen werden, die

- ▲ im Rahmen der regulären Behandlung Defizite aufweisen und
- ▲ von einer wie auch immer gestalteten zusätzlichen Betreuung in einem Disease-Management-Programm gesundheitlich profitieren können.

Nur unter diesen Bedingungen ist zu gewährleisten, dass Aufwand und Ertrag in ein optimiertes Verhältnis kommen.

3.5.2 Auch das deutsche Disease-Management-Programm für Typ-II-Diabetiker fordert eine strenge Indikationsstellung

Das Primat der medizinischen Nützlichkeit steht auch im deutschen Programm zur Einführung von Disease-Management-Programmen in die Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland im Vordergrund. Das in der „Vierten Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung“ (4. RSAV-ÄndV) formulierte Konzept fordert an insgesamt sechs verschiedenen Stellen, dass *vor* Einschreibung eines Patienten oder *vor* der Erbringung bestimmter Leistungen Prüfungen stattfinden müssen, ob der betreffende Patient profitieren oder dem Programm folgen kann. Die Bestimmungen im Einzelnen:

- ▲ Dabei sind in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten unterschiedliche, individuelle Therapieziele anzustreben: (...) Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität einschließlich Amputationen, Vermeidung der mikrovaskulären Folgekomplikationen mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie (Dialyse, Transplantation), Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteopathischen Läsionen. [1.3.1]
- ▲ Gemeinsam mit dem Patienten ist eine differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung vorzunehmen. Der Leistungserbringer hat zu prüfen, ob der Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann. Die Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt in Abstimmung mit dem Patienten nach ausführlicher

Aufklärung über Nutzen und Risiken. Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sind gemeinsam mit dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen. [1.3.2]

- ▲ Der Arzt überprüft mindestens einmal jährlich, ob der Patient von einer Steigerung der körperlichen Aktivität profitiert. [1.4.3]
- ▲ Bei Vorliegen von mikrovaskulären Komplikationen sollte der Arzt überprüfen, ob der Patient zu einer Untergruppe gehört, die von einer normnahen Blutzucker-Einstellung profitiert. [1.7.2.1]
- ▲ Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms ist zu prüfen, ob der Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 von einer Rehabilitationsmaßnahme profitieren kann. [1.8.4]
- ▲ Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von pathophysiologischen, psychologischen und sozialen Faktoren bei Diabetes mellitus ist durch den Arzt zu prüfen, inwieweit Patienten von psychologisch-psychotherapeutischen und/oder verhaltensmedizinischen Maßnahmen profitieren können. [1.8.5] (Anlage 1 der Vierten Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Therapieziele des DMP

Mit dem DMP sollen folgende Therapieziele erreicht werden, die durch die Risikoabschätzung auf ihre Erreichbarkeit abgeprüft werden sollen:

- ▲ Vermeidung von Symptomen der Erkrankung (z. B. Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit) einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome, Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie sowie schwerer Stoffwechselentgleisungen
- ▲ Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität einschließlich Amputationen
- ▲ Vermeidung der mikrovaskulären Folgekomplikationen mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie (Dialyse, Transplantation)
- ▲ Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteopathischen Läsionen
- ▲ Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung

Als Interventionen sind genannt:

- ▲ medikamentöse Standardtherapie
- ▲ Beratungen (Ernährung, Rauchen) und motivationale Interventionen zur Steigerung der Bewegungstätigkeit
- ▲ psychologisch-psychotherapeutische und/oder verhaltensmedizinische Maßnahmen
- ▲ Rehabilitationsmaßnahmen
- ▲ Überweisungen zu spezialisierten Behandlungseinrichtungen bei Vorliegen von Komplikationen

3.5.3 Das individuelle Potenzial als zentrale Größe für die ärztliche Entscheidungsfindung

Ein Disease-Management-Programm basiert – wie letztlich jede ärztliche Therapie – auf Annahmen über die Wirksamkeit einer Intervention in Abhängigkeit von den Ausgangsdaten des individuellen Patienten. In Bezug auf eine chronische Erkrankung wie den Typ-II-Diabetes geht es darum, das Risiko für das Eintreten eines unerwünschten Zustandes, einer Komplikation zu ermitteln, den Handlungsbedarf und die Handlungsmöglichkeiten festzulegen und geeignete Interventionen ggf. durchzuführen. Da es insbesondere bei chronischen Erkrankungen keine deterministische Beziehung zwischen Ausgangszustand und Endzustand gibt, ist die entscheidende Stellgröße das Risiko. In einem Disease-Management-Programm geht es folglich darum, das Risiko des Eintritts einer Komplikation zu senken. Die folgende Abbildung zeigt diesen Zusammenhang schematisch in Bezug auf ein bestimmtes Risiko und die darauf gerichtete(n) Intervention(en).

Aufgrund der Vielzahl der Einflussfaktoren, die beim Typ-II-Diabetes wie auch bei anderen chronischen Erkrankungen wirksam sind, liegt damit eine Matrix zugrunde, die Ziele und Interventionen zueinander in Beziehung setzt. Diese ist implizit auch in der RSAV beschrieben. Die Interventionen sind individualisiert für jeden einzelnen Patienten zu kombinieren, für jeden Patienten muss ein geeigneter

Interventionsmix für jeden Patienten

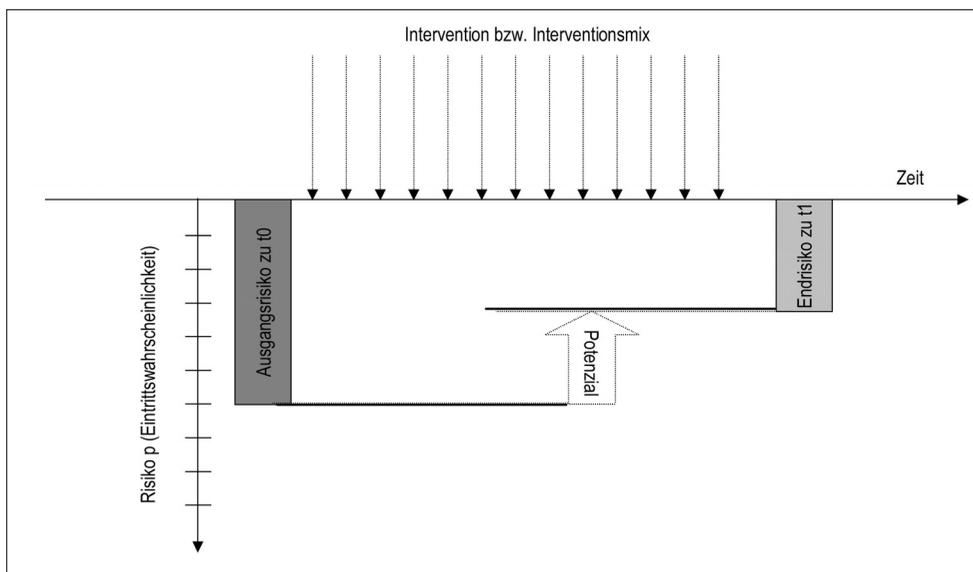


Abb. 3.5: Zeitliche Entwicklung eines bestimmten Risikos in Abhängigkeit darauf gerichteter Intervention(en)

jeweiligen Wahrscheinlichkeiten für typische und relevante Komplikationen kennen (Herzinfarkt, Schlaganfall, Erblindung, Amputation, Nierenversagen), bezogen auf einen definierten Zeitraum (z.B. in den nächsten 10 Jahren). Dabei ist auch zu berücksichtigen, wie lange die Krankheit bereits besteht, wie alt der Patient ist und welche Schädigungen bzw. Komplikationen bereits eingetreten sind.

Ferner bedarf es der Kenntnisse über die alternativen Wahrscheinlichkeiten des Eintritts dieser Komplikationen unter der Bedingung der Modifikation der einzelnen Risikofaktoren in beliebiger Kombination, ebenfalls in Bezug auf den definierten Zeitraum. Auch in dieser Beziehung sind die genannten Begleitfaktoren Alter etc. zu berücksichtigen.

Aus der Differenz von Ausgangsrisiken und alternativem Risiko ergibt sich das absolute Potenzial des individuellen Patienten für diesen Zeitraum. Das Potenzial und nicht das Risiko ist letztlich die entscheidende Größe, von der die Entscheidung zur Intervention abhängig gemacht wird. Ein hohes Risiko bedeutet nicht automatisch, dass auch ein großes Potenzial besteht. In der Kommunikation mit dem Patienten ist zwischen der absoluten und der relativen Größe des Potenzials zu unterscheiden. Eine Reduktion des Risikos von 3% auf 1,5% bedeutet einerseits, dass eine bestimmte Komplikation in 15 von 1.000 Fällen vermieden wird, aus individueller Sicht ein eher unwahrscheinliches Ereignis. Stellt man aber heraus, dass dies eine Risikoreduktion von 50% darstellt, erscheint dies als eher bedeutsam.

Die erforderlichen Wissensbestandteile sind Wahrscheinlichkeiten für Komplikationen, die in der Regel eine Dosis-Wirkungsbeziehung aufweisen. Das Risiko einer Komplikation ist meist umso höher, je höher die Ausprägung eines relevanten Risikofaktors ist. Solche Zusammenhänge werden in epidemiologischen bzw. klinisch-epidemiologischen Studien wie der UKPDS (UK Prospective Diabetes Study) ermittelt und publiziert. Komplizierend kommt allerdings hinzu, dass die jeweilige Ausprägung des Risikos zusätzlich von der Ausprägung anderer Risikofaktoren bzw. von Kofaktoren wie dem Alter oder bestimmten Begleiterkrankungen abhängt. Die Zahl möglicher Kombinationen ist schon bei einer geringen Anzahl von Merkmalen so umfangreich, dass entsprechende Risikoausprägungen aufgrund der benötigten Fallzahlen nicht mehr in epidemiologischen Studien ermittelt werden können.

Aus unserer eigenen Studie wird deutlich, dass die Risiken der Population der deutschen Typ-II-Diabetiker sowie auch die Potenziale für ihre Verbesserung individuell sehr stark streuen. So liegt das mittlere Potenzial eines Typ-II-Diabetikers (im Alter zwischen 35 und 80

Alternative Risikostruktur

Das Potenzial als entscheidende Größe

Starke Streuung bei den Potenzialen zur Risikoverbesserungen

Jahren), in den kommenden zehn Jahren einen Myokardinfarkt zu verhindern, in Deutschland bei 8,0%. Die individuellen Potenziale der betroffenen Patienten schwanken allerdings zwischen 0,0% und 23,0%. Beim Risiko „Amputation“ liegt das mittlere Potenzial bei 1,4%. Die individuellen Potenziale bewegen sich zwischen 0,0% und 12,1% [Häussler, Berger 2004].

Die individuellen Potenziale, Risiken für einen Myokardinfarkt zu vermeiden, schwanken zwischen 0,0% und 23,0% bei einem Durchschnittspotenzial von 8,0%. Die verschiedenen Potenziale zur Verhinderung von Amputationsrisiken bewegen sich zwischen 0,0% und 12,1%. Der Durchschnitt liegt hier bei 1,4%.

3.5.5 Die sichere Ausführung des probabilistischen Handlungsmodells setzt geeignete Instrumente voraus

Weder in der Ausbildung noch in der klinischen Tätigkeit lernen Ärzte bisher, Risiken der genannten Art einzuschätzen. Epidemiologisches Wissen ist nur in sehr begrenztem Umfang vorhanden, keinesfalls in der multifaktoriellen Ausprägung. Probabilistische Entscheidungen werden in der Regel „aus dem Bauch“ heraus getroffen. Aus der Arbeit in Qualitätszirkeln ist bekannt, dass solche Entscheidungen oft davon abhängig sind, wie Patienten sich präsentieren: Das Risiko, eine Komplikation zu erleiden, wird bei solchen Patienten höher eingeschätzt, die sich nicht wohl fühlen, als bei solchen, die von ihrer Erkrankung derzeit nicht beeinträchtigt werden. Systematische Untersuchungen zur Qualität der ärztlichen Risikoeinschätzung fehlen international. Eine entsprechende Studie in Bezug auf die deutsche Situation hat aber gezeigt, dass die Fähigkeit von Ärzten, Risiken für Komplikationen und deren Vermeidbarkeit richtig einzuschätzen, derzeit nur wenig entwickelt ist. Konfrontiert man Hausärzte mit ein und demselben Diabetesfall und fragt sie nach den Risiken dieses Patienten für Folgeerkrankungen bzw. dem Potenzial für deren Vermeidung, so ergeben sich sehr unterschiedliche Einschätzungen. Die Risiken werden dabei deutlich überschätzt [Meyer, Drewes, Budnick, Müller 2004 – unveröffentlichtes Manuskript].

Instrumente zur Risikoeinschätzung

Die Risikoeinschätzung und vielmehr noch die Einschätzung des Verbesserungspotenzials ist in bevölkerungsmedizinischen Programmen wie einem nationalen Disease-Management-Programm nur effektiv und effizient durchführbar, wenn Instrumente bereitstehen, die den behandelnden Arzt bei der Einschätzung des Risikos im Alltag unterstützen können. Diese Notwendigkeit sehen auch deutsche Hausärzte. 70% sind der Meinung, dass sie ein evidenzgestütztes Informationssystem für das eigene Entscheidungsmanagement

benötigen [Meyer, Drewes, Budnick, Müller 2004 – unveröffentlichtes Manuskript].

Im offiziellen „Hausarzt Handbuch DMP Diabetes Typ 2“ des Deutschen Hausärzteverbandes und der AOK sind aufgeführt:

- ▲ die „Sheffield-Tabellen“
- ▲ der im Internet verfügbare „PROCAM“-Rechner

Nicht in diesem DMP-Handbuch genannt, aber spezifisch auf die Einschätzung der Risikostruktur von Typ-II-Diabetikern ausgerichtet sind:

- ▲ die ebenfalls im Internet verfügbare „UKPDS Risk Engine“
- ▲ das sog. „Mellibase Diabetes Krankheitsmodell“

Die „Sheffield-Tabellen“ sind im Printformat verfügbar. Aus einer sehr komplexen Tabelle kann bestimmt werden, ob das Risiko, in den kommenden zehn Jahren eine koronare Herzerkrankung zu erleiden, eher bei 15% oder bei 30% liegt. Die unabhängigen Variablen sind der Quotient zwischen Gesamtcholesterin und HDL-Cholesterin, die Merkmale „Hypertonie“, „Rauchen“, „Diabetes“, das Geschlecht sowie das Alter. Die mangelnde Präzision des Risikos sowie die pauschalierten Vorgaben für Hypertonie und Diabetes machen das Instrument für die Ermittlung der Komplikationsrisiken von Diabetikern wenig geeignet.

Sheffield-Tabellen

Der „PROCAM“-Rechner ist ein online verfügbares Kalkulationsinstrument zur Ermittlung des Risikos einer koronaren Herzerkrankung. Der Schwerpunkt der Betrachtung liegt auf den Risikofaktoren „Hypertonie“ und „Fettstoffwechselstörungen“. „Diabetes“ ist wie bei den Sheffield-Tabellen lediglich als „Ja/Nein“-Bedingung geführt. Weitere Komplikationen wie Schlaganfall oder Nierenschäden werden nicht abgedeckt. Aufgrund der mangelnden Ausrichtung am Thema „Diabetes“ ist das Instrument ebenfalls wenig geeignet.

PROCAM-Rechner

Ebenfalls im Internet verfügbar ist die „UKPDS Risk Engine“. Sie steht auch in einer Download-Version zur Verfügung. Neben dem Herzinfarktisiko wird auch das Risiko für einen Schlaganfall abgebildet. Der Risikofaktor „Diabetes“ kann darüber hinaus variiert werden. Für die Beratung dieser beiden Risiken ist dieses Instrument gut geeignet.

UKPDS Risk Engine

Das so genannte „Mellibase Diabetes Krankheitsmodell“ ist eine Dienstleistung, die Arzt und Patient über alle wichtigen Risiken des Patienten sowie vor allem über das Potenzial des Patienten informiert, das jeweilige Risiko zu senken. Dabei werden auch die wichtigsten Behandlungsziele ermittelt, die zur Realisierung der ausgewiesenen Potenziale erforderlich sind. Die Eingabe der Daten erfolgt

Mellibase Diabetes Krankheitsmodell

über ein Formular oder online. Die Ausgabe wird als gedruckter Text entweder per Post oder über einen angeschlossenen Drucker geliefert. Diese komplexe Dienstleistung ist im Vergleich zu den anderen genannten Instrumenten für einen Einsatz in der praktischen Arbeit am weitesten entwickelt.

3.5.6 Schlussbemerkung

Eine entscheidende Voraussetzung für ein Disease-Management auf wissenschaftlicher Grundlage ist die Fähigkeit, Risiken und Potenziale ermitteln zu können. Nur auf der Basis einer solchen Beratung können die Entscheidung über die Aufnahme in ein DMP sowie die weiteren Entscheidungen für Interventionen kompetent getroffen werden.

Dies ist einerseits für die Patienten von Bedeutung, deren Risiken nach Einschluss in ein Disease-Management-Programm nunmehr einer optimierten Betrachtung unterzogen werden. Ferner wird Patienten mit geringen Risiken die Möglichkeit eröffnet, sich entscheiden zu können, weiterhin in der regulären Versorgung zu verbleiben. Für die Finanzierung von Disease-Management-Programmen bedeutet eine Risiko/Potenzial-Betrachtung, dass die Ressource „DMP“ sparsam und wirtschaftlich verwendet wird. Dies ist derzeit in den DMPs der Gesetzlichen Krankenversicherung praktisch nicht eingelöst, obwohl die RSAV dies ausdrücklich fordert. Dies wiegt umso schwerer, als die gegenwärtigen Befunde die Kosten-Effektivität von Disease-Management-Programmen für Typ-II-Diabetiker noch nicht belegt haben.

Literatur

- Deutscher Hausärzteverband e.V., AOK Bundesverband (Hrsg.) (2003) Hausarzt Handbuch DMP Diabetes Typ 2. MED KOMM GmbH, München
- Häussler B, Berger U (2004): Bedingungen für Effektive Disease-Management-Programme – Analyse, Bewertung und Lösungsansätze für Qualität und Finanzierung, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden
- Meyer, Drewes, Budnick, Müller 2004 - unveröffentlichtes Manuskript NCSL (National Conference of State Legislatures), Florida Medicaid Disease Management Initiative – Lessons Learned. <http://www.ncsl.org/programs/health/florida/index.htm> (08.06.2004)
- Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ et al., The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. In: American Journal of Preventive Medicine (2002), vol. 22

- Rogers D (2002) National Academy for State Health Policy 15th Annual Conference. Florida Medicaid Disease Management Initiative, Philadelphia 2002
- Short A, Mays G, Mittler J (2003) Disease Management: A leap of faith to lower-cost, higher-quality health care. In: Issue Brief – Findings from HSC, no. 69
- UKPDS (UK Prospective Diabetes Study), Ergebnisse zu finden beim Oxford Centre for Diabetes, Endocrinology & Metabolism: www.dtu.ox.ac.uk/index.html?maindoc=/ukpds/
- Velasco-Garrido M, Busse R, Hisashige A (2003) Are disease management programmes (DMPs) effective in improving quality of care for people with chronic conditions? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), Copenhagen 2003
- Vierte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) vom 27. Juni 2002 (BGBl I 2002, Nr. 42, S. 2286)
- Anlage 1, Vierte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) vom 27. Juni 2002 (BGBl I 2002, Nr. 42, S. 2286)
- Wheatley B (2002) Disease management: Findings from leading state programs. In: Issue Brief vol. III, no. 3 (Academy Health)

3.6 Psychosoziale Versorgung bei Brustkrebs: Realisierungsschwierigkeiten und empirische Grundlagen für eine rationale Implementierungsstrategie

D. Kommer

3.6.1 Einleitung

Vor dem Hintergrund des Forschungsstandes zur multifaktoriellen Bedingtheit chronischer Erkrankungen und dem enormen Kostendruck, dem das Gesundheitssystem durch die große Prävalenz solcher Erkrankungen ausgesetzt ist, hat der Sachverständigenrat für eine konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten im Jahr 2000 die Abkehr von einem vorwiegend biologisch orientierten Krankheitsmodell und stattdessen die Ausrichtung an einem bio-psychozialen Gesundheits- und Krankheitsverständnis gefordert. Die im Anschluss an das Sachverständigengutachten von der Gesundheitspolitik forcierte Einführung von Disease-Management-Programmen, die eine fachübergreifende, evidenzbasierte und während des gesamten Behandlungsprozesses koordinierte Behandlung für chronische Erkrankungen sicherstellen sollen, sieht deshalb auf der Verordnungsebene auch bei dem DMP Brustkrebs die Einbeziehung psychosozialer Versorgungsangebote vor. Wie im Folgenden gezeigt wird, weist die derzeitige Umsetzung dieser Vorgaben bei dem DMP-Brustkrebs erhebliche Mängel auf. Dies gibt Anlass, auf der Grundlage eines Forschungsüberblicks zu den psychosozialen