20 Jahre DMP Diabetes: Erfolge und Verbesserungsbedarfe

Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH

FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management) &
European Observatory on Health Systems and Policies

Definition

„Disease Management Programme (DMP) sind **strukturierte Behandlungsprogramme** für **chronisch kranke** Menschen, die vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zuzulassen sind.

Die Behandlungs- und Betreuungsprozesse von Patienten werden über den gesamten Verlauf einer (chronischen) Krankheit und **über die Grenzen der einzelnen Leistungserbringer hinweg koordiniert** und auf der Grundlage wissenschaftlich gesicherter aktueller Erkenntnisse (**medizinische Evidenz**) optimiert.“

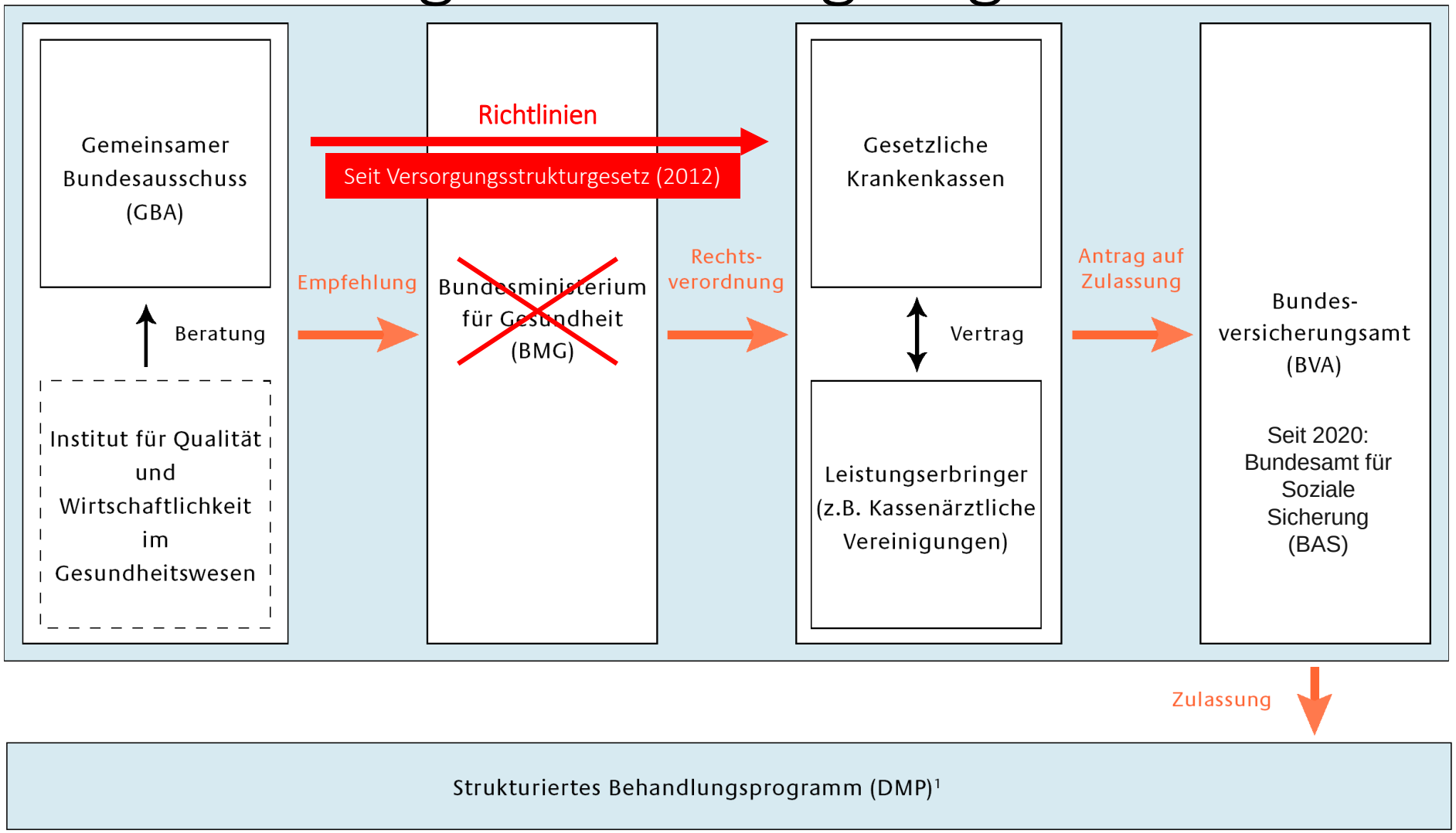
Quelle: https://www.bundesamtsozialesicherung.de

DMP: Einordnung in den Reformkontext vor 20 Jahren

SGB V	Gegenstand
§§ 63-65	„Modellvorhaben“ (1997, 2. GKV-Neuordnungsgesetz; 2000, GKV-Reformgesetz)
§ 73a	„Strukturverträge“ (1997, 2. GKV-Neuordnungsgesetz) → 2015 in §140a „besondere Versorgung“ überführt
§ 73b	„Hausarztzentrierte Versorgung“ (1997, 2. GKV-Neuordnungsgesetz)
§§ 140a-d	„Integrierte Versorgung“ (2000, GKV-Reformgesetz; 2004, GKV-Modernisierungsgesetz; und weitere) → 2015 „Besondere Versorgung“
§§ 137f-g	„Disease-Management-Programme“ (2002, RSA Reform)
§ 95	„Medizinische Versorgungszentren” (2004, GKV-Modernisierungsgesetz)

Geburtsstunde war durch 3 Faktoren gekennzeichnet: Sektorentrennung, inkompletter RSA und EbM

DMP: durch Koppelung an RSA initial per Rechtsverordnung vom BMG geregelt



Quelle: Redaktionsbüro Gesundheit, BMG 2006

Disease Management Programme: Ein Zeitgeist-Kind der Evidenz-basierten Medizin

Ziel

- Verbesserung des Gesundheitszustands der Teilnehmer – Qualität der Versorgung
- Steigerung Kosten-Effektivität

Eigenschaften von DMPs

- Evidenzbasiert (Leitlinien)
- langfristig
- sektorübergreifend
- Beeinflussung durch Eigeninitiative der Patienten
- kontinuierliche Evaluation

Was soll der G-BA laut §137f Abs. 1 SGB V bei der Auswahl berücksichtigen?

- Hohe Patientenzahl
- Möglichkeit der Verbesserung der Qualität der Versorgung
- Wissenschaftlich akzeptierte Behandlungsleitlinien vorhanden
- sektorübergreifender Behandlungsbedarf
- Beeinflussbarkeit der Krankheit durch den Versicherten
- Hoher finanzieller Aufwand der Behandlung

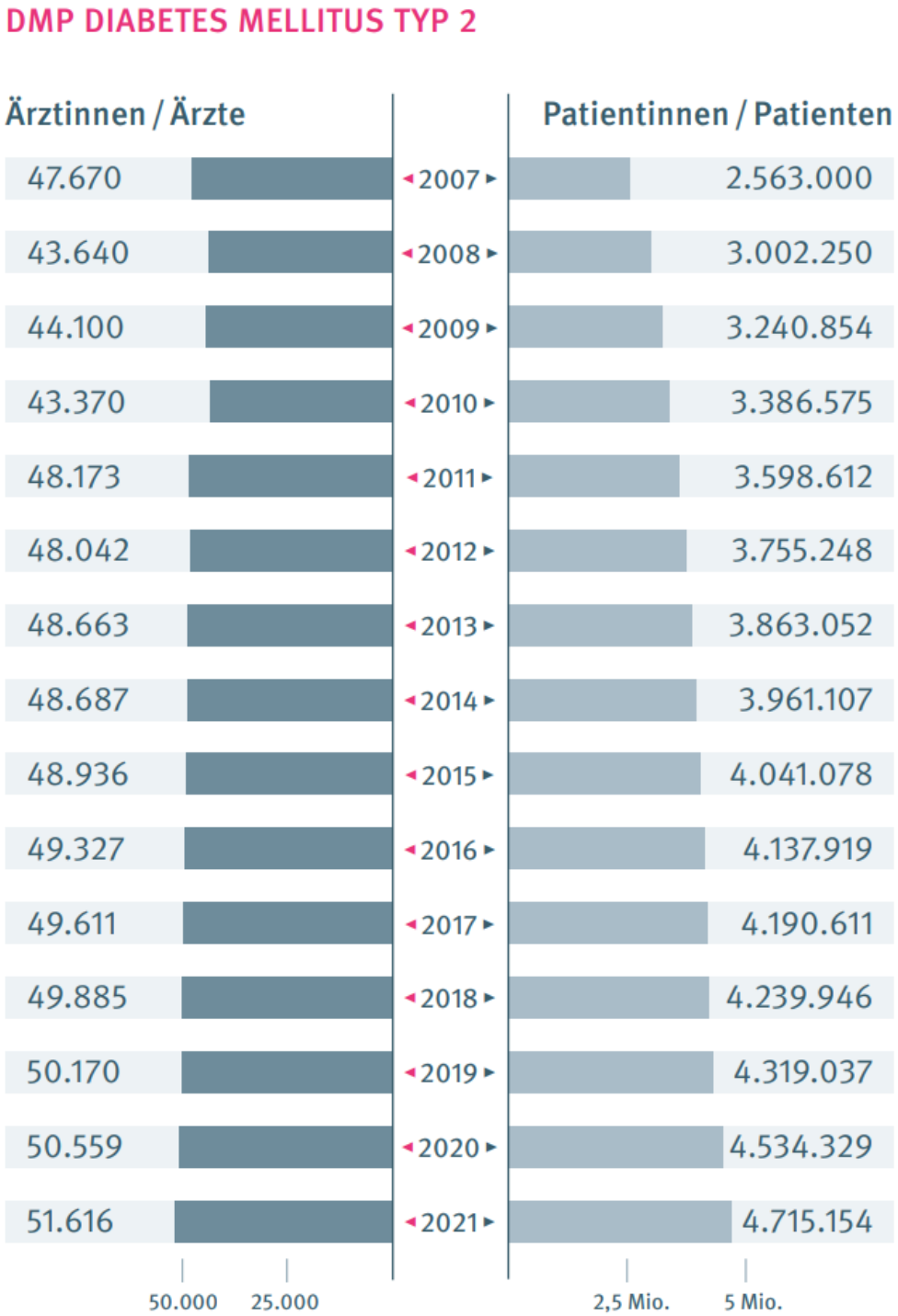
→ *Diabetes ist „klassische“ DMP-Indikation und von Anfang an gesetzt*

Was regelt der G-BA laut §137f Abs. 2 SGB V in seinen Richtlinien?

- Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien …
- durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Voraussetzungen für die Einschreibung des Versicherten in ein Programm
- Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten
- Dokumentation
- Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation)

Für Diabetes zuletzt 2022 aktualisiert

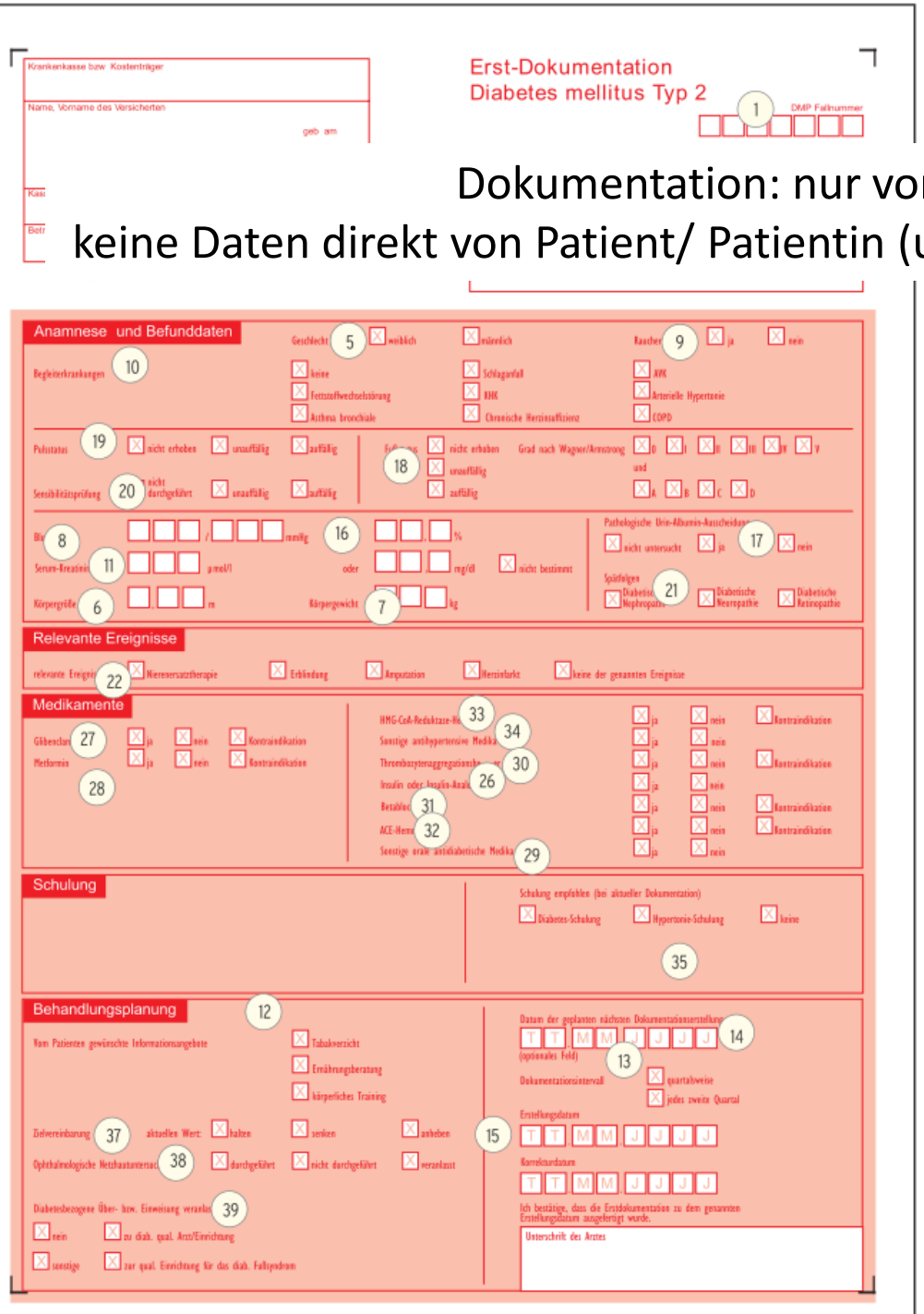
Ein Erfolg: hohe, und auch nach Entkoppelung vom RSA ab 2009, steigende Teilnehmerzahlen



D.h., dass von geschätzt 7 Mio. erwachsenen Diabetikern ca. 2/3 eingeschrieben sind!

2022 laut BAS „nur“ noch 4,4 Mio. Versicherte

Dokumentation: nur vom Arzt/ Ärztin auszufüllen –
keine Daten direkt von Patient/ Patientin (und diese haben auch keinen Zugriff auf Daten)



Wie effektiv sind die DMPs?

Aus der Routinedokumentation wissen wir das ehrlich gesagt nicht – sie hat keine Vergleichsgruppe

Zur DMP-”Evaluation”: das können wir – zeitverzögert – sehen

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMM DIABETES MELLITUS TYP 2 - QUALITÄTSZIELERREICHUNG 2020

Quelle: Indikationsspezifische Berichte für die Gemeinsamen Einrichtungen bzw. Qualitätsberichte aus 16 Kassenärztlichen Vereinigungen

Vermeidung schwerer Hypoglykämien

Qualitätsziel

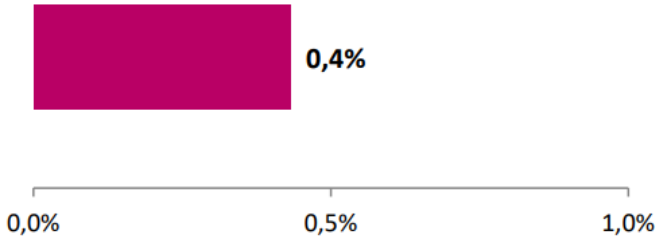
Weniger als 1% der Teilnehmer*innen hatten eine oder mehr Hypoglykämien in den letzten 12 Monaten

Berücksichtigte Teilnehmer*innen

Alle Teilnehmer*innen mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP

Zielwert: <1%

erreichter durchschnittlicher Wert:



n= 3.409.243 Teilnehmer*innen

Vermeidung notfallmäßiger stationärer Behandlungen

Qualitätsziel

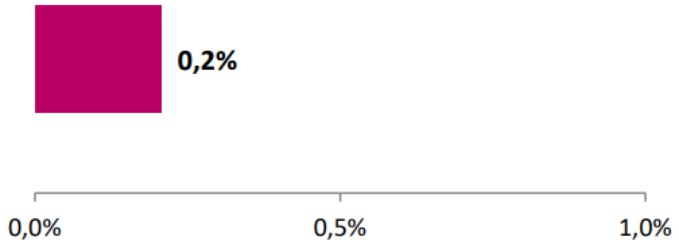
Weniger als 1% der Teilnehmer*innen hatten eine oder mehrere notfallmäßige stationäre Behandlungen wegen Diabetes in den letzten 6 Monaten

Berücksichtigte Teilnehmer*innen

Alle Teilnehmer*innen mit mindestens 6 Monaten Teilnahmedauer am DMP

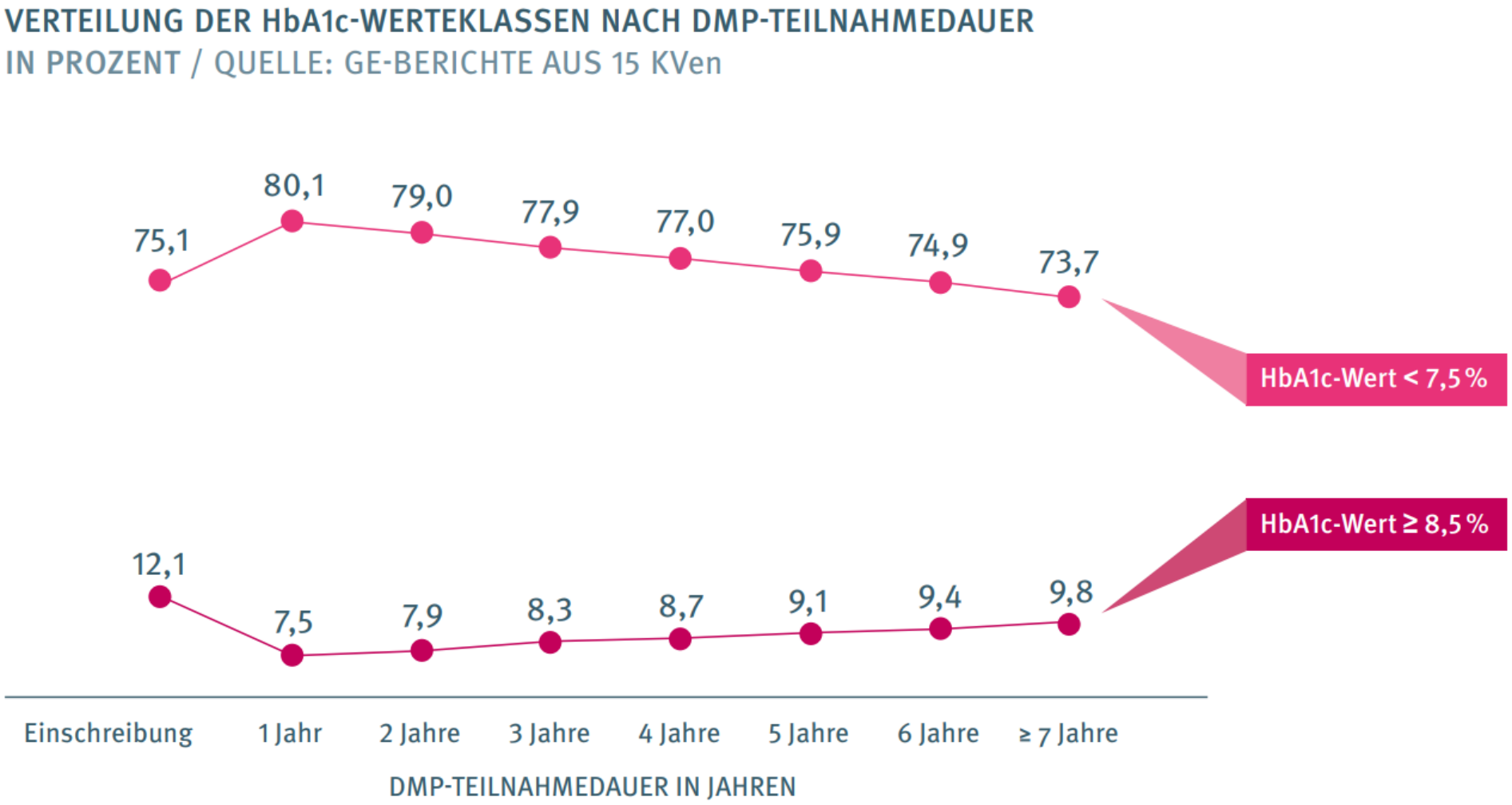
Zielwert: <1%

erreichter durchschnittlicher Wert:

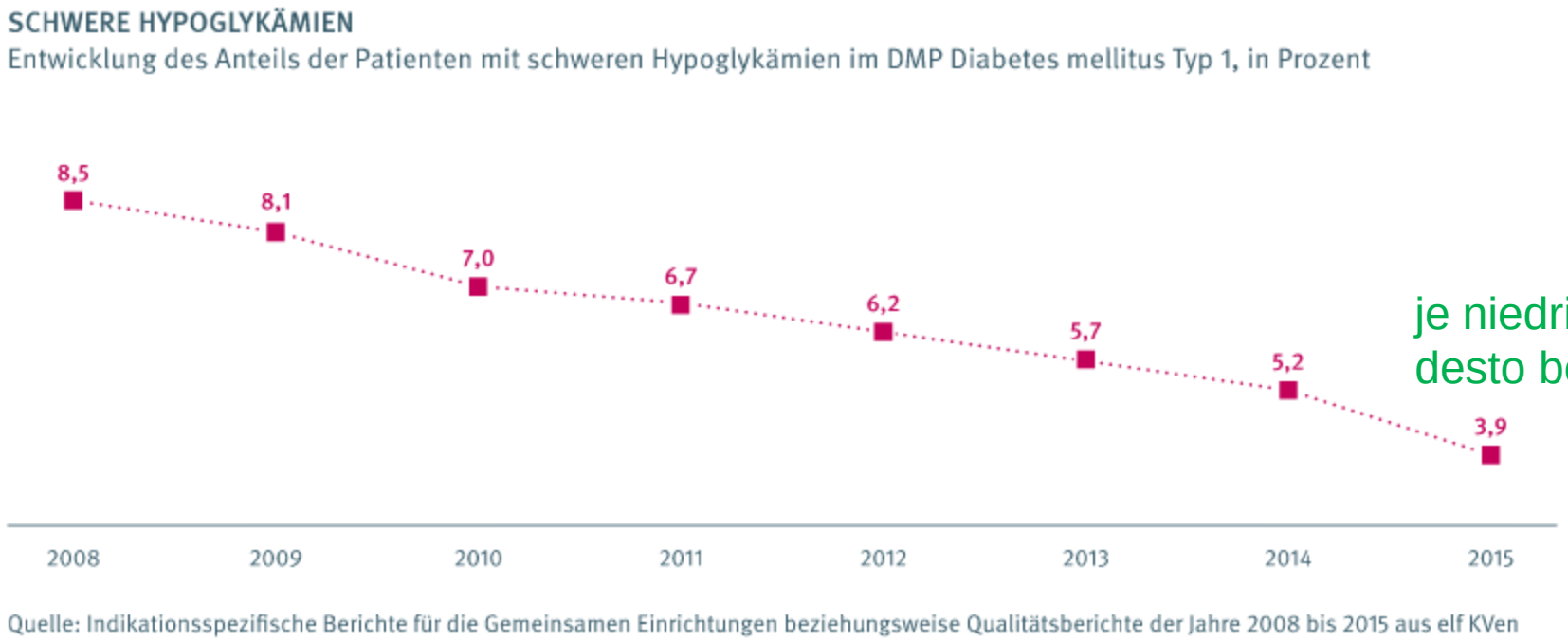


n= 3.630.732 Teilnehmer*innen

DMP – Ergebnisse im Verlauf seit Einschreibung zuletzt im KBV-Qualitätsbericht für 2018 (und nur für wenige Subgruppen)



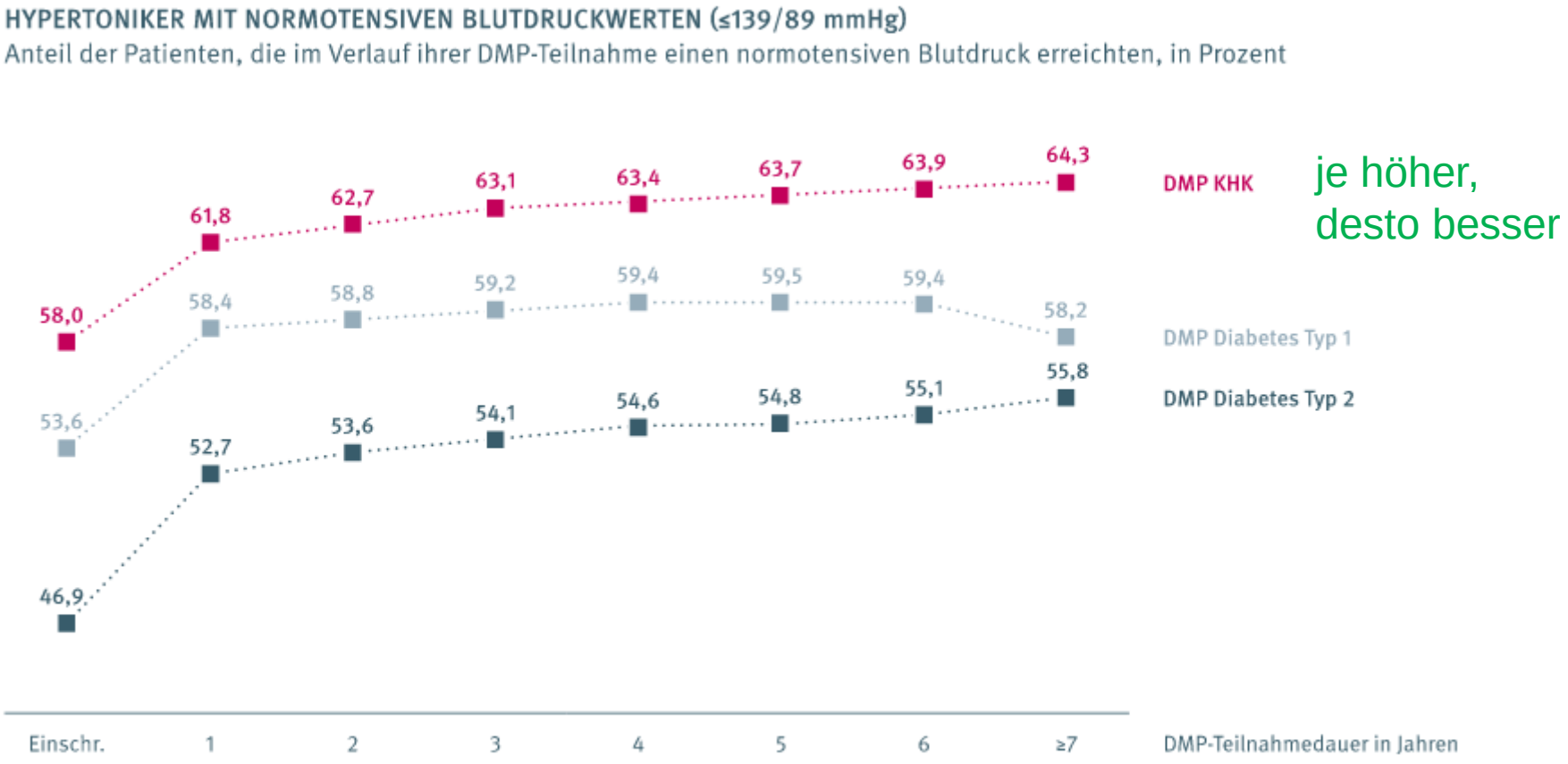
Ergebnisse zum Verlauf über die Jahre sind noch älter: DMP – Ergebnisse der KV-Evaluationen



je niedriger,
desto besser

Quelle: KBV (2017)
Qualitätsbericht
Ausgabe 2017. S. 50

… oder zum Verlauf seit Einschreibung: Ergebnisse der KV-Evaluationen



Quelle: Indikationsspezifische Berichte für die Gemeinsamen Einrichtungen beziehungsweise Qualitätsberichte für 2015 aus zwölf KVen

je höher,
desto besser

Quelle: KBV (2017) Qualitätsbericht Ausgabe 2017. S. 49

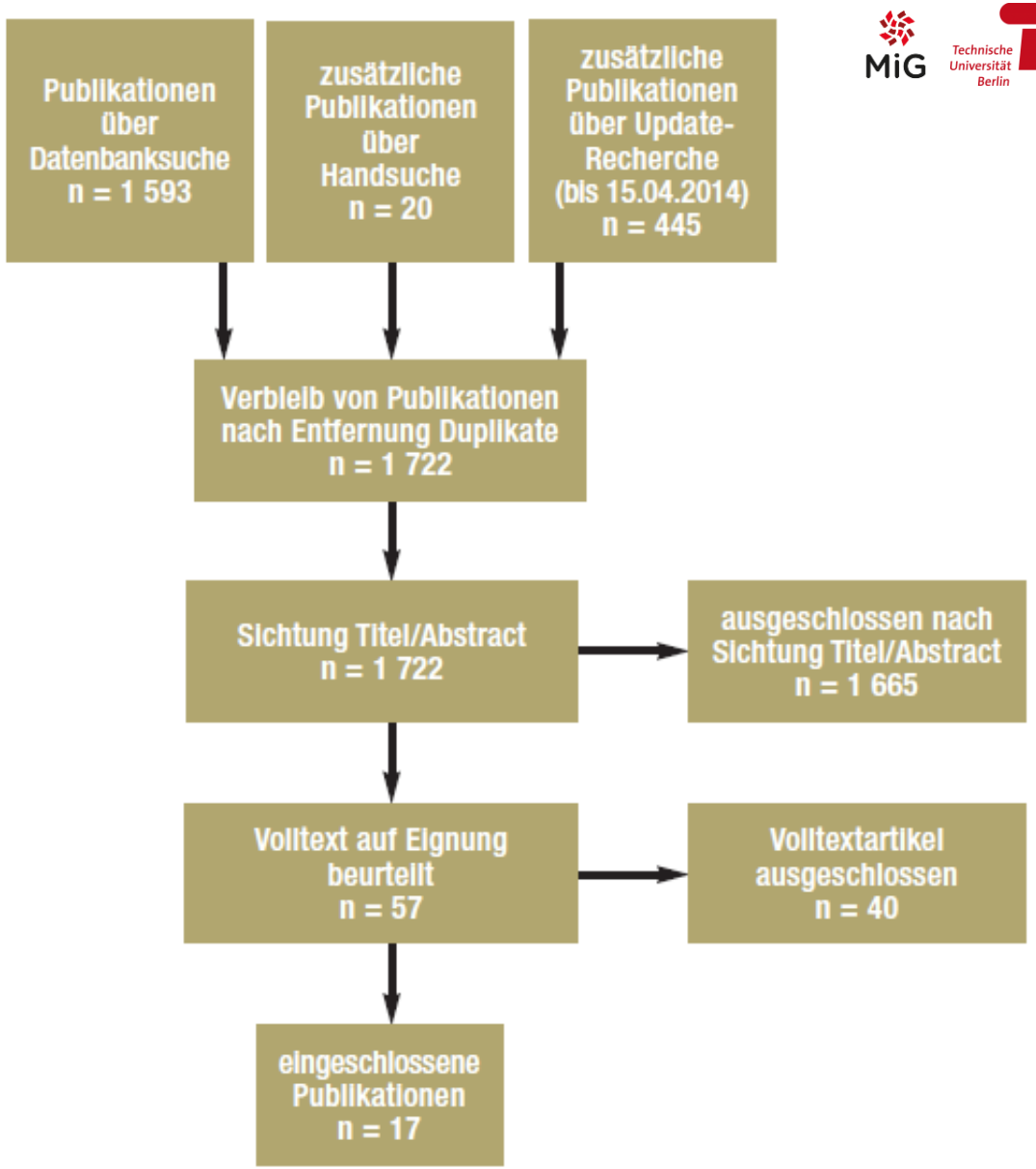
Was wissen wir aus den Evaluationsstudien mit Vergleichsgruppe?

ÜBERSICHTSARBEIT

Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus Typ 2 in Deutschland

Abschätzung der Effektivität anhand einer systematischen Literaturübersicht

Sabine Fuchs*, Cornelia Henschke*, Miriam Blümel*, Reinhard Busse



Folgende Tabellen:
+ signifikanter Unterschied zugunsten der DMP-Gruppe/ − signifikanter Unterschied zuungunsten der DMP-Gruppe;

dunkelblau: $p < 0{,}001$,
mittelblau: $p < 0{,}01$,
hellblau: $p < 0{,}05$;
hellgrau: Unterschied nicht signifikant; grau: erhoben, kein Signifikanztest durchgeführt beziehungsweise ohne statistische Signifikanzangabe

Es gibt Daten, aber nur aus wenigen Studien zu jeweils ausgesuchten Parametern

Ergebnisparameter

Studie	1			2		3		4	5	6	7					8	9
Publikation	(19)	(20)	(21, 22)	(23)		(24*1)	(25)	(26)	(27)	(28)	(29)		(30)	(31)	(32)	(33)	(34)
Analyse nach Subgruppen				w	m						w	m					
Mortalität 2 Studien!		+	+							+							
Lebensdauer	+	+															
Morbidität						–											
Surrogate der Morbidität																	
Erreichen therapeutischer Ziele:																	
– Blutdruck < 140/90 mmHg																	+
– BMI < 30 kg/m²																	
– LDL-Cholesterin < 100 mg/dL																	
– HDL-Cholesterin (m: ≥ 40 mg/dL, w: ≥ 50 mg/dL)																	
– HbA1c < 7%							+										
– Taillenumfang (m: < 102 cm, w: < 88 cm)																	
Krankenhausaufenthalte:																	
– Gesamtsumme									+								
– ICD E10-E16									+								
– ICD I20				+													
– ICD I21–I23*2, ICD I25*2 / ICD I10–I25*3																	
– ICD I50*2 / ICD I26-I59*3				+					+								
– ICD I63–I64*2 / ICD I60–I64*3				+	+				+								
– ICD I70, ICD I73–I74																	
– OPS 5–864–5–865				+	+												
Blutzucker, Blutdruck																	
HDL-Cholesterin																	+
LDL-Cholesterin																	
Kreatinin, BMI, Taillenumfang, sportliche Aktivität																	
Raucherstatus																	

Es gibt Daten, aber nur aus wenigen Studien zu jeweils ausgesuchten Parametern

Ergebnisparameter

	Studie	1			2		3		4	5	6	7					8	9
	Publikation	(19)	(20)	(21, 22)	(23)		(24*[1])	(25)	(26)	(27)	(28)	(29)		(30)	(31)	(32)	(33)	(34)
	Analyse nach Subgruppen				w	m						w	m					
Lebensqualität 3 Studien!																		
SF-36	körperliche Funktionsfähigkeit (KÖFU)											+						
SF-36	körperliche Rollenfunktion (KÖRO)																	
SF-36	körperliche Schmerzen (SCHM)[*2]																	
SF-36	allgemeine Gesundheit (AGES)											+						
SF-36	Vitalität (VITA)											+						
SF-36	emotionale Rollenfunktion (EMRO)																	
SF-36	psychisches Wohlbefinden (PSYC)																	
SF-36	körperliche Summenskala (PCS)											+	–					
SF-36	psychische Summenskala (MCS)																	
EQ-5D	Beweglichkeit/Mobilität													+				
EQ-5D	für sich selbst sorgen													+				
EQ-5D	alltägliche Tätigkeiten													+				
EQ-5D	für Schmerzen/körperliche Beschwerden																	
EQ-5D	Angst/Niedergeschlagenheit																	
Dimensionen der LQ	subjektive Einschätzung Gesundheitszustand							+										
Dimensionen der LQ	psychisches Wohlbefinden																	
Dimensionen der LQ	stark eingeschränkt im Alltagsleben																	
Dimensionen der LQ	etwas eingeschränkt im Alltagsleben							+										
Dimensionen der LQ	überhaupt nicht eingeschränkt im Alltagsleben							+										
Dimensionen der LQ	Zufriedenheit mit Gesundheit						+											
Zufriedenheit mit Versorgung																		
	Zufriedenheit mit Diabetesversorgung							+										
	Zufriedenheit mit medizinischer Betreuung															+		

Es gibt Daten, aber nur aus wenigen Studien zu jeweils ausgesuchten Parametern

Prozessparameter

Studie	2	3			4	5	8		9	
Publikation	(23)	(24)		(25)	(26)	(27)	(33)		(34)	(35)
Analyse nach Subgruppen		N	H				B	F		
diagnostische Maßnahmen/ Untersuchungen										
Messung Blutdruck (regelmäßig)		+	+							
Bestimmung HbA1c-Wert, Kreatinin-Wert										
Bestimmung LDL-Wert/Cholesterin-Wert									+	
Kontrolle Augen (jährlich)		+	+						+	+
Kontrolle Füße (jährlich)		+	+				+	+	+	+
medikamentöse Therapie										
antidiabetische Therapie/Insulin										+
antihypertensive Therapie										
leitliniengerechte Wirkstoffgruppe zur Hypertoniebehandlung	+									
Thrombozytenaggregationshemmer, Koronardilitatoren (z. B. Nitrate, Molsidomin)	+									
lipidsenkende Medikamente/Statine	+									
explizit in Leitlinien benannte Statine	+									
Arzneimittelverordnungen [DDD]										
Arzneimittelverordnungen [DDD] pro 1 000 Versichertenjahre						+				
Beratung zu lebensstilverändernden Maßnahmen										
gesunde Ernährung									+	+
körperliche Aktivität									+	+
Arztkontakte										
behandelnder Arzt*		+	+				+			
koordinierender Arzt (≥ 4 Kontakte/Jahr)							+			
Augenarzt (jährlich)	+						+			
Diabetologe (≥ 1 Kontakte/Jahr)										

Es gibt Daten, aber nur aus wenigen Studien zu jeweils ausgesuchten Parametern

Prozessparameter

Studie	2	3			4	5	8		9	
Publikation	(23)	(24)		(25)	(26)	(27)	(33)		(34)	(35)
Analyse nach Subgruppen		N	H				B	F		
Arzt-Patient-Beziehung 2 Studien!										
Information, Kommunikation				+						
Beteiligung an Entscheidungen		+	+	+						
respektvoller Umgang		+		+						
Vereinbarung individueller Therapieziele		+	+	+						
Gesundheitsverhalten/-einstellung										
Therapielast		+		+						
Krankheitsbewältigung, Adhärenz										
Präventionsbewusstsein		+	+	+						
Informationsstand 1 Studie!										
Diabetes allgemein		+	+	+						
HbA1c-Werte		+	+							
Blutdruck-Werte										
Patientenschulung										
Information über Diabetesschulung		+	+	+						
Information über Bluthochdruckschulung		+	+							
Teilnahme an Diabetesschulung		+	+	+			+	+	+	+
Teilnahme an Bluthochdruckschulung										
Beurteilung der Diabetesschulung				+						
Selbstmanagement 1 Studie!										
Kontrolle Blutdruck (wöchentlich)									+	+
Kontrolle Blutzucker, Füße, Gewicht (wöchentlich)										
Führen eines Diabetes-Tagebuches										
Programmorganisation										
Krankenkassen-spezifische Programmausgestaltung							+	+		

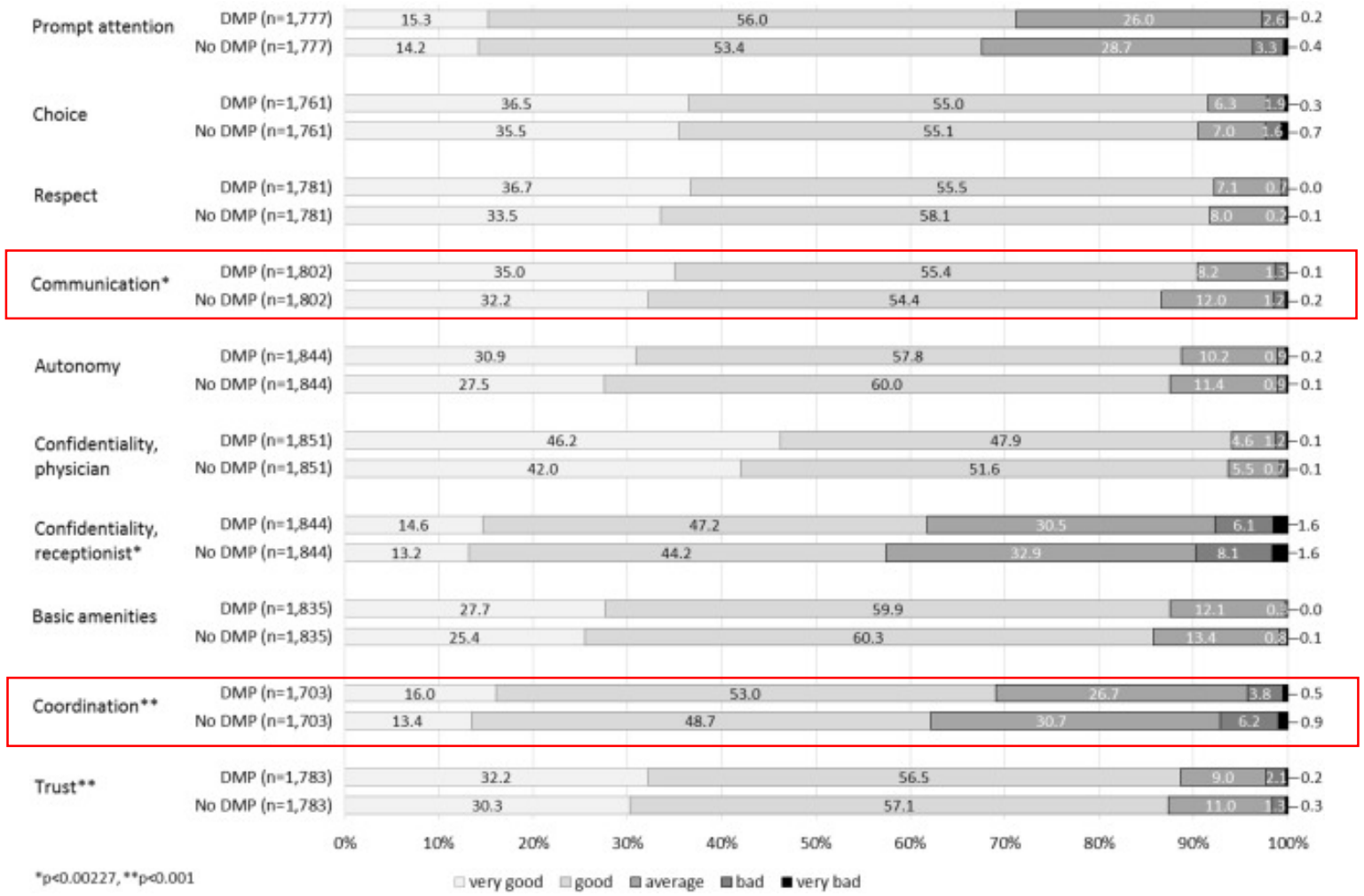
Und was wissen wir zur „Responsiveness“ (Patient-reported experience measures, PREMs)?

Wenig Daten, haben dazu eine eigene Studie durchgeführt:

- hausärztliche Versorgung wurde insgesamt positiver bewertet als die fachärztliche Versorgung
- Über alle Kategorien hinweg bewerteten die DMP-Teilnehmer ihre Versorgung besser als die Personen in der Routineversorgung; größter Unterschied bei „Koordination“
  - 62 % der Nicht-Teilnehmer berichteten über eine "gute" oder "sehr gute" Erfahrung bei ihren Hausärzten, verglichen mit 69 % Teilnehmer ($p<0,001$).
- Unterschiede in der Bewertung zwischen DMP-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern waren bei der hausärztlichen Versorgung stärker ausgeprägt als bei der fachärztlichen Versorgung

Und was wissen wir zur „Responsiveness“ (Patient-reported experience measures, PREMs)?

Responsiveness of GP care by DMP-participants and non-participants.



Was fehlt für ein DMP 2.0?

- Bessere/ kontinuierliche Daten nicht nur zur (formalen) Evaluation, sondern auch zur Erfolgskontrolle/ Steuerung des Einzelfalls → Individualisierung des DMPs
- Einbeziehung der Patient*innen: (1) Erweiterung des Datenkranzes → PROMs & PREMs und (2) Daten-Rückkoppelung