

Leserbrief an die Ärztezeitung

zu: Linder et al.: „Nutzen und Effizienz der Disease-Management-Programme Diabetes mellitus Typ 2“, Ärztezeitung vom 11.03.2011

Das Disease Management Programm (DMP) Diabetes Mellitus Typ 2 ist für die Betreuung der Menschen mit Diabetes aus unserer Sicht unverzichtbar.

DMP existieren in Deutschland seit 2003, ihre Finanzierung ist an den Risikostrukturausgleich gekoppelt. Seit 2007 werden Ergebnisse der DMP ausgewertet. Bisher waren diese durchweg positiv: Die ELSID-Studie, das KORA- Register und die Studien der BARMER GEK Kasse haben anschaulich gezeigt, dass neben einer signifikanten Reduktion der Schlaganfälle auch die Zahl der Amputationen unter Versicherten in DMP deutlich niedriger lag. Szecsenyi zeigt in der ELSID-Studie eine auffallende Reduktion der Sterberate von älteren Diabetikern im Vergleich zur Regelversorgung.

Das Fazit, das wir als Ärzte nach Einführung der DMP gezogen haben, ist, dass die Patienten durch uns selbst, durch Medien und Krankenkassen für das Thema soweit sensibilisiert worden sind, dass eine einheitliche Versorgung in Deutschland möglich wurde. Gemäß amtlicher Statistik des BMG waren im Jahr 2009 immerhin 3,24 Mio Menschen in Deutschland in das DMP Diabetes Mellitus Typ 2 eingeschrieben. Patienten profitieren vom DMP.

Überzeugend positive Ergebnisse konnten nun in der Arbeit von Linder et al., veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt 2011;108;(10): 155-62, nicht gezeigt werden. Lediglich die Zahl der Notfallweisungen und Kosten für stationäre Aufenthalte waren bei den DMP-Teilnehmern etwas niedriger. Die Inzidenz relevanter Komorbiditäten zeigte keine deutlichen Unterschiede zwischen der DMP – und der Kontrollgruppe.

Dies könnte bedingt sein durch die Nichtberücksichtigung der Diabetesdauer beim „Matching“ der Daten (Weber, D., pers. Mitteilung). Auch ist die Beobachtungszeit mit 2 Jahren für die Bewertung von Folgeerkrankungen zu kurz, denn diabetische Folgeerkrankungen brauchen mindestens 5 Jahre, meist länger, um sich zu manifestieren. Die DCCT- und die UKPDS-Studie zeigten, ebenso wie Steno 2, dass eine adäquate versus einer inadäquaten Behandlung in den ersten Jahren keine signifikanten Unterschiede zeigt.

Nach Grafik 1 (Linder et al.) sind ca. die Hälfte der DMP-Teilnehmer aber erst während der Laufzeit der Studie eingeschrieben worden, teils erst kurz vor Ende. Diese wurden aber der Teilnehmergruppe voll zugerechnet, so dass ein anzunehmender Unterschied der Gruppen verwischt wird.

Auch müssen sicher die in DMP erhobenen Daten konsequenter ausgewertet werden. Das sächsische Betreuungsmodell (Strukturvertrag 1999-2002) hat außerdem vorgelebt, wie eine kurze, auf die wesentlichen Daten zentrierte, leitlinienbasierte Dokumentation eine signifikant bessere sektorenübergreifende Versorgung ermöglichen kann.

Diesen Weg sollten wir weiter gehen. Wir stimmen daher mit der Schlussfolgerung des WINEG Gutachtens überein, dass die DMP modifiziert, aber nicht eingestellt werden sollten. Wir schließen

uns auch der Meinung der WINEG-Studie durchaus an, die Zukunft liege in sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen, die, auf Schnittstellen und Leitlinien orientiert, eine stabile, qualitätsgesicherte Versorgung der ständig steigenden Zahl der Menschen mit Diabetes gewährleistet.

Prof. Dr. med. Thomas Danne, Vorstandsvorsitzender diabetesDE und Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Michaela Berger, stellv. Vorstandsvorsitzende diabetesDE und Vorstand des Verbandes der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD)

Herr Dr. med. Hans-Martin Reuter, Ressortleiter Prävention und Versorgung diabetesDE

Literatur:

[1] Bundesministerium für Gesundheit: Amtliche Statistik KM 6 Teil II (2008 und 2009) in: Qualitätsbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2010, S. 29

[2] Egger, B.: Internationale Erfahrungen mit neuen Versorgungsmodellen. Welche Rolle spielen dabei die Krankenkassen? AOK Symposium „Versorgung chronisch Kranker“ ;Berlin, 29.6.-30.6.2009

[3] Graf, C.: Nutzenbewertung des DMP anhand von Routinedaten und einer Patientenbefragung, AOK Symposium „ Versorgung chronisch Kranker“, Berlin, 29-30.6.2009

[4] IGES-Institut, Lauterbach, K., Wasem, J.: Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Endbericht. Untersuchung zur Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale für einen direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Endbericht. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (Hrsg.): Schriftenreihe Forschungsbericht Gesundheitsforschung. Bd. 334. Bonn, 2005 (551 S.)

[5] Koalitionsvertrag zwischen CDU,CSU und FDP: „Wachstum, Bildung, Zusammenhalt.“, 17. Legislaturperiode (2009) (132 S.)

[6] Lederle, M.: DMP Diabetes mellitus Typ 2: eine Analyse. Diab. Stoffw. und Herz 5; 2009, Jahrg. 18

[7] Litsch, M.: Vom Sinn der Diagnosekodierung in der ambulanten Versorgung, Diab. Stoffw. und Herz 5; 2009, Jahrg. 18

[8] Stock, S.; Drabik, A.; Büscher, G.; Graf, C.; Ullrich, C.; Gerber, A.; Lauterbach, K.W.; Lungen, M.: „German Diabetes Management Programs improve quality of care and curb costs“. Health Affairs 29 (12): 2197-2205, 2010

[9] Szecsenyi, J.: Ergebnisse der ELSID-Studie. Vergleich von DMP und Regelversorgung. AOK Symposium „Versorgung chronisch Kranker“, Berlin, 29.-30.6.2009

[10] Ullrich, W.; Marschall, U., Graf, C.: Versorgungsmerkmale des Diabetes mellitus in Disease-Management-Programmen : Diab. Stoffw. und Herz 6, 2007

[11] Van Lente, J. E.: Konzeption und Evaluation der deutschen DMP. Aktuelle Entwicklungen im Versorgungsmanagement. AOK Symposium „Versorgung chronisch Kranker“ ;Berlin, 29.6.-30.6.2009

[12] Wikipidia: Diabetes und DMP