

## Pro und Contra von Disease-Management-Programmen (DMP) und die besondere Rolle des PETN beim DMP-KHK

S. SILBER

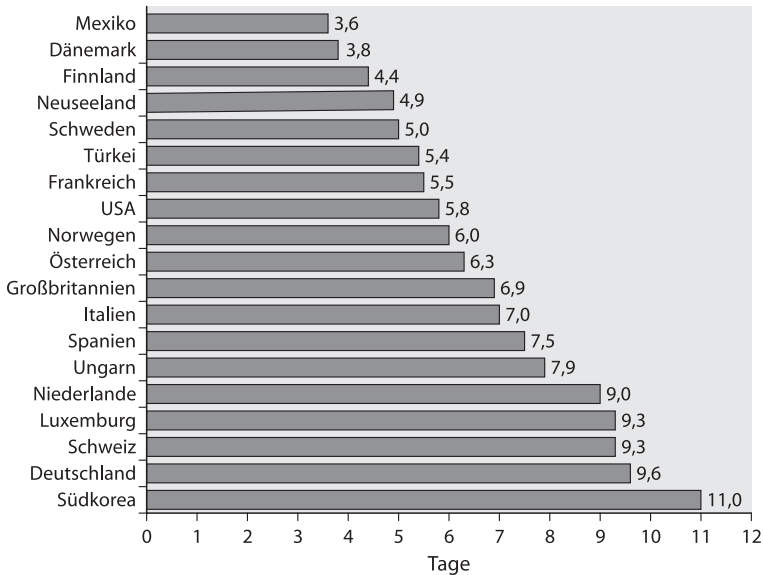
### ■ Einleitung

Herz-Kreislaufkrankungen stellen unverändert die häufigste Todesursache in den Industrieländern dar. Auch in Deutschland ist ca. jeder zweite Einwohner an einer Herz-Kreislaufkrankung verstorben (Tabelle 1). Die Todesursache „Herz-Kreislaufkrankungen“ beinhaltet auch Schlaganfälle, Lungenembolien und andere kardiovaskuläre Erkrankungen. Betrachtet man aber die koronare Herzkrankheit (KHK) isoliert, dann ergibt sich, dass ca. 8% an akutem Herzinfarkt und 19% an den Folgen einer chronisch ischämischen Herzerkrankung verstorben sind (Tabelle 1).

Überraschend ist, dass insgesamt mehr Frauen (115 872) als Männer (111 802) an den Folgen einer KHK verstorben sind. Somit ist auch bei Frauen die KHK die Todesursache Nr. 1. Im Vergleich hierzu sind 3,8% der Frauen an einem Mammakarzinom verstorben (siehe Tabelle 1). Es versterben also fast 7-mal mehr Frauen an KHK als an Brustkrebs.

**Tabelle 1.** Die letzten aktuellen Daten des statistischen Bundesamtes in Wiesbaden zu den Todesursachen stammen aus dem Jahre 2003

Todesursache	Alle	Männlich	Weiblich
■ Bevölkerung zum 31. 12. 2002	82 536 680	40 344 879 (49%)	42 191 801 (51%)
■ Verstorben insgesamt	853 946 (1%)	396 270 (0,9%)	457 676 (1,1%)
■ Verstorben an Herz-Kreislaufkrankung	396 622 (46%)	162 210 (41%)	234 412 (51%)
■ Verstorben an akutem Herzinfarkt	64 229 (7,5%)	34 679 (8,8%)	29 550 (6,5%)
■ Verstorben an chronischer ischämischer Herzerkrankung	163 445 (19,1%)	77 123 (19,5%)	86 322 (18,9%)
■ Verstorben an KHK (akut und chronisch)	227 674 (26,7%)	111 802 (28,2%)	115 872 (25,3%)
■ Verstorben an Mamma-Ca	17 437 (2%)	264	17 173 (3,8%)
■ Verstorben an bösartigem Tumor	209 255 (24,5%)	110 703 (27,9%)	98 552 (21,5%)



**Abb. 1.** Internationaler Vergleich durchschnittlicher stationärer Behandlungsdauer in Tagen

Die Problematik der KHK hinsichtlich ihrer sozio-ökonomischen Auswirkungen (Abb. 1) auf das Gesundheitswesen wird verständlich, wenn man die Entwicklung der Lebensdauer (Mortalität) mit der Entwicklung der Lebensqualität (Morbidität) vergleicht: Während aufgrund moderner Therapieverfahren des akuten Myokardinfarktes mit Revaskularisation (Thrombolyse, primäre PCI) die Mortalität des akuten Myokardinfarktes im Verlauf der vergangenen 20 Jahre kontinuierlich zurückging, stieg in gleichem Maße die Morbidität an. Somit leben heute die Patienten zwar länger, aber mit zunehmend eingeschränkter Lebensqualität. Ziel einer modernen Strategie in Diagnostik und Therapie der KHK muss es daher sein, nicht nur die Mortalität weiter zu senken, sondern auch die Folgeschäden zu reduzieren, damit die Bevölkerung nicht „krank alt“ sondern „gesund alt“ wird.

### ■ Begründung für Disease Management Programme (DMP)

Mit In-Kraft-Treten der Gesundheitsreform zum 1. 1. 2004 („GKV-Modernisierungsgesetz“, SGB V) wurde der § 137f eingeführt. Hierin wird vom Gesetzgeber (!) vorgeschrieben, dass strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen, um die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker zu verbessern (Tabelle 2).

Weiterhin ist in diesem Paragraphen festgelegt, dass die Behandlung „nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten

**Tabelle 2.** Disease-Management-Programme sind als „strukturierte Behandlungsprogramme“ im § 137 f des SGB V zum 1. 1. 2004 vorgeschrieben

§ 137 f: Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten. Der gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung für die Abgrenzung der Versichertengruppe nach § 267 Abs. 2 Satz 4 nach Maßgabe von Satz 2 geeignete chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern.

verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors“ erfolgen soll. Für die Versicherten ist die Teilnahme an diesen Programmen freiwillig. Voraussetzung für die Einschreibung ist „die nach umfassender Information durch die Krankenkasse erteilte schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an dem Programm, zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 festgelegten Daten durch die Krankenkasse, die Sachverständigen nach Absatz 4 und die beteiligten Leistungserbringer sowie zur Übermittlung dieser Daten an die Krankenkasse“. Die Einwilligung kann widerrufen werden.

Zum 1. März 2005 sind in Deutschland über 6000 DMPs beantragt worden. Hiervon entfallen 3084 Anträge auf das DMP-Diabetes mellitus Typ 2, 2041 Anträge für das DMP-Mammakarzinom und 1066 Anträge für das DMP-KHK.

## ■ Unterschied DMP vs. Integrierte Versorgung

Disease-Management-Programme (DMP) werden häufig mit Verträgen zur Integrierten Versorgung (I.V.) verwechselt. Die Unterschiede gehen aus Abbildung 2 und Tabelle 3 hervor:

Beide Behandlungskonzepte stehen in unterschiedlichen Paragraphen des SGB V (§ 137 vs. § 140). Während im DMP die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) eine zentrale Rolle einnehmen, sollen sie bei der Integrierten Versorgung nach dem Wunsch des Gesetzgebers in der Gesundheitsreform zum 1. 1. 2004 „außen vor“ bleiben: die Bundesregierung hat die KVen eher als hinderlich für die Integrierte Versorgung erachtet und es daher auch den Vertragsgestaltern ermöglicht, Verträge mit Kassenärzten *direkt*, d.h. unter Umgehung der KVen abzuschließen. Dies erfolgte im Hinblick auf den gewünschten Effekt, die „Sektorengrenzen“ zwischen ambulant und stationär zu überwinden (siehe Tabelle 3). In der heutigen Realität werden die Patienten aufgefordert, Verträge zu Disease-Management-Programmen, Integrierter Versorgung und Hausarztmodellen zu unterschreiben. Dies ist für viele Patienten verwirrend.

Leistungserbringer (Ärztinnen/Ärzte)		Versorgungsformen	
ALT	NEU	ALT	NEU
<b>ambulant:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzelpraxis</li> <li>• Gemeinschaftspraxis</li> <li>• Praxisgemeinschaft</li> </ul>	<b>MVZ</b> (Medizinisches Versorgungszentrum) <b>und ähnliche Strukturen</b>	<b>Struktur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ambulant</li> <li>• stationär</li> </ul>	<b>IV-Vertrag</b> (integrierte Versorgung) <b>DMP</b> (Disease Management Programm) <b>Sondermodelle</b>
<b>stationär:</b> Krankenhaus		<b>Versicherung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gesetzlich</li> <li>• privat</li> </ul>	„Bürgerversicherung“ „Gesundheitsprämie“

**Abb. 2.** Alte und neue Strukturen der Patientenversorgung in Deutschland

**Tabelle 3.** Vergleich zwischen Disease-Management-Programmen und integrierter Versorgung

	Rolle der KV (Kassenärztliche Vereinigung)	Sektorübergreifend (ambulant/stationär)
■ DMP (Disease Management Programme) § 137	+++	-
■ IV (Integrierte Versorgung) § 140	Eigentlich -	++

### ■ Pro und Contra DMP

Die Bundesregierung stellt selbstverständlich die Disease-Management-Programme als „Erfolgsmodell“ dar: so wurde im Rahmen mehrerer Pressekonferenzen betont, dass die DMPs „greifen“. Allerdings gibt es bislang keine überzeugenden Belege für die Wirksamkeit dieser Programme. Die Evaluation der DMP ist zwar vorgesehen, harte Daten liegen jedoch hierzu noch nicht vor.

Die Bindung der DMP an den Risikostrukturausgleich löste sogar innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen eine kontroverse Diskussion aus: im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) erhält jede Krankenkasse pro eingeschriebenen Patient ca. € 5000,-. Dementsprechend sind die Krankenkassen – je nach Morbidität ihrer Versicherten – vom Sinn eines DMP überzeugt (z.B. AOK) oder stehen diesem kritisch gegenüber (z.B. TK). Über den RSA wurden für 2004 nach Angaben des BKK-Bundesverbandes 13,6 Mrd. zwischen den Krankenkassen umverteilt. Haupt-Einzahler sind die BKKen mit insgesamt 9,1 Mrd. € sowie die Ersatzkassen mit 4,2 Mrd. €. Die AOKen kassieren 12,2 Mrd. € und die Bundesknappschaft 1,4 Mrd. €. Zahl-

ten die BKKen 1995 noch 138 € je Mitglied in den RSA ein, so werden es für 2004 schätzungsweise 882 € sein. BKKen und TK haben sich vehement gegen einen „Morbi-RSA“ ausgesprochen, da er „zu einer neuen Kostenwelle“ in der GKV führen werde. Der AOK-Bundesverband sieht dagegen keine Alternative zum „Morbi-RSA“. Ansonsten lohne es sich für die Kassen weiterhin, „sich vorrangig auf die Anwerbung von gesunden Mitgliedern zu konzentrieren“.

Auch die Patienten sind in die Pro- und Contra-Diskussion der DMP miteinbezogen: Einerseits wird ihnen die Teilnahme an einem DMP schmackhaft gemacht, indem die Krankenkassen ihnen die „Praxisgebühren“ zurückerstatten, andererseits müssen die Patienten sich schriftlich einverstanden erklären, dass die von ihrem „koordinierenden Arzt erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für eine Analyse an ein wissenschaftliches Institut weitergeleitet und dort mit ebenfalls pseudonymisierten Leistungs- und Abrechnungsdaten ihrer Krankenkasse sowie der Kassenärztlichen Vereinigung zusammengeführt werden“. In diesem Zusammenhang wurde bereits von einer „Jagd auf Patienten“ gesprochen. Die Patientenverunsicherung erreichte ihren Höhepunkt, als bekannt wurde, dass in einer Region von 17 000 abgegebenen DMP-Bögen 5000 verschwunden sind. Die vermissten Patientenbögen wurden in Vietnam von einer Auftragsfirma ausgewertet.

Auch die Ärzteschaft ist in der Beurteilung des Wertes von DMPs gespalten: Einerseits werden die DMPs als bürokratisches Monster und „Papierausfüllprogramm“ bezeichnet, andererseits werden die DMPs auch benutzt, um andere politische Ziele durchzusetzen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen grundsätzlich die DMPs, da diese Programme ihre Existenz auch weiterhin sichern.

## ■ Positive Aspekte des DMP-KHK

Die Patientenversorgung ist grundsätzlich in zwei Versorgungsstufen gegliedert. In Bayern wurde die in Tabelle 4 dargestellte Vereinbarung geschlossen. Im Gegensatz zu den vielen Seiten des DMP-Diabetes mellitus Typ II muss beim DMP-KHK lediglich eine einzige Seite ausgefüllt werden, was relativ rasch durchgeführt werden kann.

Entsprechend § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des SGB V erfolgt auch die Behandlung im DMP-KHK nach evidenzbasierten Leitlinien. Primärer Zielparameter der Qualitätssicherung und Erfolgskontrolle des DMP-KHK ist die Vermeidung (oder Reduktion der Schwere) von Angina-pectoris-Symptomen (Tabelle 5). Wie aus der Tabelle ersichtlich, wird der Erfolg des DMP-KHK an den für Bayern festgelegten Grenzen festgelegt: spätestens im 3. Jahr des DMP-KHK sollen sich bei 60% der Versicherten die Angina pectoris Symptome verbessert haben.

Weitere Erfolgsziele im DMP-KHK sind, dass ACE-Hemmer bei KHK in 70% der eingeschriebenen Patienten und Statine in 90% (im 3. Jahr) verschrieben werden (siehe Tabelle 5). Da die Verschreibung von Thrombozy-

**Tabelle 4.** Die Versorgungsstufen im DMP-KHK, Modifikation für die KV-Bayern

Fachliche Voraussetzungen für die Leistungserbringer	
<b>■ Erste Versorgungsstufe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, hausärztlich tätiger Internist</li> <li>oder</li> <li>– Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie</li> <li>oder</li> <li>– Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt unter der Voraussetzung dass die Versicherten bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt mindestens zwölf Monate vor Vertragsbeginn kontinuierlich betreut worden sind</li> </ul>
<b>■ Zweite Versorgungsstufe</b>	<p>A) <i>Nichtinvasive kardiologische Praxen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie oder Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt</li> <li>– Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung oder Information durch das Arzt-Manual zu Beginn der Teilnahme</li> </ul> <p>B) <i>Zur Durchführung einer Koronarangiographie und invasiver Therapie spezialisierte Praxen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie</li> <li>– Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region</li> <li>– Fachliche, organisatorische und apparative Voraussetzungen gemäß den Vereinbarungen zur invasiven Kardiologie (3. 9. 1999) § 135 Abs. 2 SGB V</li> <li>– Nachweis von mindestens 150 Koronarangiographien (LHK, PCI), davon mindestens 50 therapeutische Katheterinterventionen (PCI) in einem Zeitraum von 12 Monaten pro Facharzt</li> </ul>

tenaggregationshemmern, Betablockern, ACE-Hemmern und Statinen bei Patienten mit manifester KHK leitliniengerecht erfolgt, konnte in Bayern erfreulicherweise vereinbart werden, dass (unter Präferenz der Verordnung von Generica) im Rahmen des DMP-KHK und der Behandlung von Risikofaktoren (Hypertonie, Hyperlipidämie, etc.) für diese Verordnungen kein Regress erfolgt. Somit brauchen die Ärzte keine Angst mehr davor zu haben, die Patienten leitliniengerecht mit adäquater Medikation zu versorgen.

### ■ Die besondere Rolle des PETN\* beim DMP-KHK

Da der Rückgang der Angina pectoris der primäre Erfolgsparameter für das DMP-KHK ist, kommt (neben revaskularisierenden Maßnahmen wie der Ko-

\* Handelsname: Pentalong®

**Tabelle 5.** Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien zur Qualitätssicherung (QS) im DMP-KHK auf Grundlage des Datensatzes 6a. Modifikation für die KV-Bayern. Dargestellt sind die Zielparameter zur Erfolgsbeurteilung im Rahmen der über 3 Jahre gehenden Evaluation

QS-Ziele	QS-Indikatoren	QS-Maßnahmen
<b>1.1</b> Vermeidung (oder Reduktion der Schwere) von Angina-pectoris-Symptomen	Anteil der Versicherten mit AP-Symptomatik. Ziel ist es, insbesondere die schweren Formen der AP-Symptomatik durch geeignete konservative oder interventionelle Therapie zu verbessern. Durch geeignete Therapiemaßnahmen soll die Schwere der AP-Symptomatik im ersten Jahr bei 50%, im zweiten Jahr bei 55% und im dritten Jahr bei 60% der Versicherten verbessert werden. Insbesondere bei Patienten mit akuten koronaren Ereignissen seit der letzten Dokumentation	Aufklärung/ Informationen über das Feedback
<b>1.5</b> ACE-Hemmer oder Sartane (bei Unverträglichkeit oder Kontraindikation gegen ACE-Hemmer) bei KHK-Patienten mit Herzinsuffizienz	Anteil der Patienten mit Herzinsuffizienz, die ACE-Hemmer oder Sartane erhalten. Dieser Anteil sollte bei 70% liegen	Aufklärung/ Informationen über das Feedback
<b>1.6</b> Therapie mit HMG-CoA-Reduktase-Hemmern (Statine)	Über die Programmlaufzeit sollten im 1. Jahr 70% aller Versicherten im Programm eine Therapie mit HMG-CoA-Reduktasehemmer erhalten, im 2. Jahr 80% und im 3. Jahr 90%	Aufklärung/ Informationen über das Feedback

**Tabelle 6.** Die besondere Rolle des PETN im Rahmen des DMP-KHK

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Primärer Erfolgsparameter für das DMP-KHK ist die im Verlauf von 3 Jahren eingetretene Vermeidung (oder Reduktion der Schwere) der Angina pectoris</li> <li>■ Aus diesem Grunde kommt den Nitraten (neben PCI und Bypass-OP) eine besondere Rolle zu, da die Nitrate als einzige Substanzklasse die Angina pectoris über eine Vorlastsenkung reduzieren</li> <li>■ Es sollte ein Nitrat verwendet werden, welches die Angina pectoris reduziert – ohne gleichzeitig eine endotheliale Dysfunktion auszulösen</li> <li>■ PETN führt nicht zu oxydativem Stress, hemmt daher seine eigene Biotransformation nicht und führt daher nicht zur Nitrattoleranz</li> <li>■ PETN sollte das bevorzugte Nitrat sein, um den Erfolg eines DMP-KHK zu sichern</li> </ul>
--

ronarintervention oder Bypassoperation) den Nitraten eine besondere Rolle zu. Die Vorteile des PETN gehen aus Tabelle 6 hervor.

## ■ Fazit

1. Disease Management Programme (DMP) sind vom Gesetzgeber vorgeschrieben. Laut § 137 f SGB V sollen sie die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern.
2. Die Bindung der DMP an den Risikostrukturausgleich (RSA) ist für einige Krankenkassen von existentieller Bedeutung – für andere dagegen nachteilig.
3. DMP sollten von ihrer Bindung an den RSA losgelöst werden.
4. Die Krankenkassen werben bei den Patienten für die Teilnahme an DMP, z.T. mit dem Erlass der so genannten „Praxisgebühr“. Die Patienten müssen sich aber hierfür mit der Weitergabe ihrer Daten einverstanden erklären.
5. Die Ärzteschaft ist in ihrer Meinung zu den DMP gespalten – insbesondere weil sie mit Bürokratie überladen wird.
6. Da die Patienten im Rahmen des DMP-KHK leitlinienorientiert behandelt werden sollen, ist das DMP-KHK grundsätzlich zu unterstützen.
7. Das „Bayern-Modell“ des DMP-KHK bietet die Möglichkeit, die KHK Patienten optimal medikamentös zu versorgen, da den Vertragsärzten bei evtl. Budgetüberschreitung im Rahmen des DMP-KHK kein Regress droht.
8. Wenn DMP-Schulungsprogramme zur Modifikation der kardiovaskulären Risikofaktoren greifen, könnten sie tatsächlich zur Verbesserung der Patientenversorgung beitragen.