

Disease Management in den USA

von Heidi Nadolski*

ABSTRACT

In den USA hat der Gesetzgeber weder Disease Management initiiert noch bundeseinheitliche Bedingungen festgelegt. Stattdessen ergriff Anfang der neunziger Jahre die pharmazeutische Industrie die Initiative, Disease-Management-Programme zu entwickeln, um chronisch Kranke effektiver und effizienter zu versorgen. Der Artikel gibt einen Überblick über den aktuellen Disease-Management-Markt in den USA und zeigt Vor- und Nachteile bestehender Strukturen sowie Entwicklungstendenzen auf. Ausgehend von der Angebotsseite werden Programme unterschieden, die von kommerziellen Firmen („carve-out-model“) oder von Versicherern und Leistungserbringern („in-house-model“) organisiert werden. „In-house-Modellen“, die stärker auf der hausärztlichen Versorgung aufbauen, wird langfristig eher das Potenzial zugeschrieben, eine Versorgungsverbesserung und Kostensenkung zu erreichen. Dem Disease-Management-Markt in den USA werden insgesamt enorme Wachstumspotenziale vorausgesagt, aber trotz der Erfolge bestehender Disease-Management-Projekte in den USA, ist es verfrüht, abschließende Prognosen über die langfristige Entwicklung zu geben.

Schlüsselworte: Disease-Management-Programme, USA, Managed Care, HMO, carve-out-Modell, in-house-Modell

In the USA, disease management programs have not been initialised nor been standardized by state government. Instead, it has been the pharmaceutical industry that started in the beginning of the nineties to develop disease management programs to provide chronic sick more effectively and efficient. The article outlines a survey about the current disease management market in the USA and points out the advantages and disadvantages of the actual structures and common trends of development. Seen from the providers side, the article describes programs organized by commercial firms („carve-out-model“) on the one hand and insurance companies and health care providers on the other hand („in-house-model“). „In-house-models“ that set up on a family physicians health care provision are imputed rather to improve the health care provision and to realize cost-cutting. The growth potential of the disease management market in the USA is highly rated. But nevertheless it is too premature to give a conclusive forecast on the long-term development.

Keywords: disease management programs, USA, Managed Care, HMO, carve-out-model, in-house-model

1. Einführung

Über hundert Millionen Amerikaner leiden an chronischen Krankheiten und verbrauchen über 70 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben von gut einer Billion Dollar jährlich. Die 4,7 Millionen Amerikaner mit Herzleiden beispielsweise kosten das Medizinsystem 20 Milliarden Dollar jährlich, 16 Millionen Diabetiker verbrauchen 44 Milliarden Dollar und 29 Millionen Asthmakranke 3,6 Milliarden Dollar jährlich.¹ Die Vorsorge und Fürsorge für chronisch Kranke ist nur unzureichend gelöst. Die Versorgungssi-

tuation für chronisch Kranke war vor zehn Jahren noch ungünstiger als jetzt. Anfang der neunziger Jahre hat die Privatwirtschaft Disease Management-Programme in den USA mit den beiden Zielen eingeführt, die Versorgungsqualität für chronisch Kranke zu verbessern und die Kosten zu reduzieren.

Die Idee von Disease Management ist so alt wie die Medizin selbst und „nicht viel mehr als ein Marketinginstrument, welches bewährte Behandlungskonzepte als komplettes Paket anbietet“.² Die dem Einzelleistungsvergütungssystem immanente Zersplitterung von Behandlungsschritten soll zusammengefasst und der Pa-

* **Heidi Nadolski**,
Referentin und Beraterin der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in

Washington DC, Tel.: (001) 202 965 62 24
E-Mail: HeidiNadolski@aol.com

tient entsprechend geleitet werden. Dabei steht nicht die individuelle Versorgung des Patienten im Vordergrund, sondern strukturierte Behandlungsprogramme für identifizierte Risikogruppen wie Diabetes-, Asthma- oder Herzranke. Der folgende Überblick zeigt die Strukturen des aktuellen Disease Management-Marktes in den USA. Im Mittelpunkt stehen dabei die Vor- und Nachteile der bestehenden Strukturen und neueste Entwicklungstendenzen. Dabei wird der Markt von der Angebotsseite betrachtet und unterschieden in Programme, die von kommerziellen Firmen auf der einen Seite („carve-out-model“) oder von Versicherern und Leistungserbringern auf der anderen Seite („in-house-model“) organisiert werden. Es werden Gründe genannt, warum „in-house-Modellen“, die stärker auf der grundärztlichen Versorgung aufbauen, langfristig eher das Potenzial zugeschrieben wird, die Ziele Kostensenkung und Versorgungsverbesserung zu erreichen. Das Diabetes Programm der Group Health Cooperative of Puget Sound ist ein Beispiel für ein „in-house-Modell“ und wird ausführlicher dargestellt.

■ 2. Das Engagement der Pharmaindustrie

In den USA hat der Gesetzgeber weder Disease Management initiiert noch bundeseinheitliche Bedingungen festgelegt. Anders als in Deutschland – wo der Qualitätsaspekt von Disease Management in den Vordergrund gestellt wird – gingen in Amerika die Impulse, Disease Management-Programme zu implementieren von der Privatwirtschaft aus. Die pharmazeutische Industrie ergriff in den USA Anfang der neunziger Jahre die Initiative, Disease Management-Programme zu entwickeln, zu einer Zeit, zu der sich langsam abzeichnete, dass Managed Care-Organisationen nicht die erwünschten Einsparungen brachten und sich eine immer größere Unzufriedenheit mit den Health Maintenance Organizations (HMOs) breit machte. Vor zehn Jahren hatten die HMOs ihre Einkaufsmacht noch gut zur Geltung bringen können, d.h. sie konnten sich ihre Leistungserbringer aussuchen und sie zwingen, die Vergütungs- und Leistungsbedingungen wie niedrige Gebühren und eingeschränkte Therapiefreiheit zu akzeptieren. Ebenso wie die Vergütungen für Ärzte und Krankenhäuser gekürzt wurden, befürchtete die pharmazeutische Industrie einen Preisdruck auf ihre Produkte. Der damalige Präsident Clinton monierte, die Preise für Arzneien seien zu hoch und traf damit die öffentliche Meinung. Einen Ausweg aus ihrer passiven Rolle sahen Arzneimittelhersteller darin, überzeugende und kostensparende Konzepte zu entwickeln und anzubieten. Durch die Bewegung des Disease Management hat sich die Absatzstrategie der pharmazeutischen Industrie verändert, und der Disease Management-Markt wiederum hat Einfluss auf die pharmazeutische Industrie: Neben pharmakökonomischen Erhebungen fließen immer stärker die Erfahrungen aus den Disease Management-Programmen und die Daten der Pharmaepidemiologie in die Nutzen-Risiko-Beurteilung ein. Die traditionelle Fokussie-

rung auf das Produkt wurde ergänzt durch eine ganzheitliche Betrachtung der Bedürfnisse bei der Therapie komplexer Krankheitsbilder.

Hinter dem Engagement der Pharmaindustrie stecken also nicht nur unmittelbare Verkaufsinteressen, obwohl diese auch auf der Hand liegen: Eli Lilly verkauft das in Amerika sehr populäre Anti-Depressionsmittel Prozac und ist in Disease Management-Programme für Depressionen spezialisiert, SmithKline Beecham bietet Programme für geistige Gesundheit an und stellt entsprechende Produkte her (Paxil, Stelazine und Thorazine), Schering-Plough vertreibt Vanceril und Claritin und hat Verträge für Asthma- und Allergie-Programme. Für die pharmazeutische Industrie ist es in mehrfacher Hinsicht interessant, im Disease Management-Markt mitzumischen, für den die Versicherer im letzten Jahr immerhin 500 Millionen Dollar ausgegeben haben.³ Hat ein Arzneimittelhersteller einen Vertrag mit einer Versicherung, ist es leichter zu fordern, dass seine Produkte bevorzugt verschrieben werden. Pfizer beispielsweise hat es geschafft, Disease Management-Verträge für die staatliche Armen-Krankenversicherung Medicaid in Florida abzuschließen mit dem Vorteil, dass die Ärzte Medicaid-Patienten Pfizer-Medikamente ohne die ansonsten übliche Abstimmungsprozedur verschreiben können. Pfizer hat sich einen Platz auf der Medicaid-Arzneimittelliste gesichert, das sind Listen, mit denen die Versicherungsträger den Zugang zum verfügbaren Arzneimittelsortiment beschränken. Im Gegenzug dafür hat Pfizer versprochen, dass Florida durch die Anwendung der Disease Management-Programme 33 Millionen Dollar in den nächsten zwei Jahren sparen wird.⁴ Ein weiterer Grund, warum Disease Management-Programme für die Pharmaindustrie attraktiv sind, ist die größere Kontrolle über das Verschreibungssystem, in welchem der Arzt das Medikament erst verschreiben, die Versicherung es bezahlen und der Patient es auch tatsächlich erwerben muss. Mit Disease Management-Programmen können zudem die Patienten identifiziert werden, die nicht die Produkte des jeweiligen Anbieters wählen.

Anfang des 21. Jahrhunderts hat sich das Kräfteverhältnis im amerikanischen Gesundheitswesen verlagert. Die HMOs sind bei weitem nicht mehr so mächtig, ihr Ansehen ist schwer beschädigt. Versicherte sind auch aufgrund des anbieterfreundlichen Arbeitsmarktes im letzten Jahrzehnt selbstbewusster geworden und wehren sich vehement gegen immer häufigere Fälle von Behandlungsverweigerungen. In den letzten Jahren sind die Gesundheitskosten wieder rasant gestiegen, die Amerikaner sind mit fast 14 Prozent des Bruttoinlandsproduktes international die Favoriten bei den Gesundheitsausgaben, ohne dass sich das in einem messbaren Qualitätsvorteil niederschlägt.⁴ Der starke Kostenanstieg wird unter anderem dem enormen Verwaltungsaufwand der HMOs zugeschrieben. Viele Gesundheitsexperten sehen diese Art von Managed Care daher als reformbedürftig. Umso größere Hoffnungen werden in Disease Management-Programme gesteckt, als eine

Möglichkeit, sowohl chronisch Kranke besser zu versorgen als auch Kosten zu sparen.

■ 3. Der Einfluss des Internets auf die Struktur des Disease-Managements-Marktes

Der Disease Management-Markt wird stark von Gewinninteressen bestimmt, da die Versicherungen bereit sind, große Summen in derartige Projekte zu investieren. Die Internet-Industrie beispielsweise ist ein aktiver Gestalter der Struktur von Disease Management-Programmen und verspricht sich hohe Profite. LifeMasters Supported SelfCare Inc. ist eine von vielen Firmen, die Gesundheitsservice über das Internet anbieten:⁶ Assoziierte Patienten rufen die entsprechende Website auf, geben ihre persönlichen medizinischen Daten ein, bekommen mit einem Passwort online ihren Krankheitsverlauf und -status verbildlicht und können zudem mit medizinischem Personal chatten. Es liegt auf der Hand, dass durch diese Art Beratung hohe Kosten gespart werden können, da wertvolle Informationen einfach weitergegeben und Arztbesuche eingeschränkt werden können. LifeMasters hat sein Einkommen letztes Jahr um 300 Prozent steigern können und erwartet mehr als 10 Millionen Dollar Einnahmen dieses Jahr.⁷ Der Einsatz des Internets bei Disease Management-Programmen eröffnet den Anwendern neue Möglichkeiten in der Gesundheitsversorgung.⁸ Patienten suchen heutzutage sowieso vermehrt Rat über das Internet und es ist ein zusätzliches Medium, um die Bevölkerung zu informieren und gegebenenfalls anzuleiten. Ein weiterer Vorteil ist, dass eine tägliche Kontrolle stattfinden kann. Vertreter der Industrie führen an, dass es Patienten beruhigen und motivieren kann, wenn sie immer – wenn gewünscht – eine aktuelle Einschätzung ihres Gesundheitszustandes und entsprechende Tipps erhalten. Diabetiker beispielsweise geben die Werte ihres Blutzuckerspiegels ein und bekommen den Monatsverlauf und eine Einschätzung veranschaulicht. Herzpatienten, deren Blutdruck zu hoch ist, erhalten eine warnende E-Mail.

Das System funktioniert allerdings nur, wenn das Programm auch regelmäßig und korrekt genutzt wird. Neben diesem hohen Pflegeaufwand ist ein weiterer Nachteil, dass – auch wenn die Amerikaner wie keine andere Bevölkerung das Internet nutzen – doch längst nicht alle an das Internet angeschlossen sind. Gerade die eigentliche Zielgruppe der Disease Management-Programme, die chronisch Kranken, besteht zum größten Teil aus der älteren, computerunerfahrenen Bevölkerung. Gemäß einer Studie der Cyber Dialogue Inc. nutzen lediglich 12 Prozent der über 65-jährigen regelmäßig das Internet.⁹ Die eigentliche Herausforderung für die Internetindustrie ist es, Datenschutz zu gewährleisten. In den USA gibt es keinen gesetzlichen Datenschutz, sondern lediglich Bestimmungen für einzelne Bereiche. Gerade Patienten mit chronischen Krankheiten, die ein gewisses soziales Stigma bergen, wie z.B. Depressionen, befürchten eine Transparenz ihrer online preisgege-

nen persönlichen Daten. Der Einsatz des Internets im Disease-Management-Markt birgt neben den zahlreichen Chancen also auch erhebliche Risiken, in jedem Fall aber ist es als alleiniges Kommunikationsmittel momentan noch nicht für jeden Patienten geeignet.

■ 4. Der Disease-Management-Markt in den Vereinigten Staaten

Ein großer Unterschied zwischen dem amerikanischen und dem deutschen Gesundheitswesen besteht darin, dass es in Amerika keine bundeseinheitliche Gesundheitsversorgung gibt, die allen Bürgern den gleichen wohnortnahen Zugang zu einem gesetzlich definierten Leistungskatalog bietet, unabhängig von Alter, Geschlecht, Einkommen und Familienstand. Die Gesundheitssysteme sind zudem in den einzelnen Staaten sehr unterschiedlich. Es gibt hunderte Disease-Management-Programme, die nicht nach gesetzlich festgelegten Standards entwickelt wurden. Obwohl dieser einheitliche Rahmen fehlt, sind die einzelnen Disease-Management-Programme doch ähnlich organisiert und nach medizinischen Standards und Leitlinien ausgerichtet. Im Folgenden wird ein Überblick zur Struktur des amerikanischen Disease-Management-Marktes verschafft, indem Disease Management-Programme exemplarisch bezüglich ihrer Organisation, Entwicklung und Akzeptanz vorgestellt werden. Die Disease-Management-Programme müssen sich sowohl in kurz- als auch in langfristiger Betrachtung an den beiden von ihnen selbst gesetzten Zielen prüfen lassen:

1. Welche Art von Disease-Management-Programmen sind geeignet Kosten zu sparen?
2. Mit welchen Disease-Management-Programmen werden chronisch Kranke besser versorgt?

Disease-Management-Programme lassen sich von der Anbieterseite in zwei Arten unterteilen: Erstens in Programme, die von kommerziellen Disease-Management-Firmen entwickelt und an Arbeitgeber, HMOs oder die staatlichen Krankenversicherungen verkauft werden („carve-out-model“) und zweitens in Programme, die von Leistungserbringern – meistens Ärztenetzen – oder innerhalb der HMOs organisiert werden („in-house-model“).¹⁰

■ 4.1 Programme von kommerziellen Disease-Management-Firmen („carve-out-model“)

Mehr als 200 Firmen in den USA verkaufen ihre Disease-Management-Programme an HMOs, Krankenhäuser und Arbeitgeber. Die meisten davon sind mit einem Arzneimittelhersteller assoziiert.

Merck-Medco, welches zu Merck gehört, begann 1993 Disease-Management-Programme für über 20 Krankheiten zu entwickeln. Merck-Medco hat Zugang zu den rund 50 Millionen Konsumenten von Merck-Produkten und kann anhand ihres Arzneimittelverbrauches chronisch Kranke ausfindig machen. Bei dem Diabetes-Programm beispielsweise werden den identifizierten Diabetes-Kran-

ken Fragebögen zugesandt, mit deren Hilfe sie dann in Hoch- oder Niedrigrisikogruppen eingeschätzt werden. Niedrigrisikopatienten erhalten Briefe mit allgemeinen Tipps zum Blutzuckerspiegelmessen usw. Ihre Ärzte werden mit Informationen über die Leitlinien der Amerikanischen Diabetes Organisation versorgt. Hochrisikopatienten erhalten beratende Anrufe von Merck-Medco Apothekern. Merck-Medco berechnet seinen Kunden, d.h. den Arbeitgebern oder HMOs, eine monatliche Kopfpauschale pro eingeschriebenem Diabetes-Patienten. Arbeitgeber kaufen das Programm, weil sie sich Kostenersparungen errechnen. Eine Studie mit über 1000 Diabetikern vom Typ 1 zeigt, dass die Kosten nach Einführung des Merck-Medco Disease-Management-Programmes um 9 Prozent gesunken sind und 20 Prozent weniger diabetesbedingte Krankenhausaufenthalte nötig waren.

Cardiac Solutions ist spezialisiert im Management von Herzkrankheiten und hat Verträge mit großen HMOs wie Humana, Oxford Health Plans, PacifiCare und United Health Care. Die Versicherten, die bei den oben genannten HMOs versichert sind und entweder einen Infarkt, eine Angioplastie, eine Bypass-Operation oder Herzinsuffizienz erlitten haben, werden dazu angehalten, an dem Programm teilzunehmen. Auf diese Art und Weise erhalten 9000 Patienten Hilfe von einem Disease Manager, der mit dem Ziel, Krankenhauseinweisungen und Notfallaufnahmen zu reduzieren, je nach Fall Beratung zur Raucherentwöhnung und Ernährung organisiert.

Die Einspareffekte dieser und weiterer Disease-Management-Programme sind überzeugend, aber werden sie auch dem Ziel gerecht, chronisch Kranke besser zu versorgen? Vor allem bei den kommerziellen Disease-Management-Programmen bestehen folgende Risiken:

1) Vernachlässigung von Prävention

Disease Management ist definitionsgemäß ein ganzheitliches Konzept, welches darauf aufbaut, den gesamten Lebenszyklus einer Krankheit koordiniert zu behandeln und nicht nur ambulante und stationäre Leistungen, sondern auch rehabilitative und präventive Leistungen zu bieten.¹¹ Disease-Management-Programme greifen aber schwerpunktmäßig, wenn Versicherte nachweislich chronisch erkrankt sind und nicht bei Personen, die zwar aufgrund gewisser Risikofaktoren wie Übergewicht, falsche Ernährung, Nikotingenuss usw. für eine chronische Krankheit disponiert, aber noch nicht offensichtlich erkrankt sind. Es wird der Disease-Management-Bewegung vorgeworfen, einen zu großen Anteil der knappen Ressourcen für die – wenn auch optimale – Versorgung Kranker auszugeben, zu Lasten von Maßnahmen, diese kostenintensiven Krankheiten im Vorfeld zu verhindern.¹²

2) Vernachlässigung der Niedrigrisikopatienten

Es kann sich kurzfristig rechnen, eher die kleinere Gruppe von Hochrisikopatienten im Blickfeld zu haben, deren Behandlungen häufig

und teuer sind. Das bedeutet allerdings zugleich eine Vernachlässigung der kurzfristig weniger gefährdeten chronisch Kranken.

3) Übergewicht des Arzneimitteleinsatzes

Die Disease-Management-Firma eines Arzneimittelherstellers hat ein natürliches Interesse, den Absatz ihrer Produkte zu steigern, weshalb nicht auszuschließen ist, dass eine medikamentöse Behandlung im Vergleich zu alternativen Behandlungsmöglichkeiten (Ernährungsumstellung, Operationen, Psychotherapien usw.) in der Entwicklung des Disease-Management-Programmes überbetont wird. Das muss nicht immer im Interesse des Kranken liegen.

4) Untergraben der hausärztlichen Versorgung

Der chronisch Kranke, der in die Obhut eines Disease-Management-Managers genommen wird und anhand des speziellen Programmes, mit welchem seine Versicherung kontrahiert hat, behandelt wird, wird tendenziell von der hausärztlichen Versorgung separiert. Der persönliche Arzt des chronisch Kranken, der hauptsächlich die Grundversorgung wahrnimmt, hat wesentlich weniger Einfluss auf und Überblick über die Versorgung seines Patienten, wenn dieser an einem Disease-Management-Programm partizipiert, bei dem er nicht mitwirkt. Hausärzte können zum Teil nicht mehr an die Fachärzte und Krankenhäuser weiterverweisen, mit denen sie bisher zusammengearbeitet haben, falls diese nicht mit dem speziellen Disease-Management-Programm des Patienten assoziiert sind. Chronisch Kranke haben zumeist zusätzliche Gesundheitsbeschwerden, die nicht in direktem Zusammenhang mit der Hauptkrankheit stehen und besser von dem Hausarzt überblickt und eingeschätzt werden können. Patienten werden tendenziell nicht mehr insgesamt betrachtet, sondern als Zugehörige zu einer oder eventuell mehrerer Risikogruppen, weshalb Gegner eines Systems, welches von kommerziellen Disease-Management-Programmen dominiert wird, eine „Balkanisierung der Krankheiten“ befürchten.¹³ Es könnte sich abzeichnen, dass Hausärzte auf Dauer immer mehr von der Behandlung chronisch Kranker ausgeschlossen werden und langfristig auch im Wissen zurückfallen.

Ist das Disease-Management-Programm sehr erfolgreich, muss der sinkende Einfluss des Hausarztes nicht grundsätzlich nachteilig für den Patienten sein, in jedem Falle aber ist die Betreuung unpersönlicher und weniger auf den Einzelnen zugeschnitten. Wie oben dargestellt, ist es ja gerade ein Charakteristikum des Disease Management, nicht auf den konkreten Patienten mit seinen individuellen Bedürfnissen zu fokussieren, sondern ganze Patientengruppen standardisiert zu versorgen. Ein Ausdruck dafür ist der starke Einsatz des Internets, indem statt eines Arztbesuches der Kontakt zu den Patienten anhand einer Website geschaffen wird.

5) Risikoselektion

Von allen chronisch Kranken sind die besser informierten und motivierten Patienten für die Verantwortlichen eines Disease-

Management-Programmes interessanter, weil diese besser geeignet sind, die Regeln eines Programmes zu befolgen („compliance“) und bereit sind, aktiv ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Da die Verkäufer eines Disease-Management-Programmes beweisen müssen, dass ihr Programm Kranke besser versorgt und vor allem Kosten spart, besteht der Anreiz, diese Schicht von Patienten herauszufiltern, weil ohne diese Patienten die beiden Ziele besser erreicht werden können. Es besteht die Gefahr, dass die Versorgung von Patientengruppen, die – aus welchen Gründen auch immer – nicht an den freiwilligen Disease-Management-Programmen teilnehmen oder nicht fähig sind, die Regeln zu befolgen, zurückgelassen werden.

Kostenparaspekte können auch Einfluss auf die Auswahl und das Angebot von Disease-Management-Programmen haben, wenn sich abzeichnet, dass bestimmte Gruppen chronisch Kranker, wie vielleicht Depressive, per se eine niedrigere Compliance aufweisen.

6) Verwaltungskosten

Mit einer kommerziellen Disease-Management-Firma tritt in den Markt ein weiterer Akteur ein, der sich zwischen den Versicherer und die Personen schaltet, die das Programm letztendlich durchführen. Hat eine HMO beispielsweise mit einer Disease-Management-Firma einen Vertrag abgeschlossen, damit ihre Diabetiker Informationsklassen besuchen können, so wird die Firma ihrerseits lokales Fachpersonal unter Vertrag nehmen, die die Klassen abhalten. Es würden weniger Verwaltungskosten entstehen, wenn die HMO das lokale Fachpersonal direkt beauftragt ohne die Disease-Management-Firma als Mittelsmann einzusetzen.

■ 4.2 Programme von Versicherungsträgern oder Leistungserbringern („in-house-model“)

Disease-Management-Programme werden auch von Versicherungsträgern, Gesundheitsnetzen oder Kliniken selber angeboten, ohne dass zur Entwicklung und Durchführung eine Disease-Management-Firma zwischengeschaltet ist. In einigen Fällen ging die Initiative, ein Disease-Management-Programm zu entwickeln und anzuwenden, von den Leistungserbringern selber aus. Harvard Vanguard beispielsweise ist ein medizinisches Netz in Boston, welches den Herzpatienten der 550 Netz-Leistungserbringer ein Disease-Management-Programm gegen Herzinsuffizienz anbietet.¹⁴ Drei für das Programm abgestellte Krankenschwestern sehen die jeweiligen Patienten regelmäßig, schätzen ihren medikamentösen Bedarf ein und klären sie über die Möglichkeiten zur Eigenvorsorge auf. Diese Kräfte arbeiten dabei eng mit den Hausärzten und mit Kardiologen zusammen. Das Programm scheint erfolgreich zu sein, denn bei den eingeschriebenen Patienten konnten Notfallaufnahmen im Untersuchungszeitraum um 92 Prozent und Krankenhauseinweisungen um 40 Prozent ge-

senkt werden. Der Präsident der Disease Management Association of America führt den Erfolg im Vergleich zu kommerziellen Disease-Management-Programmen darauf zurück, dass das Programm von den behandelnden Ärzten entwickelt wurde, die sich für das Gelingen verantwortlich fühlen und selber motiviert sind, was sich wiederum auf die Beteiligung und die Compliance der Patienten auswirkt.¹⁵ Ein Grund, warum es bis jetzt noch nicht flächendeckend Ärzte-Disease-Management-Programme gibt, ist die Vergütung. Initiatoren beklagen sich darüber, dass es für Disease Management-typische Leistungen wie Aufklärung keinen Vergütungscode gibt und die Versicherungsträger nur sehr zögerlich bereit sind, die Aufwendungen zu vergüten und die Einsparungen zu honorieren. Einige Netze, wie die Brown and Toland Medical Group in San Francisco beispielsweise, mussten daher ihre Disease-Management-Programme wieder zurückfahren.

Als „in-house-Modelle“ gelten auch Disease-Management-Programme, die von den Versicherungsträgern angeboten werden. Statt einen Vertrag mit einer Disease-Management-Firma abzuschließen, beauftragt die HMO in ihrem Haus ein Team von Leistungserbringern mit der Durchführung eines Disease-Management-Programmes. Ebenso wie die zahlreichen Programme der kommerziellen Disease-Management-Firmen gibt es auch bei diesen „in-house-Modellen“ eine Vielzahl unterschiedlich organisierter und unterschiedlich erfolgreicher Angebote für chronisch Kranke. In der Branche führend gelten u.a. die Disease-Management-Programme von folgenden Versicherungsträgern: Lovelace Health Systems¹⁶, Harvard Pilgrim Health Care, Kaiser Health Plan und Health Cooperative of Puget Sound. Das Diabetes-Disease-Management-Programm der Group Health Cooperative of Puget Sound wird im Folgenden exemplarisch dargestellt.

Das Diabetes-Programm der Group Health Cooperative of Puget Sound¹⁷

Die Group Health Cooperative of Puget Sound (GHC) ist eine non-for-profit HMO, die im US-Bundesstaat Washington 400.000 Mitglieder hat. Davon sind ca. 15.000 Mitglieder an Diabetes erkrankt, welche von über 200 Hausärzten in 25 Kliniken rund um Puget Sound grundärztlich versorgt werden. Im Jahre 1994 wurde das von einem interdisziplinären Team entwickelte gruppenspezifische, evidenzbasierte und patientenzentrierte Diabetes-Programm eingeführt. Es ist gruppenspezifisch, weil Diabetikergruppen anhand von Namensregistern systematisch identifiziert werden. Es ist evidenzbasiert, weil jegliche Entscheidungen auf wissenschaftlichen Daten beruhen und spezifische Leitlinien verwendet werden, die auf klinischen Studien beruhen. Das Programm ist patientenzentriert, weil es die Patienten ermutigen und befähigen will, eine aktive Rolle als Manager ihrer Krankheit einzunehmen (vgl. Tabelle „Schlüsselemente...“).

Schlüsselemente des GHC-Diabetes-Programms

Schlüsselemente:	Eigenschaften
Namensregister	gruppenspezifisch
Diabetes-Expertenteam	
Netzhautscreening	evidenzbasiert
Untersuchung der Füße	
Mikroalbuminbestimmung	
Glukose-Kontrolle	
Patientenbuch	Patientenzentriert

Namensregister: Jedem Arzt wird in elektronischer Form regelmäßig eine Auflistung seiner Diabetes-Patienten gesendet, aus der auch hervorgeht, wann der letzte Besuch stattfand und wie die Resultate der routinemäßigen Untersuchungen wie der Hämoglobinwert etc. ausgefallen sind.

Diabetes-Expertenteam: Die Hausärzte oder das Team der grundärztlichen Versorgung werden dazu aufgefordert, ihre Patienten von Zeit zu Zeit zusammen mit einem Diabetologen und einer speziell ausgebildeten Krankenschwester zu behandeln und zu beraten. 1997, also vier Jahre nach Einführung des Programmes, fanden mindestens einmal im Jahr 259 Besuche des Diabetes-Expertenteams statt, 167 Besuche zweimal im Jahr.

Netzhaut-Screening: Vor Beginn des Diabetes-Programmes haben sich nur 43 Prozent der Diabetiker der GHC einer ausführlichen Netzhautuntersuchung unterzogen, Ende 1998 waren es 70 Prozent. Anhand der Namensregister hat der augenärztliche Dienst die Patienten identifiziert, die eine Untersuchung benötigen und diese dann gemäß anerkannter Leitlinien veranlasst.

Untersuchung der Füße: Der Anteil von Diabetikern, die einmal im Jahr eine Untersuchung ihrer Füße in Anspruch genommen haben, wurde im Untersuchungszeitraum von 20 Prozent auf 82 Prozent gesteigert. Die stärkere Fußvorsorge hatte aber leider keine Verminderungen von neuen Geschwüren und Amputationen zur Folge gehabt.

Mikroalbuminbestimmung: Zusammen mit speziellen Laboratorien wurde eine eigene Leitlinie entwickelt, die eine einfach handhabbare und günstige Bestimmung des Eiweißgehaltes im Urin erlaubt. Ende 1998 haben sich 70 Prozent der Patienten regelmäßig testen lassen.

Glukose-Kontrolle: Auch für die Glukose-Bestimmung wurde eine eigene Leitlinie entwickelt, wobei das Arzneimittel Metformin eingesetzt wird. Vor Beginn des leitliniengestützten Glukose-Screenings haben sich 73 Prozent der Diabetiker mindestens ein-

mal jährlich testen lassen und hatten einen durchschnittlichen HB A1c-Wert von 8 Prozent. 1998 hat sich der Anteil der zu Testenden auf 90 Prozent erhöht und deren durchschnittlicher HB A1c-Wert ist auf etwas weniger als 7,6 Prozent gesunken.

Patientenbuch: Die behandelnden Ärzte statten ihre Patienten mit einem Patientenbuch („right track-notebook“) aus, in dem Informationen standardisiert festgehalten werden. Das Heft enthält außerdem Informationen zur adäquaten Lebensweise und Arbeitsblätter, die regelmäßig ausgefüllt werden sollen. Der Einsatz weiterer patientenzentrierter Instrumente wie Telefonanrufe einer Diabetes-Krankenschwester und Gruppentreffen von Diabetikern beruhen auf dem Patientenbuch. Ende 1998 wurden 5603 Hefte von Patienten benutzt.

Nutzen und Kosten des Programmes: Die Zufriedenheit der Diabetes-Patienten bezüglich der gesamten Versorgungsqualität ist laut Umfragen signifikant gestiegen. Die gesamten Behandlungskosten für die Diabetiker, die an dem GHC-Disease Management-Programm teilgenommen haben, sind von 1995 bis 1997 um 11 Prozent gesunken (vgl. Tabelle „Einspareffekte...“). In erster Linie konnten Krankenhauseinweisungen und -liegezeiten vermindert werden, was bei den restlichen Versicherten der GHC nicht der Fall war. Allerdings wurde die geringere Inanspruchnahme von Spezialisten um 23 Prozent nicht nur für die Diabeteskranken, sondern für alle Patienten der GHC erzielt.

Einspareffekte des Disease-Management-Programmes der GHC pro Diabetes-Kranken

	1995	1997
Krankenhauseinweisungen/ 1000	289,9	240,6
Durchschnittliche Liegedauer in Tagen	4,52	4,07
Hausarztbesuche	6,4	5,98
Facharztbesuche	3,92	3,01
Notfallaufnahmen	0,18	0,17
Gesamte monatliche Kosten in US\$	566	504

■ 5. Einschätzung des Disease-Management-Marktes in den Vereinigten Staaten

Disease-Management-Programme haben zwei Ziele, erstens Kosteneinsparungen und zweitens eine Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker. Die untersuchten und der Öffentlichkeit zugänglichen Disease-Management-Programme in den USA erreichen anhand der gewählten Erfolgsindikatoren diese Ziele. Vor allem die angeführten Kosteneinsparungen sind beeindruckend, obwohl die Anfangsinvestitionen wie erhöhter Personalaufwand, gegebenenfalls Ausstattung der Patienten mit Software oder medizinischen

Geräten etc. gegengerechnet werden müssen. Zusammengefasste Größen aller Programme, die sich im allgemeinen Gesundheitsstand der Amerikaner und in den totalen Gesundheitsausgaben der USA niederschlagen, sind nicht verfügbar. Die Betrachtung des Themas Disease Management ist in Amerika insgesamt sehr stark auf den Kosten- und weniger auf den Qualitätsaspekt fokussiert, ist Disease Management doch „the child of cost controllers“.¹⁸ Die optimale Versorgung chronisch Kranker wird immer als Ziel von Disease Management genannt, aber eigentlich nur an zweiter Stelle. Was passiert mit Disease Management, wenn sich herausstellt, dass dieses Instrument Kranke besser versorgt, aber nicht immer Kosten einspart oder sogar mehr Ressourcen im Gesundheitswesen erfordert?

„In-house-Modelle“ wie das Diabetes-Programm der GHC setzen bei dem behandelnden Arzt eines chronisch Kranken an. Sie greifen den Patienten nicht aus seinem vertrauten Versorgungsumfeld heraus, sondern haben das Ziel, die schon bestehende grundärztliche Versorgung, meistens durch den Hausarzt, anhand von strukturierten Behandlungsprogrammen zu optimieren und zu ergänzen, weshalb sie auch „primary care-based-model“ genannt werden.¹⁹ Etliche GesundheitsökonomInnen favorisieren diese Art von Disease-Management-Programmen, weil damit Risiken kommerzieller Programme vermindert werden könnten wie Übergewicht des Arzneimitteleinsatzes, Untergraben der hausärztlichen Versorgung, exponentiell steigende Verwaltungskosten im Gesundheitswesen und vor allem Risikoselektion. Im Vergleich zu „in-house-Modellen“ ist die Gefahr bei kommerziell angebotenen Disease-Management-Programmen größer, Einsparungen möglicherweise durch Risikoselektion zu erzielen. Eine Disease-Management-Firma ist nicht für die gesamte Versichertenpopulation verantwortlich, sondern nur für die am Programm teilnehmenden Patienten. Deshalb mögen die chronisch Kranken attraktiver erscheinen, denen mehr Eigenverantwortung und Motivation zugetraut wird und mit denen sich eher kurzfristige Einsparungen nachweisen lassen.

Die möglichen Gefahren kommerzieller Programme sprechen nicht grundsätzlich gegen das Vorhandensein von Disease-Management-Firmen auf dem amerikanischen Markt, ging doch die Initiative und die Entwicklung erster Disease-Management-Programme, von denen heute profitiert wird, auf kommerzielle Anbieter zurück. Eine Herausforderung aller Disease-Management-Programme ist es, die langfristigen Folgen zu berücksichtigen, denn auch die von HMOs organisierten Disease-Management-Programme sind vor dem Hintergrund zu sehen, dass kurzfristige Erfolge attraktiv sind, weil die Versichertenpopulation einer HMO in den USA sehr stark fluktuiert. Die „in-house-Modelle“ sind momentan noch nicht in der Lage, flächendeckend Disease Management anzubieten. Das Gelingen von reinen Ärzte-Disease-Management-Programmen scheitert oft noch an der unbefriedigend gelösten Frage der Vergütung. Nicht alle Versicherungen

kommen für hauseigene Disease-Management-Programme in Frage, weil sie z.B. aufgrund ihrer Größe nicht die geeignete Versichertenpopulation aufweisen.

Nach einer maximalen Laufzeit von zehn Jahren ist es verfrüht, die Art und Weise, wie die Disease-Management-Programme organisiert sind, als Garantie für zukünftigen Erfolg zu werten. Amerikanische Gesundheitswissenschaftler warnen davor, dass es nicht auszuschließen ist, dass Disease Management in der Bewertung das gleiche Schicksal ereilen könnte wie die HMOs, da schließlich beide Organisationsformen auf der Idee gesteuerter und zusammengefasster Gesundheitsversorgung beruhen²⁰: Nach anfänglichen Prophezeiungen, Managed Care durch HMOs sei der Beginn optimierter Versicherungs- und Versorgungsstrukturen, ist die internationale Euphorie nach dem Bekanntwerden erheblicher Versorgungsmängel und wieder steigender Kosten verklungen. Zeigt sich in den nächsten Jahren, dass die Erfolge der bestehenden Disease-Management-Programme nur kurzfristiger Natur waren, wäre das ein enormer Rückschlag für diese Bewegung im Gesundheitswesen, die momentan sehr motiviert weiterentwickelt wird und die noch hohe Wachstumspotenziale hat. Die Zukunft von Disease Management muss in Amerika vor dem Hintergrund gesehen werden, dass nur eine Gruppe chronisch Kranker überhaupt die Möglichkeit hat, an einem Programm teilzunehmen: die Versicherten. Bei über 40 Millionen Amerikanern, die überhaupt keinen Versicherungsschutz haben, ist der Anteil chronisch Kranker, die per se ausgeschlossen sind, erheblich. Es wäre daher wünschenswert, wenn Disease Management langfristig nicht nur die beiden gesetzten Ziele Effizienz und Versorgungsoptimierung erreichen würde, sondern auch einen flächendeckenden Zugang für alle chronisch Kranken ermöglicht. ♦

Fußnoten

- 1 Can these patients - and their money - be saved?, Washington Post, 6.3.2001.
- 2 Hunter DJ, Fairfield G: Disease Management, British Journal of Medicine, 1997, Vol. 315, S. 50-53.
- 3 Disease-control plans rise at US HMO's: Cost effect unclear, Dow Jones International, 8.8.2001.
- 4 Disease-control plans rise at US HMO's: Cost effect unclear, Dow Jones International, 8.8.2001.
- 5 World Health Organization: World Health Report 2000.
- 6 Sylvia Pagan Westphal: Disease-management firms see Internet as prescription for growth medicine: web sites are helping the industry gain the attention of investors, patients and care professionals, Los Angeles Times, 22.5.2000.
- 7 Sylvia Pagan Westphal: Disease-management firms see Internet as prescription for growth medicine: web sites are helping the industry gain the attention of investors, patients and care professionals,

- Los Angeles Times, 22.5.2000.
- 8 Boston Consulting Group: Vital Signs: The impact of e-health on patients and physicians, Boston 2001.
 - 9 Sylvia Pagan Westphal: Disease-management firms see Internet as prescription for growth medicine: web sites are helping the industry gain the attention of investors, patients and care professionals, Los Angeles Times, 22.5.2000.
 - 10 Bodenheimer, Thomas: Disease Management in the american market, British Journal of medicine, 2000, Vol. 320 und Bodenheimer, Thomas: Disease Management - promises and pitfalls, New England Journal of Medicine, 1999, Vol.340, S. 1202-1205.
 - 11 Disease Management. Patient und Prozess im Mittelpunkt, Hrsg: Greulich, Andreas u.a., Heidelberg 2000, Kap.2.2.
 - 12 Can these patients - and their money - be saved?, Washington Post, 6.3.2001.
 - 13 Disease Management seeks to duck threat of „Balkanization“, Medicine&Health Perspektiven, 7.7.1997.
 - 14 Cross, Margaret Ann: Some medical groups prefer to grow their own Disease Management program, in: Managed Care, Jan. 2000.
 - 15 Cross, Margaret Ann: Some medical groups prefer to grow their own Disease Management program, in: Managed Care, Jan. 2000.
 - 16 ausführlich in deutscher Sprache dargestellt in: Greulich, Andreas u.a. (Hrsg.): Disease Management. Patient und Prozess im Mittelpunkt, Heidelberg 2000, S.179-204.
 - 17 Folgende Ausführungen beruhen maßgeblich auf dem Artikel von McCulloch, David K. u.a.: Improvement in diabetes care using an integrated population-based approach in a primary care setting, in: Disease Management, 2000, Vol.3, S.75-82.
 - 18 Bodenheimer, Thomas: Disease Management - promises and pitfalls, New England Journal of Medicine, 1999, Vol.340, S. 1202-1205.
 - 19 Bodenheimer, Thomas: Disease Management - promises and pitfalls,

New England Journal of Medicine, 1999, Vol.340, S. 1202-1205.
20 u.a. Bodenheimer, Thomas: Disease Management in the american market, British Journal of medicine, 2000.

Literatur

Bodenheimer, T. : Disease Management in the american market, British Journal of medicine, 2000, Vol. 320.
Bodenheimer, T. : Disease Management - promises and pitfalls, New England Journal of Medicine, 1999, Vol.340, S. 1202-1205.
Boston Consulting Group: Vital Signs: The impact of e-health on patients and physicians, Boston 2001.
Burns, H.: Disease Management and the drug industry: carve out or carve up?, Lancet 1996, Vol. 347, S. 1021-1023.
Greulich, A. u.a. (Hrsg.): Disease Management. Patient und Prozess im Mittelpunkt, Heidelberg 2000.
Hunter, D. J., Fairfield, G.: Disease Management, British Journal of Medicine, 1997, Vol. 315, S. 50-53.

Websites

Website der Fachzeitschrift Managed Care:
www.managedcaremag.com

Website der National Library of Medicine:
www.medlineplus.gov

Website der Fachzeitschrift Disease Management:
www.liebertpub.com

DIE AUTORIN



Heidi Nadolski

1995 Abschluss als Dipl.-Volkswirtin (sozialwissenschaftliche Richtung) mit dem Schwerpunkt Gesundheitsökonomie an der Universität Köln. Bis 1997 Wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion

im Gesundheitswesen. Anschließend persönliche Assistentin des Ersten Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung,

Seit Oktober 2000 Referentin und Beraterin der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Washington DC: – Forschungen zum amerikanischen Gesundheitswesen, insbesondere zum Versicherungs- und Vergütungssystem – Organisation und inhaltliche Vorbereitung von Delegationen deutscher Gesundheitsexperten in den USA in Zusammenarbeit mit der Deutschen Botschaft und politischen Stiftungen.