

# Integrierte Patientenversorgung Disease Management Programm

Ist ein DMP für  
Schilddrüsenerkrankungen  
geeignet, notwendig,  
umsetzbar ?

**KABEG**  
KLINIKUM KLAGENFURT  
AM WÖRTHESSEE

## Definition

- **Disease-Management-Programme**, kurz **DMPs**, sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Patienten, die auf wissenschaftlich gesicherten aktuellen Erkenntnissen basieren (Evidenzbasierte Medizin).

## **Kernelemente eines Disease Management-Programms (Disease Management Association of America):**

- **Prozesse und Methoden zur Identifizierung von Zielgruppen** für Disease Management-Programme
- **Assessments**, die die genauen Bedürfnisse (physische, psychische, ökonomische und auch das Lebensumfeld betreffende Bedürfnisse) der PatientInnen erheben.
- **Proaktive Präventionsprogramme**, die die Awareness der Bevölkerung bei den entsprechenden Krankheiten oder Risikoarten heben sollten.
- **Patientenzentrierte Ziele im Gesundheitssystem und Patientenschulungsprogramme**, die sowohl die Primärprävention, Maßnahmen zur Verhaltensänderung als auch die Erhöhung der Compliance beinhalten können.
- **Patientenschulungsprogramme** zur Erhöhung des Selbstmanagements der PatientInnen
- **Regelmäßiges Reporting und Feedbackschlaufen** an die am Programm beteiligten Personen. Dieses Reporting und diese Feedbackberichte sollen sowohl patientenorientierte, leistungserbringerorientierte als auch auf das Gesundheitssystem bezogene Parameter beinhalten.
- **Kontinuierliche Evaluation** des implementierten Programms, die wiederum klinische, ökonomische und patientenorientierte Parameter enthalten, um das Programm stetig weiter entwickeln zu können.

aus Wissenschaft und Praxis, Schwerpunkt Vorsorge, Disease Management Programme in Österreich,  
S.Seereiner, P.Beck

- Kerneigenschaften:
  - **vertikale Vernetzung der Leistungserbringer in allen Versorgungsstufen** (Prävention, Kuration, Rehabilitation) und somit eine integrierte Behandlung über den gesamten Lebenszyklus einer Krankheit.
  - **Integration aller Sektoren im Gesundheitswesen.** Diese Integration kann unterschiedlich ausgeprägt sein, so kann sie von loser Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Leistungserbringern bis zur Übernahme von finanzieller Verantwortung und Kooperationsverträgen reichen.
  - **Aufweichung der strikten Trennung zwischen ambulantem und stationärem Bereich**
  - **Erbringung von Leistungen an PatientInnen in richtigem Ausmaß und vor allem auf der geeigneten Stufe im Gesundheitswesen.**
- Disease Management-Programm soll chronisch kranke PatientInnen durch Prävention, Kuration und auch Rehabilitation weitgehend vor Folgeschäden bewahren.
- Ein wesentliches Ziel von Disease Management ist, dass die HausärztInnen in der Versorgung die erste Anlaufstelle von PatientInnen sind, die in ein Disease Management-Programm eingeschrieben sind.

aus Wissenschaft und Praxis, Schwerpunkt Vorsorge, Disease Management Programme in Österreich,  
S.Seereiner, P.Beck

## Greiner, W. (2004): Ökonomische Aspekte des Disease-Managements. Nomos Verlagsgesellschaft.

- „eine integrierte Versorgung chronisch Kranker, welche zum Ziel hat [...], auf der Grundlage von Behandlungsleitlinien die Qualität der Versorgung und deren Kosteneffektivität kontinuierlich zu verbessern“.
- Voraussetzungen für ein Disease-Management-Programm sind:
  - Evidenzbasierte Behandlungsleitlinien
  - Gemeinsame Betreuungsmodelle, welche Ärzte und andere Patientenbetreuer beinhalten
  - Schulungen für das Selbstmanagement von Patienten
  - Prozess- und Ergebnisqualitätsmessung, Evaluation und Management
  - Protokollierung und Feedback-Kreislauf

# Regeln für die Teilnahme am DMP

- Regelmäßiges Aufsuchen des Arztes auf der Grundlage vereinbarter DMP-Termine.
- Werden die Kontrolltermine nicht eingehalten, erinnert die zuständige Krankenkasse (in der Regel telefonisch) die Patienten an die nötige Kontrolluntersuchung.
- Werden innerhalb eines Jahres zwei aufeinander folgende Dokumentationen nicht eingereicht, endet die Teilnahme am DMP (gesetzliche Regelung).
- Patienten haben das Recht, sich nach einer Kündigung erneut in ein DMP einschreiben zu lassen.

## Vorteile einer Teilnahme (DMP Diabetes)

- Behandlung nach aktuell gesicherten medizinischen Erkenntnissen und kontinuierliche Betreuung.
- Lückenlose Dokumentation des Krankheitsverlaufs und aktuelle kurzfristige Anpassung der [Therapie](#).
- Die Teilnahme an [Patientenschulungen](#) wird von der Krankenkasse finanziert.
- Bei Bedarf sofortige Überweisung zum Facharzt: [Augenarzt](#), [Neurologe](#), [Internist](#) oder [Fußambulanz](#).
- Die Krankenkassen ermöglichen den Zugang zu aktuellen Informationen durch Broschüren und andere Informationsmaterialien.
- Fundierte telefonische Auskünfte durch Fachärzte und [Gesundheitsberater](#) der [Krankenkassen](#).

# Welche DMP werden aktuell durchgeführt:

## Deutschland:

- Die Disease-Management-Programme nach RSAV (Risikostrukturausgleich-Verordnung) wurden mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 10. Dezember 2001 eingeführt.
- Sie sind den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) vorbehalten, da die Anzahl der am DMP teilnehmenden Patienten sich auf die Berechnung des [Risikostrukturausgleichs](#) auswirkte.
- Die [Indikationen](#), für die DMP nach RSAV durchgeführt werden können, werden vom [Gesetzgeber](#) festgelegt. Im Einzelnen sind dies zurzeit:
  - [Brustkrebs](#),
  - [Diabetes mellitus Typ II](#),
  - [Koronare Herzkrankheit](#) (KHK),
  - [Diabetes mellitus Typ I](#),
  - Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen ([COPD](#)),
  - [Asthma bronchiale](#).
  - Weitere Indikationen (wie [Demenz](#)) sind in Vorbereitung



# DMP in Österreich am Beispiel: „Therapie Aktiv“

- Innovationsprojekt des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherung.
- **2003** wurde die **Steiermärkische Gebietskrankenkasse** mit der Entwicklung der Grundlagen für ein DMP Diabetes beauftragt. Ziel war es ein Disease Management Programm in Österreich zu etablieren.
- Die Einführung erfolgte im Rahmen von **Reformpoolprojekten** der teilnehmenden Bundesländer ab 2007.
- Mit Beschluss der Trägerkonferenz im Dezember 2007 wurde das **Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV)** in den Regelbetrieb übernommen und fungiert seither als Nahtstelle zwischen Versicherten, Vertragspartnern, Sozialversicherungsträgern und Gebietskörperschaften.
  
- Bisher nehmen Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Vorarlberg und Wien am Disease Management Programm „Therapie Aktiv“ teil.
- Im Burgenland und in Kärnten ist „Therapie Aktiv“ bisher nicht umgesetzt worden.
- Tirol hatte seit März 2008 mit einem Pilotprojekt ohne Flächendeckung an „Therapie Aktiv“ teilgenommen, das aber mit 31.12.2010 beendet wurde.
- Im Burgenland existiert ein regionales Betreuungsprogramm, während in Kärnten und Tirol Patientenschulungsprogramme umgesetzt sind.
- In OÖ wurde ein anderes Diabetiker-Betreuungsprojekt geboten und 2011 in „Therapie Aktiv“ übergeführt.

aus Wissenschaft und Praxis, Schwerpunkt Vorsorge, Disease Management Programme in Österreich,  
S.Seereiner, P.Beck

## Tabelle 1

### Elemente von „Therapie aktiv“ (2)

Organisationsmanagement

Patientenempowerment

Behandlungspfade

Informationssysteme

Fortbildung

Datenmanagement

Ökonomische Evaluation

Qualitätsmanagement

- Aufbau der Infrastruktur und Definition der Prozesse (zusätzlich notwendige Aufgaben sollten soweit als möglich durch bereits bestehende Institutionen wahrgenommen werden)
- Stärkung der Eigenverantwortung durch Schulung und Motivation
- Erstellung von krankheitsspezifischen Behandlungsschemen und Überweisungsrichtlinien (Schnittstellenkonfiguration) nach EBM
- Elektronische Unterstützung aller DMP Prozesse
- Permanente Weiterbildung der Leistungserbringer nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen
- Elektronische Unterstützung aller DMP Prozesse (Einschreibung von PatientInnen, medizinische Dokumentation und die geplante Erstellung von Feedbackberichten)
- Messung des medizinischen Outcomes und Steuerung des DMP, Unverzichtbares Element zur Betrachtung der Behandlungsergebnisse relativ zu den eingesetzten Kosten
- Analyse der Dokumentation und ständige Verbesserungen

aus Wissenschaft und Praxis, Schwerpunkt Vorsorge, Disease Management Programme in Österreich,  
S.Seereiner, P.Beck

## *Schlussfolgerungen – Empfehlungen für Österreich*

- In Österreich steht die Umsetzung von „Therapie Aktiv“ weiterhin vor Problemen. Im internationalen Vergleich hat Österreich dabei mit mehreren ungünstigen Faktoren zu kämpfen, die über das Disease-Management hinaus Bedeutung haben:
  - So dürfte die **Arzt-Patient-Beziehung**, durchaus auf Wunsch beider Seiten, **paternalistischer** gestaltet sein.
  - Gleichzeitig dürfte eine **höhere Skepsis bzgl. Leitlinien in der österreichischen Ärzteschaft** vorliegen, was die Adoption der Idee Disease-Management insgesamt erschwert.
  - Auch die **traditionelle Ausrichtung des Gesundheitswesens auf Reparatur statt Vorsorge** fördert in den Köpfen die Idee von Disease-Management nicht.

## *Schlussfolgerungen – Empfehlungen für Österreich*

- **administrative Aufwand** : Erleichterung durch Administration über das E-Card-System und durch Schulungen von Ordinationshilfen
- **finanzieller Anreiz** für Ärzte zur Kompensation des (erwarteten) Mehraufwandes durch die Beteiligung an einem DMP **essenziell**
- Patienten werden in Österreich hauptsächlich über ihre Ärzte gewonnen. Nur die wenigsten wären bereit, für die Teilnahme an einem Disease-Management-Programm ihren behandelnden Arzt zu wechseln.
- **Förderung der Compliance**
  - durch umfassende Informationen die Vorurteile nehmen
  - Hinweis auf den langfristigen Therapieerfolg
  - eingehen individuell auf die Erwartungen und Persönlichkeitsmerkmale des Patienten
  - Einbeziehung des familiären Umfeldes in die Behandlung z. B. im Rahmen von Beratungsgesprächen

Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus Typ 2: Was kann Österreich bei der Umsetzung noch lernen?  
Health System Watch IV/2011. Thomas Czypionka, Marcel Kalmar, Susanna Ulinski \*

## *Schlussfolgerungen – Empfehlungen für Österreich*

- **Rolle des Pflegepersonals:** eine andere als in den Niederlanden oder England und somit die spezialisierte Diabetes-Pflegekraft nicht vorhanden, welche den Arzt entlasten und so dem Patienten mehr Zeit widmen könnte.
- **Anreiz für die Ärzte:** in Deutschland und den Niederlanden größer, die Kassen können im Bereich der integrierten Versorgung auch selektive Verträge abschließen.
- **Vorherrschen von Einzelpraxen:** keine Synergien, Überforderung durch unvermeidliche Administration
- **veränderten Rolle der Ärzte und des Arzt-Patienten-Verhältnisses:** noch mangelnde Bereitschaft. Ein wichtiger Ansatzpunkt dafür sind entsprechende Informationen und Begleitung.
  - In Deutschland werden den Ärzten beispielsweise Arztberater zur Seite gestellt, welche die Praxen regelmäßig besuchen und zu allen Fragen rund um Disease-Management-Programme beraten.
  - Außerdem sind die Bereitstellung von Informationsmaterial und die Präsenz in Presse und Medien wichtig.

Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus Typ 2: Was kann Österreich bei der Umsetzung noch lernen?  
Health System Watch IV/2011. Thomas Czypionka, Marcel Kalmar, Susanna Ulinski \*

**Tabelle 3: Vorteile und Nachteile von Disease-Management für das Gesundheitssystem**

Vorteile für das Gesundheitssystem	Nachteile für das Gesundheitssystem
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bessere Ergebnisse</li> <li>Einführung von Best-Practice-Verfahren</li> <li>Ergebnismessung</li> <li>Kosteneffektivität</li> <li>Beständigkeit der Behandlung</li> <li>Verbesserte Allokation der Ressourcen</li> <li>Verbessertes gesamtes System</li> <li>Größere Kooperation zwischen den verschiedenen Teilen des Gesundheitssystems</li> <li>Nahtlose Versorgung</li> <li>Weniger stressvoll für die involvierten Fachkräfte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Könnte mehr Kosten verursachen</li> <li>Beansprucht Zeit und bindet Startkapital</li> <li>Kann bei der Einführung zu Aufruhr führen</li> <li>Schwierigkeit, die Mitarbeiter davon zu überzeugen</li> <li>Schwierigkeit, Änderungen vorzunehmen, sobald installiert</li> <li>Könnte eine vorübergehende Mode sein</li> <li>Könnte Rigidität verursachen und Innovationen blockieren</li> </ul>
Vorteile für Ärzte	Nachteile für Ärzte
<ul style="list-style-type: none"> <li>Möglichkeit, effektiv zusammenzuarbeiten</li> <li>Gute und stabile Beziehungen zu anderen</li> <li>Guter Zugang zu Informationen</li> <li>Höhere Professionalität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bedrohung der klinischen Freiheit</li> <li>Statuseinbußen</li> <li>Nähere Aufsicht</li> <li>Interessenskonflikt zwischen den Wünschen der Patienten und den protokollarischen Vorgaben</li> <li>Verändert die Arzt-Patienten-Beziehung und das dahinterliegende Vertrauen</li> </ul>
Vorteile für Patienten	Nachteile für Patienten
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bessere Ergebnisse</li> <li>Besser informierte Patienten</li> <li>Größere Beteiligung</li> <li>Kontinuität und Konsistenz der Behandlung</li> <li>Gesundheitsversorgung ist patientenzentrierter</li> <li>Präventive Behandlung</li> <li>Mögliche schnellere Behandlung</li> <li>Richtlinien sind an den Patienten orientiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einschränkungen bei der Behandlung</li> <li>Behandlung könnte als unnötig empfunden werden</li> <li>Erhöhte Verantwortung und mehr Entscheidungen, die Patienten nicht auf sich nehmen wollen könnten</li> </ul>

Quelle: Hunter, Fairfield 1997, S. 52, (siehe Fußnote 82).

Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus Typ 2: Was kann Österreich bei der Umsetzung noch lernen?  
Health System Watch IV/2011. Thomas Czypionka, Marcel Kalmar, Susanna Ulinski \*

## Sind chronische Schilddrüsenerkrankungen (DTC) für ein DMP geeignet ?

- **Prozesse und Methoden zur Identifizierung von Zielgruppen** für Disease Management-Programme

Maligne Grunderkrankung, welche die Patienten in den meisten Fällen lebenslang begleitet

Leidensdruck durch das Gefühl, Krebs zu haben

Wissensdefizit bzgl. der individuellen Prognose, Risikoeinschätzung

Regelmässige Kontrolluntersuchungen erforderlich

Mögliche Folgeerkrankungen durch langfristige Suppressionstherapie (myokardiale Hypertrophie, Vorhofflimmern, Osteoporose), Risiko von Zweitmalignomen nach Radiojodtherapie

Tw. unzureichende fachliche Kompetenz der Primärversorger

# Ist ein DMP für das DTC sinnvoll ?

	DTC
<i>Patientenempowerment:</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patienten eng an Schilddrüsenzentrum gebunden, dadurch Compliance relativ gut, hohe Motivation</li><li>• Ausser Metastasierungsrisiko (T3,4,N1) keine dramatischen Spätkomplikationen (Niereninsuffizienz, Blindheit etc.)</li><li>• Keine diätischen Massnahmen (ausser vor RJT,dGKS), keine Life-Style-Modifikation erforderlich</li><li>• Kontrollen nicht so engmaschig erforderlich (z.B.tägliche BZ-Messungen)</li><li>• Grossteil der Patienten (90 %) dauerhaft in Remission</li></ul>
<i>Leitlinienimplementierung /Behandlungspfade:</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Guidelines vorhanden, dennoch österreichweit bislang kein einheitliches Therapie- und Nachsorgeschema bzw. Behandlungspfade (OGN,ÖSDG)</li><li>• Schnittstellenkonfiguration fehlt (Überweisungsrichtlinien)</li></ul>
<i>Information/Fortbildung:</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Informationsbrochüren vorhanden, Webauftritt (ÖSDG) dzt. vorwiegend für Ärzte, fachspezifische Intensivschulung (Ärzte,Pflege) nicht erforderlich</li></ul>



# Ist ein DMP für das DTC sinnvoll ?

	DTC
<i>Integrative Versorgung:</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zentrale Betreuung durch Schilddrüsenzentren</li><li>• Integrative Betreuung (Zusammenarbeit mit Hausärzten, Selbsthilfegruppen) verbesserungswürdig (Fortbildungen, gemeinsame Veranstaltungen)</li><li>• Digitale Vernetzung bislang unzureichend (Links zu Selbsthilfe, Patientenforum)</li><li>• Einbindung der SV (Thyrogen !)</li></ul>
<i>Qualitätsmanagement</i>	Feedbackmechanismen nicht vorhanden:  Von Seiten der Leistungserbringer: <ul style="list-style-type: none"><li>• Dokumentation (Zentren, OGN, ÖSDG)</li><li>• Benchmarking (OGN, ÖSDG)</li><li>• Reminder (Zentren)</li></ul> Von Seiten der Leistungsempfänger (Patienten): <ul style="list-style-type: none"><li>• Patientenbefragung (Selbsthilfe, Zentren)</li></ul>
<i>Ökonomische Evaluation:</i>	Sinnvoll ? (DTC-Nachsorge Kosten << Langzeitbetreuung von Diabetespatienten)
<i>Honorierung:</i>	Kosten-Nutzen Relation fraglich



- Die Gesundheitskosten eines Menschen mit Diabetes mellitus liegen je nach Vorhandensein von Folgekrankheiten **um 30–400 % über jenen eines Nichtdiabetikers**.
- Die direkten Kosten des Diabetes und seiner Folgekrankheiten **in Österreich** werden auf **4,8 Mrd. Euro pro Jahr** geschätzt.
- In Mitteleuropa betrug die Kostensteigerung seit 2000 inflationsbereinigt **28 %**.
- Für 2030 lassen sich daher auf Basis aktueller Zahlen und Trends Kosten von mehr als **8 Mrd. Euro** prognostizieren.

## **Cost-effectiveness analysis of papillary thyroid cancer surveillance.**

Wang LY1, Roman BR1, Migliacci JC1, Palmer FL1, Tuttle RM2, Shaha AR1, Shah JP1, Patel SG1, Ganly I1. Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York

Cancer. 2015 Dec 1;121(23):4132-40. doi: 10.1002/cncr.29633. Epub 2015 Aug 17.

### **BACKGROUND:**

- measure the relative cost-effectiveness of disease surveillance of low-risk PTC patients versus intermediate- and high-risk patients.

### **METHODS:**

- between 2000 and 2010, 1087 pts. were included for analysis. The numbers of postoperative blood tests, imaging scans and biopsies, clinician office visits, and recurrence events were recorded for the first 36 months of follow-up. Costs of surveillance were determined with the Physician Fee Schedule and Clinical Lab Fee Schedule of the Centers for Medicare and Medicaid Services.

### **RESULTS:**

- The cost of surveillance for each recurrence in the **low-, intermediate-, and high-risk categories** detected was **US \$147,819, US \$22,434, and US \$20,680**, respectively.

### **CONCLUSIONS:**

- The cost to detect a recurrence in a low-risk patient is more than 6 and 7 times greater than the cost for intermediate- and high-risk PTC patients. It is difficult to justify this allocation of resources to the surveillance of low-risk patients. Surveillance strategies for the low-risk group should, therefore, be restructured.

■ **Table 3.** Summary of Evidence for Disease Management Program Outcomes by Condition

Disease	Clinical Processes	Health-related	Disease Control	Clinical Outcomes	Healthcare Utilization	Financial Outcomes	Patient Experience
	Adherence to Evidence-based Guidelines	Changes in Behaviors	Changes in Intermediate Measures		Changes in Utilization of Services		Satisfaction, Quality of Life, Etc
<b>CHF</b>	<b>Improved</b>	Inconclusive evidence	<b>Improved</b>	Inconclusive evidence	<b>Reduced hospital admission rates</b>	Inconclusive evidence	<b>Improved</b>
<b>CAD</b>	<b>Improved</b>	Evidence for no effect	<b>Improved</b>	Evidence for no effect	Inconclusive evidence	Inconclusive evidence	Insufficient evidence
<b>Diabetes</b>	<b>Improved</b>	Evidence for no effect	<b>Improved</b>	Insufficient evidence	Inconclusive evidence	Inconclusive evidence	Insufficient evidence
<b>Asthma</b>	Inconclusive evidence	Inconclusive evidence	Inconclusive evidence	Evidence for no effect	Inconclusive evidence	Evidence for no effect	Insufficient evidence
<b>COPD</b>	Insufficient evidence	Insufficient evidence	Inconclusive evidence	Insufficient evidence	Insufficient evidence	Insufficient evidence	Insufficient evidence
<b>Depression</b>	<b>Improved</b>	N/A	<b>Improved</b>	Inconclusive evidence	Increased utilization	Increased cost	<b>Improved</b>

Codes: N/A: not applicable, as no relevant health-related behaviors for depression exist.

Disease-end point combinations in which disease management seems to achieve the intended result are shaded.

Source: RAND analysis using identified articles.

CHF indicates congestive heart failure; CAD, coronary artery disease; COPD, chronic obstructive pulmonary disease.

Soeren Mattke, MD, DSc; Michael Seid, PhD; and Sai Ma, PhD. Evidence for the Effect of Disease Management: Is \$1 Billion a Year a Good Investment? *Am J Manag Care.* 2007;13:670-676

## DMP-DTC: Things to do

- **Assessments der Bedürfnisse der Patienten**  
Erhebung durch Selbsthilfegruppen, Sozialversicherungen
- **Proaktive Präventionsprogramme**  
Informationsbrochüren, Publikationen, Vorträge (z.B. MiniMed, Gesundheitsmessen)
- **Patientenschulungsprogramme,**  
Stärkung der Compliance (Patientenseite)
- **Behandlungspfade,** von denen in begründeten Fällen jedoch auch abgewichen werden kann.  
Entwicklung von Behandlungspfaden (ÖSDG, ÖGNMB)
- **Fortbildung der Primärversorger**  
Fachspezifisch: DFP-Fortbildung der ÄK  
Schulung der Ärzte bzgl. der administrativen Abläufe

## DMP-DTC: Things to do

- **Honorierung**

Honorierung der teilnehmenden Ärzte bzgl. administrativen Mehraufwand (SV, Gesundheitsfond)

Honorar für die Patientenschulung (SV)

- **Informationssysteme**

Elektronische Unterstützung aller Prozesse (SV, ÄK)

- **Regelmäßiges Reporting und Feedbackschlaufen.**

Sozialversicherungen, Selbsthilfegruppen, SD-Zentren – „Thyroid survey“

- **Kontinuierliche Evaluation**

FH (Gesundheitsmanagement)

# Voraussetzungen für ein Disease-Management-Programm:

- Damit die Therapie einer Krankheit mittels Disease-Management-Programm zielführend ist,
  - benötigt sie ein **hohes Maß an Koordination**,
  - sie muss **kostenintensiv** sein und
  - es müssen **klare Erkenntnisse über Krankheitsverlauf und Therapiemaßnahmen** vorliegen.
- Je höher die Koordinationskomplexität der Behandlung durch mehrere Leistungserbringer ist, desto größer sind auch die Transaktionskosten.
- Ein weiterer Aspekt für ein Disease-Management-Programm ist, dass die **Compliance und die Lebensweise der Patienten für einen günstigen Krankheitsverlauf zentral** sind.

Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus Typ 2: Was kann Österreich bei der Umsetzung noch lernen?  
Health System Watch IV/2011. Thomas Czypionka, Marcel Kalmar, Susanna Ulinski \*

## Voraussetzungen für ein Disease-Management-Programm:

Voraussetzungen für DMP	DTC
<ul style="list-style-type: none"> <li>Evidenzbasierte Behandlungsleitlinien</li> </ul>	mit Einschränkungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gatekeeperfunktion des Hausarztes/-ärztin</li> </ul>	Nein, zentral
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gemeinsame Betreuungsmodelle, welche Ärzte und andere Patientenbetreuer beinhalten</li> </ul>	To do (SD-Zentrum, HA, Selbsthilfe)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Schulungen für das Selbstmanagement von Patienten</li> </ul>	Notwendig ?
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hohes Maß an Koordination erforderlich</li> </ul>	nein
<ul style="list-style-type: none"> <li>Erkrankung muss kostenintensiv sein</li> </ul>	<< DM
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prozess- und Ergebnisqualitätsmessung, Evaluation und Management</li> </ul>	To do
<ul style="list-style-type: none"> <li>Protokollierung und Feedback-Kreislauf</li> </ul>	To do



# Ist ein DMP für das DTC sinnvoll ?

- DTC erfüllt nicht alle Grundvoraussetzungen für ein DMP
  - Nur ein Bruchteil der Patienten hat eine lebenslange chronische Erkrankung mit Spätkomplikationen (Metastasierung)
  - Kosten <<< chronische Behandlung von Diabetespatienten (Patientenanzahl, Komplikationen)
  - Patienten überwiegend intramural betreut, weniger Eigenverantwortung im extramuralen Bereich
  - Selbstmessungen/-überwachung nicht erforderlich, keine wesentliche Life-Style-Modifikation
- Teilaspekte im Sinne einer integrativen Patientenversorgung sicher sinnvoll
  - einheitliches Therapie- und Nachsorgeschema bzw. Behandlungspfade (OGN, ÖSDG)
  - Verbesserung der Integrativen Betreuung (Zusammenarbeit mit Hausärzten, Selbsthilfegruppen) (Fortbildungen, gemeinsame Veranstaltungen)
  - Vernetzung bislang unzureichend (Links zu Selbsthilfe, Patientenforum)
  - Etablierung von Feedbackmechanismen
  - Dokumentation, Benchmarking, Reminder, Patientenbefragung
  - Richtige Zuordnung der anfallenden Kosten – intramural vs. extramural (Thyrogeen !)