



In den Startlöchern

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind die besten Garanten für die Qualität von Disease-Management-Programmen.

Wie ein Allheilmittel werden sie präsentiert: Die im Rahmen der Reform des Risikostrukturausgleichs geplanten Disease-Management-Programme. Bestätigt von Sachverständigen wie dem Kölner Gesundheitsökonom Professor Karl Lauterbach will Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt diese strukturierten Behandlungsprogramme so rasch wie möglich einführen. Ursprünglich auf 2003 terminiert, plädieren unter dem wachsenden ökonomischen Druck auf die gesetzliche Krankenversicherung nun auch andere SPD-Politiker für eine vorgezogene Einführung bereits Anfang 2002.

Für solche strukturierten Behandlungsprogramme soll es im Rahmen des Risikostrukturausgleichs Fördergelder geben. Die Krankheiten, für die bis zu sieben Disease-Management-Programme aufgelegt werden sollen, machen 60 Prozent des Leistungsgeschehens aus. Um diese Gelder zu erhalten, stehen alle Krankenkassen bereits heute in den Startlöchern. Sie wollen Ausgaben verhindern und zusätzliche Einnahmen realisieren. Die Qualität der Versorgung scheint dabei nur noch von sekundärem Interesse.

Die Garanten für eine hochwertige Versorgung werden derzeit außen vor gelassen: Eine Beteiligung der Ärzteschaft an den Programmen ist nicht vorgesehen. Der geplante § 137 g des Sozialgesetzbuches V legt vielmehr fest, dass allein die Spitzenverbände der Krankenkassen die Anforderungen an zu fördernde Disease-Management-Programme zu benennen haben. Eine bessere Versorgung ist hingegen nur dann zu erzielen, wenn wir Ärzte von Anfang an beteiligt werden. Ansonsten dürfte die hohe ökonomische Anreizwirkung auf die Kassen die medizinische Qualität in den Hintergrund drängen.

Dass die Ärzteschaft die Qualität solcher Programme sichern und diese umsetzen kann, ist vielfach bewiesen. Strukturierte Versorgungsmodelle werden auf ärztliche Initiative bereits seit Jahren praktiziert. So haben wir in Nordrhein mit unseren Diabetes-Vereinbarungen quasi ein Pilotprojekt für ein erfolgreiches Disease-Management-Programm ent-

wickelt – lange bevor die Politik diesen Begriff in die öffentliche Diskussion gebracht hat.

Die vorliegende Drei-Jahres-Bilanz der Diabetes-Vereinbarungen zeigt, dass wir in Nordrhein den richtigen Weg hin zu einer besseren Versorgung von Diabetikern eingeschlagen haben. Die Fakten sprechen dabei für sich: So konnte bei fast der Hälfte der Patienten mit hohen HbA_{1c}-Werten eine signifikante Reduktion erreicht werden. Darüber hinaus sank der diastolische Blutdruck von Diabetikern mit Werten über 90 mmHg um durchschnittlich 14 mmHg – und damit auch das Risiko von Folgeerkrankungen wie Herzinfarkten, Erblindungen und Amputationen (*siehe hierzu auch Seite 13 in dieser Ausgabe*).

Die Vereinbarungen, in deren Rahmen knapp 1.400 diabetologisch geschulte Hausärzte und 100 Schwerpunktpraxen fast 120.000 Patienten betreuen, zeigen aber auch, dass „Qualität statt mehr Geld“ oder gar „Qualität mit weniger Geld“ nicht zu haben ist. Vielmehr muss die Versorgungsqualität im Einklang mit den zur Verfügung stehenden Mitteln sein.

Verschließen sollten wir Ärzte uns den Plänen zur Einführung solcher Programme jedoch nicht. Denn durch ein Jahrzehnt der Budgetierung ist es zu erheblichen Defiziten gekommen – gerade bei der Behandlung und Betreuung von chronisch Kranken. Im Interesse unserer Patienten sollten wir uns vielmehr an die Spitze dieser Bewegung setzen und mit medizinischem Sachverstand Vorschläge für solche Behandlungsprogramme unterbreiten. In der KV Nordrhein steht ein Modell zum Mammakarzinom kurz vor dem Abschluss. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erarbeitet derzeit strukturierte Vertragsmodelle für Asthma, Bluthochdruck, Herzschwäche, koronare Herzkrankheiten und Depression. Und mit den nordrheinischen Vereinbarungen liegt ein Pilotprogramm für Diabetes bereits vor.

*Dr. Peter Potthoff
Stellvertretender Vorsitzender der
Kassenärztlichen Vereinigung
Nordrhein*