



## DIABETOLOGISCHE SCHWERPUNKTPRAXIS

# Wir wollen, dass die Füße dranbleiben

Der regelmäßige Check von Zeh, Ferse und Co. bei Zuckerkranken gehört zum Alltag in der diabetologischen Schwerpunktpraxis von Dr. Nikolaus Scheper. Er ist Anlaufstelle für Patienten und Hausärzte, die an einem Disease-Management-Programm teilnehmen. **Peter Hirte** hat sich bei ihm umgesehen.

**U**nd? Bringt es etwas, das Disease-Management-Programm (DMP) für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2? Dr. Nikolaus Scheper, Arzt mit diabetologischer Schwerpunktpraxis in Marl, stimmt zu. „Zumindest sehe ich mehr Fußverletzungen. Die werden jetzt aufmerksamer wahrgenommen als früher.“ Das gerät ja hinter den Diskussionen um den Risikostrukturausgleich der Krankenkassen und die so viel gescholtene „Kochbuchmedizin“ leicht in Vergessenheit: Dass es sich beim Diabetes um eine chronische Krankheit handelt, die, anfangs unbemerkt von den Patientinnen und Patienten, schwere Folgeschäden hervorrufen kann. Und dass es das Ziel des Programms vor allem ist, das Risiko von Herzinfarkten, Schlaganfällen, Erblindung und Nierenversagen deutlich zu verringern – und auch die Zahl von jährlich 25.000 Amputationen von Teilen des Fußes oder der Beine

bei Diabetikern zu reduzieren. Oder wie Dr. Scheper das seinen Patienten im nördlichen Ruhrgebiet sagt: „Wir wollen dafür sorgen, dass die Füße dranbleiben.“

**In die diabetologische Schwerpunktpraxis** kommen Patienten in der Regel dann, wenn ihr Hausarzt einen Fachmann hinzuziehen will. Das ist zum Beispiel bei den erwähnten Fußverletzungen der Fall, häufiger bei einer Verschlechterung der Blutzuckerwerte, die Hausarzt und Patient nicht in den Griff bekommen. Etwa zwei Quartale werden die meisten Diabetiker in der Schwerpunktpraxis betreut, ehe sie wieder in die Obhut ihres Hausarztes entlassen werden. Dr. Scheper schätzt, dass sich gut die Hälfte seiner Patienten in ein DMP eingeschrieben haben. Die regelmäßige Kontrolle der Blutzuckerwerte und des Blutdrucks ist ebenso zentraler

Bestandteil des Programms wie die standardisierte Fußuntersuchung und der jährliche Besuch beim Augenarzt. „Diese feste Struktur ist ein wesentlicher Vorteil des Programms für die Patienten.“ Außerdem werden sie besser über ihre Krankheit informiert und darin geschult, mit Diabetes zu leben. Auch diese Schulungen bietet die Praxis an.

**Aber gelten Diabetiker nicht als schwierige Klientel**, wenn es darum geht, sie von der Notwendigkeit von Verhaltensänderungen zu überzeugen? Von mehr Bewegung zum Beispiel? Oder von weniger fettem Essen, damit sie abnehmen und endlich ihren Blutzucker senken? Dr. Scheper, der auch Sportmediziner ist, lehnt sich entspannt zurück, und es sieht ein wenig so aus, als hätte er die Frage erwartet. „Ich bin überzeugt, dass jeder zu irgendetwas zu motivieren ist. Man darf den Brotkorb nur nicht zu hoch hängen. Ich halte nichts davon, den Patienten zu sagen: Nimm du erst mal ab, dann geht auch dein Blutzucker zurück.“ Stattdessen sorgt er mit Insulin oder einer medikamentösen Therapie für einen niedrigen Blutzuckerwert und freut sich mit seinen Patientinnen und Patienten schon, wenn die es schaffen, ihr Gewicht zu halten. „Wenn man zu übergewichtigen Patienten vom Abnehmen spricht und wie wichtig das ist, dann hören die gar nicht mehr zu, weil sie es schon so oft gehört haben. Das Wort ‚Diät‘ ist deshalb in dieser Praxis ein Tabu.“ Lieber sprechen Dr. Scheper und das Praxispersonal auch während der Schulungen von „gesunder Ernährung“. Schließlich senkt ja auch, wer Kochsalz durch Kräuter ersetzt, seinen Blutdruck und reduziert damit das Risiko makrovaskulärer Krankheiten, von Herzinfarkt und Schlaganfall. Wissenschaftler legen sogar einen Schwerpunkt darauf. Sie haben nachgewiesen, dass Diabetiker, denen es gelingt, einen niedrigeren Blutdruck zu erreichen, dadurch ihre Lebenserwartung steigern können, ganz unabhängig von einer Therapie der Blutzuckerwerte.

Wenn seine Kollegen bei Veranstaltungen zur ärztlichen Schulung die Sache mit dem Brotkorb anders sehen und meinen, das könne doch nicht so schwierig sein, einfach weniger zu essen, dann zieht Dr. Scheper eine Parallele, die im Kreis der zum Teil rauchenden Mediziner auf Anhieb einleuchtet: „Ich sage dann, versetzen Sie sich in den Patienten. Wenn zu Ihnen jemand sagt, hören Sie doch mit dem Rauchen auf, das ist gesundheitsschädlich, dann hören Sie ja auch nicht auf. Sie kennen das Risiko genau, aber Sie machen trotzdem weiter wie bisher.“ Außerdem ist Marl nicht Baden-Baden. Wer sich gesund ernähren will, der muss in der Regel mehr Geld dafür aufwenden. Dr. Scheper: „In Zeiten, in denen das Geld knapper wird, wird auch am Essen gespart.“

**Vielleicht ist es dieses Verständnis für die Patienten**, das dazu führt, dass Dr. Schepers Praxis so gut ausgelastet ist. 800 Patienten pro Quartal bringen die Praxis an ihre Kapazitätsgrenze. „Wir wissen kaum, wie wir die Arbeit schaffen sollen.“ Qualifiziertes zusätzliches Personal ist nur schwer zu bekommen.

Wahrscheinlich ist aber auch der kollegiale Umgang mit den zuweisenden Hausärzten für den Andrang mitverant-



**Disease-Management im Alltag: Von der Sensibilitätsprüfung des Fußes mit dem Stimmgabeltest (oben) über die Blutdruckmessung (Mitte) bis zur Dokumentation der Behandlungsschritte (unten) dient jeder Schritt dem Wohl des Patienten.**

wortlich. Die Patienten werden von ihrem Hausarzt an den Fachmann in der diabetologischen Schwerpunktpraxis überwiesen und kehren nach erfolgreicher Behandlung wieder zu ihrem Hausarzt zurück. Das ermöglicht eine optimale Be-



**Wer sich bewusst ernährt, hat den Zucker leichter im Griff: Patientenschulungen gehören in der Diabetologischen Schwerpunktpraxis im besten Sinne zur Routine – ein Pluspunkt für Teilnehmer von Disease-Management-Programmen.**

treuung der Patienten und sichert zudem die ökonomische Basis der Hausärzte. Wo der Hausarzt befürchten muss, seine Patienten auf Dauer an den Fachkollegen zu verlieren, kann eine eventuell notwendige Überweisung möglicherweise so lange hinausgezögert werden, bis dem Patienten Schaden entstanden ist. Dr. Scheper geht sogar soweit, dass er in der Patientenkartei einen Sperrvermerk anbringt. Wer bei dem Diabetologen in Behandlung war, hat mehrere Quartale keine Chance, in den Patientenstamm der Gemeinschaftspraxis aufgenommen zu werden, zu der außer ihm noch sein Bruder und seine Schwägerin gehören, beide Ärzte für Allgemeinmedizin mit dem Schwerpunkt Diabetes.

„Wer glaubt, Disease-Management-Programme engen die ärztliche Therapiefreiheit ein, der irrt sich“

**Zurück zu den Disease-Management-Programmen.** Engen sie denn die Therapiefreiheit des behandelnden Arztes nicht doch ein? Ist was dran an dem Vorwurf der Medizin nach Einheitsrezept? „Wer das behauptet“, sagt Dr. Scheper, „hat die entsprechenden Regelungen meistens nicht gelesen. Die sehen nämlich vor, dass grundsätzlich Therapien angewandt werden sollen, die ihre Wirksamkeit in wissenschaftlichen Studien bewiesen haben. Das finde ich vernünftig. Im Einzelfall kann der Arzt jederzeit zu anderen Mitteln greifen, er muss allerdings begründen, warum. Und das finde ich auch vernünftig.“

Bleibt als Vorwurf der Papierkram. Der Hausarzt füllt die DIN-A4-Bögen in der Regel von Hand aus. Das wird zum Beispiel im Rahmen des DMP „Curaplan“ der AOK Westfalen-Lippe mit 25 Euro für den Anmeldebogen und 15 Euro

für jeden Folgebogen honoriert. Der Bogen wirkt, vor allem vor seiner Überarbeitung im März 2004, die spürbare Erleichterungen gebracht hat, auf die Mediziner unnötig bürokratisch. Trotzdem haben sich fast 80 Prozent der Hausärzte in Westfalen-Lippe zur Teilnahme bereit erklärt.

Für die diabetologische Schwerpunktpraxis lohnt sich die Anschaffung eines EDV-Programms, das die Eintragungen auch auf Vollständigkeit und Plausibilität prüft und Nachfragen der Erfassungsstelle vermeiden hilft. Dr. Scheper vermisst bislang die versprochenen Rückmeldungen: Daten aus der eigenen Praxis wie

die Entwicklung der Blutzucker- und Blutdruckwerte sowie die Häufigkeit von Folgeerkrankungen sollen mit den Durchschnittswerten aller DMP-Praxen verglichen werden. Diese Vergleichswerte stehen ihm ab Juni zur Verfügung. Stattdessen nutzt Dr. Scheper zwischenzeitlich das Forum Qualitätssicherung in der Diabetologie (FQSD). Hier kann er seine Daten mit denen anderer diabetologischer Schwerpunktpraxen vergleichen, die sich im FQSD zusammengeschlossen haben und freiwillig ihre Werte offenlegen.

Trotz der Anlaufschwierigkeiten – aus Sicht von Dr. Scheper muss beim bürokratischen Aufwand und beim Datenmanagement weiter nachgebessert werden – fällt das Urteil des Diabetologen aus Marl positiv aus: „Die medizinischen Inhalte des Disease-Management-Programms sind richtig. Und die strukturierteren Abläufe erhöhen die Qualität unserer Arbeit.“ ♦

Peter Hirte ist freier Journalist in Bonn.

# Die DMPs sind auf dem richtigen Weg

Seit etwa 15 Monaten bieten die gesetzlichen Krankenkassen Disease-Management-Programme (DMP) an. Wie beurteilt die Politik die bisherige Entwicklung? Antworten von **Klaus Kirschner** (SPD), Vorsitzender des Bundestagsausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung.



Klaus Kirschner

**G+G:** Im Frühjahr 2003 sind die ersten Verträge für Disease-Management-Programme (DMP) unterschrieben worden. Wie fällt Ihre Zwischenbilanz aus?

**Kirschner:** Eindeutig positiv. Untersuchungen wie die der Prognos AG zum Diabetes-Modell in Sachsen-Anhalt zeigen, dass strukturierte Behandlungsprogramme Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung deutlich verbessern können. Ich glaube, dass die Ergebnisse noch positiver ausfallen, wenn die Programme für Koronare Herzerkrankungen starten. Das Bundesversicherungsamt muss hier jetzt zügig die Voraussetzungen schaffen. Gerade bei Herzerkrankungen werden die DMPs helfen, soziale Benachteiligungen auszugleichen, denn es handelt sich um Erkrankungen, von denen vor allem ärmere Menschen betroffen sind. Kurzum: Die DMPs sind auf dem richtigen Weg.

**G+G:** Kritiker monieren immer wieder die Verknüpfung der DMPs mit dem Risikostrukturausgleich (RSA). Welche Folgen hätte eine Trennung?

**Kirschner:** Ich antworte mit einer Gegenfrage: Welches Interesse kann eine Krankenkasse im Wettbewerb dann noch an DMP haben? Wenn eine Kasse dennoch eine besonders gute Diabetiker-Versorgung anbieten würde, vereinigen sich über kurz oder lang die Diabetiker aller Bundesländer bei ihr. Sie hätte dann hohe Ausgaben zu tra-

gen, ohne ein entsprechendes finanzielles Äquivalent: Der Beitragssatz ginge nach oben, junge und gesunde Mitglieder würden sich „billigere“ Kassen suchen. Die Krankenkassen, die ihren sozialpolitischen Auftrag ernst nähmen, würden im Wettbewerb regelrecht bestraft. An der Verknüpfung von DMP und RSA führt also kein Weg vorbei.

**G+G:** DMPs gelten bei Ärzten als kompliziert und bürokratisch. Was kann die Politik tun, um hier zu weiteren Erleichterungen zu kommen?

**Kirschner:** Mit der im März in Kraft getretenen Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung ist der Dokumentationsaufwand in den Praxen bereits deutlich verringert worden. Es reicht jetzt beispielsweise, wenn Arzt und Patient ihre Unterschrift jeweils nur noch einmal geben. Anders als das Bundesversicherungsamt es zunächst beabsichtigte, sind die einfacheren Dokumentationsbögen auch ab sofort und nicht erst ab dem 1. Juli gültig. Weitere Möglichkeiten zur Vereinfachung sehe ich derzeit nicht. Sonst wird die Dokumentation, die ja Patienten und Ärzten nützt, zur Farce.

**G+G:** Facharztverbände sehen sich durch DMPs gegenüber Hausärzten strukturell benachteiligt. Für Sie nachvollziehbar?

**Kirschner:** Ganz und gar nicht. Die DMPs kehren nur den Trend um, auch dann zum Facharzt zu gehen, wenn es eigentlich nicht nötig war. Bei den Programmen für Koronare Herzerkrankungen spielen zudem nieder- gelassene Spezialisten zwangsläufig eine

größere Rolle als bei anderen DMPs. Im Übrigen hat auch in einer sozialen Marktwirtschaft niemand eine ökonomische Bestandsgarantie – das sehen wir an den über vier Millionen Arbeitslosen.

**G+G:** DMPs sind für Experten nur ein erster Schritt in Richtung mehr flächendeckende Qualität. Wo sehen Sie weitere Möglichkeiten?

**Kirschner:** Ich setzte hier vor allem auf die Integrierte Versorgung. Durch die jüngste Gesundheitsreform haben wir die Möglichkeiten in diesem Bereich erheblich erweitert und damit auf berechnete Forderungen der Krankenkassen reagiert. Umgekehrt erwarte ich jetzt von den Kassen, dass sie die neuen Möglichkeiten konsequent nutzen. Für das zweite Halbjahr 2004 erwarte ich konkrete Vertragsabschlüsse.

**G+G:** Zum Schluss: Die Gesundheitsreform ist jetzt fast ein halbes Jahr alt. Ihr erstes Fazit?

**Kirschner:** Die positiven Auswirkungen auf die Finanzlage der Krankenkassen sind unübersehbar, auch wenn dazu vor allem die Patienten mit erhöhten Zahlungen beigetragen haben. Umso wichtiger ist für mich, dass nun alle Beteiligten die Chancen für strukturelle Verbesserungen, die die Reform mit sich gebracht hat, ergreifen. Sehr genau im Auge behalten werde ich die Entwicklung beim Zahnersatz: Wenn sich hier eine Verschlechterung der Versorgung bei den gesetzlichen Krankenkassen ab 2005 abzeichnen sollte, werde ich alles mir zu Gebote stehende unternehmen, um dies zu verhindern. ♦

# Mehr Qualität ist das A und O

Sie gehören inzwischen bundesweit zur Versorgungsrealität: Disease-Management-Programme der AOK für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2. Die ersten Erfahrungen sind durchweg positiv. Wesentlicher Grund dafür: Die Qualitätssicherung wird groß geschrieben – auch bei weiteren Programmen. **Von Rolf Hoberg**

Das Modellprogramm zeigt, dass durch eine konstruktive Zusammenarbeit in Richtung integrierter Versorgung, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus bereits in kurzer Zeit verbessert werden kann.“ So das Fazit des Prognos-Instituts aus Basel, das bis zum Ende 2002 das Diabetesmodellprojekt von AOK, IKK, Kassenärztlicher Vereinigung und ausgewählten Krankenhäusern in Sachsen-Anhalt wissenschaftlich begleitet hat. Zwei Jahre lang erhielten rund 20.000 Patienten mit Diabetes mellitus eine strukturierte Behandlung, bei der sich Haus- und Fachärzte sowie Kliniken in ihrer Zusammenarbeit aufeinander abgestimmt haben. Zugleich wurde eine Kontrollgruppe außerhalb der Modellregion beobachtet, so dass sich die Aussagen der Prognos-Studie nicht nur auf einen relativ langen Zeitraum beziehen, sondern auch Vergleiche ermöglichen.

Die Ergebnisse, die Prognos präsentieren konnte, sind überzeugend: Bei den Projektteilnehmern waren Blutzucker- (HbA1c-) und Blutdruckwert deutlich verbessert. Es gab im Vergleich zu den Kontrollpatienten weniger Fälle von Unterzuckerung, weniger stationäre Aufenthalte wegen Stoffwechsellstörungen oder Komplikationen. Die Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten sowie Krankenhäusern konnte optimiert werden.

Auch die finanziellen Aspekte sind interessant. Zwar stiegen die Kosten für die ambulante Versorgung und für diabetesbezogene Arzneimittel. Dafür wurde aber deutlich weniger für teure stationäre Aufenthalte ausgegeben. Die Prognos-Analyse beziffert die Einsparungen im Vergleich zur Regelversorgung für den Gesamtzeitraum des Projekts mit einer Million Euro.

**Steilvorlage für Disease-Management-Programme:** Eine strukturierte Behandlung verbessert nicht nur die Qualität der medizinischen Versorgung. Patienten, Ärzten und Kassen bezeichnen das Diabetesprojekt in Sachsen-Anhalt gleichermaßen als Gewinn. Dieses positive Fazit bestätigt die AOK in ihrer konsequenten Unterstützung für die Entwicklung und Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen, für deren Konzeption Modelle wie das Diabetes-Projekt in Sachsen-Anhalt als Vorlage dienen.

Disease-Management-Programme (DMPs) für Typ 2 Diabetiker bietet die AOK seit diesem Jahr flächendeckend an, in sechs Ländern laufen die Programme seit einem Jahr und län-

ger. Mit dieser Laufzeit und bundesweit mehr als einer halben Million eingeschriebener Versicherter und über 35.000 teilnehmenden Ärzten sind die DMP Diabetes mellitus Typ 2 jetzt in den Routinebetrieb gegangen.

**Qualität im Blick:** Während die Strukturqualität der an DMPs teilnehmenden Einrichtungen als eine Voraussetzung für die Einbindung in einen DMP-Vertrag schon zu Beginn der Programme eine wichtige Rolle spielte, kommen nach einjähriger Laufzeit der Programme jetzt auch neue Instrumente zum Einsatz. Dabei geht es um die Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität. Sie soll sicherstellen, dass die zentralen Intentionen der Programme – Verbesserung der medizinischen Versorgung chronisch kranker Patienten – tatsächlich umgesetzt werden.

Qualitätssicherung bedeutet in aller Kürze: die DMP-Vertragspartner definieren für verschiedene Bereiche wie allgemeine Therapie, Behandlung mit Arzneimitteln, Kooperation der Versorgungsebenen, usw. nachvollziehbare und relevante Ziele, die im Laufe des Programms erreicht werden sollen. Die vereinbarten Maßnahmen sollen helfen, diese Ziele zu erreichen. Ziele und Maßnahmen werden als Teil des DMP-Vertrages fixiert, müssen dem Bundesversicherungsamt nachgewiesen und von den Vertragspartnern regelmäßig öffentlich dargestellt werden.

Die Qualitätssicherung im DMP hat sowohl Ärzte als auch Versicherte im Blick. Während die Kassen ihre teilnehmenden Versicherten anlass- und personenbezogen über spezielle Themen oder Termine informieren, erhalten die Ärzte individuelle Feedback-Berichte und Reminder von der so genannten Gemeinsamen Einrichtung der Vertragspartner.

Grundlage jeglicher Qualitätssicherung sind die zuvor erhobenen Dokumentationsdaten. Hier wird nochmals deutlich, dass die Datenerfassung im DMP kein Selbstzweck ist, der nur Datenfriedhöfe produziert, wie im Vorfeld immer wieder vermutet wurde. Im Gegenteil: Nur durch diese strukturierte und kontinuierliche Dokumentation sind Prozesse und Ergebnisse im Programm abzubilden und zu bewerten.

**Unterstützung auf den Punkt gebracht** Die AOK hat bei der versichertenbezogenen Qualitätssicherung vor allem das Erreichen der Behandlungsziele, die Kooperation der Versorgungs-

„Die Dokumentation ist kein Selbstzweck. Vielmehr hilft sie dabei, die Behandlungsergebnisse zu bewerten“

ebenen und die aktive Teilnahme ihrer Versicherten am Programm im Blick. Zwei wichtige Therapieziele im DMP für Typ 2-Diabetiker sind die Vermeidung schwerer Stoffwechsellagen und das Erreichen der individuellen Zielvereinbarungen für den Blutdruck und den Blutzucker. Ist hier über einen bestimmten Zeitraum hinweg kein Erfolg zu verzeichnen, bekommt der Versicherte persönliche Informationsbriefe und Broschüren, die ihm die medizinischen Hintergründe des Problems erklären. Er wird auch darüber informiert, dass er als Programmteilnehmer einen Anspruch darauf hat, im Falle von Problemen an besonders qualifizierte Ärzte und Einrichtungen überwiesen zu werden.

Die Kooperation der Versorgungsebenen, also die Verzahnung der Behandlung zwischen Haus- und Facharzt sowie Krankenhaus betrifft unter anderem die jährliche Augenuntersuchung für alle DMP-Versicherten und die Überweisung an eine spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußbefund. AOK-Versicherte werden an die fällige Kontrolle beim Augenarzt erinnert. Sie erhalten zudem die Broschüre „Schau mir in die Augen, Doktor“, die über diabetische Augenerkrankungen, ihre Behandlung und mögliche Vorbeugung informiert.

„Zuckerkrank und fußgesund“ heißt eine weitere Broschüre, die AOK-Versicherte dann erhalten, wenn der Arzt einen auffälligen Fußbefund dokumentiert. Dieser Ratgeber für Diabetiker enthält neben Tipps zur Beobachtung und Pflege der Füße auch Hinweise auf spezialisierte Einrichtungen, Literatur und Kontaktadressen. Ausbleibende Folgedokumentationen sind ein Hinweis darauf, dass ein Patient seine Kontrolltermine nicht wahrgenommen hat. Auch in diesem Fall kann zum Beispiel in einem Informationsbrief auf die Bedeutung der regelmäßigen und aktiven Teilnahme am DMP hingewiesen werden.

**Standortbestimmung für Mediziner:** Bei der arztbezogenen Qualitätssicherung setzen die Vertragspartner im Wesentlichen zwei Instrumente ein: den Feedback-Bericht, der auch als Rückmeldesystem bezeichnet wird, und Reminder, also Erinnerungssysteme. Der Feedback-Bericht entsteht aus dem Langdatensatz der Dokumentation. Er gibt dem DMP-Arzt einen Überblick über die Prozess- und Ergebnisqualität der Behand-

lung seiner Patienten: Erreichen der Therapieziele, Kontrolluntersuchungen, Überweisungen, Schulungen. Gleichzeitig ermöglicht der Bericht einen Vergleich seiner Praxiswerte mit den Durchschnittswerten aller teilnehmenden Praxen einer Region. Dabei sind die personengebundenen Daten nur für den betreffenden Arzt sichtbar. Diese Feedback-Berichte können zum Beispiel als Grundlage für die Qualitätszirkelarbeit genutzt werden.

Remindersysteme haben Erinnerungsfunktion für an- und ausstehende Dokumentationen sowie für wichtige Kontroll- und Untersuchungstermine. Sie unterstützen damit die Kontinuität der Behandlung.

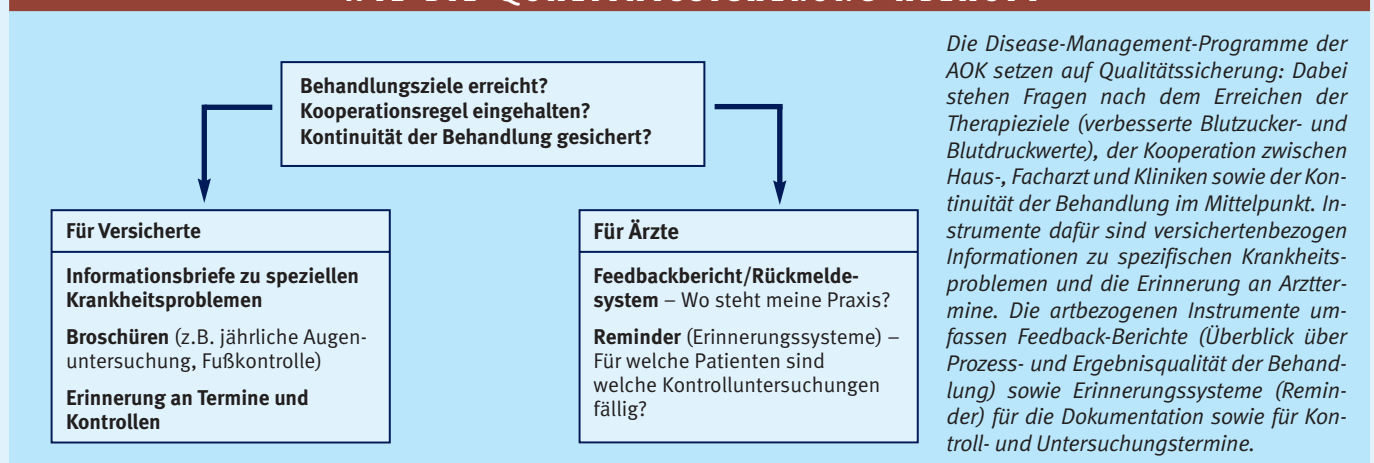
**Sind die Programme wirksam?** Endgültige Aussagen über die Wirksamkeit der strukturierten Behandlungsprogramme soll die vom Gesetzgeber vorgeschriebene Evaluation liefern. Bestandteile der Bewertung werden die Funktionsfähigkeit der Programme und ihre Auswirkungen auf die Versorgungslage hinsichtlich der Prozesse und Ergebnisse sein. Derzeit werden die Kriterien entwickelt, die für den Evaluationsprozess relevant sind.

**Das Angebot wächst:** Bisher werden den AOK-Versicherten DMPs für Typ2-Diabetiker und in einigen AOKs auch für Patientinnen mit Brustkrebs angeboten. Der erste Vertrag für ein DMP Koronare Herzkrankheit wurde in Thüringen unterschrieben – weitere werden folgen. Die AOK rechnet für die zweite Jahreshälfte mit einem breiteren Angebot für diese Patientengruppe. Darüber hinaus sind die DMPs für Typ 1-Diabetiker in Vorbereitung.

Insgesamt steht für die AOK bei der Entwicklung neuer Versorgungsformen die Qualität der medizinischen Behandlung im Vordergrund. Wichtig wird sein, aus den Erfahrungen mit den ersten DMPs zu lernen und alle Möglichkeiten zu nutzen, damit die strukturierten Behandlungsprogramme ihr Potenzial für die Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen auch wirklich entfalten können. ♦

**Dr. Rolf Hoberg** ist stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.

## WIE DIE QUALITÄTSSICHERUNG ABLÄUFT



# Disease-Management: Ein Plus

## Wir setzen auf eine bessere medizinische Behandlung

In den vergangenen Jahren hat kaum eine gesundheitspolitische Innovation inhaltlicher Art derart kontroverse Diskussionen unter allen Beteiligten ausgelöst wie die Einführung der Disease-Management-Programme für chronisch kranke Patienten. Von den Betroffenen indes sind die Programme durchaus gerne angenommen worden. Bester Beleg für diese

**Anne Hirschmann,**  
Vorsitzende des Deutschen  
Diabetiker Bundes,  
Landesverband Bayern,  
ist selbst an Diabetes  
mellitus Typ 2 erkrankt.



These ist der gute Zuspruch, den die strukturierten Behandlungsprogramme den Skeptikern zum Trotz gefunden haben – bis Ende Januar 2004 haben sich bundesweit zahlreiche Patienten in die Programme eingeschrieben. Und in Bayern haben sich nach Angaben der dortigen Kassenärztlichen Vereinigung bereits 4.700 Ärzte für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 angemeldet.

In meinen Augen stellt es – gerade aus Betroffenen­sicht – einen unschätzbaren Fortschritt dar, dass nun endlich Behandlungskonzepte gemeinsam mit dem Arzt erarbeitet und entwickelt werden. Bereits die Übereinkunft zwischen Patient und Arzt über das koordinierte weitere Vorgehen muss natürlich festgehalten werden. Durch diese aktive Beteiligung wird, was Fachleute auch bestätigen, die zu erzielende Wirkung deutlich verbessert. Denn wir als Betroffene erachten uns mitverantwortlich für den Erfolg einer Maßnahme und machen dadurch die Behandlung auch zu unserer Sache.

Uns betroffenen Patienten geht es in erster Linie darum, dass sich die Qualität der medizinischen Behandlung deutlich verbessert, unabhängig davon, bei welchem Arzt jemand in Behandlung ist. Es kann und darf nicht sein, dass die Qualität der Behandlung in erster Linie abhängig von einem Wohnort und dem dort ansässigen Arzt ist. Bestimmte aktuelle Standards in der Therapie müssen einfach eingehalten werden. Schließlich geht es um Lebensqualität, denn wir Patienten müssen mit dieser Krankheit – und den mit anderen Therapien eventuell vermeidbaren Folgeschäden – leben.

Wir Patienten wollen und haben Anspruch auf eine angemessene Versorgung mit hoher Qualität. Wenn als Nebeneffekt auch noch Kosten eingespart werden, haben wir natürlich nichts dagegen. ♦

## Wir können die Abläufe in unseren Praxen optimieren

**Disease-Management-Programme** (DMPs) anzuwenden, erfordert von den Akteuren im Gesundheitswesen eine konsequente Anwendung der Grundsätze einer patientenzentrierten Vorgehensweise. Bei den zunächst akkreditierten DMPs für Diabetes mellitus Typ 2 sind vor allem wir Hausärzte die Akteure. Damit der Hausarzt als primärer Ansprechpartner von Patienten mit Diabetes mellitus für die anfallende Dokumentation gerüstet ist, muss er einige strukturelle Anpassungen in seinem Praxisablauf vornehmen. Diese von den meisten Ärzten als Belastung empfundenen notwendigen Veränderungen haben sicher auch einen Teil zur anfänglichen Skepsis gegenüber DMP beigetragen. Aber immer mehr Praxen empfinden diese Neuerungen als hilfreich für die Patientenarbeit und ziehen erste Vorteile daraus.

Ein Vorteil der DMPs liegt vor allem in der klaren Hausarztzentrierung. Der Hausarzt als Koordinator wird für den Patienten der erste Ansprechpartner bei der Behandlung dieser großen Volkskrankheit. Erst dann, wenn die individuell vereinbarten Behandlungsziele nicht erreicht werden, wird die nächste Versorgungsebene (diabetologische Schwerpunktpraxis) hinzugezogen. Weiterer Vorteil von DMP: Die Prozessqualität in der Praxis steigt, die Kompetenz der beteiligten Ärzte nimmt zu. Der Aufbau eines funktionierenden Recallsystems wird über kurz oder lang auch in anderen Bereichen der Praxis Anwendung finden. Das damit zunächst nur bei DMP-Patienten verbundene Bestellsystem wird – wenn man die Vorteile der geregelten Patientenströme erfährt – auch zum Umdenken in jenen Praxen führen, die bisher noch nicht mit einem Terminsystem gearbeitet haben. Nicht vergessene regelmäßige Kontrolluntersuchungen werden das Ansehen der Praxen bei den Patienten erhöhen und zu deren Zufriedenheit beitragen. Zudem stellt der zusätzlich zu erlösende Praxisumsatz bei honorarpolitischen Nullrunden einen nicht zu verachtenden Umsatzzuwachs dar, der in immer schwieriger werdenden Zeiten nicht unterschätzt werden darf.

Somit bedeuten DMPs nicht nur für Patienten, sondern auch für teilnehmende Ärzte ein großes Plus – auch wenn Teile der Ärzteschaft dies immer noch nicht wahrhaben wollen. ♦

**Dr. Dieter Conrad,**  
Vorsitzender des Hausärzte-  
verbandes Hessen,  
hat eine Hausarztpraxis  
in Neuental.



Fotos: privat

# für Patienten und Ärzte

## Wir können mit unserer Krankheit besser umgehen

**Die Diagnose Diabetes kam überraschend.** Zwar merkte ich, dass etwas nicht in Ordnung war, ich war müde und schlapp, hatte Probleme mit den Augen, schob dies aber auf Stress bei der Arbeit und einen längeren Infekt. Als ich dann doch endlich zum Arzt ging, stellte dieser extrem hohe Blutzuckerwerte fest und überwies mich sofort zum Diabetologen. Allerdings kam ich mit den dort verordneten Medikamenten nicht klar, die Zuckerwerte sanken nicht, ich fühlte mich schlecht. Etwas musste sich ändern.

Von meiner Krankenkasse hatte ich von einem neuen Behandlungsprogramm für Menschen mit Diabetes gehört. Das Konzept dieses „Disease-Management-Programms“ klang einleuchtend: Behandlung auf einem gesicherten Stand des medizinischen Wissens, regelmäßige Kontrollen, Abstimmung zwischen den behandelnden Ärzten, Information und Schulun-

**Gisela Waschek,**  
Redaktionsassistentin,  
ist Typ 2-Diabetikerin.



gen für die Patienten, die so aktiv an ihrer Behandlung mitwirken können.

Nach der Umstellung meiner Therapie auf Insulin habe ich an einer speziellen Schulung teilgenommen. Das hat mir nicht nur geholfen, meine Krankheit besser zu verstehen. Ich habe auch viele Anregungen bekommen, wie ich im Alltag mit der Krankheit so normal wie möglich leben kann. Meine Essgewohnheiten habe ich umgestellt – fettarm, mehr Obst und Gemüse – weniger eine Diät, eher einfach eine gesunde Ernährung. Ich gehe zum Rückentraining und fahre Rad – körperliche Aktivität tut nicht nur gut, sie hilft auch, den Blutzucker zu normalisieren und den Insulinbedarf zu senken.

Die regelmäßigen Kontrollen beim Arzt geben mir die Sicherheit, dass eventuelle Probleme rechtzeitig erkannt und damit Komplikationen oder Spätfolgen wie Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Augenschäden oder Nierenversagen möglichst vermieden werden.

Ich habe mich für das Disease-Management-Programm entschieden, weil ich es grundsätzlich für vernünftig halte. Ich erwarte eine gute und kontinuierliche Behandlung und viele Informationen zum Umgang mit meiner Erkrankung. Diabetes ist nicht heilbar, aber wie ich mit der Krankheit lebe, kann ich beeinflussen. Und diese Chance will ich nutzen. ♦

## Wir Österreicher können von deutschen Erfahrungen lernen

**Bei uns in Österreich** waren unter anderem die guten Ergebnisse der erstmals nahezu flächendeckend implementierten Schulung von nicht insulinpflichtigen Typ-2-Diabetikern im Bundesland Steiermark der Anstoß, ein Konzept für ein Disease-Management-Programm (DMP) für diese Patienten zu entwickeln. Für die Patientenschulung konnten 46 Prozent der steirischen Ärzten gewonnen werden, 21 Prozent der Patienten wurden bereits geschult. Modellrechnungen haben ergeben, dass dadurch Kosten in Höhe von 774 Euro pro Patient jährlich eingespart werden können.

Bei der Erarbeitung der einzelnen Komponenten eines DMP orientieren wir uns in Österreich am deutschen Vorgehen und achten darauf, dass die notwendige Behandlungsdokumentation soweit wie möglich vereinfacht ist.

Für uns ist die deutsche Ausarbeitung der Anforderungen für die Ausgestaltung von Behandlungsprogrammen für chronisch kranke Patienten durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und die gesetzliche Verankerung in der Risikostrukturausgleichsverordnung beispielgebend für die Erarbeitung der Inhalte von DMPs in Österreich. Bei der Implementierung eines DMP in unserem Land ist darauf zu achten, dass dies in die bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen soweit wie möglich eingebunden wird. Allerdings werden weitere gesetzliche Bestimmungen notwendig sein, die zur Umsetzung von DMPs verpflichten sowie Qualitätssicherungsmaßnahmen und Sanktionsmechanismen festlegen, um eine raschere Flächendeckung in Österreich zu erreichen.

Insgesamt sind die deutschen Erfahrungen in der Anfangsphase der DMPs für die Implementierung solcher Programme in Österreich sehr wertvoll. Die Einbindung der einzelnen Interessensvertreter (österreichische Ärztekammer, Patientenvertretungen, etc.) wird von Beginn an bei der Entwicklung des Konzeptes angestrebt, um massive Widerstände gegen DMP zu vermeiden. Die zeitverzögerte Einführung von DMPs in Österreich zu Deutschland trägt dazu bei, die in den deutschen DMPs gut funktionierenden Elemente zu übernehmen, österreichische Gegebenheiten zu berücksichtigen und aus Fehlern zu lernen. ♦

**Professor Thomas Pieber** (Foto)  
und **Sabine Seereiner,**  
Medizinische Universität Graz  
und Joanneum Research  
Forschungsgesellschaft.

