Ursula Marschall (alle Barmer) in dem wissenschaftlichen Beitrag „Nutzenbewertung der DMP Diabetes mellitus“ (G+S 1/2008, S. 19 ff.) erklären.

Wissen und harte Endpunkte

Dies zeigt sich vor allem an harten Endpunkten: DMP-Teilnehmer werden insbesondere wegen schwerer Komplikationen seltener im Krankenhaus behandelt, zudem liegen die Schlaganfall- und Amputationsraten signifikant niedriger. Wohin gegen DMP-Teilnehmer andererseits signifikant häufiger bei einer augenärztlichen Untersuchung waren und zudem häufiger mit Medikamenten versorgt werden, die das Risiko für schwerwiegende Komplikationen bei Diabetikern senken.

Der Erfolg von DMP misst sich aber andererseits wieder an „weichen“ Faktoren: So haben DMP-Teilnehmer durchweg einen besseren Informationsstand und zudem ein aktiveres Informationsverhalten als Nicht-Teilnehmer. Dies macht alleine der Unterschied bei der Kenntnis des eigenen $HBA1_C$ aus: Während 79,8 % der DMP-Teilnehmer angeben, diesen zu kennen, liegt der Anteil bei den Nichtteilnehmern bei 55,8 %!

Bemerkenswert ist für die Autoren vor allem auch der Unterschied in der Arzneimittelversorgung, vor allem in Hinblick auf mögliche Selektionseffekte bei der Morbidität der Versicherten, die im Fall des Barmer-Untersuchung sogar eine wesentlich höhere war als jene der Kontrollgruppe: So lag in der DMP-Gruppe alters- und geschlechtsstandardisiert signifikant häufiger eine längere Dauer der Erkrankung vor, wobei die Krankheitsdauer wiederum mit der Häufigkeit von Begleit- und Folgeerkrankungen einhergeht und somit aussagekräftig in Hinblick auf die Krankheitsschwere angesehen werden kann.

Herausgefunden wurde, dass DMP-Teilnehmer trotzdem bessere Behandlungsergebnisse im Sinne geringerer Schlaganfall und Amputationsraten aufweisen, obwohl sie doch häufiger Begleiterkrankungen haben als Nichtteilnehmer. Die Vermutung: Die intensivere Arzneimittelversorgung kann unabhängig von der Morbidität als ein weiterer Indikator für eine bessere Behandlung bei DMP-Patienten gelten. Vice versa kann damit wohl auch angenommen werden, dass Nicht-DMP-Teilnehmer dann wohl eher unter- und fehlversorgt werden!

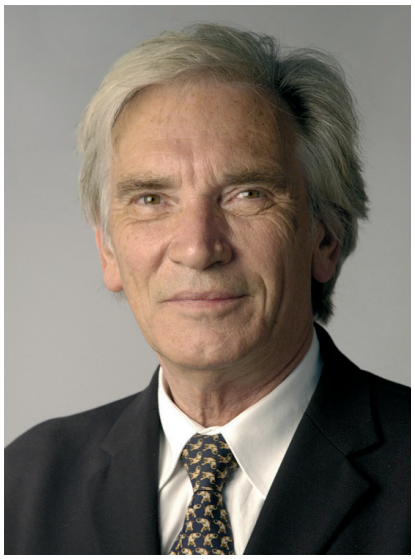
Struktur ist ein Schlüssel

Es kommt aber ebenso darauf an, wo die Versorgung stattfindet. Nach Barmer-Erkenntnissen ist ein maßgeblicher Einflussfaktor die Versorgungsstruktur an sich: Während rund 80 Prozent aller Befragten im letzten Jahr hauptsächlich hausärztlich behandelt wurden, ist die Zahl der Patienten, die zudem durch eine diabetologische Schwerpunktpraxis behandelt wurden, bei DMP-Teilnehmern fast doppelt so hoch. Dieser Strukturunterschied könnte, so die Vermutung, der Schlüssel für eine Vielzahl der Probleme in der Diabetikerversorgung sein.

Dass es gerade hier in Deutschland noch genug zu tun gibt, daran zweifelt wohl niemand: Immerhin sind rund 50 Prozent der Diabetiker noch nicht in ein entsprechendes Programm ihrer jeweiligen Krankenkasse eingeschrieben. Die Barmer weiß, dass derzeitige DMPs sicher nicht in jeder Hinsicht perfekt sind, aber ein großes Entwicklungspotenzial für die medizinische Versorgung haben. Graf: „Wir werden DMP deshalb auch weiterhin anbieten, ausbauen und evaluieren.“

Das ist auch dringend notwendig. Denn alle Kassen kennen ihre Versicherten im Prinzip viel zu wenig. Dies liegt auch daran, dass bislang der Datenschatz der Kassen aufgrund eines aus heutiger Sicht unverständlichen Verbots der Versorgungsforschung (jenseits der sogar explizit im GMG vorgeschriebenen DMP-Evaluierung) noch ungehoben ist. <<

von: Peter Stegmaier



Konrad Schily / FDP

ist Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und seit 2005 Mitglied des Deutschen Bundestages (MdB). Er gehört u.a. dem Ausschuss für Gesundheit an.

Zu viel Staat

>> Eine einfache Überschrift für die Transformationsprozesse der letzten zehn Jahre im Gesundheitssystem könnte wie folgt lauten: Steigende Staatsorientierung, steigende Kosten, steigende Verunsicherung bei den Versicherten.

Dies gilt auch für die typischen Fragestellungen der Versorgungsforschung, wie z.B. den Nutzen neuer diagnostischer Methoden, die richtige Anwendung neuer und alter Arzneimittel und Impfstoffe, die ökonomischen Vor- und Nachteile der Behandlung mit Medikamenten, Impfstoffen und physikalischen Maßnahmen und die Frage der kostensparenden Wiederverwendung medizinischer Geräte.

Die gesamte Gesetzestätigkeit der großen Koalition ist von der aus Sicht der Liberalen problematischen Grundüberzeugung bestimmt, dass der Staat als paternalistischer Sachwalter bestimmt, was für seine Bürger am besten ist. Dieses Politikverständnis hat dazu geführt, dass in der Bundesrechtsdatenbank Anfang 2008 immerhin 1.817 Gesetze mit 55.555 Einzelnormen und 2.728 Rechtsverordnungen mit 44.689 Einzelnormen verzeichnet waren.

Gut darzustellen ist die grundsätzliche Problemlage am derzeitigen Zustand unserer Sozialversicherungen. In allen Bereichen – Gesundheit, Pflege, Unfallversicherung – ist eine Tendenz zum Ausbau zentraler Kontrollinstanzen unübersehbar.

Die Einführung eines höchst komplizierten, schwer verständlichen, manipulationsanfälligen Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs führt in die falsche Richtung. Deutschland wird durch diese Gesundheitsreform statistisch gesehen kränker. Es wird fatale Folgen haben, wenn Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen davon profitieren, wenn mehr Versicherte mit schwerwiegenderen Krankheiten eingestuft werden. Zu perfiden Konsequenzen kommt es, wenn die Qualität der Codierung der Erkrankungen von Verträgen mit einer Arztgruppe abhängig gemacht wird. Die Beitragszahler müssen für die Fehlentscheidungen der Regierung aufkommen. Es ist Aufgabe der großen Koalition, die Anreize so zu setzen, dass die bestmögliche Versorgung der Versicherten im Mittelpunkt steht und nicht die Suche nach der Diagnose, die am besten in das durch Politik geschaffene System passt. Die Zukunft einer guten Versorgung für alle Bürger liegt nicht in den komplexen Formeln des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, sie ist vielmehr in unserer Grundhaltung gegenüber der Gesellschaft zu finden. Die Idee der Solidarität muss neu gedacht werden. Menschen müssen zunächst für sich selbst einstehen, bevor sie erwarten können, dass Andere das für sie übernehmen. Dies soll über einen Systemwechsel hin zum privaten Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle und eine Pflicht zur Versicherung der medizinischen Regelleistung erfolgen. <<