

Editorial

Anfang 2002 wurden in der Bundesrepublik Deutschland die gesetzlichen Grundlagen zur Einführung von Disease-Management-Programmen (DMPs) geschaffen. Vom Gesetzgeber beabsichtigtes Ziel dieser strukturierten Versorgungsprogramme ist es, die Versorgungsqualität und die Kosteneffektivität in der Therapie chronisch Kranker durch deren systematische, kontinuierliche und individuelle Behandlung zu verbessern.

In der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion werden der Nutzen, die Qualität und die Kosteneffektivität dieses Instrumentariums kontrovers diskutiert: Befürworter des Verfahrens betonen das verbesserte Patientenmanagement durch DMPs; Kritiker hingegen befürchten vor allem eine weitere Bürokratisierung der medizinischen Versorgung und ein Fortschreiten der Entindividualisierung bei der Behandlung der Patienten. Die hier vorliegenden Beiträge zum Schwerpunktthema spiegeln die Heterogenität in der Einschätzung im Hinblick auf Effektivität und Nutzen dieses neuen gesundheitspolitischen Instrumentariums wider.

Der einleitende Beitrag von *Thomas Fischer, Thomas Lichte* und *Uwe Popert* gibt einen Überblick zum Thema: Auf der Basis einer Medline-Recherche unter besonderer Berücksichtigung von Metaanalysen und Reviews wird die Evidenz zur Effektivität der DMPs analysiert. Dabei fällt auf, dass nicht nur die Interventionen der DMPs strukturell sehr unterschiedlich sind (spezialistenzentrierte versus hausarztzentrierte Ansätze), sondern dass sich auch die krankheitsbezogene Evaluation in der Literatur bislang sehr heterogen darstellt. Insgesamt – so resümieren die Autoren – erwiesen sich die DMPs weniger effektiv als erwartet. Multimodale Ansätze scheinen tendenziell erfolgreicher zu sein, insbesondere die hausarztzentrierten DMPs wirkten sich positiv auf die Patientenzufriedenheit und die Lebensqualität aus. Die am stärksten ausgeprägten positiven Effekte scheint das Disease-Management bei der Depression zu haben, einem Krankheitsbild, zu dem es kein offizielles DMP in der Bundesrepublik Deutschland gibt. Die Daten zu laufenden DMPs beim Diabetes mellitus und bei der Koronaren Herzkrankheit (KHK) deuten auf wenig zufrieden stellende Ergebnisse hin. Die erhoffte Verbesserung der Versorgungsqualität und der Kosteneffektivität durch die DMPs wird durch die aktuelle Studienlage nicht bestätigt.

Die Implementierung von DMPs in der Bundesrepublik Deutschland beschreibt *Gabriele Müller de Cornejo* in einer weiteren Übersichtsarbeit. Die vormalige Mitarbeiterin beim AOK-Bundesverband stellt die

gesetzlichen Grundlagen der DMPs, die Ziele der einzelnen strukturierten Programme sowie die Probleme bei der Einführung der DMPs dar; eingegangen wird auf die Kontroverse zwischen Krankenkassen und behandelnden Ärzten hinsichtlich der Sinnhaftigkeit von DMPs sowie hinsichtlich deren konkreter Umsetzung. Die Autorin streicht die Bedeutung der Anbindung der DMPs an den Risikostrukturausgleich für die Krankenkassen heraus. Schließlich werden erste Ergebnisse einer Patientenbefragung zu DMPs präsentiert.

Hanna Kaduszkiewicz und *Hendrik van den Bussche* referieren in ihrer Arbeit den öffentlichen ärztlichen Diskurs vor, während und nach der Einführung der DMPs anhand von Veröffentlichungen und Meinungsäußerungen im Deutschen Ärzteblatt im Zeitraum von 2001 bis 2004. Weiterhin erfolgt eine qualitative Befragung (»Fokusgruppen-Diskussion«) von Hausärzten und Patienten zum Thema DMPs nach ihrer Einführung und eine postalische Befragung von Hausärzten und Diabetologen in mehreren Bundesländern. Dabei wird deutlich, wie unterschiedlich die DMPs von Berufsverbänden, Krankenkassen, ärztlichen Selbstverwaltungsgremien und schließlich von Ärzten und Patienten betrachtet wurden und immer noch werden. Anhand der Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen, Ärzten und Kassenärztlichen Vereinigungen wird deutlich gemacht, dass verschiedene Interessengruppen im Gesundheitswesen die Diskussion um die DMPs für ihre Zwecke funktionalisieren. Die Praxis-Analyse nach Einführung der DMPs fällt ernüchternd aus: Die im Vorfeld geäußerten Bedenken und Kritikpunkte an den DMPs scheinen sich bereits jetzt zu bestätigen: eine Mehrheit der Ärzte ist mit dem hohen bürokratischen Aufwand unzufrieden; immerhin 43 % der befragten Ärzte in Hamburg geben an, die standardisierte medikamentöse Therapie beim Diabetes mellitus nicht zu berücksichtigen.

Am Beispiel der KHK weist *Ellen Kuhlmann* die unzureichende Berücksichtigung von Geschlechterdifferenzen in Disease-Management-Programmen nach: Zwar tritt die KHK – die sich klinisch als Angina pectoris oder Herzinfarkt manifestiert – bei Frauen im Allgemeinen später auf als bei Männern; allerdings ist die Letalität von Frauen nach einem Herzinfarkt deutlich höher als bei Männern. Zudem weisen erhebliche Geschlechterunterschiede in der medizinischen Versorgung bei KHK auf eine mögliche Fehlversorgung von Patientinnen hin. Zu den erklärten Zielsetzungen der DMPs gehört es, den Anspruch auf angemessene, zielgruppenorientierte und nach verbindlichen Qualitätsstandards erbrachte Leistungen zu sichern sowie die Patientenbeteiligung zu stärken. Da diese Ziele bisher bei Frauen in geringerem Maße als bei Männern erfüllt seien, müsse die Geschlechterperspektive zum Standard und Indikator

der Effektivität neuer Versorgungsprogramme gemacht werden. Die Autorin konkretisiert in ihrem Beitrag die Anforderungen an DMPs, die ihren eigenen Zielsetzungen mit Blick auf Geschlechterdifferenzen gerecht werden.

Beate Blättner und *Martina Wachtlin* entwickeln einen grundsätzlichen Kritikpunkt an den DMPs weiter, der betont, dass die Individualität und Komplexität eines jeden Patienten in strukturierten Behandlungsprogrammen nicht abgebildet werden könne. Eine Experten-orientierte Compliance gehe an den Bedürfnissen und an den Perspektiven der »Co-Produzenten von Gesundheit« – also der Patienten – vorbei. Die Sicht der Betroffenen erweise sich als »blinder Fleck« der DMPs. Auf der Basis der »Grounded Theory«, der Theorie der Krankheitsverlaufskurve nach Corbin und Strauss sowie des Salutogenese-Konzeptes von Antonovsky verweisen die Autorinnen auf die Notwendigkeit der Berücksichtigung alltags- und krankheitsbezogener Arbeit bei chronisch Kranken im lebensgeschichtlichen Kontext. Anhand zweier Kasuistiken wird deutlich gemacht, dass im Sinne eines qualitativen Ansatzes DMPs vor allem die subjektive Perspektive der Betroffenen berücksichtigen sollten, dass sich Entscheidungsprozesse an Wendepunkten im Krankheitsverlauf »entschleunigen« mögen und eine an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtete nicht-pathologisierende Unterstützung in der lebensgeschichtlichen Arbeit notwendig sei.

Außerhalb des Themenschwerpunktes zeichnet die Arbeit von *Ligia Giovanella*, *Hans-Ulrich Deppe* und *Marcelo Firpo de Souza Porto* die gesundheitspolitische Umstrukturierung in Brasilien seit dem Erfolg der linken Arbeiterpartei (Partido dos Trabalhadores – PT) bei den Präsidentschaftswahlen Ende 2002 nach. Dabei werden vor allem die aktuellen Probleme des eingeführten Einheitlichen Gesundheitssystems (Sistema Único de Saúde – SUS) als steuerfinanziertes Versorgungssystem mit uneingeschränktem universellem Zugang für alle Bürger diskutiert und der z. Zt. laufende Umstrukturierungsprozess und Paradigmenwechsel hin zu einem Familienorientierten Gesundheitsprogramm (Programa de Saúde da Família – PSF) aufgezeigt, das zur Zeit implementiert wird und das eine grundsätzlich andere Denkweise im Gesundheitswesen offenbart. Im letzten Abschnitt des Artikels werden schließlich aktuelle Dilemmata der neuen brasilianischen Regierung diskutiert.

In dem abschließenden – ebenfalls außerhalb des Themenschwerpunktes stehenden – Beitrag gehen *Thomas Gerlinger* und *Rolf Rosenbrock* der Frage nach, in welchem Verhältnis die »Gesundheitsreformen« der letzten Jahre zu den artikulierten Interessen und Bedürfnissen der bundesdeutschen Versicherten stehen, ob und inwieweit sie sich auf die

Wahrnehmung und Bewertung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch die Bevölkerung auswirken und welche Schlussfolgerungen daraus für die Akzeptanz der gegenwärtig diskutierten Optionen zur Reform der GKV-Finanzierung gezogen werden können. Die Autoren ziehen verschiedene Versichertenbefragungen zur Beantwortung dieser Frage heran. Im Ergebnis werden die immer wieder neuen Gesetzesänderungen in den letzten zwei Jahrzehnten, die auf eine Umverteilung der Lasten im Gesundheitswesen und auf eine Senkung der Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung abzielten, im Widerspruch zu den artikulierten Interessen der Mehrheit der Versicherten gesehen. Die Mehrheit der Versicherten wäre durchaus zu höheren Beiträgen bereit, wenn dafür auch ein Mehr an Versorgungsqualität und eine verlässliche Teilhabe an therapeutischer Innovation herauskäme. Das Solidarprinzip und die ihm innewohnenden ökonomischen Umverteilungsmechanismen von Stärkeren zu Schwächeren sowie der Wunsch nach einem qualitativ hochwertigen und bedarfsgerechten Versorgungssystem sind in der Bevölkerung normativ überaus fest verankert. Dies schließt auch die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen mit ein. Die Autoren zeigen auf, dass die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem und das Vertrauen in seine künftige Leistungsfähigkeit unter dem Eindruck von Budgetierungen und Leistungsausgrenzungen erheblich gelitten haben. Weitere Eingriffe in das Leistungsrecht sowie in die Finanzierungsmodalitäten der GKV sind für die politischen Eliten nicht zuletzt auch mit beträchtlichen Legitimationsrisiken verknüpft.