

- Joss N, Ferguson C, Brown C, Deighan CJ, Paterson KR, Boulton-Jones JM. Intensified treatment of patients with type 2 diabetes mellitus and overt nephropathy. QJM 97 (4) (2004 Apr) 219-27. Renal Unit and Diabetes Centre, Glasgow Royal Infirmary, Glasgow UK. (njoss@compuserve.com)
- UKPDS 33. Lancet (1998) 352, 837-853
- UKPDS 34. Lancet (1998) 352, 854-865
- UKPDS 38. Lancet (1998) 317, 703-713
- UKPDS 39. Lancet (1998) 317, 713-720

## 4 Wie eine Reformlösung vor Jahren versackte

Der im ersten Jahr der Gesundheitsreform 2004 erwartete Milliardenüberschuß, der den Versicherten wie Buridans Esel als Garantie für Beitragssenkung vorgehalten wird, scheint sich angesichts von Milliardenverpflichtungen der Kassen in Auffüller für Schuldenlöcher nicht wunschgemäß einzustellen. Was als Erfolg der Reform gepriesen und verkauft wird, ist bei näherem Hinsehen nicht mehr und nicht weniger als eine Kostenverlagerung zuungunsten einer Vielzahl von Menschen. Sie bezahlen dafür in einer Reihe von Fällen mit unzureichender medizinischer Betreuung. Im Gefolge der Reform sind Patienten wie Ärzte beunruhigt und aufgebracht, weil sich - um bei unserem Thema zu bleiben - die Versorgung an Diabetes mellitus erkrankter Menschen erschwert und verschlechtert hat. Das hätte vermieden werden können. Zudem hätten die Kassen seit Jahren zum Wohle der gesetzlich Zwangsversicherten davon profitieren können.

### *Die Kostenstopper ernteten nur einen Federstreich*

Bereits im April 1996 wurde nämlich vom Privaten Diabetes Institut GmbH, kurz diab-Institut Berlin, das Bundesministerium für Gesundheit eindringlich auf den Kostenfaktor Diabetes hingewiesen. Doch dabei beließ es das Institut nicht. Es unterbreitete Lösungen im Rahmen eines Forschungsprojektes, die einen

Spareffekt um 3,2 Milliarden DM/Jahr im Bereich der Diabetesbetreuung ermöglicht hätten. Wörtlich hieß es in der an die damalige Staatssekretärin übergebenen Dokumentation: „Aufbauend auf den dem Ministerium bekannten Tatsachen der in dieser Form nicht mehr bezahlbaren Gesundheitspraxis mit all ihren in Milliardenhöhe gehenden Defiziten, werden intelligente Lösungen gefordert. Diese Lösungen sollen praktikabel sein, keine Strukturänderungen bedingen, keine Arbeitsplätze kosten, eine weitere hohe Sicherung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung gewährleisten und zudem in kürzester Frist Kosten sparen. Wenn nur 12 %, d. h. 500.000 dieser Patientengruppe Zuzurechnenden, nach dem vorgelegten Konzept betreut werden, können nachgewiesenermaßen 3,28 Milliarden DM/Jahr eingespart werden. Die Grundlagen für diese Zahlen und somit für das Konzept bilden einerseits die internationalen Ergebnisse



Gesundheitsminister  
Seehofer besuchte 1996  
das diab-Institut in Berlin.  
Hier im Gespräch mit einer  
Patientin

spezialisierte Diabetesbehandlung, aktuelle Krankenkassendaten aus Deutschland sowie die 11jährige eigene Erfahrung mit teilstationärer Versorgung (1985 durch unser Institut innovativ für die Bundesrepublik eingeführt) und seit 1984 die ambulant spezialisierte Betreuung von Diabeteserkrankten.“

Das Bundesgesundheitsministerium, der Senat von Berlin und alle gesetzlichen Berliner Krankenkassen erhielten zudem über fünf Jahre gesammelte ambulante und teilstationäre Datenauswertungen von mehr als 5000 Diabeteserkrankten. Beigefügt waren die gutachterliche Stellungnahme führender Diabetologen Deutschlands und der Nachweis der wissenschaftlichen Reputation des diab-Instituts. Der Gesundheitsminister überzeugte sich sogar persönlich während eines Besuches im Diabetes Institut von der medizinischen und wirtschaftlichen Effizienz der dort geübten Praxis. Seine Staatssekretärin schrieb danach, die Unzuständigkeit des Ministeriums betuernd, an die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit: *„Im Hinblick auf die offensichtlichen Vorteile der (vom diab-Institut) vertretenen Behandlungsformen würde ich es sehr begrüßen, wenn Sie sich sowohl für entsprechende teilstationäre Kapazitäten als auch für ein Modellvorhaben der Selbstverwaltung zur Entwicklung von Fallpauschalen nach § 26 BpfiV einsetzen würden.“* Und die dem Minister im Amt nachfolgende Ministerin urteilte: *„Meines Erachtens könnten solche Einrichtungen beispielhafte Angebotsstrukturen sein. Gerade im Rahmen neuer Modellvorhaben erscheint mir dies von besonderer Bedeutung.“*

Die guten Worte blieben folgenlos. Die Ablehnung kam prompt, obwohl auch Krankenkassen und das Ressort für Gesundheit und Soziales des Senats das Forschungsprojekt als sinnvoll und notwendig eingestuft hatten. Das Nein wurde nicht etwa mit der Begründung erteilt, daß das Institut nicht befähigt wäre (was unter ministeriell-hierarchischem Blickwinkel von Behörden ja hätte passieren können). Die Antwort war am Ende schlicht bürokratisch-buchhalterisch. Das Gesundheitswesen sei eine Mischkalkulation. Es wären also zu viele Faktoren zu berücksichtigen, als daß man sich für eine, wenn auch begrüßenswerte, Initiative erklären könnte.

## *Der Ruck ist ausgeblieben*

Die damalige Bundesregierung dachte und handelte im Interesse und zum Schutz von machtnahen Lobbyisten und Lobbyverbänden. Die Frage bleibt: Ist dies heute anders? Milliarden von Steuergeldern, Krankenkassenbeiträgen wurden jährlich fehleingesetzt, um nicht zu sagen verschleudert. Ist dies heute anders? Werden die lebens einschränkenden und lebensverkürzenden diabetischen Folgeerkrankungen weiter rapide zunehmen? Den dafür notwendigen wachsenden Aufwand haben Beitragszahler der gesetzlichen Krankenkassen zu tragen. Bislang behielt seine Gültigkeit, was der damalige Präsident der Deutschen Diabetes-Gesellschaft, Dr. Rolf Renner, im März 2000 resümierte: *„Viele gute Ansätze sind an sogenannten Sachzwängen, wie finanziellen Kalkulationen, Budgetbegrenzungen, Zuständigkeitsproblemen, Klientelpflege sowie vor allem der Mutlosigkeit der Macht habenden gescheitert. Trotz vieler Sonntagsreden ist kein Ruck durch das Gesundheitswesen gegangen.“*

Ist nun mit dem neuen Reform-Gesetz eine positive Wende zu erwarten? Was zeichnet sich bisher seit seiner Einführung ab?

## **5 Mit einem Gesetz die Gesundheit modernisieren?**

Es hat einen Titel, der so lang wie schwer deutbar ist: das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) von 2004. Was will man eigentlich modernisieren? Die Gesundheit der Menschen? Wie soll das aussehen? Das Verhalten der Menschen angesichts der Versuchungen und Verführungen der Fast-Food-Gesellschaft oder der Life-Style-Suggestionen, mit der uns die Medien berieseln? Wie will man das erreichen? Oder meint Modernisierung die Apparate über unserem Gesundheitswesen, die nicht gerade kostensparend strukturiert sind?

Aber lassen wir solche Deutungsversuche bürokratischer Sprachschöpfungen. Unterstellen wir gute und notwendige Ab-