

## Zehn Jahre Diabetes-Akademie

# Bemerkenswerte Erfolge durch soziale Kompetenz

Die Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V. besteht seit nunmehr zehn Jahren – wie erklärt sich die Popularität dieser ärztlichen Einrichtung? Die Diabetes-Klinik Bad Mergentheim ist hervorgegangen aus der Diät-Kuranstalt Dr. Bofinger von 1910. Dr. med. Kristian H. Bergis hat vor nunmehr zehn Jahren den Mut gehabt, dort ein Fachkrankenhaus für Diabetes zu gründen. Eine der ersten Erkenntnisse war, daß den meisten Diabetikern zu wenig Wissen über ihre Krankheit zur Verfügung steht. In ähnlicher Weise war bei manchen Ärzten das medizinische Wissen über die Zuckerkrankheit lückenhaft.

So entschloß Bergis sich für ein Fortbildungsangebot besonderer Art: nämlich für Ärzte wie Patienten gleichermaßen. Ein Konzept, das aufging, denn von anfänglich sieben Mitgliedern ist der Verein bis heute auf über 800 Mitglieder angewachsen. Die ersten ärztlichen Fortbildungen und Patienten-Informationen entwickelten sich so stürmisch, daß der Wunsch nach Auswertung der gewonnenen Erkenntnisse auf der Hand lag. So kam als dritte Komponente der Akademie die wissenschaftliche Forschung auf dem Gebiet der Diabetologie hinzu. Das Bundesministerium für Forschung und Technologie vergab 1991 eine 4-Jahres-Studie zum Thema „Verhaltensmedizinische Prävention und Behandlung des Typ II-Diabetes“.

In den folgenden Jahren kamen die Nestoren der deutschen Diabetologie, wie Professor Dr. Platon Petrides, Düsseldorf, und Professor Dr. Hellmut Mehnert, München, und auch andere namhafte Ärzte regelmäßig nach Mergentheim. Die Patientenschaft war ebenfalls in immer größerer Zahl anwesend, zusammen mit den Repräsentanten des Deutschen Diabetiker-Bundes (DDB).

Zehn Jahre Diabetes-Akademie: Für die Einrichtung war dies auch

ein Anlaß zu einer Jubiläumsfeier unter dem Leitgedanken: „In dualer Verantwortung für das deutsche Gesundheitswesen: Arzt- und Patientenkompetenz am Beispiel Diabetes.“ Dr. Bergis trug in diesem Zusammenhang sechs Thesen für den „heilsamen Zwang zur Gesundheit“ vor:

① Fortbildungspflicht für jeden Arzt, der Diabetiker versorgt;

② Schaffung der Zusatzbezeichnung „Diabetologie“;

③ abgestufte Diabetikerversorgung in qualifizierten Praxen, Krankenhausversorgung mit Schulungsabteilung und Schwerpunktversorgung in Diabetes-Fachkrankenhäusern;

④ Schulungspflicht für jeden Diabetiker;

⑤ Therapiepflicht für jeden Diabetiker und Überprüfung der Einstellqualität anhand des HbA1-

Wertes mit Zuordnung zu den Versorgungsstufen;

⑥ Regelung der Einzelheiten – zum Beispiel durch ein Diabetesgesetz.

Hohes Lob für die Einrichtung zollte übrigens die ehemalige Bundesgesundheitsministerin Gerda Hasselfeldt. Durch die Einbeziehung der Patientenschulung seitens der Ärzteschaft sei der richtige Weg in Richtung auf die gesundheitliche Eigenverantwortung und Vorbeugung beschränkt worden. Dies sei auch das Ziel der Bundesregierung.

Der Präsident des Deutschen Diabetiker-Bundes, Heinz Jäger, überbrachte die Grüße der Patientenschaft und erwähnte als Erfolg der gemeinsamen Anstrengungen die Gründung der „Deutschen-Diabetes-Union (DDU)“, ein Zusammenschluß von Ärzten und Patienten.

Fazit: Die Anziehungskraft der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim besteht in ihrer Kompetenz – nicht ausschließlich der wissenschaftlichen oder emotionalen, sondern besonders der sozialen Kompetenz im Miteinander von Ärzten und Patienten. Dr. med. Albrecht Bihl

## Heilmittel-Richtlinien

# Bundesausschuß bleibt beim Nein zur Isokinetischen Muskelrehabilitation

Die Isokinetische Muskelrehabilitation kann weiterhin nicht als Heilmittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden. Der Arbeitsausschuß „Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen hat nach eingehenden Beratungen seinen Beschluß von November 1991 bestätigt. Die erneute Beratung erfolgte aufgrund kritischer Stimmen zu der damaligen Entscheidung.

In einem Rundschreiben an die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder erläutert die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Gründe, die den Arbeitsausschuß nach Anhörung

von Sachverständigen zur Bestätigung der November-Entscheidung veranlaßt haben. Danach ist die Isokinetische Muskelrehabilitation – den Ergebnissen aktueller Studien zufolge – nur im Rahmen eines umfassenden krankengymnastischen Gesamtkonzeptes als sinnvoll anzusehen. Als isolierte therapeutische Maßnahme sei die Methode wenig sinnvoll und könne unter Umständen sogar schädlich sein.

Ein weiterer Grund, der gegen die Einführung der Isokinetischen Muskelrehabilitation als Heilmittel innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung spreche, sei die Tatsache, daß eine flächendeckende Ver-

sorgung durch die wenigen Spezial-  
einrichtungen, denen die Methode  
derzeit vorbehalten sei, nicht ge-  
währleistet werden könne. Schließ-  
lich sei derzeit weder eine einheitli-

che und vergleichbare Beurteilung  
der Therapieergebnisse möglich  
noch eine verbindliche Definition  
des Indikationsspektrums ausrei-  
chend gesichert. JM

## Symposium zur Gesundheitsökonomie

# Illusionen in der Gesundheitspolitik

Unter dem Motto „Illusionen in  
der Gesundheitspolitik“ veranstal-  
te die Internationale Gesellschaft für  
Gesundheitsökonomie e. V. (Frank-  
furt) ein Symposium, das in der Aka-  
demie der Wissenschaften in Mainz  
Ende Juni 1992 stattfand.

Der Grundsatz der Beitragssatz-  
stabilität, der im Sozialgesetzbuch V  
(SGB V) verankert wurde und der zu  
einer prinzipiellen Zielvorstellung  
der Gesundheitspolitik geworden ist,  
war Thema des Ökonomen Prof. Dr.  
rer. pol. Klaus-Dirk Henke (Hanno-  
ver). Dieser Grundsatz könne als  
Antwort der Politik auf die mangeln-  
de Meßbarkeit des medizinisch Not-  
wendigen im Bereich der Versor-  
gung aufgefaßt werden. Zwar sei die  
einnahmeorientierte Ausgabenpoli-  
tik der Krankenkassen nicht ohne  
Probleme. Die Beitragssatzstabilität  
sei aber als Zwischenlösung für eine  
„Atempause“ akzeptabel, in der ver-  
sucht werden müsse, bessere Anreiz-  
instrumente zu finden. Solange keine  
besseren Alternativen verfügbar sei-  
en, müsse dieser Grundsatz poli-  
tisches Ziel bleiben.

Im übrigen sei es ein Mißver-  
ständnis, als handle es sich hierbei  
um eine Budgetierung im Sinne einer  
starken Ausgabenbegrenzung inner-  
halb der gesetzlichen Kranken-  
versicherung (GKV). Die einnah-  
menseitige Budgetierung bewirke  
immerhin von Jahr zu Jahr erhebliche  
Steigerungen der Einnahmen. Allein die  
„Grundlohndynamik“ habe im Jahr  
1986 zu Mehreinnahmen in Höhe von  
etwa 3,5 Milliarden DM geführt. Die  
Selbstverwaltungsorgane und die  
Fachgesellschaften seien aufgerufen,  
Prioritäten zu nennen und unabdingbar  
notwendige Leistungen weniger  
notwendigen Leistungen gegenüber-  
zustellen. In je-

dem Fall würden der Rechtferti-  
gungsdruck für die Verwendung  
knapper Mittel erhöht und eine sorg-  
fältige Evaluation der Krankenver-  
sorgung erforderlich.

Henke warnte vor der Vorstel-  
lung, ein System von der Komplexi-  
tät des Gesundheitswesens könne  
durch externe Kontrollen in eine  
Form gebracht werden, die auf Dau-  
er Effizienz garantiert. Man müsse  
auch fragen, wer eigentlich ein Inter-  
esse an Beitragssatzstabilität habe;  
die verschiedenen Beteiligten wür-  
den sicher unterschiedliche Positio-  
nen beziehen. Die Bevölkerung ver-  
füge bisher über keine befriedigen-  
den Artikulationsmöglichkeiten, die  
Aufschluß über ihre Zahlungsberei-  
tschaft oder auch ihre konkreten  
Wünsche zur Krankenversorgung gä-  
ben. Die Möglichkeiten innerhalb  
der Selbstverwaltungen reichten da-  
für nicht aus. Neue Formen der Par-  
tizipation der Versicherten müßten  
entwickelt werden.

Henke bezeichnete den Grund-  
satz der Beitragssatzstabilität als  
„trügerische Zielgröße“. Da nie-  
mand die optimale „Gesundheits-  
quote“ kenne und eine Festschrei-  
bung eines zufälligen Beitragssatzes  
immer willkürlich sei (und beste-  
hende Strukturen tendenziell fest-  
schreibe), müsse die Suche einem  
System gelten, das Anreize schafft,  
die allen Beteiligten den Weg zu  
mehr Wirtschaftlichkeit und Quali-  
tät weisen.

### Humanität und Menschenwürde

Aus sozialhistorischer Sicht nä-  
herte sich dem Problem der Kosten-  
trächtigkeit unseres Systems der Phi-

losoph und Mediziner Prof. Dr. med.  
Wilhelm Wieland (Heidelberg). Ein-  
ne zentrale Ursache sah der Refe-  
rent darin, daß sich in der westlichen  
Kultur der Anspruch auf Hilfe im  
Krankheitsfall auf das Prinzip der  
Humanität und Menschenwürde  
gründe. Würde sei nicht quantifizier-  
bar und unteilbar. In der Folge kom-  
me dem leidenden Menschen die  
Krankenrolle – die ja mit attraktiven  
Dispensen und Prämien ausgestattet  
sei – immer nur als Ganzes zu. Hier  
seien die Wurzeln für die häufig er-  
hobene Forderung zu sehen, im Hin-  
blick auf das Wohl des Patienten  
dürften keine Prioritäten, keine Aus-  
wahlentscheidungen getroffen wer-  
den. Die allgemeine Überzeugung,  
daß für den Kranken alles, aber auch  
wirklich alles getan werden müsse  
und daß sich auf dieser Ebene eine  
Kosten-Nutzen-Perspektive verbiete,  
könne nur historisch begriffen wer-  
den.

Der Konflikt zwischen Medizin  
und Ökonomie liege darin begrün-  
det, daß die Medizin eine wertbezo-  
gene Disziplin darstelle, die Ökono-  
mie aber Fragen der Humanität ge-  
genüber neutral sei. Unter solchen  
Voraussetzungen müsse die „Ge-  
sundheitsquote“ irgendwann an eine  
Grenze stoßen. Dann werde sich die  
Frage stellen, wie die Gesundheits-  
güter rationiert werden sollen. Ärzte  
jedenfalls seien auf die Lösung sol-  
cher Rationierungsprobleme nicht  
vorbereitet. Einig sei man sich sei-  
tens der Medizin lediglich darin,  
daß Gesundheitsgüter und -dienst-  
leistungen nicht auf einem Markt  
gehandelt werden dürften, auf dem  
der Meistbietende den Zuschlag er-  
hält.

### Huber: „Lukrativ ausgeschlachtet“

Dr. med. Ellis Huber, Präsident  
der Ärztekammer Berlin, analysierte  
die „Schwachstellen“ des medizini-  
schen Versorgungssystems. Er sparte  
dabei nicht mit Selbstkritik. Es seien  
die Ärzte, die für die Strukturen, in  
denen sie tätig sind, Verantwortung  
tragen, und die Veränderung dieser  
Strukturen sei auch ihre Aufgabe, in-  
dividuell und kollektiv. ▷