

Disease Management Programme Fluch oder Segen?

Schon längerfristig wird über die Aufhebung sektoraler Behandlungskompartimente nachgedacht. Verzahnung und integrierte Versorgungsmodelle und -netze sind auf dem Vormarsch. Der Gesetzgeber hat der Einrichtung von sogenannten „Disease Management Programmen“ (DMP) im SGB V § 137 f Rechnung getragen und die Ausgestaltung dieser Programme dem Koordinierungsausschuss, also den Vertretern der gemeinsamen Selbstverwaltung übertragen.

So löblich dieses Vorhaben der Bundesgesundheitsministerin Schmidt auch sein mag, noch in ihrer Amtszeit konsentiertere Diagnostik- und Behandlungsstandards für zunächst vier chronische Krankheiten (Diabetes mellitus, Chronisch ischämische Herzkrankheiten (CIHK), Asthma/Chronische Lungenkrankheiten (COPD), Brustkrebs) festzuschreiben, so kritikwürdig ist der Umstand, solche komplexen Behandlungsprogramme in unerträglicher Hektik und mit rechtlichen Drohungen bis zum 1. Juli 2002 durchzudrücken und diese auch noch unmittelbar an den Risikostrukturausgleich der Krankenkassen zu koppeln. Ersatzvornahmen sind nur ein Ausdruck fehlender Argumente. Zu allem Unglück ist von den Spitzenverbänden der Krankenkassen eine diabetologische Außenseitergruppe mit der Wahrnehmung ihrer Gestaltungsrechte im Koordinierungsausschuss beauftragt worden, die unter dem Deckmantel der evidenzbasierten Medizin Positionen vertritt, die weder mit dem aktuellen Wissensstand der Medizin noch mit der Versorgungsrealität übereinstimmen. Folgerich-



»Wir Ärzte sind für eine qualitätsvolle integrierte Versorgung – aber gegen eine abgemagerte Zuteilungsmedizin.«

tig hat die Mitgliederversammlung des eben in Dresden beendeten 37. Deutschen Diabetes Kongresses dieses dirigistische Vorgehen kritisiert und in entsprechenden Verlautbarungen abgelehnt.

Um die Qualität in der Medizin anzuheben, was ja DMP erreichen soll, braucht es statt übereiltem Aktionismus einer kontinuierlichen und behutsamen Sacharbeit, wie wir das in Sachsen mit unserem erfolgreichen Diabetesprogramm vorgemacht haben. Auch bei uns hat dieser Konsensus-Prozess zur Schaffung von Leitlinien, zur Gestaltung von Modell- und Strukturverträgen und deren Implementierung in

die hausärztlichen und diabetologischen Praxen erheblichen Aufwand, Zeit, Mühe und Kosten bedeutet. Aber es hat sich gelohnt: Abgesehen von der inzwischen flächendeckenden Verbesserung der Betreuungsqualität für Diabetiker in Sachsen, die ihresgleichen in Deutschland sucht, konnten wir nun endlich auch unsere bewährten Sächsischen Leitlinien in das Nationale Leitlinienprogramm der Bundesärztekammer einbringen.

Sollte es trotz mehrfacher Warnungen der Ärzteschaft zu diesem „deutschen Großexperiment“ in dem geplanten Terminschema der DMP-Einführung bis zum 1. Juli 2002 kommen, so ist das mit erheblichen Risiken für die Aufrechterhaltung einer qualifizierten und flächendeckenden Versorgung verbunden. Hinzu kommen eine Vielzahl von ungeklärten Fragen zu Datenschutz und Datensicherheit. Durch den gläsernen Arzt und den gläsernen Patienten erhalten vor allem die Krankenkassen einen erheblichen Machtzuwachs, den wir nicht befürworten können, weil der Datenaustausch ohne Pseudonymisierung in keinem Verhältnis zum angestrebten Zweck steht.

Ärzte und Patienten werden Mittel und Wege finden, um sich weiterhin für eine qualifizierte integrierte Versorgung zu engagieren und einer abgemagerten Zuteilungsmedizin unzeitgemäßer DMP-Programme eine Absage zu erteilen.

*Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident*