



## Testfall DMP

*Bei der Einführung von Disease-Management-Programmen gilt es zu verhindern, dass eine schematische Checklistenmedizin die Medizin nach Maß in einer vertrauensvollen individuellen Patient-Arzt-Beziehung verdrängt.*

Die ärztliche Selbstverwaltung steht derzeit unter großem Druck. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt will unbedingt bereits zum 1. Juli 2002 die strukturierten Behandlungsprogramme für die Behandlung von Diabetes, chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen, koronaren Herzkrankungen und Brustkrebs einführen – die sogenannten Disease-Management-Programme (DMP).

Die Ärzteschaft unterstützt das Ziel, Defizite in der Versorgung chronisch Kranker durch strukturierte Behandlungsprogramme abzubauen. Sie hat auch – ob in Nordrhein oder in Bayern – bereits Erfolge mit solchen Programmen vorzuweisen, die Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen gemeinsam auf den Weg gebracht haben.

Doch nicht zuletzt die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein (siehe auch „Thema“ Seite 11) hat deutlich gemacht: Es ist derzeit äußerst fraglich, dass das „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung“, mit dem der Gesetzgeber die DMP einführt, den chronisch Kranken wirklich helfen wird.

So ist noch nicht gewährleistet, dass die „evidenzbasierten Leitlinien“, die zu den Programmen gehören sollen, auch wirklich medizinisch gesichert, plausibel und konsistent sind. Diese Leitlinien müssen meines Erachtens auf einer gewissenhaften Diskussion mit den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und weiteren herausragenden Experten basieren. Um dies zu gewährleisten, hat die Bundesärztekammer jetzt die Schirmherrschaft über die Arbeit an einem nationalen Leitlinienprogramm übernommen.

Das Thema der Leitlinien ist eine Schlüsselfrage, weil allzu schablonenhafte Standards die Therapie unserer Patienten unzulässig einengen könnten. Manche Krankenkassenvertreter und Gesundheitswissenschaftler haben tatsächlich die Vorstellung, dass sich Behandlungsabläufe in Checklisten

vorgeben lassen, die dann von den Ärztinnen und Ärzten abuarbeiten sind.

Die DMP sind der Testfall dafür, ob sich ein solcher Irrglaube gesundheitspolitisch durchsetzen lässt. Wir werden alles daransetzen, einen Paradigmenwechsel in der Medizin zu verhindern, bei dem eine schematische Checklistenmedizin die Medizin nach Maß in einer vertrauensvollen individuellen Patient-Arzt-Beziehung verdrängt.

Eine weitere Gefahr für das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt droht, weil die Krankenkassen im Zusammenhang mit den DMP erstmals personenbezogene Daten der Versicherten bis hin zu Behandlungs- und Befunddaten erhalten und verwenden wollen. Wenn mit den DMP tatsächlich der „gläserne Patient“ kommen sollte (siehe auch Seite 17), würde auch das Vertrauen des Patienten in die Verschwiegenheit seines Arztes beschädigt.

Dass die Verbindung der Chronikerprogramme mit dem Risikostrukturausgleich ein schwerer Fehler war, hat bei der nordrheinischen Kammerversammlung ein Krankenkassenvertreter eindrucksvoll bestätigt. Gerhard Schulte, Vorstandsvorsitzender der bayerischen Betriebskrankenkassen und in den neunziger Jahren Spitzenbeamter im Bundesgesundheitsministerium, hat den neuen gesetzlichen Regelungen ein schlechtes Zeugnis ausgestellt: Von Fehlanreizen, die zur Falschklassifizierung von Versicherten in die Programme führen werden, über den gigantischen Verwaltungsaufwand bis hin zum unververtretbaren Zeitdruck bei der Einführung – Schulte bestätigte unseren Eindruck, dass hektischer Aktionismus bisher über die Vernunft gesiegt hat.

Dass sich so das proklamierte Ziel erreichen lässt, eine bessere Versorgung chronisch Kranker und mehr Wirtschaftlichkeit zu erreichen, glaubt inzwischen kaum mehr jemand.

*Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe  
Präsident der Bundesärztekammer  
und der Ärztekammer Nordrhein*