

Der „virtuelle Patient“ aus Euskirchen und Disease-Management-Programme (= DMP)

oder

evidenzbasiertes und strukturiertes Krankheitsmanagement ohne Ärzte?
v. Lutz Barth, 15.12.05

Anlass

Auf der Homepage des Bundesverbandes AOK können wir folgende „erfreuliche Mitteilung“ lesen:

„Eine Million Teilnehmer an DMP

Die Zahl der AOK-Versicherten, die bundesweit an einem Disease-Management-Programm (DMP) der AOK teilnehmen, hat die Eine-Million-Grenze überschritten. Uwe Deh, Bevollmächtigter des Vorstandes der AOK Sachsen-Anhalt, begrüßte in Magdeburg die millionste DMP-Teilnehmerin.“¹

"Wir freuen uns, dass sich immer mehr AOK-Versicherte mit chronischen Krankheiten an unseren strukturierten Behandlungsprogrammen beteiligen", sagte Deh. "Sie haben dadurch die Chance, besser medizinisch versorgt und betreut zu werden. So können mögliche Folgeerkrankungen frühzeitig entdeckt oder sogar vermieden werden."²

Auch wenn der Mitteilung nicht entnommen werden kann, ob die Patientin ein Präsent erhalten hat, darf wohl davon ausgegangen werden, dass zumindest ein Blumenstrauß analog einem „Preis ausschreiben“ vorab übergeben wurde; zugleich ist die Patientin mit einem Interview bedacht worden, dass Sie, liebe LeserInnen, bei entsprechendem Interesse nachlesen können³.

Was also ist DMP ?

Die Beantwortung dieser Frage überlassen wir zunächst dem online - Landesgesundheitsportal von NRW, dessen Erläuterungen um der Bedeutung willen mit einem längeren Zitat bedacht werden sollen:

„Bei den sog. „Disease-Management-Programmen“ (DMP) handelt es sich um spezielle strukturierte Programme für chronische Krankheiten.

Diese zielen darauf, die Versorgung und Betreuung chronisch Erkrankter zu verbessern. Man bezeichnet DMP's daher auch als „Chronikerprogramme“. Im Falle chronischer Erkrankungen ist ein gut abgestimmtes und kontinuierliches

¹ <http://www.dmp-aok.de/bund/rd/>

² <http://www.dmp-aok.de/bund/rd/20020.htm>

³ Das Interview finden Sie unter der in Fn. 2 angegebenen Linkadresse.

Vorgehen bei der gesundheitlichen Versorgung sehr wichtig, um etwa das Risiko für Komplikationen oder Folgeschäden reduzieren oder vermeiden zu können.

DMP-Programme können derzeit für Diabetes Typ I und Typ II, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit und Asthma/COPD (chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen) angeboten werden (Stand: November 2004).

Innerhalb dieser Programme ist ein strukturiertes Vorgehen festgelegt, das die Einbeziehung von Qualitätskriterien und ein enger abgestimmtes Zusammenarbeiten aller am Behandlungsprozess beteiligten Personen (Ärzte, Krankenhäuser, Patienten) vorsieht. Beispielsweise werden verbindliche Dokumentationsparameter genutzt und die Therapie an bestimmten wissenschaftlichen Empfehlungen ausgerichtet. Letztlich zielt dieses gemeinsame und Institutionen übergreifende Vorgehen zu einer verbesserten Versorgung und damit einer erhöhten Lebensqualität für chronisch kranke Patienten.

Wesentliche Aspekte der DMP, die zu einer Qualitätsverbesserung führen sollen, sind:

- ▶ Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft unter der Berücksichtigung auf der Basis evidenzbasierter Leitlinien bzw. der jeweils besten verfügbaren medizinischen Evidenz (einschließlich Medikation)
- ▶ Koordination der Behandlung
- ▶ Dokumentation und umfassende Qualitätssicherung.

Die Krankheitsbehandlung erfolgt dabei auf Basis von Leitlinien, die für das jeweilige Krankheitsbild entwickelt und wissenschaftlich überprüft werden.

Diese Leitlinien wurden in wissenschaftlichen Studien auf ihre Wirksamkeit, ihre Sicherheit und ihren Nutzen für den Patienten überprüft. Eine Orientierung an Leitlinien stellt sicher, dass Patientinnen und Patienten anhand aktueller, wissenschaftlich belegbarer Erkenntnisse behandelt werden. Für den Arzt stellen sie eine Empfehlung für die Behandlung dar, die ihm aber gleichzeitig ausreichend Freiraum zur Berücksichtigung individueller Bedürfnisse eines Erkrankten lässt. Die für eine hochwertige und individuelle Versorgung notwendige Therapiefreiheit des Arztes wird nicht eingeschränkt.

Ferner übernehmen in der Regel der Hausarzt / die Hausärztin (beim Krankheitsbild Brustkrebs wäre dies in der Regel der Gynäkologe oder die Gynäkologin) im Rahmen der Behandlung eine Lotsenfunktion (der „DMP-verantwortliche Koordinator“), indem sie die Patientinnen und Patienten durch das verzweigte System der Gesundheitsversorgung leiten und die gesamte Behandlung steuern. Die RSAV sieht vor, dass in Ausnahmefällen im DMP KHK und Diabetes auch bestimmte Fachärzte, im DMP Brustkrebs auch Hausärzte, die Koordination der Versicherten übernehmen können.

Disease-Management-Programme müssen bestimmte Anforderungen erfüllen, die im Fünften Sozialgesetzbuch (§ 137 f u. 137 g) festgeschrieben sind:

- Für jedes Disease-Management-Programm muss festgelegt werden, wer daran teilnehmen darf und welche Regeln für die Patienten bei der Einschreibung in ein solches Programm bei Ihrer Krankenkasse gelten.
- Die Behandlung für bestimmte Krankheitsbilder erfolgt nach festgelegten Leitlinien, die wissenschaftlich überprüft werden.
- Alle Patientenbefunde, therapeutischen Maßnahmen und Behandlungsergebnisse müssen dokumentiert werden.
- Ärzte und ihre Mitarbeiter müssen festgelegte Qualifikationen nachweisen.
- Auch die Versicherten können an Schulungen teilnehmen.
- Qualitätssicherungsmaßnahmen sollen den hohen Stand medizinischer Behandlung garantieren.
- Alle Disease-Management-Programme werden wissenschaftlich auf ihre Wirksamkeit hin überprüft⁴.

Der „mündige“ und vielleicht auch „kritische“ Patient jedenfalls wird beim Lesen der vorstehenden Zeilen in Begeisterung „ausbrechen“; Zeilen eines Gesundheitsportals, die für den Patienten letztlich das „offenbare“, was er schon immer gewusst hat: die Ärzteschaft ist bemüht, mit hoher wissenschaftlicher Evidenz sich seinem individuellen Leiden besonders zu widmen und wie wir dem Interview der oben erwähnten Patientin entnehmen können, bleibt sogar noch Zeit für Worte des „Zuspruchs“, auch „wenn das Wartezimmer voll“ ist.

„Mit meinem Hausarzt lege ich gemeinsam fest, was wir erreichen wollen und wenn wir ein Ziel abgehakt haben, nehmen wir das nächste in Angriff“.

Neben der hohen wissenschaftlichen Evidenz, die die Disease-Management-Programme verbürgen, kommt diesen gleichsam ein hoher Stellenwert aus der Sicht der Patientenzufriedenheit und der Patienten-Compliance zu und dennoch fragt sich, warum etwa die Bundesärztekammer, allen voran ihr Präsident, nicht aufhört, unverhohlene Kritik anzumelden?

Der Patient dürfte nach dem „Surfen“ auf den Seiten der BÄK einigermaßen „verwirrt sein“, zumal ja die Bundesärztekammer die „zentrale“ berufsständische Institution der verfassten Ärzteschaft ist. Es regt sich Unbehagen bei dem Gedanken „widersprüchlicher Aussagen“ zu den Disease-Management-Programmen und der „mündige“ und nunmehr „aufgeklärte“ Patient mag für sich die Qualität der einzelnen Argumente für und wider der DMP beurteilen.

Auch der Autor ist gelegentlich ein „Patient“; er ist insoweit subjektiv vorbelastet, weil er sich der Schnittstellenproblematik zwischen Medizin, Pflege und Recht aus beruflichem Interesse primär widmet und ist ebenso „erstaunt“, wie in Teilen „verärgert“ über eine im Kern bedenkliche „Werbestrategie“ der Kassen und so manch unbedachter Internetpräsenz von Landesärztekammern, die ihre „Arztsuchmaschinen“ gleich mit einem Button versehen haben, wo Ärzte aufgelistet werden, die an DMP teilnehmen.

⁴ http://www.gesundheit.nrw.de/content/e16/e3526/e3529/index_ger.html

Es bedarf freilich keiner großen Phantasie, dass alle anderen Ärzte, die in dem Ärztebezirk nicht an DMP teilnehmen, erst gar nicht nach Aktivierung des „Häkchens“ erscheinen.

Der nunmehr über die Vorteile der DMP informierte Patient wird demzufolge im Zuge seiner Arztrecherche im Internet „selbstverständlich“ dieses Kästchen ankreuzen, da er doch um die Qualitäten der Ärzteschaft, die an DMP teilnehmen, weiß.

Einige Gedanken dazu:

Ohne hier die Diskussion über den Grund und die Sinnhaftigkeit von DMP vertiefen zu wollen, können folgende Aspekte zum weiteren Nachdenken anregen:

- Dass der Arzt besondere Sorgfaltspflichten bei Ausübung seines Berufes zu erfüllen hat, ist unbestritten. Auch wenn vortrefflich über die **Verbindlichkeit von „Leitlinien“** gestritten werden kann, so können diese Leitlinien sicherlich den Ärzten eine erste evidenzbasierte Orientierung mit Blick auf das höchst komplexe Krankheitspanorama bieten. Gleichwohl hat stets (!) die ärztliche Behandlung lege artis zu erfolgen und insofern „irritiert“ der Hinweis der Werbestrategen, dass die Krankheitsbehandlung im Rahmen der DMP auf „Basis von Leitlinien erfolgt, die für das jeweilige Krankheitsbild entwickelt und wissenschaftlich überprüft werden“.

Bei einem Patienten könnte sich daher die Frage aufdrängen, ob diejenigen Ärzte, die nicht am DMP teilnehmen, nicht „leitliniengerecht und damit nach den Regeln einer guten ärztlichen Behandlung“ therapiert werden?

Diese Frage mag für die Befürworter der DMP sicherlich überzogen und für den nicht in ein DMP eingebundener Arzt provokant und „höchst ärgerlich“ sein.

Die Verärgerung eines Arztes dürfte m.E. nach allerdings nachvollziehbar sein, da ohne Frage durch die enge Verzahnung von leitliniengerechtem Handeln und DMP der Eindruck entstehen könnte, dass all diejenigen Ärzte, die an DMP teilnehmen, „besser“, weil „wissenschaftsorientierter“ und damit scheinbar qualifizierter seien, als der Rest der in der Republik tätigen Ärzte. Die „geheime Botschaft“ der Werbestrategen scheint also aufzugehen, wie nicht zuletzt das Interview mit der Patientin dokumentiert. Hier präsentiert sich die aktuelle Diskussion über die Leitlinien versus Therapiefreiheit in einem völlig neuem Gewande und leitet zum nächsten Gedanken über.

- Nahezu in jeder anderen Profession auch kommt der Fort- und damit Weiterbildung im Rahmen einer komplexen Tätigkeit eine besondere Rolle zu. Gerade die Medizin und der damit einhergehende Fortschritt beinhaltet in einem erhöhten Maße ein dynamisches Element und trotz der knappen Ressource Zeit etwa des Allgemein- resp. „Hausarztes“ ist die Verpflichtung zur Fortbildung und die fachliche Informationsbeschaffung oberste Pflicht, will man/frau sich nicht der Gefahr aussetzen, einem Behandlungsfehler infolge statischen, gleichsam aus den Studienzeiten heraus „konserviertes Wissens“

zu erliegen, der dann zu unliebsamen haftungsrechtlichen Folgen führt.

Diese Fortbildungsverpflichtung⁵ der Ärzteschaft ist im Kern also nicht nur begrüßenswert, sondern auch und gerade im Interesse der fachkompetenten Behandlung eines Patienten und dessen Patientenrechte zwingend geboten⁶, ohne dass hier noch gesondert an die „Gemeinwohlverpflichtung“ des Arztes, speziell des Vertragsarztes, zu erinnern wäre⁷.

Demzufolge obliegt es u.a. der berufsständischen Selbstverwaltung, die Fortbildung der Ärzte zu fördern und zu betreiben. Die Kammern tragen dazu bei, dass die erforderlichen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten der Ärzte für das gesamte Berufsleben dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Praxis entsprechen.

Von daher dürfte es doch letztlich nahe liegen, dass es jedenfalls im Interesse der Landesärztekammern stehen dürfte, dass gleichermaßen flächendeckend ein hohes Niveau an ärztlicher Versorgungsqualität erreicht wird, ohne dass etwa der Patient oder der „Hausarzt“ unter Zugzwang gesetzt wird, an einem DMP teilnehmen zu müssen.

Hier scheint einigen berufsständischen Selbstverwaltungsorganen nicht die besondere Rolle und der damit verbundenen Aufgaben eines Hausarztes aus der Sicht eines Patienten bewusst zu sein. Umfragen und Erhebungen neueren Datums belegen eindeutig, dass die Patienten ein großes Vertrauen in „ihre Hausärzte“ hegen, durch die sie zumeist über Jahre und Jahrzehnte hinweg ärztlich betreut und freilich auch therapiert werden.

Die Patientenzufriedenheit ist bekanntermaßen ein wichtiger Parameter bei der Bestimmung der Qualität der Experten-Patienten-Beziehung zwischen dem Arzt und seinem Patienten, die über den reinen Arztvertrag hinaus weitestgehend als eine Sozialbeziehung sui generis charakterisiert werden kann.

Es bedarf nun freilich keiner besonderen Phantasie, dass der mündige und damit in Teilen auch kritische Patient mehr als irritiert ist, wenn er im Rahmen der sicherlich wohlgemeinten „Chroniker-Programme“ der Kassen feststellen muss, dass „sein Arzt seines langjährigen Vertrauens“ möglicherweise „gar nicht qualifiziert ist“, mehr noch, dass es andere Ärzte zu geben scheint, die „wissenschaftlich ausgebildeter und daher sich nach speziellen Leitlinien ärztlichen Handelns“ richten.

⁵ Vgl. dazu statt vieler den instruktiven Beitrag von Laufs, in Handbuch des Arztrechts, § 11 Fort- und Weiterbildung mit weiterführenden Nachweisen aus Rechtsprechung und Literatur; im übrigen die einzelnen Heilberufsgesetze der Länder, z.B. § 6 (1) Nr. 4 i.V.m. §§ 30 ff. HeilBerG NRW i.d.F. vom 17.03.2005 und die einschlägigen Berufsordnungen der Ärzte, z.B. für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte v. 14.11.98 i.d.F. vom 20.11.2004 (in Kraft getreten am 20.05.2005) § 4 Abs. 1; ebenso die Musterberufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO_Ä 1997 in der jeweils gültigen Fassung) § 4 Abs. 1; ferner zur Gesetzgebungskompetenz und den Grundlagen des öffentlich-rechtlichen Berufsrecht der Ärzteschaft, Francke/Hart, Ärztliche Verantwortung und Patienteninformation, 1987, S. 135 ff.

⁶ Nur in Parenthese sei hier erwähnt, dass eine solche Verpflichtung sich in Anbetracht so mancher Statistiken der Berufshaftpflichtversicherer für die Rechtsanwaltschaft auch anbieten dürfte.

⁷ Vgl. dazu § 1 Abs. 1 MBO-Ä;

Aus der Sicht der Kassen mögen die DMP ihren Sinn haben, zumal das Leistungsrecht ganz maßgeblich von dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit beherrscht wird.

Weshalb sich nun allerdings die berufsständische Selbstverwaltung für die wirtschaftlichen Interessen der Kassen instrumentalisieren lassen, ist eigentlich rational nicht nachvollziehbar, insbesondere mit Blick auf die „Arztuchmaschinen“.

- Nachstehend sollen daher exemplarisch die „Folgewirkungen“ anhand von einigen Zahlen untermauert werden, die der Verfasser auf der Homepage der Ärztekammer Nordrhein entnehmen konnte.

Stichtag der „Erhebung“ über die Arztuchmaschine der Internetpräsenz der LÄK-Nordrhein war der 25.11.05 (13.30 – 14.15 Uhr).

- **Bei der Auswahl hat sich der Autor auf die „diabetologisch geschulten Hausärzte“ konzentriert.**

Um den LeserInnen dieses Beitrages keine Informationen vorzuenthalten, wird nachstehend die vom Verfasser durchgeführte „Internetrecherche“ weitestgehend unter Verweis auf die jeweiligen Internetseiten und deren Inhalt dargestellt. Diese Darstellung erfolgt ausdrücklich in Zitatform unter Angabe der Quelle!

Die „virtuelle Reise des Patienten“

Der „mündige“ Patient mit Wohnsitz in dem beschaulichen Euskirchen schaltet also seinen Rechner ein und begibt sich auf eine „virtuelle Reise“ auf der Suche nach einem qualifizierten (Haus)Arzt in seiner Region in dem scheinbar anonymen WWW.

Als erstes steigt er über ein „Suchmaschine“ ein und findet einen Link, der ihn direkt zu den Seiten der [Landesärztekammer Nordrhein](#) führt.

Es eröffnet sich ihm die Homepage der Ärztekammer und entdeckt einen Button mit einem weiterführenden Link unter **Arztuche**. Er klickt den Link an und wird zu einer neuen Seite, namentlich den **Arztlisten**: Übersicht geführt. Hier entdeckt er dann einen weiteren Button unter [Arztverzeichnis](#) und er wird zu dem nachstehenden Suchformular geführt.

Suche nach Ärzten und Psychotherapeuten in Nordrhein

Anrede	Frau/Herr	Weitere Auskünfte erhalten Sie beim Patienten- Informationsdienst der KVNo unter der gebührenfreien Telefonnummer (08 00) 6 22 44 88 oder per E-Mail .
Nachname (ohne Titel)	<input type="text"/>	
Ort	<input type="text"/>	
Straße	<input type="text"/>	
Kreis	alle Kreise	
Fachgebiete	bitte ausw ählen	
Zusatzbezeichnungen	bitte ausw ählen	
Suche nach Hausarzt	<input type="checkbox"/>	
Behandlungsprogramme (DMP)	bitte ausw ählen	
Fremdsprachenkenntnisse*	beliebig	

*Diese Informationen beruhen auf Selbstauskünften.

L



Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf

Suchen

Neue Suche

Stand: 9. Dezember 2005

Das Interesse des mündigen und interessierten Patienten ist geweckt und er entdeckt unter der **Rubrik Behandlungsprogramme** den Hinweis auf **DMP**; hierüber hatte er unlängst etwas gehört und möchte hierzu weitere Informationen haben, so dass sich ihm beim Anklicken des Links das folgende HTML-Fenster mit folgendem Text findet:

Was sind Disease-Management-Programme (DMP)?

■ **Tipp**

Wenn Sie nach DMP-Ärzten suchen, lassen Sie bitte die Felder "Fachgebiete" und "Zusatzbezeichnungen" leer.⁸

Strukturierte Behandlungsprogramme sollen die medizinische Versorgung und Lebensqualität von chronisch kranken Menschen verbessern. Diese Disease-Management-Programme (DMP) folgen medizinischen Leitlinien, die dem neusten Stand der Wissenschaft entsprechen und in Studien überprüft werden.

Um an DMP teilnehmen zu können, müssen Ärztinnen und Ärzte besondere Qualifikationen nachweisen. Erst dann erhalten sie von der KV Nordrhein eine Genehmigung. Bislang gibt es in Nordrhein DMP für Diabetiker, Brustkrebspatientinnen und Patienten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK).

Erste Anlaufstelle für Zuckerkrankte ist grundsätzlich der diabetologisch geschulte Hausarzt. In besonderen medizinischen Fällen wird er den Patienten zu einer diabetologischen Schwerpunktpraxis überweisen.

Ähnliches gilt für Herzkrankte; auch sie sollten sich zuerst an einen koordinierenden Arzt im DMP KHK wenden. Falls nötig, wird er den Patienten an einen Facharzt im DMP KHK überweisen.

Bei Brustkrebs ist im Allgemeinen der Frauenarzt die erste Station. Er koordiniert alle für die Versorgung der Patientin notwendigen Behandlungsschritte.

Der Patient kann nach einem unbefangenen Lesen dieses Fensters keinen Zweifel mehr daran haben, dass es besonders qualifizierte Ärzte gibt. Er registriert rechts neben dem Link DMP „Behandlungsprogramme – bitte auswählen“ und er als Diabetiker kann nun zwischen den Alternativen, zwischen diabetologisch geschulten Hausärzten oder diabetologischen Schwerpunktpraxen wählen.

Sofern er dann noch die anderen Vorzüge der Suchmaschine nutzt, kann er auch versuchen, seinen unmittelbaren Wohnsitzort etc. anzugeben und sofern er in einem kleinen Dorf wohnt, gibt er einfach die nächst größere Stadt ein. In jedem Falle werden ihm dann Arztlisten mit Ärzten präsentiert, die zum Beispiel besonders diabetologisch geschult sind, ohne dass hiermit etwa das Spektrum (Fachgebietsbezeichnungen) der anderen Hausärzte / Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte abgebildet wird.

Wenn der Patient aber aufgrund seiner positiven Erfahrungen mit dem „Hausarztprinzip“ den Tipp der Ärztekammer nicht folgen sollte und einfach nur das Häkchen hinter „Hausarzt“ setzen würde, erscheint plötzlich eine Vielzahl von Ärzten, die möglicherweise auch noch in der Nähe, vielleicht auch gar in „kleinem Dorf“ praktizieren.

Wir wissen nun nicht, wie sich unser „virtueller Patient“ entscheiden wird, aber es steht zu vermuten an, dass er als kritischer Patient natürlich die bestmögliche medizinische Versorgung erwartet.

Nachstehend hat der Verfasser zur weiteren Illustration über die Bedeutung einer Arztsuchmaschine die Ergebnisse seiner Recherche im Hinblick auf **diabetologisch**

⁸ Der Autor hat diesen Tipp besonders hervorgehoben. Im Web ist dieser nicht im Fettdruck gekennzeichnet.

geschulte Ärzte im Vergleich zu den Hausärzten und mit der ausgewiesenden Facharztbezeichnung in Exceltabellen übertragen:

Tabelle 1: Hausärzte allgemein / diabetologisch geschulte Ärzte (ohne weitere Einschränkungen in der Suchmaschine)

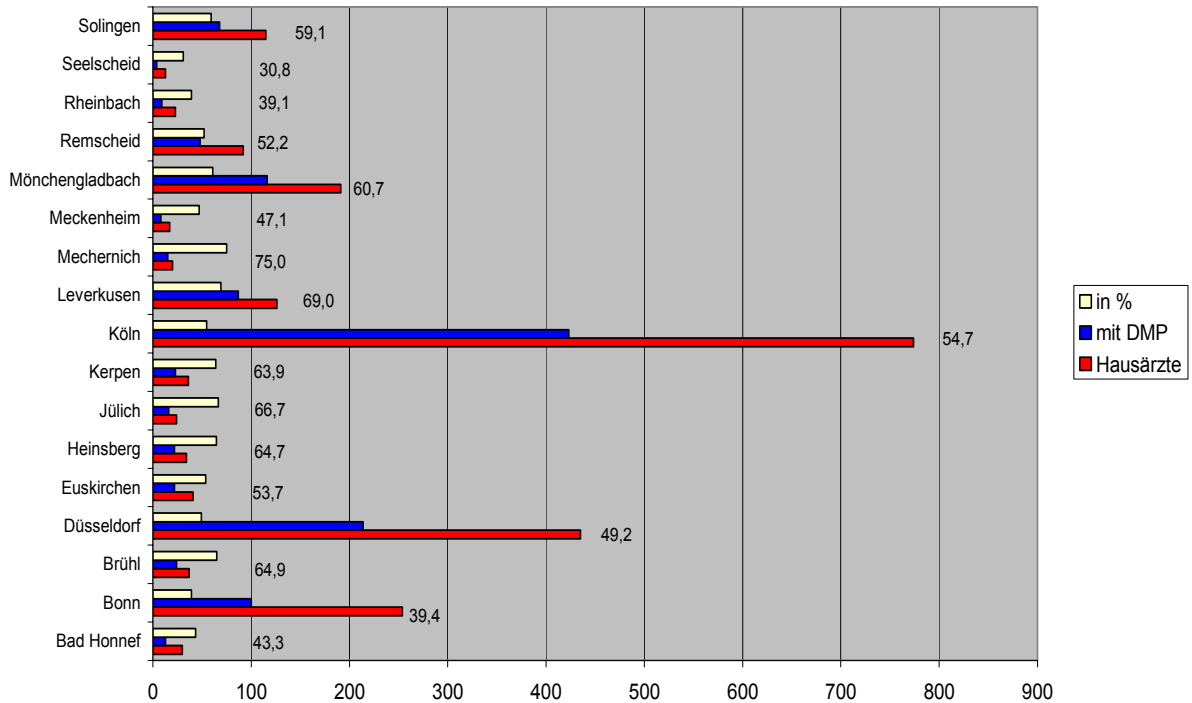
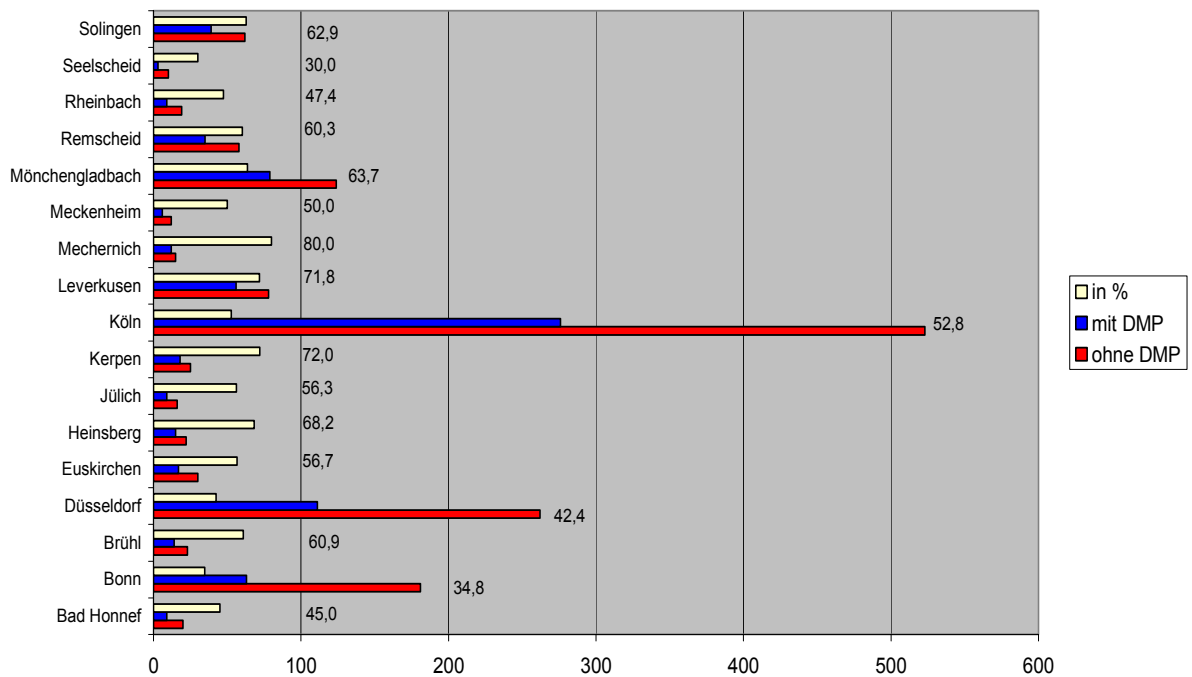


Tabelle 1: Mit Fachgebietsbezeichnung Allgemeinmedizin / Praktischer Arzt/ diabetologisch geschulte Ärzte



Dazugehörige Datentabellen:

Diabetologisch geschulte Hausärzte				Allgemeinmedizin / Praktischer Arzt			
	Hausärzte	mit DMP	in %		ohne DMP	mit DMP	in %
Bad Honnef	30	13	43,3	Bad Honnef	20	9	45,0
Bonn	254	100	39,4	Bonn	181	63	34,8
Brühl	37	24	64,9	Brühl	23	14	60,9
Düsseldorf	435	214	49,2	Düsseldorf	262	111	42,4
Euskirchen	41	22	53,7	Euskirchen	30	17	56,7
Heinsberg	34	22	64,7	Heinsberg	22	15	68,2
Jülich	24	16	66,7	Jülich	16	9	56,3
Kerpen	36	23	63,9	Kerpen	25	18	72,0
Köln	774	423	54,7	Köln	523	276	52,8
Leverkusen	126	87	69,0	Leverkusen	78	56	71,8
Mechernich	20	15	75,0	Mechernich	15	12	80,0
Meckenheim	17	8	47,1	Meckenheim	12	6	50,0
Mönchengladbach	191	116	60,7	Mönchengladbach	124	79	63,7
Remscheid	92	48	52,2	Remscheid	58	35	60,3
Rheinbach	23	9	39,1	Rheinbach	19	9	47,4
Seelscheid	13	4	30,8	Seelscheid	10	3	30,0
Solingen	115	68	59,1	Solingen	62	39	62,9
Summe	2262	1212	53,6		1480	771	52,1

Stand: 25.11.05: 14.15 Uhr

Schlusswort

Wie immer sind Statistiken vielfältiger Interpretationen zugänglich. Dem Verfasser war es im ersten Zugriff auf die Seiten des Gesundheitsportals NRW und der Ärztekammer Nordrhein überhaupt nicht klar, dass ggf. hieraus mal ein kurzer Beitrag entstehen könnte.

Auffällig und kritisch ist allerdings anzumerken, dass mit einem Hinweis auf DMP in einer an sich neutralen Arztsuchmaschine plötzlich das Hausärzte-, Allgemeinmediziner/Praktischer Arzt – Potenzial sich nahezu um die Hälfte verringert!

Die „Wettbewerbsvorteile“ der DMP im Sinne einer lege artis Behandlung entfalten selbst in Suchmaschinen offensichtlich ihre volle Entfaltung, so dass hier mit einer

Pressemittlung der BÄK aus dem Jahre 2004 der lediglich zu Informationszwecken dienende Beitrag geschlossen werden soll.

Auch hierbei handelt es sich um ein Zitat:

Pressemitteilung der Bundesärztekammer

Behandlungsprogramme dürfen kein Vehikel der Kassen sein

"Kassengesteuerte Disease-Management-Programme dienen primär dem wirtschaftlichen Vorteil der sich beteiligenden Kostenträger im Risikostrukturausgleich", kritisierte heute in einer Entschließung der 107. Deutsche Ärztetag in Bremen. Strukturierte Behandlungsprogramme dürften nicht zum Vehikel krankenkassengesteuerter Finanzierungsstrategien verkommen. Mit Einführung der DMP seien regionale Behandlungsprogramme, die auf ärztliche Initiative hin entwickelt wurden, trotz hervorragender Qualitätsergebnisse gekündigt worden. Dies wurde damit begründet, dass diese Programme nicht mit dem Risikostrukturausgleich kompatibel seien. "Ob die in einem DMP eingeschriebenen Patienten von den dort vereinbarten Versorgungsstandards profitieren, ist völlig offen. Fest steht, dass GKV-Beiträge, die der Krankenversorgung zugedacht waren, zur Subventionierung des überblähten Verwaltungsapparats zweckentfremdet werden, der zur Einführung von DMP erforderlich ist", heißt es in dem Beschluss des Ärztetages.

In einer Meinungsumfrage der Fachkommission "Diabetes" der Länder Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen bei Hausärzten und Diabetologen haben nur 4 Prozent der Hausärzte und 2 Prozent der Schwerpunktpraxen das DMP "Diabetes mellitus Typ 2" als hilfreich für die Patientenversorgung angesehen. 37 Prozent der Hausärzte und 54 Prozent der Schwerpunktpraxen konstatieren sogar eher eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung. Dabei können aus Sicht der Ärzteschaft strukturierte Behandlungsprogramme, wie das sächsische Diabetes-Typ-2-Modellprojekt, durchaus die Versorgung von chronisch kranken Patienten optimieren.

Quelle:

<http://www.bundesaerztekammer.de/25/10Pressemitteilungen/J2004/200405215.html>

Und spätestens jetzt erhellt sich auch für den interessierten Juristen und gelegentlichem Patienten, dass er ein echtes „Entscheidungsproblem“ hat.

Ihr Lutz Barth

© IQB 2005

Für Anregungen und Kritik schreiben Sie uns unter webmaster@iqb-info.de
Zur **Webpräsenz** des IQB: www.iqb-info.de