

IMIG

***"Einstellung von Hausärzten zu
Disease Management
Programmen (DMP)"***

IMIG

Institut für Marktforschung im Gesundheitswesen

Zentnerstr. 33 • D-80798 München • fon: + 49(0)89 / 1 27 00-935 • fax: + 49(0)89 / 1 27 00-936

Vorbemerkungen

Die vorliegende Zusammenfassung enthält die Ergebnisse einer Gruppendiskussion, eines narrativen und eines explorativen Interviews zum Thema

"Einstellung von Hausärzten (APIs) zu Disease Management Programmen (DMP)".

Die qualitative Arztbefragung fand im Mai 2003 im Rahmen des "IMIG – **Marktforschungsseminars**" zum Thema ***"Einführung in die qualitative Pharma-Marktforschung"*** anhand ausgewählter Methoden (Gruppendiskussion, narratives Interview, Exploration) statt. An dem zweitägigen Seminar in München nahmen neun betriebliche Marktforscher von sechs Pharmafirmen teil.

Im Rahmen der praktischen Übungen moderierte eine Teilnehmerin eine **Gruppendiskussion** mit sechs Ärzten, ein Teilnehmer wendete die **narrative Interviewtechnik** in einem Arztinterview an, und eine Teilnehmerin führte die "klassische" **explorative Interviewtechnik** durch.

Für die Gruppendiskussion und die Interviews wurden Hausärzte ausgewählt und eingeladen, die bereits mit Disease Management Programmen in Berührung gekommen sind, um vor diesem Hintergrund Informationen nicht nur über ihre Erfahrungen, sondern auch über die Erwartungen und Anforderungen an **DMP** zu erhalten.

Der Befragung lag ein **Themenkatalog** zugrunde, der im Rahmen des Seminars in Gruppenarbeit und abschließend im Plenum erarbeitet und gemeinsam festgelegt wurde.

Für die Dokumentation wurden die Gruppendiskussion und die Interviews auf Video aufgezeichnet. Für die Auswertung wurden **wörtliche Tonbandabschriften** angefertigt. Ausgewählte **wörtliche Zitate im Text** veranschaulichen die Denkweise der Ärzte.

Die Befragungsergebnisse besitzen qualitative Aussagekraft, das heißt sie sind nicht repräsentativ im statistischen Sinne. Sie beschreiben die **zielgruppentypischen Erfahrungen**, Einstellungen und Erwartungen von Hausärzten **zum Thema Disease Management Programme**.

Im **Anhang** sind **Definitionen von DMP und EBM** (Evidenz basierter Medizin) enthalten, die für das Verständnis und die Bewertung der Thematik nützlich sind.

IMIG
Juli 2003

Inhalt

| | Seite |
|--|-----------|
| Fazit | 4 |
| <hr/> | |
| 1. Aktueller Stellenwert der DMP in der hausärztlichen Praxis | 5 |
| <hr/> | |
| 2. Informationsstand über DMP | 6 |
| <hr/> | |
| 3. Vor- und Nachteile von DMP | 7 |
| <hr/> | |
| 4. Mögliche Indikationen für DMP | 9 |
| <hr/> | |
| 5. Bisherige Einbindung der Ärzte in DMP | 10 |
| <hr/> | |
| 6. Rolle der Patienten und der Krankenkassen bei DMP | 11 |
| <hr/> | |
| 7. Rolle der Pharmaindustrie bei DMP | 12 |
| <hr/> | |
| 8. Erwartungen an DMP | 13 |
| <hr/> | |
| Anhang: ⇒ Definitionen von DMP aus den Homepages www.diabsite.de www.diabetes.de www.bundesregierung.de | |

Fazit

Die Ärzte, die an der Befragung im Rahmen des IMIG-Seminars im Mai 2003 teilgenommen haben, stehen den Disease Management Programmen sehr skeptisch gegenüber. Sie halten es zwar für sinnvoll, bei chronischen Patienten Doppeluntersuchungen zu vermeiden, diese Patienten nach einheitlichen Leitlinien zu therapieren und eine engere Zusammenarbeit zwischen Klinikärzten und niedergelassenen Ärzten anzustreben. Diese Vorteile stehen in ihren Augen allerdings in keinem Verhältnis zu den zu erwartenden Nachteilen.

Die Ärzte befürchten vor allem

- eine Reglementierung und zugleich Kontrolle der ärztlichen Entscheidungsfreiheit,
- eine Therapie nach ökonomischen, nicht mehr nach medizinisch-ethischen Gesichtspunkten,
- eine Mehrbelastung und Mehrkosten durch Fortbildungen und zusätzlichen Verwaltungsaufwand,
- eine Fokussierung auf die jeweilige Krankheitsgruppe statt auf den einzelnen Patienten.

Aufgrund von Erfahrungen, die einige bereits mit einem Diabetes-Programm gemacht haben, äußern sie sich skeptisch darüber, ob die Kontrolle über die zu erwartende Datenflut gewährleistet werden kann. Kritisiert wird darüber hinaus die politische Vorgehensweise bei der Entwicklung von DMP, die sie als von oben übergestülpt und nicht von der Basis her aufgebaut sehen.

Der bisherige Informationsstand über DMP wird als eher dürftig beurteilt. Auch die Zuständigkeiten sind für die Ärzte noch in keiner Weise geklärt.

Die Rolle der Pharmaindustrie sehen die Ärzte vor allem in der Fortbildung. Dies könnte auch die Bereiche EDV und Dokumentationstechniken und ggf. sogar juristische Beratung umfassen. Eine wichtige Funktion könnte die Pharmaindustrie darüber hinaus in der Kommunikationsförderung zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten erfüllen.

1. Aktueller Stellenwert der Disease Management Programme (DMP) in der hausärztlichen Praxis

An der Veranstaltung – Gruppendiskussion und Interviews – haben fünf hausärztliche Internisten, zwei praktische Ärzte und ein Allgemeinmediziner teilgenommen. Der **Anteil der Patienten mit chronischen Erkrankungen** liegt in ihren Praxen zwischen 50 und 80 %. Die Ärzte, die ein überwiegend jüngeres Patientenkontinuum behandeln, geben ihn mit 25 bis 30 % an, während bei älteren Patienten 60 bis 80 % für DMP in Fragen kommen könnten.

Die **spontanen Reaktionen auf das Thema DMP** sind **zweispältig bis negativ**. Die Hausärzte erwarten von der Initiative eine *"Vereinheitlichung der Vorgehensweise bei bestimmten häufigen chronischen Erkrankungen"*. Diese **Bestrebungen** werden zwar als **im Prinzip nachvollziehbar** bezeichnet, zumal dann, wenn dadurch tatsächlich eine Kostenersparnis erreicht werden kann. *"Was ich akzeptieren würde, wäre die Einbindung, dass die Kliniken und die Fachkollegen enger zusammenarbeiten, wie man das auch immer organisieren will, dass diese Doppeluntersuchungen wegbleiben."*

Auf der anderen Seite befürchten die Ärzte aber eine **Reglementierung** ihrer medizinischen Entscheidungsfreiheit. *"Es hat eigentlich für mich als Arzt und Freiberufler mit all dem zu tun, womit man mich und die ärztliche Kunst auszuführen reglementieren und in eine gewisse Art von Schiene reinpressen will, wie ich Patienten zu behandeln habe, kostengünstig und auch effektiv vielleicht."*

Ein weiterer Aspekt, der die Ärzte bedenklich stimmt, ist die **Kontrollierbarkeit** ihres ärztlichen Handelns. *"Ich habe Angst vor dieser Schwarz-Weiß-Malerei, Guter Doktor – Schlechter Doktor. Was kommt da raus? Nicht, dass ich Angst vor meiner Therapieentscheidung habe, aber irgendwie, wie so etwas dann bewertet werden will."* *"Ich denke, das ist auch eine versteckte Kontrollierbarkeit und auch Nachvollziehbarkeit."*

Während aus Sicht der Ärzte bisher der **Patient** im Vordergrund gestanden hat, rückt nun die **Indikation** in den Mittelpunkt. *"Die Diagnose wird im Prinzip jetzt als Rahmenkonstruktion gefertigt, wo alle reinzupassen haben, in dieses Kästchen."*

Zudem erwarten die Ärzte durch DMP eine **erhebliche Mehrbelastung**, da sie selbst die Patienten für die Programme gewinnen müssen. Sie rechnen mit *"Schreibarbeiten, Verwaltungstätigkeit"*, mit *"Mehrarbeit, die nicht vergütet wird"*. *"Das bedeutet also erstens einmal Aufwand, Gesprächsaufwand, Überzeugungsaufwand, das bedeutet für uns, wir müssen Schulungen über uns ergehen lassen, sozusagen der Prozessmanager wird geschult über die Programme, die Helferinnen werden geschult werden müssen. Wir müssen Equipment vorbereiten, weil die unterschiedlichen Datensysteme, die wir haben, da muss sicherlich für die Prozessqualität eine einheitliche EDV angestrebt werden, um das zusammenzuführen. Und das bedeutet natürlich auch erhebliche Investitionen mit der Frage, ob man das irgendwie zurückbekommt."*

Darüber hinaus wird kritisiert, dass die Programme vom Gesetzgeber beschlossen werden, **ohne zuvor auf breiter Basis die Ärzteschaft zu befragen**. Es wird als bedenklich empfunden, *"dass es ohne demokratische Basis passiert ist, das heißt, das ist per Gesetz veröffentlicht und wird jetzt übertragen auf die Ärzte"*.

2. Informationsstand über DMP

Eine **breit gestreute, grundlegende Information** der Ärzteschaft hat offenbar noch **nicht stattgefunden**. *"Wir werden eigentlich nicht sehr gut informiert, es ist ein relativ rechtsunsicherer Raum, in dem wir uns bewegen. Man hat nie richtige Ansprechpartner, und man weiß eigentlich auch gar nicht, was passiert, was kriegen wir aufs Auge gedrückt. Wer gibt da eigentlich den Tagesbefehl raus? Wie schaut eine Therapie in einem viertel Jahr, in einem halben Jahr aus? An was wird die festgemacht? An irgendwelchen internationalen Standards? Da können wir sagen, die existieren ja eigentlich. Orientiert es sich am Staatshaushalt?"*

Informationen über DMP wurden an die Ärzte bisher vor allem **über die Krankenkassen** - genannt wird hier die AOK - weitergegeben. Ihr Engagement wird auf den **Risikostrukturausgleich** zurückgeführt, durch den die Kassen miteinander in **Konkurrenz** treten bei DMP.

Die **Fachpresse** scheint sich des Themas bislang allenfalls punktuell angenommen zu haben: *"So wie das jetzt hier ist, ist es auch bei der Gesundheitsreform, dass einmal da etwas steht und einmal dort eine Zeile und da ein kleiner Artikel, das wird einem so scheibchenweise in Salami-Technik schmackhaft wie ein Häppchen hingelegt, bis man es dann ganz gefressen hat, damit man nicht an diesem großen Brocken gleich erstickt."*

Auch eine **Pharmafirma** hat offenbar bereits eine Schulung durchgeführt, die als *"sehr strukturiert"* bezeichnet wird.

Darüber hinaus wird auf eine **Ärzteinitiative** hingewiesen, die in Zusammenarbeit mit Juristen und Leuten aus der Wirtschaft ein Netzwerk aufbauen und DMP entwickeln will, um dies dann zu verkaufen. Allerdings scheint die Aufnahme in diese Initiative recht **kostenaufwändig** zu sein.

3. Vor- und Nachteile von DMP

Nach Vor- und Nachteilen der DMP befragt, äußern sich die Ärzte fast nur negativ. Die **politische Vorgehensweise** bei der Entwicklung der DMP wird **sehr skeptisch** betrachtet. Privatinitiativen, die DMP entwickeln, um damit einen **Profit zu erzielen**, stoßen bei den befragten Ärzten auf zum Teil **harsche Kritik**: *"Es werden wieder Zwischenhändler geschaffen, die jetzt da wieder Geld verdienen."*

"Die Ärzte, die in diesem Programm sind, die wollen sich wieder kurzschließen und wollen sich gegenseitig dann auch finanzielle Vorteile verschaffen, die wollen Einkäufe usw. organisieren. Es entsteht ein gewisser Druck von solchen Gruppen, die sich dann zusammenschließen, und der Patient gerät eigentlich immer mehr aus dem Auge."

Für die **Patienten** wird ein weiteres Problem darin gesehen, dass sie sich bei Teilnahme an einem Programm unter Umständen für ein Jahr an einen Arzt binden und **keine freie Arztwahl** mehr haben. Die **Therapieverantwortlichkeit** wird in großem Maße bei den Patienten gesehen, von deren **Compliance** der Therapieerfolg abhängt. *„Ein Patient, der nicht richtig mitarbeitet, ... den will keiner haben, der wird herumgeschoben.“*

Auch die Konsequenzen einer weniger erfolgreichen und damit **die vorgesehenen Kosten überschreitenden Therapie** verunsichern die Diskussionsteilnehmer. *"Dann müssen natürlich in der Folge auch Entscheidungen kommen. Was machen wir mit Ärzten, die den Standard nicht erfüllen? Werden wir da aus der Haftung entlassen oder zwingt uns die Wirtschaftlichkeit dann dazu, sozusagen diese primär wissenschaftlichen Ansätze zu verlassen, um das nur möglicherweise ökonomisch im Rahmen zu halten."*

Die zahlreichen durch DMP notwendig werdenden **zusätzlichen Fortbildungsveranstaltungen** werden eher **in Frage gestellt**: *"Es wird so dargestellt, als würde die Hausärzteschaft sozusagen am Fortschritt der Medizin vorbeitherapieren und sich nicht fortbilden. Ich bin der Meinung, das Gegenteil ist richtig. Wir haben alle einen sehr hohen Fortbildungsgrad erreicht und versuchen auch sozusagen, die neuen Therapien einzuführen. Nur wenn wir unter wirtschaftlichem Druck stehen, unter Budgets, unter Bestrafungen, dann können wir heute nicht leitliniengerecht und evidenzbasiert behandeln. Das kostet das Fünffache. Alleine, wenn man die Osteoporose in Deutschland behandeln würde, ist das gesamte Gesundheitswesen sofort pleite."*

Ein Arzt ist der Ansicht, dass der Staat die **Aus- und Weiterbildung** der Ärzte *"chronisch vernachlässigt hat, das Ganze den Pharmafirmen komplett überlassen hat, und jetzt aber auf einem anderen Weg wieder versucht, Druck auszuüben. Das heißt, das sind Interessenverschränkungen, und jetzt versucht der Staat auf eine staatsmonopolistische Art, sich da wieder einzuhaken."*

Mit Skepsis wird auf die Verarbeitung der **Datenflut** hingewiesen, die für etwa 20 Millionen chronische Patienten zu erwarten sei. Auch die **Kontrolle** dieser Daten müsse gewährleistet sein.

Was aus **ökonomischer Sicht** vernünftig erscheint, stellt sich für die Befragten aus **medizinischer Sicht** offenbar als wenig realistisch dar: *"Es ist die Frage, von welchem Punkt aus ich das sehe. Wenn ich das jetzt als Wirtschaftswissenschaftler, Jurist, Staatsmensch sehe, dann sage ich natürlich, ich mache damit einen freien Beruf eigentlich eher platt, er ist für mich absolut kontrollierbar, ich kann sofort beurteilen, wie viel Geld gibt er aus, wie erfolgreich ist er. Wenn ich das als Arzt sehe, dann kann ich sagen, das ist eine Katastrophe für mich."*

Im Interview weist einer der Ärzte darauf hin, dass die Mittel, mit denen DMP finanziert werden soll, aus anderen Bereichen abgezogen werden müssen. Er befürchtet, dass **bei Akuterkrankungen** zugunsten der chronischen Erkrankungen **Kosten eingespart** werden.

Als **Vorteil der DMP** wird die **Erstellung "gewisser Leitlinien"** gesehen, nach denen die Patienten behandelt werden sollen. Auch in einer möglichen **engeren Zusammenarbeit von Hausärzten und Klinikärzten** wird ein Fortschritt gesehen, zumal dann, wenn auf diese Weise Doppeluntersuchungen vermieden werden könnten.

4. Mögliche Indikationen für DMP

Als **Indikationen**, für die DMP in Frage kommen, werden genannt:

- Adipositas
- Asthma bronchiale / COPD
- Diabetes mellitus Typ 2
- Hypertonie
- koronare Herzerkrankungen (KHK)
- Mamma-Carzinom
- Rektumkarzinom

Wie die **Übersicht aus der Ärztezeitung** (siehe Anhang) zeigt, sind die Vertragsverhandlungen in einer Reihe von KVen für die Indikation **DMP Diabetes mellitus Typ 2** schon weit fortgeschritten bzw. abgeschlossen. In der KV Sachsen-Anhalt sind bereits Verträge geschlossen und zugelassen.

Für die Indikation DMP **Mamma-Carzinom** laufen ebenfalls in einigen KVen bereits Gespräche mit Krankenkassen. In der KV Thüringen ist für den dort existierenden DMP-Vertrag schon die Zulassung beantragt. Auch in der KV Westfalen-Lippe sind Verträge bereits abgeschlossen und die Zulassung ist beantragt.

Die Planung für weitere DMPs konzentrieren sich in den KVen im Schwerpunkt auf die Indikation **KHK**.

5. Bisherige Einbindung der Ärzte in DMP

Als **negatives Beispiel für den Versuch einer koordinierten Betreuung** wird mehrfach das **DMP zu Diabetes mellitus Typ 2** genannt, zu dessen Durchführung die Hausärzte angehalten und durch Schulungen vorbereitet worden waren.

"Das fängt an mit erstens mal teuren und aufwändigen und ziemlich überflüssigen Fortbildungen, die man dann auch noch jedes Jahr wiederholen muss. Und genauso wird es ja mit diesen anderen Programmen auch sein."

Einer der Ärzte warnt aufgrund seiner **Erfahrungen mit verschiedenen Programmen** vor derartigen Initiativen: *"Das ist kein eigentliches DMP, sondern das ist eine gestraffte Betreuung von Patienten, die mir persönlich eigentlich nur gezeigt hat, eine Sintflut von Daten, wo wir eigentlich kaum eine Rückmeldung bekommen. Wenn wir diese komischen Bögen zurückbekommen, ist es fast auf die eigene Praxis nicht auswertbar. Und letztendlich ist es im Sande verlaufen. Genau das Gleiche mit der Gesundheitsuntersuchung, dieser Vorsorgeuntersuchung. Wenn ich das im Hinterkopf habe und dann solche monströsen Programme auf mich zukommen sehe in den unterschiedlichsten Bereichen, dann bezweifle ich das einfach, dass da eine Effektivität letztendlich herauskommt. Ich bin ja gerne zu mehr Arbeit bereit, wenn ich hinterher sehe, da kommt wirklich etwas für den Patienten und vielleicht auch noch ein bisschen was für mich dabei herum. Das ist ja in Ordnung, aber ich sehe es im Moment nicht."*

Auch wenn DMP möglicherweise die Patientenführung erleichtern könnte, wird der **Kosten-Nutzen-Aufwand sehr kritisch** betrachtet:

"Wenn einer seine Tabletten nicht nimmt oder seinen Zucker nicht einstellt, bin ich deswegen ja kein schlechter Arzt. Es gibt einfach Patienten, die machen es nicht. Die sind dann vielleicht mit so einem Programm ein bisschen besser geführt, weil man ihnen so Hefte gibt, wo man das dann einträgt, aber ich denke mal, der Aufwand, der da einfach vom Verwaltungsmäßigen dahintersteckt, der steht in keinem Verhältnis."

Durch DMP befürchten die Ärzte auch eine von staatlicher Seite erzwungene **Veränderung ihres Therapieverhaltens**. *"Es kommt eigentlich ein Bestrafungs-, Belohnungs-System. Wir müssen nur die Richtung einhalten. Wer am besten irgendwo ausschert, wird entweder belohnt oder bestraft, und das ist eigentlich schon alleine, unter diesem Aspekt zu arbeiten, unzumutbar."*

Auch das **Arzt-Patienten-Verhältnis** könnte sich aufgrund von DMP **verändern**:

"Viele Patienten kommen ja zu mir nicht, weil sie so schwer krank sind, sondern ich habe als Arzt auch so eine ähnliche Tätigkeit oder Funktion wie ein Pfarrer. Die möchten sich auch ein bisschen unterhalten oder möchten ihren Frust loswerden oder möchten ihre Probleme ein bisschen loswerden, und das würde wahrscheinlich ein bisschen unter den Tisch fallen. Ich habe das Gefühl, ich bin dann mehr Verwaltungsbeamter, ich habe eine Verwaltungstätigkeit, der Patient wird verwaltet, der wird nicht mehr geführt, sondern er wird verwaltet, mit Zetteln und mit Aktenordnern, mit Ablage und solchen Sachen."

6. Rolle der Patienten und der Krankenkassen bei DMP

Von den befragten Ärzten wird erwartet, dass sich die **Rolle des Patienten** im Rahmen von DMP **grundlegend ändern** wird und dass *"die individuelle Behandlung weitgehend verloren geht"*.

"Um das provokant zu sagen, der Patient nimmt jetzt überhaupt keine prädestinierte Rolle mehr ein. Der wird im Prinzip an den Rand des Systems gedrängt, sozusagen als Masse, als numerische Masse, weil er in der Einzelbetrachtung überhaupt nicht mehr interessant ist, sondern jetzt praktisch nur in der Gruppenbetrachtung und in der Betrachtung seiner Diagnose. Es wird ihm wahrscheinlich weniger Aufmerksamkeit zuteil, weil wir vor allem eben schauen auf die numerischen Wertungen, auf seine statistischen Bedürfnisse oder das, was an uns herangestellt wird. Zweitens wird er natürlich, wenn er sich einschreibt, sich in ein Programm eingebunden fühlen, von dem er auch nicht weiß, weil ihm das keiner ehrlich sagt, worum es geht und was da beabsichtigt ist."

In Bezug auf die **Krankenkassen** erwartet einer der Ärzte, *"dass so eine Einheitskasse dann entsteht, denn ein Patient kann, wenn er so festgenagelt ist, die Kasse sowieso nicht mehr wechseln, und die Finanzierung wird gleichgeschaltet."*

Offenbar ist den Ärzten nicht klar, ob es die **Aufgabe der Krankenkassen** ist, die Patienten in die DMPs zu integrieren, oder ob es ihnen selbst obliegt, die Patienten durch DMP an ihre Praxen zu binden. Für letzteren Fall wird eine negative Beeinträchtigung des **Arzt-Patienten-Verhältnisses** befürchtet. *"Und jetzt haben wir plötzlich den Schwarzen Peter wieder in der Hand und müssen die Patienten gewinnen, das endet ja auch nicht nach einem Quartal, das muss ja zu jedem Quartal wieder neu gemacht werden. Und nach einem Jahr, wenn das abgelaufen ist, kommt das nächste Jahr wieder, und wahrscheinlich muss der Patient das auch immer wieder unterschreiben, weil da kommt dann wieder das juristische Mäntelchen, dass der Patient immer wieder aufgeklärt werden muss. Also ich sehe da eine Flut auf uns zukommen."*

"Dann die Schulungen für Helferinnen, für uns, EDV-Anlagen wahrscheinlich müssen wir auch neu kaufen, oder das wird einfach verlangt im Qualitätsmanagement, dass wir uns auf diesem EDV-Standard treffen. Und die, die das nicht haben, müssen eben dann wahrscheinlich andere Hardware-Konfigurationen einsetzen, damit die Software gleichmäßig läuft. Aber kein Mensch redet darüber, wie das finanziert werden soll."

Sollte die **Organisation der DMP ausschließlich von den Krankenkassen übernommen** werden, tauchen bei den Ärzten **Bedenken** auf: *"Da sehe ich natürlich ganz schwere Zeiten auf uns zukommen. Dann sind wir wie eine Art angestellte Ärzte, die von den Krankenkassen auch so gegängelt werden und auch wie eine Art bezahlt werden. Da sehe ich ziemlich schwarz. Dass den Krankenkassen bestimmte Behandlungsdaten zustehen, das finde ich in Ordnung, nur ich würde sagen, so definiere ich mich, ich bin der Rechtsanwalt des Patienten. Ich bin nicht der Staatsanwalt und erst recht nicht der Richter für den Patienten auch gegenüber den Kassen."*

7. Rolle der Pharmaindustrie bei DMP

Die **Rolle der Pharmaindustrie bei DMP** sehen die Ärzte vor allem in der **Fortbildung**. *"Der Staat hat sich aus der Fortbildung herausgezogen und hat das Feld der Fortbildung der Pharmaindustrie sozusagen überlassen."*

"Es gibt hochqualifizierte Fortbildungen, die besten, die ich gehört habe, kommen wirklich von der Pharmaindustrie."

Auch für den Bereich der **Computerfortbildung** und der **Dokumentationstechniken** wird ein Beitrag der Pharmaindustrie als vorstellbar und wünschenswert bezeichnet.

Der Pharmaindustrie wird in diesem Zusammenhang ein gewisses **Recht auf Eigenwerbung** zugestanden: *"Unternehmen müssen doch Gewinne machen, und man kann nicht von einem Unternehmen verlangen, dass es in irgendeine Blackbox investiert, wo nichts für das Unternehmen herauskommt. Also ist es legitim für einen Hersteller, für sein Produkt zu werben. Und wenn das in den Therapiestandards auch belegt ist, dann ist es auch ethisch und moralisch vertretbar, dass auf diesen Gebieten Fortbildungen stattfinden, auch unter Nennung des Namens, warum denn nicht, in den Leitlinien stehen auch die Substanzgruppen."*

Ein weiterer Vorschlag geht dahin, dass mit Hilfe der Pharmaindustrie ein **besserer Kontakt zwischen Klinikärzten und niedergelassenen Ärzten** hergestellt werden könnte, indem sie eine Art **Brückenfunktion** einnehme.

Schließlich wünscht sich ein Arzt auch **kompetente, juristische Unterstützung** von der Pharmaindustrie **bei Regressansprüchen**, die mit deren jeweiligen Produkten innerhalb von DMP in Zusammenhang stehen.

Es gibt aber auch Befürchtungen, z. B. dass eine Zusammenarbeit mit der Pharmaindustrie **unlautere Geschäfte möglich** machen könnte: *"Dann kommt es eventuell wieder so, dass sie untereinander unter dem Tisch kungeln, 'Wir geben das Medikament zu einem besseren Preis'. Weiß ich nicht, aber das könnte ich mir vorstellen, dass da Tor und Tür geöffnet wird."*

8. Erwartungen an DMP

Die individuellen **Bedenken und Vorbehalte der Ärzte gegen DMP** sind in der augenblicklichen Phase groß. Zwischen ihren Erwartungen und der bisherigen Umsetzung von DMP klafft eine eklatante Lücke.

"Ich würde mir eine Entwicklung wünschen, die von der Basis nach oben geht. Ich sehe, wenn ich die Entwicklung auf anderen Gebieten sehe, die so ähnlich gelaufen sind, so dirigistische Maßnahmen, sehe ich die Programme sehr schwer anlaufen, sehr zäh. Sie sollten ja im Prinzip alle schon laufen jetzt seit Mai 2003, aber wir, die Akteure, sind noch nicht einmal informiert worden. Das heißt, wir, die Durchsetzer, sind nur sporadisch und splitterhaft informiert, und wir sollen das im Prinzip durchsetzen. Deswegen sehe ich schon den Anlauf sehr schwierig, und in der Folge sehe ich auch diese Programme irgendwo stranden oder verwässern, weil sie eben nicht gegen den aktiven Widerstand der Ärzteschaft stoßen, aber ohne Einbeziehung in die Meinungsbildung drübergestülpt werden."

Vor allem wird befürchtet, dass DMP die **ärztliche Freiheit einschränkt**. *"Was ich mir halt einfach wünsche, ist dass meine medizinische Freiheit, meine Freiheit in meiner Tätigkeit nicht eingeschränkt wird und dass ich mich nicht irgendwelchen Zwängen unterwerfen muss, nur aus rein wirtschaftlichen Gründen, sondern dass ich wirklich meinen Patienten eine unter wirtschaftlichen Aspekten optimale Therapie geben kann, aber nicht, dass mir das jetzt derart einschneidende Richtlinien vorgibt, wie es im Moment geplant ist."*

Die **Bedenken** werden auch **moralisch gerechtfertigt**: *"Das Motiv meines Handelns war bisher wirklich, mit Leib und Seele Arzt zu sein, und ich verliere diese Freude zunehmend, und zwar nicht wegen Geld, ich verdiene immer gleich viel, das ist nicht das Problem, sondern es ist wirklich die Freude an der Arbeit, die einem mit aufgezwungenen Maßnahmen zunehmend genommen wird."*

"Ich glaube, dass wenig Ärzte mit Optimismus in die Zukunft schauen."

Anhang

Disease-Management-Programme

Das Konzept für Disease-Management-Programme (DMP) wurde in den USA im Umfeld der Managed-Care-Organisationen entwickelt. Mit Disease Management beziehungsweise Krankheitsmanagement sollen bei der Behandlung von Kranken Qualität und Wirtschaftlichkeit miteinander verknüpft werden.

Dazu werden bekannte Versorgungskonzepte in einem systematischen, übergreifenden und evidenzbasierten Gesamtkonzept zur Lösung der Probleme integriert. DMP heißt demnach die kontinuierliche Versorgung von chronisch Kranken über alle Krankheitsstadien und Versorgungseinrichtungen hinweg. Im Idealfall werden so alle Therapieschritte - oft unter Nutzung so genannter Leitlinien - aufeinander abgestimmt.

Die Kriterien, nach denen u.a. Diabetes mellitus für DMP ausgewählt wurde, sind:

- häufiges Auftreten (Inzidenz); hohe Komplikationsrate (Morbidität) und Sterblichkeit (Mortalität)
- chronischer Verlauf und definierte Krankheitsstadien
- hohe Krankheitskosten
- Messbarkeit klinischer, ökonomischer und psychosozialer Ergebnisse
- hohe Unterschiedlichkeit in der Versorgung mit hohem Potenzial an Verbesserung
- evidenzbasierte Versorgungsstandards (siehe → EBM)

Für den Diabetes, wie für viele chronische Erkrankungen gilt, dass es oft zu hohen Krankenhauskosten durch vermeidbare Spätkomplikationen kommt.

Die Basis vom DMP ist eine Vereinheitlichung des qualitätsgesicherten Behandlungsprozesses unter Berücksichtigung der individuellen Patientensituation. Durch die Strukturierung der Information soll der Arzt in die Lage versetzt werden, diese in seinen Entscheidungsfindungsprozess einfließen zu lassen. Darüber sind Patientenselbstmanagement und die Beurteilung des gesamten Versorgungsprozesses wichtige Bestandteile von DMP.

Bei der Entwicklung und Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen kommt der Qualitätssicherung eine besondere Bedeutung zu. Von Krankenkassen oder unabhängigen Institutionen entwickelte Programme werden deshalb durch das Bundesversicherungsamt zugelassen. Vorher müssen die Versorgungsziele, die einzusetzenden Methoden (z.B. Leitlinien und Schulungen) sowie die Maßstäbe, nach denen diese Methoden und die Qualität überwacht werden können, verbindlich festgelegt werden.

Mit der Einführung von DMP zum 1. Juli 2002 verbindet der Gesetzgeber das Ziel, die zur Verfügung stehenden Ressourcen im Sinne einer hochwertigen medizinischen Versorgung möglichst effektiv einzusetzen. Auf der Basis von wissenschaftlich geprüften Leitlinien sollen strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke die Lebensqualität der Patienten verbessern und das Auftreten von Folgeschäden vermindern.

Die Krankenkassen sollen im Idealfall in einen Wettbewerb um eine bessere Versorgung chronisch Kranker treten. Dafür erhalten sie im Rahmen des RSA für jeden eingeschriebenen Teilnehmer einen Finanzausgleich. Für die Versicherten ist die Teilnahme an den "Chroniker-Programmen" (vorerst) freiwillig.

Evidence-Based Medicine (EBM)

Evidenzbasierte oder beleggestützte Medizin (EBM) kommt aus Kanada und Großbritannien. Die Definition von David L. Sackett lautet übersetzt etwa: "EBM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten." Ärzte sollen nach wissenschaftlich abgesicherten Erkenntnissen und Leitlinien behandeln und dabei Wirksamkeit und Nutzen der Therapie berücksichtigen. Es wäre jedoch nicht im Sinne des Konzepts, der Versuchung nachzugeben, EBM lediglich mit "ökonomischem Medizinmanagement" gleichzusetzen.

Quelle: www.diabsite.de

Was ist Disease-Management?

Der Begriff stammt aus den USA und bedeutet wörtlich übersetzt **Krankheitsmanagement**. Patienten, die unter lang andauernden Krankheiten leiden, sollen durch eine gut abgestimmte, kontinuierliche Betreuung und Behandlung von Folgeerkrankungen weitgehend bewahrt werden. Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen, Therapeuten, Pflegedienste und andere Leistungserbringer sollen bei der medizinischen Betreuung eines Patienten koordiniert zusammenarbeiten. Im besten Falle werden alle Therapieschritte nach dem besten medizinischen Wissenstand aufeinander abgestimmt.

Der medizinische Schwerpunkt der DMP liegt in der Vorbeugung. Die Patienten werden deshalb besonders aktiv einbezogen.

Erstmalig sollen jetzt die Krankenkassen in den Bereichen die Organisation übernehmen, in denen die Zusammenarbeit der Ärzte aus Sicht des Gutachters bisher versagt hat. Hierzu brauchen die Krankenkassen bestimmte Behandlungsdaten der Patienten. Welche Daten im Einzelnen erfasst werden sollen, hat der Gesetzgeber auch schon geregelt. Diese Kontrollmöglichkeit für die Krankenkassen wird von der Ärzteschaft und den Betroffenen zum Teil kritisiert, bietet aber möglicherweise zum ersten Mal die Chance, die Kluft zwischen den einzelnen Ärzten in Praxis und Klinik zu überwinden.

Quelle: www.diabetes.de

Disease-Management-Programme starten am 1. Juli - mehr Qualität für chronisch Kranke

Am 1. Juli ist die Änderung des so genannten Risikostrukturausgleichs in Kraft getreten, in deren Folge jetzt die strukturierten Programme ("Disease-Management-Programme") für die chronischen Krankheiten Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs starten können.

Am 1. Juli 2002 ist die Änderung des so genannten Risikostrukturausgleichs in Kraft getreten, in deren Folge jetzt die Programme ("Disease-Management-Programme") für die chronischen Krankheiten Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs starten können. Als Disease-Management wird eine Form der medizinischen Versorgung bezeichnet, mit der unter anderem die Prävention und Behandlung einer Krankheit verbessert und die durch diese Krankheit bedingten Beeinträchtigungen verringert werden können. Disease-Management erfordert verbindliche und aufeinander abgestimmte Behandlungsprozesse, die auch die Wirtschaftlichkeit der Behandlung sicherstellen.

Im Laufe des Jahres 2002 wird es ebenfalls Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus Typ 1, koronare Herzkrankheiten und chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen - also Asthma und Bronchitis - geben.

"Mit den strukturierten Behandlungsprogrammen für chronische Krankheiten, die viele Menschen betreffen, schaffen wir die Voraussetzung für den Durchbruch für mehr Qualität in der gesundheitlichen Versorgung. Die lange beklagten Defizite in der Diabetikerversorgung und bei der Behandlung von Brustkrebs gehören nun endlich der Vergangenheit an", betonte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt zum In-Kraft-Treten der Änderungen. Die Patienten werden von Anfang an aktiv einbezogen, umfassend informiert und können so ihr gesundheitliches Verhalten positiv beeinflussen. Das Risiko von Folgeschäden wird deutlich vermindert, akuten Verschlechterungen der Krankheit kann wirksame begegnet werden.

Alle strukturierten Disease-Management-Programme müssen vom Bundesversicherungsamt geprüft und mit einem Gütesiegel versehen, also zertifiziert werden. Das stellt sicher, dass nur qualitätsgesicherte Programme angewendet werden. Die Teilnahme an den Programmen ist für die Patienten freiwillig. Der Datenschutz bleibt gewährleistet, da die Weitergabe von Patientendaten an die Krankenkassen nur mit deren Zustimmung erlaubt ist.

Der Hausarzt als Lotse

Die strukturierten Behandlungsprogramme sind der entscheidende Einstieg in die sektorübergreifende medizinische Versorgung mit dem "Hausarzt als Lotsen". Die Behandlung erfolgt koordiniert zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie der Rehabilitation, falls nötig. Die verschiedenen Gesundheitsberufe arbeiten abgestimmt zusammen.

Die Grundsätze für die in den Programmen vorgegebene Therapie beruht auf Empfehlungen des dafür beauftragten Koordinierungsausschusses, in dem Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser zusammenarbeiten. Diese Empfehlungen stellen den aktuellen Stand des Fachwissens dar und werden stetig aktualisiert, so dass neue Erkenntnisse unmittelbar in die Behandlungsprogramme einfließen können.

Die Disease-Management-Programme sind keine "Listenmedizin", sondern sie stellen sicher, dass die Ärzte ihre Therapieentscheidung auf der Grundlage von Erkenntnis treffen können, die aus erfolgreichen Behandlungserfahrungen resultieren. Die Therapieentscheidung liegt auch weiterhin beim Arzt. Für die Patienten bringen die Programme einen großen Gewinn an Information: Anhand der Programme können sie sich einen Überblick darüber verschaffen, welche Therapien überhaupt in Frage kommen und wie sie von der Wissenschaft bewertet werden. Die Verknüpfung der Disease-Management-Programme mit dem Risikostrukturausgleich ist notwendig: Sie bildet für die Krankenkassen den Anreiz, sich im Wettbewerb um die bessere Versorgung chronisch Kranker zu profilieren.

Quelle: www.bundesregierung.de