

N. Schmacke

DMP – Notwendigkeit zur Verbesserung der Versorgung oder Bedrohung hausärztlicher Arbeitsweise

Disease Mangement Programmes – Necessity to Improve Health Care or Threat to the General Practitioners' Approach

Die Vorgeschichte der deutschen DMP: eine persönliche Erinnerung

Bis September 2003 habe ich als Leiter des Stabsbereichs Medizin des AOK-Bundesverbandes für die Spitzenverbände der Krankenkassen an der Entwicklung der bundesdeutschen DMP auf dem Boden der RSAV entscheidend mitgewirkt. Meine Einschätzung ist, dass es mir ohne die Entschlossenheit des damaligen Bundesausschussvorsitzenden, Karl Jung, die gesetzlichen Vorgaben so zeitnah wie möglich umzusetzen, als erstem Vorsitzenden des DMP-Ausschusses nicht möglich gewesen wäre, gegen den Widerstand starker Kräfte in der Ärzteschaft die ersten DMP-Texte im zuständigen Koordinierungsausschuss zur Verabschiedung zu bringen. Zweitens sehe ich es so, dass es erstmals in der Geschichte der bundesdeutschen Gesundheitspolitik die Krankenkassen waren, die eine Reform der unmittelbaren medizinischen Versorgung aktiv vorangetrieben haben. Dabei stützten sie sich methodisch-inhaltlich auf die viel zitierten sogenannten Sawicki-Papiere [1] und fanden darüber hinaus Unterstützung bei prominenten wissenschaftlichen Vertretern der deutschen Allgemeinmedizin [2].

Die Bundesärztekammer fand während der gesamten Arbeit des Koordinierungsausschusses nicht zu einer konstruktiven Rolle, sie wollte diese Reform bis zuletzt nicht mittragen. Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft tat sich sehr schwer, den Prozess mitzugestalten. Dies war im Falle der DMP Diabetes mellitus, Asthma bronchiale, COPD und Koronare Herzkrankheit auch insofern logisch, als die Weichen für diese DMP auf Haus-

arztzentrierung gestellt waren. Das Brustkrebs-DMP wurde demgegenüber von allen Seiten als ein politisch gewolltes Reformwerk verstanden; ich komme am Ende meines Vortrags aber hierauf noch einmal zurück.

Die RSAV-DMP (= an den Risiko-Struktur-Ausgleich der Krankenkassen gebundene DMPs) sind durch folgende international übliche Dimensionen gekennzeichnet: Verwendung evidenzbasierter Leitlinien, Strukturierung der Versorgungsabläufe und Dokumentationspflicht. Andere wichtige Dimensionen sind aus internationaler Perspektive eher untypisch: dies betrifft die dezidierte Hausarztzentrierung, die flächendeckende Einführung über de facto uniforme Verträge zwischen Kassen und Ärzteschaft (überwiegend KVN) und eben die Bindung an den Risikostrukturausgleich.

Die Einführung der DMP wurde von vielen Vertragsärzten mit großer Skepsis bis Ablehnung begleitet. Die wesentlichen Kritikpunkte lauten:

- DMP böten keine Qualitätsvorteile gegenüber der Regelversorgung, v.a. bezüglich der Strukturverträge zum Diabetes mellitus.
- DMP bergen die Gefahr einer Billigmedizin, weil sie die Ärzte in ein Behandlungsraster zwingen, das dem Stand der ärztlichen Kunst nicht entspreche.
- DMP würden der häufig anzutreffenden Multimorbidität der Patienten nicht gerecht.
- DMP dienten primär den Kassen, nicht den Patienten und nicht der ökonomischen Gesamtsituation der Vertragsärzte.

Institutsangaben

Universität Bremen, Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung,
Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke · Universität Bremen · Arbeits- und Koordinierungsstelle
Gesundheitsversorgungsforschung · Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften ·
Bibliothekstraße 1 · 28359 Bremen · E-mail: schmacke@uni-bremen.de

Bibliografie

Z Allg Med 2006; 82: 479–485 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2006-942296
ISSN 0014-336251

- Die erforderliche Bürokratie übersteige das Maß des Notwendigen bei weitem und raube Zeit für die Patientenversorgung.

Die Kritik kulminierte bei der Bundesärztekammer in der Feststellung, die DMP leiteten endgültig eine patientenfeindliche Phase der rationierenden Staatsmedizin ein und stellten die Rolle der Arztprofession qua inhaltlicher und formaler Reglementierung grundsätzlich infrage [3]. Deutschland, so wurde häufig gesagt, folge der unseligen und obsoleten Managed-Care-Ära der USA.

DMP und Managed Care in der angloamerikanischen Welt: wohin treibt die Arztprofession?

Die Idee des Managements der Patientenversorgung entlang inhaltlicher und struktureller Vorgaben an die behandelnden Ärzte zur Steigerung der Effizienz, womit bekanntlich sowohl Qualität wie Wirtschaftlichkeit angesprochen sind, wurde auch im Mutterland der DMP, den USA, nach einer kurzen euphorischen Phase relativ frühzeitig beargwöhnt. In den 90er-Jahren finden in den USA erste Befragungen von Ärzten statt zur Einschätzung der Autonomie und Einstufung ihrer Zufriedenheit unter der Annahme, dass die Veränderungen der Managed Care Ära diese zentralen Dimensionen negativ beeinflusst haben könnten. Burdi und Baker befragten konsekutiv 1991 und 1996 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Kalifornien unter anderem danach, ob sie subjektiv genügend Zeit für ihre Patientinnen und Patienten hätten, ob sie notwendige Einweisungen vornehmen könnten, ob sie sich in der Wahl ihrer diagnostischen Mittel frei fühlten und ob sie das Gefühl hätten, ihre Arbeitsabläufe selber kontrollieren zu können. Vor allem bei den jüngeren Hausärzten imponiert der Befund, dass sie bezogen auf diesen kurzen Zeitraum den Eindruck vermittelten, deutlich weniger Zeit zur Verfügung zu haben: anders so die befragten Spezialisten, die am stärksten darüber klagten, Patienten nicht mehr so leicht einweisen zu können wie früher. Als Interpretation für den dahinter liegenden Wandel in der Versorgung bieten die Autoren vor allem die veränderten Erwartungen der Öffentlichkeit an das Gesundheitswesen an: „Americans are deeply ambivalent about their health care system, wanting ever lower costs with ever increasing quality, and physicians may well suffer from the strain of being pulled in these opposite directions“ [4]. Die Frage, wie die Balance zwischen Wahrnehmung der Öffentlichkeit bezüglich der Leistungsfähigkeit der Versorgung und dem Selbstwertgefühl der Arztprofession ausgewogener gestaltet werden kann, bleibt zunächst unbeantwortet.

Festzuhalten ist also, dass die sich vor allem in der Ärzteschaft entwickelnde Kritik an Managed Care sowohl anspricht, dass die angestrebte Effizienzsteigerung die Quadratur des Kreises darstellen möchte, wie auch die Sorge der Arztprofession, ihren bis dato starken Einfluss in der Gesundheitspolitik und im Alltag der Versorgung zu verlieren.

Das Klagen über den Verlust der Autonomie und eine wachsende Bürokratie im Alltag ist mit anderen Worten keineswegs an bestimmte Versorgungssysteme gebunden. Es findet sich sowohl in den USA wie in Deutschland wie im Vereinigten Königreich (Harrison und Dowsell [5], Gask [6]) und damit in allen „idealtypischen“ Systemen.

Es gibt nur wenige Versuche, visionäre wie begründbare Lösungen für den immer wieder beklagten Autonomieverlust der Arztprofession zu formulieren. David Mechanic hat dies in Health Affairs 2000 [7] versucht. Er konstatiert zunächst, dass die alte Garde der Ärzteschaft nicht die Kraft hat, über eine verbale Rebellion gegen die Ansprüche der Managed Care Ära hinauszugehen, dass aber am Horizont eine neue professionelle Ethik aufscheint, die durch folgende Kernelemente gekennzeichnet ist:

- Eine Ombudsrolle für die Patienten in Zeiten hart umkämpfter Ressourcen. Dabei spannt Mechanic einen großen Themenbogen von der Gefahr der bewussten Vorenthaltung nutzenstiftender Leistungen über die Nutzung der systematischen Bewertung der vorhandenen Evidenz bis zur Offenlegung der Entscheidungsgrundlagen gegenüber den Patienten.
- Die aktive Auseinandersetzung mit der Public Health Perspektive von Gesundheit, insbesondere in Fragen der Prävention.
- Die Verstärkung der kommunikativen Kompetenzen als Kernqualifikation für Primary Care und die Organisation einer Kultur der Evidenzbasierung, womit er ganz wesentlich die Probleme innerärztlicher Kommunikationswege anspricht.

Die Botschaft von Mechanic lässt sich vielleicht wie folgt zusammenfassen: die Arztprofession kann darauf vertrauen, dass sie auch künftig eine wichtige, vermutlich sogar privilegierte Rolle im Konzert der Diskutanten um ein modernes Gesundheitswesen spielen wird, sie darf dabei aber nicht nach hinten schauen und den in der Vergangenheit wirksamen Rezepte der Wissens- und Kompetenzaneignung und den gewohnten Formen der Kommunikation mit Patienten, Kostenträgern und Medien nachtrauern.

Welche Aussagen treffen deutsche Hausärztinnen und Hausärzte zur Thematik evidenzbasierter Leitlinien und DMP?

Im Rahmen der laufenden Welle der vom BMBF und den Spitzenverbänden der Krankenkassen finanzierten Versorgungsforschung zielt eine cluster-randomisierte Studie mit eingeschlossener qualitativer Forschung zur Haltung von Hausärztinnen und Hausärzten auf die

„Optimierung der hausärztlichen Behandlung von Patienten mit Bluthochdruck unter Berücksichtigung ihres kardiovaskulären Gesamtrisikos durch leitliniengestützte Interventionen“

ab (Abteilung Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung/Universität Bremen). Ich berichte aus der noch nicht vollständig analysierten qualitativen Studie.

Zunächst findet sich – nicht unerwartet – im Material¹ die Haltung, dass die neuen DMP eigentlich überflüssig sind, da sie nichts Neues brächten.

¹ Durchgeführt worden sind Interviews mit Ärzten und Ärztinnen in unterschiedlichen Regionen Deutschlands (Großstadt, Stadt, Land).

Fachärztin für Innere Medizin, Niederlassung seit 1999

... also ich hab auch Zuckerpatienten sehr gut eingestellt ohne die Leitlinien, sondern auch viel mehr Zeit verbracht mit denen. Ich hab, seitdem ich diese Diabetesdinge, den Eindruck, dass ich weniger Zeit damit verbringe, sondern, mit dem Patienten selber, sondern mehr mit dem Bogen, hab ich zumindest den Eindruck, das regt mich dann auf.

Interviewerin: Sie meinen Disease Management Programme?

Ja, diese ganzen Disease Managementprogrammzettel. Wir machen's auch, weil man 'n bisschen finanziell, man muss einfach sagen, das ist ja das Angebot, wir machen's, wie's in dem Programm. Aber ich hab meine Patienten auch anders gut betreut, das weiß ich. (A15/22/717–728)

Man wird insgesamt sagen müssen, dass viele Kernstellen die Hilfslosigkeit von Hausärztinnen und Hausärzten im Umgang mit der Thematik leitliniengestützter Versorgung zeigen bis hin zum Bekenntnis vollständigen Desinteresses an Leitlinien für die Organisation des eigenen Wissensmanagements:

Facharzt für Allgemeinmedizin, Niederlassung seit 1981

Ich sag mal, die primären Fragen sind natürlich, hab ich wirklich hohen Blutdruck, wie kann das kommen, was kann ich dagegen tun, so. Dann kommt aber ein überwiegendes Statement von mir, und der Patient fragt dann dazwischen. Also es ist jetzt beispielsweise nicht so, die Zeit hab ich in der normalen Sprechstunde nicht, dass ich frage, was wissen Sie denn, was stellen Sie sich denn vor, was Sie machen können oder solche Sachen. Die Zeit hat keiner in der normalen Praxis. Dafür wär natürlich die Schulung gut, die Hypertonieschulung, die wird aber im Moment ja nur im Rahmen des DMP-Diabetes plus Hochdruck oder koronare Herzkrankheit plus Hochdruck angeboten. Und das haben die Leute Gott sei Dank ja nicht immer. (A8/7 f./230–241)

Die Klage über fehlende Zeit geht nun mit einer speziellen Vorstellung zur Organisation von Patientenschulungen einher, die zeigt, dass dieser Arzt sich mit der Thematik evidenzbasierter Schulungen nicht beschäftigt hat:

Also da könnte ich mir zum Beispiel wünschen, dass, wie früher schon mal, als die Pharmafirmen noch mehr Geld hatten, dann kam vielleicht ein, zwei, dreimal im Jahr, die eine Pharmafirma hat hier für Interessierte, für zehn Leute, beispielsweise über Osteoporose referiert, eine andere Pharmafirma hat über Asthma und Asthmaschulung referiert, Anwendung der Dosieraerosole, und das wär natürlich auch 'ne schöne Sache beispielsweise bei Hochdruck ohne Begleiterkrankungen. (A8/8/241–249)

Eine Nachfrage spricht das nach Studienlage relevante Thema „Leitlinienbefolgung hängt von der Partizipation der Ärzteschaft ab“ an:

Interviewerin: Wenn Sie sich jetzt vorstellen, es gäbe Leitlinien, von denen Sie sagen würden, die gefallen mir, wie müssten die aussehen?

(Kurze Pause)

Oh, also ehrlich gesagt, da hab ich mich nicht, da kann ich Ihnen jetzt nix zu sagen, hab ich mir keine Gedanken gemacht.

Interviewerin: Vielleicht andersrum formuliert, also was für Wünsche hätten Sie für sich, also was würde Sie unterstützen in Ihrem ärztlichen Handeln?

(Kurze Pause)

Also mich jetzt in meinem Alter und mit fünfundzwanzig Jahren Praxis äh kann, wüsste ich jetzt eigentlich nichts. Wenn ich jetzt frisch gebackener Assistenzarzt wäre, wäre das wahrscheinlich anders. (A8/6/190–202)

Das Leitlinienthema spielt für diesen Arzt m. a. W. keine wichtige Rolle.

Es finden sich aber auch Stimmen wie die folgende, die im Kontext des Leitlinienthemas reflektieren, dass die einzelne Ärztin/der einzelne Arzt der Informationsflut in einschlägigen Publikationen nicht gewachsen ist:

Fachärztin für Allgemeinmedizin, Niederlassung seit 1993

Also Leitlinien, also Leitlinien, immer mehr Leitlinien und vielleicht ähm so was auch im Ärzteblatt oder also in diesen offiziellen Organen, kurz und prägnant. Das große Problem ist ja, wir haben so 'ne Fülle von Sachen, und wir wissen es nicht auszuwählen. Und dann geht halt vielleicht manches Wichtige unter. Und ich fände, es müsste so 'ne Kommission geben, die halt genau wie bei den ähm so, ja, also so, so wichtige Essenzen rausfiltert und das bringt. Also da interessiert mich dann auch nicht, wie viel Studien so und so das gibt, sondern mich interessiert, dass man das jetzt so rausgekriegt hat, und dass das jetzt so ist, dass man das überhaupt registriert, also vielleicht am ehesten über diese offiziellen Organe... Da müsste es so 'n Gremium geben, das entscheidet, das ist jetzt okay, das ist jetzt ordentlich untersucht, und das machen wir jetzt. Und das ist ja dann immer noch die Ärztekammer, nehme ich mal an, oder Ärzte äh, also ich weiß nicht, die offiziellen Organe. (A11/22/719–730)

Dabei wird der Wunsch nach Ordnung im Handlungsarsenal der Hausärzte noch sehr unscharf artikuliert: der gesamte Leitliniendiskurs mit seinen methodischen und machtpolitischen Dimensionen erreicht den Alltag auch ausweislich dieser Textstelle nicht wirklich. Leitlinien können aber, und dies ist offenbar eine relativ weit verbreitete Auffassung, im ärztlichen Selbstverständnis eine disziplinierende Funktion gegenüber „unfolgsamen“ Patienten bekommen:

Auch medikamentöse Behandlungen zum Beispiel sollten aus meiner Sicht ganz klar in Leitlinien laufen und fertig. Denn brauche ich mit keinem Patienten mehr diskutieren. (A11/23/754–756)

Wir finden aber auch Einschätzungen, die sowohl die Frage der inhaltlichen Ausrichtung wie der Strukturierung der Versorgung zwischen Generalisten und Spezialisten ansprechen:

Facharzt für Allgemeinmedizin, Niederlassung seit 1993

Also was ich wirklich hilfreich finde ist, dass der einzelne Doktor nicht sozusagen schwimmt in einer Flut von Literatur und Empfehlungen, sondern eben, das haben wir jetzt besonders bei den DMP gesehen äh, dass wenn wir alle nach den gleichen Kriterien vorgehen und nach dem gleichen Stufenplan vorgehen und die gleichen Schnittstellen definieren, dann haben wir klarere Verhältnis-

se, klarere Vorgaben, ich weiß, was ich, was mein Therapieziel ist, ich kann das auch dem Patienten rüberbringen, und äh das deckt sich dann auch automatisch mit dem, was, sagen wir jetzt, der Assistenzarzt im Krankenhaus sagt oder der Facharzt in der Kardiologie, das heißt, wir äh kochen alle nach dem gleichen Rezept und äh das äh ist für den Patienten besser, und das tut auch der Ärzteschaft gut, und wir selber wissen auch wirklich, wo wir trampeln. (B11/21/694–707)

Eine abschließende Stimme wird jetzt zu Wort kommen, die das klassische Thema „Intuition versus evidenzbasiertes Handeln“ abhandelt:

Facharzt für Allgemeinmedizin, Niederlassung seit 1981

Interviewerin: Was würden Sie dann sagen, wie stellt sich das Verhältnis dar, wie kann man das miteinander verknüpfen, dieser Bereich von Intuition und Erfahrung und von Standard und Wissen auf der anderen Seite?

Okay. Ähm da will ich versuchen, Folgendes deutlich zu machen. Ich hab vor kurzem, (...) die, die Disease Management-Programme insofern verteidigt, verteidigt, weil sie in dieser Welt der Heuchelei eine unglaublich segensreiche, offene, hart geführte und noch nicht entschiedene Diskussion angestoßen haben. Also das ist ja, seit die DMP laufen, wird Klartext geredet. Wir reden über relative, absolute Risiken, haben die Ärzte früher nicht getan. In jeder einzelnen Arztpraxis wird reflektiert, wozu, wozu bin ich da, was für 'ne Art von Medizin muss ich machen ... (A6/22/717–730)

Wenn es noch irgendwo auf irgend 'ner Hallig 'n Hausarzt gab, dem nicht klar war, dass die Hypertonie, der Hypertonus die entscheidende Rolle für 's kardiovaskuläre Risiko beim Diabetespatienten hat, dann hat der 's jetzt aber auch mitgekriegt. Das heißt, das heißt, die ähm, die Therapieentscheidung, wobei Intuition nicht nur Standard-based ist, Intuition ist auch totale Vigilanz und volle Konzentration mit allem Erfahrungswissen und allem naturwissenschaftlichen Know-how. Also da sagen wir mal, da, da schwirren, da schwirren die Kernpunkte der Disease Management-Programme, auch die Intentionen, die Ziele, schwirren da immer mit, mit dabei. Und man weiß, das ist das Gute, und das schätze ich auch, DMP-gerecht zu handeln, da weiß ich mich immer auf 'ner sicheren Seite. Also von daher ähm, von daher haben die, haben die DMP und auch die Entscheidungen, um die dort gerungen wird, schon 'n hohen Stellenwert. (A6/22/737–752)

Interessant ist weiter, wie derselbe Arzt die Inhalte der DMP im Kontext „Generalisten versus Spezialisten“ beleuchtet. Es geht ihm um den Nimbus der modernen Kardiologie:

Also insofern stirbt ja jeder letzten Endes am Herzen und am Kreislauf. Und deswegen schockieren mich auch diese Zahlen gar nicht, diese wichtigstuerischen Zahlen, mit denen die Kardiologen einen, einen, eine Performance, 'ne sozialpolitische Performance hingelegt haben und auch 'ne ähm eine, eine kostentechnische Performance in den letzten zwanzig Jahren, von denen alle anderen Fachgruppen nur träumen, ja, wie ist das möglich. Einfach, weil die Kardiologen den Sozialpolitikern beibringen, an unserem Herzen stirbt jeder mal, ja, wir sind die einzigen, die zählen, und die kriegen, und die kriegen da deshalb alles Geld, das sie brauchen. Und äh das ist aus meiner Sicht 'ne krasse Überbewertung, 'ne krasse Überbewertung ähm des Herz-Kreislauf-Systems. Man könnte nach meinem Dafür-

halten ähm mit bescheideneren Folgekosten unter strengen EBM, evidenzbasierten Medizinregeln 'ne, 'ne pragmatische Hypertoniebehandlung, 'ne wirksame, kostengünstige Hypertoniebehandlung inszenieren. (A6/13/425–441)

Eine Gesamtinterpretation des Materials steht wie gesagt aus (zu ersten Ergebnissen s. Stamer u. a. [8]). Es zeichnet sich aber bezüglich des Vortragsthemas ab, dass die RSAV-DMP und die parallel und in ihnen geführte Leitliniendebatte von den Hausärztinnen und Hausärzten im Kontext des Umgangs mit kardiovaskulären Risiken und Erkrankungen zwar häufig nicht angesprochen werden; soweit dies aber geschieht, finden sich weit auseinander gehende Einschätzungen zur Frage, inwieweit DMP für das Standing der Generalisten hilfreich sind, ob sie den Handlungsspielraum begrenzen oder präzisieren und ob sie tendenziell als Fortschritt oder Hemmnis für die Versorgung zu werten sind. Fraglos ist die gesundheitspolitische und gesundheitswissenschaftliche Debatte um neue Versorgungsmodelle in der Praxis nur bruchstückhaft angekommen; es könnte allerdings sein, dass durch die DMP-Debatte manche der überfälligen Diskussionen um die Generierung der Wissensbasis von Hausärzten und ihre Positionierung im Versorgungszyklus deutlich an Fahrt gewonnen haben.

Schlussfolgerungen

Es spricht vieles dafür, dass die Arztprofession in allen entwickelten Industrienationen tatsächlich vor dem Problem steht, ihre berufliche Identität und ihre gesellschaftliche Rolle neu zu finden. Diese Denkfigur erscheint jedenfalls solange interessant, wie nicht davon ausgegangen wird, dass aus der Profession gewissermaßen unaufhaltsam ein Beruf unter anderen wird, der sich auf dem Gesundheitsmarkt behaupten muss. Eine Voraussetzung für einen erstarkenden neuen Professionalismus ist dabei allerdings, souveräner als bisher mit der Kritik an der Reichweite und der Organisation ärztlicher Dienstleistungen umzugehen. Schlesinger spricht in diesem Zusammenhang von den Quellen reduzierter politischer Legitimation für die Arztprofession und thematisiert zwei Problembereiche, die heute zwar noch nicht in voller Schärfe von der Patientenseite aufgegriffen werden, aber mehr und mehr in die Grundüberzeugungen der politischen Eliten und Meinungsbildner übergegangen sind. Wörtlich heißt es bei Schlesinger: „Much medical care is inefficient“ und „Important health needs are neglected by the medical community“. In der Unterzeile seines Beitrags zitiert er George Bernard Shaw: „We have not lost faith, but we have transferred it from God to the medical profession“ [9].]Es ist möglicherweise die Ironie der Geschichte, dass der Zyniker Shaw dahin gehend zu ergänzen sein könnte: Wenn der Glaube an die Arztprofession verloren geht, ist mit einer Zunahme irrationaler Erwartungen an die Behandlung von Krankheiten und mit einer Zersplitterung der Versorgungslandschaft zu rechnen.

Im Lichte der genannten öffentlichen Debatte über die Grenzen der Medizin warnt David Mechanic in einer Reflexion der Kritik der Managed-Care-Ära davor, die ursprünglich mit Managed Care verbundenen Erwartungen für überholt zu halten. So sehr er die Notwendigkeit sieht, den Managed-Care-Träumen Grenzen zu setzen, so sehr ruft er die zentralen Aufgaben für ein zukunfts-

fähiges Gesundheitswesen ins Gedächtnis: Absicherung der Krankheitsrisiken für alle unbeschadet ihres Sozialstatus, Qualität der medizinischen Dienstleistungen, ernsthafte Bemühungen um die Behandlung von chronisch Kranken und Pflegebedürftigen. Managed Care nimmt damit wichtige Impulse von Public Health auf und kontrastiert den Bevölkerungsbezug der Versorgung mit dem klassischen individualmedizinischen Selbstverständnis vieler Ärzte. Managed Care bleibt nach Mechanic auf der Tagesordnung, weil die Bevölkerung neue Konzepte benötigt, so unvollständig die ersten Antworten von Managed Care auch immer gewesen sein mögen: „Reasonable people accept the fact that solutions are iterative and must be adapted to changing circumstances. We have little alternative but to muddle through and do so as elegantly as possible“ [10].

Wenn man – ausgestattet mit einem neugierigen ethnologischen Blick auf die Debatten in anderen Gesundheitssystemen – auf einer Weltreise danach Ausschau hält, wie die Potenziale von General Practitioners für die notwendige Verstärkung des heute überall hoch geschätzten Chronic-Care-Modells eingeschätzt werden, dann finden sich 2005 in einem Dokument des North South Wales Department of Health in Australien interessante Parallelen zur hiesigen Politikdebatte: „In addition to providing evidence-based clinical management of chronic disease to individual patients, health professionals are also required to engage in effective partnerships with each other and with patients to ensure optimal chronic care“ [11]. Nun drängt sich die Frage auf, ob diese drängenden Appelle auch Resonanz in der Ärzteschaft finden. Der interessierte Zeitreisende stößt auf einen bemerkenswerten Ansatz im Mutterland von Managed Care. Dort formulieren 2002 immerhin sieben Organisation aus dem primary care Bereich das Dokument „The Future of Family Medicine: A Collaborative Project of the Family Medicine Community“. In einer Gegenüberstellung von traditionellen und neuen Handlungsmustern liest man:

- „Care is mostly reactive vs. care is both responsive and prospective.
- Care is often fragmented vs. care is integrated.
- Paper medical record vs. electronic health record.
- Quality and safety of care are assumed vs. processes are in place for ongoing measurement and improvement of quality and safety.
- Care is experience based vs. care is evidence based“ [12].

Mit Blick auf die hiesige DMP-Debatte erscheint es hilfreich, die Einschätzung von Rothman und Wagner zu bedenken. Sie betonen, wie wichtig die Organisation der Versorgung für die Zukunft wird. Konkret setzen sie ihre Hoffnung auf die Elemente „clinical management by protocol, self-management support und close follow-up“. Und sie schlussfolgern: „Therefore Disease Management or, more specifically, clinical case management services may play an important part in improving care of chronically ill persons, especially if they reinforce rather than undermine continuation and coordination of care by the primary caregiver“. Ihre Vision lautet: „The future of primary care may depend on its ability to manage the human and clinical needs of an aging, chronically ill population“ [13].

In diesem Sinne deutet auch Villagra [14] den Stellenwert der diagnosebezogenen DMP: sie üben wichtige Elemente für die Be-

treuung chronisch Kranker ein. Und er weist auf zwei für die deutsche Debatte zentrale Punkte hin: in den USA sind die DMP-Bausteine in der Regel außerhalb der Arztpraxis entwickelt und implementiert worden, bis hin zur Entwicklung einer eigenständig finanzierten DMP-Industrie unter starker Beteiligung der Pflegeberufe. Der hieraus für die deutschen Hausärzte prima vista resultierende Vorteil eines integrierten DMP-Konzeptes wird allerdings vielleicht bis auf weiteres dadurch an seiner vollen Entfaltung gehindert, dass, so Villagra, die Kleinpraxis auch in den USA große Schwierigkeiten hat, die ihr zugedachten Koordinierungs- und Managementfunktionen wirklich souverän auszuüben. Es zeigt sich an diesem Punkt deutlich, dass Erfahrungen aus dem „Mutterland“ des DMP weder im positiven noch im negativen Sinne schlicht übertragbar sind – und dass insofern die Forderung nach einer hochwertigen Evaluation, die wir mittels Anwendung eines methodischen Goldstandard vermutlich nicht erhalten werden, sehr berechtigt ist [15].

Die Hausärztinnen haben allen Grund, die RSAV-DMP als eine quasi überraschend über sie gekommene Chance zu begreifen, den Stellenwert von Primary Care für die Behandlung der wichtigen Volkskrankheiten unter den hiesigen Verhältnissen mit einer in den Ballungszentren übermächtigen hoch spezialisierten Medizin unter Beweis zu stellen. DMP bieten die Möglichkeit, die allgemeine Debatte um die evidenzbasierte Medizin auf die Fragen zuzuspitzen: welche Probleme sollen denn vorrangig gebessert werden und welche Instrumente stehen dafür zur Verfügung? Das war im Übrigen das Konzept der so genannten Sawicki-Papiere, deren Bedeutung für die Verbreitung des EbM-Gedankens in Deutschland vermutlich noch deutlich unterschätzt wird. Und auch in dem vermutlich systematisch fragwürdig eingeordneten Brustkrebs-DMP ist es gelungen, relevante Versorgungsprobleme zu adressieren und damit Debatten in einer bislang ungeahnten Breite zu führen. Dies betrifft Fragen wie die Deeskalation der gewählten Operationsverfahren ebenso wie die Problematisierung der einseitig technisch orientierten Krebsnachsorge.

Ohne die Anbindung an den RSA hätte das DMP-Konzept vermutlich keine Chance gehabt. Parlament und Regierung haben die Ärzteschaft gezwungen, sich mit der Thematik auseinanderzusetzen, und die Kassen wurden durch die RSA-Relevanz der DMP in die Lage versetzt, sich unbeschadet von auf sie zukommenden Mehrkosten um Konzepte zur Optimierung der Versorgung chronisch Kranker zu kümmern. Die Ärzteschaft wurde erstmals gezwungen, sich systematisch und problembezogen mit der Frage auseinanderzusetzen, welche fachlichen und organisatorischen Kompetenzen zur Realisierung der DMP-Ziele erforderlich sind. Für die Patientinnen und Patienten wurde erstmals klar und verständlich aufgeschrieben, welche konkreten Ansprüche sie zur Behandlung und zum Abbau der krankheitenspezifischen Folgeschäden haben.

Damit sind nun natürlich nicht etwa die kritischen Fragen zu den DMP ausgeräumt. Dies betrifft vor allem die Frage einer ausreichend robusten Evaluation. Dass nun in dieser Frage wiederum Vertreter der DEGAM spürbaren Einfluss auf die Debatte nehmen können, ist keine Petitesse.

Die zweite zentrale Frage dürfte sein, wie das Problem der Multimorbidität in der Fortentwicklung der DMP-Philosophie bear-

beitet wird. Aus meiner Perspektive ist es ein großer Fortschritt, dass die Notwendigkeit einer derartigen Weiterentwicklung statt einer Fortführung der rein diagnosebezogenen DMP inzwischen allseits gesehen wird. Aber in einer Landschaft der massiven Reformblockaden wäre es vermutlich kaum möglich gewesen, den Start in ein umfassenderes Managed-Care-Konzept für chronisch Kranke ohne die Lernkurve DMP direkt über das Konzept des Chronic-Care-Modells zu gehen.

Eine ganz wichtige Frage ist schließlich, ob es gelingt, das Konzept von Versorgungsmanagement in die Herausbildung einer neuen beruflichen Identität der Hausärzteschaft zu integrieren. Die Zeiten sind vielleicht nicht besonders gut zur Gewinnung der dafür erforderlichen Aufmerksamkeit und Offenheit. Unausweichlich sind aber Antworten auf die Kernfragen, die DMP gestellt hat: wie organisiert die Ärzteschaft ihre Wissensbasis und wie definiert sie die Zuständigkeiten einzelner Sektoren, und ich ergänze: die Zuständigkeit der verschiedenen Fachberufe des Gesundheitswesens bei der Optimierung von Behandlungsansätzen.

Und nochmals zur Frage EbM: So wenig ich damit rechne, dass der Einfluss der evidenzbasierten Aus-, Fort- und Weiterbildung sprunghaft zunehmen wird, so sehr hoffe ich, dass die zunehmend mutigere Berichterstattung über die nur grotesk zu nennenden Desinformationskampagnen der Ärzteschaft entsprechende Nachdenklichkeit erzeugt.

Größere Aufmerksamkeit sollte deshalb vor allem die Frage finden, wie das Vertrauen der Ärzteschaft in die EbM-Kultur gestärkt werden kann, wie gelegentlich anzutreffender Zynismus oder Resignation angesichts der eben nicht leicht zu durchschauenden Informationsfluten überwunden werden kann. So wenig ich hierauf fertige Antworten parat habe, für so alternativlos halte ich den Weg der Stärkung des EbM-Konzeptes. Man wird mit längeren Zeiträumen rechnen müssen. Ein Institut wie das IQWiG hätten viele von uns vor fünf Jahren vermutlich – anders betrachtet – auch nicht für möglich gehalten.

Eine wirkliche Schwäche der DMP-Philosophie dürfte sein, dass sie zwar den Anspruch der Patientinnen und Patienten auf evidenzbasierte Informationen festschreibt, für sich genommen schon eine kleine Revolution, von der vielleicht nur viele noch nichts wissen; dass sie aber natürlich von sich aus keinen Beitrag zur Verbesserung der Kommunikation in der Arztprechstunde leistet und dass damit – unbeschadet der Verstärkung der Schulungsmöglichkeiten für Patienten – die Fragen von Informed oder Shared Decision Making weithin unberührt bleiben.

Ich will aber gezielt auch noch einmal auf das Bürokratie-Argument zurückkommen. Die Dokumentationsfrage wird aus nachvollziehbaren Gründen zunächst einmal von den meisten Hausärzten unter dem Aspekt des zusätzlichen zeitlichen Aufwandes gesehen. Die ersten Versionen der Doku-Bögen gaben darüber hinaus Grund zu berechtigten Fragen nach Logik und Umfang der Dokumentation. Kaum Beachtung findet demgegenüber eine andere Sicht: die DMP-Verlaufsdokumentation stellt nicht nur eine notwendige Basis zur Rezertifizierungsfähigkeit der Programme dar, sie ist potenziell auch ein überwiegend von den Hausärzten geleisteter aktiver Beitrag zur Versorgungsfor-

schung. Die Hausarztpraxis wird als relevante Quelle für Routinedaten zur Gesundheitslage eines großen Teils der GKV-Versicherten deutlich. Wenn man das etwas mutig interpretiert und die Startprobleme nicht überbetont, so könnte dies den Anfang für eine systematische Teilhabe der Hausärztinnen und Hausärzte an der dringend nötigen Kultur von Versorgungsforschung in der Breite der hausärztlichen Versorgung markieren. Das ist sicher noch weit entfernt von der Tradition der Forschungspraxen in UK [16], aber es wird auf diesem Wege zumindest ein weiteres Mal deutlich, dass die Hausarztpraxis der Ort der größten Kontaktdichte zu Patienten mit den viel zitierten Volkskrankheiten ist.

Und so könnte am Ende die Top-Down-Einführung der DMP in der deutschen GKV mit dem politischen Anspruch auf flächendeckende Einführung gewissermaßen über Nacht tatsächlich als eine der wenigen ernsthaften Innovationen der Gesundheitspolitik der jüngeren Geschichte zu werten sein. Ein derartiger Blick könnte arztseitig weiter dadurch erschwert sein, dass die Umsetzung des auslösenden politischen Willens zu Beginn sehr stark der Initiative der Krankenkassen innerhalb des damaligen Koordinierungsausschusses geschuldet war, elementar gestützt durch einen professionell geschulten Realitätssinn der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Koordinierungsausschuss, aber unter massiven Protesten der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesärztekammer und der betroffenen medizinischen Fachgesellschaften. Die Stärkung der koordinierten Funktion der Hausärzte in Kombination mit dem dezidierten Rückgriff auf die Methodik der evidenzbasierten Medizin und die Orientierung auf die Vereinbarung individueller Therapieziele stellen für die GKV de facto eine Sprunginnovation dar. Die ernsthafte Auseinandersetzung mit den DMP hat inzwischen begonnen.

Interessenskonflikte: keine.

Literatur

- ¹ Kaiser T, Krones R, Sawicki PT, Arbeitsgruppe Praktische evidenzbasierte Medizin. Beispielhaft für Typ-2-Diabetes. St. Franziskus Hospital, Köln, und DiEM – Institut für evidenzbasierte Medizin, Köln. Entscheidungsgrundlage zur evidenzbasierten Diagnostik und Therapie bei Disease Management Programmen für Diabetes mellitus Typ 2. 2., überarbeitete Version (Oktober 2003), 23 S., <http://www.di-em.de/publikationen.php> (geprüft 29.9.2006)
- ² Beyer M, Gensichen J, Szeccsenyi J, et al. Wirksamkeit von Disease-Management-Programmen in Deutschland – Probleme der medizinischen Evaluationsforschung anhand eines Studienprotokolls. Z ärztl Fortb Qualitätssich 2006; 100: 355–364
- ³ Rabbata S. Disease Management: Hoppe kündigt „Nationales Leitlinienprogramm“ an. In <http://www.aerzte-blatt.de/V4/archiv/artikel.asp?id=33526> (geprüft 29.9.2006)
- ⁴ Burdi MD, Baker LC. Physicians' perceptions of autonomy and satisfaction in California. Health Affairs 1999; 18: 134–145
- ⁵ Harrison S, Dowsell G. Autonomy and bureaucratic accountability in primary care: what English general practitioners say. Sociol Health & Illness 2002; 24: 208–226
- ⁶ Gask L. Powerlessness, control, and complexity: the experience of family physicians in a group model HMO. Ann Fam Med 2004; 2: 150–155
- ⁷ Mechanic D. Managed Care And The Imperative For A New Professional Ethic. Health Affairs 2000; 19: 100–111

- ⁸ Stamer M, Mortsiefer A, in der Schmitt J, et al. Zur Bedeutung von Risikofaktorenmodellen in der hausärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Bluthochdruck – Eine qualitative Untersuchung. Abstract für den 5. Versorgungsforschungskongress, Ludwigshafen 13. Mai 2006
- ⁹ Schlesinger M. A loss of faith: The sources of reduced political legitimacy for the american medical profession. The Milbank Quarterly 2002; 80: 185–235
- ¹⁰ Mechanic D. The Managed Care Backlash: Perceptions and Rhetoric in Health Care Policy and the Potenzial for Health Care Reform. The Milbank Quarterly 2001; 79: 35–54
- ¹¹ NSW Department of Health. NSW Chronic Care Program. Strengthening general practitioner involvement in chronic care. Review and Recommendations. March 2005 (http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2005/pdf/chronic_care_gp.pdf – geprüft 29.9.2006)
- ¹² Future of Family Medicine Project Leadership Committee. The future of family medicine: A collaborative project of the family medicine community. Annals of Family Medicine 2004; 2: S3–S32
- ¹³ Rothman AA, Wagner EH. Chronic illness management: What is the role of primary care? Annals of Internal Medicine 2003; 138: 256–262
- ¹⁴ Villagra VG. Integrating disease management into the outpatient delivery system during and after managed care. Health Affairs 2004 (DOI 10.1377/hlthaff.W4.281)
- ¹⁵ Beyer M, Gensichen J, Szecsenyi J, et al. Wirksamkeit von Disease-Management-Programmen in Deutschland – Probleme der medizinischen Evaluationsforschung anhand eines Studienprotokolls. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 2006; 100: 355–364
- ¹⁶ Carter YH, Shaw S, Macfarlane F. Primary Care Research Team Assessment (PCRTA): development and evaluation. Occasional Papers of the Royal College of General Practitioners 2002; 81: iii–vi: 1–71

Zur Person



Prof. Dr. med. Norbert Schmacke,
Jg. 1948, Internist und Gesundheitswissenschaftler,
seit Oktober 2003 Hochschullehrer am Fachbereich
Human- und Gesundheitswissenschaften der Uni-
versität Bremen
Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Versor-
gungsforschung
Interessenschwerpunkte: Evidenzbasierte Medizin,
Standards in der Versorgung, Professionen