

Bertram Häussler, Gerd Glaeske, Holger Gothe

Durchführbare Konzepte erforderlich

Wie man Disease Management in Deutschland einführen sollte

In: Forum für Gesundheitspolitik, Heft Oktober 2001, Themenschwerpunkt "Disease-Management-Programme konkret"

Summary

Disease Management ist eine Reformoption für das deutsche Gesundheitswesen, die umfassend erprobt und evaluiert werden sollte. Dabei sollte auf vielfältige Erfahrungen zurückgegriffen werden, die in den vergangenen zehn Jahren gesammelt worden sind. Das vorliegende Konzept folgt der Idee, dass der Arzt als nach wie vor hauptverantwortlicher Disease-Manager beim Management der Erkrankung unterstützt werden soll. Hierzu werden geeignete Instrumente zur Verfügung gestellt. Gleichzeitig wird über die Dokumentation eine Transparenz aufgebaut, die einem ärztlich-kollegialen Konsiliardienst die (anonymisierten) Einblicke in das Behandlungsgeschehen ermöglicht, die für die Qualitätssicherung erforderlich sind. Damit wird explizit von Modellen Abstand genommen, die von der Vorstellung leben, dass es ausreicht, über den Patienten ein ausreichendes Wissen über den Behandlungsprozess zu erlangen und ebenfalls über den Patienten Einfluss auf den medizinischen Behandlungsprozess nehmen zu können. Call Center dieser Art können in einem geeigneten Rahmen eine additive Funktion haben, aber nicht den Kern des Disease Managements bilden.

Text:

1 Zur Einführung

Der Leserschaft des *Forum für Gesundheitspolitik* zu erklären, weshalb der Begriff "Disease Management" in den vergangenen sechs Monaten eine so starke Bedeutung erfahren hat, kann sicherlich entfallen. Von Interesse dürfte aber dennoch sein, dass man auch in Deutschland den Begriff schon seit vielen Jahren kennt und in Fachkreisen verwendet, und dass man seit viel längerer Zeit Verfahren entwickelt und erprobt hat, die vielfach als Elemente eines Disease Managements bezeichnet werden können.

Es ist daher sehr zu begrüßen, wenn derzeit so lebhaft über die Einführung moderner Instrumentarien in die gesundheitliche Versorgung nachgedacht wird. Allerdings erscheint es angeraten, sich sehr genau über die durch ein Disease Management zu erzielenden Effekte im Klaren zu sein, damit nicht nach einem Strohfeuer die Ernüchterung Platz ergreift und so manche sehr hoch gesteckte Erwartung an die Lösung der dringendsten Probleme des Gesundheitssystems nicht erfüllt wird. Dies wäre der weiteren Entwicklung von Reformen im deutschen Gesundheitssystem nicht zuträglich.¹

Auf der Grundlage von fast 20jährigen vielfältigen Erfahrungen mit Innovationen und Reformen im Gesundheitssystem soll hier ein Modell vorgestellt werden, das den Erwartungen an ein funktionierendes Instrument gerecht werden kann. Die Erfahrung lehrt aber, dass man auch diese Konzeption in der Praxis testen sollte, ehe man sie im Realversuch "flächendeckend" zum Einsatz bringt.

¹ Eine Bewertung der im Gutachten von Lauterbach und Wille ausgesprochenen gesundheitsökonomischen Erwartungen siehe Häußler B, Glaeske G, Gothe H: Unbeantwortete Fragen zum Disease Management. In: Arbeit und Sozialpolitik, Oktober 2001.

2 Disease Management: Das Wichtigste in Kürze

Für den Terminus "Disease Management" gibt es keine einheitliche Definition. Im Folgenden wird daher die Frage gestellt, worum es sinnvollerweise gehen könnte.

2.1 Disease Management: Der Kern

Man kann sich sicherlich mit Ärzten darauf verständigen, dass bereits das konventionelle ärztliche Handeln eine Form des Managements darstellt. Sein Ziel ist es, für einen individuellen Patienten durch den kunstvollen Einsatz medizinischer Mittel die negativen Effekte einer Gesundheitsstörung zu begrenzen. Man könnte dafür den Begriff des "Kranksein Managements" kreieren, um ihn dem Terminus des "Disease Managements" gegenüber zu stellen.

Disease Management ist ein Ansatz, der in einer Erkrankung nur das allgemeine sieht. Maßnahmen sind daher strikt an ihrem Erfolg bei einer Vielzahl von Erkrankungen ausgerichtet. Dieser Erfolg wird idealerweise mit statistischen Instrumenten gemessen, was neuerdings mit dem Begriff "evidenzbasiert" belegt wird.

Ob ein Patient im Rahmen eines Disease Managements behandelt wird, erkennt man daran, dass Maßnahmen ergriffen werden, die sich nicht aus der individuellen Situation begründen, sondern aus einem allgemein gültigen Programm heraus. Sollte der Diabetiker den Arzt fragen, "warum soll ich Ihnen heute schon wieder meine Füße zeigen?" wäre die (wissenschaftlich korrekte) Antwort, "weil in Populationen von Diabetikern, bei denen regelmäßig eine Inspektion der Füße vorgenommen wurde, signifikant weniger Komplikationen aufgetreten sind". Und weiter: "Daher müssen wir das heute auch bei Ihnen durchführen, auch wenn Ihre Füße bisher immer perfekt gepflegt waren."

Disease Management ist also ein Ansatz zur Vereinheitlichung des Vorgehens bei einer Erkrankung mit dem Ziel, den Durchschnitt der Behandlungsergebnisse anzuheben und dadurch die Qualität zu steigern.

Dennoch - das wird später noch gezeigt werden - müssen die Maßnahmen, die sich aus einem Disease-Management-Programm ergeben, immer nachrangig zur individuellen ärztlichen Behandlung gesehen werden.

2.2 Disease Management: Spieler und Instrumente

Nach diesem Verständnis bleibt Disease Management im Verantwortungsbereich von Ärzten und Krankenkassen. Das bisherige vertragliche Modell der vertragsärztlichen Versorgung, der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, genügt jedoch den Anforderungen nicht, die durch ein Disease Management gestellt werden: Beim Disease Management einigen sich die Vertragspartner nicht mehr allgemein auf die Durchführung der Behandlung nach den Maßgaben des SGB V, sondern verpflichten sich zur Einhaltung ganz konkreter Behandlungspfade, in der Regel als "Leitlinie" bezeichnet.

Eine Leitlinie bezieht sich im Kern auf medizinische Ziele. Sie kann beispielsweise festlegen, dass bei einem Diabetiker, bei dem noch keine Gefäßkomplikationen eingetreten sind, der LDL-Cholesterin-Wert unter 130 mg/dl liegen soll. Daneben gibt es Ausführungsbestimmungen, die konkrete Aktivitäten vorschreiben, die unter gegebenen Umständen erfolgen müssen. Beispiel: Sobald eine nicht-proliferative Retinopathie diagnostiziert wurde, muss der Patient jedes halbe Jahr augenärztlich untersucht werden.

Es wird also vereinbart, dass ein Patient mit einer bestimmten Erkrankung in einer ganz bestimmten Art und Weise behandelt wird, und darüber hinaus, dass ganz bestimmte Ergebnisse zu erzielen sind. Ob die Kassenärztlichen Vereinigungen weiterhin als Generalauftragnehmer fungieren werden, ist in diesem Zusammenhang von nachgeordneter Bedeutung.

Beim Disease Management wird auf vertraglicher Grundlage die operative Ebene des Behandlungsgeschehens strukturiert. Die Nutzung von Ablaufplänen, Schemata, Checklisten, begleitenden

Informationssystemen, die erinnern, warnen, informieren, wird - je nach Qualität der Disease-Management-Programme obligatorisch. Mit anderen Worten: Es wird ein "Workflow" generiert, der - wenn er gut gelingt - das klassische ärztliche Vorgehensmodell ergänzt und im Hinblick auf das Ziel effektiviert.

Neu ist ferner, dass man sich die Erkenntnis zunutze macht, dass durch die Einbeziehung des Patienten eine höhere Effektivität zu erzielen ist. Disease Management kann um Instrumente erweitert werden, die den Patienten als "Ko-Produzenten" der Behandlung einbeziehen. Es dürfte jedoch kaum damit getan sein, die Patienten über ein Call Center an die Leine zu nehmen und sie durch das Gesundheitssystem zu lotsen. Ohne eine koordinierte Aktion mit den hauptamtlichen Behandlern - den Ärzten - dürfte der dadurch entstehende Schaden größer sein als der zu erwartende Nutzen.

Im Rahmen von Behandlungsstrukturen, die die Grenzen von Einrichtungen überschreiten, ist es geraten, dem "Disease Manager" auch Instrumente an die Hand zu geben, die für eine Koordinierung der Zusammenarbeit an den Schnittstellen sorgen. Es sei jedoch vor der Illusion gewarnt, dass eine umfassende "Verzahnung" des Gesundheitssystems ohne eine Veränderung betrieblicher Strukturen im Sinne der "Integrierten Versorgung" möglich ist.

2.3 Disease Management: Aus alten Fehlern lernen

Aus den bisherigen Ausführungen ist zu erkennen, dass sich ein erfolgreiches Disease Management an den bestehenden Vorstellungen und Vorlieben von Ärzten und Patienten orientieren muss, weil es deren Akzeptanz braucht. Patienten werden sich in ein unattraktives Disease-Management-Programm nicht einschreiben, und Ärzte werden ihren Patienten von einer Einschreibung dringend abraten, wenn Sie es nicht akzeptabel finden. Krankenkassen oder Akkreditierungsbehörden werden ein Programm ablehnen, wenn sie es für "zu dünn" befinden.

Vor dem Hintergrund der schon erwähnten langjährigen Erfahrungen lassen sich eine Reihe von Grundsätzen formulieren, denen ein erfolgreiches Disease-Management-Programm genügen soll.

- *Robustheit*

Disease-Management-Programme müssen sich möglichst reibungslos in die Abläufe und Dokumentationen der täglichen Versorgungsroutine integrieren.

- *Schlankheit*

Disease-Management-Programme müssen sich auf wenige Sachverhalte konzentrieren, die sich für das Produkt, das Behandlungsergebnis als "wirklich wichtig" herausgestellt haben. Die Dokumentation wird auf ein möglichst geringes Maß reduziert.

- *Vertraulichkeit*

Die Rechte der Patienten und der behandelnden Ärzte auf einen Schutz ihres informationellen Selbstbestimmungsrechtes müssen in vollem Umfang respektiert werden. Disease-Management-Programme sollten auf einer anonymen Dokumentation der Patienten aufbauen. Die Ärzte werden jedoch zumindest gegenüber der Disease-Management-Organisation ihre Anonymität aufgeben müssen.

- *Transparenz*

Alle Beteiligten, also Ärzte, Krankenkassen, Patienten, müssen - bei voller Wahrung des Datenschutzes - Einblick in die Funktions- und Arbeitsweise des Disease-Management-Programmes haben.

- *Gerechtigkeit*

Eine Honorierung zusätzlicher Leistungen muss erfolgen. Andererseits muss die Honorierung strikt an die Einhaltung von Regeln und Pflichten gebunden werden - mit der Möglichkeit der Sanktion.

- *Bezahlbarkeit*

Disease Management muss den Regeln der Sparsamkeit unterworfen sein. Es ist zu vermeiden, dass Disease Management mehr kostet, als

jemals durch Einsparungen kompensiert werden kann, es sei denn, dass Mehrkosten zu einem signifikanten Qualitätszuwachs führen.

3 Vom Sicherstellungsauftrag zum Disease Management: Klinische Forschung als neues Leitbild

Dass Ärzte bei der Behandlung ihrer Patienten prozessuale Vorschriften einhalten und messbare Ziele erreichen sollen, und dass dies vertraglich gesichert wird, bedeutet gewiss einen tiefen Einschnitt in die "medizinische Kultur" des deutschen Gesundheitssystems. Es ist davon auszugehen, dass dies auf längere Sicht zu einem aufwendigen Anpassungsprozess führt.

Es kann daher hilfreich sein, nach geeigneten Leitbildern Ausschau zu halten, die diesen Kulturwandel anleiten könnten.

In diesem Zusammenhang soll darauf verwiesen werden, dass eine geschätzte Zahl von 10.000 bis 20.000 Ärzten, darunter zunehmend auch niedergelassene, laufend in bis zu 500 klinische Studien eingebunden sind. Ein nicht unerheblicher Teil der Ärzteschaft ist daher über Prüfarztverträge mit einem vertraglichen Modell vertraut, das als Grundlage auch für Disease-Management-Verträge Verwendung finden könnte.

Das Modell "klinische Studie" soll im Folgenden in seinen wesentlichen Bestandteilen dargelegt werden.

- Patienten werden auf der Basis eines präzise definierten Vorgehensmodells aufgenommen und behandelt. Die Behandlungsregeln werden im Rahmen der klinischen Prüfung in einem "Protokoll" festgeschrieben. Im Protokoll wird geregelt, was in welcher Weise zu welchem Zeitpunkt von wem zu tun ist. Der Arzt verpflichtet sich gegenüber dem Auftraggeber der Studie (in der Regel ein pharmazeutisches Unternehmen, das als "Sponsor" bezeichnet wird) zu einer strikten Einhaltung des Protokolls. Im Rahmen von Disease-Management-Programmen werden die Regeln in einer "Leitlinie"

formuliert (siehe dazu unten). Der Arzt verpflichtet sich letztlich gegenüber der Krankenkasse zu einer Einhaltung dieser Regeln.

- In einer klinischen Prüfung ist nach einem Schema zu dokumentieren, das im Protokoll fixiert ist. Das Protokoll definiert Inhalte und Form der Dokumentationsinstrumente, die im weit verbreiteten englischen Sprachgebrauch als Case-Record-Forms (CRF) bezeichnet werden.
- Die Dokumentation im Rahmen der klinischen Prüfung erfolgt grundsätzlich anonym. Dennoch willigen Arzt *und* Patient ein, dass die Anonymität zum Zweck der *Prüfung der Richtigkeit der Dokumentation* sowie zum Zweck der *Intervention bei unerwarteten Ereignissen* aufgehoben werden darf. Dies wird vertraglich zwischen dem Auftraggeber und dem Arzt geregelt. Jeder einzelne Patient muss ausführlich darüber informiert werden und seine Zustimmung hierzu schriftlich erklären. Die damit verbundenen datenschutzrechtlichen Probleme können als gelöst angesehen werden.
- Die Prüfung der Richtigkeit der Dokumentation erfolgt durch besonders ausgebildete und zur Verschwiegenheit verpflichtete Fachkräfte, "klinische Monitore". Diese haben eine spezielle Ausbildung und besuchen den Prüfarzt in regelmäßigen Abständen. Sie sind vielfach bei einem externen Auftragsforschungsinstitut angestellt ("Contract-Research-Organization" - CRO).
- Bei einem unerwarteten Ereignis, hinter dem sich eine Gefährdung des Patienten verbergen kann, muss bei der Studienzentrale Meldung erstattet werden. Diese Meldung kann je nach Situation eine mehr oder weniger umfangreiche Prüfung des Sachverhaltes durch *externe* Ärzte auslösen, die vom Sponsor verpflichtet werden.
- Der Sponsor vergütet dem Arzt die Aufwendungen, die im Rahmen der Studie entstehen.

Ansonsten gilt bei klinischen Prüfungen ein umfangreicher und strenger Katalog von Regeln, die als "Good-Clinical-Practice" (GCP) bekannt sind. Die Einhaltung dieser Regeln ist im Wesentlichen dadurch

gesichert, dass Anträge auf Zulassung eines Arzneimittels von den staatlichen Behörden abgelehnt werden können, wenn erkennbar ist, dass von GCP abgewichen worden ist. Der Sponsor, also das pharmazeutische Unternehmen, hat insofern höchstes Interesse daran, dass die GCP-Bestimmungen eingehalten werden.

In Deutschland werden pro Jahr sicherlich 20.000 Patienten, vielleicht sogar 50.000 Patienten im Rahmen von klinischen Studien behandelt.² In jedem Fall werden die oben angeführten Regeln eingehalten. Ärzte empfinden es als vollkommen legitim, sich solchen Regeln zu unterwerfen. Ausschlaggebend für diese Akzeptanz ist die Überzeugung der Ärzte, dass ein solches System erforderlich ist, um die Ziele des Studienprotokolls erreichen zu können, und um der hohen Verantwortung gegenüber den Patienten gerecht zu werden, die im Rahmen der Entwicklung und der Anwendung von Arzneimitteln erforderlich ist.

4 Disease Management aufbauen - Was ein Kompetenznetz leisten kann

Unter der Voraussetzung, dass die klinische Prüfung ein adäquates und erprobtes Modell für die Gestaltung des Disease Managements darstellt, kommt das im Folgenden vorgestellte Strukturmodell für die Organisation des Disease Managements in Frage, unabhängig von der konkreten vertraglichen Ausgestaltung³:

1. Medizinische Legitimität durch einen Rat von Experten
2. Umsetzung des Disease Managements durch eine spezialisierte Organisation, das Programmzentrum
3. Medizinischer Sachverstand durch einen Kreis von Konsiliarärzten

² Die Informationslage zu klinischen Prüfungen in Deutschland reicht nicht aus, um eine genauere Schätzung durchführen zu können.

³ Die aus gesundheitspolitischer Sicht höchst bedeutsame Frage, ob es direkte Vertragsabschlüsse zwischen Krankenkassen und einzelnen Ärzten geben soll oder - wie bisher - kollektive Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, wird an dieser Stelle nicht erörtert.

Für die Kombination dieser drei Elemente wird im Folgenden der Begriff des "Kompetenznetzes" verwendet. Aus den unten aufgeführten Gründen wird diese Organisationsform der Vorstellung von einem "Disease-Management-Provider" vorgezogen, der alles unter dem Dach einer "Firma" vorhält.

4.1 Das medizinische Kollegium: Kein Disease Management ohne medizinische Legitimität durch anerkannte Experten

Durch Disease Management gelangen neue Impulse in das Behandlungsgeschehen. Der behandelnde Arzt wird zwar weiterhin der Alleinverantwortliche bleiben - er wird sich niemals darauf zurückziehen können, dass er sich ja an die Leitlinie gehalten habe, wenn ein Patient zu Schaden kommen sollte. Dennoch werden alle Beteiligten - Patienten, Ärzte und Krankenkassen - verlangen, dass diese Leitlinien medizinisch legitimiert sind.

Eine Legitimation der Inhalte kann jedoch letztlich nur durch Ärzte erfolgen, die eine allgemein anerkannte Position in ihrem jeweiligen Fachgebiet erreicht haben. Dabei erscheint es nicht zweckmäßig, die Ebene der Fachgesellschaften anzusprechen, da die dort üblichen Entscheidungsprozesse gewöhnlich sehr langwierig sind. Darüber hinaus sollen nicht Leitlinien zum Einsatz kommen, die "Grenzbereiche" des medizinischen Wissens abbilden, sondern vorwiegend solche, über die bereits Konsens erzielt worden ist.

Aus diesem Grund können die medizinischen Inhalte eines Disease-Management-Programms von einem Kollegium von allgemein anerkannten Experten legitimiert werden, die für ihre jeweiligen Indikationsgebiete stehen. Das medizinische Kollegium führt darüber hinaus die Aufsicht über das Netz aus Konsiliarärzten, das im Folgenden beschrieben wird.

4.2 Das Programmzentrum: Umsetzung durch eine spezialisierte Organisation

Organisationen, denen die Leitung von Disease-Management-Programmen übertragen wird, können im Prinzip von verschiedenen Beteiligten im Gesundheitssystem gegründet werden. Die Akzeptanz bei Ärzten und Patienten könnte jedoch infrage gestellt sein, wenn sich die Krankenkassen mit im Kern ärztlichen Aufgaben befassen würden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind durch das ihnen eigene prekäre Verhältnis von Interessenvertretung, Zahlstelle und Disziplinarorgan ebenfalls nicht prädestiniert, eine Aufgabe dieser Dimension übertragen zu bekommen. Wollten sie sich beim Disease Management engagieren, müssten sie wahrscheinlich eine unabhängige Institution gründen. Die Schaffung einer eigenen Behörde verbietet sich, weil mangelnde Konkurrenz regelmäßig zur bürokratischen Ineffizienz führt.

Es spricht vieles dafür, die für das Disease Management zu erbringenden Leistungen durch Dienstleistungsunternehmen erbringen zu lassen, die untereinander konkurrieren und deren Qualifikation durch Zertifizierungs- oder Akkreditierungsverfahren überprüft wird. Ein offener Wettbewerb wird zeigen, ob freie Unternehmen und Abteilungen von Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigungen die Aufgaben gleichgut erfüllen können.

Organisationen für die Durchführung des Disease Management müssen folgende Leistungen erbringen:

- Aufbau eines Programmes mit den Bestandteilen "Leitlinien" und "Ausführungsvorschriften",
- Schulung und Betreuung der Vertragsärzte mit zahlreichen Detailaufgaben im Bereich der Logistik,
- Aufbau und Unterhaltung einer Logistik für das Datenmanagement,
- ggf. Beteiligung an der Einschreibung der Patienten,

- Durchführung des Monitorings, also der stichprobenweisen Prüfung der Qualität der Dokumentation anhand der Originalunterlagen in den Praxen,
- Organisierung eines Konsiliardienstes,
- Organisierung des Datenflusses zu den Krankenkassen einschließlich des Managements eventueller Vertragsverletzungen (Anzeige von schweren Vertragsverletzungen).

4.3 Netzwerk von Konsiliarärzten: Disease Management absichern

Neben der medizinischen Expertise, die bei der Formulierung der Programme erforderlich ist, bedarf es eines Kreises von Ärzten, die auf Grund ihrer Qualifikation in der Lage sind, bei Problemfällen zu Rate gezogen zu werden. Aufgabe des Konsiliarsystems ist es, Fälle zu bewerten, Fragen im Zusammenhang mit dem Behandlungsablauf zu stellen und Ratschläge zu geben, die sich sowohl auf den Prozess als auch auf das Ergebnis der Behandlung beziehen.

Den Anstoß dazu geben laufend vorzunehmende Auswertungen der Dokumentationen. "Auffälligkeitsfilter" bringen solche Fälle in die konsiliarische Beratung ein, die ein gewisses Maß an Abweichung überschritten haben und bei denen nicht abzusehen ist, dass die ansonsten den Ärzten automatisch zugesandten Berichte für eine Qualitätsverbesserung sorgen.

Die Konsiliarärzte kommunizieren in der Regel schriftlich mit den behandelnden Ärzten, können aber auch telefonisch intervenieren. Es soll betont werden, dass die Namen der Patienten bei der konsiliarischen Beratung nicht erkennbar werden müssen. Der große Vorteil dieses Systems besteht darin, dass erfahrungsgemäß ein großer Anteil von Fällen, bei denen sich hinter der formalen Abweichung von Leitlinien dennoch eine qualitativ hochwertige Behandlung verbirgt, auf diesem kollegialen Weg geklärt werden kann. Selbstverständlich

können die behandelnden Ärzte auch von sich aus den Konsiliardienst rund um die Uhr in Anspruch nehmen.

Es ist wichtig zu betonen, dass auch die Konsiliarärzte eine hohe ärztliche Reputation genießen müssen, damit ihre Nachfragen, Ratschläge und Entscheidungen respektiert werden. Es ist unumgänglich, nur solche Ärzte mit dieser Aufgabe zu betrauen, die selbst aktiv im jeweiligen Indikationsgebiet tätig sind. Für die Konsiliarärzte kommt daher nur eine nebenberufliche Tätigkeit in Frage. Es bietet sich an, das Konsiliarnetz regional zu organisieren, damit zu den betreuten Ärzten eine kontinuierliche und auf persönlicher Bekanntschaft beruhende Arbeitsbeziehung entstehen kann.

5 Papier und Internet: Gegenwart und Zukunft des Disease Managements

Wenn Disease-Management-Programme in größerem Umfang Realität werden, wird ein logistisches Problem großen Ausmaßes zu lösen sein: Das Management der dokumentierten Daten und die Rückkoppelung der laufenden Ergebnisse zu jedem Arzt, zum Konsiliardienst, zu den Krankenkassen und ggf. zu qualitätssichernden Strukturen (Qualitätszirkel etc.).

In der Vergangenheit haben vergleichbare Projekte diese Logistik nicht oder kaum bewältigt. Im Wesentlichen trug dazu bei, dass immer versucht wurde, innerhalb des etablierten Abrechnungswesens einen parallelen Datenfluss zu erzeugen. Wenn man auch im Rahmen der Einführung des Disease Managements wieder versuchen würde, eine einheitliche Dokumentation in den Praxiscomputer-Systemen der Ärzte zu installieren, wäre dies der Anfang vom Ende. Es wäre abzusehen, dass Datenflüsse in der erwogenen Dimension erst nach Jahren der Verzögerung zustande kämen.

Es müssen vielmehr einfache und robuste Alternativwege beschritten werden. Hierzu kommen derzeit vor allem zwei Lösungen in Betracht:

- Dokumentation auf Papier und Übermittlung von der Praxis zur Datenzentrale per Fax. Die Rückübermittlung erfolgt über den Postweg oder das Telefon (das Fax scheidet aus datenschutzrechtlichen Gründen aus).
- Dokumentation und Rückkoppelung der Auswertungen sowie eines Teils der konsiliarischen Kommunikation über das Internet. Ein kleiner Teil bleibt der mündlichen und postalischen Kommunikation vorbehalten.

Technische Voraussetzung wäre daher zumindest ein Faxgerät, auf das zur zeitnahen Übermittlung der Daten nicht verzichtet werden kann. Ärzte ohne Faxgerät können sich nicht am Disease-Management-Programm beteiligen. Alternativ hierzu muss ein Internet-Anschluss in der Praxis vorhanden sein.

Die Übermittlung von medizinischen Daten über das Internet ist durch die konsequente Anonymisierung der Patientendaten und durch die Verwendung von Übertragungs- und Verschlüsselungstechnologien aus dem Bankwesen ohne datenschutzrechtliche Probleme möglich.

Darüber hinausgehende Sicherheiten durch eine zusätzliche Authentifizierung der Sendungen kann durch eine Nutzung der bereits weit verbreiteten Intranets erreicht werden, wie sie z.B. durch das Deutsche Gesundheits-Netz (DGN) angeboten werden. In Kürze werden zusätzliche technologische Lösungen bereitstehen, die eine doppelte Dokumentation überflüssig machen: Die Dokumentation im Rahmen des Disease Managements steht dann auch auf den elektronischen Karteikarten der Praxiscomputer-Systeme zur Verfügung.

Es ist anzunehmen, dass eine breite Realisierung des Disease Managements in der GKV alleine aus Kostengründen nicht ohne die Nutzung des Internets denkbar ist. Abgesehen von ökonomischen Gründen sollte nicht auf die großen Potentiale verzichtet werden, die ein System des "e-Disease-Management" für die zeitnahe Qualitätssteuerung bietet. In der klinischen Forschung sind einzelne

elektronische Systeme erprobt und z.B. von der weltweit bedeutsamen Food and Drug Administration (FDA) zertifiziert und zugelassen.