

sind in der heutigen Gesellschaft vielmehr in der Präimplantationsdiagnostik und der medizinischen Indikation des Schwangerschaftsabbruchs zu finden. Die gesetzlich streng geregelte Sterilisation bei Einwilligungsunfähigen in Deutschland mit jährlich circa 100 genehmigten Anträgen sollte auch in Zusammenhang mit den bundesweit insgesamt circa 125 000 Schwangerschaftsabbrüchen pro Jahr (7) diskutiert werden. Insbesondere muss hervorgehoben werden, dass der Schwangerschaftsabbruch bei Einwilligungsunfähigen nicht derart strikt geregelt ist wie die Sterilisation und sogar gegen den Willen der Betroffenen zulässig ist (8).

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2008; 105(21): A 1131–3

LITERATUR

1. Weingart P, Kroll J, Bayertz K: Rasse, Blut und Gene: Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1996; 36–41, 220–222, 292, 464.
2. Black E: War against the weak: eugenics and America's campaign to create a master race. New York: Four Walls Eight Windows 2003; 67, 123, 398.
3. Bock G: Zwangssterilisationen im Nationalsozialismus: Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik. Opladen. Westdeutscher Verlag 1986; 112.
4. Friedrich MG, Friedrich E, Graefen M et al.: Erfolgsraten der zweischichtigen mikrochirurgischen Vasovasotomie. Ergebnisse einer Patientenbefragung und Vergleich mit der einschichtigen Technik. Aktuelle Urologie 2006; 37(1): 58–63.
5. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Verhütungsverhalten Erwachsener: Ergebnisse der repräsentativen Befragung 20- bis 44-Jähriger 2007, www.sexualaufklaerung.de/cgi-sub/fetch.php?id=513.
6. Bundesministerium der Justiz, Referat R B 6: Verfahren nach dem Betreuungsgesetz, www.bmj.bund.de/files/1453/Verfahren_nach_Betreuungsgesetz_1992-2006.pdf.
7. Statistisches Bundesamt Deutschland: Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 2007.
8. Palandt O (Bassenge P, Hrsg.): Bürgerliches Gesetzbuch, 66. Aufl., München: C. H. Beck, 2007, § 1904, Rn 9.

Anschrift für die Verfasser

Dr. med. Adrian Pilatz
Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie
Universitätsklinikum Gießen und Marburg
Standort Gießen
Rudolf-Buchheim-Straße 7
35392 Gießen
E-Mail: adrian.pilatz@chiru.med.uni-giessen.de

KOMMENTAR

Dr. med. Johannes Gutsch, Arzt für Innere Medizin
– Hämatologie und internistische Onkologie



Obwohl es keine prospektive Studienplanung zur Ermittlung der Wirksamkeit der Disease-Management-Programme (DMP) im externen Vergleich gibt, wurden externe Vergleiche unter Versicherten der BEK mit insgesamt 160 000 Versicherten ausgewertet. Ergebnis: Die Zahl der Schlaganfälle bei DMP-Teilnehmern habe um etwa ein Drittel niedriger als bei Nichtteilnehmern gelegen. Die Rate von Fuß- oder Unterschenkelamputationen sei sogar um rund die Hälfte gesunken.

Die Wirksamkeit des DMP Diabetes mellitus kann aber nicht im externen Vergleich (mit Patienten, die nicht dem

Der nicht motivierte Patient, der sich daran nicht hält, wird zwangsläufig eine schlechtere Einstellung seines Diabetes aufweisen mit hohem HbA_{1c}-Wert, eine hohe Progressionsrate der Sekundärerkrankungen, wie Makro-/Mikroangiopathie mit Erblindung, Schlaganfall, Amputationen und Niereninsuffizienz sowie einen Verlust an Lebensqualität, hohe Folgekosten und eine höhere Sterblichkeit.

Die Teilnahme am DMP Diabetes ist freiwillig. Für Nichtteilnehmer ist allerdings keine Schulungsmaßnahme vorgesehen. Der Arzt kann außerhalb des DMP die Diabetesschulung nicht mehr abrechnen. Dadurch wird der durch

DMP DIABETES MELLITUS

Selektionsbias

DMP beigetreten sind) evaluiert werden. Denn die Auswahlkriterien sind unter anderem: Motivation zur aktiven Mitarbeit bei der Umsetzung der therapeutischen Ziele. „Die/der behandelnde Ärztin/Arzt soll prüfen, ob die oder der Patient(in) im Hinblick auf die unter 1.3.1. genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.“ Der Arzt verpflichtet sich zur Überprüfung der „Einhaltung der Einschreibungskriterien“ – so der DMP-Diabetes-Vertrag vom 28. April 2006. Mit der Unterschrift bürgt der Arzt für seine Auswahl von Patienten, die zur Einhaltung der therapeutischen Maßnahmen im DMP-Programm motiviert sind. Damit liegt eine Selektion von Patienten mit günstigerer Prognose vor. Diese Auswahl trifft der Arzt aus seiner Grundgesamtheit aller Patienten.

Der motivierte Patient nimmt die therapeutischen Anweisungen des Arztes wahr, nicht jedoch der unmotivierte Patient. Damit sind die allgemein anerkannten Maßnahmen der Basistherapie des Diabetes – Ernährungsumstellung, Tabakverzicht, körperliche Aktivität und Gewichtsreduktion – a priori Erfolg versprechender in der DMP-Gruppe, gesichert durch die Motivation der Teilnehmer.

Selektion verursachte Outcome-Unterschied noch vergrößert, denn die dem Patienten vorenthalte Maßnahme wird sich negativ auswirken. Man würde auch nicht die Ergebnisse einer strukturierten Therapie an ausschließlich motivierten Patienten mit Suchterkrankungen solchen mit fehlender Motivation ohne Therapie gegenüberstellen.

Dass solch ein Selektionsbias im externen Vergleich völlig unberücksichtigt bleibt, hat desaströse Folgen.

1. Mitgliedsbeiträge der Patienten werden für die Erhebung pseudowissenschaftlicher Aussagen verbraucht und fehlen bei der dringend notwendigen Versorgung chronisch Kranker.

2. Die Krankenkassen werden Vertragsärzte in weitere Programme aufgrund der „hochsignifikanten“ (Selektions-) Ergebnisse einbinden. Damit werden Zeit und Kraft der Heilberufler für Dokumentation und Evaluation zur Produktion weiterer Scheinerfolge gebunden.

3. Politiker werden den Ärzten, die sich nicht dem zweifelhaften Dokumentationsaufwand dieser Programme unterziehen, zur Last legen, dass sie ihren Patienten scheinbar hocheffektive Therapien vorenthalten. ■