

„Undurchdachte Schnellschüsse sind das falsche Rezept“

Disease Management Programme in der Diskussion

Auf den ersten Blick klingt das Konzept gut: Dank neu aufgelegter Programme soll die medizinische Behandlung chronisch kranker Menschen verbessert werden. Zugleich soll ein Anreiz für die Krankenkassen geschaffen werden, künftig stärker auch in den Wettbewerb um jene Mitglieder zu treten, die nicht jung, gesund und gut verdienend sind. Um diese beiden Ziele zu erreichen, werden nach Willen des Gesetzgebers zum 1. Juli 2002 so genannte Disease Management Programme (DMP) eingeführt. Die in der ersten Phase relevanten Krankheiten sind Diabetes, Asthma, Koronare Herzerkrankung und Brustkrebs. Die DMP sind unmittelbar an den Risikostrukturausgleich gekoppelt. Das soll es für die Krankenkassen lukrativer machen, die finanziellen Aufwendungen für chronisch Kranke zu übernehmen. Doch die bislang vorgelegten Entwürfe lassen vermuten, dass die hehren Ziele nicht erreicht werden. Vielmehr drohen Verwaltungsbürokratismus und der „gläserne Patient“. Meint zumindest der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB). Er hat sich gegen die bislang vorgelegten DMP-Entwürfe ausgesprochen. Im Interview mit dem Bayerischen Ärzteblatt (BÄBL) erläutern Dr. Wolfgang Hoppenhaller, stellvertretender KVB-Vorstandsvorsitzender, sowie der zuständige Geschäftsführer Dr. Jörg Saatkamp die Position der KVB.

BÄBL: Herr Dr. Hoppenhaller, was hat die Vertretung der bayerischen Vertragsärzte und Psychotherapeuten eigentlich gegen eine Optimierung bei der Behandlung chronisch Kranker einzuwenden?

Dr. HOPPENTHALLER: Generell steht die KVB voll hinter dem Ziel, die Qualität der Versorgung chronisch Kranker weiter zu verbessern. Wir bezweifeln jedoch, dass die DMP in den bislang vorgelegten Fassungen dafür das richtige Mittel sind. Es steht zu befürchten, dass die Programme auf Grund ihrer engen Verzahnung mit dem Risikostrukturausgleich mehr der Lenkung der Finanzströme als der Verbesserung der Qualität dienen. Die Qualität scheint dabei eher ein Anhängsel zu sein. Dass dabei ein enormer Verwaltungsbürokratismus in Gang gesetzt wird, wird offensichtlich von den politisch Verantwortlichen billigend in Kauf genommen. Und dass man dabei den „gläsernen Patienten“ schafft, stört die Verantwortlichen offenbar auch nicht.



Dr. Wolfgang Hoppenhaller ist stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KVB. Zu seiner Ressortverantwortung gehört auch das Thema DMP.

BÄBL: Welches Volumen hat die Behandlung chronisch Kranker eigentlich?

Dr. SAATKAMP: Die uns vorliegenden Zahlen deuten an, dass es hier um gewaltige Finanzströme geht. Etwa 43 % der Bevölkerung in Deutschland leiden zumindest an einer chronischen Krankheit. Auf diese Patienten entfallen zwei Drittel der ambulanten Arztkontakte und 83 % der Arzneimittelverschreibungen. Bei jährlichen Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland von rund 125 Milliarden Euro kommen dabei gewaltige Summen zusammen. Es ist davon auszugehen, dass ein Großteil der Gesundheitsausgaben künftig in die DMP fließen wird.

BÄBL: Kann man es sich dann als KVB überhaupt leisten, nein zu sagen und nicht von Beginn an mit ins Boot zu steigen?

Dr. HOPPENTHALLER: Diese Frage hat uns im Vorstand sehr intensiv beschäftigt und wohl den meisten von uns schlaflose Nächte bereitet. Wir sind der Meinung, dass bei einem so wichtigen Thema undurchdachte Schnellschüsse das völlig falsche Rezept wären. Es wird uns als KV-Verantwortlichen oft vorgeworfen, immer nur auf das Geld zu schauen. Die Diskussion um die DMP zeigt, dass dies nicht stimmt.

BÄBL: Wenn es nicht der Streit um das Geld ist, was sind dann die Gründe, die zu Ihrer Haltung geführt haben?

Dr. HOPPENTHALLER: Wir kritisieren an dem momentanen DMP-Modell unter anderem Folgendes: Erstens entsteht eine Zweiklassenmedizin; jene, die in den Programmen eingeschrieben sind, und jene, die nicht bereit sind, ihre intimsten Daten den Krankenkassen preiszugeben. Zum Zweiten gibt es kein Anreizsystem und keine sichtbaren Gründe, warum sich Patienten einschreiben sollten. Offen-



Dr. Jörg Saatkamp ist seit März als Geschäftsführer bei der KVB tätig. Er verantwortet innerhalb der Verwaltung die Bereiche Sicherstellung und Arzneimittel-Management sowie das Thema DMP.

sichtlich geht man davon aus, die Ärzte würden die Überzeugungsarbeit leisten können und wollen. Zum Dritten sind ungelöste Datenschutzprobleme, insbesondere bei dem Umgang mit hochsensiblen Patientendaten, zu nennen. Wir wollen nicht daran beteiligt sein, einen „gläsernen Patienten“ zu schaffen. Man fühlt sich geradezu an Orwell'sche Schreckensvisionen erinnert, wenn man sich die bisherigen Entwürfe für DMP genauer ansieht. Der vierte Punkt ist die drohende Überbürokratisierung der Arztpraxen durch den Aufwand der Datensammlung. Schon heute sind all die Formalismen und Regelungen für den einzelnen Arzt kaum mehr überschaubar. Unter einer weiteren Bürokratisierung würde in erster Linie die Behandlung unserer Patienten leiden. Die haben mehr von einigen persönlichen, aufmunternden Worten als von Stapeln ausgefüllter Formblätter. Und zum Fünften wird das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient durch den von der Krankenkasse gestellten „Disease Manager“ gefährdet.

BÄBL: Die kritischen Punkte aufzuzeigen ist das eine, konkrete Lösungsvorschläge sind das andere. Was hat die KVB denn da zu bieten?

Dr. SAATKAMP: Wir haben uns sehr intensiv mit DMP beschäftigt und können zu allen Kritikpunkten Alternativen aufzeigen. Ein Beispiel: Beim Thema Datenschutz plädieren wir dafür, dass die Kontrolle über den Informationsfluss beim Patienten und dem behandelnden Arzt liegen muss. Eine Vernetzung mit den Krankenkassen wäre beispielsweise über spezielle „Trust Center“ möglich, in denen die Daten liegen und je nach Zugriffsberechtigung genutzt werden können. Wir hoffen, noch im Mai ein besseres Modell für die Behandlung chronisch Kranker vorstellen zu können. Auf der Basis dieses Modells möchten wir dann in die Verhandlungen mit den Krankenkassen eintreten.

BÄBL: Wie ist denn unter diesen Voraussetzungen der Termin 1. Juli 2002 zu sehen?

Dr. SAATKAMP: Wir halten diese Vorgabe für unrealistisch. Darin stimmen wir übrigens auch mit vielen Experten bei den Krankenkassen überein.

BÄBL: Läuft die KVB mit ihrer Haltung eigentlich nicht Gefahr, am Ende alleine dazustehen?

Dr. HOPPENTHALLER: Nein, ganz im Gegenteil. Inzwischen stellen wir fest, dass immer mehr relevante Personen und Gruppen unsere Meinung vertreten. In mehreren Gesprächen und Workshops haben wir erfahren, dass die bayerischen Ärzte hinter uns stehen. Bei einer Veranstaltung der AOK in Regensburg vor kurzem war die Ablehnung der vorgelegten Programmwürfe durch die Ärzteschaft einhellig. Inzwischen hat uns ein

Schreiben des bayerischen Gesundheitsministeriums erreicht, in dem wir in unserer Meinung voll bestärkt werden und in dem unsere laufenden Programme für die Diabetes-Behandlung als „vorbildlich“ bezeichnet werden. Das bestärkt uns in unseren Anstrengungen, an einem besseren DMP-Modell zu arbeiten.

Vielen Dank für das Gespräch. Die Fragen stellte Martin Eulitz (KVB).

Alles nur Polemik?

Zur Diskussion um die onkologische Ambulanz am Nürnberger Klinikum Nord

Es ist noch gar nicht lange her, da wurden wir Zeugen eines besonderen Schauspiels. Im Deutschen Bundesrat demonstrierten unsere gewählten Volksvertreter in der Debatte um das Zuwanderungsgesetz, worauf es in der Politik heutzutage ankommt: mit allen Mitteln in der Öffentlichkeit für Aufsehen zu sorgen.

Dies war jedoch kein Einzelfall. Es mag durchaus nachvollziehbar sein, dass man sich im Wettstreit der Argumente auf Themen fokussiert, die öffentlichkeitswirksam verwertbar sind. Was jedoch nicht tolerierbar ist: Wenn ein komplexes Sachthema plötzlich aus unterschiedlichen Interessen als „Medienschow“ inszeniert wird. So ist die Zukunft der so genannten „Krebsambulanz“ am Nürnberger Klinikum Nord erst zu einem Wahlkampfthema und dann zu einem Politikum geworden.

Fakten, Fakten, Fakten

Der Sachverhalt ist relativ überschaubar: Stationäre Einrichtungen können eine Ermächtigung für den ambulanten Bereich erhalten, wenn im ambulanten Bereich eine Versorgungslücke vorliegt und der Zulassungsausschuss, paritätisch besetzt mit Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und der Krankenkassen, deshalb eine Ermächtigung erteilt. Dies tat der Zulassungsausschuss beispielsweise 1982, als im Großraum Nürnberg die ambulante Versorgung von Onkologiepatienten nicht mehr gesichert war.

Inzwischen sind 20 Jahre vergangen und die Versorgungssituation hat sich erheblich verbessert. Zahlreiche Spezialisten haben sich mit eigenen Praxen im Umkreis der Frankentropole niedergelassen, um die Patienten wohnortnah zu behandeln. Als Folge änderte der Zulassungsausschuss vor einigen Jahren

die Institutsermächtigung in drei persönliche Ermächtigungen für die Klinikärzte in der Ambulanz um. Schließlich hat sich der Chefarzt der Onkologie, Professor Dr. Walter Michael Gallmeier, hervorragende Verdienste in der Behandlung krebserkrankter Patienten erworben. Einige seiner ehemaligen „Schüler“ sind heute erfolgreich als niedergelassene Onkologie-Spezialisten tätig.

Brisant wurde es, als der Zulassungsausschuss entschied, zum 1. April 2002 die drei persönlichen Ermächtigungen insofern abzuändern, als eine ambulante Behandlung nur noch auf Überweisung durch einen Facharzt möglich sei. Bereits begonnene Behandlungen können hingegen am Klinikum fortgeführt werden. Der Zulassungsausschuss traf seine Entscheidung nach ausführlicher Analyse der Situation vor Ort, nach mehreren Gesprächen mit allen Beteiligten und in Abwägung der Patienteninteressen – einstimmig.

Im Rampenlicht

Nun wurden einige Journalisten auf diese, sicherlich für die breite Öffentlichkeit erst einmal erklärungsbedürftige Entscheidung aufmerksam. Ab diesem Zeitpunkt fanden sich Schreckensvisionen von schlecht behandelten Krebspatienten in den Medien. Politiker unterschiedlichster Couleur machten sich zu Verfechtern der Interessen der Patienten. Fehlentscheidung, rief man lautstark in aller Öffentlichkeit, wohl wissend, dass sich auch die Presse gerne auf solche Zitate stürzt. Ein Schuldiger wurde rasch gefunden: die KVB und insbesondere der Vorsitzende deren Bezirksstelle in Mittelfranken, Dr. Werner Sitter. Dieser bekam es mit verstorbenen Patienten, eifrigen Journalisten und drängelnden Politikern zu tun. Er schrieb offene und persönliche Briefe, gab Interviews, verschickte

Presseinformationen und lud zu Gesprächsrunden ein. Das Ziel: Wie erkläre ich, dass ein unabhängiges Gremium aus Ärzten und Krankenkassenvertretern gemäß geltendem Recht der deutschen Sozialgesetzgebung eine – wenn auch unpopuläre – hoheitliche Maßnahme vollzieht?

In stark emotionalisierter Weise wurde über das Thema mit harten Bandagen in der Öffentlichkeit debattiert. Geschadet hat dies vor allem den Patienten. Diese fühlten sich verunsichert und reagierten entsprechend besorgt, was wiederum Wasser auf die Mühlen all derer war, die den Konflikt weiterhin am Schwelen halten wollten.

Fazit

Nach dem Ende des Kommunalwahlkampfes haben sich die Wogen ein wenig geglättet. Auf einmal war es möglich, alle Beteiligten gemeinsam an einen Tisch zu bekommen und noch einmal ruhig über die Sachlage und die Fakten zu diskutieren.

Gerne könnte der Artikel jetzt ein versöhnliches Ende finden, doch daraus wird leider nichts. Die nach dem Gespräch von allen Beteiligten gemeinsam abgestimmte Pressemeldung wurde von einigen Journalisten öffentlich wieder angezweifelt. Ein juristisches Verfahren gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses läuft. Was diese Geschichte aber auch zeigt: Die Kassenärztlichen Vereinigungen engagieren sich für die Vertragsärzte und Psychotherapeuten und nehmen eine Schutzfunktion wahr. Es lohnt sich, in Zeiten wie diesen wieder einmal daran zu erinnern.

Michael Anschütz,
Martin Eulitz (beide KVB)