

Quo vadis Gesundheitswesen?

Chancen und Risiken des Disease Managements und der Disease Managementprogramme

Am 21. September 2002 fand in Chemnitz eine gesundheitspolitische Veranstaltung statt, die von mehreren Pharmaunternehmen initiiert und getragen wurde. Der Termin – ein Tag vor der Bundestagswahl – war natürlich umstritten, doch letztlich bewusst so ausgewählt worden, weil klar war, dass die Umsetzung der DMPs unabhängig vom Wahlausgang auf der Tagesordnung stehen würde und eine sachdienliche Diskussion befördert werden sollte. Gäste waren Ärzte aus freier Niederlassung, Krankenhausärzte, Ärzte als Standsvertreter, Krankenkassenvertreter, Apotheker und gesundheitspolitische Vertreter der pharmazeutischen Industrie.

Herr Prof. Dr. med. habil. Peter Leonhardt – langjähriger Chefarzt einer pulmonologischen Klinik und Vorsitzender des Hartmannbundes Sachsen – referierte über „Disease Management – Leitlinien, Chancen und Problematik unter besonderer Berücksichtigung von Asthma bronchiale und COPD“. Prof. Leonhardt hob hervor, dass leitlinienorientierte und evidenzbasierte Medizin sinnvoll und notwendig seien, andererseits Leitlinien nicht mit Richtlinien verwechselt werden dürften und die individuelle Therapiefreiheit des Arztes erhalten bleiben müsse. Der Referent hob die Chancen strukturierter Behandlungsprogramme hervor und forderte eine sinnvolle Verzahnung auch von haus- und fachärztlicher Versorgung hervor, wobei die de facto Qualifikation maßgebend sei.

Dr. Stefan Windau setzte sich mit „gesetzlichen Vorschriften, Einkaufsmodellen, Datentransfer und Stellung der Berufsverbände“ auseinander (siehe unten).

Hans Günter Verhees, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Sachsen, betonte, dass er aus Sicht der AOK Sachsen die Anbindung der DMPs an den Risikostrukturausgleich der Krankenkassen als zwingend notwendig ansähe. Nur so könnten die großen Versorgerkassen die Aufgaben der DMPs finanzieren. Ausdrücklich erteilte Herr Verhees „DMPs light“ eine Absage, schon deshalb, um den Risikostrukturausgleich an sich nicht zu gefährden, gegen den an sich ja bereits gekämpft würde. Auch stellte Herr Ver-

hees klar, dass die Programme erfolgreich nur mit den Ärzten und nicht gegen sie durchgesetzt werden können. Vertragsabschlüsse würden landesweit und mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen angestrebt. Einschränkend deutete Herr Verhees aber an, dass davon abweichend auch andere Vertragspartner denkbar wären, beispielsweise beim Mammakarzinom, sollten flächendeckende Vertragsabschlüsse nicht erreicht werden können. Bezüglich des Datentransfers konnte Herr Verhees die Bedenken der Ärzteschaft nicht teilen. Einerseits stellte er in Aussicht, gewachsene Strukturen wie bei der sächsischen Diabetesvereinbarung zu nutzen, das heisst die Erfassung und Bewertung der Daten in diesem Fall durch ein Institut der Universität Dresden, andererseits bestand Herr Verhees auf der Übermittlung der individuellen Behandlungsdaten an die Krankenkassen, wie in der Rechtsverordnung vorgeschrieben, da nur so eine Kontrolle des Prozesses gewährleistet sei. Dies stand für mich in Widerspruch zu seiner Äußerung, nicht in die direkte Patienten-Arzt-Behandlungsbeziehung eingreifen zu wollen.

Trotz des Willens aller Referenten, die Chronikerprogramme im Sinne der Patienten voranbringen zu wollen, blieben vor allem beim Datentransfer und bei der Anbindung an den Risikostrukturausgleich die unterschiedlichen Positionen unverkennbar. Dennoch war zumindest diese Diskussion voll Sachlichkeit und Aufeinanderzugehen geprägt. Im Anschluss an die Diskussion wurden die Referenten durch den Moderator, Herrn Seguin (NDR Hamburg), gebeten, ihre Statements zusammenfassend den Teilnehmern des Symposiums zur Verfügung zu stellen.

Im Folgenden werden hier die Eckpunkte der Argumentation von Dr. Windau wiedergegeben (kein Manuskript), da so die Position der Sächsischen Landesärztekammer zusammengefasst werden kann.

Dr. Stefan Windau, Vorstandsmitglied der SLÄK, 2. Vorsitzender des Bundesverbandes Hausärztlicher Internisten, zu „**Chancen und Risiken des Disease Management und der Disease Managementprogramme**“:

Sehr geehrte Damen und Herren,
Zunächst darf ich feststellen, dass meine Darlegungen nicht verstanden werden dürfen

als Ausdruck einer völlig deckungsgleichen Beurteilung der Thematik aller sächsischen ärztlichen Körperschaften und Berufsverbände. Wohl aber kann ich Ihnen die konsenterte Position der Sächsischen Landesärztekammer darstellen. Dieser unser Standpunkt ist auch Ausdruck der Erlebnisse des Diskussionsprozesses mit anderen ärztlichen Körperschaften und Berufsverbänden in Sachsen, wobei ein hohes Maß an übereinstimmender Beurteilung in der verfassten Ärzteschaft hervorzuheben ist.

Grundsätzlich sind strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit chronischen Erkrankungen zu begrüßen, sofern diese Programme vom Ansatz her tatsächlich zu einer verbesserten Versorgung dieser Patienten führen können und andere Patientengruppen nicht benachteiligen.

Eine Leitlinienorientierung im Sinne von Behandlungskorridoren ist sinnvoll und notwendig. Dadurch darf aber keinesfalls die Therapiefreiheit des Arztes und die originäre Besonderheit der Arzt-Patienten-Beziehung beeinträchtigt werden.

Grundlage des Inhaltes der Programme muss der allgemein anerkannte fachliche Standard sein. Außenseiterpositionen, die eher für ökonomistische statt für fachlich zielführende Intentionen genutzt werden, dürfen keinen Eingang in die Programme finden. An dieser Stelle sei auf die in Sachsen bestehende und mit Leben erfüllte Diabetes-Vereinbarung hingewiesen, die zu einer Verbesserung des Behandlungsergebnisses beigetragen hat. Wir dürfen nicht zulassen, dass „DMPs light“ bestehende Versorgungsstrukturen gar verschlechtern, statt sie zu verbessern. Zu verhindern ist, dass die Krankenkassen mit „DMPs light“ um möglichst viele „DMP-fähige“ Patienten werben, während die eigentlichen Ziele verfehlt würden. In diesem Zusammenhang wird die Anbindung der DMPs an den Risikostrukturausgleich sehr kritisch bewertet. Im übrigen gehen hier ja auch die Meinungen der Krankenkassen ganz erheblich auseinander.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat per 1. Juli 2002 durch Rechtsverordnung die Rahmenbedingungen für die Gestaltung der Verträge zu den Disease-Management-Programmen geregelt. Die darin vorgegebene Verfahrensweise zum Inhalt und zur Weiter-

gabe von Patientendaten durch den Arzt ist so nicht zu akzeptieren. Natürlich ist auch klar, dass eine von den Vorgaben der Rechtsverordnung abweichende Regelung möglicherweise Probleme bei der Akkreditierung der Programme beim Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen bringen könnte. Doch dies ist hier für uns zweitrangig. Selbstverständlich müssen auch patientenbezogene Behandlungsdaten geliefert werden, sonst wäre eine sinnvolle Begleitung der Programme und Messung der Veränderung von Behandlungsergebnissen etc. praktisch nicht möglich. Es stellt sich aber die Frage: Wer welche Daten wohin liefert? Es ist klar abzulehnen, dass diese individuellen (patienten- und arztbezogenen) Daten zu den Kostenträgern gelangen. Aus dieser Konstellation ergäbe sich zwingend der Schluss, dass die Kostenträger in die Arzt-Patienten-Beziehung direkt, als strukturell eingeschalteter Dritter, eingreifen könnten. Welche geradezu dramatischen Folgen dies haben dürfte, konnte ich Ihnen anhand eines Programms einer (nicht sächsischen) Krankenkasse unwidersprochen veranschaulichen. Absichtserklärungen von Vertretern der heute hier anwesenden Krankenkassen aus Sachsen, keinesfalls in die Behandlungsbeziehung zwischen Arzt und Patienten eingreifen zu wollen, sind positiv zu bewerten – aber nicht bindend. Die Programme und damit auch der Datenfluss sollte so strukturiert werden, dass die Krankenkassen eben nicht zum „case manager“ werden können, wie von nicht wenigen ihrer Spitzenvertreter gefordert. Ein Einkaufsmodell durch die Hintertür!

Die derzeit in der Rechtsverordnung des Bundesministerium für Gesundheit festgelegte Verfahrensweise beim Datentransfer führt nicht nur zur Gefahr des Eingriffs in die Arzt-Patienten-Beziehung sondern ermöglicht auch den Kostenträgern die Selektion von Ärzten und Patienten unter vielerlei Gesichtspunkten, die mit dem Ziel der Verbesserung der Betreuung von chronisch Kranken nicht immer etwas zu tun haben müssen. Um den Interessen vom Patienten, Ärzten und Kostenträgern gerecht werden zu können, und vor allem um das Ziel der Programme wirklich zu erreichen, fordern wir die Erfassung und Bewertung der Daten durch ein unabhängiges Institut. Die Ergebnisse geben dann – dynamisch – Aufschluss über Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und damit

zum Erfolg des Programms. Diese „entindividualisierten“ Daten stehen dann natürlich auch den Kostenträgern zur Verfügung. Denn nur so werden sie in die Lage versetzt, zu wissen, wofür sie bezahlen.

Diese unabhängige Institution ist in die Lage zu versetzen, dort, wo wesentliche Abweichungen von Programmzielen zu verzeichnen sind, auch individuell wirksam zu werden, so dass nicht nur eine prozessuale Qualitätskontrolle sondern letztlich auch eine individuelle Kontrolle der Qualität der Versorgung erreicht werden würde. Auch hier darf ich auf die Sächsische Diabetes-Vereinbarung verweisen. Die von uns hier geforderte Vorgehensweise wird ja bereits in Sachsen auf Grundlage dieser Vereinbarung praktiziert! Wir sollten diese Verfahrensweise zum Nutzen aller an den DMPs beteiligten Partner nutzen. Wir fordern den Abschluss von Verträgen über Disease-Management-Programme zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen auf Basis des Paragraphen 137 SGB V, das heißt auf Landesebene, einheitlich und umfassend für die Vertragsärzteschaft, und dies für alle Programme.

Eine Aufsplitterung der Versorgungslandschaft durch Vertragsabschlüsse mit einzelnen Ärzten, wie nach Paragraph 140 SGB V möglich, lehnen wir ab. Abgesehen vom zu erwartenden Chaos würde eine weitere Pforte zum Einführen von „Einkaufsmodellen“ aufgestoßen.

Augenfällig, aber offenbar nicht für jeden selbstverständlich, ist die Notwendigkeit von Einheitlichkeit und Handhabbarkeit der Programme unter schon rein praktischen Gesichtspunkten. Der Dokumentationsaufwand ist jetzt schon groß, auch bei der Diabetes-Vereinbarung in Sachsen. Wir müssen unsere Arztzahlentwicklung und den schon jetzt hohen Grad der Beanspruchung der Ärzte berücksichtigen. Gleichermaßen dürfen wir nicht vergessen, dass der Gesetzgeber dem Koordinierungsausschuss den Auftrag gegeben hat, bis zu sieben Chroniker-Programme im Jahr zu entwickeln! Ich bitte alle Beteiligten, das Machbare nicht aus den Augen zu verlieren!

Ein möglicherweise noch so gutes Programm kann aber nur dann funktionieren, wenn auch die Vergütung für den Arzt angemessen ist.

Wenn man meint, von uns Ärzten die „Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven“ auch weiterhin fordern zu müssen, so muss im Umkehrschluss auch allen Beteiligten klar sein, dass auch Ärzte betriebswirtschaftlich kalkulieren müssen.

Rechtsverordnung hin und her – gegen die Ärzte werden die DMPs, zumindest diejenigen, die auf die Behandlung der großen Volkskrankheiten abzielen, nicht durchsetzbar sein. Wir wollen die strukturierten Behandlungsprogramme nicht torpedieren sondern sie unterstützen, aber zu akzeptablen Bedingungen für Patienten, Ärzte und Kostenträger.

Chemnitz, 21. 9. 2002
Dr. med. Stefan Windau