



AOK
Die Gesundheitskasse.

IM DIALOG

▶ **DMP – Höhere Versorgungsqualität
für chronisch Kranke**

Berlin, 31. Mai 2005
AOK-Bundesverband

18

DMP – Höhere Versorgungsqualität für chronisch Kranke

Berlin, den 31. Mai 2005

DMP – Höhere Versorgungsqualität für chronisch Kranke

Berlin, den 31. Mai 2005



AOK im Dialog, Band 18

Impressum

Herausgeber:
AOK-Bundesverband
Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn
www.aok-bv.de

Verantwortlich für den Inhalt:
Dr. Hans Jürgen Ahrens

Fotos:
Bildschön

Produktion:
KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn
www.kompart.de

■ Viele Vorteile für die Versorgung <i>Bericht aus Gesundheit und Gesellschaft (G+G)</i>	7
■ Einleitung <i>Dr. Hans Jürgen Ahrens</i>	11
■ DMP- Mehr Qualität in der Versorgungsqualität „Blick über den Zaun“ <i>Dr. Gert Klima</i>	17
■ DMP und Morbi-RSA, Bürokratieabbau und vereinfachter Datenfluss <i>Prof. Dr. Jürgen Wasem</i>	22
■ DMP aus Sicht der AOK <i>Johann-Magnus v. Stackelberg</i>	31
■ DMP aus Sicht der Leistungserbringer <i>Gerlinde Gerdes</i>	38
■ Diskussion <i>Moderation: Andreas Mihm (FAZ)</i>	44
■ DMP aus Sicht der ärztlichen Praxis <i>Dr. Dietrich Franke</i>	60
■ DMP aus Sicht der Patientenvertreter <i>Gabriele Buchholz</i>	72
■ Qualitätsbericht aus der Praxis <i>Wilfried Jacobs</i>	80
■ Qualitätsbericht aus der Praxis <i>Frank Storsberg</i>	89
■ Diskussion <i>Moderation: Andreas Mihm (FAZ)</i>	96
■ Die Referenten	104



Viele Vorteile für die Versorgung

Ärzte, Patienten, Wissenschaftler und Vertreter der Krankenkassen waren sich auf einer AOK-im-Dialog-Veranstaltung einig: Die Programme für chronisch Kranke sind ein Fortschritt und müssen weitergeführt werden.

Die Disease-Management-Programme (DMP) verbessern die medizinische Versorgung und die Lebensqualität von chronisch Kranken. Diese Bilanz zog der Vorstandsvorsitzende des AOK- Bundesverbandes Dr. Hans Jürgen Ahrens auf einer AOK-im-Dialog-Veranstaltung in Berlin. Ärzte, Patientenvertreter und Wissenschaftler tauschten dort ihre praktischen Erfahrungen mit DMP aus.

Patienten im DMP wissen mehr über ihre Erkrankung, gehen bewusster damit um und wirken aktiv an der Behandlung mit. Das belegt eine Umfrage, die das Institut Psyconomics im März 2005 unter etwa 1 000 Versicherten der AOK Baden-Württemberg, die ins DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben sind, gemacht hat. Über 90 Prozent der Befragten würden wieder an einem DMP teilnehmen oder anderen Patienten das Programm empfehlen.

Die Teilnehmer schätzen an DMP speziell die Informations- und Beratungsangebote, die ihre persönliche Kompetenz im Umgang mit der Erkrankung fördern. Dieser Zuwachs an Kompetenz bewirkt offensichtlich auch Verhaltensänderungen: Fast die Hälfte der Befragten bewegt sich seit ihrer Teilnahme an DMP mehr und hat ihre Ernährung umgestellt, zwei Drittel kontrollieren jetzt selbstständig ihre Blutzuckerwerte.

Werte verbessert. Auch für die medizinische Wirksamkeit von DMP gibt es Hinweise. So belegen Daten von 200 000 DMP-Teilnehmern aus fünf Bundesländern, dass es hinsichtlich der Parameter Bluthochdruck und Langzeit-zucker (HbA1c) deutliche Verbesserungen gibt. Denn je länger die Patienten

am Programm teilnehmen, desto größer ist der Anteil derer, die mit ihren Blutdruck- und HbA1c-Werten im Zielbereich liegen.

Zu klären ist allerdings, ob die Chronikerprogramme die Versorgung auch langfristig und nachhaltig verbessern können. Die vom Gesetzgeber vorgeschriebene Evaluation läuft zwar noch in diesem Jahr an, vergleicht allerdings nur die einzelnen Programme untereinander. Was fehlt, ist eine Beurteilung

Was fehlt, ist eine Beurteilung der Wirkung von DMP im Vergleich zur Regelversorgung. Diese Lücke will die AOK nun mit einer wissenschaftlichen Studie schließen.

der Wirkung von DMP im Vergleich zur Regelversorgung. Diese Lücke will die AOK nun mit einer wissenschaftlichen Studie schließen, die sie bei der Universität Heidelberg in Auftrag gegeben hat. Das Studiendesign wird in Kürze veröffentlicht – ein Beitrag der AOK zur mehr Transparenz in der Versorgungsforschung.

Patient im Mittelpunkt. Für den Vorstandsvorsitzenden der AOK Rheinland Wilfried Jacobs ist klar: Wenn die Behandlungsprogramme ihren Zweck erfüllen sollen, müssen sie vor allem den Patienten Vorteile bringen. Deshalb hat die AOK Rheinland gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein einen Qualitätsbericht zu den DMP im Rheinland erstellt.

Dieser analysiert das Versorgungsgeschehen unter dem Aspekt der vereinbarten Qualitätsziele und beschreibt Verfahren und Instrumente der Qualitätssicherung. So trügen beim DMP Brustkrebs zum Beispiel zertifizierte Brustzentren und spezialisierte Beratungsangebote zu einer qualitativ hochwertigen Behandlung bei und böten zusätzlichen Service und Betreuung.

Qualität ist auch für Frank Storsberg, Vorstandsvorsitzender der AOK Thüringen, ein Schlüsselbegriff. Deshalb sind in Thüringen die Programme für Typ 2-Diabetiker, Brustkrebspatientinnen und Menschen, die an Koronarer Herzkrankheit leiden, in die Qualitätsoffensive 2005 der Gesundheitskasse eingebunden. Storsberg ist überzeugt, dass die Patienten in den Disease-Management-

Programmen von einem Mehr an Leistung, Qualität und Service profitieren. Er unterstrich aber auch, dass es ohne Akzeptanz der Ärzte keine solchen Programme geben könne.

Abläufe weiter optimieren. Damit Ärzte die DMP akzeptieren, sollte der bürokratische Aufwand so gering wie möglich sein, sagte Gerlinde Gerdes, Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt und niedergelassene Allgemeinärztin. Nur dann könne die Umsetzung der Programme gelingen. Gerdes betonte, dass eine sinnvolle Strukturierung der Versorgung durch DMP Effizienz und die Behandlungsqualität steigern und Kosten reduzieren könne.

Den administrativen Aufwand von DMP sieht auch der Allgemeinmediziner und Diabetologe Dr. Dietrich Franke kritisch. Dennoch seien die Programme positiv zu bewerten: Sie förderten das Qualitätsmanagement in der Praxis, Abläufe könnten optimiert werden und die Mitarbeit der Arzthelferin werde aufgewertet. Vor allem habe die Einführung der DMP bei Ärzten zu einer Bewusstseinsänderung im Umgang mit Diabetes-Patienten geführt. Die erhöhte Aufmerksamkeit von Arzt und Patient gegenüber der Erkrankung und die regelmäßige Dokumentation der Behandlung sind für den Mediziner „ein Schritt in die richtige Richtung“.

Auch Gabriele Buchholz, stellvertretende Bundesvorsitzende des Deutschen Diabetiker-Bundes, sieht in Chronikerprogrammen eine Chance, Defizite in der Versorgung von Diabetikern zu beseitigen. Ihr Wunsch: eine stärkere Gewichtung der Lebensqualität in der Beurteilung der Programme.

Blick in die Zukunft. Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes Johann-Magnus v. Stackelberg lenkte den Blick von der Momentaufnahme in die Zukunft. Dabei unterstrich er die Notwendigkeit, angesichts der demographischen Entwicklung in Deutschland zukunftsfähige Versorgungsformen zu entwickeln: „DMP sind eine erste Antwort des AOK-Systems auf die Frage, wie eine hochwertige Versorgung für eine wachsende

Zahl älterer chronisch erkrankter Menschen gewährleistet werden kann.“

Dass die Suche nach neuen Versorgungsformen auch in anderen europäischen Ländern auf der Tagesordnung steht, berichtete Dr. Gert Klima von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse. Bei der Entwicklung des Disease-Management-Programmes für Typ-2-Diabetiker in Österreich seien die Erfahrungen aus Deutschland außerordentlich hilfreich gewesen.

Fortschreibung notwendig. Am Ende waren sich die Referenten einig: Die DMP müssen weitergeführt werden. Dies bedeute aber nicht nur, dass die Programme weiterentwickelt und optimiert werden müssen. Auch müsse die Anbindung der DMP an den Risikostrukturausgleich (RSA) bleiben – zumindest bis sich der gesamte RSA an der Morbidität der Versicherten orientiere. Nur so könnten die Kosten für die Versorgung der chronisch Kranken weiterhin bezahlt werden. Wenn der so genannte Morbi-RSA erst einmal eingeführt sei, werde der Risikoausgleich nicht mehr über die DMP-Teilnahme realisiert. Damit verringere sich der administrative Aufwand, der aktuell mit den Programmen verbunden ist. Der Fortbestand der DMP könnte dann über eine einfache Managementpauschale gesichert werden.

Die heutige Anbindung der DMP an den RSA sei demnach nichts anderes als eine vorgezogene Morbiditätsorientierung, sagte denn auch Professor Jürgen Wasem. Eine Reform des RSA sei weiterhin dringend geboten. Das Credo des Gesundheitsökonom lautet: „Ein Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung ist nur mit einem vollständig morbiditätsorientierten RSA möglich.“

Nachdruck aus Gesundheit und Gesellschaft 7–8/2005,
Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft

Einleitung

Dr. Hans Jürgen Ahrens

Es war vor zehn Jahren, als wir unser Hausarztmodell vorgestellt haben. Ich erinnere mich noch: Es war auf dem Petersberg, da waren immer die Runden mit Herrn Seehofer, und es war damals ziemlich langweilig. Dann kamen wir mit diesem Hausarztmodell, und dann waren alle furchtbar erschrocken. Warum? Weil das die ersten Anfänge waren von optimierten Behandlungsabläufen, von Leitlinien, von evidenzbasierter Medizin, und viele meinten, das sei nun wirklich das Ende, das Ende der Therapiefreiheit, das Ende der Wahlfreiheit des Patienten; es gab damals einen Riesenaufstand.

Wir können feststellen, dass sich in der Zwischenzeit die Aufregung darüber weitgehend gelegt hat. Vieles ist in der medizinischen Versorgung heute selbstverständlich. Die evidenzbasierte Medizin ist die Grundlage der Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, jedenfalls da, wo man überhaupt Evidenz feststellen kann. Das machen wir jetzt, und ich denke, wir machen es auch ganz erfolgreich. Wir machen es im ambulanten Bereich und machen es auch im stationären Bereich, und ich glaube, das muss man auch tun. Wir müssen hier zu Entscheidungen kommen, wenn wir der weiteren Diskussion über den Leistungskatalog begegnen wollen.

Die Optimierung der Behandlungsabläufe finden wir in vielen Projekten der integrierten Versorgung, etwas, was uns ja durch das GMG (GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003) beschert worden ist und von dem ich meine, dass es eine sehr gute, wenn auch vielleicht etwas klein geratene, Möglichkeit ist, zu unterschiedlichen Vertragsabläufen zu kommen.

Und die hausarztzentrierte Versorgung ist nun etwas, was im Gesetz vorgesehen ist, etwas, was von allen gemacht wird – mit ganz unterschiedlichen Ausprägungen.

Der Höhepunkt dieser Entwicklung und der Zusammenführung dieser Dinge ist, dass die Behandlungsprogramme für chronisch Kranke, die Disease-Management-Programme (DMP), eingeführt worden sind. Der Hintergrund war, dass wir feststellen mussten, dass es insbesondere im Bereich der chronischen Erkrankungen bei uns in der Bundesrepublik Deutschland doch

Der Höhepunkt dieser Entwicklung und der Zusammenführung dieser Dinge ist, dass die Behandlungsprogramme für chronisch Kranke, die Disease-Management-Programme, eingeführt worden sind.

ganz erhebliche Defizite gibt. Die Sachverständigen, die Unter-, Über- und Fehlversorgung festgestellt haben, haben auch und gerade hier Defizite ausgemacht, denen begegnet werden sollte. Das ist also einer der Hintergründe dafür gewesen, dass man gesagt hat: Nun wollen wir zusehen, dass wir da auch etwas tun.

Nun ist das nicht so ganz neu, denn beispielsweise wir haben, schon bevor die Disease-Management-Programme im Gesetz vorgesehen waren, derartige Programme gemacht; das waren insbesondere die Diabetikerprogramme. Aber als es dann losging, als die DMPs vorgesehen wurden und ins Gesetz kamen, gab es doch darüber auch wieder heftigste Diskussionen, etwa die Diskussion darüber, ob diese Leitlinien nicht die freie Tätigkeit des Arztes beeinflussen und ob sie nicht unter Umständen die Wahlentscheidung der Patienten behindern. Ich meine aber, dass sich diese Frage jetzt in der öffentlichen Diskussion nicht mehr stellt. Wir haben mit der Art und Weise, wie wir gemeinsam in den Gremien gearbeitet haben, in denen die Leitlinien entwickelt worden sind, und auch mit der Transparenz, in der das geschehen ist, Anerkennung dafür gefunden, dass dies der richtige Weg ist. Ich denke, die Leitlinien sind in die Tagesarbeit eingeführt worden, es sei denn, man ist auf Kongressen und muss sich immer noch mit einigen herumschlagen, die sie für nicht angemessen halten.

Wir haben die Disease-Management-Programme jetzt seit zwei Jahren und können feststellen, dass wir schon im Herbst letzten Jahres eine Million Versicherte bzw. Patienten in diesen Programmen hatten und dass wir jetzt auf die zwei Millionen zugehen. 70 000 Ärzte beteiligen sich daran.

Nun muss man sagen: Eine solche Sache ist natürlich kein Selbstzweck. Man macht nicht ein Disease-Management-Programm, weil man sich dann darüber freut, dass man so etwas hat, sondern es muss ja zu irgendetwas dienen. Wenn ich sagte, dass wir Defizite in der Versorgung chronisch Kranker hatten, dann wollen wir, dass diese Defizite behoben werden. Weil es aber natürlich auch Kritiker gibt, die sagen, das alles ist ja viel zu teuer, und kommt dabei eigentlich etwas heraus, oder ist es nicht vielleicht sogar schlechter als die bisherigen Verfahren, müssen den Nachweis führen, dass sich in der ganzen Zeit, in der das jetzt läuft, tatsächlich etwas verbessert hat. Das ist eigentlich auch der Sinn unserer heutigen Veranstaltung: dass wir versuchen wollen, auch den qualitativen Aspekt in den Blick zu nehmen.

Ich freue mich deshalb, dass wir uns mit dieser Thematik aus ganz unterschiedlicher Sicht beschäftigen können. Herr Dr. Franke wird uns aus der ärztlichen Praxis berichten, Frau Buchholz wird uns aus der Sicht der Patientenvertreter etwas erzählen. Herr Dr. Klima aus der Steiermark wird uns erklären, wie weit die Überlegungen, sich den DMPs zu nähern, dort gediehen sind oder ob die Österreicher über Überlegungen schon hinausgegangen sind. Ich habe gehört, dass er sich auch das genau angesehen hat, was wir hier machen. Vielleicht bekommen wir von ihm dann eine Bewertung, die uns – so hoffe ich wenigstens – nach dieser Veranstaltung noch optimistischer nach Hause gehen lässt.

Herr Professor Wasem wird uns berichten, wie man die Erfolgsgeschichte der Disease-Management-Programme fortschreiben kann. Frau Gerdes wird dazu aus der Sicht der unmittelbar beteiligten Ärzte und Herr von Stackelberg aus der Sicht der AOK etwas sagen.

Einer der Diskussionspunkte bei Disease-Management-Programmen war – das will ich nicht verhehlen – die Ankopplung dieser Programme an den Risikostrukturausgleich. Kritik geübt worden ist insbesondere von denen, die sich im Risikostrukturausgleich schlecht aufgehoben fühlen, das heißt von Kollegen von anderen Kassen, aber auch von anderen. Unsere Versuche, die wir mit den Diabetikerprogrammen gemacht haben, waren zwar erfolgreich, aber so richtig laut wollten wir darüber nicht reden, denn es hätte ja sein können, dass da sehr viele kommen, vielleicht auch noch viele von anderen Kassenarten. Deshalb will ich eines ganz deutlich sagen: Disease-Management-Programme ohne Anbindung an den Risikostrukturausgleich werden eingestellt werden. Die Kollegen Storsberg und Jacobs, die von der praktischen Arbeit ihrer AOK referieren werden, werden dazu auch etwas sagen. Das ist nicht finanzierbar, und wenn das so ist, bleibt es dabei, dass wir sagen müssen: Wir werden dann einen Wettbewerb um Gesunde und Junge haben, nicht aber darum, wer die besten Leistungen erbringt. Letzteres wollen wir aber, und deswegen ist es eine ganz deutliche Botschaft, dass wir sagen: Diese Disease-Management-Programme benötigen einen entsprechenden finanziellen Ausgleich, auch zwischen denjenigen, die sie machen, und denjenigen, die sie nicht machen. Dann haben wir einen Wettbewerb auf einem anderen Feld, den Wettbewerb, wer welche Leistungen anbietet und welche Versorgung.

Wir gehen davon aus, dass die Vorbehalte einiger, die meinen, es handele sich hierbei um sehr viel Bürokratie, eingesammelt werden können, wenn wir den morbiditätsorientierten RSA bekommen, der ja noch im Gesetz steht. Dann können wir da sehr viel Bürokratie abbauen; dann brauchen wir diese Art der Anbindung an den Risikostrukturausgleich (RSA) nicht mehr. Aber es ist ganz wichtig, dass wir eine Anbindung, auch eine finanzielle Anbindung haben, weil wir nur dann solche Maßnahmen durchführen können, von denen wir der Meinung sind, dass sie den Namen „Chronikerprogramme“ verdienen.

Wir möchten mit unserer heutigen Veranstaltung auch ein Signal setzen, ein Signal für die Interessierten, für die Beteiligten, aber auch für die Politiker,

dass dieser Weg, den wir – und zwar gemeinsam – gehen, der richtige Weg ist. Wir wollen diesen Weg weitergehen und wollen ihn in anderen Facetten vielleicht auch ausdehnen. Es würde mich freuen, wenn diese Veranstaltung ein wenig dazu beitragen könnte, Dinge zu erhellen, Vorurteile abzubauen und uns vielleicht auch Wege zu weisen, die im Moment noch nicht ganz klar strukturiert sind.



Der Autor

Dr. Hans Jürgen Ahrens

Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, Bonn

DMP – Mehr Qualität in der Versorgung. „Blick über den Zaun“

Dr. Gert Klima

In Österreich benötigen Umstellungen in der Regel etwas mehr Zeit. Überlegungen, Disease-Management in Österreich einzuführen, gibt es schon seit einigen Jahren, die Steiermärkische Gebietskrankenkasse hat dazu auch schon theoretische Vorarbeiten geleistet. Zum heutigen Zeitpunkt sind die theoretischen Vorarbeiten weitgehend abgeschlossen und wir befinden uns gerade in der strategischen Planung der Umsetzung. Ich werde heute versuchen – möglichst chronologisch – die theoretischen Grundlagen für Disease-Management in Österreich zu beleuchten und auf einige schon umgesetzte Komponenten hinweisen.

Der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger hat im Jahr 2003 13 Innovationsprojekte für die Gebietskrankenkassen ausgeschrieben. Eines dieser Innovationsprojekte war Disease-Management. Die Steiermärkische Gebietskrankenkasse konnte sich dank der guten Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe um Professor Pieber an der Grazer Medizinischen Universitätsklinik bewerben. Durch die schon seit einigen Jahren umgesetzte und gut funktionierende, strukturierte Diabetesschulung in der Steiermark und die Zusammenarbeit mit Herrn Professor Pieber als Diabetes-Experten ist es uns gelungen, den Auftrag zu erhalten.

Die Aufgabe war, Disease-Management im Ganzen zu beleuchten und den Teilbereich Diabetes Typ 2 so weit zu strukturieren, dass ein Rollout im Jahr 2005 oder 2006 möglich ist. Innerhalb der Projektarbeit im Jahre 2004 wurde

ein Katalog mit Disease-Management-fähigen Krankheiten erstellt. Hier konnten wir auf die freundliche Unterstützung der Arbeitsgruppe Disease-Management des AOK-Bundesverbandes zurückgreifen, für die ich mich heute noch herzlich bedanken darf.

Neben der Erhebung laufender lokaler Programme in Österreich – rudimentäre Ansätze von strukturierten Schulungsprogrammen sind fast in ganz Österreich am Laufen –, wurden im Rahmen des Projekts die maßgeblichen Komponenten für Disease-Management erarbeitet und so weit strukturiert, dass die Unterlagen bis zum möglichen Rollout fertig sind. Der Abschlussbericht zum Projekt Disease-Management erfolgte am 20. Dezember 2004 im Hauptverband der Sozialversicherungen. Nun warten wir auf den Auftrag des Hauptverbandes, Disease-Management Diabetes mellitus Typ 2 umzusetzen.

Ich werde das Konzept kurz vorzustellen und dabei im Besonderen auf Lösungsansätze eingehen, die sich gegenüber dem Modell in der BRD unterscheiden.

1. Dimension: Österreich hat etwa acht Millionen Einwohner und etwa 320 000 Diabetiker, in der Steiermark gibt es etwa 850 000 Einwohner und etwa 45 000 Diabetiker. Die Datenmenge, die zu verarbeiten ist, ist daher wesentlich überschaubarer als in Deutschland.

2. Im Bereich der Patienteneinschreibung und der Dokumentation wurde versucht, Erfahrungen aus Deutschland hinsichtlich einer überbordenden Bürokratie mitzunehmen. Sowohl das Procedere des Einschreibens, als auch die Dokumentation wurden schlanker gestaltet. Hinsichtlich der Dokumentation wurde versucht, alle relevanten Daten auf eine DIN-A4-Seite zu bringen, wobei selbstverständlich die Dokumentation der St.-Vincent-Ziele, der Augen- und Fußuntersuchung bestimmter Laborparameter und Medikamentendaten nicht vergessen wurde. Ebenso integriert ist ein Abschnitt für die Dokumentation der Lebensqualität und der Zielvereinbarung. Diese Doku-

mentation wird bei eingeschriebenen Patienten einmal jährlich durchgeführt und an ein Datenzentrum weitergeleitet.

3. In Österreich gibt es für Disease-Management-Programme keinen Strukturausgleich. Dadurch fällt der Druck der Sozialversicherungen weg, sowohl Ärzte als auch Patienten vermehrt einzuschreiben. Letztendlich überwiegt in Österreich die Überzeugung, dass die Situation der Typ 2 Diabetiker mit Disease-Management wesentlich verbessert werden kann. Von Seiten der Sozialversicherung werden dabei keine Einsparungen erwartet, Folgekostenberechnungen weisen aber darauf hin, dass sich die finanziellen Auswirkungen im Rahmen des Möglichen bewegen.

In Österreich gibt es für Disease-Management-Programme keinen Strukturausgleich.

4. In Österreich ist ein direkter Einfluss auf Gesetze seitens der Sozialversicherung nur sehr mühsam, sodass eine Verordnung, Disease-Management zu implementieren,

nicht zu erwarten ist. Dennoch zeichnet sich großes Interesse für Disease-Management auch bei Frau Bundesminister Maria Rauch-Kallat ab (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen), die im Bundesministerium eine eigene Arbeitsgruppe für Disease Management eingesetzt hat, um 2006 Disease-Management in Österreich zu implementieren. Da die Sozialversicherung ein fertiges Konzept in der Schublade hat, ist die Wahrscheinlichkeit sehr groß, dass es zwischen Gesundheitsministerium und Hauptverband eine Kooperation und eine gemeinsame Patenschaft bei Disease-Management geben wird.

Die Komponenten des Disease-Management Diabetes sind bekannt. Ich möchte dennoch auf einige Teilbereich hinweisen und sowohl die Probleme, als auch die Lösungsvorschläge zu erörtern.

Für die Patientenschulung, die in der Steiermark schon seit dem Jahr 2000 läuft, ist das strukturierte Düsseldorf Modell übernommen worden. Selbstverständlich ist vorgesehen, im Rahmen von Disease-Management auch

andere strukturierte Schulungsmodelle zuzulassen. Dabei ist geplant, in der Entscheidungsfindung möglicher neuer Programme die Österreichische Diabetesgesellschaft stark einzubinden.

Im Rahmen der Patientenhandbücher, Broschüren und Informationsmaterialien geht Österreich den gleichen Weg wie Deutschland. Die Konzepte hierfür sind bereits fertig, erste Broschüren liegen in der Rohfassung vor.

Größere Diskussionen gibt es in Österreich – und hier vor allem mit der Diabetesgesellschaft – über die Behandlungspfade, wobei Kernpunkte der Diskussion das Festlegen der Therapieziele im höheren Alter und die medikamentöse Therapie der Diabetiker ist. Unsere Arbeitsgruppe ist der Überzeugung, dass der behandelnde Hausarzt klare Empfehlungen einer strukturierten Behandlung braucht und die von der Diabetesgesellschaft aufgelegten Leitlinien dafür nur einen Rahmen geben können.

Als Fortbildung ist geplant, strukturierte Schulungen für Ärzte im Rahmen der Fortbildungsprogramme der Österreichischen Ärztekammer und der Landesärztekammern anzubieten. Aus meiner Erfahrung kann ich sagen, dass die Zusammenarbeit in diesem Bereich in der Steiermark sehr gut funktioniert und wir mit Professor Pieber und Herr Mrak ausgezeichnete Experten haben, die diese Schulungen durchführen.

Die jährlichen Kosten der Diabetes-Versorgung betragen in Österreich derzeit etwa eine Milliarde Euro. Hochrechnungen lassen erwarten, dass Disease-Management etwa 17 Millionen Euro zusätzlich kosten wird, das sind etwa 1,7 Prozent der derzeitigen Kosten. Hierin sind Arzt- und Patientenkosten, aber keine sozialversicherungsinternen Kosten eingerechnet. Im Rahmen des Disease-Management ist geplant, die strukturierte Betreuung bei Ärzten zusätzlich zu honorieren, wobei die einmalige Erstbetreuung derzeit mit etwa 50 Euro und die quartalsmäßige Weiterbetreuung mit 25 Euro angesetzt ist. Das Ausfüllen und Weiterleiten des Dokumentationsbogens ist darin inklu-

diert. Bei der ökonomischen Evaluation kann die Sozialversicherung nicht nur auf die Dokumentationsbögen, sondern auch auf sozialversicherungsinterne Daten zurückgreifen. So ist es heute schon möglich, Arzt-, Medikamenten- oder Spitalskosten einzelnen Patienten oder Patientengruppen zuzuordnen.

Bezüglich des Gesamtprojektes bin ich heute noch nicht in der Lage zu sagen, wann wir die tatsächliche Umsetzung schaffen werden. Dazu gibt es noch auf mehreren Ebenen Unklarheiten mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger. Auch die Einigung mit der Diabetesgesellschaft über strukturierte Behandlung und mit der Ärztekammer über die Zusatzhonorierung steht noch aus.

Abschließend möchte ich Ihnen die Situation in der Steiermark näherbringen, die auch auf der praktischen Ebene durch die vorzeitige Implementierung mehrerer Komponenten für Disease-Management durchaus eine Vorreiterrolle hat. Durch die gute Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe um Professor Pieber, mit dem Forum Qualitätssicherung in der Diabetologie Österreich, mit dem Land Steiermark, der Steiermärkischen Ärztekammer, dem Verband Österreichischer DiabetesberaterInnen und der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse konnten wir schon im Jahr 2000 eine strukturierte Schulung (Düsseldorfer Modell) für Typ 2-Diabetiker anbieten. Im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen wurden von 800 möglichen Ärzten etwa 200 geschult, von diesen 200 führten 45 Prozent regelmäßig Schulungen an Patienten durch. Nach dem jetzigen Stand sind in der Steiermark etwa 5 000 Patienten (von 45 000 Diabetikern) bereits geschult.

Im Rahmen dieses Projektes wird auch der in Deutschland bekannte FQSD-Ö-Data-Sheet als Dokumentation verwendet (in Deutschland: FQSD-D = Forum Qualitätssicherung in der Diabetologie – Deutschland). Die Auswertung dieser Daten erfolgt durch Joanneum Research, dem Institut für Medizinische Systemtechnik und Gesundheitsmanagement. Jeder Arzt

bekommt mehrmals jährlich einen Bericht, in welchem seine Daten mit der Summe der eingesandten Daten verglichen werden (Anzahl der Patienten, die der Arzt und die Summe aller Ärzte zur Augenkontrolle überwiesen hat). Ebenso werden diese Daten für Patientenfallkonferenzen genutzt.

Erst vor zwei Monaten konnte in der Steiermark mit den schon erwähnten Partnern im Rahmen des Projekts Herz.Leben die strukturierte Hypertonieschulung eingeführt werden. Sowohl bei dem Diabetesschulungsprojekt als auch bei Herz.Leben konnte eine Co-Finanzierung durch das Land Steiermark und die Steiermärkische Gebietskrankenkasse erreicht werden.

Ich bin überzeugt, dass der seit dem Jahr 2000 eingeschlagene gemeinsame Weg in der Steiermark nicht nur unserer Arbeitsgruppe die Kompetenz geliefert hat, sich dem Projekt Disease-Management zu nähern, sondern auch ein zukunftsweisendes Beispiel für ganz Österreich darstellt.



Der Autor

Dr. Gert Klima
Steiermärkische Gebietskrankenkasse

DMP und Morbi-RSA, Bürokratieabbau und vereinfachter Datenfluss

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Der Vortrag von Herrn Dr. Klima hat uns gezeigt, dass – neben inhaltlichen Fragen – die Fragen der Finanzierung der Versorgung chronisch Kranker immer auch etwas mit der Organisation des sozialen Sicherungssystems zu tun haben. In Österreich existiert ein nicht wettbewerbliches solidarisch finanziertes Krankenversicherungssystem, und dem passt sich auch die Logik, wie ich DMPs finanziere, an. Die Situation in Deutschland ist eine andere. Wir haben zwar auch das Solidarprinzip, aber wir haben ein wettbewerbliches Krankenversicherungssystem mit Kassenwahlfreiheit und Kontrahierungszwang. Aus dieser spezifischen Konstellation ergibt sich die besondere deutsche Perspektive in der Frage, wie wir eigentlich mit der Versorgung chronisch Kranker von der Finanzierungsseite her umgehen.

Genau dies war im Grunde die Leitfragestellung bei der RSA-Reform 2001, über die ich im ersten Abschnitt sprechen möchte, und dies wird auch die zentrale Fragestellung bei der RSA-Reform 2007 sein, über die ich im zweiten und im dritten Abschnitt sprechen möchte, bevor ich dann zu einem kurzen Fazit komme.

Beginnen wir mit einer kurzen Analyse der Frage, warum wir heute dort stehen, wo wir stehen, weil das auch für das Procedere nach vorn von großer Bedeutung ist: Der Ausgangspunkt ist die Überlegung oder die Feststellung

gewesen, dass der demographisch ausgerichtete RSA, wie wir ihn heute haben – der RSA mit Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus – den Krankenkassen erhebliche Anreize zur Risikoselektion belässt und umgekehrt für die Kassen keine Anreize setzt, sich aktiv um die Versorgung zu bemühen. Herr Dr. Ahrens hat das in seinen einleitenden Bemerkungen ja so formuliert: Hilfe, wenn dann andere von anderen Kassen zu uns kommen!

Das ist in der Tat die Situation, vor der wir gestanden haben. Herr Fiedler von der Barmer verwendet da immer dieses schöne Bild von der gleichen Gutschrift für die Kranken und die Gesunden, mit der der Risikostrukturausgleich, wie wir ihn 2002 beschlossen und 2004 implementiert haben, funktioniert. Die logische Konsequenz ist, dass aufgrund der unterschiedlichen Morbiditätsstrukturen – weil eben Kranke und Gesunde zwar dieselbe Gutschrift bekommen, aber auf der Ausgabenseite eben nicht gleich sind – beim bisherigen RSA verzerrte Beitragssätze entstehen. So sagten es die damaligen RSA-Gutachten, und so sagt es auch die Empirie aus IGES/Lauterbach/Wasem (IGES = Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin) vom Herbst letzten Jahres.

Vor diesem Hintergrund hatte 2001 die Konsensrunde der Ökonomen und derjenigen, die sich sonst damit beschäftigen, in diesem RSA-Gutachten festgestellt: Es ist sinnvoll, dass man zum morbiditätsorientierten RSA übergeht, damit es keine gleiche Gutschrift für Gesunde und Kranke mehr gibt. Das Konsenspapier der Gutachter hatte damals dazu gesagt: Im Übergangszeitraum bis zur Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ist es sinnvoll, als – wie wir es im Konsenspapier genannt haben – vorgezogene partielle Morbiditätsorientierung DMPs im RSA zu berücksichtigen. Dafür waren zwei Überlegungen ausschlaggebend. Die eine: Das ist eine Möglichkeit, relativ zeitnah, relativ schnell einen Schritt in Richtung Morbiditätsorientierung zu tun, weil man dafür kein komplexes Gruppierungsmodell zu identifizieren braucht, sondern die Einschreibung selber ein Signal, ein Marker für Morbidität ist.

Die zweite Überlegung bezog sich auf die Versorgung: Dann gibt es eben keine gleiche Gutschrift für Gesunde und Kranke mehr, sondern eine höhere Gutschrift für Chroniker in Disease-Management-Programmen. Damit werden Chronikerprogramme dann nicht mehr finanziell bestraft.

Der Gesetzgeber hat diesen Gedanken des Konsenspapiers in der RSA-Reform von 2001 aufgegriffen und festgelegt, dass mittelfristig, nämlich bis 2007, die Umstellung des Risikostrukturausgleichs auf Bildung der Versicherungengruppen auf der Grundlage der direkten Erfassung der unterschiedlichen Morbiditäten stattfinden soll. Er hat auch die Überlegung der Gutachter aufgegriffen, dass man bis dahin zum einen eine kurzfristig wirkende Maßnahme braucht, nämlich den Risikopool, den er allerdings in eine Gestalt gekleidet hat, die dann sozusagen von vornherein als wirkungslos erkennbar war.

Wenn man einen Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung will, bedarf es dazu des Abgehens von der gleichen Gutschrift für Gesunde und Kranke.

Zum anderen hat der Gesetzgeber gesagt: Wir wollen eine besondere Berücksichtigung für in zugelassenen DMPs eingeschriebene Versicherte. Wenn man in der allgemeinen Begründung für das Reformgesetz noch einmal nachschaut, stellt man fest, dass damit das aufgegriffen wird, was die Gutachter in ihrem Konsenspapier gesagt haben, nämlich dass das für die Zeit bis zur Einführung des Morbi-RSA geschehen soll.

Warum sage ich das? Wir sind jetzt ungefähr in der Mitte zwischen der RSA-Reform 2001 und dem Jahr 2007 angekommen, und deswegen ist es wichtig, sich Folgendes noch einmal klar zu machen: Wenn man einen Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung will, bedarf es dazu des Abgehens von der gleichen Gutschrift für Gesunde und Kranke. Mit dieser gleichen Gutschrift für Gesunde und Kranke kann Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung nicht funktionieren. Deswegen bleibt es auf der Tagesordnung, den zweiten Teil des RSA-Reformgesetzes vom November 2001 umzusetzen, also die Bildung von Versicherungengruppen

im RSA neu zu gestalten. Im Gesetz selber, in Paragraph 268 SGB V (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch), der die Einführung des morbiditätsorientierten RSA regelt, steht in Absatz 2 logischerweise: Bei diesem Umstellen ist dann die Rolle der bisher im RSA verwendeten Ausgleichsfaktoren zu überprüfen. Einer der Ausgleichsfaktoren, die bisher im RSA verwendet werden, und zwar seit der RSA-Reform von 2001, sind natürlich die DMPs. Deswegen ist bei der Umstellung auf den Morbi-RSA gleichzeitig zu überprüfen, wie man dann mit Disease-Management-Programmen im Risikostrukturausgleich umgeht.

Bei dieser Überprüfung kann man sich grundsätzlich sehr unterschiedliche Dinge vorstellen. Zunächst einmal kann man die Grundsatzentscheidung treffen, zu sagen: Wir lassen das dann wegfallen, wir machen dann den RSA, ohne dass Worte wie DMPs oder strukturierte Behandlungsprogramme noch drinstehen. Oder aber man kann weiterhin eine Verknüpfung von Disease-Management-Programmen und RSA haben wollen; wenn man das haben will, bestehen unterschiedliche Alternativen, wie man es machen könnte, und darauf gehe ich jetzt noch etwas detaillierter ein.

Es wird Sie nicht überraschen, dass wir im Rahmen der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags, eine wissenschaftliche Untersuchung zur Einführung des Morbi-RSA durchzuführen, an dieser Stelle intensiv diskutiert haben. Dies geschah auch zwischen den Gutachtern, weil diese Kombination aus DMP-Einführung und Morbi-RSA als mittelfristige Lösung auch und gerade in dieser Gutachterkonstellation ja diskutiert worden und weil dafür schließlich auch eine politische Mehrheit gewonnen worden ist.

In der Gutachterrunde für das RSA-Gutachten von 2004 haben wir vier unterschiedliche Ansätze diskutiert, wie man mit DMPs im Rahmen eines morbiditätsorientierten RSA umgehen kann. Der erste Vorschlag ist der, der im Gutachten die Überschrift „Qualitätsprämie“ trägt. Das ist eine Überlegung, bei der man den morbiditätsorientierten RSA durchführt und dann die standardisierten Leistungsausgaben für Versicherte, die in – ich zitiere aus dem

Gutachten – „DMPs mit besonderer Qualität“ eingeschrieben sind, stärker gewichtet. Das ist sicher ein Ansatz, mit dem man, wenn man das will, Qualitätswettbewerb um DMPs fördern kann; allerdings sind auch, zumindest aus meiner Sicht, eine Reihe von Einwendungen gegen diesen Vorschlag denkbar. Ich meine nämlich, dass es schwierig ist, zu identifizieren, was DMPs mit besonderer Qualität sind, die dazu legitimieren, mehr Geld aus dem RSA zu bekommen. Wer soll das denn machen, Herr Daubenbüchel oder Herr Sawicki?

Der zweite Vorschlag der Gutachter zielt darauf ab, dass es eine Pauschale je eingeschriebenen Versicherten für die spezifischen Programmaktivitäten geben soll, die mit Disease-Management-Programmen, mit strukturierten Behandlungsprogrammen zu tun haben, einerseits was die Investitionskosten und andererseits was die laufenden Kosten angeht. Das bedeutet nicht, dass – wie heute – die gesamten Leistungsausgaben für eingeschriebene Versicherte über eine solche Programmpauschale getriggert werden sollen – die werden vielmehr normal über den Morbi-RSA abgewickelt –, aber erfasst werden sollen die spezifischen implementellen zusätzlichen Kosten, die mit der Programmadministration verbunden sind.

Der dritte Vorschlag, der im Gutachten diskutiert wird, ist der, dass man den morbiditätsorientierten RSA einführt, ihn aber in der Weise aufspaltet, dass man sozusagen aus jedem Morbiditätszuschlag, den es geben soll, zwei macht. Es gibt dann den Zuschlag für Menschen, die mit einer bestimmten Morbidität eingeschrieben sind – das sind deren standardisierte Leistungsausgaben –, und es gibt den Zuschlag für nicht Eingeschriebene, die dieselbe Morbidität haben. Man kommt dann aber von der Anreizstruktur eines solchen Vorschlags her schnell in Schwierigkeiten, weil ja zu erwarten ist, dass das unterschiedlich sein wird: In manchen Fällen werden Eingeschriebene mit gleicher Morbidität höhere Ausgaben, in anderen Fällen niedrigere Ausgaben verursachen, und dann hat man eine gewisse Strategie-Anfälligkeit eines solchen Ansatzes.

Schließlich gibt es das folgende Modell: Für DMP-Eingeschriebene tut man so, als ob es keinen Morbi-RSA gäbe. Also: Morbi-RSA für alle Nicht-Eingeschriebenen, hingegen Alter, Geschlecht und Erwerbsminderung sowie DMP-Einschreibung als Organisationskriterien zur Bildung von Versichertengruppen für die eingeschriebenen Versicherten. Dies hat, so denke ich, auch eine ganze Reihe von problematischen Anreizwirkungen; das hat schließlich auch die Gutachterschaft insgesamt gemeint.

Aus diesen vier Vorschlägen haben wir uns im Gutachterkonsortium als Vorschlag an die Regierung auf das zweite Modell verständigt, auf den Managementzuschlag. Der Vorschlag sieht vor, dass es je eingeschriebenen Versicherten einen Zuschlag für die Programmkosten des Durchführens von DMPs geben soll. Dieser Zuschlag soll die Kosten der Entwicklung und Durchführung der Programme in standardisierter Form – wie wir es beim RSA ja üblicherweise tun – berücksichtigen. Das heißt, es geht nicht um die individuellen Kosten, die die Kasse X bei der Durchführung von Programm Y hat, sondern um Durchschnittskosten in standardisierter Form. Konkret schlagen wir sogar vor, dass man diese Pauschale auch gar nicht nach den Programmen differenziert, auch nicht nach Altersgruppen und so weiter, sondern sehr grob standardisierte Durchschnittsausgaben der Durchführung von Programmen insgesamt – egal, welche das sind – zugrunde legt.

Aus diesen vier Vorschlägen haben wir uns im Gutachterkonsortium als Vorschlag an die Regierung auf das zweite Modell verständigt, auf den Managementzuschlag.

Finanziert werden soll das Ganze aus unserer Sicht durch einen ergänzenden Ausgleichsbedarfssatz auf die Grundlohnsummen aller Krankenkassen. Wenn Sie so wollen, ist das jenseits des Risikostrukturausgleichs ein marginaler zusätzlicher RSA, der auf der Einnahmenseite wie der RSA über einen Ausgleichsbedarfssatz finanziert wird, auf der Ausgabenseite aber einen Kopfbeitrag für jeden eingeschriebenen Versicherten ausschüttet. Das würde – um dies explizit zu sagen – auch bedeuten, dass, anders als etwa beim Risikopool heu-

tiger Prägung und auch anders als heute bei den Eingeschriebenen, keine Rückwirkungen auf die standardisierten Leistungsausgaben im Morbi-RSA eintreten. Es geht eben nicht um Leistungsausgaben, wo es irgendwelche Interaktionseffekte zu berücksichtigen gäbe, sondern ausschließlich um die Programmkosten, die getrennt davon gebucht werden und deswegen auch getrennt davon im RSA administriert werden können.

Ein solcher Vorschlag reduziert das durch DMPs ausgelöste Umverteilungsvolumen im RSA deutlich. Denn es geht eben nicht mehr um die Umverteilung

Ein solcher Vorschlag reduziert das durch DMPs ausgelöste Umverteilungsvolumen im RSA deutlich.

unterschiedlicher Morbiditäten, was ja heute bei den DMPs stattfindet, sondern nur noch um Programmkosten. Dies ermöglicht es auch, die Kontrollaufwendungen für DMPs im RSA deutlich zu reduzieren. Gleichwohl ist richtig und klar, dass eine rechtssichere Handhabung gewährleistet bleiben muss. Auch wenn es nur noch um Programmkosten geht, verteilen wir natürlich nach wie vor Pflichtbeiträge, die

Mitglieder einer Kasse zahlen, an Kassen um, die eingeschriebene Versicherte in Programmen haben.

Was kann man nun modifizieren, wenn man umsteigt, wenn man den Morbi-RSA einführt? Man hat nur noch Programmkosten, nicht mehr Eingeschriebene als gesonderte Versichertengruppe. Da fallen einem eine ganze Reihe von Dingen ein. Zum einen denken wir, dass man eine ganze Menge an detaillierten Vorgaben in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) entschlacken kann. Man kann deutlich mehr den Verträgen überlassen, als es heute bei dem relativ hohen Umverteilungsvolumen zulässig ist.

Dies wird es vermutlich ermöglichen, einen Angriffspunkt zu beseitigen, der im letzten und im vorletzten Jahr intensiv diskutiert worden ist, und zwar ausgelöst durch die Arbeiten von Herrn Häussler und anderen. Ich meine die Frage, ob wir in den DMPs nicht zu wenig Zielgruppenspezifität haben. Wenn man stärker entschlackt, stärker Freiräume gibt, dann ist es sicher mög-

lich, das auch im größeren Umfang zu diversifizieren, als es beim heutigen Zustand möglich ist.

Nun ein Gedanke, der nicht dem Gutachten entnommen werden kann, sondern den ich selber in den Diskussionen der letzten Monate erarbeitet habe: Es könnte eine Möglichkeit sein, dass wir für DMPs Gütesiegel durch das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) vergeben, und jedes DMP, das dieses Gütesiegel hat, berechtigt dann dazu, die Programmpauschale auszulösen.

Flankieren könnte man das Ganze – das wäre sicher etwas Nützliches für die nächste Reform, bei der wir ohnehin auf die eine oder andere Weise an das Vertragsrecht herangehen müssen – dadurch, dass wir im SGB V eine eigenständige Vertragsform DMP schaffen. Möglicherweise kann man – das geht jetzt vielleicht noch ein Stück über das geltende System hinaus –, wenn man nur noch Programmpauschalen hat und den Weg beschreitet, die nachgewiesene Evidenzbasierung als Trigger zu nehmen, das Ganze auch noch für andere Erkrankungen als die heutigen zu öffnen. Vielleicht kann man auch den Mechanismus der komplizierten Prozeduren fallen lassen, mit denen heute DMP-fähige, RSA-fähige Erkrankungen identifiziert werden.

Die Berücksichtigung von DMPs im RSA, die wir heute haben, ersetzt nicht den notwendigen Übergang zur Morbiditätsorientierung im RSA. Das habe ich deutlich zu machen versucht. DMPs bilden einen kleinen Ausschnitt aus der unterschiedlichen Morbiditätsverteilung ab, lassen aber im Übrigen den Grundsatz „gleiche Gutschrift für Kranke und Gesunde“ bestehen, und von diesem Grundsatz müssen wir mit der Morbiditätsorientierung weg.

Zum anderen habe ich Ihnen gezeigt: Die DMPs können auch beim Übergang zum morbiditätsorientierten RSA gefördert werden, wenn man dies politisch möchte, wenn man es versorgungspolitisch für sinnvoll hält, weil man, wie Herr Ahrens zu Beginn dieser Veranstaltung gesagt hat, die Gefahr sieht,

dass Aktivitäten eingestellt werden, wenn man gar nichts tut. Man kann die DMPs also weiter fördern, und ich habe Ihnen verschiedene Möglichkeiten gezeigt, wie man diese Förderung, wenn man will, betreiben kann. Aus meiner Sicht ist die Umsetzung des Vorschlags der Gutachter, einen Managementzuschlag einzuführen, unter den vier vorgestellten Modellen in besonderer Weise sachgerecht. Wenn man diesen Weg geht, also Managementzuschlag für DMPs statt eigene RSA-Zellen, dann ermöglicht das eine Flexibilisierung und Entbürokratisierung des RSA.

Letzter Gedanke: Die Gutachter schlagen vor, beim Übergang zum morbiditätsorientierten RSA auch den Risikopool abzuschaffen, von dem die Kassenpraktiker ständig erzählen, er sei so ziemlich das Verwaltungsaufwendigste, was in den letzten Jahren über sie hereingeregnet sei. Denn dabei muss man sozusagen die Kosten einzelner Nasen verfolgen, um zu sehen, ob die über die Schwelle hüpfen, von der an es Geld im Risikopool gibt. Wenn man diesen Pool mit der Einführung des Morbi-RSA abschafft, wenn man also an zwei Baustellen entbürokratisiert – weniger Bürokratie an der DMP-Baustelle und weniger Bürokratie durch Fortfall des Risikopools –, dann bin ich davon überzeugt, dass die „FAZ“ falsch liegt, wenn sie meint, der Übergang zum Morbi-RSA werde mehr Bürokratie bringen.



Der Autor

Prof. Dr. Jürgen Wasem
Universität Duisburg-Essen

DMP aus Sicht der AOK

Johann-Magnus von Stackelberg

Nachdem wir zuvor etwas über die Finanzierung gehört haben, wird bei meinen Ausführungen die Frage im Mittelpunkt stehen: Was bringen Disease-Management-Programme (DMP) eigentlich? Gibt es schon erste Anzeichen oder gar Belege dafür, dass DMPs etwas bringen? Nachdem DMPs nunmehr seit zwei Jahren laufen und die ersten Kinderkrankheiten beseitigt sind, ist es tatsächlich an der Zeit, eine Zwischenbilanz zu ziehen. Ich will vorweg gleich sagen, dass diese Zwischenbilanz aus meiner Sicht recht erfreulich ausfällt. Herr Ahrens hatte einleitend schon gesagt, dass wir uns in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) langsam auf zwei Millionen Patienten zubewegen, die an DMPs teilnehmen. Die Zahl liegt derzeit bei etwa 1,7 Millionen Patienten. Im Bereich der AOK sind es 850 000. Das ist eine erstaunlich große Zahl. Rund 50 000 Ärzte nehmen bisher an allen DMP-Programmen teil. Die Zahlen steigen täglich.

Wie können wir den Nutzen belegen? Es geht ja darum, den Nutzen für unsere Patienten durch gezielte Programme zu steigern. Bei DMPs ist von vornherein implementiert worden, eine Evaluation zu ermöglichen. Die erste Möglichkeit, die wir diesbezüglich haben, sind die Dokumentationen. Viele finden diese lästig, sie sind aber unverzichtbar. Bezüglich unserer Fragestellung rekurriere ich hier auf die so genannten Feed-back-Berichte, die aufgrund der Dokumentationen erarbeitet werden und die jeder Arzt bekommt. Diese Berichte zeigen dem Arzt, in welchem Verhältnis seine Ergebnisse zu den Ergebnissen anderer Ärzte in seiner Region stehen. In diesen Berichten wird die Erreichung der Zielvorgaben, die man sich mit den Patienten selber gesetzt hat, dokumentiert.

Ich werde mich in meinen Ausführungen auf die Volkskrankheit Diabetes mellitus Typ 2, den „Erwachsenendiabetes“, konzentrieren. Der Diabetes mellitus Typ 2 ist in den letzten Jahren zu einer wahren Volkskrankheit geworden. Wir schätzen, dass in Deutschland fünf Millionen Menschen davon betroffen sind.

Erlauben Sie mir, bevor ich gleich zur Darstellung der einzelnen Ergebnisse komme, noch einen kurzen Rückblick auf die DMP-lose Zeit. Wer über Diabetes redet, redet über St. Vincent und die danach benannte Deklaration. In St. Vincent haben sich seinerzeit Experten der WHO und anderer Organisationen getroffen. Das war 1989, also vor 15 Jahren. Man hat damals Fünfjahrespläne mit konkreten Zielvorgaben entwickelt.

Ein Ziel war zum Beispiel die Senkung der Häufigkeit von Erblindungen. In Deutschland erblinden jedes Jahr circa 4 000 Menschen infolge von Diabetes. Dies ist eine Komplikation, die weitestgehend verhindert werden kann. Wodurch? Die Empfehlungen der Fachleute und der medizinischen Leitlinien sehen jährliche augenärztliche Untersuchungen vor. Das ist ein ganz einfaches Mittel. Wenn wir auf die DMP-lose Zeit, wenn wir fünf Jahre – das wären zehn Jahre nach St. Vincent – zurückblicken, stellen wir fest, dass ein Drittel aller Patienten die jährlichen Augenuntersuchungen durchführen lässt. Den Dokumentationsbögen zufolge sind es im Rahmen von DMPs hingegen 70 bis 80 Prozent der Patienten, die die Augenuntersuchungen vornehmen lassen. Das ist, verglichen mit der Ausgangsbasis, ein mehr als doppelt so hoher Wert. Das bedeutet eine erfreuliche Verbesserung. Sicherlich wird keiner sagen, dies sei wirkungslos.

Ähnliches gilt für Patientenschulungen. Durch eine Schulung lernen Diabetes-Patienten einen besseren und stärker eigenverantwortlichen Umgang mit ihrer Krankheit. Schulungen stärken die allseits gewünschte Patientensouveränität. Noch vor vier Jahren waren die Schulungen in manchen Regionen nicht sehr verbreitet. Seinerzeit haben noch nicht einmal zehn Prozent der Patien-

ten daran teilgenommen. Inzwischen nehmen im Rahmen der DMPs flächendeckend über drei Viertel aller Patienten an Schulungen teil. Dies gilt auch für Regionen – das ist sehr bemerkenswert –, in denen zuvor schon Modellvorhaben zu Diabetes durchgeführt worden sind. Auch in solchen Regionen ist durch Disease-Management-Programme eine stärkere Einbindung der Patienten möglich geworden. So weit ein erster Rückgriff auf die Dokumentationsbögen.

Welche Daten stehen uns noch zur Verfügung? Wir können Verlaufsdaten analysieren. Dies haben wir getan. Wir haben die Verlaufsdaten von knapp 200 000 Patienten aus fünf Bundesländern separat analysiert. Auch dabei sind die Ergebnisse ermutigend. Hypertonie, der Bluthochdruck, ist ein bedeutender Risikofaktor für Diabetes-Patienten auf dem Weg zum Herzinfarkt, Schlaganfall oder Nierenversagen. Das Ziel, den Blutdruck im normalen Bereich zu halten, ist wesentlicher Bestandteil der Therapie. Der Anteil der gut eingestellten Patienten konnte nach anderthalb Jahren, also im siebenten Quartal, von 59 Prozent auf 73 Prozent erhöht werden. Je länger die Patienten an DMPs teilnehmen, desto besser sind sie eingestellt.

Das Ziel, den Blutdruck im normalen Bereich zu halten, ist wesentlicher Bestandteil der Therapie.

Ein Begriff, den in der Gesundheitsszene inzwischen auch fast jeder Laie aussprechen kann, ist HbA1c. Darunter versteht man das Langzeitgedächtnis des Blutzuckers. Es wird für jeden DMP-Patienten ein individueller Zielbereich festgelegt. Der Anteil der gut eingestellten Patienten ist nach einunddreißig Jahren auf 58 Prozent gesteigert worden. Anders ausgedrückt: Etwa 20 Prozent der Patienten, die bei Eintritt in das Programm eine unbefriedigende Stoffwechsellage hatten, lagen bereits nach einunddreißig Jahren im angestrebten individuellen Zielbereich. Wer Praxisalltag und Versorgungslandschaft kennt, weiß, welche Leistung von den Patienten es bedeutet, dies erreicht zu haben. Die Formulierung und Vereinbarung von Qualitäts- bzw. Therapiezielen geschieht im Rahmen der DMPs. Das ist ein klarer Hinweis darauf, dass

die Grundsätze, die wir im Rahmen von DMPs umgesetzt haben, Wirkungen zeigen.

Welche Grundsätze meine ich? Zunächst ist das Ausrichten von Diagnostik und Therapie an der besten wissenschaftlichen Evidenz zu nennen. Über diesen Grundsatz wurde anfänglich viel diskutiert; er hat sich jetzt aber weitgehend durchgesetzt. Als weitere Grundsätze nenne ich die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und der Kompetenz der Patienten, verbunden mit der

Zunächst ist das Ausrichten von Diagnostik und Therapie an der besten wissenschaftlichen Evidenz zu nennen.

Strukturierung der Abläufe über die Grenzen der Versorgungssektoren hinweg. Schließlich sei noch die Rückmeldung von Behandlungsergebnissen an die Ärzte und an die Patienten erwähnt.

Ich habe mich in meinen bisherigen Ausführungen auf die medizinischen Aspekte konzentriert. Von besonderer Bedeutung für uns ist jedoch auch die Sicht unserer Versicherten.

Wie kommen die Programme bei unseren Versicherten an? Haben sie das Gefühl, dass sie davon profitieren? Wir haben ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, die Psychonomics AG in Köln, beauftragt, eine Studie zu erarbeiten. Im Rahmen dieser Studie wurden 1 000 DMP-Teilnehmer in Baden-Württemberg – alle waren mindestens ein Jahr eingeschrieben – nach ihren Ansichten und Erfahrungen mit dem DMP betreffend Diabetes Typ 2 befragt. 39 Prozent der Befragten, die teilweise schon weit über 10 Jahre an Diabetes erkrankt waren, sahen sich durch ihre DMP-Teilnahme medizinisch besser versorgt. Besonders positiv wurden dabei die intensivere Behandlung, häufigere ärztliche Untersuchungen, ein verbessertes Informations- und Aufklärungsangebot und – daraus resultierend – die Verbesserung der Möglichkeit zur Selbstkontrolle und des Gesundheitszustandes bewertet.

Unsere Versicherten sind dieser Umfrage zufolge mit den DMPs der AOK sehr zufrieden. 96 Prozent würden sich wieder einschreiben und 95 Prozent würden das Programm auch anderen empfehlen. Was will man mehr? Auch

im Hinblick auf die Zufriedenheit spielen für die Patienten das Informations- und Beratungsangebot mit der Stärkung der persönlichen Gesundheitskompetenz die zentrale Rolle.

Daraus ergeben sich letztlich auch die erwünschten Anreize zu Veränderungen der Lebensführung. Knapp 80 Prozent der Befragten gaben an, ihre Ernährungsweise umgestellt zu haben und sich nun mehr zu bewegen. Fast ein Drittel der Raucher verzichtet seit der Teilnahme am DMP sogar auf das Rauchen. Das ist erstaunlich. Solche Verhaltensänderungen lassen sich nur als positiver Effekt der DMPs und des gesamten Programms werten.

Das Informationsbedürfnis unserer Versicherten zu befriedigen ist Dreh- und Angelpunkt der Programme. DMPs helfen, Transparenz in der Informationsgesellschaft zu bewirken. 85 Prozent der Befragten begrüßen es demzufolge, eine Kopie des vom Arzt ausgefüllten Dokumentationsbogens mit ihren Behandlungsdaten regelmäßig zu bekommen.

Ebenso kommt die von der AOK angebotene Unterstützung gut an. Jeweils über 90 Prozent der Befragten finden zum Beispiel das Patientenhandbuch oder die allgemeinen Informationsbroschüren zum Curaplan-DMP, aber auch die Hotline zum DMP hilfreich. Insgesamt wird damit für neun von zehn Versicherten der Umgang mit der Erkrankung erleichtert. Es gibt bei uns also ein breites Spektrum an Unterstützung. So weit die ersten eindeutigen Ergebnisse der Zwischenbilanz. Alle oder fast alle Teilnehmer profitieren in vielfacher Hinsicht. Insofern macht es aus meiner Sicht keinen Sinn, DMPs nur auf eine kleine Gruppe von Hochrisikopatienten zu beschränken.

Die Frage, ob sich die Versorgung durch DMPs auch langfristig und nachhaltig verbessert, kann nach zwei Jahren noch nicht beantwortet werden. Letztlich wird eine Evaluation über eine längere Laufzeit die Klärung herbeiführen müssen. Die gesetzlich vorgesehene Evaluation wird noch in diesem Jahr anlaufen. Sie wird von allen Kassenarten durchgeführt. Allerdings wird

diese Evaluation nur die Unterschiede der einzelnen Programme vergleichen können. Die Wirkung von DMPs im Vergleich zur Regelversorgung – das ist das eigentlich Spannende, wenn man von der Basis ausgeht – wird sich im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Evaluation nicht ermitteln lassen. Wir als AOK haben deshalb beschlossen, eine wissenschaftliche Studie in Auftrag zu

Diese Programme können aber nur angeboten werden, wenn die hohen Kosten, die bei der Versorgung chronisch Erkrankter anfallen, auch im Finanzausgleich der Krankenkassen adäquat berücksichtigt werden.

geben, die sich genau dieses Themas annehmen soll. Die Universität Heidelberg wird diese Studie durchführen. Das Studiendesign wird kurzfristig – auch im Internet – veröffentlicht werden. Damit wird auch in der Versorgungsforschung für die angestrebte und notwendige Transparenz gesorgt.

Angesichts der vorliegenden Daten, die eine deutliche Verbesserung der medizinischen Versorgung von chronisch kranken Patienten durch DMPs zeigen, dürfen wir die Zukunft der Programme nicht aufs Spiel setzen. Die finanzielle Grundlage für diese Programme muss erhalten bleiben. Alles andere wäre gesundheitsschädlich. Chronisch kranke Patienten brauchen die hochwertige medizinische Versorgung durch DMPs. Diese Programme können aber nur angeboten werden, wenn die hohen Kosten, die bei der Versorgung chronisch Erkrankter anfallen, auch im Finanzausgleich der Krankenkassen adäquat berücksichtigt werden. Deshalb ist die heutige Anbindung an den Finanzausgleich der Krankenkassen ein unbedingtes Muss.

Sie werden sich wundern, dass wir als AOK unbedingt dafür eintreten, dass die DMPs in dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich aufgehen. Ein solcher Morbi-RSA, der den Finanzausgleich nicht mehr an eine DMP-Teilnahme koppelt, würde darüber hinaus auch zu einem erheblichen Abbau der viel beklagten Bürokratie beitragen. Der Fortbestand der DMPs kann durch eine einfache Managementpauschale gesichert werden, wie sie auch Professor Wasem dargestellt hat. Nur unter diesen Rahmenbedingungen ist eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten. Wir als AOK freuen uns dar-

auf, diese hohe Versorgungsqualität unseren Patienten weiterhin zur Verfügung stellen zu können.



Der Autor

Johann-Magnus v. Stackelberg

Stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes

DMP aus Sicht der Leistungserbringer

Gerlinde Gerdes

Ich spreche hier nicht nur als Vertreterin der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Sachsen-Anhalt, sondern auch als Hausärztin, die die DMPs von Anfang an basisnah in der eigenen Praxis mit allen Tücken erlebt, sie aber auch mit viel Elan durchgesetzt hat. Als Vorstandsmitglied der KV Sachsen-Anhalt von 2000 bis 2004 habe ich die Ausgestaltung des ersten DMP-Vertrags betreffend Diabetes mellitus und des ersten Hausarztvertrags theoretisch begleitet und beide Programme dann auch in der Praxis mit eingeführt. Die Strukturierung der Versorgung ist unbedingt notwendig. Dies war für den hausärztlichen Vorstand der KV Sachsen-Anhalt von Anfang an ein besonderes Anliegen.

Sie wissen, dass die Morbidität immer mehr in den Fokus tritt. Mehr Morbidität bedeutet einen erhöhten Versorgungsbedarf. Dieser erhöhte Versorgungsbedarf zieht natürlich auch einen erhöhten Finanzierungsbedarf nach sich. Um Ihnen klarzumachen, warum wir in Sachsen-Anhalt und in den neuen Bundesländern besonders daran interessiert sind, dass die Morbidität in Zukunft besser gemessen wird und auch die Vergütungen verbessert werden, möchte ich Ihnen die Besonderheiten in den neuen Bundesländern an einigen Beispielen kurz darstellen.

Von 2002 bis 2004 gab es einen deutlichen Rückgang der Bevölkerung in Sachsen-Anhalt infolge großer Abwanderungstendenzen. Die Jungen, Gesunden und Leistungsfähigen wandern dorthin ab, wo die Arbeit ist. So ist es zahlenmäßig belegt, dass zum Beispiel nur von 2002 bis 2004 der prozentuale

Anteil der über 50-jährigen Patienten in den Hausarztpraxen überproportional zugenommen hat, während im gleichen Zeitraum der Anteil der Jüngeren deutlich abnahm. Die Anzahl der Hausärzte nahm gleichzeitig stetig ab und die Altersstruktur veränderte sich kontinuierlich. 30 Prozent der Hausärzte in Sachsen-Anhalt sind derzeit zwischen 60 und 65 Jahren alt, und es fehlen bereits 140 Hausärzte vor allem in den strukturschwachen Gebieten.

Ein weiterer bedeutender Aspekt ist die hohe Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern. Im April 2005 betrug die Arbeitslosigkeit in Ostdeutschland 18,8 Prozent, in den westlichen Bundesländern hingegen 9,9 Prozent. Der Durchschnittswert für ganz Deutschland lag bei 12,0 Prozent. Arbeitslosigkeit macht krank. Ich kann das zwar nicht mit Studien belegen, kann wohl aber aus der eigenen Alltagspraxis darüber berichten. Es gibt einen direkten Zusammenhang zwischen niedrigem sozioökonomischen Status, also sozialer Benachteiligung, und höherem Gesundheitsrisiko. Zusammenfassend kann ich sagen: Immer weniger und immer ältere Hausärzte versorgen immer mehr ältere und dadurch kränkere Patienten. Die Morbidität wird zusätzlich durch die hohe Arbeitslosigkeit der übrigen Versicherten erhöht. Eine höhere Morbidität bedeutet einen höheren Versorgungsbedarf. Deswegen ist der Morbi-RSA aus Sicht der Leistungserbringer vor allem aus den neuen Bundesländern dringend nötig. Es ist nötig, dass er weiterentwickelt wird. Strukturierte Behandlungsprogramme markieren den Einstieg dazu und werden deshalb von uns ausdrücklich vorangetrieben.

Immer weniger und immer ältere Hausärzte versorgen immer mehr ältere und dadurch kränkere Patienten.

Waren die DMPs nun der Anfang der strukturierten Behandlung? Nein! Als Hausärztin und als ehemalige DDR-Bürgerin war ich seit 1986 in der ambulanten Versorgung tätig. Ich habe damals in einer Poliklinik gearbeitet und seinerzeit die Dispensaire-Praxen kennengelernt, die es schon seit 1958 gab. In diesen waren diabetologisch spezialisierte Fachärzte für innere Medizin tätig, die Diabetiker behandelt haben. Das war nicht das Schlechteste an der DDR. Dieses System hat ganz gut funktioniert.

1992 gab es dann in Sachsen-Anhalt die Vereinbarung zur programmierten Schulung von Diabetikern, 1995/96 die Verträge zur Behandlung und Betreuung von Diabetikern durch diabetologisch verantwortliche Ärzte und im Jahre 2000 – diesen Punkt möchte ich besonders hervorheben – wurde auf Initiative der KV Sachsen-Anhalt, der AOK und der IKK das Diabetes-Projekt in Sachsen-Anhalt etabliert. Über dieses Projekt werde ich später noch detaillierter berichten. 2002 kam es dann in Erwartung der DMPs zur Kündigung der Diabetes-Verträge. Am 13. Dezember wurde der erste Vertrag betreffend Diabetes Typ 2 in Sachsen-Anhalt fertiggestellt.

Es gab aufgrund der RSA-Systematik einen massiven Handlungsdruck bei den Krankenkassen. Die KV-Kompetenz konnte auch aufgrund des Diabetes-Projekts sehr gut eingesetzt werden. Basierend auf den Erfahrungen mit dem Diabetes-Projekt gab es auch bei den Ärzten und Patienten, die beteiligt waren, eine gute Akzeptanz für strukturierte Versorgung. Die positiven Erfahrungen von Krankenkassen und KV aus dem Diabetes-Projekt konnten somit genutzt werden.

Das Diabetes-Projekt, das der Vorläufer eines DMP war, wurde durch Prognos evaluiert. Verschiedene medizinische Parameter wurden im Vergleich mit einer Kontrollgruppe überprüft. Zunächst ist hier der HbA1c-Wert zu nennen. In einem Zeitraum von nur zwei Jahren konnte eine signifikante Verringerung festgestellt werden. Auch der Blutdruck konnte in der Modellgruppe signifikant gesenkt werden. Der Body-Mass-Index blieb gleich. Hypoglykämien (Unterzuckerung) hingegen konnten in signifikantem Umfang vermieden werden. Schlussendlich konnten die Vertragspartner feststellen, dass sich das Projekt refinanziert hat und zur Kostenreduktion sowie zur Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität geführt hat.

Welche Konsequenzen haben DMPs für die Hausarztpraxis? Die Ausdehnung der Bürokratie habe ich als Hausärztin als besonders belastend empfunden. Ich bin zwar mit Überzeugung für DMPs eingetreten, war aber sehr

verärgert über die Flut von Formularen und den massiven Dokumentations- und Korrekturaufwand. Ich musste als KV-Vorstandsmitglied damals durch die Lande reisen und den Kollegen die Philosophie von DMPs erklären. Ich hätte ihnen gern mehr über die Versorgungsinhalte von DMPs berichtet; stattdessen musste ich ihnen erklären, wie man ein Formular ausfüllt, wo man ein Kreuzchen machen muss, auch wenn es unlogisch ist und so weiter. Zum Glück ist inzwischen einiges verbessert worden. Der Dokumentationsbogen ist viel besser handhabbar. Durch den verunglückten Start scheint uns Hausärzten aber einiges an Motivation verloren gegangen zu sein. Mancher hat sich nicht mehr beteiligt, nur weil ihm das Verfahren zu aufwendig war.

Als positives Moment ist die stärkere Sensibilisierung der Ärzte für evidenzbasierte Leitlinien zu nennen. Viele Ärzte haben erst im Zusammenhang mit Disease-Management-Programme überhaupt etwas von evidenzbasierter Medizin gehört und sich damit beschäftigt. Als weiteres positives Moment nenne ich die so genannte Fallentgraung. Damit ist gemeint, dass DMPs dazu dienen, dass ein Arzt einen Patienten sehr schnell identifizieren kann. Wenn ein Patient in ein DMP eingeschrieben ist, kann man sich die letzte Dokumentation aufrufen, und dort steht dann beispielsweise übersichtlich: 2 kg zugenommen, HbA1c-Wert ist schlecht, der Patient hat sich vor der Schulung gedrückt. Auf diese Weise gewinne ich schnell eine gute Basis für das Gespräch, das sich dann anschließen wird.

Die Patienten werden durch Disease-Management-Programme stärker für ihre Krankheit sensibilisiert und zum Selbstmanagement motiviert. Da sie von den Krankenkassen mit Boni belohnt werden, kann man sie auch besser motivieren, an Schulungen teilzunehmen, auch wenn das im Einzelfall manchmal etwas schwierig ist. Das nachdrückliche Interesse der Krankenkassen unterstützt diese Tendenz.

Viele Ärzte haben erst im Zusammenhang mit Disease-Management-Programme überhaupt etwas von evidenzbasierter Medizin gehört und sich damit beschäftigt.

Herr von Stackelberg hat hier schon die bundesweiten Teilnehmerzahlen genannt. Auch die Anzahl der am DMP Diabetes Typ 2 in Sachsen-Anhalt teilnehmenden Versicherten ist vom ersten Quartal 2003 bis zum zweiten Quartal 2005 rasant angestiegen. Allein in Sachsen-Anhalt sind derzeit 108 000 Versicherte eingeschrieben. Von 2003 bis jetzt haben sich in Sachsen-Anhalt insgesamt 1 138 Ärzte beteiligt. Mindestens zwei Drittel der Hausärzte sind beteiligt.

Lassen Sie mich kurz noch etwas zum Hausarztvertrag in Sachsen-Anhalt berichten. Dieser Hausarztvertrag hat auch etwas mit DMPs zu tun. Ende 2003 gab es die ersten Verhandlungen zwischen AOK Sachsen-Anhalt, IKK, der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft und der KV Sachsen-Anhalt. Das Besondere an diesem Vertrag ist, dass die KV sozusagen von Anfang an mit im Boot saß und sogar der Initiator war. Es gibt ergänzende Kooperationsverträge. Spezialisierte Fachärzte sind von Beginn an eingebunden. In Zukunft soll auch die häusliche Krankenpflege mit hinzugezogen werden.

Der Hausarztvertrag richtet sich an alle Hausärzte, wobei sie von Anfang an die Wahl zwischen zwei Versorgungsaufträgen haben, die qualitativ unterschiedlich sind. Die Krankenkasse zieht von Anfang an die Einschreibgebühr von den Versicherten direkt ein. Das heißt, die Praxis wird wieder eine praxisgebührenfreie Zone. Ich persönlich bin darüber besonders froh. Die Vergütung der Ärzte erfolgt über die KV Sachsen-Anhalt. Es gibt also eine sinnvolle Arbeitsverteilung zwischen den Vertragspartnern. Die vorhandenen Ressourcen von Krankenkassen und KV werden genutzt. Das ist ökonomisch sinnvoll. Und dadurch entsteht für uns Ärzte weniger Verwaltungsaufwand. Wir werden entlastet und können uns stärker unserer eigentlichen Aufgabe, nämlich der Versorgung der Patienten, zuwenden.

Der Versorgungsauftrag 1 im Vertrag ist die Einstiegsvariante, die nur für die ersten zehn Quartale gilt. Der Hausarzt ist Koordinator und Begleiter. Er nimmt die Einschreibungen vor, erstellt die Behandlungshistorie, soweit zuvor

noch nicht geschehen, und bespricht mit dem Patienten notwendige Über- und Einweisungen. Die Bereitschaft zur Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen ist für Ärzte im Hausarztvertrag verbindlich mit verankert; das war den Vertragspartnern wichtig. Dieser Hausarztvertrag erzielte eine unerwartete Resonanz bei Ärzten und Patienten. Mit 1 525 Hausärzten sind 90 Prozent aller Hausärzte in Sachsen-Anhalt eingeschrieben. Insgesamt waren im Mai 2005 430 790 Versicherte von AOK und IKK eingeschrieben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine sinnvolle Strukturierung der Versorgung durch DMPs und Hausarztprogramm die Effizienz von Behandlung nachweislich steigern und die Kosten reduzieren kann. Dabei – dies ist mir besonders wichtig – ist ein Minimum an Verwaltungsaufwand die wichtigste Voraussetzung für die Akzeptanz an der ärztlichen Basis. Die Akzeptanz an der ärztlichen Basis wiederum ist die wichtigste Voraussetzung dafür, dass DMPs überhaupt und erfolgreich umgesetzt werden können.



Die Autorin

Gerlinde Gerdes
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

Diskussion

Moderator Andreas Mihm: Herr Dr. Klima, können Sie mir noch einmal erklären, warum Sie sagen, Sie bräuchten keinen finanziellen Ausgleich oder keine zusätzlichen Mittel, um DMPs in Österreich gut umzusetzen.

Dr. Gert Klima: Ich glaube, ein finanzieller Ausgleich ist sicher notwendig. Wir versuchen, diesen finanziellen Ausgleich über die Spitalsektoren zu bekommen. Sie wissen, dass wir in Österreich im Vergleich zur Europäischen Union und auch im Vergleich zur BRD im Durchschnitt 1,7 bis 2 Krankenbetten zu viel haben. Durch eine Reduktion in diesem Sektor versuchen wir, Geld für den niedergelassenen Bereich freizumachen, und dieses Geld sollten wir in DMPs stecken.

Moderator Andreas Mihm: Treibt Sie nicht die Sorge um, dass bei besserer Versorgung Versicherte anderer Krankenkassen zu Ihnen kommen und dass damit die Kosten steigen?

Dr. Gert Klima: Wir haben diesen Wettbewerb nicht! Bei uns gibt es die Pflichtversicherung. Das heißt, der Proband kann sich die Krankenkasse nicht aussuchen.

Moderator Andreas Mihm: Das, Herr von Stackelberg, ist der wesentliche Unterschied, oder?

Johann-Magnus von Stackelberg: Ja, genau. Das sind ja Vor-Seehofer-Zeiten, die wir in Österreich haben. Eigentlich haben wir ja eine gemeinsame Genese, und dann ist es immer interessant, wie Österreich und Deutschland im Vergleich dastehen. Österreich hatte im Übrigen vor uns DRGs eingeführt. Hierzu eine ganz klare Aussage, die sehr wichtig ist: Österreich braucht die finanzielle Berücksichtigung nicht, weil dort zugewiesen wird. Dort kann der Patient nicht wählen. Ob wir dieses System durch Zurückentwickeln noch



einführen wollen, weiß ich nicht. Für mich ist Wettbewerb etwas positiv Besetztes, aber man muss Wettbewerb unter den richtigen Rahmenbedingungen machen. Das ist ja das, was wir sagen: Wenn wir richtige Rahmenbedingungen wollen, muss das heißen, dass diejenigen, die sich um die Krankenversicherten kümmern, auch entsprechende Mittelzuweisungen erhalten sollen. Es soll in einer sozialen Krankenversicherung nicht belohnt werden, sich um Gesunde zu kümmern. Es muss belohnt werden, sich um Kranke zu kümmern! Das ist der richtige Anreiz, und dafür sind DMPs die richtige Einstiegsstufe. Fortgeführt wird das logischerweise durch den Morbi-RSA. Das ist ganz wichtig – damit hier jetzt keine Missverständnisse entstehen: Ohne Wettbewerb, mit Zuweisungen kann ich ganz anders agieren. Da sind die Rahmenbedingungen essenziell anders.

Dr. Andreas Crusius: Ich bin Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern und Vizepräsident der Bundesärztekammer und habe mehrere Fragen.

Frau Gerdes, mir leuchtet nicht ein, dass Sie nur durch den Dokumentationsbogen eine vernünftige Dokumentation haben sollen. Sie als engagierte Hausärztin hätten auch auf Ihren Computer drücken können, und der hätte Ihnen

Im Verlauf der Veranstaltung waren zwei Diskussionsrunden vorgesehen, die zu einem lebhaften Gedankenaustausch führten. Im Foto die Referenten Gerlinde Gerdes von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt und Johann-Magnus v. Stackelberg, stellv. Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.

dann auch aufgrund Ihrer vorherigen Dokumentation – ohne DMP – ausgegeben: Patient nimmt nicht an Schulungen teil und hat das entsprechende Gewicht nicht abgenommen, sondern hat zugenommen. – Warum brauchen Sie dazu den Dokumentationsbogen?

Die zweite Frage richtet sich an Herrn von Stackelberg. Sie haben vom individuellen Zielbereich gesprochen. Den individuellen Zielbereich gibt es ja beim DMP nicht beim HbA1c, sondern es ist ein normiert festgesetzter. – Das zum Ersten.

Zum Zweiten: Ich spreche jetzt einmal als Mecklenburg-Vorpommer, denn wir haben in der Region Pasewalk – das konnten Sie heute in den Nachrichten hören – 29 Prozent Arbeitslose, und dort gibt es kaum noch Schulen. Die Leute, die noch im Beruf stehen, können ihre Kinder kaum noch aufs Gymnasium bringen. Deswegen gibt es auch keine Augenärzte mehr. Wie wollen Sie dann die Augenarztkonsultationen in solchen Bereichen an Zahl verdoppeln? Sie haben leider die Regionen genommen, in denen das alles noch Musterlände ist, Baden-Württemberg und so weiter. Sie hätten für Ihre Auswertung auch einmal die armen Regionen Deutschlands nehmen sollen.

Nächste Frage: Wie viel Mehrkosten hatten Sie durch die DMPs? Wir alle wissen ja durch die St.-Vincent-Deklaration: Wenn der Diabetes überall nach St. Vincent behandelt würde, bräuchten wir in Deutschland überall viel mehr Geld. Sie haben die DMPs als auf dem Wege befindlich charakterisiert, und damit müssten Sie auch Zahlen haben, wie viel Sie mehr gebraucht haben.

Ich kann mich noch an den Tag erinnern, an dem Herr Bluschke, der AOK-Vorstandsvorsitzende, mich anrief und sagte: Andreas, hilf mir! – Ich fragte: Wieso? – Ja, ich muss Ausgleich an Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen bezahlen, weil sich bei uns so wenige eingeschrieben haben. – Da sagte ich ihm: Das verstehe ich auch; die haben genug von staatlicher Doktrin im Gesundheitswesen, die wollen nicht das, was sie 40 Jahre lang hatten,

wiederhaben. – Aber das ist wieder etwas ganz anderes. Wir hatten ja in der DDR ein vernünftiges Hypertonie-Programm; das war viel besser als das, was es heute gibt.

Gestatten Sie mir zum Abschluss noch eine Frage: Warum BMI, Body-Mass-Index? Ich kann nicht nur das Positive herausnehmen. Der Hypertonus (Bluthochdruck) wird schlechter, wenn der Body-Mass-Index hoch bleibt. Die Gefäßerkrankungen nehmen zu, auch die Erblindungen. Dann habe ich die renale (als Folge von Nierenerkrankungen) Hypertonie durch die diabetische Nephropathie (Veränderung der Nierengefäße) wieder. Dann doch bitte ehrlich: Wie viele haben Gewicht abgenommen, wie viele haben zugelegt, und wie viele sind konstant geblieben? Das hätte ich gerne gewusst.

Moderator Andreas Mihm: Ich werde das Wort gleich an die Angesprochenen weitergeben, zunächst an Frau Gerdes. Aber ganz kurz als Anmerkung: Die Fragen zeigen eigentlich schon, wie viel Brisanz nach den drei Jahren Disease-Management-Programme und nach fünf oder sechs oder sieben Jahren Diskussion darüber noch in diesem Thema steckt und wie wichtig es ist, dass wir uns hier damit beschäftigen.

(Dr. Hans Jürgen Ahrens: Und hineininterpretiert wird!)

Gerlinde Gerdes: Lassen Sie mich zunächst auf die letzte Frage nach dem Body-Mass-Index antworten. Herr Kollege, ich kann Ihnen nachher die Studie übergeben, und da können Sie das nachlesen. Sehen Sie es mir bitte nach, dass ich hier nicht alle Zahlen aus dem Kopf wiedergeben kann. Es ist so, dass der Body-Mass-Index, der bei der Kontrollgruppe und der Modellgruppe über zwei Jahre beobachtet worden ist, bei der Modellgruppe nicht signifikant besser war. Er ist ungefähr gleich geblieben, ist also weder schlechter noch besser geworden. Das ist die einzige Aussage, und das ist erst einmal nichts Schlechtes, wenn man bedenkt, dass der Blutdruck signifikant abgesenkt werden konnte und dass zum Beispiel die Hypoglykämie-Anfälle signifikant vermin-

dert wurden. Das sind schon positive Ergebnisse. Sie können sich das genau anschauen, um es zu überprüfen.

Dazu muss man natürlich sagen – das werden alle Statistiker, die anwesend sind, sicher auch bemängeln: Zwei Jahre sind ein sehr kurzer Zeitraum. Aber es waren eben nur zwei Jahre, denn dann war das Modellprojekt zu Ende. Länger konnte man es nicht betrachten. Man kann dann nur hochrechnen, was gewesen wäre, wenn. Da will ich mich aber nicht zu irgendwelchen Spekulationen versteigen.

Nun zu Ihrer ersten Frage nach der DMP-Dokumentation. Ich sage Ihnen ganz ehrlich: Als ich den Bogen zum ersten Mal gesehen habe, kriegte ich das kalte Grausen. Dann habe ich mich damit beschäftigt, und er ist dann auch verbessert worden. Ich habe mir damals die Frage gestellt: Darf eine gute Sache scheitern, bloß weil sie sozusagen an bürokratischem Aufwand kaputtzugehen droht? Disease-Management-Programme sind eine gute Sache, und dazu stehe ich nach wie vor.

Nun bin ich von Kollegen an der Basis empört gefragt worden: Wieso müssen wir das jetzt dokumentieren? Das, was darin steht, machen wir doch sowieso! Wir sind doch alle schon ganz gut, wir machen das doch alles. – Denen habe ich geantwortet: Wenn Sie so gut sind, dann dokumentieren Sie es doch einfach, denn Qualität muss nachgewiesen werden, sie muss dokumentiert werden, sonst kann man sie nicht beweisen.

Unter uns gesagt: Ich glaube nicht, dass wirklich alle Kollegen, die das behauptet haben, das auch immer konsequent durchgesetzt haben. Dieser Dokumentationsbogen mit seiner Reminder-Funktion ist für Hausärzte, die auch einmal etwas vergessen, schon eine Struktur, an der man sich entlanghangeln kann. Ich kann jedenfalls für mich sagen, dass er ganz hilfreich ist, auch wenn ich damit immer mal wieder ein Problem habe. Ich denke, es ist eine sinnvolle Strukturierung für unsere Arbeit in der täglichen Praxis.

Moderator Andreas Mihm: Herr von Stackelberg, auch die richtige Analyse kann zum falschen Ergebnis kommen, wenn die Stichprobe nicht stimmt.

Johann-Magnus von Stackelberg: Ja, ich kann daran gern anknüpfen. Ich weiß ja, Herr Dr. Crusius, dass Sie als Landesärztekammer-Präsident im Krankenhaus tätig sind.

(Dr. Andreas Crusius: Aber mein Bruder ist Hausarzt! – Heiterkeit)

– Ja, ich freue mich darüber, dass Sie in Sachen hausärztliche Tätigkeit so intensiv nachfragen. Ich kann hier aber auch gleich ein Informationsdefizit ausgleichen: Natürlich haben wir in den Dokumentationsbögen individuelle Ziele.

(Dr. Andreas Crusius: Das weiß ich!)

Die rekurren auf Ranges. Aber natürlich geht es um das Erreichen von individuellen Zielen, und der Arzt legt fest, was für den Patienten individuell sinnvoll ist.

(Dr. Andreas Crusius: Das weiß ich auch!)

– Dann verstehe ich Ihre Frage nicht so ganz.

(Dr. Andreas Crusius: Sie meinen einen individuellen HbA1c!)

– Ich meine natürlich den, den wir im Bogen als Ziel vereinbart haben.

Die Frage nach der Sicherstellung ist eine interessante Frage. Die Vertreter der KBV (Kassenärztlichen Bundesvereinigung) mit ihrem Kollektivvertragsrecht sagen ja bisher: Die Sicherstellung ist das vornehmste Ziel der KBV, und das schaffen wir schon. – Lieber Herr Kollege, wenn Sie das bei der Ärzte-

schaft nicht schaffen sollten, springen wir als Krankenkasse gerne ein; so ist es ja nicht.

(Dr. Andreas Crusius: Wir haben jetzt den ersten Schritt getan!)

– Die Ärzteschaft hält in der KBV das Kollektivvertragsrecht hoch, das sich gerade auf die Sicherstellung bezieht. Da passen Ihnen als Krankenhausarzt die DMPs vielleicht nicht so gut in den Kram, was ich aber gar nicht verstehe, denn eine so gute Sache sollten Sie mit unterstützen. Ganz platt gesagt: Mit DMP kann man nicht alles erschlagen.

Jetzt werde ich aber wieder sehr ernsthaft: Die Sicherstellung in den Gebieten, die Sie angesprochen haben, ist ein sehr ernst zu nehmendes Problem. Dem müssen wir uns gemeinsam stellen. Bei einer schwindenden Bevölkerung, die auch noch zunehmend älter wird, ist es eine Herausforderung, dort die richtigen Ärzte zu platzieren. Jetzt werde ich noch ernsthafte: Da helfen wir als Krankenkasse sowohl im Kollektivvertragssystem als auch, falls das Kollektivvertragssystem dort nicht die erwünschten und versprochenen Ergebnisse zeitigt, auf andere Weise. Sie kennen unsere Vorschläge dazu. Trotzdem sage ich: Erst einmal ist das Kollektivvertragssystem bei der Sicherstellung gefordert.

**Aufwand ist lästig,
aber unverzichtbar.**

Bevölkerung, die auch noch zunehmend älter wird, ist es eine Herausforderung, dort die richtigen Ärzte zu platzieren. Jetzt werde ich noch ernsthafte: Da helfen wir als Krankenkasse sowohl im Kollektivvertragssystem als auch, falls das

Kollektivvertragssystem dort nicht die erwünschten und versprochenen Ergebnisse zeitigt, auf andere Weise. Sie kennen unsere Vorschläge dazu. Trotzdem sage ich: Erst einmal ist das Kollektivvertragssystem bei der Sicherstellung gefordert.

Zum Aufwand möchte ich etwas wiederholen, was ich in meinem Vortrag schon gesagt habe. Aufwand ist lästig, aber unverzichtbar. Man sollte hier intelligente neue Methoden nutzen und dabei auch einen Blick nach Österreich werfen. Oder, Herr Kollege, sehen Sie sich die Erfassung über Computer in Bayern an. Dort ist durch die Computerefassung und durch das sofortige Gegenchecken der Rücklauf, der in anderen Gegenden so beklagt wird, auf ein Minimum zurückgeführt worden. Hier gilt es also, intelligente Methoden einzusetzen. Es ist hier möglich, durch Intelligenz Kosten und Aufwand zu sparen, wie so häufig in der Verwaltung.

Ich freue mich sehr, dass wir dieses System ab 1. Juli in Bayern flächendeckend einsetzen können. Dem, der über Aufwand klagt, sage ich: Hier ist es einfach unverzichtbar, um die entsprechenden Effekte messen und auch die Rückmeldungen geben zu können. Aber der Aufwand ist reduzierbar.

Dr. Andreas Crusius: Nein, Entschuldigung, ich bin hier attackiert worden! – Herr von Stackelberg, nur damit Sie es wissen: Herr Dr. Ahrens, Frau Professor Braun und ich haben das Initiativprogramm Allgemeinmedizin vor nunmehr acht Jahren zu dritt an einem Tisch in Düsseldorf eingeführt. Das wollte ich Ihnen nur sagen, weil Sie gemeint haben, ich setzte mich nicht für den Kollektivvertrag ein. Im Gegenteil, wir haben sogar Stiftungslehrstühle für Allgemeinmedizin in Mecklenburg-Vorpommern.

Johann-Magnus von Stackelberg: Wir kennen uns lange, und Sie wissen, dass ich es zusammen mit Herrn Hoppe in den entsprechenden Nachverhandlungen umgesetzt habe.

(Dr. Andreas Crusius: Aber erst nach mir!)

Heiner Boegler: Ich bin Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des AOK-Bundesverbandes. – Einige Referenten sind dankenswerterweise darauf eingegangen, welche Ziele wir mit DMPs eigentlich verfolgen. Wir sollten diese Ziele nicht aus den Augen verlieren. Wir haben chronische Volkskrankheiten, und wir wollen den Patienten, aber im Grunde auch unseren Ökonomen behilflich sein. Die Disease-Management-Programme sind – darauf hat Herr von Stackelberg hingewiesen – eigentlich eine Weiterentwicklung. Die St.-Vincent-Deklaration hat uns einige Hinweise gegeben, wo wir etwas tun können.

Als wir bei Diabetes 2 angefangen haben, haben wir als Erstes festgestellt, dass im wiedervereinigten Deutschland bei den Hausärzten zwei unterschiedliche Qualifikationen vorhanden waren. Wir hatten aus der ehemaligen DDR

hervorragende Diabetologen, und im Westen hatten wir so gut wie keine. Dieses Defizit mussten wir zunächst einmal ausgleichen.

Als wir dann darangegangen sind, Behandlungspfade, Behandlungsleitlinien festzulegen, haben wir einmal im Internet nachgeschaut. Da gibt es 150 000 verschiedene Leitlinien, und dann muss man sich darauf verständigen: Wie praktiziert man das, über welche Leitlinien wird entschieden? Die Frage ist, ob wir uns in der Bundesrepublik bei den weiteren DMPs vielleicht schneller auf Behandlungsleitlinien konzentrieren können. Diese Polemik, die da mit den Frage- und Dokumentationsbögen betrieben worden ist, sollte man eigentlich weglassen.

Wir haben sehr schnell erkannt, dass der Umfang dieser Fragen zu groß gewesen ist und dass man das reduzieren musste. Wir sind in einem lernenden System, und da sollte man auch zugestehen, dass man den einen oder anderen Fehler macht. Das Ziel darf man aber nicht aus den Augen verlieren, und dieses Ziel ist in der Zwischenzeit hervorragend erreicht, denn wir haben beispielsweise bei den Diabetikern längst nicht mehr so viele stationäre Aufenthalte.

Dr. Gerhard Brenner: Ich komme vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung. – Herr von Stackelberg, wir haben jetzt viel über Dokumentationsbögen gehört. Vermisst habe ich aber, noch etwas über die zwei wesentlichen Instrumente zu hören, die die DMPs implementiert haben, nämlich die Feedback-Berichte und die Reminder. Woran liegt es denn nach Ihrer Ansicht eigentlich, dass wir zwar 1,5 Millionen eingeschriebene Versicherte und 50 000 bis 70 000 beteiligte Ärzte haben, dass aber der Großteil dieser Ärzte bisher weder einen Feedback-Bericht noch einen Reminder erhalten hat? Es gibt nur wenige Regionen in der Bundesrepublik, in denen alle beteiligten Ärzte alle halbe Jahre, wie es vorgeschrieben ist, durch Rückmeldeberichte Informationen im Benchmark-Vergleich über ihre Dokumentationsbögen erhalten. Das eigentliche Ziel ist ja, dass dann in Qualitätszirkeln über die

Ergebnisse diskutiert wird, und zwar zu dem Zweck, eigenes Verhalten zu verbessern. Ich vermisste im Grunde die flächendeckende Umsetzung dieser Rückmeldeberichte. Ich weiß natürlich, weil ich das in Nordrhein selber organisiere, dass es da Schwierigkeiten gibt, aber welche Probleme gibt es aus Ihrer Sicht?

Gerlinde Gerdes: Ich muss sagen, ich habe auch noch keinen Feedback-Bericht und noch keinen Reminder bekommen. Ich kann also an die AOK einfach nur als Frage weitergeben, wann das flächendeckend umgesetzt werden kann.

Johann-Magnus von Stackelberg: Wir arbeiten daran! Herr Brenner, die Frage stellend, weiß ja weitaus besser als ich die Antwort, was für technische Schwierigkeiten es dabei gibt. Das ist auch von Land zu Land unterschiedlich. Ich möchte Sie einfach bitten, die Frage im Kopf zu behalten und die beiden Vertreter der AOK, die nach der Pause referieren werden, noch einmal danach zu fragen. Die können viel besser als ich sagen, was ihre Länder an Schwierigkeiten haben und welche Details da zu beachten sind.

Moderator Andreas Mihm: Hat das Auswirkungen auf die Qualität der Disease-Management-Programme und auf die Qualität der ärztlichen Versorgung der chronisch Kranken?

Johann-Magnus von Stackelberg: Sie haben ja gesehen, welche Ergebnisse ich vorstellen konnte. Diese Darstellung fußte auf der jetzigen Lage. Natürlich sind Feedback-Berichte essenzieller Bestandteil der Programme. Die müssen kommen; darüber ist sich auch jede Arbeitsgemeinschaft im Klaren. Es werden ja in den Ländern, vor Ort, Arbeitsgemeinschaften zwischen KV und beteiligten Krankenkassen gebildet, und jede Arbeitsgemeinschaft hat das primäre Ziel, jetzt diese Feedback-Berichte umzusetzen und zu verschicken. Das ist ein essenzieller Bestandteil, und ohne den kann oder sollte es langfristig nicht laufen.

Hans-Michael Kreht: Ich komme von der Firma Schering, Berlin. – Mich hat Herr Professor Wasem zum Thema RSA verwirrt, aber vielleicht kann mir ein anderer Experte diese Verwirrung wieder nehmen. Er sagte, dass der heutige Risiko-Strukturausgleich auch bei DMPs gleiche Ausgleichszahlungen für Gesunde und Kranke zulässt. Erst der morbiditätsorientierte RSA ab 2007 werde je nach Schwere der Krankheit individuelle Ausgleichszahlungen ermöglichen und damit sozusagen Gerechtigkeit herstellen. So habe ich es verstanden.

Nun bin ich seitens eines Arzneimittelherstellers beim Thema DMP nicht direkt betroffen, aber ich lese laufend, dass es einen Wettbewerb um Einschreibequoten in DMPs gibt, an dem auch und vor allem die AOKs und andere Kassen, die chronisch Kranke schwerpunktmäßig versichern, teilnehmen, wobei das Thema „Qualität“ gegenüber diesem Wettbewerb um Einschreibequoten eindeutig nachgeordnet ist. Warum findet dieser Wettbewerb um Einschreibequoten statt, wenn da nicht erhöhte finanzielle Ausgleichszahlungen der Hintergrund wären? Das verstehe ich nicht.

Moderator Andreas Mihm: Selbst wenn ich dazu jetzt etwas sagen wollte: Nach dem Vortrag von Herrn Professor Wasem gelte ich als voreingenommen. Deshalb kann ich nur Herrn von Stackelberg bitten, die Frage zu beantworten, warum Sie sich um die chronisch Kranken der anderen Krankenkassen so bewerben.

Johann-Magnus von Stackelberg: Grundsätzlich auch hier noch einmal ein Rückblick in die schreckliche Zeit vor DMP: Der RSA wurde eingeführt, und beim RSA werden Risikoklassen nach den bekannten Kriterien gebildet, also Risikoprofile. Dabei gilt Krankheit nicht als Risiko. Das heißt, in eine Klasse werden sowohl der Gesunde als auch der Kranke hereingenommen, und darauf bezieht sich die Grundsatzkritik aller Versorgerkassen. Es ist die Kritik daran, dass es sich für Sie, wenn Sie betriebswirtschaftlich vorgehen, lohnt, als Krankenversicherung nur Gesunde zu versorgen. Das ist für eine soziale Kran-

kenversicherung abenteuerlich! Wer das langfristig implementiert, ist auf dem Trip in eine ganz andere Bundesrepublik. Man muss ganz deutlich sagen, dass das abenteuerlich ist. Eine soziale Krankenversicherung muss Anreize haben, sich um Kranke zu kümmern.

Dazu hat DMP den ersten Schritt gebracht. Da haben Sie Herrn Wasem vielleicht etwas missverstanden. Die DMP-Krankheiten sind ja die bekannten Krankheiten, angefangen bei Diabetes, dann KHK und so weiter. Dort werden wiederum eigene Risikoklassen gebildet, quasi Risikokästchen. Wir haben dann den nicht eingeschriebenen Diabetes-Kranken, der mit einer guten Versorgung relativ viel kostet, aber bei den Einnahmen nicht berücksichtigt wird. Erst durch die Einschreibung in das DMP kommt er in das Einnahmekästchen, wo die gute Versorgung auch hinsichtlich der Einnahmen korrekt berücksichtigt wird. Das ist dringend erforderlich, denn wenn Sie in der sozialen Krankenversicherung Kranke gut versorgen wollen, müssen Sie das bei den Einnahmen der Krankenkassen berücksichtigen.

Das ist in der Bundesrepublik das Tolle; das ist einzigartig in der Welt. Eine Einnahmensteuerung der GKV wie in der Bundesrepublik finden Sie sonst nirgendwo auf der Welt, in keinem staatlichen oder sonstigen System. Hier können Sie Einnahmen sauber steuern. Das besagen die ganzen Gutachten, die jetzt über RSA und Weiterentwicklung zum Morbi-RSA laufen. Es ist faszinierend, dass wir hier in einem freiheitlichen System über den Morbi-RSA vernünftige Anreize zur Versorgung von Kranken setzen können. Genau das ist dringend erforderlich. Da hilft auch keine Regierungsumbildung oder Regierungsneubildung; da kann die alte Regierung weitermachen oder es kann eine neue geben. Jede Regierung muss dafür sorgen, dass in der sozialen Krankenversicherung die Kranken gut versorgt werden und dass dafür die Einnahmeanreize richtig gesetzt werden.

Es ist faszinierend, dass wir hier in einem freiheitlichen System über den Morbi-RSA vernünftige Anreize zur Versorgung von Kranken setzen können.

Dr. Robert Paquet: Ich vertrete den BKK-Bundesverband. – Zum Risikostrukturausgleich möchte ich gar nichts sagen, aber in einem Punkt möchte ich Herrn von Stackelberg ausdrücklich zustimmen. Er hat gesagt, dass ein Erbübel der Einführung der Disease-Management-Programme darin bestand, dass es eine Möglichkeit des Vergleichs mit der Standard- oder Regelversorgung nicht gibt. Das ist ein echtes Problem. Wenn Leute in einem solchen Programm sind, und es wird etwas Ordentliches, etwas Zusätzliches gemacht, dann kann man, auch wenn das nicht immer der Fall ist, gerne glauben, dass eine Verbesserung ihres Gesundheitszustands eintritt. Zum Teil sind diese Programme ja aus Strukturverträgen übernommen worden, die es auch schon vorher gegeben hat. Insofern sind die Disease-Management-Programme nicht die Initialzündung dafür gewesen, dass überhaupt zusätzliche Aktivitäten zur Verbesserung der Versorgung unternommen worden sind.

Die Frage war aber auch bei den vorherigen Ideen immer schon: Was macht die Normalversorgung? Da bin ich eigentlich nur neugierig. Über das Heidelberger Projekt, das Sie in Auftrag gegeben haben, wüsste ich gern etwas mehr. Könnten Sie vielleicht ein paar Sätze dazu sagen, welche Indikationen es sind, welcher Typus von Programmen es ist, welche Gruppen miteinander verglichen werden und wie das methodisch funktionieren kann?

Johann-Magnus von Stackelberg: Zum Methodischen verweise ich auf die Internet-Veröffentlichungen des Heidelberger Projekts, die kommen werden. Wir werden das der gesamten wissenschaftlichen Community zur Verfügung stellen. Wir werden es auch schon vorher, bevor wir das Projekt durchführen, zur Diskussion stellen. Es werden insbesondere Diabetes-Untersuchungen sein. Die spannende Frage ist in der Tat, wie sich DMPs zur Normalversorgung verhalten. Auf diese Ergebnisse bin ich auch gespannt. Diese Ergebnisse werden eine ganz andere Qualität haben als das, was ich heute vorstellen konnte. Ich habe nur einen Zwischenbericht gegeben und den Inhalt auch als erste Ergebnisse dargestellt.

Das ist wirklich die entscheidende Frage: Bewährt sich DMP im Vergleich mit der Normalversorgung? Ist es wirklich so eklatant besser, wie die ersten Ergebnisse es heute vermuten lassen? Wie gesagt, ich bin da auch sehr gespannt. Ich verweise aufs Internet. Ich stelle Ihnen – wir kennen uns gut genug – die Internet-Veröffentlichungen auch gerne zur Verfügung.

Moderator Andreas Mihm: Ich würde den ersten Diskussionsblock heute Morgen nicht gern beenden, ohne doch noch einmal den Blick über den Schrebergartenzaun zu riskieren. Also möchte ich Herrn Dr. Klima bitten, uns seine Perspektive zu dem, worüber wir gerade diskutiert haben, zur Kenntnis zu bringen.

Dr. Gert Klima: Als Arzt möchte ich nur eines zu bedenken geben: Wir sollten über der ganzen finanziellen Strukturierung nicht vergessen, dass wir derzeit mit Surrogat-Parametern in einem sehr kurzen Programm zu beweisen glauben, dass es unseren Patienten besser geht. Erst dann, wenn wir die St.-Vincent-Ziele wirklich verbessern können und „Quality of Life“ steigern können, werden wir wissen, ob wir das Geld gut oder weniger gut ausgeben.



DMP aus Sicht der ärztlichen Praxis

Dr. Dietrich Franke

Ich repräsentiere bei dieser Veranstaltung den Arzt von der Basis. Ich habe täglich mit der Personengruppe zu tun, um die es hier heute geht: nämlich mit chronisch kranken Diabetikern. Der Titel der Veranstaltung: „DMP – Höhere Versorgungsqualität für chronisch Kranke“ legt nahe, dass wir Ärzte chronisch Kranke bis zur Einführung des DMP nicht hochwertig genug versorgt haben. Ich möchte Ihnen einen selbstkritischen ärztlichen Ansatz zusammen mit den positiven Aspekten, die DMPs in der alltäglichen Praxis haben, demonstrieren.

Ich wurde bereits als Allgemeinarzt und Diabetologe vorgestellt. Vor einigen Jahren habe ich bei der Deutschen Diabetes-Gesellschaft meine Prüfung absolviert. Bis vor einem Jahr war ich im Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Diabetologie Baden-Württemberg tätig. Das ist die Regionalgesellschaft der Deutschen Diabetes-Gesellschaft. Ich habe Kontakt mit Ärzten aus der Praxis in mehreren Qualitätszirkeln. Ich moderiere selber einen diabetologischen Qualitätszirkel für Hausärzte und bin Teilnehmer eines Qualitätszirkels, der nur aus Diabetologen besteht. In Baden-Württemberg habe ich seit drei Jahren selber ein kleines Qualitätsmanagementprogramm aufgezogen. Der Schwerpunkt dieses Programms liegt auf dem Schwangerschafts-Diabetes. An diesem Programm nehmen ungefähr 100 Kolleginnen und Kollegen teil. Meine Praxis liegt zufällig in einer der beiden Pilotregionen, die 2002 als Testregionen ausgewählt wurden, um die Implementierung des DMP im Alltag zu erproben.

Ich habe zunächst eine Reihe von Protestveranstaltungen gegen das DMP initiiert. Im Oktober 2003 habe ich mich auf zwei Ebenen eingeschrieben, zum einen als Hausarzt, weil ich noch ein wenig hausärztlich tätig bin, zum anderen als diabetologisch qualifizierter Arzt, da in meine Schwerpunktpraxis in jedem Quartal einige hundert Patienten zur Schulung und Einstellung überwiesen werden. Zurzeit nehmen ungefähr 95 Prozent der von mir hausärztlich betreuten Diabetiker am DMP teil.

Anhand einiger Fälle aus der täglichen Praxis will ich verdeutlichen, woran man Versorgungsprobleme festmachen kann. Die beiden Fersen einer Patientin sind beide jeweils von einem frischen, etwa fünf Zentimeter großen Geschwür bedeckt. Die Geschwüre befinden sich jeweils an der Stelle, an der die Füße auf einem Laken aufgelegt hatten. Die Patientin kam am 10. Dezember 2001 in meine Praxis. Sie kam frisch aus der Klinik. Wegen einer Schilddrüsenoperation hatte sie dort gelegen. Während ihres stationären Aufenthalts hatten sich die beiden Geschwüre entwickelt. Diese Geschwüre waren noch nicht vorhanden, als sie in die Klinik eingewiesen worden war. Als mich die Patientin konsultierte, erkannte ich sofort, dass sie mit den Möglichkeiten einer Praxis nicht mehr zu behandeln war und habe sie in eine andere Klinik überwiesen. Dort wurden ihre Blutgefäße durchgängig gemacht und eine Hauttransplantation durchgeführt. Sie musste 109 Tage in dieser Klinik liegen. Glücklicherweise konnten die Füße gerettet werden. Sie sind heute noch dran. Die Patientin hat wieder eine hohe Mobilität und somit auch eine hohe Lebensqualität.

Was ist in diesem Fall passiert? Wo bestand hier die Unter- oder Fehlversorgung? Der Hausarzt, Teilhaber einer internistischen Gemeinschaftspraxis, hatte die kritische Durchblutungsstörung in den Beinen dieser Patientin vor dem stationären Aufenthalt nicht diagnostiziert. Er hatte keine regelmäßige Fußuntersuchung durchgeführt. In der Klinik – immerhin ein akademisches Lehrkrankenhaus mit zwei Diabetologen in einer eigenen diabetologischen Abteilung und mit einer Fußambulanz – ist man auch erst darauf aufmerksam

geworden, dass es sich hier um eine kritische Durchblutungsstörung handelt, als bereits Geschwüre aufgetreten waren. Man hätte die Patientin sonst ganz anders lagern müssen. Man hätte ihre Füße regelmäßig in kürzeren Abständen anschauen müssen. Sie ersehen daraus, wie solch eine Problemkette beginnen kann. In diesem Falle ergab sich erfreulicherweise ein günstiger Verlauf. Die Patientin wollte natürlich nicht wieder in die Klinik zurück, in der die Geschwüre entstanden sind. Sie hat aber weder ihren Hausarzt gewechselt noch irgendwelche juristischen Konsequenzen erwogen.

Ich möchte Ihnen noch ein zweites Beispiel darstellen, diesmal aus der Ebene der niedergelassenen Fachärzte. Hierbei handelt es sich um ein Paar Schuhe, das von einem Orthopäden verordnet worden ist. Diese Schuhe wurden nach Maß angefertigt. Man sieht bereits auf den ersten Blick, dass es sich nicht um sehr gut sitzende Schuhe handelt. Sie sind großflächig ausgebeult. Daneben liegen die Einlagen, die in den Schuhen gelegen haben. Es sind 08/15-Standardeinlagen in harter Ausführung mit Pelotten, also Einlagen von der Stange, die überhaupt nicht zu dem teuren Paar Maßschuhe passen, das in der Herstellung ungefähr 1 000 Euro kostet. Die Patientin kam mit dieser Konstellation zu mir.

Am dritten Zeh des einen Fußes und am zweiten Zeh des anderen Fußes sehen Sie Blutspuren. Wenn man die Einlagen von nahem anschaute, sah man, dass sich die Patientin in den teuren Schuhen mit den billigen Einlagen wund gelaufen und Geschwüre an ihren Zehen bekommen hatte.

Wie stellte sich das Problem in diesem Fall dar? Seitens des Orthopäden gab es eine unzureichende Verordnung. Der Schuh und die Einlage passten nicht zusammen und sie passten nicht zu dem Fuß der Patientin. Der Orthopäde hat nicht überprüft, ob die Verordnung fachgerecht vom Orthopädieschuhmacher umgesetzt worden ist. Der Orthopädieschuhmacher seinerseits hat offensichtlich nichts dabei gefunden, es bei der unzureichenden Ausführung zu belassen. Auch der Hausarzt hat offensichtlich weder die Füße noch die

Schuhe richtig angeschaut. Auch in diesem Fall gab es von Seiten der Patientin ebenfalls weder Konsequenzen noch einen Arztwechsel. Qualität lässt sich letztlich an Kleinigkeiten festmachen. Als die Patientin schließlich das Einlagenpaar bekam, das sie hätte haben müssen, konnten die Geschwüre zur Abheilung gebracht werden.

Die von mir eben geschilderten zwei Fälle tauchen nicht in der Amputationsstatistik auf. Diese Fälle waren aber natürlich teuer für den Kostenträger und sind mit Leid für die Patienten verbunden. Die Probleme sind letztlich ausschließlich durch die mangelnde Kompetenz der versorgenden Ärzte verursacht worden. Damit wird klar: wir Ärzte sind selbst ein entscheidender Teil des Qualitäts-Problems in der Diabetiker-Versorgung.

Sie kennen wahrscheinlich die Zahlen der Code-2-Studie (Therapiekosten von Typ-2-Diabetikern), die aufgezeigt hat, welche Folgeschäden in welcher Frequenz bei uns in Deutschland auftreten. Bei Menschen mit Diabetes kommt es alle 19 Minuten zu einer Amputation, alle 90 Minuten zu einer Erblindung, alle 60 Minuten zu einer neuen Dialysebehandlung, alle 19 Minuten zu einem Herzinfarkt und alle 12 Minuten zu einem Schlaganfall, und zwar aufgrund von zu später Diagnose und Therapie. Seitdem die DMPs eingeführt worden sind, besteht natürlich die intensive Hoffnung, dass sich an diesen Verhältnissen und diesen Zahlen etwas ändert. Das ist bei dieser Veranstaltung schon mehrfach angeklungen.

Diese Fälle waren aber natürlich teuer für den Kostenträger und sind mit Leid für die Patienten verbunden.

Was spürt man von DMPs nun in der Praxis? Die Patienten wurden durch Boni motiviert, sich intensiver mit ihrer Krankheit auseinanderzusetzen. Es hat – in Form von Anrufen – ein intensiverer Kontakt zwischen Krankenkasse und Patient begonnen. Viele Kollegen berichten, dass die Patienten zuverlässiger in die Hausarztpraxis kommen, was eine Folge der Reminder ist. Summa summarum ist eine erhöhte Aufmerksamkeit der Patienten gegenüber ihrer Problemkrankheit Diabetes zu registrieren.

Aufseiten der Hausärzte wurden Behandlungsebenen, -Pfade und Schnittstellen definiert. Es wurden Leitlinien festgelegt und neue Leistungen eingeführt, nämlich die Leistung „DMP-Betreuung“ und die Leistung „DMP-Dokumentation“. Neue Schulungsmodule wurden in die Versorgung eingeführt, eines für Patienten mit Bluthochdruck und eines für mehr Diabetes-Selbstmanagement für Typ-2 (MEDIAS 2). Weiterhin wurden kombinierte Budgets eingeführt. Erstmals verlassen auch Daten über ärztliches Handeln mit Einverständnis des Patienten die Praxis in Richtung Datensammelstelle. Summa summarum stelle ich auch auf Seiten der Hausärzte in der Praxis eine erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber dem Thema Diabetes fest. Dieses Thema wird von Ärzten jetzt ernster genommen, als es in der Vergangenheit der Fall war.

Ich erlebe DMPs als lernendes System. Es hat seit der Erst-Einführung eine Menge Veränderungen bei der Dokumentation gegeben, als man merkte, dass sie zu aufwendig war. Die Honorierung wurde verbessert. Insgesamt hat man das Gefühl, dass es sich um ein dynamisches System handelt, das für positive Entwicklungen noch offen ist.

Nicht nur für Krankenkassen, sondern auch für Ärzte spielt die finanzielle Motivation eine Rolle, wenn es darum geht, sich um die Patienten zu kümmern. Wir haben in Baden-Württemberg das Glück, dass im Vergleich zu anderen Bereichen Deutschlands günstige DMP-Honorare ausgehandelt wurden. Im Jahre 2005 kann der Sachverhalt, dass ein Patient neu in DMP eingeschrieben ist, für den Hausarzt einen Mehrumsatz von 112 Euro bedeuten.

Wenn man davon ausgeht, dass in einer durchschnittlichen Hausarztpraxis der Anteil der Diabetiker an den Patienten 16 Prozent beträgt – das ist nach der Hydra-Studie der Fall –, ergibt sich durch Einschreibung des größten Teils dieser Patienten beim Jahresumsatz der Allgemeinmediziner, der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit 150 000 Euro angegeben wird, immerhin ein Anteil von ungefähr 10 Prozent. Die DMP-Honorare können also

zehn Prozent des Jahresumsatzes eines Allgemeinmediziners ausmachen. Das kann natürlich eine hohe finanzielle Motivation bedeuten, an DMPs teilzunehmen.

Was steht dem entgegen? Warum sind nicht alle Hausärzte längst eingeschrieben und warum sind nicht alle Diabetes-Patienten der Hausärzte längst eingeschrieben? Von Seiten der AOK wurde mir mitgeteilt, dass zur Zeit etwa 1,4 Millionen Patienten in Diabetes-DMPs eingeschrieben seien. Damit sind ungefähr ein Drittel der bekannten Diabetiker in Deutschland eingeschrieben.

Das Problem der Praxisorganisation wurde hier schon angesprochen. Sie alle haben das Wartezimmer Ihres Hausarztes wahrscheinlich schon als Zeitvernichtungsinstrument erlebt. Eine völlig überforderte Arzthelferin und der Praxisinhaber versuchen sich dort hindurchzukämpfen. Viele dieser unzureichend durchorganisierten Praxen sehen sich jetzt mit zusätzlichen Belastungen konfrontiert: Der bürokratische Aufwand und der Aufwand insgesamt, der mit DMPs verbunden ist, ist hoch einzuschätzen. Es geht darum, Leitlinien kennenzulernen und diese möglichst auch umzusetzen. Es geht um einen erhöhten Untersuchungsaufwand, denn wir wollen die Patienten ja besser betreuen als vorher. Wir müssen die Patienten also häufiger sehen und sorgfältiger untersuchen. Die Therapie muss optimiert werden. Das ist mit einem erhöhten Zeitaufwand verbunden. Es geht ja nicht nur um die Dokumentation, die aber natürlich auch eine wesentliche Rolle spielt. Schließlich muss man sich auch darum kümmern, dass die Patienten im nächsten Quartal oder im nächsten Halbjahr wiederkommen, das heißt, man muss in der Praxis ein funktionierendes Recall-System etablieren.

Der bürokratische Aufwand und der Aufwand insgesamt, der mit DMPs verbunden ist, ist hoch einzuschätzen.

Das DMP ist aber bei weitem nicht die einzige Belastung, die die Hausarztpraxis an ihre organisatorischen Grenzen stoßen lässt. Wir hatten bzw. haben es im letzten und in diesem Jahr vielmehr mit einer Reihe weiterer Grausam-

keiten zu tun, die ebenfalls alle organisatorisch bewältigt werden müssen: die Diagnosen müssen in Vorbereitung auf den Morbi-RSA 2007 differenzierter verschlüsselt werden. Die Praxisgebühr wurde eingeführt und muss verwaltet werden. Es ist eine Fortbildungspflicht eingeführt worden. Die Ärzte müssen 250 Stunden in fünf Jahren an Fortbildung absolvieren. Neue Leistungsanbieter sind auf den Plan getreten, mit denen man sich auseinandersetzen muss. Neue Kooperationsmöglichkeiten – ich nenne hier Hausarztvertrag und integrierte Versorgung – sind am Horizont aufgetaucht, mit denen man sich ebenfalls auseinandersetzen muss. Am 1. Januar 2005 wurde eine neue Gebührenordnung eingeführt. Außerdem soll man ein Qualitätsmanagement-Handbuch erstellen, in dem alle Abläufe in der Praxis schriftlich niedergelegt werden. Das alles ist zusätzlich zu dem Aufwand zu leisten, den das DMP selber mit sich bringt. Das heißt, die Organisation der Praxis wird zunehmend zu einer Schlüsselqualifikation für Hausärzte. Und die Organisation ist sicher nicht effizient, wenn, wie vielfach von Kollegen beklagt, Arzt oder Ärztin nach Feierabend ihre DMP-Bögen von Hand ausfüllen müssen. Unsere Praxen müssen sich anders organisieren!

Das heißt, die Organisation der Praxis wird zunehmend zu einer Schlüsselqualifikation für Hausärzte.

ter sind auf den Plan getreten, mit denen man sich auseinandersetzen muss. Neue Kooperationsmöglichkeiten – ich nenne hier Hausarztvertrag und integrierte Versorgung – sind am Horizont aufgetaucht, mit denen man sich ebenfalls auseinandersetzen muss. Am 1. Januar 2005 wurde eine neue Gebührenordnung eingeführt. Außerdem soll man ein Qualitätsmanagement-Handbuch erstellen, in dem alle Abläufe in

der Praxis schriftlich niedergelegt werden. Das alles ist zusätzlich zu dem Aufwand zu leisten, den das DMP selber mit sich bringt. Das heißt, die Organisation der Praxis wird zunehmend zu einer Schlüsselqualifikation für Hausärzte. Und die Organisation ist sicher nicht effizient, wenn, wie vielfach von Kollegen beklagt, Arzt oder Ärztin nach Feierabend ihre DMP-Bögen von Hand ausfüllen müssen. Unsere Praxen müssen sich anders organisieren!

Das DMP wird dazu führen, dass die Bedeutung der Arzthelferin steigt. Denn sie muss vermehrt delegationsfähige Leistungen übertragen bekommen. Das sind fast alle Leistungen im DMP. Angefangen bei der Blutabnahme bis hin zur Dokumentation und Liquidation kann die Arzthelferin fast alle Aufgaben übernehmen. Sie wird dadurch von einer Zu-Arbeitenden zu einer Mit-Arbeitenden. Darauf müssen die Abläufe in der Praxis abgestimmt werden. Es muss eine DMP-Sprechstunde eingeführt werden. Die rationelle, weil gebündelte Abarbeitung von DMP-ingeschriebenen Patienten muss organisiert werden. Es muss regelmäßig eine Teambesprechung stattfinden, und die Kommunikation zwischen dem Arzt und den Mitarbeiterinnen muss verbessert werden. Das Recall-System habe ich bereits angesprochen. Das heißt, Schritte in Richtung eines allgemeinen Qualitätsmanagements werden ebenfalls durch das DMP gefördert. Mein Team und ich haben Überlegungen solcher Art an

viele Praxen weitergegeben. Wir haben in zahlreichen Workshops unter dem Titel „DMP: Die vorteilhafte Umsetzung in der Hausarztpraxis“ erfolgreich versucht, die eben skizzierte Strategie und die dafür nötige Hilfestellung an Hausarztpraxen weiterzugeben.

Viele Kollegen stehen den DMP-Leitlinien skeptisch gegenüber, weil sie das Gefühl haben, dadurch würde eine medizinische Betreuung zweiter Klasse festgeschrieben. Wie gut die Hausärzte in Deutschland bisher die Diabetiker betreuen, kann man ganz einfach an der Zahl der unerkannten Diabetiker ablesen. Der Gesundheitsbericht 2004 geht davon aus, dass wir in Deutschland acht Millionen Diabetiker haben, davon aber nur vier Millionen kennen. Vier Millionen Diabetiker in Deutschland sind unerkannt.

Warum? Sie sind nicht deshalb unerkannt, weil sie nicht zum Hausarzt gehen. Man hat im Rahmen der Hoorn-Studie (Diabetesstudie in der niederländischen Kleinstadt Hoorn) und der KORA-Studie (Kooperative Gesundheitsforschung im Raum Augsburg) herausgefunden, dass diese Patienten genauso oft den Hausarzt besuchen wie die bekannten Diabetiker. Die Hausärzte sind jedoch nicht in der Lage sind, diese Patienten als Diabetiker zu identifizieren und zu diagnostizieren. Heute Morgen wurde von Herrn Primarius Dr. Klima gesagt, die Diagnosestellung sei überhaupt kein Problem. Ich bin diesem Aspekt einmal nachgegangen. In den Jahren 2004 und 2005 habe ich bei einigen meiner Vorträge und Workshops in Baden-Württemberg, das heute hier als „diabetologisches Musterländle“ bezeichnet wurde, mein Auditorium dazu befragt.

Die Befragten waren Ärztinnen und Ärzte und ihre nichtärztlichen Mitarbeiterinnen, die zu den verschiedensten Themen rund um den Diabetes gekommen waren. Es handelte sich also um eine Positivselektion von diabetologisch interessierten Medizinprofis. Ich habe einen Multiple-Choice-Fragebogen ausgeteilt, der innerhalb von fünf Minuten ausgefüllt werden konnte. Er beinhaltete sieben Fragen. Es wurden insgesamt 120 Ärzte und 250 Arzt-

helferinnen bzw. nichtärztliche Mitarbeiterinnen befragt. 50 Prozent der befragten Ärzte waren Hausärzte. Unter den befragten Ärzten waren aber auch niedergelassene Diabetologen und Klinikärzte. Das Gros des befragten Hilfspersonals stellten die Arzhelferinnen. Unter den Befragten waren aber auch so genannte Diabetes-Assistentinnen und Diabetes-Beraterinnen, die bei der Deutschen Diabetes-Gesellschaft eine spezielle diabetologische Ausbildung und Prüfung durchlaufen haben.

Damit Ihnen die Ergebnisse verständlicher werden, muss ich zwei Einzelheiten der Diabetes-Diagnostik erklären: die Diabetes-Diagnose wird am besten mit einem oralen Glukose-Toleranz-Test durchgeführt. Dieser Test erfordert eine gewisse Vorbereitung des Patienten. Es muss ihm gesagt werden, wie er sich in den letzten drei Tagen vor dem Test zu verhalten hat. Der Test beginnt mit einer Blutabnahme. Danach trinkt der Patient eine bestimmte Zuckerlösung. Diese muss er innerhalb von drei bis fünf Minuten zu sich nehmen. Danach sitzt der Patient zwei Stunden im Wartezimmer. Anschließend findet erneut eine Blutabnahme statt. Im Falle von Schwangerschafts-Diabetes findet nach einer Stunde eine zusätzliche Blutabnahme statt. So läuft ein Zuckerbelastungstest ab. Damit wird Diabetes diagnostiziert. Der Test erscheint ziemlich simpel – auf den ersten Blick.

Ich habe im Rahmen der erwähnten Befragung drei Themen abgefragt. Die erste Frage bezog sich darauf, ob der Patient die Zuckerlösung wirklich innerhalb von drei bis fünf Minuten trinkt. Wenn er länger trinkt, steigt der Zucker im Blut nicht schnell genug an. Dadurch besteht die Gefahr, dass Diabetiker nicht als solche erkannt werden. Die zweite Frage war, ob der Patient nach dem Trinken der Zuckerlösung wirklich im Wartezimmer sitzen bleibt oder ob er nach Hause oder zum Einkaufen geht und so weiter. Wir wissen, dass körperliche Bewegung den Zuckerspiegel absenkt. Das heißt, wenn der Patient während des Tests die Praxis verlässt, wird er möglicherweise als Diabetiker nicht identifiziert. Drittens habe ich schließlich gefragt: Mit welcher Methode bestimmen Sie den Blutzucker in den Blutproben? Wird mit einer laborge-

nauen Methode oder mit einem einfachen Handmessgerät gearbeitet? Die Ergebnisse waren erschütternd. Ich will sie Ihnen im Überblick kurz darstellen. Maximal 13 Prozent der Befragten kannte die richtige Trinkgeschwindigkeit. Höchstens drei Viertel der Befragten belässt die Patienten wirklich im Wartezimmer. Die vorgeschriebene Laborgenauigkeit bei der Blutzuckermessung gab weniger als ein Drittel an.

Ich habe mich daraufhin gefragt, ob sich die Situation in Hausarztpraxen von der in diabetologischen Schwerpunktpraxen oder in Kliniken unterscheidet. Folglich habe ich eine Auswertung differenziert nach Institutionen vorgenommen. Die Ergebnisse wiesen keine nennenswerten Unterschiede auf. Die Antworten der Ärzte unterschieden sich nicht wesentlich von denen der Mitarbeiterinnen. Keine einzige Mitarbeiterin konnte alle Fragen richtig beantworten. Wir müssen leider davon ausgehen, dass in jeder Praxis und in jeder Klinik mindestens ein unentdecktes Qualitäts-Leck in der Diabetes-Diagnostik besteht. Diese Lecks führen dazu, dass jeder zweite Diabetiker übersehen wird.

Wir Medizinprofis in Baden-Württemberg müssen uns leider sagen lassen: Wir können Diabetes nicht zuverlässig diagnostizieren. Ist das ein speziell baden-württembergisches Problem? Das Internet gibt Aufschluss. Sie finden im Internet eine Reihe von Kliniken und Ärzten, die offenbar meinen, sie hätten besonders hohe Qualitätsstandards in der Diabetes-Diagnostik. Zu Marketingzwecken beschreiben sie in aller Ausführlichkeit, wie sie den Zuckerbelastungstest durchführen. Das Klinikum Offenbach, das ich als Beispiel nennen möchte, macht nach seiner im Internet beschriebenen Testdurchführung drei Fehler beim oGTT (oraler Glucosetoleranztest).

Das Ärzte-Netz Fürth beschreibt ebenfalls auf seiner Internetseite, wie es den Test durchführt. Auch diese Beschreibung beinhaltet einen wesentlichen

Wir müssen leider davon ausgehen, dass in jeder Praxis und in jeder Klinik mindestens ein unentdecktes Qualitäts-Leck in der Diabetes-Diagnostik besteht.

Fehler in der Testdurchführung. Auch in der Beschreibung des Tests durch den Kollegen Kraus und sein Team aus Bayern – alle sind sehr sympathisch – finden sich leider reichlich Fehler. Und der Kollege weist sogar darauf hin, dass er ein diabetologisch qualifizierter Hausarzt ist und ein entsprechendes Curriculum in Bayern durchlaufen hat.

Wenn wir diesen Test schon nicht beherrschen – lassen wir wenigstens die Finger davon? Ich habe mich bei der Firma, die die Testlösung herstellt, erkundigt. Es gibt nur einen Anbieter. Das ist die Firma Roche. Sie verkauft in Deutschland im Jahr etwa 500 000 Testlösungen. In Deutschland wird dieser Test im Jahr also 500 000-mal durchgeführt, aber wohl meist nicht richtig. Wir in Baden-Württemberg führen diesen Test 58 000-mal im Jahr durch.

Wir Ärzte sind uns offenbar überhaupt nicht bewusst, dass wir gravierende Qualitätsdefizite haben. Man hat vielfach den Eindruck, dass „langjährige Erfahrung“ eigentlich bedeutet: „seit Jahren nicht mehr fortgebildet“. Die korrekte Diagnosestellung ist jedoch für die Teilnahme am DMP von ausschlaggebender Bedeutung. Auf der DMP-Erstdokumentation nimmt die Dokumentation der Diagnosestellung daher breiten Raum ein. Was dokumentieren Kolleginnen und Kollegen hier, die in der dargestellten Weise versucht haben, eine Diabetes-Erkrankung zu diagnostizieren, sich jedoch ihrer Qualitätsmängel nicht bewusst sind? Es ist fatal, dass das DMP selbst nicht in der Lage ist, Über-, Unter- oder Fehlversorgung – hier: bei der Diagnosestellung – zu verhindern oder wenigstens zu erkennen. So kommt es, dass die Hälfte der Diabetiker, nämlich die undiagnostizierten, aufgrund unzureichender ärztlicher Diagnostik gar nicht am DMP teilnehmen können.

Überträgt man die anhand der Diagnosestellung gewonnenen Einsichten auf andere Bereiche der diabetologischen Diagnostik und Therapie im ärztlichen Alltag, muss man davon ausgehen, dass die im DMP geforderten Qualitätsstandards in der Fläche im Moment bei weitem nicht erreicht, geschweige den überschritten werden. Der oft gehörte Einwand von DMP-Skeptikern,

die DMP-Kriterien würden einen Rückschritt bedeuten, zeugt lediglich von überheblicher Verkennung unserer Versorgungsrealität. Es scheint dringend geboten, die Qualität unseres ärztlichen Handelns konsequent kritisch zu hinterfragen. Das gilt für alle am DMP beteiligten Ebenen: Hausärzte, diabetologisch qualifizierte Ärzte wie auch Kliniker.

Zusammenfassend sehe ich folgende Impulse, die das DMP in der Praxis gibt: Es erhöht die Wirtschaftlichkeit. Für die Umsatzentwicklung einer Praxis ist es zunehmend wichtig, eine möglichst große Zahl von Patienten zu betreuen, die am DMP teilnehmen. Bei der damit verbundenen Mehrarbeit muss überqualifizierte Leistungserbringung vermieden werden. Das heißt, um wirtschaftlich zu arbeiten, müssen Ärzte delegierbare Tätigkeiten delegieren, auch wenn sie sich damit schwer tun. Das DMP führt zu einer Qualitätsentwicklung, denn Delegation von Leistungen erfordert eine Neuordnung von Zuständigkeiten und Abläufen und verbessert die Kommunikation und Qualifikationen innerhalb der Praxis. Es stellt sich des Weiteren die Frage nach dem Qualitätsstandard. Die flächendeckende Erreichung der DMP-Qualität steht noch aus. Dabei stellt sich auch die Frage nach Leitlinien. In einer Hinsicht erscheint mir das DMP deutlich verbesserungsfähig: Das DMP zwingt niemanden, besser zu arbeiten als zuvor. Wie gezeigt, würden wir Ärzte dazu dringend konsequentere Kontrollen unserer ärztlichen Qualität benötigen – und sei es unter Anwendung von Sanktionen.



Der Autor

Dr. Dietrich Franke
Facharzt für Allgemeinmedizin und Diabetologe

DMP aus Sicht der Patientenvertreter

Gabriele Buchholz

Herr Dr. Franke und ich kommen aus dem Musterlände, wie es so schön heißt. Wir waren zu Anfang beide gegen DMPs. Wir haben viel gemeckert, Flugblätter verteilt, Protestaktionen gestartet und so weiter. Das Thema meines Referats lautet „DMP aus Sicht der Patientenvertreter“. Bei den bisherigen Ausführungen am heutigen Tage ist meines Erachtens der Betroffene etwas zu kurz gekommen. Insofern bin ich froh, dass ich mich dazu jetzt hier äußern kann.

Aus unserer Sicht steht nicht das Problem im Mittelpunkt, wo das Geld herkommt, um DMPs zu finanzieren. Es geht uns vielmehr in erster Linie um eine Verbesserung der Diabetikerversorgung. 1989 wurde die St.-Vincent-Deklaration verabschiedet. Sie zielte auf eine Verbesserung der Diabetikerversorgung. Meistens wurde aber gar nicht erkannt, wo die Probleme stecken. Man hat zwar gesagt, dass man die Zahl der Amputationen, Erblindungen und so weiter vermindern wolle, aber es gab Probleme mit der Verfügbarkeit der Zahlen. Es war heute ebenfalls schon davon die Rede, wie sich die Betreuung von Diabetes-Patienten in der Allgemeinbevölkerung einerseits und im Kreise derjenigen, die in DMPs eingeschrieben sind, darstellt.

Vor zehn Jahren wurde der Gesundheitspass Diabetes eingeführt. Mit der Einführung dieses Passes wurden Minimalanforderungen verbunden: regelmäßige Messung des HbA1c-Wertes, Untersuchungen der Füße, Kontrolle des Gewichts, Messung des Blutdrucks und so weiter. Wir haben als

Patientenorganisation gesagt: Das ist ein tolles Instrument. – Wir haben den Pass an alle Mitglieder verteilt. Es ergab sich dann aber das Problem, dass viele gesagt haben: Um Gottes willen, schon wieder ein Ausweis! Was sollen wir damit machen? Warum sollen wir irgendetwas kontrollieren? – Heute nach zehn Jahren ist das leider immer noch so, und man muss konstatieren, dass keine Verbesserung der Diabetikerversorgung erkennbar ist. Aus unserer Sicht heißt das, dass die Freiwilligkeit, die man vor 16 Jahren angedacht hat, irgendwo auch gewissen Zwangsmaßnahmen weichen muss, und zwar nicht nur in der Ärzteschaft, sondern auch bei den Betroffenen.

Leitlinien wurden von uns schon seit langem gewünscht, weil wir einfach wissen wollten, wie die Therapie aussieht. Ob man sich nun im Bereich der Klinik oder im Bereich der niedergelassenen Ärzte befand, jeder hatte jeweils andere Ideen. Man war hinterher ganz verwirrt. Darüber hinaus hat man das eine oder andere lesen können. Internetplattformen waren seinerzeit allerdings noch nicht gängig. Wenn man etwas aus Düsseldorf, München oder Hamburg las, stellte man fest, dass jeweils unterschiedliche Meinungen bezüglich der Zielvorstellungen existierten. Leitlinien für Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 standen ab 2002, solche für Menschen mit Diabetes mellitus Typ 1 ab 2003 zur Verfügung. In diesen Leitlinien konnte man endlich klar nachlesen, wie die Therapie aussieht und welches die Therapieziele sind.

Die Therapie soll der Erhöhung der Lebenserwartung und der Verbesserung der Lebensqualität dienen. Wie wir heute gesehen haben, wurde Lebensqualität aber nicht als Erstes unter den Zielen genannt. Ich werde darauf gleich noch einmal zurückkommen. Die Aufstellung enthält Angaben über den Istzustand bei Kontrolluntersuchungen. Die Ergebnisse haben uns erschreckt. Wir hatten eigentlich gedacht, durch den Gesundheitspass Diabetes würden sich die Zahlen verbessern. So sind wir davon ausgegangen, dass HbA1c-Kontrollen regelmäßig vorgenommen würden. Solche Kontrollen wurden aber nur bei 8,2 Prozent aller Diabetiker einmal im Jahr durchgeführt. Diese Kontrollen erfolgten zumeist nur bei denen, die aufgeklärt waren und entsprechende

Kontrollen eingefordert haben. Bei dem Rest der Betroffenen erfolgten solche Kontrollen nicht.

Bei den Laboruntersuchungen betreffend Cholesterin, Triglyceride und Kreatinin war zu meinem Erstaunen ein gutes Ergebnis zu verzeichnen. Ein Fünftel der Diabetiker wurde regelmäßig augenärztlich untersucht, wobei allerdings nicht klar unterschieden wurde, was der Augenarzt untersucht hat. Es gibt insofern keinen klaren Nachweis darüber, ob der Augenhintergrund tatsächlich untersucht wurde. Fußkontrollen erfolgten in viel zu geringem

Ein Fünftel der Diabetiker wurde regelmäßig augenärztlich untersucht, wobei allerdings nicht klar unterschieden wurde, was der Augenarzt untersucht hat.

Umfang. Daraus resultiert die hohe Zahl von Amputationen. Wir haben eine Verbesserung in diesem Bereich angestrebt.

Bezüglich der Therapieplanung wird klar gesagt: Gemeinsam von Arzt und Betroffenen ist eine differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung vorzunehmen. – Welcher Betroffene kann das? Wenn er in diesem Fachbereich tätig ist, kann er vielleicht eine Abschätzung vornehmen. Es mag auch sein, dass jemand, der sehr viel gelesen und sich sehr viel angeeignet hat, eine Abschätzung vornehmen kann. Natürlich gibt es auch Fälle, in denen der Arzt den Patienten wirklich 100-prozentig informiert. Dafür benötigt der Arzt aber sehr viel Zeit, und diese ist meistens nicht vorhanden. Das heißt, ältere Menschen – die meisten Patienten sind über 60 Jahre alt – können eine solche Risikoabschätzung gar nicht vornehmen, weil sie nicht über die entsprechende Erfahrung verfügen. Im Regelfall vertrauen die Patienten blind dem Arzt. Manchem Arzt ist es auch unangenehm, wenn Patienten mit ihnen sehr qualifiziert über ihre Krankheit und auch darüber diskutieren, warum sie was haben wollen. Solche Patienten sind manchmal sehr unbequem. Man muss sich auf sie aber einlassen. Die Zahl solcher Patienten ist im Steigen begriffen.

Für die Betroffenen ist auch eine Umstellung unbequem. Im Regelfall haben Patienten mit Diabetes Typ 1 die Umstellung ihres Lebens recht gut in

den Griff bekommen. Dazu haben sicherlich die engmaschige Führung und die vielen Schulungen, die stattgefunden haben, beigetragen. Bei Patienten mit Diabetes Typ 2 wurde es dagegen oft lasch gehandhabt, und es hieß: Das bisschen Alterszucker macht doch nichts. – Es wurden dann halt Tabletten verordnet. Eine Basistherapie etwa in dem Sinne, dass eine Ernährungsumstellung genauer definiert wurde, wurde aber oftmals nicht durchgeführt.

Jetzt erscheinen dem Patienten Umstellungen dieser Art oftmals unbequem. Denken Sie alle einmal daran, Sie sollten Ihre Ernährung umstellen und die Gewohnheiten, die Sie jahrzehntelang gehabt haben, ändern. Das ist ziemlich schwierig. Genau das Gleiche gilt für die Raucherentwöhnung. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die körperliche Bewegung. Wer hat sich heute Morgen schon bewegt? Wer hat heute schon Walking oder Jogging betrieben? Das dürften nur wenige sein. Es sollten wesentlich mehr sein, die dies tun.

Was die Stoffwechselfbstkontrolle angeht, so wurde nie klar definiert, was darunter zu verstehen ist. Die Stoffwechselfbstkontrolle wurde lediglich nach der Schulung als Maßnahme der Basistherapie angegeben. Es wurde aber nie klar definiert, ob eine Harnzucker- oder Blutzuckermessung erfolgen sollte. Wir würden die Blutzuckerkontrolle vorziehen, weil mit dieser genauere Werte erzielt werden. Man weiß heute, dass insbesondere bei älteren Menschen bei der Harnzuckerkontrolle hohe Fehlerquoten zu verzeichnen sind.

Schließlich ist noch die Schulung zu nennen. Viele Patienten sagen: Mit 70 Jahren soll ich jetzt noch die Schulbank drücken? Um Gottes willen, was kommt da alles auf mich zu! – Es geht hier um einen Lernprozess, der durchlaufen werden muss. Die aktiven Patienten mit Diabetes Typ 1 und Typ 2 haben den Lernprozess bereits hinter sich. Diejenigen, für die dieser Lernprozess ungewohnt ist, müssen nun an ihn herangeführt werden.

Über die Therapiefreiheit des Arztes ist zu Anfang immer diskutiert worden. In dieser Hinsicht ist einiges verändert worden. Es werden aber immer wieder

Fragen wie diese gestellt: Wie sieht es mit Analoginsulin aus? Wie sieht es mit Kombinationstherapien aus? Darf die Therapie, die bisher erfolgt ist, fortgesetzt werden? Wie steht es um die Therapiefreiheit des Arztes? Welche Medikamente stehen mir weiterhin zur Verfügung? Uns erreichen, was diesen Bereich angeht, in erheblichem Umfang Anrufe und Fragestellungen. Monotherapie gibt es im Bereich der Selbsthilfegruppen, in dem ich mich gut auskenne, nur in geringem Umfang, Kombinationstherapie hingegen sehr häufig. Es gibt aber auch Kombinationen, bei denen man sagen kann: Um Gottes willen, wie kann man diese Medikationen zusammen therapieren, wo es zwei verschiedene Sulfonylharnstoffe gibt, wo es noch ein Biguanid gibt und so weiter?

Wir erleben immer wieder, dass die Betroffenen – anders als es die heute Morgen genannten Daten vermuten lassen – sehr verunsichert sind, ob sie sich einschreiben lassen sollen oder nicht. Die Betroffenen sagen nicht von vornherein: Das ist ein gutes Programm und ich schreibe mich deswegen ein. – Wir haben gemerkt, dass im Regelfall primär der Aspekt eine Rolle spielt, Geld sparen zu können. Die Betroffenen sagen sich: Ich muss als chronisch Kranker sowieso wesentlich mehr zuzahlen, auch wenn es die 1-Prozent-Regelung gibt. Wenn ich dem Programm beitrete, habe ich die Möglichkeit, Geld zu sparen. – Die Qualität steht bei den Überlegungen also nicht im Vordergrund. Wenn ich an der Basis diskutiere, merke ich, dass die Aspekte, über die wir hier heute gesprochen haben, gar nicht interessieren. Diese Themen sind viel zu hoch angesiedelt. An der Basis geht es um den eigenen Geldbeutel, um die eigene Therapie und die Frage: Kann ich das, was ich habe, weiterhin behalten? Auf der Folie sind deshalb auch die Begriffe Eigenverantwortung und Eigenkosten aufgetragen.

Für den Arzt stehen als Therapieziele die Verringerung der Mortalität und die Prävention von Sekundärkomplikationen an erster und zweiter Stelle. Die Betroffenen siedeln diese Ziele nicht so weit oben an. Für sie steht die Lebensqualität an erster Stelle. Ich höre immer wieder, dass gesagt wird: Ich will weiterhin essen wie bisher. Ich will meine Therapie behalten. – „Ich will“ ist

natürlich ein starkes Wort. Auch der finanzielle Aspekt spielt dabei eine Rolle. Über die Lebensqualität macht sich jenseits des Kreises der Betroffenen kaum jemand Gedanken. Wir alle sollten deshalb den Aspekt nicht aus dem Auge verlieren, was der Betroffene will und welches sein Ziel und seine Möglichkeiten sind.

Ich habe einige Wünsche aufgeführt, die uns gegenüber bei Anfragen oder in Telefonaten täglich geäußert werden. Viele Betroffene suchen einen Facharzt. Der einzige Arzt, den wir als Facharzt bezeichnen, ist der Diabetologe mit der zusätzlichen Kennzeichnung DGG. In Baden-Württemberg gibt es eine Übergangsregelung für die Ebene 2. Ärzte, die die ZI-Kurse absolviert haben, werden dort als Diabetologen oder Fachärzte der Ebene 2 bezeichnet. Ein Arzt, der an einem kurzen Kurs teilgenommen hat und dort etwas über Diabetes gehört hat, ist für uns aber kein Diabetologe. Das ist kein Facharzt, mit dem man über bestimmte Themen diskutieren kann. Wir an der Basis stellen immer wieder fest, dass Fußuntersuchungen, die sehr wichtig sind, nicht mit der erforderlichen Intensität erfolgen. Die Füße der Patienten wurden allenfalls einmal angeschaut. Gott sei Dank dürfen die Patienten wenigstens die Socken ausziehen. Eine Untersuchung im eigentlichen Sinne hat aber nicht stattgefunden.

Über die Lebensqualität macht sich jenseits des Kreises der Betroffenen kaum jemand Gedanken.

Wir haben vorhin von Herrn Dr. Franke gehört, wie unterschiedlich strukturiert und therapiert wurde. Von besonderer Bedeutung ist aber die Qualifikation des Hausarztes. Wir haben zwar gehört, welche Anforderungen an die Hausärzte es bezüglich der Fortbildung gibt, aber es stellt sich des Weiteren die Frage, wie qualifiziert diese Fortbildung ist. Es geht um die qualifizierte Fortbildung der Hausärzte und des nichtärztlichen Personals. Allein die Durchführung von Schulungen reicht nicht aus. Es ist eine Vorgabe, dass die Qualifikation vorhanden sein muss. Die Frage, die uns brennend interessiert, ist: Wann und wie wird dies gewährleistet? Daran schließen sich Fragen wie die an, wer die Erfüllung der Anforderungen einfordert und diese auch kon-

trolliert. Uns ist natürlich vollkommen klar, dass der Weg dafür bereitet werden muss. Es stellt sich das Problem der Überprüfbarkeit. Wir sind uns noch nicht ganz sicher, ob diese Überprüfbarkeit wirklich gegeben ist. Wir haben festgestellt, dass die Patienten bzw. Betroffenen sich wesentlich intensiver um ihren Diabetes kümmern und auch kümmern müssen. Aber ob dies immer auch die Qualität hat, wie wir sie gerne hätten, ist eine andere Frage. Ob wir von da oben vielleicht ganz andere Probleme sehen als diejenigen aus dem Basisbereich, steht ebenfalls noch dahin. In jedem Fall sollten wir uns Gedanken darüber machen, wie es um die Qualität im Einzelnen bestellt ist.

Ein weiterer Wunsch ist, Bürokratie abzubauen. Vielen Betroffenen ist es lästig, zum Arzt zu gehen. Sie finden nicht den Arztbesuch an sich lästig, wohl aber das Ausfüllen oder Unterschreiben von Papieren. Viele wissen gar nicht, welche Papiere sie ausfüllen. Manchmal wird gesagt: Ich habe irgendwo auf einem Bogen etwas unterschrieben. Die Krankenkasse hat wegen irgendeines Programms angerufen. Worauf sich die Unterschrift bezog, weiß ich aber eigentlich gar nicht. – Die Betroffenen wissen oftmals also gar nicht, was sie unterschrieben haben. Sie lästern jedenfalls darüber, wie viel sie unterschreiben müssen, sie lästern darüber, wenn einmal ein Bogen verschwindet und so weiter. Ein weiterer Wunsch von uns wäre, dass die DMPs nicht mit dem Risikostrukturausgleich verknüpft werden. Dabei ist uns aber natürlich klar, dass sie dann, wenn es diese Verknüpfung nicht gäbe, nie so umgesetzt worden wären. Für uns wäre es vom Gedanken her aber günstiger gewesen, wenn man sich um die chronisch kranken Patienten im Bereich Diabetes vorher schon gekümmert hätte. Wir hätten uns gewünscht, dass es ohne Zwangsmaßnahmen gegangen wäre.

In der Alltagspraxis werden mir als Vorteile immer wieder die freiwillige Teilnahme, die bessere Betreuung von einem Großteil der Betroffenen – wir haben vorhin Zahlen darüber gehört, die belegen, dass mit Sicherheit effektivere Untersuchungen stattfinden werden –, die Schulung für jeden sowie die günstigere Arzneimittelzuzahlung genannt. In der Liste der Nachteile steht die

Frage nach der freien Arztwahl obenan. Viele, die bei uns anrufen, fragen, ob sie nun ihren Hausarzt wechseln müssen, weil der bisherige Hausarzt sich am DMP nicht beteiligt. Es gibt bei uns verschiedene Regionen, in denen dieser Fall extrem häufig vorkommt. In bestimmten Regionen gibt es vielleicht nur einen einzigen Arzt, der sich an dem Programm beteiligt. Dieser eine Arzt ist dann absolut überfordert und kann nicht allen Anforderungen gerecht werden. Viele Betroffene haben auch in Bezug auf die Medikamente Angst. Noch gravierender ist der Aspekt des gläsernen Patienten. Viele Betroffene haben Angst davor, dass die Daten weitergeflutet werden. Sie wissen nicht, was mit den Daten geschieht. Es besteht jeweils große Sorge in der Hinsicht, wohin die Daten gehen. Als Nachteil wird weiterhin empfunden, dass es teilweise nur Schulungen für DMP-Patienten gibt. Dies ist von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich. Angesichts dieses Sachverhalts wird darauf verwiesen, dass alle gleichbehandelt werden sollten.

Unser Fazit ist im Moment dieses: Die Zusammenarbeit aller kann die Versorgung der Menschen mit Diabetes wesentlich verbessern. Wir müssen dementsprechend auf die Krankenkassen und auf die Ärzte zugehen und unsere Forderungen klar definieren. Dass wir andere Gedanken haben als Krankenkassenvertreter, Kassenärztliche Vereinigungen und Ärzte, ist vollkommen klar. Barrieren aufgrund von Neid, Missgunst und Sprachlosigkeit müssen überwunden werden.



Die Autorin

Gabriele Buchholz
Stellvertretende Bundesvorsitzende Deutscher Diabetikerbund (DDB)

Qualitätsbericht aus der Praxis

Wilfried Jacobs

Im August 2001, also kurz nachdem Disease-Management-Programme gesetzlich verankert wurden, wurde mir in meinem Haus eine Statistik vorgelegt, aus der ich Folgendes entnehmen konnte: Einige Krankenhäuser, Gynäkologien mit 60 Betten, operierten die Brust 20-mal im Jahr, andere Krankenhäuser mit 62 oder 63 Betten operierten die Brust 250-mal im Jahr.

Aus diesen Zahlen ergaben sich Fragen: Woran kann das liegen? Könnten solche großen Abweichungen gegebenenfalls etwas mit Qualität zu tun haben? Ich gab den Auftrag, weiter nachzuforschen. Die Recherchen ergaben, dass bei insgesamt 124 Gynäkologien im Rheinland einige Abteilungen nur dreimal im Jahr die Brust operierten, und dies bei 40 oder 50 Betten. Der Schluss lag nah: Es kann etwas nicht stimmen – für uns die Herausforderung, genauer hinzuschauen.

Just zu diesem Zeitpunkt, im Herbst 2001, kam die Diskussion über Disease-Management-Programme und im Speziellen zum DMP Brustkrebs auf. Aufmerksam geworden auf Qualitätsfragen in der Versorgung bei Brustkrebs, habe ich mir gemeinsam mit dem Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO), Herrn Dr. Hansen, angeschaut, ob DMPs tatsächlich dabei helfen können, die Qualität der Versorgung der Patienten zu verbessern. In unserem KV-Vorsitzenden fand ich zum Glück einen Gesprächspartner, der in Veränderungen nicht zuerst die Probleme sah, sondern die Chancen. KVen sind von Hause aus nicht darauf ausgerichtet, Probleme transparent zu machen. Die KVNO aber suchte mit mir nach Lösungen für vorhandene Qualitätsprobleme – DMPs schienen ein Weg zu sein.

Zwar haben wir schon damals erkannt, dass es bei der Umsetzung von DMPs auch Probleme geben könnte – eines davon ist die Bürokratie –, aber die Philosophie der Programme hat uns überzeugt: Der Ansatz, schwerst und chronisch Kranke durch den Medizinbetrieb zu leiten und ihnen verlässliche Qualität in der Behandlungskette zu bieten, bedeutete für uns eine Herausforderung und entsprach unseren Zielen. Der gemeinsame Entschluss stand: Wir entwickeln in Nordrhein Disease-Management-Programme und beginnen mit Brustkrebs.

Ebenfalls zu diesem Zeitpunkt wandten sich einige KVen in Deutschland an die Öffentlichkeit mit dem Hinweis, dass durch DMPs eine Richtlinienmedizin drohe und dies der Ausverkauf der Medizin sei. Dies war für mich ein sicheres Zeichen dafür, dass wir richtig lagen und nun schnell handeln mussten!

Eingestiegen sind wir mit Brustkrebs, dem bundesweit ersten akkreditierten Programm im Jahre 2003. Die AOK Rheinland hat sich dabei von Folgendem leiten lassen: Wir müssen uns erst anschauen, welchen Weg die Patientin durch den Medizinbetrieb geht und wie es ihr dabei geht. Sie muss mit ihren Bedürfnissen das Maß der Dinge sein. Gleiches gilt für Angebote der integrierten Versorgung: Auch hier ist entscheidend, was der Patient will und was er braucht.

Wir haben derzeit 184 Modelle zur integrierten Versorgung auf dem Tisch liegen. Etwa 70 davon habe ich mir persönlich angeschaut und mich mit den Antragstellern unterhalten. Bei der 30. Präsentation habe ich den Vortragenden gestoppt und gesagt: „Stellen Sie bitte Ihren Folien-Vortrag über die integrierte Versorgung um und beginnen Sie mit der vorletzten Folie“, denn das Muster war immer gleich: Die erste Folie war: „Das machen wir“, dann folgte: „Dies sind die Beteiligten“ und „So denken wir uns die Finanzierung“. Vor der letzten Folie „Wir bedanken uns für die Aufmerksamkeit“ kam meist die Aussage: „Im Übrigen spielt auch der Patient noch eine Rolle.“

DMPs wie auch Modelle integrierter Versorgung können nur dann gut sein, wenn sie dem Patienten einen eindeutigen Vorteil bringen. Wenn neue Versorgungsformen dem Patienten keinen Nutzen bringen, sind sie überflüssig. Die Frage des Erfolgs müssen Sie daran messen, ob der Patient Vorteile hat, ob diese Vorteile transparent sind und ob sie nachgewiesen werden können. Alles andere ist für meine Begriffe nicht sehr sinnvoll.

Vor diesem Hintergrund sind wir gestartet und haben uns immer wieder angeschaut: Wie geht es dem Patienten im Medizinbetrieb? Wo sind die Schnittstellen, wo sind die Problemfelder? So ist das erste Programm, das

Wenn neue Versorgungsformen dem Patienten keinen Nutzen bringen, sind sie überflüssig.

DMP Brustkrebs der rheinischen Kassen, entstanden, das natürlich die Frage der Qualität in den Mittelpunkt stellt und notwendige Veränderungen einleitet. Ein Beispiel: 50 Prozent der Krankenhäuser nahmen die Frauen im Krankenhaus auf ohne pathologisch gesicherte Diagnose, operierten sie, um anschließend nicht selten festzustellen: kein Brustkrebs. Wie konnte das passieren? Warum wurden keine anderen Methoden angewandt? Es lag einfach daran, dass ambulante Stanzbiopsien zu diesem Zeitpunkt von den Krankenkassen nicht bezahlt wurden.

DMPs beinhalten einen Umstrukturierungsprozess im Ablauf, aber auch einen Umstrukturierungsprozess bei den Krankenkassen. Gehen Sie bitte nicht davon aus, dass die Krankenkassen von Hause aus und prinzipiell immer auf Neuerungen vorbereitet sind. Das anzunehmen wäre ein Trugschluss! Also musste sich auch das Unternehmen AOK umstellen; es muss sich auf diese neue Welt der DMPs konzentrieren.

Was waren die Ziele, die wir bei dem Abschluss des ersten Vertrags zu einem Disease-Management-Programm, nämlich Brustkrebs, verfolgt haben? Sicherung der Qualität und Verbesserung der Versorgungsabläufe. Meine Damen und Herren, jede zweite Brustkrebspatientin, die Sie fragen, meint nicht „Ich glaube, ich habe die falsche Chemotherapie bekommen“, sondern sie fühlt

sich durch den Verlauf des Medizinbetriebs belastet. Sie kommt immer wieder an Schnittstellen an, wo sie bestimmte Dinge nicht begreift, zum Beispiel muss sie bei jedem Befund, den sie in Kopie haben will, betteln. Nebenbei: Auch andere Beteiligte erhalten die Befunde nicht automatisch. Die Qualitätssicherungskette bei Brustkrebs schließt sich nicht.

Da ich den Auftrag habe, einen Praxisbericht zu geben, noch ein Beispiel: Die an Brustkrebs erkrankte Frau geht zu ihrem Gynäkologen. Dieser hält eine Mammographie für notwendig. Die Frau geht zum Radiologen. Er stanzt und schickt das Gewebe an einen Pathologen. Der Verdacht auf Brustkrebs wird histologisch bestätigt. Die Frau wird ins Krankenhaus eingewiesen. Dort wird sie operiert. Das Gewebe geht wieder zu einem Pathologen, zu einem anderen als beim ersten Mal. Der erste Pathologe erfährt vom Ergebnis des zweiten – wenn überhaupt – nur zufällig; gleiches gilt für den Radiologen.

Wie soll sich denn die Qualitätskette schließen, wenn sich nicht alle Beteiligten gegenseitig austauschen und die Befunde weiterreichen? Ich weiß nicht, ob es Sie überrascht, dass von zehn Frauen, die an Brustkrebs erkranken, statistisch 9,5 nicht wissen, in welchem pathologischen Institut ihr Gewebe analysiert wird. Sie wissen auch nicht, ob dieses pathologische Institut qualitätsgesichert arbeitet oder nicht. DMPs mit ihren strukturierten Abläufen können hier gewünschte Entwicklungen in Gang setzen.

Noch kurz etwas zu den aktuellen Zahlen: 10 506 Frauen sind in Nordrhein im DMP Brustkrebs eingeschrieben. Dazu möchte ich eine Fußnote anbringen: Bei uns in Nordrhein sind die DMPs aller Kassenarten gleich. Ich bin ein leidenschaftlicher Anhänger gemeinsamer Programme. Der Gedanke, dass wir in den Praxen und Krankenhäusern demnächst 600 oder 700 DMPs und Modelle integrierter Versorgung laufen haben, jagt mir einen Schauer über den Rücken. Deswegen haben wir im Rheinland gesagt: Alle Kassen müssen an einen Tisch, um in Praxen, Krankenhäusern und vor allem bei Patientinnen und Patienten nicht zusätzliche Verwirrung anzurichten! Wäre es nicht

gelingen, diesen Weg gemeinsam zu gehen, hätten wir als AOK alleine handeln müssen. Aber gemeinsames Vorgehen hat den Vorteil, dass Sie, wenn Sie Strukturen verändern wollen, dies mit einem hohen Marktanteil leichter schaffen können.

Im Rheinland arbeiten also alle Kassen miteinander. Die AOK hat die Federführung übernommen, und alle haben mitgemacht. Wir haben auch die KV mitgenommen. Zeit für die Frage „mit oder ohne KV?“ haben wir nicht gehabt. Glauben Sie denn, dass ein Patient zu uns kommt und fragt: Sind bei Ihren DMPs die KVn beteiligt oder nicht? Und dann fortfährt: „Wenn ich weiß, dass sie beteiligt sind, schreibe ich mich nicht ein“. Das habe ich noch nie erlebt und es ist für mich auch nicht vorstellbar. Also war die Beteiligung der KV für uns von Anfang an keine Frage. Wo eine KV nützlich ist, muss man sie mitnehmen, und wo es Schwierigkeiten gibt, muss man sie davon überzeugen, dass Schwierigkeiten abgebaut werden müssen. So ist es bei uns im Rheinland übrigens auch geschehen. Die KV war an dem ganzen Prozess beteiligt. Der entscheidende Punkt bei unserer DMP-Vorgehensweise war aber ein ganz anderer. Es ist uns durch das DMP gelungen, die Krankenhausstrukturen zu verändern. Ich betone: Ohne DMPs wäre das nicht möglich gewesen. Von den 124 gynäkologischen Abteilungen im Rheinland, die die Brust operieren dürfen, werden über die Krankenhausplanung des Landes nur noch etwa 70 als Brustzentren anerkannt, und die Brust wird demnächst fast ausschließlich in diesen Brustzentren operiert – dafür werden die Patientinnen sorgen. Eine solche hervorragende krankenhauplanerische Maßnahme hätten wir über die Krankenhausplanung alter Prägung niemals erreicht. Es kann nach wie vor auch ein Krankenhaus, das beim DMP nicht dabei ist, die Brust operieren, aber die Patientinnen wissen ganz genau Bescheid, wohin sie gehen müssen. Sie stimmen heute mit den Füßen ab.

Die Bildung dieser Zentren hat nicht nur den Charme, dass man über die Fallzahlen die Qualität anheben kann. Es kann das Haus, wenn die entsprechende Fallzahl da ist, auch investiv ganz anders vorgehen. Es hat sich herum-

gesprochen, dass durch die Bildung dieser Zentren auch für die Frauen Qualität erkennbar wird.

Was muss seitens der Krankenkassen passieren? Zurzeit habe ich in meinem Mitgliederbestand etwa 2 200 Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind. Ich habe mich entschieden, eine eigene Geschäftsstelle einzurichten, die ausschließlich für die an Brustkrebs erkrankten Frauen zuständig ist. Dort beschäftige ich eine Gynäkologin, eine Psychotherapeutin und Mitarbeiterinnen, die sich mit allen Fragen rund um die Sozialversicherung auskennen. Und die erkrankten Frauen wissen, dass sie dort die Informationen bekommen, die sie brauchen, dass sie auch ein Gespräch mit einer Gynäkologin führen können, und auch am Samstag und Sonntag kompetente Ansprechpartnerinnen für sie zur Verfügung stehen – nicht in Gegnerschaft zu den Ärzten, sondern gemeinsam mit ihnen.

Wozu führt das? Es führt schlicht und ergreifend dazu, dass nicht das passiert, was Sie alle kennen: Ein normaler Sachbearbeiter in einer Krankenkasse hat jeden Tag unheimlich viel zu tun. Er beschäftigt sich mit vielen „normalen Fällen“. Und plötzlich kommt eine Frau, die in ein Disease-Management-Programm eingeschrieben ist oder demnächst in ein integriertes Versorgungsprogramm. Der Sachbearbeiter hat gar nicht die Chance, den Wünschen und Bedürfnissen dieser Versicherten gerecht zu werden.

Die Mitarbeiterinnen unserer Geschäftsstelle neuer Prägung können sich jetzt systematisch auf die Betreuung der Patientinnen mit Brustkrebs konzentrieren. Die sind dafür sensibilisiert. Es sitzen dort nur Frauen, und glauben Sie mir: Seitdem eine Frauenärztin in die Abläufe und Prozesse eingeschaltet ist, werden völlig andere Fragen diskutiert und übrigens auch im Leistungsrecht völlig andere Überlegungen angestellt.

Die erkrankten Frauen wissen, dass sie dort die Informationen bekommen, die sie brauchen, dass sie auch ein Gespräch mit einer Gynäkologin führen können, und auch am Samstag und Sonntag kompetente Ansprechpartnerinnen für sie zur Verfügung stehen.

Ein Beispiel: Ich mache heute keine einzige Reha-Maßnahme für Frauen mehr, bei der sie vorher nicht die Chance gehabt haben, unter mehreren Menüs eines auszusuchen: Fahre ich in die Reha-Maßnahme mit oder ohne Mann, zwei Wochen oder eine und wohin fahre ich? – Das gehört für mich dazu. Eine Zeit lang haben wir immer geglaubt, wenn eine Frau vier Wochen in Kur ist, freut sie sich darüber und ist zufrieden, wenn sie zurückkommt. Nicht selten kamen aber Frauen zurück und sagten: Vier Wochen waren viel zu lang, ich wäre gerne 14 Tage in der Nähe gewesen, wo mein Mann mich regelmäßig besuchen kann. – Wichtig ist heute auch, dass die Flexibilisierung innerhalb der Krankenkassen einsetzt – auch da haben die Disease-Management-Programme etwas bewegt. Auf Diabetes gehe ich jetzt nicht mehr näher ein, weil mein Vorredner das schon sehr plastisch dargestellt hat. Nur soviel:

Ich mache heute keine einzige Reha-Maßnahme für Frauen mehr, bei der sie vorher nicht die Chance gehabt haben, unter mehreren Menüs eines auszusuchen.

2003 war mit dem DMP Brustkrebs die Geburtsstunde neuer patientenorientierter Versorgungsformen im Rheinland, und wir haben in diesem Sinne weitergemacht.

Eine Anmerkung zu den Leitlinien: Das Schlimmste, was ich in den vergangenen Jahren bei der Arbeit am DMP Brustkrebs miterlebt habe, war die Diskussion über die Leitlinien. Die wissenschaftlichen Gesellschaften müssen sich heute umstellen. Leitlinien müssen systematisch angepasst werden. Meiner Vorrednerin kann ich nur danken: Es ist ein Mangel,

dass in den Leitlinien nur medizinische Inhalte enthalten sind, Probleme, die der Patient oder die Patientin hat, aber nicht berücksichtigt werden. Lebensqualität zu sichern sollte mittlerweile fester Bestandteil von Leitlinien sein. Deshalb ist der Umgang mit Leitlinien auch relativ kompliziert, was nichts an deren Notwendigkeit ändert.

Was ist kritisch? Kritisch ist der für meine Begriffe nach wie vor zu hohe Verwaltungsaufwand. Diesen Verwaltungsaufwand dürfen wir aber nicht nur beklagen. Wir können selber daran arbeiten, ihn zu reduzieren. Wie löse ich dieses Problem in der Praxis? Ich habe Verständnis für die niedergelassenen

Ärzte, die stöhnen, wenn schon wieder ein Brief kommt: „Da ist etwas nicht richtig ausgeführt, sorgen Sie bitte für eine Korrektur“.

Auch für uns ist das ärgerlich, aber wir haben nach Wegen gesucht, dem Arzt das Verfahren zu erleichtern. Wenn ein Bogen nicht richtig ausgefüllt ist und eine Nachdokumentation gemacht werden muss, fahren Mitarbeiter von uns zu den Ärzten, füllen die Bögen mit dem Arzt an Ort und Stelle aus und nehmen sie mit. Wir setzen eigene Mitarbeiter ein, die nichts anderes tun, als Dokumentationsprobleme mit dem Arzt an Ort und Stelle zu klären. Wir wenden uns in keinem Fall an die Patientin, immer nur an den Arzt. Wir gehen grundsätzlich nicht den Weg über die Patientin, sondern sagen: Herr des Verfahrens ist der Arzt, und der muss das regeln.

Selbstverständlich sind kritische Anmerkungen zur Dokumentation erlaubt, aber ich sage hier auch: Wir müssen Daten haben, sonst können wir keine Qualität sichern. Die Daten, die wir brauchen, müssen auf dem Tisch liegen. Wir müssen für die Dokumentation die Technik nutzen – und wir müssen Dokumentationen und Übertragungswege unkomplizierter machen; Dokumentation muss einfacher werden.

Einige Anmerkungen zum Schluss. Innerhalb der Ärzteschaft muss die Haltung aufgegeben werden – und ich möchte an dieser Stelle bei den Ärzten dafür werben –, immer grundsätzlich gegen etwas zu sein. Der – von mir sehr geschätzte – Präsident der Bundesärztekammer zieht durchs Land und sagt: Disease-Management-Programme sind eine Katastrophe. – Ich würde ihm dringend raten, die Begrifflichkeit auszutauschen und sich einmal die Praxis anzusehen. Dann kann er das immer noch sagen, aber ich denke, er wäre dann ein Stückchen schlauer geworden.

Ein Hinweis zum Erfolg von DMPs: Über die Ergebnisse des DMP Brustkrebs und des DMP Diabetes in Nordrhein gibt es einen Qualitätssicherungsbericht. Ein Beispiel für die Erfolge des DMP Brustkrebs: Das Ziel, über 50

Prozent der Frauen, die einen Tumor von maximal zwei Zentimeter Größe haben, brusterhaltend zu operieren, ist weitgehend erreicht. Die Quote ist durch das DMP nach oben gegangen.

Im Fokus der DMPs muss die Nutzenstiftung für den Patienten liegen, nicht die Frage, wer irgendwelche geldwerten Vorteile hat. Im Mittelpunkt muss der Patient und sein Nutzen stehen. DMPs müssen als Fortbildungschance genutzt werden. In unserem Programm Brustkrebs organisieren die Krankenhäuser und die eingeschriebenen Ärzte selbst die Fortbildung. Es ist kein Drama, wenn nicht alle Gynäkologen den Weg mitgehen. Es müssen die richtigen mitgehen. Qualität bekommen Sie nicht durch Mitnahme von Masse, sondern durch Eingrenzung von Klasse. Der Markt wird das von selbst regeln. Sie müssen nicht noch den Letzten mitnehmen. Gehen Sie den Weg mit denen, die Trendsetter sind. Mein Credo ist: Nehmen Sie in der Medizin immer die Trendsetter mit. Die Trendsetter müssen dabei sein, dann sind die Störeffekte kleiner. Nach zwei oder drei Jahren muss geprüft werden – und daran müssen wir uns alle messen lassen: „War das Programm effizient oder nicht?“

Meine These nach drei Jahren Umgang mit DMPs sowohl bei Brustkrebs als auch bei Diabetes: Wenn wir uns daran gewöhnen, den Patienten in den Blick zu nehmen und seine Welt als Maßstab für die Gestaltung neuer Strukturen anzusehen, machen wir genau das Richtige. Im Rahmen von Disease-Management-Programmen lernt die Medizin genauso wie die Krankenkassen, und solche Lernprozesse sind gut.



Der Autor

Wilfried Jacobs

Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland - Die Gesundheitskasse

Qualitätsbericht aus der Praxis

Frank Storsberg

Drei Schwerpunkte möchte ich bei meinen Ausführungen setzen. Zum einen möchte ich erläutern, wie wir Disease-Management als AOK Thüringen in unsere gesamten Aktivitäten und unsere so genannte Qualitätsoffensive eingebettet haben. Zweitens möchte ich darüber berichten, wie unsere konkreten Erfahrungen in der Umsetzung aussahen. Und Drittens: Wie haben wir die Wirkungen aus der Perspektive der Versicherten zu bewerten?

Die Qualitätsoffensive der AOK Thüringen hat im Jahr 2004 begonnen und ist im Jahr 2005 fortgesetzt worden. Wir sehen, dass dabei so etwas wie ein neues Haus gebaut wird. Dabei versuchen wir, verschiedene Baustellen zusammenzuführen. Die DMPs sind für uns das wichtigste Lernfeld gewesen. Innerhalb der DMPs können wir – der Kollege Jacobs hat es angesprochen – uns als Krankenkasse erstmals wirklich trainieren, in einer anderen Vertragswelt zu agieren. Das sage ich jetzt weitab von Überlegungen bezüglich Patientenorientierung und RSA-Geldern. Wir hatten in den letzten 50 Jahren klare Strukturen, in denen wir mit immer wiederkehrenden Ritualen Verhandlungen geführt haben. Rituale, die jetzt durchbrochen werden. Dadurch haben wir als Krankenkasse erstmals eine andere Möglichkeit, inhaltlich strukturiert Einfluss zu nehmen. Deswegen ist für uns DMP einer der wesentlichen Bausteine unserer Qualitätsoffensive. Und deswegen waren wir als AOK Thüringen bei allen DMPs auch mit als Erste dabei.

Wir haben dieses Feld für uns dann auf die integrierte Versorgung erweitert. Die ganzen Erkenntnisse – Qualitätssicherung, evidenzbasierte Behandlungsabläufe, Kooperationsregeln, Schnittstellendiskussion –, all das fließt in unsere

Überlegungen und in die zukünftigen Verträge der integrierten Versorgung mit ein. Auch Themen der Gesundheitsförderung und Prävention nehmen einen wichtigen Platz in der Qualitätsoffensive ein. Ich gehe an dieser Stelle jedoch nicht näher darauf ein.

Noch ein kurzer Ausflug zum Hausarztmodell: Die Kollegin aus Sachsen-Anhalt hat die Situation beschrieben. Wir in Thüringen werden genau diesen Weg beschreiten. Wir werden klar sagen: Es ist verpflichtend, dass diejenigen,

Es ist verpflichtend, dass diejenigen, die sich im Hausarztmodell einschreiben, dann auch ein Bekenntnis zu Disease-Management-Programmen ablegen.

die sich im Hausarztmodell einschreiben, dann auch ein Bekenntnis zu Disease-Management-Programmen ablegen. Das wird für uns ein wesentlicher Punkt sein.

Die Problematik der Ressourcen in den jeweiligen Praxen ist heute mehrfach angesprochen worden, auch aus der Sicht der Kassenärztlichen Vereinigungen. Wir müssen klar bekennen: Die Ressourcen in den ärztlichen Praxen sind endlich. Wir haben eine Arbeitszeitsituation, die wirklich kritisch ist. Deswegen versuchen wir in Thüringen – ähnlich wie die Kollegen im Rheinland – diese Programme gemeinschaftlich mit allen

Krankenkassen durchzuführen. Denn uns ist klar, dass es unzumutbar ist, Praxispersonal permanent mit unterschiedlichen Programmen, unterschiedlichen Inhalten und unterschiedlichen Abläufen zu konfrontieren. Auch hier also eine klare Positionierung!

Eine Länderinformation sei mir ganz kurz gestattet, wobei ich Ihre Aufmerksamkeit nur auf einige wenige Zahlen lenken möchte. Wir haben in Thüringen bereits 43 Prozent der AOK-versicherten Diabetiker im Programm. Ich denke, das ist eine ganz ordentliche Zahl. Mehr als zwei Drittel der Hausärzte beteiligen sich mittlerweile. Auch das ist ein Beweis dafür, dass das Ganze eine breite Basis hat. Wir haben als erste Krankenkasse das DMP für die koronaren Herzkrankheiten akkreditiert bekommen. Hier erfolgt gegenwärtig die Etablierung der Arztprozesse in den Praxen. Der Brustkrebs

ist eine Erkrankung, die wir mit einem DMP ab 1. Januar 2005 in Angriff genommen haben.

Ein wesentliches Hemmnis in der Praxis war die Problematik der 100-prozentigen Datenqualität. Sie hat – das müssen wir eindeutig sagen – in hohem Maße zu Akzeptanzproblemen geführt. Hinzu kam noch die Besonderheit – das war in den Medien auch nachzulesen –, dass Datenschutzbestimmungen in der Vergangenheit nicht eingehalten worden sind. Das trägt natürlich nicht dazu bei, die Akzeptanz innerhalb der Ärzteschaft zu fördern. Da ist noch viel missionarische Arbeit zu leisten. Es wurde ja schon auf den EBM 2000plus hingewiesen. Es gibt zusätzliche Verwaltungsprobleme, und es sind zweifellos viele Gespräche notwendig, um die Ärzteschaft hierfür zu begeistern.

Wie sind wir es konkret angegangen? Wir haben von Anfang an versucht, die Prozesse zwischen Ärzten, Versicherten und Krankenkassen zu verknüpfen. Das klingt erst einmal recht banal, aber das in der Praxis umzusetzen ist relativ schwierig, weil die Interessenlagen doch heterogen sind.

Auf der Seite der Ärzte haben wir vom ersten Tage an Informationsveranstaltungen durchgeführt – und zwar immer gemeinsam von Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung. Ebenfalls gemeinsam – AOK und KV – haben wir Hotlines eingerichtet. Wir haben regionale Praxis-Workshops durchgeführt. Und letzten Endes haben wir – für Thüringer Verhältnisse sehr umfangreich – mit 20 AOK-Vertragspartnerberatern vor Ort in den Praxen immer wieder für dieses Verfahren geworben.

Was haben wir in Richtung Versicherte initiiert? Wir haben die uns bekannten AOK-versicherten Diabetiker anlassbezogen per Mailing kontaktiert. Zusätzlich haben wir die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit – vor allem in unseren Versichertenzeitschriften – verstärkt. Und wir haben extra ein Disease-Management-Team gebildet, das in den AOK-Geschäftsstellen sehr intensive

Aufklärungsarbeit geleistet hat. Unterstreichen möchte ich das, was heute bereits mehrfach gesagt wurde: Ohne die Akzeptanz der beteiligten Ärzte ist der Erfolg nicht realisierbar. Das ist der Dreh- und Angelpunkt.

Ein Missverständnis des heutigen Tages muss ich allerdings ausräumen: Alle glauben ja, DMP heißt „Disease-Management-Programm“. Das stimmt

Es kann doch nicht im Sinne des Erfinders sein, dass durch zwei relativ marginale Verfahrensfehler jemand komplett aus dem Programm herausgenommen wird.

gar nicht. Eigentlich heißt DMP: Deutlich Mehr Papier. Auch so etwas muss man einmal ganz deutlich sagen. Das bisherige Verfahren ist unzureichend. EDV-Lösungen zur Plausibilisierung der Dokumentationsbögen und die elektronische Datenübermittlung müssen Einzug halten. Ansonsten werden wir längerfristig Schiffbruch erleiden. Bei zunehmenden Disease-Management-Programmen, die wir ja alle erklärtermaßen wollen, wird sonst eine überbordende Bürokratie entstehen, die große Schwierigkeiten macht und als Hemmnis empfunden wird. Insofern an Sie, Herr Dr.

Klima, in Österreich ein herzlicher Glückwunsch! Wenn Sie das gleich wesentlich abspecken, ist dies sehr vernünftig. Und noch viel besser ist es, wenn wir gleich für die nötige DV-Unterstützung sorgen.

Aber nicht nur die Bürokratie als solche ist ein Problem, nicht nur der Aufwand ist schwierig zu handhaben. An einem Beispiel will ich festmachen, wie schwierig das Geschäft auch in der Praxis ist. Nehmen wir an, in Thüringen geht eine Frau Mustermann zum Arzt. Sie wurde immer untersucht, und sie hat auch ihre Dokumentationsbögen bekommen. Doch weil ihr behandelnder Arzt vielleicht eine Korrekturfrist gegenüber der Datenstelle nicht eingehalten hat und weil er vielleicht einen Dokumentationsbogen zu früh erstellt hat, muss die Frau aus dem DMP ausgeschrieben werden. Und daran sieht man, dass hier wirklich mit den berühmten Kanonen auf Spatzen geschossen wird. Es kann doch nicht im Sinne des Erfinders sein, dass durch zwei relativ marginale Verfahrensfehler jemand komplett aus dem Programm herausgenommen wird.

Wir versuchen mit erheblichem Aufwand, die Versicherten in die Programme einzuschreiben, und dann wird – im Grunde aufgrund der Geldströme, die dahinter liegen – die administrative Seite doch überbewertet. In Thüringen werden in jedem Quartal wegen zwei fehlenden beziehungsweise nicht in die Bewertung einzubeziehenden Dokumentationen etwa drei Prozent der Versicherten ausgeschrieben. Und das ist nur ein Punkt. Ich könnte Ihnen jetzt einige weitere aufzählen. Ich erspare Ihnen das. Aber hier liegt ein ernst zu nehmendes Problem, das uns sehr beschäftigt.

Also ein klares Bekenntnis: Wir als AOK Thüringen werden gemeinsam mit den anderen AOKs und mit dem AOK-Bundesverband für die Vereinfachung der Abläufe eintreten. Eine dokumentationsfreie Umsetzung wird kurzfristig nicht möglich sein. Wir haben darüber mehrfach gesprochen. Die Dokumentation ist nun einmal Bestandteil der Qualitätssicherung. Ohne das eine ist das andere nicht denkbar. Aber wir müssen die arztbezogenen Maßnahmen reduzieren.

Vorhin ist im Plenum eine Frage aufgetaucht, auf die ich auch noch eine kurze Antwort geben möchte. Es ging um die Reminder. Arzt- und Versicherten-Reminder laufen in Thüringen. Auch erste Feedback-Bögen wurden erstellt, aber die laufende EDV-Umsetzung ist noch problematisch.

Welche Vorteile gibt es aus der Sicht von Versicherten und Patienten? Die wesentlichen Punkte sind genannt worden. Es gibt ein Qualitäts-Plus. Darüber haben wir uns verständigt.

Auch das Service-Plus möchte ich kurz ansprechen. Gerade die Erinnerung an die Arztbesuche spielt hierbei eine wesentliche Rolle. Auch die Versicherten selber sehen das in Verbindung zu ihrer Krankenkasse als einen wesentlichen Aspekt an. Da gebe ich dem Kollegen Jacobs vollkommen Recht: Das ist zwar kein Feld, das zum Wettbewerb auf der Basis von Verhandlungen geeignet ist. Aber man kann sich als Krankenkasse mit Qualität und Service profilieren.

Wenn Herr Jacobs beispielsweise – das finde ich ausgesprochen mutig – eine eigene Geschäftsstelle für eine bestimmte Indikation einrichtet und sagt, diese Versicherten betreue ich besonders, dann wird dort ein besonderer Service geboten und gleichzeitig Qualität gesichert. Da kann dann auch der Wettbewerb beginnen. Und da kann man sich dann als Krankenkasse auch von den Mitbewerbern entsprechend abheben.

Weitere Punkte sind die Schulung der Patienten und der Bonus, über den wir mehrfach gesprochen haben. Er bleibt ein umstrittenes Element. Natürlich ist er ambivalent, aber letztendlich leben wir in einer Gesellschaft, in der Sie Anreizsysteme schaffen müssen, um die Leute zu motivieren.

Was die Ziele angeht, so können sie kaum anschaulicher geschildert werden, als es Herr Dr. Franke vorhin in Bezug auf den diabetischen Fuß getan hat. Die wesentlichen Ängste, die jeder Versicherte hat, betreffen Erblindung und Amputation. Da müssen wir in der Diskussion mit den Versicherten ganz deutlich machen, was unsere Zielstellungen sind und wie wir entsprechend helfen können.

Wie sehen die Ergebnisse der Qualitätssicherung konkret aus? Dabei müssen Sie die Größenordnung der AOK Thüringen berücksichtigen. Wir sind ja „geringfügig“ kleiner als die AOK Rheinland. Aber immerhin verzeichnen wir 106 000 Erinnerungen an aktuelle Arztbesuche. Weitere Aktivitäten zeigen, dass wir seit dem Programmstart im Dialog mit den Versicherten zur Qualitätssicherung und Begleitung stehen. So sind beispielsweise. 7 100 Hinweise auf die jährliche Augenuntersuchung, 5 000 Hinweise auf Maßnahmen zur Fußkontrolle und 9 400 Hinweise auf Blutdruckwerte und deren Beeinflussung zu benennen. Ich denke, das ist sehr anerkennenswert und wird von den Versicherten als Hilfe zur Selbsthilfe verstanden.

Evidenzbasierte Leitlinien, klare Schnittstellen, Informationsflüsse über die Sektorengrenzen hinaus und die aktive Einbeziehung der Patienten sind für

die Etablierung der Disease-Management-Programme notwendig und sinnvoll. Sie geben uns die Möglichkeit, uns auf die neue Vertragswelt einzustellen. Es bedarf unbedingt einer Vereinfachung, einer Entbürokratisierung. Und es müssen EDV-technische Lösungen her, um den ganzen Prozess akzeptabler zu gestalten.

Die Finanzierung über den Risikostrukturausgleich ist, solange wir kein adäquates morbiditätsorientiertes System haben, für uns unabdingbar. Dazu bekenne ich mich auch. Herr Dr. Ahrens hat es heute Morgen gesagt, und ich sage es zum Schluss noch einmal: Ohne den RSA in dieser Form werden wir uns aus wettbewerblichen Gründen von DMPs verabschieden müssen. Denn das können wir uns nicht leisten.



Der Autor

Frank Storsberg

Vorstandsvorsitzender der AOK - Die Gesundheitskasse in Thüringen

Diskussion

Moderator Andreas Mihm: Meine Damen und Herren im Auditorium, jetzt ist Ihnen die Möglichkeit gegeben, Fragen zu den zuvor gehörten Beiträgen zu stellen.

Christian Luft: Herr Dr. Franke, ich komme aus dem Sozialministerium des Landes Baden-Württemberg und habe eine Verständnisfrage an Sie. Sie haben, wenn ich es richtig verstanden habe, gesagt, dass von den bekannten Diabetikern 50 Prozent in DMPs eingeschrieben seien. In Baden-Württemberg betrage der Anteil hingegen nur 10 Prozent. Vielleicht gibt es signifikante Unterschiede bei der Einschreibungspraxis, und zwar, wie ich vermute, insbesondere zwischen den alten und den neuen Bundesländern. Gibt es schon erste Erkenntnisse darüber, worauf diese Unterschiede zurückzuführen sind?

Dr. Dietrich Franke: Das müssen Sie missverstanden haben. Ich habe über die Einschreibung in Baden-Württemberg kein Wort gesagt.

Christian Luft: Dann habe ich Sie in der Tat missverstanden. Ich stelle die Frage dann anders: Gibt es signifikante Unterschiede bei der Einschreibungspraxis zwischen den alten und den neuen Bundesländern und, wenn Ja, welche Erkenntnisse gibt es darüber?

Ich will gleich eine zweite Frage anschließen. Wir haben viel darüber gehört, dass es bei den Disease-Management-Programmen darauf ankommt, ob sie dem Patienten nutzen oder nicht. Muss dann, wenn die DMPs möglicherweise mit einem Morbi-RSA verknüpft werden, nicht erst einmal die von Herrn von Stackelberg vorhin angesprochene Untersuchung durchgeführt werden, wie sich Disease-Management-Programme auf Patienten, die in solche Programme eingeschrieben sind, im Vergleich zu Patienten, die nicht

eingeschrieben sind, auswirken? Brauche ich solch eine Untersuchung nicht als Grundlage?

Dr. Dietrich Franke: Ich habe die Zahlen von der AOK Baden-Württemberg vom November letzten Jahres vorliegen. Vor etwa einem halben Jahr waren in Baden-Württemberg nach meinem Wissensstand 100 000 Patienten eingeschrieben. Die Einschreibungsquote in Baden-Württemberg ist im Vergleich zum Bundesdurchschnitt meines Wissens etwas unterdurchschnittlich. Es gibt dort Gebiete – Frau Buchholz hat dies angedeutet –, in denen ärztlicherseits eine geradezu militante DMP-Verweigerungshaltung festzustellen ist.

Frank Storsberg: Die Einschreibungsquote bei Programmen betreffend Diabetes ist in den neuen Bundesländern in der Tat etwas höher. Das hat aber auch mit der Historie zu tun. Die Kollegin aus Sachsen-Anhalt hat bereits berichtet, dass es dort Strukturverträge gab. In Thüringen gab es ebenfalls Strukturverträge. Strukturverträge betreffend Diabetes waren insgesamt etablierter als in den alten Bundesländern. Insofern ist es in der Tat so, dass man für das Krankheitsbild Diabetes sagen kann, dass die Einschreibungsquote in den neuen Bundesländern zurzeit noch etwas höher ist.

Moderator Andreas Mihm: Herr Jacobs, wir haben in Deutschland etwa acht Millionen Diabetiker, von denen ein Teil bisher unerkannt ist. 1,4 Millionen Diabetiker haben sich bislang in DMPs eingeschrieben. 1,4 Millionen sind einerseits eine hohe Zahl. Andererseits ist natürlich die Frage, warum die anderen sich nicht von allein einschreiben lassen, wenn es für sie dann eine bessere Versorgung gibt. Die anderen müssten Ihnen doch eigentlich die Bude einrennen.

Wilfried Jacobs: Der entscheidende Faktor ist, wie die Ärzte, die die Patienten einschreiben sollen, damit umgehen. Das ist eine philosophische Frage. Lehnt der Arzt das DMP kategorisch ab, schreibt er die Patienten nicht ein. Das ist der erste Punkt.

Der zweite Punkt ist: Wir wollen die Ärzte über die DMP-Verträge auch in Richtung Qualifizierung beeinflussen. Wir wollen, dass sie sich intensiver mit dem Krankheitsbild Diabetes beschäftigen. In dem Vortrag von Frau Buchholz wurde ja deutlich, dass nicht jeder praktische Arzt oder jeder Internist ein diabetologisch gut ausgerichteter Arzt ist. Die spannende Frage ist, ob man die Ärzte qualitativ alle dazu bringt, dass sie auch diabetologisch gut ausgerichtet sind. Alle Mitwirkungsprogramme der Ärzte sehen eine Qualifizierung vor. Die Frage ist allerdings, ob sie perspektivisch ausreichend ist. Herr Mihm, ich setze deshalb sehr darauf, dass die Mediziner, die sich an DMPs beteiligen, selber darauf achten, dass sie ihre eigene Fortbildung vorantreiben. Ich bin nicht davon überzeugt, dass alle, die sich einschreiben, von vornherein die erforderliche Qualifikation mitbringen. Sie können diese über DMPs aber viel schneller erwerben, wenn die Beteiligten sich eigene Fortbildungsprogramme geben.

Die Krankenkassen können nicht allzu viel dazu beitragen, dass sich Patienten einschreiben, wenn der Arzt dies nicht will. Deswegen wählen wir nicht den Weg über die Patienten. Wenn es nicht gelingt, einen Arzt dazu zu bringen, einen Diabetiker zu erkennen – dies müsste er eigentlich von selber tun – und dann, wenn er ihn erkannt hat, einzuschreiben, ist es ausgesprochen schwierig für uns, diesen Part zu übernehmen. Der Arzt ist gewissermaßen in der Vorhand. Ich bleibe bei meiner Aussage, dass dann, wenn es in einer Stadt im Rheinland 50 Diabetologen gibt und sich von diesen 30, die gut sind, an DMPs beteiligen, während die restlichen 20 es nicht tun, die verbleibenden 20 auf Dauer Probleme haben werden.

Dr. Andreas Crusius: Herr Jacobs, zunächst einmal herzlichen Glückwunsch dazu, dass Sie alle Kassen in einem Boot haben und nicht 100 verschiedene Verträge schließen müssen. Das ist vernünftig.

Eben war die Rede davon, dass die Ausgangsbasis für DMPs betreffend Diabetes in den neuen Bundesländern besser war. Wir werden allerdings nie alle Ärzte auf den gleichen Stand bringen können. Ein Hausarzt muss Hypertono-

loge, Diabetologe, zum Teil Endokrinologe sein, er muss Wundinfektionen behandeln und so weiter. Sie werden nie alle Hausärzte auf allen Gebieten hoch qualifiziert schulen können. Der Hausarzt wird ein breites und flaches Wissen, der Facharzt ein tiefes und schmales Wissen haben. Das liegt in der Natur der Sache. Insofern war der Ansatzpunkt mit den Schwerpunktpraxen, die es in den neuen Bundesländern gab, wesentlich besser. Diese Praxen haben sich tagein, tagaus nur mit Diabetes-Patienten befasst, so wie eine Zuweisungspraxis.

Hier wurde Herr Hoppe angesprochen. Da ich sein Stellvertreter bin, möchte ich auf die Aussagen, die hier getroffen worden sind, antworten. Sie haben zwei Punkte vielleicht nicht verinnerlicht. Welches ist der rechtliche Status eines Patienten, der sich in ein DMP einschreibt? Er gibt einen Teil seines sozialrechtlichen Anspruchs aus dem Versicherungsvertrag, den er mit der Krankenkasse hat, ab. Ein Bürger, der einen sozialrechtlichen Anspruch aus seinem Krankenversicherungsvertrag geltend machen wollte, konnte bis dato zum Sozialgericht gehen – ich verweise in diesem Zusammenhang auf den Viagra-Fall –, und der Bürger hat dann Recht bekommen.

Der HbA1c-Wert ist nicht festgeschrieben. Es gab einmal einen Professor, der von einem Wert von 8,5 ausgegangen ist, aber dies entspricht nicht den wissenschaftlichen Leitlinien. Nehmen wir einmal an, es gebe eine ganz neue Medikation mit inhalierbarem Insulin und diese wäre überaus teuer. Das DMP beinhaltet diese Medikation nicht. Wenn der Bürger daraus dann einen Nachteil erlangt, kann er zum Sozialgericht gehen. Dann passiert Folgendes. Der Sozialrichter wird sagen: Mein lieber Freund, dein Anspruch aus dem Sozialversicherungsvertrag wird abgelehnt, weil deine Vertreter, die Patientenvertreter, im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, dem GBA, zugestimmt haben; damit hast du indirekt auch zugestimmt. Du hast

Insofern war der Ansatzpunkt mit den Schwerpunktpraxen, die es in den neuen Bundesländern gab, wesentlich besser. Diese Praxen haben sich tagein, tagaus nur mit Diabetes-Patienten befasst, so wie eine Zuweisungspraxis.

deinen DMP-Vertrag unterschrieben und damit hast du keinen sozialrechtlichen Anspruch auf eine bessere Behandlung. – Herr Professor Hoppe sieht langfristig Probleme in dieser Hinsicht. So viel zur Erläuterung seiner Haltung.

Es wurde gesagt, der niedergelassene Pathologe rede nicht mit dem in der Klinik tätigen Pathologen. Wir sind in dieser Hinsicht in Mecklenburg-Vorpommern ein Stück weiter. Wenn dort ein Gynäkologe – ich wähle ein Beispiel aus einem anderen Fachgebiet – einen Conus aus der Cervix entfernt oder einen Abstrich untersucht, gibt es jeweils eine Rückkoppelung. Es wird dann z. B. verglichen, ob der Abstrich mit der Histologie übereinstimmt. Wir haben diesbezüglich seit sieben Jahren ein Qualitätsprogramm. Es ist bundesweit vorgestellt worden und einmalig in Deutschland.

Es wurde des Weiteren gesagt, der Patient wisse nicht, zu welchem Pathologen sein Material gehe und ob Qualitätssicherung gegeben sei. Können Sie mir sagen, ob alle Patienten wissen, zu welchem Sachbearbeiter der AOK der Reha-Antrag geht und ob dieser Mitarbeiter qualitätsgesichert arbeitet? Ich weiß, dass dem nicht so ist. Ich spreche wöchentlich mehrfach mit der Chefin der AOK in Rostock, weil ich meine, dass man nur im Gespräch miteinander etwas klären kann.

Der letzte Referent aus Thüringen sagte, dass Patienten wegen einiger Daten aus DMPs herausflögen. DMP beinhaltet meines Erachtens nicht die Aussage: Deutlich mehr Papier. Die Bezeichnung müsste eigentlich lauten: CFM – Cash Flow Management. Letztendlich geht es nur um den Geldfluss.

Moderator Andreas Mihm: Ich danke Ihnen für die Fragen und für die kommentierenden Anmerkungen. Es wäre meines Erachtens interessant zu hören, was die Patientenorganisationen zum Thema der diabetologischen Schwerpunktpraxen zu sagen haben und ob sie meinen, dass solch eine Versorgung besser wäre. Herrn Storsberg möchte ich bitten, etwas zu dem Thema zu sagen, dass längst nicht alles – entsprechende Vorwürfe gibt es auch seitens der

pharmazeutischen Industrie –, was auf dem Medikamentenmarkt erhältlich ist, den in DMPs eingeschriebenen Patienten verordnet werden darf und kann. Last, not least bitte ich Herrn Jacobs um eine Stellungnahme zum Thema der qualitätsgesicherten Arbeit von Sachbearbeitern innerhalb der AOK-Organisation.

Gabriele Buchholz: Ich habe immer wieder gesagt, dass Qualität das ist, was wir fordern. Uns ist aber vollkommen klar, dass wir derzeit nicht genügend Fachärzte haben und wohl auch nicht bekommen werden, um Diabetes komplett behandeln zu können. Unser Wunsch ist daher, dass wir Hausärzte haben, die sich etwas besser mit dem Diabetes auskennen als allgemein üblich. Man muss sich vergegenwärtigen, dass jeder Hausarzt 50 bis 100 Diabetiker, primär vom Typ 2, betreut. Wie soll er sich das erforderliche Wissen aneignen? Er muss im Einzelfall wissen, wann er einen Patienten abgibt, wann er einen Facharzt konsultieren muss und so weiter. Unter diesem Aspekt habe ich am Ende meines Referats vorhin auch Begriffe wie „Neid“ und „Missgunst“ genannt. Noch eine ganz kurze Anmerkung betreffend den Gemeinsamen Bundesausschuss: Patientenvertreter sind dort nicht stimmberechtigt.

Frank Storsberg: Die Problematik, die für den Versicherten jetzt erwächst, ist mir nicht ganz klar geworden. Ich versuche es jetzt einmal in dem Sinne zu interpretieren, wie ich es verstanden habe. Es gibt ja keine vertragliche Regelung im eigentlichen Sinne zwischen dem Versicherten und der Krankenkasse. Der Versicherte hat einen gesetzlichen Anspruch, der auf dem SGB basiert. Dieser wird – ebenfalls auf der Grundlage einer gesetzlichen Regelung innerhalb des SGB – durch das Disease-Management-Programm nur ergänzt. Insofern geht der Patient kein Risiko im eigentlichen Sinne ein, sondern er hat im Grunde beide Ansprüche, aus denen er etwas herleiten kann.

Was die Versorgung mit bestimmten Medikamenten angeht, so haben wir es nicht mit einem Problem zu tun, das wir auf das Disease-Management projizieren können. Es ist vielmehr ein generelles Problem, dass es Medikamente

gibt, die am Markt erhältlich, aber nicht zugelassen sind. Diese Medikamente müssen natürlich die entsprechenden Ausschüsse passieren. Wenn sie das tun, können sie sowohl in der allgemeinen Versorgung als auch im Rahmen von Disease-Management-Programmen ohne Probleme zur Anwendung gebracht werden.

Wilfried Jacobs: Herr Vizepräsident Crusius, ich bedanke mich für den Nachweis, dass das Motiv für die Haltung von Herrn Hoppe wahrscheinlich ein Rechtsunsicherheitsproblem ist. Ich bezweifle das. Dies ist der erste Punkt.

Ein zweiter Punkt. Sie haben völlig Recht, dass die Einstellung auf DMPs nicht nur ein medizinisches Problem ist. Vielmehr stellt sich auch für die Krankenkassen ein Problem, und zwar das der Betreuungsorientierung. Insofern gibt es einen Lernprozess für uns genauso wie für die Medizin. Wir müssen die qualifizierten Mitarbeiter, die sich gut auskennen, an einer Stelle zusammenführen. Das ist die Antwort auf Ihre Frage.

Sie haben des Weiteren unter qualitativem Aspekt von der Zusammenarbeit der Pathologen gesprochen. Ich teile Ihre Auffassung, dass die Kooperation zwischen dem ersten und dem zweiten Pathologen in einigen Bereichen sicherlich schon funktioniert. Die Praxis sieht allerdings so aus: Es gibt dazu keine Verpflichtung. Wenn Sie in den DMP-Vertrag verpflichtend hineinschreiben, dass alle am Prozess Beteiligten Befunde auszutauschen haben – das funktioniert bei uns in der Praxis leider nicht, obwohl es in den Verträgen steht – und dem Patienten die Kopie des Berichts unaufgefordert zur Verfügung zu stellen haben, frage ich mich, warum das nicht geschieht. In der Mehrheit der Fälle geschieht es nicht. Das wissen Sie aus der Praxis. Es steht bei uns zwar im Vertrag, aber in der Praxis wird nicht entsprechend verfahren.

In unserem Vertrag steht auch, dass eine Frau vor einer Brustoperation einen Anspruch darauf hat, dass der Chefarzt oder der operierende Arzt im Krankenhaus am Tag der Aufnahme mit ihr ein persönliches Gespräch über

den Ablauf der Operation führt. Die Krankenhäuser haben sich heftig dagegen gewehrt, dass der Chefarzt oder der operierende Arzt dieses Gespräch führen muss. Bis zu einem gewissen Grade kann ich das verstehen. In der Praxis wird aber noch nicht so verfahren. Es funktioniert also noch nicht. Sie mögen daran erkennen, dass es einiges gibt, was nicht sehr gut läuft.

Zurück zum Beispiel des Pathologen. Es wäre doch nicht falsch, wenn die zu behandelnde Frau wüsste, dass es eine Liste von Pathologen gibt, die sich auf die pathologischen Schnitte bei der Brust spezialisieren. Die Frau kann sich dann an einen dieser Spezialisten wenden. Ich hoffe nicht, dass es Sie überrascht, wenn ich sage, dass bei Brustoperationen im Krankenhaus ein Pathologe, der im Krankenhaus tätig ist und der nicht ausgewiesener Kenner der Pathologie für die Brust ist, trotzdem die Schnitte für die Brust aus ökonomischen Gründen zugewiesen bekommt. Dafür muss die Frau nicht unbedingt Verständnis aufbringen.

Moderator Andreas Mihm: Herr Ahrens hat heute Morgen gesagt, er hoffe, dass man am Ende dieses Tages, was die DMPs angehe, noch optimistischer nach Hause gehe, als man hierher gekommen sei. Nun könnte den einen oder anderen ob der Zahlen und der Praxisberichte, die hier vorgetragen wurden, in der einen oder anderen Hinsicht ein gewisses Unwohlsein beschleichen. Gleichwohl glaube ich, dass allein die persönliche, oft emotional vorgetragene, aber immer deutlich spürbare innere Bereitschaft und das Wollen derjenigen, die hier Beiträge geleistet haben, gute Zeichen dafür waren, dass die Schwierigkeiten, über die wir hier gesprochen haben, bald behoben sein werden und so ein weiterer Beitrag geleistet werden kann, um die Menschen besser zu versorgen.

Die Referenten

Dr. Hans Jürgen Ahrens, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes
Kortrijker Str. 1 · 53177 Bonn

Gabriele Buchholz, Deutscher Diabetiker Bund
LV Baden-Württemberg e.V.
Kriegstr. 49 · 76133 Karlsruhe

Dr. Dietrich Franke
Friedrichstr. 7 · 78050 Villingen-Schwenningen

Gerlinde Gerdes, Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Postfach 16 64 · 39104 Magdeburg

Wilfried Jacobs, Vorstandsvorsitzender
der AOK Rheinland – Die Gesundheitskasse
Kasernenstr. 61 · 40213 Düsseldorf

Dr. Gert Klima, Steiermärkische Gebietskrankenkasse
Josef-Pongratz-Platz 1 · A-8011 Graz

Johann-Magnus v. Stackelberg, Stellv. Vorstandsvorsitzender
des AOK-Bundesverbandes
Kortrijker Str. 1 · 53177 Bonn

Frank Storsberg, Vorstandsvorsitzender
der AOK – Die Gesundheitskasse in Thüringen
Potsdamer Str. 20 · 14513 Teltow

Prof. Dr. Jürgen Wasem
Uhlandstr. 26 · 53844 Troisdorf



▶▶▶▶ AOK-Bundesverband
Postfach 20 03 44
53170 Bonn
Kortrijker Straße 1
53177 Bonn

Telefon: 0228 843-299
Telefax: 0228 843-322
E-Mail: politik@bv.aok.de
www.aok-bv.de 