

Hoppe warnt vor Medizin nach Checkliste

Bei der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein am 16. März in Köln forderte der Kammerpräsident, dass auch im Rahmen von „Disease-Management-Programmen“ genügend Spielraum für eine individuelle Therapie bleiben muss.

von Horst Schumacher

der ärztlichen Selbstverwaltung – etwa der Hinweis auf Compliance-Probleme – stellten sich aus Berliner Sicht offenbar als zu vernachlässigende Größen dar, so Hoppe. Dennoch gelte es, mit der Situation verantwortungsbewusst umzugehen. Ärztinnen und Ärzte sollen die neue generelle Aut idem-Regelung nur sehr überlegt anwenden, mahnte der Kammerpräsident: „So weit das überhaupt möglich ist, sollten Sie durch Ihr Handeln im Alltag die Freiheit der ärztlichen Entscheidung gegen eine hektische und auf Finanzen fixierte Gesundheitspolitik verteidigen.“ Das bedeute praktisch, dass bei medizinischen Bedenken gegen

„Einen echten Paradigmenwechsel auch im ambulanten Sektor könnte die Vielzahl verbindlicher Behandlungsleitlinien mit sich bringen, wie sie jetzt auch in den neuen Programmen für chronisch Kranke – den Disease-Management-Programmen – eingeführt wird.“ – Das sagte der Präsident der Ärztekammer Nordrhein und der Bundesärztekammer, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, bei der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein am 16. März in Köln. Der Spielraum für eine individuelle Therapie des Patienten werde durch solche Standards enger, was sich auch negativ auf den Behandlungserfolg auswirken könne. Hoppe: „Ich habe den Eindruck, dass einige der Befürworter dieser Programme am liebsten Checklisten anlegen würden, die von den Ärzten abzuarbeiten wären.“ Dabei werde übersehen, dass der Arztberuf untrennbar mit der Freiheit verbunden ist, im Gespräch und gemeinsam mit dem Patienten nach der individuell richtigen und Erfolg versprechenden Therapie zu suchen. Es sei zwar richtig gewesen, dass die Ärzteschaft selbst die Entwicklung von Leitlinien als Orientierungshilfe im Sinne von Fortbildung vorangetrieben habe, so Hoppe. „Eine schematische Checklistenmedizin aber, wie sie sich mancher Kassenfunktionär vorstellt, lehnen wir strikt ab“, sagte der Kammerpräsident.

einen Austausch des verordneten Präparates durch den Apotheker die Substitution immer ausgeschlossen werden solle. Dazu sei auf den alten Rezeptformularen das Aut idem-Kästchen anzukreuzen oder das eindeutige Wort „non“ bzw. „Keine Substitution“ oder „nec idem“ einzutragen.

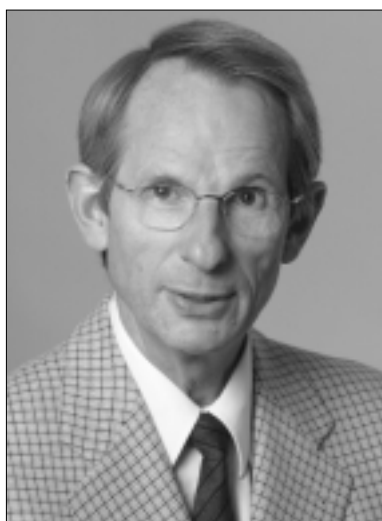
Zuteilungsmedizin statt Zuwendungsmedizin?

Derzeit präge noch der Anspruch des Patienten auf individuelle Behandlung und Betreuung in einer vertrauensvollen Patient-Arzt-Beziehung den Charakter des Gesundheitssystems. Seit einigen Monaten aber werde dieses System von gesundheitspolitischen Vordenkern der Parteien grundlegend in Frage gestellt. Maßgebliche Kräfte bevorzugten offenbar das Modell eines kassengesteuerten Versorgungssystems – ein System, in dem Medizin zu „Managed Care“ und damit primär unter betriebswirtschaftlichen Aspekten betrachtet werde. „Ein solches System würde die endgültige Abkehr von der Zuwendungsmedizin zugunsten einer Zuteilungsmedizin bedeuten“, warnte der Kammerpräsident.

Zum Beispiel werde in einem für die SPD erstellten Gutachten die Forderung erhoben, die Sicherstellung der ambulanten Versorgung auf die Krankenkassen zu übertragen. Eine Zerschlagung oder zumindest

„Chaostage“ durch Aut idem

Die aufgeregten Reformversuche im Gesundheitswesen verursachen nach Hoppes Worten zahlreiche weitere Probleme – etwa in der ambulanten ärztlichen Versorgung: „Die Honorare bleiben budgetiert. Das Arzneimittelbudget ist zwar aufgehoben, aber die Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln bleibt streng limitiert. Zusätzlich sorgt die Aut idem-Regelung, so hat es die Ärztliche Praxis treffend formuliert, für Chaostage. Da hat die Politik endlich das Folterinstrument des Kollektivregresses fallen gelassen, schon überzieht sie den ärztlichen Alltag mit dem nächsten Unsinn!“ Dabei seien die erhofften Einsparungen äußerst fraglich. Massive Bedenken



*Einen Paradigmenwechsel hin zur Checklistenmedizin befürchtet der Präsident der Ärztekammer Nordrhein und der Bundesärztekammer, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe
Foto: Erdmenger/ÄkNo*

Entschließung der Kammerversammlung ■

Einrichtung **zusätzlicher** Arztstellen im Krankenhaus zur Förderung des **Initiativprogramms Allgemeinmedizin**

Die Kammerversammlung ist besorgt über die Situation der Weiterbildung für die Allgemeinmedizin. Während in den Praxen der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen in Nordrhein das „Initiativprogramm Allgemeinmedizin“ zu fast 100 Prozent in Anspruch genommen wird, liegt die Quote in den Krankenhäusern unter 50 Prozent.

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein fordert die Partner des Initiativprogramms auf, **zusätzliche** Arztstellen zur Weiterbildung für Allgemeinmedizin in den Krankenhäusern einzurichten, um die für das Jahr 2006 erforderliche Zahl an Allgemeinärzten weiterzubilden zu können.

Die **zusätzlichen** Arztstellen sollen bei den Ärztlichen Direktoren angesiedelt werden, damit Weiterbildungswillige unabhängig von Abteilungsinteressen in Rotation einen möglichst langen Abschnitt ihrer Weiterbildung für Allgemeinmedizin (z. B. Innere Medizin und Chirurgie) an dem gleichen Krankenhaus absolvieren können.

„Entmachtung“ der angeblichen Monopole beziehungsweise Anbieterkartelle gehöre mittlerweile zum „guten Ton“ in beiden großen Parteien. Hoppe: „Die politisch Verantwortlichen sollten sich dabei jedoch stets vor Augen führen: Wenn der Staat selbst und einseitig den Sicherstellungsauftrag beschneidet und damit letztlich aufhebt, müssen wir als Ärzte darüber nachdenken, wie und auch ob wir den staatlichen Fürsorgeauftrag im Gesundheitswesen noch wahrnehmen können.“

Großer Personalbedarf in den Kliniken

Auch im stationären Sektor werfe das zunehmende „kalte betriebswirtschaftliche Denken“ und der Ruf nach mehr Wettbewerb erhebliche Probleme auf, so Hoppe. Doch seien Patienten keine Kunden, sondern Bedürftige mit dem berechtigten Anspruch auf notwendige Leistungen. „Und deutsche Patienten wollen keine Listenmedizin, sondern sie erwarten zu Recht, dass sie individuell behandelt werden. Wenn Wettbewerb bedeutet, dass Patienten vorzeitig entlassen werden, um Platz für die nächste ‚Fallpauschale‘ zu machen, werden unsere Patienten rebellieren.“

Entschließung der Kammerversammlung ■

§ 21 der Berufsordnung

Die Kammerversammlung fordert den Vorstand der Ärztekammer Nordrhein auf, mit der Medizinalaufsicht des Landes ein Regelwerk einzurichten, mit dem die Einhaltung des § 21 der Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte zur Vorkhaltung einer Arzthaftpflichtversicherung überwacht wird.

Allerdings hätte ein Scheitern des Fallpauschalengesetzes – während die Vorbereitungen auf die Einführung der diagnose-bezogenen Fallpauschalen bereits auf Hochtouren laufen – eine totale Verunsicherung in der Krankenhauslandschaft bewirkt. Daher sei zu begrüßen, dass der Bundesrat das Gesetz am 1. März verabschiedet hat. Aber: „Das Gesetz ist mit schweren Mängeln behaftet. So wird die tatsächliche Arbeitszeit

der Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern nur völlig unzureichend in die Kalkulation der Fallpauschalen eingehen“, kritisierte der Kammerpräsident.

Gerade weil das neue System nach dem Willen seiner Erfinder angeblich auf die Leistung abstellt kann Hoppe nicht nachvollziehen, wieso die Belastungen des Krankenhauspersonals mit Bereitschaftsdiensten und Überstunden auch künftig weitgehend ignoriert werden soll: „Dass dieses Gesetz so gut wie nichts zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern beiträgt, halte ich für unerhört!“

Die gesetzliche Begrenzung der Arbeitszeit und die Berücksichtigung des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit – entsprechend dem Urteil des Europäischen Gerichtshofes vom 3. Oktober 2000 – führe zu einem zusätzlichen Stellenbedarf von mindestens 15.000, nach Berechnungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft sogar 27.000 Ärztinnen und Ärzten. Das bedeute Personalmehrkosten von mindestens einer Milliarde bis 1,7 Milliarden Euro. Das Gesetz garantiere aber nur einen Bruchteil davon. „Das werden wir nicht akzeptieren“, kündigte der Kammerpräsident an.

Entschließung der Kammerversammlung ■

Disease-Management-Programme im Gesundheitswesen

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein kann den Disease-Management-Programmen nur dann zustimmen, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- wenn dadurch die Finanzierung anderer „Nicht-DMP-Krankheiten“ nicht gefährdet wird
- wenn die DMP-Programme nicht an den Risikostrukturausgleich gekoppelt werden
- wenn berechnete Interessen der einzelnen Patienten weiterhin berücksichtigt werden können
- wenn die Eigenverantwortlichkeit der Patienten gefördert wird
- wenn die für die Patientenbehandlung zur Verfügung stehende Zeit nicht durch unnötigen Dokumentations- und Verwaltungsaufwand verbraucht wird.

Drohen „englische Verhältnisse“?

Werde diese Politik fortgeführt, sei der Personalkollaps in den Kliniken vorprogrammiert. „Es hat sich inzwischen herumgesprochen, dass die Arbeitsverdichtung in unseren Krankenhäusern unverantwortliche Ausmaße angenommen hat. Die Zahl der Patienten steigt immer weiter, die Zahl der behandelnden Ärzte hält damit nicht Schritt“, sagte Hoppe.

Junge Mediziner seien durch diese Entwicklung dermaßen gründlich von der Arbeit am Krankenbett abgeschreckt worden, dass die Kliniken jetzt schon manche Arztstelle gar nicht mehr besetzen können. „Wenn wir diesem Trend jetzt nicht entgegenwirken, wird sich die Versorgung der Patienten in den Krankenhäusern dramatisch verschlechtern. Noch haben wir keine Wartelisten wie in England, aber wir steuern geradewegs darauf zu“, warnte der Präsident.

Auch der Zeitplan für die Einführung des neuen Vergütungssystems ab 1. Januar 2003 auf freiwilliger Basis

und dann verbindlich ab 1. Januar 2004 gehe völlig an den Realitäten vorbei. Die Ärzteschaft warne dringend davor, den größten Umstrukturierungsversuch in der Krankenhauslandschaft seit mindestens 30 Jahren im jetzt beschlossenen Terminalschema ablaufen zu lassen.

Disease-Management-Programme

Wegen der herausragenden Bedeutung für die Zukunft der ambulanten ärztlichen Versorgung stand das Thema der Disease-Management-Programme (DMP) als eigener Punkt auf der Tagesordnung der Kammerversammlung. In seinem Lagebericht sprach der Kammerpräsident einige kritische Punkte an:

- Die Disease-Management-Programme sind mit dem Risikostrukturausgleich verknüpft worden. Lässt sich wirklich erreichen, dass es – wie vom Gesetzgeber angestrebt – zu einem Wettbewerb um die bessere Versorgung chronisch Kranker kommt? Oder werden die Krankenkassen nicht vielmehr versuchen, die zusätzlichen Finanzmittel aus dem Risikostrukturausgleich an sich zu ziehen, ohne den Versicherten mehr Qualität zu bieten? Angesichts der Summen in Milliardenhöhe, die zur Umverteilung anstehen, könnte „der gesunde Chroniker“ zum bevorzugten Versicherten der Krankenkassen werden, befürchtet Hoppe.
- Werden Patienten, die sich nicht für die Disease-Management-Programme einschreiben, anders – eventuell schlechter? – behandelt als die eingeschriebenen Patienten? Gelten für diese Patienten andere Leitlinien als für diejenigen, die sich einschreiben?
- Müssen die Disease-Management-Programme angesichts der budgetierten Gesamtvergütung nicht automatisch zu Qualitätseinbußen in der ambulanten Versorgung außerhalb der Programme führen?

Im Wortlaut finden Sie den Lagebericht des Präsidenten im Internetangebot der Ärztekammer Nordrhein www.aekno.de unter der Rubrik KammerArchiv.

Schulte sieht Kardinalfehler in Verknüpfung mit RSA

Das Referat zum Thema DMP hielt Ministerialdirektor a. D. Gerhard Schulte, Vorstandsvorsitzender des BKK-Landesverbandes Bayern. Schulte, in den neunziger Jahren sechs Jahre lang Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium, lieferte eine kritische Analyse des Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs (vom 10. Dezember 2001), in dem der Gesetzgeber die „strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten“ – eben die DMP – verankert hat.

Positiv am Ansatz der DMP ist nach Schultes Auffassung zu beurteilen, dass sie die bisher zum Teil defizitäre Versorgung chronisch Kranker verbessern und die Ausrichtung der Behandlung an evidenzbasierten Leitlinien voranbringen sollen. Richtig findet der BKK-Vorstandsvorsitzende darüber hinaus das Ziel, die Effektivität der Versorgung zu verbessern, Verkrustungen im System zu überwinden und dadurch auch die Kosten zu stabilisieren. Da die DMP vom Ansatz her sektorübergreifend angelegt sind, könnten sie auch die Versorgung an den Sektorenschnittstellen verbessern.

Dr. Heinz-Johannes Bicker im Kammervorstand



Dr. Heinz Johannes Bicker
Foto: Erdmenger/ÄkNo

Die Kammerversammlung wählte Dr. Heinz Johannes Bicker (Duisburg) auf Vorschlag der Fraktion Marburger Bund einstimmig als Beisitzer in den Kammervorstand. Die Nachwahl eines Vorstandsmitgliedes stand auf der Tagesordnung, weil Professor Dr. Hans Michael Steffen (Wuppertal) aus persönlichen Gründen sein Vorstandsmandat niedergelegt hatte. Bicker war bereits in den beiden zurückliegenden Wahlperioden (1993 bis 2001) Vorstandsmitglied der Ärztekammer Nordrhein gewesen.

Positive Ansätze wie diese werden allerdings nach Schultes Auffassung zunichte gemacht durch drei zentrale Probleme:

➤ die Verknüpfung der DMP mit dem Risikostrukturausgleich, der Milliardensummen unter den Krankenkassen umverteilt. Schulte stellte in Frage, dass die finanziellen Anreize wirklich zu einer verbesserten Versorgung chronisch Kranker führen;

➤ die viel zu knapp bemessene, aber politisch vorgegebene Zeitschiene zur Vorbereitung und

➤ den zu befürchtenden gigantischen Verwaltungsaufwand.

Die Verknüpfung der strukturierten Chroniker-Versorgung mit dem Risikostrukturausgleich (RSA) hält Schulte für den eigentlichen Fehler. „Disease Management wird in Zusammenhang mit einer riesigen Umverteilungsmaschine innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung gebracht.“ Vor allem deswegen werde die von Bundesgesundheitsministerin Schmidt formulierte Absicht, die Lebensqualität von chronisch Kranken zu verbessern, vermutlich scheitern.

Die Verknüpfung mit dem RSA ist laut Schulte schon allein deswegen „ein ganz besonderes Problem, weil in Deutschland kaum ein Gesundheitsexperte den Risikostrukturausgleich wirklich versteht. Und ich kann Ihnen auch aus meiner Erfahrung sagen: Es gibt kaum einen Gesundheitspolitiker in Bund und



Gerhard Schulte, Vorstandsvorsitzender des BKK-Landesverbandes Bayern: Kaum ein Gesundheitsexperte in Deutschland versteht den Risikostrukturausgleich. Foto: BKK

Ländern, der wirklich weiß, wie die Mechanismen des Risikostrukturausgleiches funktionieren.“ Daher sei zu befürchten, dass falsche finanzielle Anreize gesetzt werden. Schulte: „Es ist eben nicht so, dass eine Krankenkasse, die viel für chronisch Kranke tut, keine Probleme mehr hat. Sondern der größte Vorteil liegt für eine Krankenkasse darin, einen Versicherten zu haben, der gerade noch die Kriterien für die Einschreibung in ein Programm erfüllt, für den aber annähernd nichts getan wird.“

Falschklassifizierung von Versicherten

Die Kassen würden geradezu zu einer Falschklassifizierung von Versicherten in DMP verleitet. Schulte befürchtet auch eine Vernachlässigung der Krankheitsprävention bei Indikationen, für die es Chronikerprogramme gibt. Daneben bestehe die Gefahr, dass die Heilung verzögert wird, weil sie mit dem Ausschluss aus dem DMP verbunden wäre: „Der Versicherte wird insgesamt in eine Krankenrolle gedrängt.“

Die Einzelheiten der an die Chroniker-Programme geknüpften Finanzströme sollen in einer Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) festgelegt werden. Damit ist nach Ansicht des früheren BMG-Abteilungsleiters Schulte Zufällen und Manipulationen Tür und Tor geöffnet. Denn die Rechtsverordnung zum Risikostrukturausgleich hält er für „die am besten zu manipulierende Verordnung, die ich aus meiner Tätigkeit bei der Bundesregierung kenne. Es gibt keinen Sachverhalt, der nicht durch eine Manipulation der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung hergestellt werden könnte. Und es gibt niemanden auf der politischen Ebene, der versteht, was er macht, wenn er anschließend einer solchen Regelung zustimmt.“

Als Negativbeispiel nannte Schulte die Einführung des RSA im Jahre 1994: „Die gesetzlichen Krankenkassen haben danach sechs bis sieben Jahre gebraucht, nur um die Zahl ihrer Versicherten festzustellen. Es hat dort gewaltige Manipulationen gegeben, die anschließend in mühevoller Arbeit der Aufsichtsbehörden aufgeklärt werden mussten – mit enorm hohen nachträglichen Ver-

pflichtungen für die Krankenkassen, die hier falsch gearbeitet haben.“ Zum Beispiel hätten Kassen mit Absicht Versichertendaten nicht aktualisiert, um finanzielle Vorteile zu erlangen.

Darüber hinaus ist aus Schultes Sicht die politisch vorgegebene Zeitschiene – nach den Plänen von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt sollen die DMP zum 1. Juli 2002 finanzwirksam eingeführt werden – „seriös nicht einzuhalten“. Regierungskoalition und Bundesgesundheitsministerin wollten allerdings vor der Bundestagswahl einen Erfolg vorweisen. Dadurch entstehe ein „starker Druck“.

Erheblicher Verwaltungsaufwand

Das neue Gesetz führt laut Schulte auch zu einem erheblichen Verwaltungsaufwand und entsprechenden Mehrkosten. Er verwies auf eine Prognose der Techniker-Krankenkasse. Danach werde der Verwaltungsaufwand für sieben DMP-Programme – würde die Dokumentation denn tatsächlich auf einem den Krankenkassen zum Teil vorschwebenden Niveau verwirklicht – wahrscheinlich 2,5 Milliarden Euro kosten. Dann müssten allein die Betriebskrankenkassen 400 Vollzeitkräfte und die Ortskrankenkassen 950 Vollzeitkräfte zusätzlich zur Verwaltung der DMP einstellen, berichtete Schulte.

Er warnte auch vor dem Glauben, mit Programmen für chronisch Kranke mittel- und langfristig Kosten sparen zu können. „Es darf nicht übersehen werden, dass wir in Deutschland Defizite haben und dass das Bemühen um eine Versorgung chronisch Kranker wohl weniger zum Ziel haben dürfte, Versorgungskosten zu sparen, sondern bestenfalls zum Ziel haben könnte, die vorhandenen Mittel gerade für diese Bereiche verstärkt einzusetzen.“ Durch die wissenschaftliche Evaluation der DMP solle deren Kosteneffektivität speziell für das deutsche Versorgungssystem erst noch geprüft werden. Eine solche existiere bisher nicht, auch wenn es gelegentlich von Wissenschaftlern behauptet werde, so Schulte.

„Ärzte haben sich um individuelle Schicksale zu kümmern“

In der auf und den Lagebericht des Präsidenten und Schultes Referat folgenden Diskussion über die Disease-Management-Programme beklagten mehrere Delegierte, dass sich die Gesundheitspolitik viel zu weit vom Alltag der medizinischen Versorgung entfernt habe. „Die Politik sollte sich endlich aus der Gesundheitspolitik zurückziehen“, verlangte Dr. Lothar Rütz (Köln), „sachfremde Entscheidungen werden nicht zu einer patientengerechten Versorgung führen“. Konstruktive Vorschläge zum Umgang mit Disease-Management-Programmen würden dadurch konterkariert, „dass die Umsetzung einfach nicht funktionieren wird“. Das habe Schultes Vortrag bewiesen.

Die Gebietsbezeichnung „**Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin**“ hat die Kammerversammlung in Änderung der bisherigen Weiterbildungsordnung eingeführt. Sie ersetzt die bisherige Facharztbezeichnung „**Kinderheilkunde**“.

Einen Antrag zur **Einrichtung eines Infocenters (Callcenters) der Ärztekammer**, das Bürger in Fragen der medizinischen Versorgungseinrichtungen im Gesundheitswesen berät, überwiesen die Delegierten an den Vorstand.

Ein Antrag, die bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe angewandten **Übergangsbestimmungen der Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“** nach Anpassung der Zeiten und Fristen sinngemäß auch in Nordrhein anzuwenden, wurde ebenfalls an den Vorstand überwiesen.

Über den bisher reibungslosen Ablauf und den aktuellen Stand des Neubauprojekts „**Haus der Ärzteschaft**“ von Ärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung und Ärzteversorgung berichtete der Verwaltungsdirektor der Ärztekammer Nordrhein, Klaus Schumacher.

uma



Dr. Arnold Schüller, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein: Zum Arztsein zurückkommen. Foto: Erdmenger/ÄkNo

Das von der Ärztekammer verfolgte Ziel einer qualitativ hochstehenden Patientenversorgung gerate in der aktuellen Diskussion aus dem Blickpunkt, kritisierte auch der Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, Dr. Arnold Schüller (Düsseldorf). Mit den DMP werde ein in die tägliche Arbeit in Klinik und Praxis ganz wesentlich eingreifendes Instrument installiert, das aber schon allein wegen der Kombination mit dem Risikostrukturausgleich nicht funktionieren könne. „Ich bin als Arzt nicht zur Behandlung von Krankheiten angetreten, sondern zur Behandlung von Kranken“, sagte Schüller weiter, „das ist der große Unterschied zwischen einem Arzt und einem Medizinswissenschaftler, der sich nur um Krankheiten kümmert, aber nicht um individuelle Schicksale.“

Auch kann nach Schüllers Worten der zusätzliche Verwaltungsaufwand in den Praxen aus Kostengründen nicht durch zusätzliches Personal aufgefangen werden. „Das bedeutet, dass wir künftig noch weniger Zeit für die wirkliche Patientenarbeit und die Medizin in der Praxis haben, weil wir immer mehr Zeit zum Ausfüllen von Dokumentationsbögen benötigen.“ Solche Gesetzesvorgaben, die rein ökonomischen Gesichtspunkten folgten, werden nach Schüllers Prognose zu einem weiter nachlassenden Interesse am Arztberuf führen. „Es wird endlich Zeit, dass wir wieder zum Arztsein zurückkommen, zu dem, was wir eigentlich mit Herzblut machen wollen“, verlangte Schüller.

Auch kann nach Schüllers Worten der zusätzliche Verwaltungsaufwand in den Praxen aus Kostengründen nicht durch zusätzliches Personal aufgefangen werden.

„Das bedeutet, dass wir künftig noch weniger Zeit für die wirkliche Patientenarbeit und die Medizin in der Praxis haben, weil wir immer mehr Zeit zum Ausfüllen von Dokumentationsbögen benötigen.“ Solche Gesetzesvorgaben, die rein ökonomischen Gesichtspunkten folgten, werden nach Schüllers Prognose zu einem weiter nachlassenden Interesse am Arztberuf führen. „Es wird endlich Zeit, dass wir wieder zum Arztsein zurückkommen, zu dem, was wir eigentlich mit Herzblut machen wollen“, verlangte Schüller.

Selektive Vertragsstrategien der Kassen drohen



Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der KV Nordrhein und 2. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Perveres Potential für Manipulationen. Foto: Erdmenger/ÄkNo

Schulte habe in seinem Referat das „Tollhaus gesundheitspolitischer Struktur- und Versorgungspolitik“ zutreffend seziert, sagte Dr. Leonhard Hansen (Aldorf), Vorsitzender der KV Nordrhein und 2. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Auch er hält den „gigantischen bürokratischen Aufwand“, der mit den DMP verbunden ist, für ein entscheidendes Hindernis vor deren Einführung. „Es ist ein Irrweg, solche Datensätze zu sammeln, die kei-

nem helfen.“ Er wies auch auf die durch ausländische Erfahrungen belegte Gefahr hin, dass die Krankenkassen durch eine Auswertung der gesammelten Daten in die Lage versetzt werden, selektiv Ärztinnen und Ärzte einzukaufen. Hansen: „Vor solchen selektiven Vertragsstrategien müssen wir unsere Kolleginnen und Kollegen schützen. Disease Management darf einen solchen Weg auf keinen Fall ebnen.“

Ein weiteres ungelöstes Problem sei, dass der Gesetzgeber eine Orientierung der DMP an evidenzbasierten Leitlinien fordert. Doch es existierten im deutschsprachigen Raum keine entsprechenden Vorgaben. Daher begrüßte Hansen, dass eine Fachkommission unter Schirmherrschaft der Bundesärztekammer die Aufgabe übernommen hat, die benötigten evidenzbasierten Konsensusleitlinien zu erarbeiten.



Rudolf Henke MdL (Aachen): Patienten werden vom Subjekt zum Objekt. Foto: Erdmenger/ÄkNo

Zur Verbindung von DMP und Risikostrukturausgleich sagte Hansen: „Das macht es uns unmöglich, diesen Weg zu gehen. Das Junktim zwischen einer Qualitätsverbesserung in der Versorgung von chronisch Kranken und dem Risikostrukturausgleich ist eine Katastrophe. Es ist geradezu pervers, was sich da an Potential für Manipulationen ergibt.“ Gleichzeitig betonte der KV-Vorsitzende, dass sich die Selbstverwaltung „trotz aller Hirnrissigkeiten

und Schizophrenien“ der Mitarbeit an den DMP – etwa der unter hohem Zeitdruck stehenden Definition der Anforderungsprofile – nicht verweigern dürfe. Schließlich stehe die Selbstverwaltung von KV und Kassen politisch auf dem Prüfstand. „Daher gilt es, das Thema – wie auch immer – konstruktiv anzupacken“, sagte Hansen.

Rudolf Henke MdL (Aachen) unterstrich, dass die DMP einen Paradigmenwechsel mit weit reichenden Folgen für die medizinische Versorgung einleiten könnten. „Sie bedeuten eine Verlagerung des Behandlungsauftrags weg vom Patienten, der sich dem Arzt anvertraut, hin zur Gesellschaft, die in Gestalt ihrer politischen Institutionen den Arzt beauftragt“, sagte Henke. An die Stelle des „Auftraggebers Patient“ trete „ein Beauftragter der Gesellschaft“. Die Gesellschaft definiere dann, wie die Kranken zu versorgen sind. „Und das ist ein Paradigmenwechsel“, so Henke weiter, „der Patient und die ihm helfenden Ärztinnen und Ärzte werden damit von Subjekten zu Objekten anderer.“ Henke machte deutlich, dass die Medizin zwar keinesfalls der Beliebigkeit folgen darf, die Ärzteschaft andererseits aber eine „standardisierte Fabrikversorgung“ strikt ablehnt.