

Vertrauenssache von Arzt zu Arzt

Im September 2012 gab die Ärztekammer den Ausstieg aus dem Disease Management Programm Diabetes bekannt



Hausarzt-Partner

Ein medialer Aufschrei war zu hören, als publik wurde, dass die Niederösterreichische Ärztekammer vor kurzem – im September 2012 – den DMP-Diabetes-Vertrag gekündigt hatte. Vom Niedergang der Diabetes-Behandlung in Niederösterreich, vom Abschied moderner Behandlungsalgorithmen und von Gefährdung der Patienten war zu lesen. Doch was ist nun wirklich passiert? Wo liegen die Ursachen für diese Kündigung begründet? Was ist der Grund dafür, dass selbst aus Ärztkreisen eine durchaus unterschiedliche Meinung zur Kündigung zu hören ist?

Ein medialer Aufschrei war zu hören, als publik wurde, dass die Niederösterreichische Ärztekammer vor kurzem – im September 2012 – den DMP-Diabetes-Vertrag gekündigt hatte. Vom Niedergang der Diabetes-Behandlung in Niederösterreich, vom Abschied moderner Behandlungsalgorithmen und von Gefährdung der Patienten war zu lesen. Doch was ist nun wirklich passiert? Wo liegen die Ursachen für diese Kündigung begründet? Was ist der Grund dafür, dass selbst aus Ärztkreisen eine durchaus unterschiedliche Meinung zur Kündigung zu hören ist?

Keiner wird schlechter behandelt werden

Vorneweg: Keine einzige Mostviertler Diabetikerin und nicht ein Waldviertler Zuckerkranker werden ab sofort wegen des Stornierens dieses DMP-Programms „schlechter“ als bisher behandelt werden. Davon bin ich als Hausarzt überzeugt. Und mit größter Wahrscheinlichkeit wird auch bei nicht einem einzigen Betroffenen der HbA1c-Wert – allen bisherigen wissenschaftlichen Auswertungen zufolge – auch nur um einen einzigen statistisch signifikanten Prozentpunkt nach oben gehen.

Als Arzt, der an diesem DMP-Diabetes-



Autor: Dr. Christian Schwarz, Arzt für Allgemeinmedizin, IGMed



Foto: © Sebastian Gauert/Shutterstock, Peter Dazeley/Photographer's Choice/Getty Images

tes-Programm von den niederösterreichischen Anfängen an teilgenommen hat, ja sogar zu Beginn selbst die Kollegenschaft über Vorträge in die (bürokratischen) Erfordernisse der Teilnahme einzuschulen, darf ich mir erlauben, meine persönliche Stellungnahme dazu als „Befugter“ verstanden zu wissen. Und meine Meinung dazu

ist bezeichnend: Ich begrüße die Kündigung des DMP-Diabetes-Programms nachhaltig. Nicht, wie man vielleicht vorschnell meinen möchte, weil das Programm „dramatisch unterhonoriert“ gewesen wäre oder ich keinen Sinn in einer strukturierten Behandlung eines bestimmten Krankheitsbilds sehen würde. Meine Begründungen dazu sind andere, dafür aber ganz

Ich erachte die „Form“ des DMP-Programms für schlicht und ergreifend einfach unbrauchbar, weil absolut EDV-untauglich.

einfach zu verstehende: Es sind a) die äußere Form und b) die angesichts des Aufwands viel zu dürftigen Ergebnisse.

Unbrauchbare „äußere Form“

Ich erachte die „Form“ des DMP-Programms für schlicht und ergreifend einfach unbrauchbar, weil absolut EDV-untauglich. Sie wird einer modernen, einfach zu handhabenden Dokumentation, wie man sie z.B. von Buchhaltungsprogrammen oder Arbeitszeitaufzeichnungen im Jahr 2012 kennt, nicht im Mindesten gerecht. Ja, ich möchte die dargebotenen Möglichkeiten, z.B. seitens meiner Arztsoftware, als beinahe „skandalös“ bezeichnen. Wenn ich mir vorstellen muss, dass jede Menge anderer DMP-Programme „in der Pipeline“ stehen, kann ich mich nur glücklich schätzen, in Niederösterreich Entscheidungsträger in der Landesvertretung zu haben, die uns Ärzte vor solchen abstrusen Auswüchsen an Bürokratie endlich zu beschützen vermögen.

Vielleicht empfanden das manche Ärztinnen und Ärzte deswegen anders, weil sie „parallele Papier-Bürokratie“ als „berufsbedingt notwendiges Erfordernis“ betrachten, die Struktur des Ordinationsablaufs es den Praxismitarbeitern erlaubt, den für bürokratische Erfordernisse nötigen Zeitaufwand dem Arzt abzunehmen und eine EDV-Eignung nicht zwingend erforderlich scheint. Vielleicht ist die Situation bei mir auch bloß dadurch „verschärft“, dass ich keine Ehefrau habe, die in der Ordination mitarbeitet und außerdem eine kleine Zweitordination betreibt, deren höchstprofessionelle EDV-Anbindung an die Hauptordination genau diesen Mangel an EDV-Eignung des DMP-Programms nicht zu kompensieren vermag.

Mit begründeter Furcht vor und präven-

tiv zu fühlender Abneigung gegen all die künftig beabsichtigten Module von ELGA, e-Medikation & Co kann ich nicht umhin, diese Kündigung gutzuheißen. Auch wenn das DMP-Programm praxisintern durchaus eine Verbesserung der Behandlungsstruktur von Diabetikern zur Folge gehabt haben mag (was ich gar nicht bestreiten will, wenn ich die Kartei meiner eigenen DMP-Patienten im Nachhinein analysiere), so hätte ich mit der für diese DMP-Verwaltung aufgewandten Zeit wohl auch Gleiches ohne das Programm erreichen können. Attraktiv gemacht natürlich besonders dann, wenn ein Kassenvertrag eine Honorierung dieses zeitlichen Engagements bedeutet hätte (was bekanntermaßen ja nicht der Fall ist und war).

So ist für mich die nunmehrige Ablehnung des Programms ein Zeichen einer Abwehrreaktion dafür, dass die grundsätzliche Tendenz aller ärztlichen Aufgaben im Gesundheitssystem dahin gehen muss, dem Kassenarzt mehr Zeit für seine Patienten statt für bürokratische „Handlangeraufgaben des Systems“ zu gewähren.

... und viel zu dürftige Ergebnisse

Zusätzlich zu den vorhin angeführten Argumenten hat die einzige mir bekannte Untersuchung über einen möglichen Erfolg des DMP-Programms Diabetes („Therapie aktiv“, Prof. Sönnichsen, Med Uni Salzburg) nur folgende, nicht nur aus meiner Sicht sehr enttäuschende Conclusio erbracht: minimale Senkung des HbA1c ohne signifikante Gesamtverbesserung des Diabetes-Stoffwechsels, bloß Verbesserungen in der Prozessqualität und Senkung des Körpergewichts des Patienten. Somit scheint es insgesamt gesehen

geboten, den Aufwand (Kosten-/Nutzenanalyse) und wissenschaftlichen Sinn des Programms (von allen bürokratischen Hürden einmal abgesehen) angesichts der mageren Ergebnisse zu hinterfragen. Davon ganz abgesehen, sollte eine weitere nicht zu unterschätzende Sorge von uns Kassenvertragsärzten auch sein, dass die Honorierung des DMP-Programms Diabetes außerhalb unserer Kassenvertragsverhandlungen – also ohne eine Honorar-Einflussnahme durch unsere Ständesvertretung – über einen Finanzierungs-Sondertopf erfolgt. Angesichts geplanter weiterer DMP-Programme ein zusätzliches Menetekel an der Wand unserer Hausarztordinationsräume. Ein Schelm, der denkt, dass diese DMP-Programme nur „zufällig“ besonders seitens des „Systems“ begrüßt werden.

Zukünftige Voraussetzungen für DMP-Programme

Aus meiner Sicht kann daher jedes künftige DMP-Programm nur dann funktionieren, wenn dieses einerseits über den – natürlich zu erweiternden – Topf unseres Honorarsystems (Kassenverträge) finanziert wird, gleichzeitig wir Ärzte in der Entwicklung solcher Programme zur Verhinderung von „Schreib-tischentwicklungen“ von Anfang an mit eingebunden sind und die Langzeitfinanzierung des Programms vereinbart ist. Andererseits, wenn nachweislich verbesserte Langzeitergebnisse bei Patienten und Strukturverbesserungen beim behandelnden Arzt, sowie natürlich auch ökonomische Vorteile in der „Verwaltung des Gesundheitssystems“ zu erzielen sind. Programme, die letztlich nur dem isolierten Nutzen Letzterer dienen (durch bloße Datenbeschaffung und Ähnliches), sind nachhaltig abzulehnen, folgerichtig auch zu beenden.

Wir Ärzte würden uns doch mit Freuden dieserart gestalteten DMP-Programmen anschließen, genauso, wie wir und auch unsere Patienten uns jubelnd zu einer ELGA unter solchen Vorzeichen selbstverständlich auch freiwillig(!) bekennen würden – Wer wettet mit mir?