



Foto: Raimo Rumpier

Dr. Max Wudy

# DMP „Therapie Aktiv“ - Diabetes im Griff

## Ein Programm spaltet die Ärzteschaft!

Selten habe ich so viele, aber auch so zwiespältige Reaktionen der Kollegenschaft erlebt, wie nach der Kündigung des Disease Management Programms „Diabetes Melitus - Therapie Aktiv“ durch die Kurienführung der Niedergelassenen ÄrztInnen der NÖ Ärztekammer am 19. September 2012.

Exemplarisch möchte ich hier ein paar Meinungen auszugsweise wiedergeben, bevor ich näher auf die Beweggründe der Kurie eingehe:

„Mit Unverständnis musste ich heute vollkommen unerwartet die Kündigung des DMP DM Programmes von Seiten der Ärztekammer zur Kenntnis nehmen.“

„Wieso haben andere Bundesländer und Länder dann solche Programme?“

„Aus praktischer Erfahrung kann ich sagen, dass sicherlich einige Dinge bürokratisch am DMP Programm sind, aber es gibt teilweise einen gewissen Rahmen vor.“

„Zukünftige ‚Gefahren‘ einer Verpflichtung gegenüber der GKK an die Wand zu malen finde ich fadenscheinig, wenn dann kann man später immer noch nachverhandeln bzw. kündigen.“

„Ich finde das unerhört, dass dieses Programm wieder eingestellt wird! Erstens glaube ich an den Benefit für unsere Diabetiker! Zweitens wird diese ausführliche Aufklärungsarbeit ein bisschen besser honoriert als es sonst der Fall ist! Drittens waren die dafür notwendigen Fortbildungen für den Arzt kostenpflichtig!“

„Ich persönlich finde das nicht in Ordnung und einen echten Rückschritt!“

„Bleibt standhaft!“

„Nur wir können eine Expertise über solche „bürokratischen Machenschaften“ abgeben.“

„Das sollten wir auch öfters tun. Denn diese Kompetenz kann uns NIEMAND absprechen.“

Nach diesen Meinungen, die bereits die Ambivalenz der KollegInnen widerspiegeln, nun in medias res:

### Zur Vergangenheit

Die allermeisten DMPs haben ihren Ursprung in den letzten Jahrzehnten des vergangenen Jahrhunderts in den USA. Fast gänzlich unbekannt und für Europa schwer vorstellbar ist, dass die US Pharmaindustrie die allermeisten DMPs initiierte. Die Motivation dahinter war schlicht und einfach, ihre Medikamentenverkäufe zu steigern. Durch Schulungen der PatientInnen, Beratung durch Dritte (vorzugsweise am Telefon), ergänzt durch Videos, Inserate und Werbespots wurde die ärztliche Kompetenz an den Rand gedrängt. Beispielfhaft sei hier das Typ-1-Diabetes-DMP der Firma Merck-Medco genannt. Ziel war vor allem eine Kostenreduktion unter Bevorzugung der firmeneigenen Medikamente, um Zugriff auf die knapper werdenden finanziellen Ressourcen zu bekommen. Zumindest in finanzieller Hinsicht konnten solche Programme durchaus Erfolge vorweisen.

Diesem Ansatz standen die arztgebundenen DMPs der großen US Krankenversicherer wie „Kaisers Health Plan“ (Kaiser Permanente ist der größte US Krankenversicherer) gegenüber. Diese Programme wurden in die Versorgung der Versicherer integriert und beruhen vor allem auf einer Optimierung der ärztlichen Organisationsstrukturen und auf einer Schulung der PatientInnen zur Verbesserung der Selbstbehandlung (sic!). Weiters wurden der Ärzteschaft evidenzbasierende Leitlinien zur Verfügung gestellt.

In mehreren großen Studien (Bodenheim T. et alii, „Disease Management - promises and pitfalls“, „Disease Management in the Amerikan market“, „Improving primary care for patients with chronic illness“, ...) wurden diese Programme untersucht:

„Weniger als die Hälfte dieser DMPs, so überhaupt Daten zur Krankheitskontrolle und Kostenentwicklung vorlagen, erwiesen sich

als effektiv. Dieser Effekt blieb zudem eher gering“.

Einzig die Prozessqualität stieg an, die Datenblätter wurden also genauer ausgefüllt!

### Nun in die Gegenwart

In Österreich sind mir lediglich zwei Studien bekannt, die sich mit dem DMP „Diabetes Melitus - Therapie Aktiv“ beschäftigen. Professor Dr. A. Sönnichsen (Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg) stellt zur Effektivität fest:

- Prozessqualität wird deutlich verbessert
- metabolische Kontrolle wird initial verbessert und verschlechtert sich dann kontinuierlich
- medikamentöse Versorgung wird minimal verbessert
- Bei einer Teilnahmerate von < 10 % und der derzeit messbaren Effektivität ist das DMP nicht einmal kostenneutral

Auch die zweite Studie, die NÖ Evaluation vom Juni 2011 (Mittelwerte von Erst-Dokumentation zu Folge-Dokumentation)...

- HbA1c um 0,25 von 7,18 auf 6,93 verbessert
- BMI: von 31,11 auf 30,85 verbessert
- LDL-Cholesterin: von 108,83 auf 102,18 entwickelt
- Systolischer Blutdruck: von 141 auf 138 verändert
- Lebensqualität EQSD: von 72 auf 74 verändert
- 35 % haben Schulung absolviert (inkl. Schulungen im KH),
- 65 % haben keine Schulung, kein Erfolgsindiz

...rechtfertigt nicht wirklich den bürokratischen, organisatorischen und finanziellen Mehraufwand.

Zudem ist zu sagen, dass durch die der-

zeitige Struktur eigentlich nur compliante PatientInnen erfasst wurden (nicht einmal 8 % der österreichischen DiabetikerInnen nehmen teil), die wirklichen ProblempatientInnen (Sönnichsen nennt sie „Muffel“) werden nicht erreicht. Dies zeigt unter anderem auch der HbA1c Ausgangswert von 7,18 % Mittelwert!

Wenn man diese und andere Studien wirklich analysiert, ergeben sich folgende Schlüsse:

- „Die Kosten-Nutzen-Relation und die Effekte des DMP wurde in früheren Studien überschätzt: Es müssten statistisch betrachtet 135 Patienten zehn Jahre im Programm behandelt werden, um eine durch Diabetes verursachte Komplikation zu verhindern“
- „Ergebnisse der Studie legen nahe, dass die Qualität der Diabetesversorgung stärker vom Ausmaß der Zuwendung (= care) des jeweiligen Arztes abhängt, als von der flächendeckenden Implementierung des Programmes.“

Dazu sei noch eine Episode - nachzulesen unter Wikisource - erwähnt:

*Vorsprache von Edgar Kaiser, dem Chef von „Kaiser Permanente“, des größten Gesundheitsanbieters der USA, bei Richard Nixon (der mit Watergate):*

*Ehrlichman (Präsidentenberater) zu Nixon: „The less care they give them, the more money they make“*

*Nixons Antwort: „Fine“*

**Also weg mit care!**

Das Ergebnis ist bekannt. Die USA besitzen heute das unsozialste Gesundheitssystem aller OECD Staaten - knapp 50 Millionen, das sind übrigens mehr als 15 % der Bevölkerung (in Österreich sind das weniger als 0,3 %) sind nicht krankenversichert, darunter sind 8,1 Millionen Kinder. Jährlich sterben 45.000 US-BürgerInnen an behandelbaren, aber nicht

persönlich finanzierbaren Erkrankungen! Dafür haben sie das weltweit teuerste Gesundheitssystem (15,8 % des BIPs), und sind noch stolz darauf. Und das ahmen, äffen wir nach?

### Und daher ein Blick in die nahe Zukunft

Zehn weitere DMPs sind in der Pipeline (nachzulesen im „Ergebnisprotokoll Spitzengespräche HV/ÖÄK“, unterschrieben von den damaligen Spitzenfunktionären der Ärztekammer und des Hauptverbandes):

- COPD
- KHK
- Hypertonie
- Dementielle Krankheitsbilder
- Adipositas
- Alkoholabusus
- Degenerative Gelenkserkrankungen
- Inkontinenz
- Asthma bronchiale
- Chronische Rückenschmerzen

Der Grundsatzbeschluss der Landesgesundheitsreferenten vom Juni 2012 sieht in der nächsten „Artikel 15a-Vereinbarung“ u. a. gesetzliche Rahmenbedingungen für „verbindliche Behandlungsprozesse für chronische Erkrankungen und Zivilisationserkrankungen (Richtlinien)“ vor.

All diese Krankheiten, die mehr als 80 % des allgemeinmedizinischen Alltags ausmachen, werden also in DMPs integriert. Verbindliche Richtlinien werden erstellt werden, kostenpflichtige Schulungen und kostspielige EDV Änderungen werden Voraussetzung und die zur Dokumentation, Evaluierung und Schulung nötige kostbare Zeit (= care), die wir eigentlich unseren PatientInnen widmen sollten, wird unwiderruflich dem Moloch Bürokratie geopfert. Der Patient als Individuum wird zur statistischen Größe, zur Nummer, zum Fall, zur Ware. Abwei-



chungen von den verbindlichen Richtlinien werden durch finanzielle Repressalien geahndet. Zusätzlich wird durch die derzeitige (und auch künftige) duale Finanzierung der Kassenvertrag ausgehöhlt und damit das Solidaritätsprinzip verlassen. Nur DMP Patienten und DMP Ärzte werden brave Patienten und Ärzte sein. Die individuelle patienten- und nicht krankheitsorientierte Medizin, einst ein Grundpfeiler der weltberühmten Wiener medizinischen Schule wird verlassen, verlassen zu Gunsten einer Medizin, die sich nicht mehr am Patienten, sondern einzig und allein am schnöden Mammon und an medizinisch sinnlosen Vorschriften orientiert. Die kostengünstige und nachweislich wirksame „Droge Arzt“ wird durch kostenverursachende, teure Richtlinien ersetzt.

Fest steht jedenfalls, dass zumindest in NÖ dem hohen finanziellen und bürokratischen Aufwand ein mehr als fragwürdiges Ergebnis gegenübersteht. Die Kurienführung der Niedergelassenen ÄrztInnen in NÖ ist nicht bereit, medizinisch sinnlose und die ärztliche Arbeit gefährdende Programme zu unterstützen, sodass die Kündigung im Interesse der Ärzteschaft und der PatientInnen nötig war.

# Ein dickes Stück Industrialisierung

Die von der Politik immer mehr künstlich verknappten finanziellen Ressourcen (seit Jahrzehnten bleiben die Gesundheitsausgaben bei rund 10,5 % des BIPs - trotz Fortschritten in der Medizin und trotz gesteigerten Anforderungen) könnten wahrlich besser eingesetzt werden. Vorschläge unsererseits gibt es genug, zwei von vielen seien hier exemplarisch aufgeführt:

- Finanzierung der HPV-Impfung. Damit könnten nachweislich einige hundert Tote pro Jahr verhindert werden.
- Wegfall der Beschränkungen bei „Insulin Sensitizer“ (durch die in Österreich noch immer verhinderte Kombination mit Insulin könnten PatientInnen bis zu 30 % der Insulindosis einsparen, sinnlose Krankenhauseinweisungen verhindert werden und damit die Lebensqualität der PatientInnen wirklich verbessert werden), Wegfall der Bewilligungspflicht (auch die führt weder bei ÄrztInnen noch bei PatientInnen zum complianten Verhalten), etc.

An dieser Stelle sei noch den über 90 % der „Nicht DMP ÄrztInnen“ gedankt, die durch ihren persönlichen Einsatz die Versorgung der über 92 % der „Nicht DMP Diabetiker“ sicherstellen.

Als Schlusswort nur ein Satz von Josef von Škoda, der mit Karl Freiherr von Rokitsky und Ferdinand von Hebra die 2. Wiener medizinische Schule begründete:

**„Wir behandeln nicht Krankheiten, sondern Kranke!“**

**DR. MAX WUDY**  
Kurienobmann-Stellvertreter der  
niedergelassenen Ärzte

**Die Bestsellerautorin Renate Hartwig setzt sich seit einigen Jahren kritisch mit dem deutschen Gesundheitssystem auseinander. In ihrem demnächst erscheinenden Buch „Geldmaschine Kassenpatient- wo bleibt unser Beitragsgeld“ setzt sie sich auch mit Disease Management Programmen auseinander. Wir dürfen vorab einige Textpassagen abdrucken:**

„Da bieten auch neue Offerten des Gesetzgebers eine Chance. Ungeprüft haben Politiker das Gemecker der GesundheitsökonomInnen übernommen, in Deutschland herrsche eine unhaltbare Über-, Unter- und Fehlversorgung. Sie treibe die Beiträge der gesetzlich Versicherten zusätzlich in explosive Höhen. Da war von Doppeluntersuchungen die Rede, die es zum Teil auch gab, weil Apparatemedizin höher vergütet wurde als sprechende. Da ereiferten sich „Experten“ über die unnötige, doppelte Facharztschiene - in Praxen und Kliniken. Dabei weiß jeder Laie, dass weit mehr als vier Fünftel der Patienten von niedergelassenen Ärzten versorgt werden. Klinikambulanzen wären diesem Ansturm nicht einmal im Ansatz gewachsen. Ganz zu schweigen von der enormen Kostensteigerung, wenn Fachärzte nur noch in Krankenhäusern praktizierten.

*„Das mit Abstand teuerste und ineffizienteste Gesundheitssystem liefert die Vorlagen, wie mit Krankheiten zu verfahren ist.“*

Doch Vorwürfe verfangen, man muss sie nur oft genug wiederholen. Parat stehen meist auch schon die Gegenmittel. DMP = Disease-Management-Programme heißen sie und stammen - natürlich - aus den USA. Richtig, das mit Abstand teuerste und ineffizienteste Gesundheitssystem liefert die Vorlagen, wie mit Krankheiten zu verfahren ist. Die Befürworter sprechen ganz falsch von „Industrialisierung der medizinischen Dienstleistung“. Längst belegten Studien, dass das Beharren auf individueller Behandlung nur als Deck-

mäntelchen für Qualitätsmängel und therapeutische Beliebigkeit benutzt werde. Exakte Leitlinien für die medizinische Behandlung und Ablaufpläne der Therapie sollen sie ersetzen - „zum Wohle“ der Patienten und der Budgets sämtlicher Krankenkassen. Informationssysteme sollen alle Schritte und Gesundheitsdaten exakt dokumentieren und auswerten.

2003 starteten die DMP. Sie wenden sich an chronisch Kranke, zunächst an Typ-II-Diabetiker, Brustkrebspatienten, Herz-Kreislauf-Kranke und Menschen mit obstruktiven Atemwegserkrankungen. Fast zehn Jahre danach finden gerade die Wissenschaftler, die sie lauthals gefordert haben, trotz zahlloser Studien nicht belegt, dass sie den Programmteilnehmern irgendeinen Nutzen stiften. Bewahrheitet sich also der Satz eines Hausarztes, der damals die Folgen der DMP-Einführung für Zuckerkrankte (so genannte Altersdiabetes) so kommentierte: „Entweder hat sich der Kollege ernsthaft um seine Chroniker gekümmert und bleibt dabei. Oder er hat es nie getan und ändert daran auch jetzt nichts.“

*„Entweder hat sich der Kollege ernsthaft um seine Chroniker gekümmert und bleibt dabei. Oder er hat es nie getan und ändert daran auch jetzt nichts.“*

In der Tat. Deutschland ist DMP-Weltmeister. 6,75 Millionen chronisch Kranke nehmen an einem der Programme teil. Die großen Gruppen sind 3,5 Millionen Typ-II-Diabetiker, 1,64 Millionen koronar Herzkrankte und fast 740 000 an