

DISKUSSION

zu dem Beitrag

Disease-Management-Programm BrustkrebsVersorgungsrealität,
Konzeptkritik und Perspektiven

von

Prof. Dr. rer. biol.-hum.

Dieter Hölzel

Dr. med. Jutta Engel

Dr. rer. biol.-hum.

Gabriele Schubert-Fritschle

in Heft 25/2004

Konzept wird sich als untauglich erweisen

Zu Beginn der Einführung der unseligen DMPs habe ich mich auch gefragt, warum die Behandelten nicht protestierten. Jetzt wird dies in überzeugender Weise in dem hervorragenden Beitrag beantwortet.

Bei jeder Gelegenheit wird sonst nach evidenzbasierter Medizin gerufen, bei dem wichtigen Thema Mammakarzinom verzichtet man geflissentlich darauf, und wir Ärzte machen wieder einmal mit, getreu dem Motto „medicus medico lupus“. Ich bin gespannt, mit welchen Erklärungen man aufwartet, wenn das DMP Mammakarzinom sich als untauglich erwiesen haben wird und die Versorgungsstrukturen zerstört sein werden. Sage dann niemand, man habe das ja nicht wissen können!

Dr. med. Ulrich Steigerwald

Frauenklinik

Hermann-Hesse-Straße 34

75417 Mühlacker

www.Enzkreis-Kliniken.de

Erkrankung oft unbeeinflussbar

Ich kann mich nicht erinnern, so begeistert und so schnell einen wissenschaftlichen Artikel gelesen zu haben. Die einfache deutsche Sprache ist doch etwas Wunderbares. Dazu kommt der Eindruck, dass die Autoren sich von Gewissen und Vernunft haben leiten lassen.

In dem Artikel finde ich einige verstreute Aussagen, dass das Schicksal schon Jahre vor dem Erkennen der Erkrankung festgelegt sei – nicht nur bei Brustkrebs. Damit scheint eine kurative Behandlung nicht möglich. Die Entfernung des auffälligen Primärtumors wird eindrucksvoll und mit viel Hoffnung erlebt, könnte aber nur die Oberfläche sein, die wirkliche Erkrankung ist längst fest programmiert und so gut wie unbeeinflussbar. Das wird kein Therapeut vertragen können. Er darf eine solche Vermutung nicht in sein tägliches Bewusstsein hereinlassen. Das würde sein Handeln und sein Befinden verderben und damit seine Rolle in der medizinischen und ärztlichen Partnerschaft gefährden. Die Epidemiologen haben es leichter am Schreibtisch bei den Daten als die Praktiker im laufenden Kontakt mit den Erkrankten.

Horst Peters

Kielstraße 34, 44145 Dortmund

Ökonomischer Unsinn

Nach den Daten, die Prof. Hölzel vorlegt, muss man zu der Erkenntnis kommen, dass die ganze Initiative DMP Brustkrebs vonseiten der Gesundheitspolitiker und der Krankenkassen dilettantisch angegangen wurde. Offensichtlich hat Prof. Hölzel exakte Daten, mit denen man ein besseres Konzept zur Früherkennung und Behandlung des Brustkrebses hätte erarbeiten können.

Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass die Gesundheitspolitiker von rechts bis links gemeinsam mit den Krankenkassen ein öffentlichkeitswirksames Projekt aus dem Boden stampfen wollten, um einen gesundheitspolitischen Erfolg dem Wählervolk vorzuweisen.

In Wirklichkeit handelt es sich um illusionäre Vorstellungen von Dilettanten, die damit doch nur ihre Reformunfähigkeit bewiesen haben. Es wurde mit dem DMP Brustkrebs ein bürokratischer Apparat aufgebaut, der letztendlich nach den vorgelegten Fakten eine Geldvernichtungsmaschine darstellt. Hätte man dieses Geld im Gesundheitswesen nicht besser einsetzen können? Hätte man nicht mehr auf den Rat solcher Fachleute hören können, die konkrete Zahlen vorzulegen haben? Oder wollte man trotz besseren Wissens einen Erfolgscoup landen?

Nachdenklich stimmt auch, dass die Fachgesellschaften kritiklos der Politik den vorseilenden Gehorsam leisten. Wäre es nicht sinnvoller, wenn qualifizierte Ärzte und deren Fachgesellschaften sich von dieser dilettantischen Geldvernichtungseinrichtung distanzieren? Stattdessen ist man willens, sich zu einem Dumpingpreis von 50 bis 60 Euro pro Stunde in den DMP-Apparat einzuklinken und dabei den kalkulatorischen Arztlohn – wie von der KBV festgelegt – eindeutig zu unterschreiten. Macht es einen Sinn, wenn sich Ärzte den Politikern und



Fotos: dpa

Geldvernichtung, Bürokratismus und Verzweiflungsaktion der Krankenkassen? Das Disease-Management-Programm Brustkrebs bleibt in der Kritik.

Krankenkassen zu Dumpingpreisen geradezu anbieten? Könnte man das DMP Brustkrebs nicht den Ärzten überlassen, die bereit sind, sich den Krankenkassen anzubiedern? Eines schönen Tages werden diese mit weiteren DMP sicherlich so weit totgeschlagen, dass sich das gesamte DMP-Konzept von alleine totläuft.

Hier sind sicherlich neue, ärztliche Zusammenschlüsse gefordert, um sich von den Bandagen öffentlich rechtlicher Einrichtungen frei zu machen.

Dr. med. Hans Schauda
Friedhofstraße 7, 88332 Bad Waldsee

Spaß verderben

Diesem klaren und umfassenden Artikel gibt es nichts mehr hinzuzufügen. Warum wird trotz dieser eindeutigen Belege für den Irrsinn DMP beim Mammakarzinom und der damit verbundenen Vergeudung von Krankenversicherungsbeiträgen diese bürokratische Zwangsjacke trotzdem eingeführt? Offensichtlich soll den Ärzten und Ärztinnen der Spaß an der klinischen Tätigkeit endgültig verdorben werden.

Dr. med. Margareta Schlipf
Pfaugasse 25, 89073 Ulm

Notbremse ziehen

Endlich eine Analyse und Position, die meine Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit der DMP-Brustkrebs-Fanatiker unter unseren Kollegen bestätigt.

Das Lehrspiel (im Licht der von Hölzel und Mitarbeitern brillant aufgezeigten Mischung von Faktenverdrängung, Regulierungswahn und Fehlsteuerung) zeigt, wie den eigenen kleinlichen Interessen ärztliche Souveränität und Glaubwürdigkeit geopfert werden. Nach diesem Beitrag stehen sie nun nackt da – die selbsternannten Kaiser.

Wir sollten die Früherkennung forcieren, ein bundesweites Tumoregister einfordern und Patientinnen, die wir oft nicht heilen können, ehrlich beraten und begleiten – ohne schamlos deren Notlage zur Selbstprofilierung auszunutzen. Wer sich vordergründig zum

Büttel staatlicher Kassensanierungsziele degradiert und in unkollegialer Weise engagierte Kollegen ausgrenzen will, zeigt, dass er am anderen Ufer steht. Bundesweit sollten die Ärzte in Klinik und Praxis die Notbremse ziehen.

Dr. med. Wolfgang Götze
Alt-Wilkendorf 37, 15345 Altlandsberg

Ergebnisorientiertes Handeln fördern

Ein ungewöhnlich klarsichtiger Artikel: Mit dem „Disease-Management-Programm (DMP) Brustkrebs“ kann die Brustkrebsdiagnostik und -therapie nicht besser werden. Der wichtigste Ansatz zur Senkung der Brustkrebssterblichkeit ist kein DMP, sondern das überfällige Mammographiescreening. Dass es auch bei der Therapie Verbesserungsmöglichkeiten gibt, zeigt zum Beispiel die Grafik mit den Mastektomieraten bei pT1-Mammakarzinomen, die von weniger als zehn Prozent bis mehr als 50 Prozent schwanken. Offenbar wird in einigen Kliniken unnötig viel verstümmelnd operiert. Hier sollten die zuständigen Operateure umdenken; leider setzen sich neue Erkenntnisse aber gelegentlich erst durch, nachdem der Chefarzt ausscheidet.

Dieses Problem ist aber bei allen Krankheiten vorhanden und kann nur gebessert werden, wenn eine echte Qualitätssicherung betrieben wird: mit Krebsregistern, Totenscheinen aufgrund von Autopsien statt vagen Vermutungen, Daten zu den langfristigen Ergebnissen einer Klinik beziehungsweise eines Arztes und so weiter.

Solche Daten wären die Grundlage, um lokale Behandlungsdefizite zu erkennen und notfalls auch entsprechenden Druck auszuüben. Die Verbesserungsvorschläge von Hölzel et al. zielen genau in diese Richtung, werden aber wohl verpuffen, denn pragmatisches, ergebnisorientiertes Denken ist im deutschen Gesundheitswesen nicht vorgesehen. Stattdessen wird Pseudoqualitätssicherung und Zentralisierung betrieben, die Bürokratie wird aufgebläht. Ich war zuletzt als AIP bis 1998 in Deutschland tätig und habe die Anfän-

ge der so genannten Qualitätssicherung miterlebt, ein Beispiel:

In der Chirurgie wurde nach bestimmten Operationen ein umfangreicher Fragebogen ausgefüllt; alle Details der OP und des stationären Aufenthalts wurden erfasst. Was wirklich interessiert, ist aber nicht die OP-Dauer in Minuten, sondern das Endergebnis der Prozedur. Wie geht es dem Patienten zum Beispiel einen Monat oder fünf Jahre später? War die Diagnose retrospektiv richtig? Konnte das Problem des Patienten gelöst werden? Solange zum Beispiel ein deutscher Klinikorthopäde gar nicht die Chance hat, alle Patienten in festgelegten Intervallen in seiner Sprechstunde zu kontrollieren, kann er gar nicht wissen, was seine Hüftendoprothesen wirklich taugen. Diese Art von Feedback muss in allen Bereichen der Medizin geschaffen werden.

Dr. med. Fabian Hässler
Kantonsspital, 8596 Münsterlingen, Schweiz

Öffentlichkeit verstärken

Danke für diesen herausragenden Artikel. Schade nur, dass wir Ärzte keine Pressestelle besitzen, die diese Tatsachen der Bevölkerung offen legt. Anstatt wie immer auf die Vorgaben zu reagieren, sollten wir durch Übermittlung von Wahrheiten viel häufiger die Politik zur Reaktion zwingen.

Dr. med. Michael Kraemer
Hochstraße 70, 45894 Gelsenkirchen

Verzweiflungsaktion

DMP ist eine Verzweiflungsaktion deutscher Gesundheitspolitik kurz vor dem Zusammenbruch der Krankenkassen – nichts weiter. DMP ist gesundheitsökonomischer Unsinn, in seinem Ursprungsland wurde es zur Profitmaximierung privater Klinikketten entwickelt, nicht zur Verbesserung ärztlicher Versorgung. DMP ist Ausdruck von Rendite aus sozialer Bedürftigkeit und damit unärztlich.

Dr. med. Dieter Petschow
Am Kielenkamp 35, 30855 Langenhagen



Schlusswort

Die drei wesentlichen Aussagen im Artikel zum DMP-Brustkrebs waren, dass

- die Behandlung von Brustkrebspatientinnen in Deutschland international vorzeigbar ist,
- das DMP Brustkrebs für den Medizinstandort Deutschland blamabel ist, denn Unter-, Über- und Fehlversorgung wurden frei erfunden und bisher nicht belegt,
- einfache, teilweise vorhandene Strukturen ausreichen würden, um in wenigen Monaten eine Innovationsoffensive für den Onkologiestandort Deutschland zu starten.

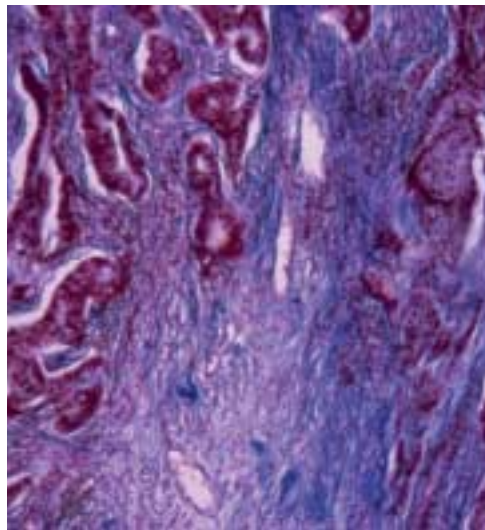
Die eingegangenen Leserbriefe bestärken und stützen die in unserem Artikel zusammengestellte Realitätssicht.

Dr. Hässler betont zu Recht, dass die Mortalität nur durch Mammographie-screening nennenswert reduziert werden kann. 15 Jahre seit Anstoß des Bundesausschusses unkontrolliert 45 000 vermeidbare Sterbefälle anhäufen zu lassen ist ein Skandal. Natürlich gibt es Optimierungsreserven bei der Behandlung, aber nicht nur beim Brustkrebs. In den USA ist wahrscheinlich die sechsthäufigste Todesursache auf einen Fehler in der Behandlung zurückzuführen. Das Institute of Medicine hat daraufhin Vorschläge für ein sicheres Gesundheitssystem zusammengestellt (1, 2) und gegen die Fragmentierung der Versorgung votiert (2). Ein wichtiger Schritt ist die Nutzung der Technologie, die jedem Arzt die Langzeitergebnisse seiner Patienten zugänglich machen könnte, wie es Hässler fordert. Zugang zu Vergleichen mit anderen und – falls nach der Transparenz noch erforderlich – Sanktionen können zur Optimierung beitragen. Seit 15 Jahren hätte eine Infrastruktur für die Mammographie mit sicherem Zugang zu früheren Befunden und Bildern eingerichtet werden müssen, zur Unterstützung der Ärzte und damit für eine hohe Qualität. Für die gesamte Onkologie könnte eine solche Innovationsoffensive innerhalb von Monaten gestartet werden. Langsamkeit impliziert nicht Qualität und Fortschritt.

Dr. Steigerwald fordert von den Behandlungseliten, zu protestieren und sich für rationale Strukturen einzumi-

schen. Nicht nur den Ärzten ist von den Kassen evidenzbasierte Medizin (EbM) vorzuschreiben. Auch die Wirksamkeit – besseres Ergebnis und größere Wirtschaftlichkeit – der schönen neuen DMP-Welt wäre im Sinne der EbM zu belegen. Aber das ist mit dem Ansatz bereits ausgeschlossen worden.

Mit adäquater Öffentlichkeitsarbeit agieren, nicht reagieren, Konzepte entwickeln, nicht Erfüllungsgehilfe auf dem Weg in eine kafkaeske Welt sein ist der von Dres. Kraemer, Schauder, Schlipf und anderen ausgesprochene und vielfach geteilte Appell an Berufs- und Standesvertretungen. Es ist angesichts der Thematik mehr als peinlich, wenn sich Berufsverbände rühmen, ein paar Cent mehr für die Dokumentation



Mikroskopische Aufnahme eines Mammakarzinoms im Maßstab 170 : 1

herausgeholt zu haben. *Medico medicus lupus* ist auf allen Ebenen wirksam und selbstdiskreditierend. Die Bereitschaft, vernünftige Reformen mitzutragen, wenn sie ärztliches Handeln unterstützen, ist überall spürbar. Reformbereitschaft und Konzepte müssen aber glaubwürdig und mit Nachdruck nach oben vermittelt werden, was Dr. Goetze fordert. Bisher ohne Erfolg, denn die Lösungen sind aus einer anderen Welt.

Dr. Petschow spricht indirekt den Grund an, warum heute Politik so negativ besetzt ist. Denken, Reden und Handeln passen in der Regel nicht zusammen. Man denkt an den Bankrott von Krankenkassen und muss umverteilen, mehr als eine Milliarde Euro

allein bei der Behandlung von Brustkrebs. Das verkauft man der Bevölkerung als Qualitätssicherung und verlangt als Legitimation von den Ärzten für „Peanuts“ eine Dokumentation praktisch für ein schwarzes Loch. Vielleicht liegt es an der Innovations-euphorie, die das Gestern alt erscheinen lässt. Es ist lange her (1637), dass René Descartes seine Regeln zum richtigen Vernunftgebrauch publiziert hat.

Dr. Peters spricht rational das Krankheitsbild an, das leider die weitgehende Wirkungslosigkeit des DMP begründet. Lange vor der Primärtherapie findet die Metastasierung statt. Der Arzt kann nur die gesicherten Behandlungen optimal umsetzen und dann hoffen, dass die Patientin zum Beispiel bei einem pT1b-Tumor zu den 90 Prozent, bei pT1c zu den 72 Prozent, bei pT2 zu den 50 Prozent zählt, die geheilt werden und mehr als 15 Jahre ein erfülltes Leben führen können. Der Epidemiologe hat die Fakten zu liefern und für die erforderlichen schlanken und nachhaltigen Strukturen zu kämpfen. Er hat sich quasi als Dienstaufgabe für Public Health und für eine gute Versorgung für die Bevölkerung, nicht nur für Einschreibungsfähige und -willige einzusetzen.

Besonderes Interesse verdienen auch Leserbriefe, die nicht eingegangen sind: Niemand hat sich zu DMP Brustkrebs bekannt. Keine Evidenz für die vermeintliche Versorgungskatastrophe wurde nachgeliefert. Keine Richtigstellung ist

von Pressestellen eingegangen, die sonst reflexartig widersprechen, *pars pro toto* infrage stellen und Positives für ihre Institution verbreiten. Keine wissenschaftliche Fachgesellschaft, die mit Unter- und Fehlversorgung eingeschüchtert wurde, hat aufgeatmet. Kein Berufsverband hat eine Befreiungsoffensive von Bürokratie gestartet. Keine Standesvertretung hat Stellung bezogen. Keine Persönlichkeit hat sich über zugesagte, aber nicht eingehaltene Gestaltungsmöglichkeiten empört.

- Welche Lernfähigkeit zeigt ein Land, wenn nicht dargelegt wird, wie eine sinnvolle Zielsetzung im autonomen Räderwerk von Gesetzesmaschinerie und Interessen ins Gegenteil gewendet wird?

- Welche Meinung hat eine Politik von ihrem Land, wenn erfundene Negativszenarien und bürokratischer Aktionismus existenziellen Geldtransfer in Milliardenhöhe begründen und als einmalige Qualitätsinnovation und Wirtschaftlichkeitsoffensive verkauft werden?

- Welche Moral herrscht in einem Land, wenn nicht zu haltende Heilungsversprechen, Angstmache und Diskreditierungen von Krebspatienten eingesetzt werden, um hohe Einschreibungsquoten zu erreichen?

- Welche Arroganz herrscht in einem Land, wenn Kritik und konstruktive Vorschläge nicht zur Kenntnis genommen und echte Innovationen nicht angepackt werden?

- Welche Fantasielosigkeit und welches Misstrauen herrschen in einem Land, wenn mit einem totalitären planwirtschaftlichen bürokratischen System jegliche Entwicklungsdynamik per Gesetz unterdrückt wird?

- Welche Zukunft hat ein Land, wenn wissenschaftliche Fachgesellschaften die Vorwürfe der Politik und Politikberatung widerspruchslos ertragen, dass sie schlechter als in anderen Ländern Rezepte ausstellen, schlechter Bestrahlungsgeräte bedienen, schlechter operieren, schlechter befunden, schlechter beraten und ihre Patienten schlechter begleiten?

Man kann nur in Anlehnung an Brechts Galileo schließen: Unglücklich das Land, das fantasievolle, selbstkritische, verantwortungsbewusste, vernunftgeleitete, reformfähige, ehrliche und sich einmischende Menschen so nötig hat und damit anerkennend allen danken, die mit Leserbriefen reagiert und vielen Mut gemacht haben.

Literatur

1. Committee on Quality of Health in America: Crossing the quality chasm – a new health system for the 21st century. Institute of Medicine. Washington: National Academy Press; 2001.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (ed): To err is human – building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. Washington: National Academy Press; 2001.

Prof. Dr. rer. biol.-hum. Dieter Hölzel

Dr. med. Jutta Engel (MPH)

Dr. rer. biol.-hum. Gabriele Schubert-Fritschle

Klinikum Großhadern

Marchioninstraße 15, 81377 München

Die Krankenkassen zelebrieren das Wohl ihrer Versicherten: In bunten Broschüren versprechen sie, die Versorgung chronisch Kranker zu verbessern. Ich erhalte eine Karte meiner Versicherung, dass ich „... kostenlos Teilnehmer eines der leistungsstärksten und modernsten Betreuungsprogramme für Menschen mit Diabetes werden ...“ kann. Weitere Informationen fände ich „in den nächsten Tagen in Ihrem Briefkasten“. Ich bin seit 24 Jahren Typ-1-Diabetiker. Disease-Management-Programm ist „... für Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2“. Die – für mich wertlosen – „weiteren Informationen“ kommen nach fünf Wochen.

mich sogar rechtfertigen, warum dieser bisher nicht erfolgt ist. Der Hausarzt soll „Lotse“ des Patienten im Gesundheitswirlwarr sein.

DMP sind für motivierte Patienten mit guter Compliance und risikobewusstem Verhalten gedacht. Das sind bei weitem nicht alle, die eine „DMP-bedienbare Diagnose“ haben, sich aber um ihre Erkrankung kaum kümmern, sondern alles dem Doktor überlassen. Wer keine Verantwortung übernimmt, kann nachher nicht schuldig sein.

Wie viele „doctor hoppers“ sind darunter, die von Kollegen bereits mit Engelszungen zu mehr Eigenaktivität und -verantwortung zu motivieren ver-

Disease Management

Zum Wohl – von wem?

Andere Versicherte erhalten einen Fragebogen, in dem Größe, Gewicht und Blutdruck erfragt werden. Wird dieser beantwortet, folgt die Aufforderung, einen oralen Glucosetoleranztest durchführen zu lassen. Es lägen Risikofaktoren vor, die eine Klärung erforderten. Wenn sich ein Diabetes herausstelle, bestehe gleich die Möglichkeit, sich für das Disease-Management-Programm (DMP) „Diabetes mellitus“ einzuschreiben. Herr N. hat keinen Diabetes mellitus. Der Hausarzt hat wiederholt Nüchternblutzuckerwerte < 100 mg/dl und sogar einen HbA_{1c}-Wert zur Langzeitkontrolle bestimmt – abrechnungstechnisch problematisch bei Nicht-Diabetikern. Das weiß die Versicherung. Aber im Hinblick auf die für die Krankenkassen insbesondere beim Risikostrukturausgleich wichtige Zahl der DMP-Teilnehmer wird alles in Bewegung gesetzt. Je DMP-Teilnehmer erhält die Versicherung ein „Kopfgeld“.

Welch ein Vorgehen! Verwaltungstechnisch, abrechnungsorientiert und geldgierig! Als niedergelassener Vertragsarzt soll ich jedem von den Versicherungen Angeschriebenen auseinander setzen, warum ein Glucosetoleranztest nicht indiziert ist. Ich muss

sucht wurden. Aber wenn sie zum nächsten kommen, klagen sie, dass man ihnen „gar nichts“ über Risiken und Folgen dieser Erkrankung sowie Möglichkeiten der auch selbst zu gestaltenden Therapie gesagt habe. Sie haben von Gewichtsreduktion, Blutzucker- und Blutdruckmessung oder Umsetzung eigener therapeutischer Konsequenzen bisher nichts gewusst. Mit Charme vermitteln sie, dass sie erst jetzt die richtige Stelle gefunden haben. Solche Aussagen motivieren – zumindest den Arzt. Aber Eigenschaften wie Phlegma und Ignoranz lassen sich nicht einmal eben aus dem Weg räumen. Langjährig unwillige, ahnungslos brillierende Patienten in ein DMP zu stecken ist zwecklos. Ebenso sind manche Menschen mit den Ansprüchen, die eine Therapieschulung sowie deren Konsequenzen an sie stellt, überfordert. Nicht jeder kann sein eigener „Case Manager“ sein. Gerade hier kann der Hausarzt wirkungsvoll als „Lotse“ fungieren. Entscheidend ist die Motivation des Patienten zur Kompensation seiner Erkrankung und Erhalt oder Wiedergewinn seiner Fähigkeiten. Diese Motivation ist über finanzielle Anreize zu steigern. Dr. med. Wolfgang Wagener