

Integrierte Versorgung (IV)

Ein Erfahrungsbericht aus der Bundesrepublik

In erster Linie ist es ein Instrument für die Großkonzerne den Weg in die ambulante Versorgung zu ebnen. Warum denke ich das? Dem einzelnen niedergelassenen Arzt ist es nicht möglich einen IV Vertrag mit einer Kasse abzuschließen. Selbst einer regionalen Arztgruppe wird es sehr schwer gemacht, an solche Verträge zu kommen. Es sind monatelange Vertragsvorbereitungen neben der normalen Praxisarbeit und der Pflichtfortbildung erforderlich. Dies bedarf einer engagierten Gruppe von Ärzten innerhalb eines Ärztenetzwerkes. Da nun aber einzelne und kleine Gruppen von Ärzten, nicht in der Lage sind solche Verträge auszuarbeiten, geschweige denn abzuschließen, ist IV letztendlich ein Instrument für Konzerne und Krankenkassen.

Konzerne und Krankenkassen haben jedoch ganz andere Interessen.

Hier steht ausschließlich Rentabilität im Vordergrund.

Persönliche Beziehungen zu Patienten sind dieser Gruppe fremd.

Hier meint man mit Leitlinien und Flussdiagrammen den medizinischen Alltag abbilden zu können. Jeder der jedoch schon einmal selbst am Patienten gearbeitet hat weiß, dass der Patient ein individuelles Lebewesen ist. Als Hausärzte kennen wir unsere Patienten sehr genau, und wissen was geht und was eben nicht geht. Gewachsene, über Jahre bestehende Beziehungen zwischen

Arzt und Patient werden aufs Spiel gesetzt. Man meint der Arzt als Mensch wäre austauschbar. Jeder der in der Praxis arbeitet weiß, dass dem nicht so ist.

Hier in Deutschland verbreiten sich die medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in rasender Geschwindigkeit. Anfangs waren noch die arztgeführten MVZ in der Mehrzahl, dies ändert sich neuerdings sehr schnell. Die kleinen MVZ bekommen eben nicht die lukrativen Verträge, die ein wirtschaftlicher

Betrieb erfordert. In meinen Augen ist es ein Trugschluss, dass wir Ärzte unsere Freiberuflichkeit durch solche Zusammenschlüsse retten können. Das Gegenteil ist der Fall.

Ein Zusammenschluss von Ärzten bedarf sehr viel Arbeit und Einsatz. Haben sich die Ärzte nun zusammengeschlossen, sich vernetzt etc, so ist die Hauptarbeit gemacht. Wird nun die Bezahlung noch weiter heruntergeschraubt, ist das kleine MVZ

letztlich froh, wenn es von einem Konzern aufgekauft wird. Das von engagierten Ärzten aufgebaute und dann finanziell ausgehungerte MVZ gehört nun dem Konzern. Dieser bekommt nun die guten Verträge und es kann Profit gemacht werden. Der einzelne Arzt ist ab sofort dem Willen des Konzerns restlos ausgeliefert.

IV in der Masse läuft hier in Deutschland über die Disease Management Programme (DMP) die jedem Hausarzt offen stehen. Anfangs wurden nur rudimentäre Datensätze an die Kassen geliefert. Dies hat man ohne erneute Aufklärung am 1. 7. 08 geändert. Von höchster Stelle hieß es, dass eine Trennung der Datensätze zu aufwändig sei. Seitdem werden nun alle erhobenen Daten an die Kassen geliefert.

Der Patient wird zum gläsernen Patienten, der Arzt ebenso.

Man könne meinen, das wäre bedeutungslos, dem ist jedoch nicht so. Die Daten können ohne großen Aufwand nach beliebigen Kriterien gefiltert werden. Wer weiß ob nicht der eine oder andere Arzt bei einem Einkaufsmodell der Krankenkassen (weitere Wettbewerbsverschärfung) so nicht auf der Strecke bleibt? Warum machen also deutsche Ärzte hier mit?

Bis auf wenige Ausnahmen liegt dies an der guten Bezahlung. Bekommt ein deutscher Hausarzt für die komplette medizinische Versorgung hier in Deutschland im Bundesschnitt ca. 38 Euro pro Quartal als Regelleistungsvolumen, so bringt ein DMP Zettel schon 15 Euro (Folgezettel) bzw. 25 Euro (Erstaufnahme). Viele Krankenkassen zahlen noch einmal zusätzliche Boni für diese Formulare. Der Patient wird von der Praxisgebühr befreit (10 Euro) und macht sich keine Gedanken, was mit seinen Daten geschieht. Ihm wird suggeriert das er im DMP besser behandelt wird; er unterschreibt aber:

„Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.“ Dies unterschreibt sowohl der Patient als auch der Arzt!

Diese in meinen Augen leichtfertige Herausgabe von medizinischen Daten ist langfristig sehr gefährlich. Diese Daten unterliegen nun nicht mehr der besonderen Verschwiegenheit der Arztpraxis! DMP gibt es hier in Deutschland für KHK, DM, COPD, Asthma und Brustkrebs. Weitere DMPs sind geplant. So kann man schnell neben dem dürftigen Regelleistungsvolumen von ca. 38 Euro, 45 Euro mit wenig Arbeit hinzuverdienen. Da man uns in den letzten Jahren die leicht erkrankten Patienten aus den Praxen vertrieben hat (Praxisgebühr, hohe Medikamen-

IV ist in meinen Augen ein Instrument, die persönliche Betreuung eines Patienten und die persönliche Patientenbeziehung restlos zu zerstören!

Im theoretischen Ansatz gut, in der Praxis macht es aber die Versorgung kaputt.



Dr. med. Franz Tenbrock: Integrierte Versorgung, Qualitätsmanagement, DMP-Projekte und P4P (pay for performance) sind Instrumente, um den Großkonzernen den Weg in ein industrielles Gesundheitswesen zu ermöglichen!

tenzuzahlungen, OTC Präparate nicht mehr auf Rezept, etc) betreuen wir fast ausschließlich Patienten, die potentiell DMP-fähig sind. Schaut man auf das Geld, so wird man als Arzt jeden nur erdenklichen Patienten in ein DMP eintragen. Einige Kollegen sehen DMP so wie die Pharmastudien: Hauptsache Geld. Mit einem multimorbiden Patienten lässt sich sehr schnell mehr mit den ausgefüllten DMP-Formularen verdienen, als durch ärztliche Leistungen am Patienten selbst. Dies ist in höchstem Maße demotivierend für ehrliche medizinische Leistung.

Die Folge ist klar. Reduzierung der Medizin auf ein Minimum und Gewinnmaximierung durch Handlangerdienste für die Gesundheitsbürokratie.

Die Krankenkassen tun ein Übriges zum „Erfolg“ dieser DMPs. Im Laufe der Jahre wurden riesige Callcenter implementiert. Diese kontaktieren den Patienten fortlaufend und mischen sich in die Behandlung ein. Der Patient wird so vollkommen irritiert und das Vertrauensverhältnis zum Arzt zunehmend zerstört. Gerade aber die „Droge Arzt“ ist für ein effektives Gesundheitswesen keinesfalls zu unterschätzen. Das Misstrauen des Patienten gegenüber seinem Arzt führt zu Doppeluntersuchungen und vielen unnötigen weiteren Untersuchungen, dies ist in meinen Augen der schlimmste Kostentreiber in der von Technokraten

zerstörten Arztbeziehung.

All dies ist für mich die schlimmste Form der Demütigung in meinem Beruf als Arzt. Es demotiviert statt zu motivieren.

Bisher gibt es auch keine sauberen Studien zur Wirksamkeit der DMPs. Hierunter verstehe ich die zufällige Verteilung der Patienten auf 2 Gruppen. DMP- und Nicht-DMP Patienten. Nur so kann die Wirksamkeit realistisch dargestellt werden. Ich lehne die Einschreibung zunehmend ab, zurzeit habe ich noch 10 DMPs, was hier in Deutschland extrem wenig ist. Trotz allem hat sich die Versorgung der Patienten in den letzten Jahren auch bei mir erheblich verbessert. Dies liegt nicht an den Programmen, sondern am Fortschritt der Medizin, den neuen Techniken, den neuen Medikamenten und den neuen Erkenntnissen zu den Langzeitschäden. Aber es geht den Technokraten ja nicht um bessere Versorgung, es geht um Daten, denn wer die Daten hat, der hat die Macht. Nur über diese Datenschatze kann man die zunehmende Rationierung steuern.

Ein weiteres sehr schlimmes Instrument der Kassen, das Arzt Patientenverhältnis zu zerstören, sind die Rabattverträge.

Hier entscheidet letztlich die Kasse, welches Medikament der Patient in der Apotheke erhält. Dieses Instrument haben die

Kassen nun seit mehreren Quartalen. Seitdem weiß ich als Hausarzt kaum noch welche Medikamente mein Patient schluckt. „Herr Doktor, die roten Pillen aus der blauen Packung vertrag ich nicht...“ Früher kannte ich die Medikamente und die Packungen meiner Patienten und wusste schnell Rat. Dies hat sich entscheidend verändert. Was dies für die Arzneimittelsicherheit bedeutet, kann sich jeder Arzt ausmalen. Der Patient soll sich mit diesem Instrument aber nur daran gewöhnen, dass alles im Medizinbetrieb austauschbar ist. Heute sind es die Medikamente, morgen ist es das Krankenhaus (IV Verträge mit Kliniken) und am Ende wird auch die Arzt-Patientenbeziehung beliebig austauschbar sein.

IV (integrierte Versorgung), QM (Qualitätsmanagement) DMP, P4P (pay for performance) - all dies sind Instrumente, um den Großkonzernen den Weg in ein industrielles Gesundheitswesen zu ermöglichen.

Dies wird jedoch keinesfalls billiger, hier müssen Profite für die Aktionäre gemacht werden, hier müssen Verwaltungen bezahlt werden, hier muss ein wesentlich höherer Krankenstand unter den Mitarbeitern finanziert werden, wer also meint, es könnten Kosten gespart werden, der ist in meinen Augen naiv.

Warum macht die Politik hier mit, warum bereitet die Politik den Konzernen den Weg?

Die Fortschritte in der Medizin führen zu einem nicht mehr finanzierbaren Gesundheitswesen. Nur durch konsequente Rationierung wird das Gesundheitswesen in Zukunft durch die schrumpfende Zahl von Arbeitnehmern finanzierbar bleiben.

Rationierung ist ein Unwort in der Poli-

itik, also darf es nicht ausgesprochen werden. Ein freier Arzt aber kommuniziert die Rationierung mit seinem Patienten, ein angestellter Arzt wird dies nicht mehr dürfen. Hier wird die „Maulsperre“ per Arbeitsvertrag geregelt. So einfach ist das. Je weniger Konzerne sich nun den Gesundheitsmarkt teilen, umso einfacher wird es für die Politik.

Wie erhält man nun aber den freien Arzt?

„Letztendlich entscheidet die Kasse, welches Medikament der Patient in der Apotheke erhält“

Nur wenn Ärzte europaweit endlich einmal Profil zeigen und fremdbestimmte Wege konsequent verweigern, haben wir eine Chance diesen wunderschönen Beruf zu erhalten, andernfalls wird er zu einem gewöhnlichen Job.

Dazu gehört auch eine freie Arzt-Patienten-Beziehung mit Direktabrechnung. Der Patient ist ein Mensch, der außerhalb der Medizin durchaus den Wert einer Arbeit einschätzen kann, nur in der Medizin soll das nicht möglich sein? Es ist die Abrechnung über die Kassen, die unseren Beruf kaputt gemacht hat. Dies muss allen klar sein und darum muss dies als erstes geändert werden.

Geht es aber so weiter, wird nur der Ausstieg aus dem System zu einem glücklichen Arztdasein führen.

Zunehmende Datenskandale, die unausweichlich kommen werden, machen das

ungestörte Arzt-Patientengespräch wertvoller denn je. Die Menschen werden bereit sein, Geld für ungestörte Beratung zu bezahlen. Sie werden die Wichtigkeit ihrer medizinischen Daten schätzen lernen. Die Privatpraxis wird kommen.

Die Patienten werden ELGA-Systeme wie maxiDoc schätzen lernen, weil nur so die Daten in der Hand der Patienten bleiben, nur so wird das Gespräch mit dem Arzt vertraulich bleiben. Da wir nun seit 3 Jahren sehr viel Arbeit in das Projekt maxiDoc gesteckt haben, ohne jegliche Unterstützung, sei mir etwas Werbung erlaubt:

Der maxiDoc Stick kostet einmalig 60 Euro incl. Steuer und ist somit von jedem Patienten finanzierbar. Der Stick ermöglicht dem Patienten einen geordneten Einblick in seine Gesundheitsdaten, ohne dass andere hier mitlesen können. Das Sicherheitssystem gewährleistet den Schutz der Daten bei Verlust, alles ist individuell verschlüsselt und passwortgesichert. Den Stick gibt es als arztgeführte Akte und für computerverstärkte Patienten als patientengeführte Akte. So wird der Patient in die Lage versetzt, weltweit seine wichtigsten Daten mit sich zu führen. Das Sprachpaket sorgt dafür, dass Ärzte in aller Welt dieses System bedienen können. Es fördert zudem das Vertrauen zwischen Arzt und Patient, dies zeigt die nunmehr 3-jährige Arbeit mit maxiDoc in meiner Praxis. Wir freuen uns über jeden Unterstützer für dieses Projekt, das aus der Arztpraxis heraus für Patient und Arzt entwickelt wurde.

Mit kollegialem europäischen Gruß

DR FRANZ TENBROCK
Praxis@Dr-Tenbrock.de