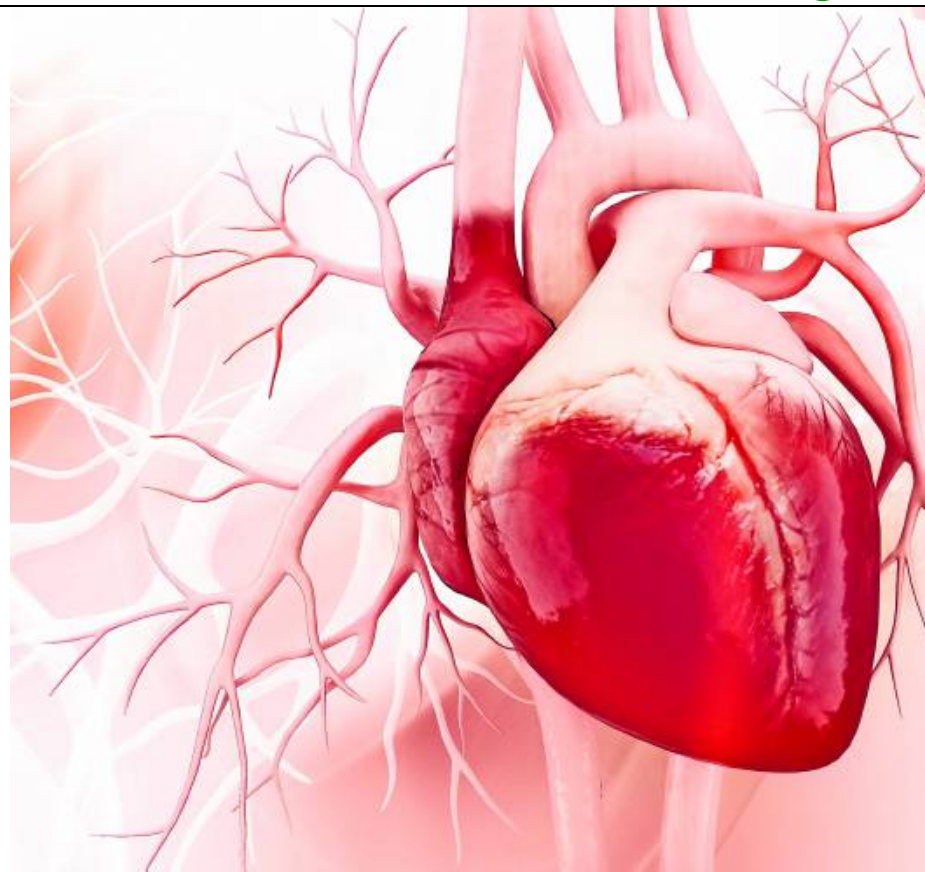




Riskante Operation

Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bereits vor Auftreten erster Symptome erkennen? Dieses Ziel verfolgt Lauterbach mit seinem „Gesundes-Herz-Gesetz“. Warum das Vorhaben aber gerade die wichtigen DMP zum wackeln bringen könnte.



Ende August hat die Bundesregierung das „Gesetz zur Stärkung der Herzgesundheit“ verabschiedet. Doch die Kritik an den geplanten Maßnahmen ist bis heute nicht verstummt. So warnt der AOK-Bundesverband vor schlechterer Versorgung chronisch Kranker und Überlastung der Arztpraxen durch die geplanten Änderungen bei den Disease-Management-Programmen (DMP).

Ziel des Gesetzes ist es, durch verbesserte Prävention und Therapiemaßnahmen Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bereits vor Auftreten der ersten Symptome zu erkennen und zu verringern – beispielsweise durch Screenings für Erwachsene ab dem 25. Lebensjahr oder die verstärkte Verordnung von Statinen. Geplant ist zudem, die bestehenden DMP auch für Risikopatienten zu öffnen.

„Statine sind keine Smarties“

Wegen „besonderer Eilbedürftigkeit“ will Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) den parlamentarischen Prozess noch in diesem Jahr abschließen und die Neuregelungen ab 2025 umsetzen. „Durch Früherkennung und Vorsorge kann die Krankheitslast gezielt gesenkt werden, deshalb müssen die erweiterten Leistungen schnellstmöglich im Versorgungsalltag greifen“, heißt es in einem Schreiben von Lauterbachs zuständiger Staatssekretärin an alle Minister. Ob das „Gesundes-Herz-Gesetz“ (GHG) in der aktuellen Form von Bundestag und Bundesrat verabschiedet wird, ist unklar; Verbände und Kassen protestieren gegen das Vorhaben.

Der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses Professor Josef Hecken erklärte, die Pläne hätten das Potenzial, „bei ihm Vorhofflimmern auszulösen.“

Von „Pillen statt Prävention“, sprach Carola Reimann, Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes und kritisierte: „Statine sind keine Smarties.“ Reimann weiter: „Probleme des grassierenden Bewegungsmangels oder der falschen Ernährung löst man nicht durch frühzeitigere Medikamenten-Verordnung.“ Sie fordert stattdessen „einen sinnvollen Mix aus verhältnis- und verhaltenspräventiven Ernährungs- und Bewegungsangeboten“ sowie „gezielte Einschränkungen von an Kinder gerichteter Werbung für ungesunde Lebensmittel.“ Kritisch beurteilt die AOK zudem die Öffnung

der DMP für Risikopatienten. So sei unklar, was „hohes Risiko“ bedeute, wenn die jeweilige Erkrankung noch nicht diagnostiziert wurde.

Aktuell werden rund 7,4 Millionen Menschen in den verschiedenen DMP versorgt. Die AOK befürchtet, dass eine Erweiterung der Zielgruppen und die geplante Absenkung der Qualitätsanforderungen – etwa ein Verzicht auf verpflichtende Patientenschulungen – eine Verwässerung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) definierten Regeln bedeute. Durch die Erweiterung um Risikopatienten drohe „eine Verschiebung des Fokus weg von den

tatsächlich erkrankten Menschen, die auf eine gute Versorgung angewiesen sind“, so AOK-Vorständin Reimann. Angesichts begrenzter ärztlicher Ressourcen, die durch den Nachwuchsmangel im hausärztlichen Bereich in Zukunft noch knapper werden dürften, seien solche gar nicht einlösbaren Leistungsversprechen „schlicht absurd“. In einer Folgeabschätzung auf Basis von epidemiologischen Daten, AOK-Abrechnungsdaten und den heutigen Kosten pro DMP-Teilnehmer hat der AOK-Bundesverband den maximal zu erwartenden Aufwand beziffert.

Beispiel COPD: Hauptrisiko für die chronisch obstruktive Lungenerkrankung ist Rauchen. Insgesamt elf Millionen GKV-Versicherte inhalieren Tabak, davon werden drei Millionen bereits aufgrund von COPD/Emphysem ärztlich behandelt. Nach Lauterbachs Vorhaben kämen also etwa acht Millionen Versicherte hinzu, die für das DMP geeignet wären. Bei einer angenommenen Einschreibequote von 20 Prozent ergäben sich weitere 1,6 Millionen DMP-Teilnahmen.

32 zusätzliche Arbeitstage pro Arzt

Insgesamt wären bei konsequenter Umsetzung der Pläne maximal 34 Millionen zusätzliche DMP-Teilnahmen möglich. Bei zehn Minuten Dokumentationsaufwand pro Patient und Quartal addierte sich die Belastung für jeden der derzeit rund 44.000 in die DMP involvierten Hausärzte auf etwa 32 zusätzliche Arbeitstage im Jahr. Die Zusatzkosten für die GKV würden nach einer fünfjährigen Hochlaufphase 3,8 Milliarden Euro jährlich betragen. Die Folge: eine Beitragssatzerhöhung um 0,22 Punkte. AOK-Vorständin Reimann monierte, dass die Grundintention der seit mehr als 20 Jahren bewährten Programme, die auf

Disease-Management-Programme der gesetzlichen Krankenkassen

Indikation	Zahl der Teilnehmer*innen
Asthma bronchiale	891.000
Brustkrebs	157.000
COPD	462.000
Diabetes Typ 2	4.141.000
Diabetes Typ 1	267.000
Koronare Herzkrankheit	1.562.000
Osteoporose	7.000
Gesamtzahl	7.487.000

Quelle: GKV-Statistik KM7, Stand: August 2024, ohne Bereinigung von Mehrfach-Teilnahmen
Grafik: Springer Medizin Verlag

Die Praxis-Serie

Lesen Sie am 19. September:

Beim Pilotprojekt SAHRA nutzen Städte und Gemeinden AOK-Pflegekennziffern zur Sozialraumplanung. Wie diese Kooperation die medizinische Versorgung von Menschen verbessert, lesen Sie in der nächsten Pro Dialog.

Kontakt: Haben Sie Fragen an die AOK oder Themenwünsche für diese Seite? Dann schreiben Sie uns per E-Mail an: prodialog@bv.aok.de.



© ABHIJH3747 / STOCK.ADOBE.COM

„Das Gesetz entbehrt an vielen Stellen jeglicher Evidenz“

Die Bundesregierung will die Herzgesundheit der Bevölkerung verbessern, mit Prävention Infarkte und Schlaganfälle reduzieren. Dr. Gerhard Schillinger vom AOK-Bundesverband begrüßt die Intention, warnt aber vor wirkungslosen Maßnahmen und Überlastung von Arztpraxen.

Das Interview führte Peter Willenborg

Herr Dr. Schillinger, Gesundheitsminister Karl Lauterbach plant ein „Gesundes-Herz-Gesetz“ (GHG), das unter anderem beinhaltet, die bestehenden Disease-Management-Programme (DMP) auch für Risikopatienten zu öffnen. Es klingt plausibel, der Entstehung chronischer Erkrankungen möglichst früh vorzubeugen. Warum kritisiert die AOK dieses Vorhaben?

Die Entwicklung der bisherigen Disease-Management-Programme ist ja darauf ausgerichtet, bei chronischen Erkrankungen die Behandlung an der besten verfügbaren Evidenz auszurichten. Durch die Strukturierung der Versorgung und die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten haben wir mit den bestehenden DMP eine hohe Effektivität erreicht und die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen tatsächlich verbessert.

Für Menschen mit einem erhöhten Risiko für solche Erkrankungen gibt es aber eine solche Evidenz gar nicht, auf der man eine Erweiterung der DMP aufbauen könnte. Die in den DMP formulierten Maßnahmen sind auf diese Patientengruppe gar nicht anwendbar. Daher besteht aus meiner Sicht eher Gefahr, dass die bestehenden, gut funktionierenden DMP durch die Öffnung für Risikopatienten verwässert werden.

In einer Folgenabschätzung zu den DMP-Plänen im GHG gehen Sie von einer zusätzlichen Belastung der rund 44.000 bislang an DMP teilnehmenden Hausärzte von 32 Arbeitstagen pro Jahr aus. Woraus resultiert diese Zahl?

Wir haben die Fallzahl der zusätzlichen DMP-Einschreibungen auf Basis von Faktoren abgeschätzt, die wir mit vorhandenen epidemiologischen Daten und Krankenkassendaten operationalisieren können. Im Falle der Koronaren Herzkrankheit kämen bei einer Öffnung des DMP für Risikopatienten beispielsweise alle Menschen mit Bluthochdruck, Raucher, Diabetiker und Menschen mit einer Fettstoffwechselstörung für die Teilnahme in Frage. Bei der Indikation Diabetes wären es alle Men-



Dr. Gerhard Schillinger
ist Facharzt für Neurochirurgie. Seit 2009 leitet er den Stab Medizin im AOK-Bundesverband.
© AOK-BUNDESVERBAND

schen mit einer Adipositas, bei Asthma bronchiale alle Menschen mit atopischer Rhinitis.

Wir haben dann mit 20 Prozent die Hälfte der Einschreibequote der aktuell bestehenden DMP angenommen und kommen damit nach einer Hochlaufphase von fünf Jahren auf insgesamt 34 Millionen zusätzliche DMP-Einschreibungen. Wenn man von zwei Konsultationen in der Hausarztpraxis pro Jahr ausgeht und für Behandlungsgespräch sowie Dokumentation der Patientendaten jeweils etwa zehn Minuten ansetzt, kommt man auf etwa 11 Millionen Arztstunden jährlich, die zusätzlich gebraucht würden. Das ist alles extrem konservativ geschätzt, wir haben zum Beispiel keine Zeit für Schulungen eingerechnet. Bezogen auf die 44.000 Hausärztinnen und Hausärzte, die aktuell am DMP teilnehmen, kommt man dann auf durchschnittlich 32 zusätzliche Arbeitstage. Das wäre praktisch ein 13. Arbeitsmonat.

Was wären die Folgen für die Versorgung der rund 7,4 Millionen Menschen, die aktuell in die DMP eingeschrieben sind?

Wenn die Ärztinnen und Ärzte tatsächlich so viel Zeit für DMP-Risiko-

patienten aufbringen müssten, dann ginge dies auf jeden Fall zu Lasten der Versorgung der bereits Erkrankten, für die DMP eigentlich konzipiert worden sind. Das ist die vulnerable Patientengruppe, die die strukturierte und regelmäßige medizinische Behandlung der Ärztinnen und Ärzte dringend braucht, um schwere Folgeschäden zu verhindern. Letztlich gibt das Bundesgesundheitsministerium an dieser Stelle auch ein Versorgungsversprechen, das kaum erfüllbar ist. Wenn es in der Praxis nicht eingelöst werden kann, was zu befürchten ist, müssen dafür am Ende die Hausärzte und die Krankenkassen geradestehen.

Was ist Ihr Fazit zu den GHG-Plänen von Minister Lauterbach?

Dieses Gesetz entbehrt zu vielen Stellen leider jeglicher Evidenz. An anderen Stellen sieht es Maßnahmen vor, die in Deutschland bereits Versorgungsrealität sind.

So umfassen zum Beispiel die geplanten Erweiterungen der Gesundheitsuntersuchungen lauter Punkte, die schon Bestandteil der Früherkennung sind. Am besten sollte die Regierung das Gesetz komplett zurücknehmen, denn aus meiner Sicht kann keine der vorgesehenen Maßnahmen die Gesundheitsversorgung wirklich voranbringen.

Was wären die Alternativen?

Viel wirksamer wäre es, wenn Deutschland endlich seine Hausaufgaben im Bereich der Primärprävention machen würde. Wir brauchen dringend bevölkerungsweite Maßnahmen zur Reduktion des Konsums von Tabak, Alkohol und Lebensmitteln mit zu viel Fett und zu viel Zucker.

Außerdem braucht es Rahmenbedingungen, unter denen die Menschen Freude daran haben, sich mehr zu bewegen. Stattdessen will man die Mittel für Bewegungsprogramme, von denen insbesondere auch Sportvereine profitieren, kürzen.

Herr Dr. Schillinger, vielen Dank für das Gespräch!

Basis wissenschaftlicher Evidenz die Entstehung von Folge- und Begleiterkrankungen bei chronisch Kranken erfolgreich verhinderten und strukturierte Behandlungen gewährleisten, mit den GHG-Plänen auf den Kopf gestellt werde.

Andere Verbände teilen die Vorbehalte. In einer Erklärung kritisiert der BKK Dachverband die „fragwürdigen Regelungen“ zu den DMP sowie „Massenscreening-Programme ohne klaren Nutzen, evidenzbefreite Medikamentengaben und Checkups ohne klare Anbindung an sinnvolle Patientenpfade.“ Diese seien ungeeignet, die Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankten und Risikopatienten zu verbessern. Aus Sicht des Vorstands der KBV fehlt im Gesetzentwurf eine konsequente Umsetzung des Präventionsgedankens, um bestimmten Risikofaktoren wie Rauchen, Bluthochdruck, Adipositas oder Bewegungsarmut durch eine veränderte Lebensführung zu begegnen. „Primärprävention beginne bereits mit Kampagnen in der Schule, umfassende gesellschaftliche Aufklärung und erwägt Werbeverbote oder hohe Steuern auf ungesunde Lebensmittel, betonten die KBV-Vorstände Dr. Andreas Gassen, Dr. Stephan Hofmeister und Dr. Sibylle Steiner. Alle bestehenden DMP auf Risikokonstellationen ohne manifeste Erkrankung auszuweiten, erscheine zudem „kaum umsetzbar, weil damit keine abgrenzbare Zuordnung zu den DMP-Indikationen mehr möglich sei.“

Der Chef des Hausärzterverbands, Dr. Markus Beier, sieht beim Thema DMP ebenfalls deutlichen Nachbesserungsbedarf. „Wir reden hier von vielen Millionen Menschen“, zitierte ihn die Ärzte Zeitung. Für diese gebe es bessere Lösungen, als sie allesamt in ein DMP einzuschreiben, so Beier. (fb)