

richtungen zunehmend freiwillig Instrumente der Qualitätsförderung wie Benchmarking und Peer-Reviewing bevorzugen und dies ihre Kunden auch wissen lassen. Benchmarking – Lernen von den Guten und nicht nur Vergleichen von Zahlen – und Peer-Reviewing setzen auf einrichtungsspezifische Beratungen zur Qualitätsverbesserung. Immer mehr Klinikverbände (z.B. „Initiative Qualitätsmedizin“, „Qualitätskliniken“ oder auch kommunale Verbände) versuchen, sich durch ihre freiwilligen Qualitätsförderaktivitäten einen Namen zu machen, um im Wettbewerb um Selektiv-Verträge bestehen zu können. Ein ähnliches Ziel verfolgen auch die Anbieter und Erwerber von Zertifikaten für krankheitsspezifisches Qualitätsmanagement, die häufig ebenfalls Benchmarking, Peer-Reviewing und Leitlinienmanagement zur Qualitätsförderung beinhalten.

Neue Wege müssen auch beim Qualitätsmanagement für die meist regional-orientierte sektorenübergreifende Versorgung gegangen werden. Der Gesetzgeber sieht dafür bisher nur „die Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form“ – also die Quali-

tätstransparenz – explizit vor (§ 137a SGBV). Während beim einrichtungsinternen Qualitätsmanagement ein Prozesseigner existiert, der die Qualität sicherstellt und letztlich die Verantwortung trägt, muss dieser für die sektorenübergreifende Versorgung erst noch bestimmt werden. Bei den Integrierten Versorgungsverträgen und den Chronikerbehandlungsprogrammen ist dies vertraglich geregelt. Aber wer unterstützt den geborenen Prozesseigner – den Patienten – bei seinen Qualitätsansprüchen, wenn er eine sektorenübergreifende Versorgung in Anspruch nehmen muss, für die es keine vertragliche Regelung gibt. Bei ihm schlagen sich trotzdem Nutzen und Schaden der sektorenübergreifenden Versorgung nieder. Selbst wenn es für jeden Einzelfall Prozesseigner gäbe, müssten für diese eine Infrastruktur und Instrumente für die regionale oder lokale Qualitätsförderung vorhanden sein.

Warum gibt es keine explizite Qualitätstransparenz für die Qualitätsförderung?

▼ Kann eigentlich ein Patient von seiner guten Versorgung in einer Einrichtung ausgehen, die in den veröffentlichten Quali-

tätsstatistiken gut abschneidet, wo doch deren Qualitätszahlen in der Regel schon älter sind oder er eine Krankheit hat, für die es gar keine relevanten Qualitätsindikatoren gibt. Eine einrichtungsinterne Qualitätsförderung ist dagegen häufig krankheitsunspezifisch und auf die Zukunft gerichtet, also auf die Zeit, zu der der Patient die Einrichtung in Anspruch nehmen muss. Sollte er nicht daran interessiert sein zu erfahren, wie gut die Qualitätsförderung in den Einrichtungen funktioniert? Für diesem Fall braucht man Indikatoren zur Qualität der Qualitätsförderung, die dann „in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form“ publiziert werden könnten. Ein Institut, das solche Indikatoren entwickeln könnte, haben wir seit 2009, jetzt fehlt eigentlich nur noch der Auftrag dazu (§ 137a SGBV).

Mit solchen Indikatoren könnte der G-BA den beiden Forderungen des § 135a SGBV – die Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Abs. 2 Nr. 1) und die Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (Abs. 2 Nr. 2) – Rechnung tragen.

Prof. Dr. Hans-Konrad Selbmann, Tübingen

Deutschland hat gewählt – Schwarz-Gelb unter der Lupe

BMC startet mit politischer Fachtagung ins Jahr – Rekordverdächtige 140 Teilnehmer

Einen Blick auf die gesundheitspolitische, Agenda werfen: Diese Tradition setzte der Bundesverband Managed Care (BMC) auch in 2010 fort – erst recht nach einer Bundestagswahl. Das ausgeprägte Interesse an den BMC-Fachtagungen zeigt, wie hoch hier der Bedarf an Information und Erfahrungsaustausch ist. Über 140 Teilnehmer aus allen Bereichen des Gesundheitsbranche waren der Einladung ins IGES-Auditorium in Berlin gefolgt.

Versorgungsstrukturen mindestens genauso wichtig wie das Geld

▼ Das GKV-WSG (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) war das große Reformprojekt der letzten Bundesregierung. Der Ge-

sundheitsfonds hat zwar die Verteilung der Finanzmittel im System neu organisiert. Die notwendige Verbreiterung der Finanzierungsbasis und deren Demografiefestigkeit wurden jedoch ausgeklammert. Hier liegt die größte Herausforde-

rung für die kommende Legislaturperiode. Soviel steht fest: Der BMC mischt sich aktiv in die Finanzierungsdiskussion ein und setzt damit eigene Akzente. Akzente, die deutlich machen, dass das Geld allenfalls Mittel zum Zweck ist. Das machte BMC-Vorstandschef Prof. Dr. Amelung schon zu Beginn der Tagung in seinen Einführungen deutlich.

Für den BMC geht es primär um Versorgung. Die Diskussion über die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems wird



Der Zeit voraus – Trendforscherin Corinna Langwieser (Quelle: BMC).



Von links: Birgitt Bender (B90/Die Grünen), Moderator Dr. Albrecht Kloepfer, Hilde Mattheis (SPD) (Quelle: BMC).

auch aber nicht nur eine fiskalische sein. Alles Geld der Welt werde nicht helfen, wenn nicht auch intensiv über Prozesse und Strukturen debattiert werde, untermauerte Amelung. Die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitswesens bemesse sich in 1. Linie an der Qualität der effizienten, an den Patienten ausgerichteten Versorgung, insbesondere chronisch Kranker.

Integrierte Versorgung muss stärker gefördert werden, über Berufsfelder und Sektorengrenzen hinweg. Innovative Versorgungskonzepte, auch aus dem Ausland, müssen in den Fokus der Diskussion rücken. So unterstrich Amelung, dass in der Schweiz bereits die Hälfte der Bevölkerung über Netze versorgt wird, nicht zwingend zum Nachteil der Patienten. Die in Teilen recht negative Bewertung Integrierter Versorgungsverträge (IV) teilt der Gesundheitsökonom der Medizinischen Hochschule Hannover nicht. Er spricht von einer Erfolgsgeschichte, die auch aber nicht nur der 1-prozentigen Anschubfinanzierung geschuldet sei. Innerhalb von 5 Jahren (2004 – 2008) sei die Zahl integrierter Versorgungsverträge von 0 auf über 6.100 hochgeschwungen. Und mit Auslaufen der Anschubfinanzierung habe alles andere als eine „Kündigungswelle“ eingesetzt. Vielmehr seien die meisten Verträge heute noch gültig, manche davon in modifizierter Form. Schlechte Verträge seien in der Tat gekündigt worden. Dies aber als prinzipielles Argument gegen die IV zu instrumentalisieren, sei nicht redlich, findet Amelung. Markt und Wettbewerb seien eben ein Suchprozess, der von Markteintritt und -austritt geprägt sei. Was nicht funktioniere, dürfe auch nicht einfach fortgesetzt werden. Genau hier setzt auch der vom BMC entworfene und in die gesundheitspolitische Diskussion getragene „Impulsgeber Innovationsfonds“ an (siehe ausführlich dazu die letzte Ausgabe von G&Q), mit dem das Instrument der 1-prozentigen Anschubfinan-

zierung weiterentwickelt und verstetigt werden soll.

Amelungs Blick auf den Koalitionsvertrag fiel durchwachsen aus. Das Bekenntnis zum Wettbewerb und der angestrebte, systematische Ausbau der Versorgungsforschung seien positive Signale, ebenso wie der verschärfte Blick auf regionale Strukturen und das Bekenntnis zur Sicherstellung flächendeckender und bedarfsorientierter Versorgung. An anderen Stellen bleibe die schwarz-gelbe Vereinbarung jedoch sehr vage und widersprüchlich. So heißt es u.a. im Koalitionsvertrag: „Die Versicherten sollen auf der Basis des bestehenden Leistungskatalogs soweit wie möglich ihren Krankenversicherungsschutz selbst gestalten können.“ Das beschreibt aus Amelungs Sicht eher eine Eier legende Wollmilchsau als einen umsetzbaren Lösungsansatz. Ebenso das Mantra vom Erhalt der Freiberuflichkeit im Sinne von Selbständigkeit werde den Wünschen der nachwachsenden Medizinergeneration nicht gerecht. Die Zugehörigkeit zu einem freien Beruf wie Rechtsanwalt, Architekt und eben auch Arzt stehe nicht prinzipiell im Widerspruch zum Angestelltenstatus. Die angestrebte 50+1-Regelung zur Beteiligung an Medizinischen Versorgungszentren wertet der BMC-Vorsitzende als Rückschritt. Damit bremse man notwendige Investitionen für den Gesundheitsmarkt eher aus.

Viel Grundsätzliches – wenig Konkretes

▼ Diese inhaltliche Klarheit hätte man sich an der einen oder anderen Stelle auch von der Politik gewünscht. Nicht dass es keine deutlichen Aussagen gegeben hätte. Dennoch blieb aber Vieles an der Oberfläche. Wirklich neue Botschaften blieben aus. Im Laufe der Diskussion mit den Vertretern der Bundestagsfraktionen und dem Bundesgesundheitsministerium trat der alte Konflikt zwischen Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie wieder zu Tage. Und so zeigte sich, was viele Kommentatoren nach Aushandlung der letzten Gesundheitsreform mutmaßten. Das GKV-WSG mit Gesundheitsfonds und Zusatzbeiträgen hat den ideologischen Graben allenfalls kurzfristig überbrückt, aber nicht geschlossen.

Der CDU-Obmann im Gesundheitsausschuss, Dr. Rolf Koschorrek, stellte dann auch gleich klar. Eine einkommensunab-

hängige Pauschale und feste Arbeitgeberbeiträge zur Finanzierung des Gesundheitswesens seien das Ziel. Das bedeute nicht gleich den Radikalumbau des Gesundheitswesens, aber einen deutlichen Richtungswechsel weg von der reinen Umverteilung. Wenn wie gegenwärtig 27 Mio. Beitragszahler in der GKV die Lasten für insgesamt 72 Mio. Versicherte tragen müssten, sei etwas schief im System, so Koschorrek. Seine feste Überzeugung: es braucht mehr Wettbewerb. Gesundheitspolitik sei auch und immer mehr Wirtschaftspolitik. Die Wege dorthin aufzuzeigen, sei nun Aufgabe der Regierungskommission. Auf einen Zeitplan wollte Koschorrek sich nicht festlegen. Seine persönliche Einschätzung ist jedoch, dass Ende des Jahres die Vorlagen erarbeitet und Mitte 2011 die Gesetze verabschiedet sind.



Wissbegierig und kritisch – Die Teilnehmer beteiligten sich aktiv an der Diskussion (Quelle: BMC).

SPD, Bündnis 90 / Die Grünen und DIE LINKE stellten dem ihr Modell einer Bürgerversicherung entgegen, die auf Basis aller Einkommen, also auch aus Vermögen, Mieten etc. erhoben wird. Hilde Mattheis, für die SPD-Fraktion im Gesundheitsausschuss, tadelte die Pläne der Regierung und der sie tragenden Fraktionen als Angriff auf die gesellschaftliche Solidarität. Die Festschreibung der Arbeitgeberbeiträge setze die bewährte paritätische Finanzierung aufs Spiel. Der angestrebte Sozialausgleich über das Steuersystem sei nicht zu stemmen. Ebenso lehnte sie die angestrebte Kapitaldeckung im Bereich der Pflegeversicherung rigoros ab. Hier riskiere schwarz-gelb die gesellschaftliche Zerreißprobe, so Mattheis. Birgitt Bender brachte erneut den Vorwurf der Klientelpolitik aufs Tableau. Die schwarz-gelben Gesundheitspläne seien von Partikularinteressen geleitet, und die Lokomotive FDP ziehe eine Union ohne Konzept, so die gesundheitspolitische Sprecherin von Bündnis 90 / Die Grünen. Die rot-grüne Koaliti-

on habe mit ihrer Gesundheitspolitik vor 10 Jahren einen Paradigmenwechsel eingeleitet, der den Blick mehr und mehr auf Versorgungsstrukturen gelenkt habe. Dieser Ansatz werde durch die neue Regierung jetzt abgewickelt. Als Beispiel zitierte sie die Koalitionsvereinbarung zur Thematik MVZ, wonach die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte allein Ärzten zusteht, und das MVZ nur von Ärzten verantwortlich geführt werden kann. Das schränke das Potenzial neuer Versorgungsformen deutlich ein. Die ehemalige Ausschussvorsitzende und jetzige gesundheitspolitische Sprecherin der LINKEN, Dr. Martina Bunge, erinnerte in diesem Zusammenhang an die Polikliniken in der DDR, die letztlich nicht am Versorgungskonzept gescheitert seien, sondern an Unterkapitalisierung. Gleichzeitig trat sie einem zu starken Wettbewerbsgedanken entgegen. Markt und Gesundheit gehörten nicht zusammen, so Bunge.

Für das Bundesgesundheitsministerium war Dr. Ulrich Orłowski, Abteilungsleiter Gesundheitsversorgung, Kranken- und Pflegeversicherung, ins IGES-Auditorium gekommen. Der Parlamentarische Staatssekretär Daniel Bahr (FDP) hatte kurzfristig absagt. Orłowski präsentierte die Grundzüge der künftigen Gesundheitspolitik. Aber auch hier wenig Neues: Die Demografie stelle die größte Herausforderung dar. Die Finanzierung des Gesundheitswesens müsse Stück für Stück vom Arbeitseinkommen entkoppelt werden. Deswegen feste Arbeitgeberbeiträge, deshalb auch eine einkommensunabhängige Prämie. Der soziale Ausgleich müsse aus der GKV ins Steuersystem ausgelagert werden. Das sei solidarischer als die Solidarität an der Beitragsbemessungsgrenzen zu lassen. Ziel sei, den Wettbewerb zu stärken und damit zugleich Transparenz zu fördern. Im Wesentlichen stünden 2 Themenkomplexe im Fokus künftigen Regierungshandelns:

1. Sicherung der ambulanten Versorgung
2. Deregulierung des Arznei-, Heil- und Pflegemittelbereichs.

Orłowski kündigte die Überprüfung der Verträge zur Hausärztlichen Versorgung nach § 73b nach 3 Jahren an, ebenso wie die Überarbeitung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung. Ziel bleibe die Freiberuflichkeit des Arztes. Hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung verwies auch Orłowski auf die angekündigte Regierungskommission. Festlegungen auf einen Zeitplan lehnte er ab.



Von links: Dr. Albrecht Kloepper, Dr. Rolf Koschorrek (CDU) (Quelle: BMC).

Healthstyle statt Lifestyle

▼ Für Corinna Langwieser ist Vieles von dem, was die Politik noch anzugehen hat, bereits Vergangenheit. Der Blick der Münchener Trendforscherin schweift deutlich weiter in die Zukunft. Sie hat sich intensiv mit den zu erwartenden Entwicklungen auf dem Gesundheitsmarkt beschäftigt.

Da sind zum einen die Fakten, die das wirtschaftliche Potenzial verdeutlichen. Gesundheit wird zum wichtigsten Lebensziel. Schon jetzt sind 81% der über 60-Jährigen bereit, sich an den Kosten für die medizinische Vorsorge zu beteiligen. Die Deutschen über 50 besitzen über eine halbe Billion Euro Geldvermögen; 90 Milliarden davon sind jährlich frei verfügbar. Gleichzeitig steigt die Lebenserwartung jedes Jahr um 3 Monate. Im Jahr 2040 werden 40% der Deutschen 60 Jahre oder älter sein, nur 10% jünger als 20.

Zum anderen sind da die emotionalen Befindlichkeiten, die mitunter kuriose Blüten treiben, aber nicht außer Acht gelassen werden dürfen. Gesundheit ist schon längst nicht mehr nur die Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit bedeutet für die meisten Menschen persönliches Wohlempfinden und Leistungsfähigkeit, geistige und körperliche Fitness sowie auch immer mehr Schönheit. Die Vielzahl von Medien erhöht die Möglichkeit der selbständigen Information. 100 Zeitschriften mit einer Gesamtauflage von 60 Mio. befassen sich mit dem Thema „Gesundheit“, dazu 2 Medizin-Voll-TV-Kabel-Programme. Jeder 2. Surfer sucht im Netz regelmäßig nach Gesundheitsinformationen. Das heiße nicht, so Langwieser, dass der Arzt im Auge des Patienten zwingend an Kompetenz verliere, aber er müsse sich mitunter stärker rechtfertigen.

Ein weiterer Trend der vergangenen Jahre: Gesundheit wird zur Popkultur. Die Live-

Übertragung aus dem OP ist keine Seltenheit mehr. Prominente engagieren sich in und für Vorsorgekampagnen. Arztserien boomen im TV – mit der Folge, dass mehr als ein Drittel aller US-Zuschauer am liebsten von Dr. House behandelt würde. Diese Serie feiert auch bei uns in Deutschland (RTL) große Quotenerfolge. Die erfolgreichste ARD-Soap ist mit 5,8 Mio Zuschauern „In aller Freundschaft“. Virtueller Spielort ist die „Sachsenklinik“ in Leipzig. Studien aus den USA zeigen laut Langwieser: wer häufig Krankenhausserien guckt, ist unzufriedener mit der eigenen Behandlung. Das muss niemandem gefallen, man sollte sich dessen nur bewusst sein, wenn man auf den Patienten trifft, so die Trendforscherin. Sicherlich könne der Patient medizinische Leistung kaum beurteilen, aber anhand von atmosphärischen Ersatzindikatoren bewerten. Teppichböden, Fahrstühle, Betten, Essen bleiben ebenso im Gedächtnis wie die Freundlichkeit der Ärzte oder Wartezeiten.

Trotz dieser zum Teil befremdlich wirkenden Trends zieht Corinna Langwieser ein positives Fazit. Hinter all dem stecke ein – wenn auch noch oberflächlicher – Bewusstseinswandel. Gesundheit und gesundes Verhalten werden immer mehr zu einem wichtigen Faktor für den Menschen. Der gesellschaftliche Stellenwert von Gesundheit wächst. Gesundheit wird zum Lifestyle. Diesen guten Ansatz gelte es zu fördern, so Langwieser, und gleichzeitig den kuriosen Blüten entgegenzuwirken.

Ralf Breitgoff, Geschäftsführer und Pressesprecher des BMC

CME.thieme.de



Mit CME • thieme.de können Sie bequem mit zertifizierter Fortbildung punkten.



Jetzt anmelden!

