

Versorgungsqualität langfristig und flächendeckend sichern

Die Qualität der medizinischen Versorgung und deren zukünftige Gestaltungsinstrumente standen im Mittelpunkt des 5. Kongresses des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) in Düsseldorf.

von **Bülent Erdogan-Griese** und **Jürgen Brenn**

Der Präsident von Bundesärztekammer und Ärztekammer Nordrhein, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, hat vor qualitativen Einbrüchen der medizinischen Versorgung der Bundesbürger gewarnt. Eine Medizin auf höchstem Niveau sei nicht dauerhaft möglich, wenn die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung bei 6,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts stagnierten, mahnte Hoppe beim Kongress „Qualitätssicherung in ärztlicher Hand – zum Wohle der Patienten“ des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN). Schon heute finde in großem Stile eine „stille und heimliche Rationierung“ statt, müssten Ärzte ihren Patienten immer wieder eine bestmögliche Versorgung „vorgaukeln“, sagte der Kammerpräsident im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf. So lasse sich eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung jedoch nicht aufrechterhalten.

Hoppe für Runden Tisch zu Priorisierung

Wenige Wochen vor dem 113. Deutschen Ärztetag in Dresden bekräftigte Hoppe seine Forderung nach Einrichtung eines Gesundheitsrates, der im gesellschaftlichen Auftrag über eine Priorisierung von medizinischen Leistungen beraten soll. An ihm sollen außer Ärzten auch Ethiker, Juristen und Pflegenden beteiligt sein. Hoppe zeigte sich erfreut darüber, dass die von der Ärzteschaft angestoßene Debatte inzwischen sogar bis hin zur höchsten politischen Ebene „Resonanz gefunden“ habe.



Warnte vor qualitativen Einbrüchen der medizinischen Versorgung: **Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe**, Präsident der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Nordrhein.
Foto: Erdmenger/ÄKNo

Unterstützung erhielt Hoppe vom Gesundheitswissenschaftler Professor Dr. Jürgen Wasem von der Universität Duisburg-Essen. Wasem ist unparteiischer Vorsitzender des Erweiterten Bewertungsausschusses von KBV und Krankenkassen und damit das Zünglein an der Waage bei den Verhandlungen über das Gesamtvolumen der GKV-Ausgaben sowie grundlegende Verteilungsmechanismen. Ärzte seien „schlechte Agenten zur Umsetzung von implizierter Rationierung“. Ärzte wollten das nicht, und sie könnten es auch gar nicht. Die Forderung Hoppes, dass die Politik die Entscheidungen treffen muss, sei daher richtig, sagte Wasem. Allerdings könne man die Ärzteschaft in dieser Frage nicht ganz aus der Verantwortung für erbrachte und verordnete Leistungen entlassen. „An der Stelle können wir aus meiner Sicht nicht darauf verzichten, das auch durch ökonomische Anreize beim Arzt zu steuern“, sagte Wasem. Gleichzeitig müssten aber auch die Versicherten mehr Verantwortung übernehmen, auch wenn für deren Steuerung über finanzielle Anreize Grenzen gesetzt seien.

Qualität mit „P4P“?

Skeptisch zeigte sich Hoppe mit Blick auf eine qualitätsabhängige Vergütung ärztlicher Leistungen unter dem englischen Schlagwort „Pay for Performance“ (auch P4P). Es sei die eine Sache, medizinische Qualitätssicherungsmaßnahmen für einzelne Prozeduren festzulegen. Mit Pay for Performance werde Qualität jedoch plötzlich anders definiert, und zwar wettbewerblich und von den Krankenkassen. Ablehnend äußerte sich der Ärztepräsident in diesem

Zusammenhang auf Nachfrage über einen speziellen Vertrag der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein mit den Ersatzkassen: Die Vereinbarung koppelt das Arzthonorar unter anderem daran, ob Patienten mit Typ 1-Diabetes beim HbA1c-Wert über einen längeren Zeitraum in einem definierten „Normbereich“ liegen. Unter dem Applaus der Kongressteilnehmer sprach Hoppe von einer unmenschlichen „Entindividualisierung der Medizin“.

Wie Hoppe betonte auch der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein, Bernd Brautmeier, den Anspruch der Ärzteschaft, das Heft des Handelns auch beim Thema Qualität der medizinischen Versorgung in der Hand zu behalten. Das Motto in allen Fragen, die das ärztliche Berufsbild heute und in Zukunft betreffen, müsse lauten: „Nichts über uns ohne uns“, so Brautmeier.

Warnung vor Behandlungslücken

Nach Ansicht von Professor Martin Scherer vom Institut für Sozialmedizin der Uniklinik Schleswig-Holstein ist P4P als Instrument in der „sprechenden Medizin“ und der Primärversorgung „gänzlich ungeeignet“. Pay for performance sei auf keinen Fall gleichzusetzen mit Qualitätsförderung und stelle eine „extrem scharfe“ und „komplexe“ Intervention in das Arzt-Patienten-Verhältnis dar. Auf keinen Fall dürften P4P-Elemente ohne große randomisierte kontrollierte Studien Eingang in die Patientenversorgung finden und das auch höchstens für einzelne Prozeduren, sagte der Experte der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM).

Allerdings stößt man laut Scherer bereits bei Auswahl und Anwendung von Qualitätsindikatoren auf grundsätzliche sowie praktische Probleme: Oft ließen sich sinnvolle Leitlinien nicht in Indikatoren übersetzen, zudem fehlten häufig verwertbare Datensätze. Schließlich können die Indikatoren Scherer zufolge eine fragmentierte Betrachtung der Medizin begünstigen, Schuldzuweisungen fördern oder dazu verleiten, nur leicht messbare Aspekte der Versorgung einzubeziehen.

Aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sind Qualitätsindikatoren nur ein Instrument für eine bessere medizinische Versorgung und müssen in weitere Qualitätsförderungskonzepte eingebunden werden. Zudem müssten Wirkungen und Nebenwirkungen evaluiert werden, und falls nötig sei gegenzusteuern, sagte Dr. Susanne Kleudgen von der KBV. Insgesamt gelte, dass es für jeden Indikator ein „Verfallsdatum“ gebe. Schließlich müsse bei der Bewertung von Behandlungsergebnissen auch der Patient als Faktor berücksichtigt werden, referierte die per Telefon aus Berlin zugeschaltete Expertin über die Ergebnisse des KBV-Projekts Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (AQUIK).

HZV im Süden bekommt gute Noten

Eine Patientenbefragung unter den Langzeit-Teilnehmern an der baden-württembergischen Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) präsentierte der stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg, Dr. Christopher Hermann, als Indikator dafür, dass das Hausarztmodell im Südwesten der Republik gut funktioniert: Rund 91 Prozent der vom Forschungsinstitut Prognos im Auftrag der AOK befragten Patienten würden demnach dieses Versorgungsmodell weiterempfehlen. Auch meinten 65 Prozent, schneller einen Termin zu bekommen als außerhalb des Hausarztmodells. Als weiteren Beleg für den Erfolg des baden-württembergischen Hausarztmodells sieht Hermann, dass rund zwölf Prozent der Neuversicherten der AOK „offensichtlich wegen der HZV zu uns gekommen sind“.

Derzeit werden rund 825.000 Versicherte von mehr als 3.500 HZV-Hausärzten betreut. Der Vertrag, zu dem sich der Hausärzterverband und der MEDI-Verband mit der AOK Baden-Württemberg zusammengefunden haben, ist am 1. Juli 2008 in Kraft getreten. Hermann betonte, dass die Partner diesen Vertrag aus freien Stücken abschlossen, lange vor der „freiwilligen Zwangsbeglückung“ durch den Gesetzgeber. Der Vertrag sei keine „Solo-Veranstaltung“ der AOK Baden-Württemberg. Dieses komplexe Regelwerk könne nur „gemeinsam laufen“, so Hermann.

Er berichtete, dass sich bei den Vertragspartnern erst ein neues Denken und Handeln etablieren musste. Die AOK habe sich, um vom „Payer“ zum „Player“ in der Versorgung zu werden, quasi „neu erfunden“, sagte der stellvertretende AOK-Vorstandsvorsitzende.

Ärzte sowie die Krankenkassenfunktionäre mussten aus ihren „Schützengräben“ heraus und eine neue Kultur des Vertrauens entwickeln. Das sei ein langer Prozess gewesen, da gegenseitiges Misstrauen überwunden werden musste. Der AOK sei klar gewesen, dass die HZV nicht zur kurzfristigen Kostenreduzierung dienen könne. Der Vertrag sei auf Dauer angelegt und anfangs aus ökonomischer Sicht mit vielen theoretischen Annahmen gespickt gewesen, die sich erst allmählich mit realen Zahlen gefüllt hätten, so Hermann.

Mit Blick auf die Frage, ob das baden-württembergische Modell in anderen Bundesländern Schule machen könnte, meinte er, dass bei der Ausgestaltung eines solchen Modells die regionalen Versorgungsbesonderheiten eine ausschlaggebende Rolle spielen. Die Situation im Südwesten Deutschlands ist aus seiner Sicht nicht problemlos auf andere Regionen übertragbar. Auch warnte der Kassenvertreter davor, eine HZV als neues Honorarmodell einzuführen, ohne dass sich in den Köpfen der Beteiligten etwas ändert.

In Baden-Württemberg wurden an vielen Stellen Änderungen veranlasst, um die HZV zum Erfolg für alle Beteiligten werden zu lassen. Dazu gehört neben der Vereinfachung der Vergütung über Pauschalen ein Abbau der Bürokratie – über die elektronische Einschreibung der Patienten bis zur weitgehend automatisierten Abrechnung. Der Bürokratieabbau hänge eng mit der elektronischen Infrastruktur in den Praxen zusammen, die nach dem Willen der Vertragspartner aufgebaut wurde und von ihnen gemeinsam mit den Softwareherstellern weiterentwickelt werde. Die Softwarehersteller mussten speziell auf die HZV abgestimmte Module etwa zur „Rationalen Pharmakotherapie“ einbinden. Die Ärztinnen und Ärzte werden auf Arzneimittel hingewiesen, für die

die AOK einen Rabattvertrag ausgehandelt hat. Diesen Empfehlungen zu folgen, sei allerdings eine völlig freie Entscheidung des Arztes, betonte Hermann. Die Behandlungsfreiheit sei gewährleistet und auch die Patienten fühlten sich wohl. Er verwies darauf, dass bei der Prognos-Studie 90 Prozent der Befragten angaben, sie fühlten sich ernster genommen als vorher.

Versorgungsqualität versus Kostenersparnis

Wolfgang Schuldzinski von der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen schüttete allerdings etwas Wasser in den „HZV-Wein“ aus Baden-Württemberg. Er wies darauf hin, dass ein Vergleich der sehr hohen Zufriedenheitswerte unter HZV-Teilnehmern mit Umfragewerten anderer Patientengruppen zeigt, dass die Werte lediglich um einige Prozentpunkte höher liegen, wie eine Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) aus dem Jahr 2008 nahelegt. So beträgt der Unterschied bei der Frage nach der Zufriedenheit meist nur rund fünf Prozentpunkte. Eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes sehen nur rund 15 Prozent der Nutzer eines Hausarztmodells, brachte die WidO-Untersuchung zu Tage, wie Schuldzinski sagte.

Die Versicherten erwarteten von diesen Modellen neben einer Kostenersparnis kürzere Wartezeiten, eine bessere Kommunikation mit ihrem Hausarzt sowie unter den beteiligten Ärzten und eine deutliche Verbesserung der individuellen Betreuung. Dies dürfe allerdings nicht auf Kosten der Patienten gehen, die sich nicht an den Modellen beteiligen, warnte der Verbraucherschützer. Schuldzinski sieht die Gefahr, dass Patienten, die sich nicht in ein Modell einschreiben oder darüber nicht informiert sind, in der Betreuung „abgehängt“ werden könnten. Als weitere Risiken der HZV-Modelle nannte er, dass die Kostenersparnis und nicht eine höhere Versorgungsqualität im Fokus der Verträge stehen könnte, Hausärzte durch zu späte Überweisungen zum Facharzt eine effiziente Diagnose und Behandlung behindern oder das Einholen einer Zweitmeinung verhindern könnten.

Auch wenn in Baden-Württemberg für das hausärztliche Leistungsspektrum der Sicherstellungsauftrag von den HZV-Vertragspartnern übernommen wurde, so liegt die Hauptlast der Sicherstellung einer wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung



Die Bedarfsplanung muss modifiziert werden, um als Instrument gegen den Ärztemangel zu funktionieren, sagte der Vorstand der KV Nordrhein, **Bernd Brautmeier**. Foto: KV Nordrhein.

Bilderausstellung des Artecure-Projektes



Ein Portrait aus dem kunsttherapeutischen Projekt Artecure.
Foto: bre

Den Teilnehmern des IQN-Kongresses präsentierte die Kunsttherapeutin Claudia Büeler Portraits, die im Rahmen des „Artecure-Projekts“ entstanden sind. Die Ausstellung zeigte eine Auswahl an Bildern, die bei dem kunsttherapeutischen Projekt in Seniorenheimen mit über 700 an Demenz erkrankten Menschen entstanden sind. Die Künstlerin fertigt von den Senioren mit Bleistift Portraits an, die dann in einem „offenen Atelier“ von den Senioren selbst bemalt werden. Neben dem therapeutischen Nutzen des Malens soll das Kunstprojekt zur Verständigung mit den kranken Menschen beitragen. Die Maltechnik erlaubt darüber hinaus Rückschlüsse auf die Schwere der Erkrankung. So verlieren die Erkrankten allmählich die Fähigkeit, Flächen zu malen, bis die Farbe nur noch auf die Leinwand getupft werden kann.

Weitere Informationen

zum Projekt finden sich im Internet unter www.artecura.de.

bre

doch weiterhin bei den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Bernd Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein berichtete, dass die Bedarfsplanung in Nordrhein derzeit viele Mängel aufweist. „Die Bedarfsplanung verdient den Namen nicht, denn geplant wird gar nichts.“ So seien die Planungsbereiche zu großräumig und die Einteilung der Arztgruppen zu undifferenziert, kritisierte Brautmeier das derzeitige System. So könnten die Vertragsärzte innerhalb ihres Planungsbereiches umziehen, was beispiels-

weise in der Gemeinde Kranenburg zur Folge hat, dass dort noch ein Hausarzt tätig ist und der Versorgungsgrad jetzt bei 35 Prozent liegt. Gleichzeitig ist der Planungsbedarf des Kreises Wesel beim Versorgungsgrad nicht an letzter Stelle, so Brautmeier.

Auch werde die Versorgungslage in benachbarten Planungsbereichen und die Ungleichverteilung der Ärzte in der Fläche von der derzeitigen Bedarfsplanung nicht berücksichtigt. Daneben ignoriert sie den demografischen Wandel und kann überregionale Versorgungsbeziehungen, soge-

nannte Mitversorgungseffekte, nicht abbilden. Die Bedarfsplanung eigne sich nicht, den „idealen“ Standort für die flächendeckende Versorgung einer Region zu identifizieren. Generell fehlten wirksame Steuerungsinstrumente, um über die Bedarfsplanung den Ärztemangel wirksam zu bekämpfen, stellte der KV-Vorstand fest.

Eine moderne und effektive Bedarfsplanung muss in den Augen Brautmeiers beispielsweise um einen Demographie-Faktor ergänzt werden, um den Bedarf von Fachärzten, die typische Alterserkrankungen behandeln, besser steuern zu können. Auch hält er eine Versorgungsplanung, die sich an Leistungskapazitäten pro Indikation als Planungseinheit über Sektorengrenzen hinweg orientiert, für sinnvoll. Brautmeier nannte vier Bedingungen, die zukünftig erfüllt sein müssten, um einen Versorgungsbedarf auszuweisen: Es müsse eine unterdurchschnittliche Versorgungslage vorliegen und die potenziellen Standorte strukturelle Mindestbedingungen erfüllen sowie für die Ärzte bestimmte Wirtschaftlichkeitskriterien. Gleichzeitig müssten bestehende Standorte auf längere Sicht wirtschaftlich tragfähig bleiben. Wenn diese Kriterien erfüllt seien, bestehe eine Chance, so Brautmeier, dass sich Ärzte finden, die in unterversorgten Gebieten geschaffene Vertragsarztsitze übernehmen.



Institut für Qualität
im Gesundheitswesen Nordrhein

Fortbildungsveranstaltungen des IQN Termine nach den Sommerferien

Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Am **29.09.2010**, 16.00 Uhr – 19.30 Uhr
48. Fortbildungsveranstaltung in Zusammenarbeit mit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein
Indikation, Operation und Nachsorge bei der Versorgung des Hallux valgus – wo liegen die Fallstricke?

Vom 05. – 07.11.2010
Disease-Management-Programm Brustkrebs Curriculum Mamma-Carcinom Kurs 18

Am **10.11.2010**
49. Fortbildungsveranstaltung in Zusammenarbeit mit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein
Behandlungsfehlervorwürfe bei kosmetischen Operationen

begrenzte Teilnehmerzahl

Anmeldung erforderlich unter E-Mail: iqn@aekno.de
oder Fax: 02 11/43021 85 71

Kontakt Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein
Geschäftsführerin: Dr. med. Martina Levartz, MPH
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Tel.: 02 11/4302-15 70

IQN Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein
Eine Einrichtung der Ärztekammer Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein