aerzteblatt.de, 19. Januar 2015

Ambulant und stationär: Sektorendenken überwinden

Berlin – Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung müssen nicht vor den Kollegen im stationären Bereich geschützt werden oder gar umgekehrt. Das hat Andreas Gassen bei einer Diskussion im Rahmen eines Symposiums der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) Mitte Januar klargestellt. Es sei angesichts sich immer stärker verwischender Sektorengrenzen vielmehr notwendig, „dass wir von einem Lagerdenken abweichen und in gemeinsamer Verantwortung denken“. Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sagte, es gehe nicht darum, dass einer dem anderen etwas wegnehme, sondern darum, „von der Versorgung des Patienten her zu denken und nicht nach dem, was uns passt“.

Gassen: beide Bereiche vor denselben Problemen

Dazu müsse man allerdings einen „common sense“ entwickeln, wie das Miteinander gelingen könne, ergänzte Gassen. Er riet, hierfür die ambulante spezialfachärztliche Versorgung als chancenreiche Blaupause zu nehmen: „Damit bietet sich die Möglichkeit für ambulant wie stationär tätige Kollegen, bestimmte Patienten kooperativ zu versorgen.“

Werde dies erfolgreich umgesetzt, lasse sich der Ansatz auf andere Bereiche übertragen, beispielsweise auf das ambulante Operieren oder die Versorgung in Hochschulambulanzen. Eine kooperativere Versorgung ist nach Ansicht des KBV-Vorstands auch unumgänglich, weil der ambulante wie der stationäre Bereich häufig vor denselben Herausforderungen stehen. So gehe die Schere zwischen dem Versorgungsbedarf und den Versorgungskapazitäten in beiden Feldern immer weiter auseinander.

Reumann: Auffangleistung berücksichtigen

Thomas Reumann, der neue Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), stimmte Gassens Schlussfolgerung zu: „Es wird am Ende nur gehen, wenn wir die Sektoren überwinden.“ Angesichts der demografischen Entwicklung und der Zunahme chronischer Erkrankungen bestehe bei der Vernetzung Handlungsdruck. „Wir brauchen eine Orientierung an generationenspezifischen Bedürfnissen“, verlangte Reumann. Unter dem Strich dürfe man deshalb nicht mehr in Sektoren denken, sondern in regionalen, patientenorientierten Versorgungslandschaften. Dies hält der DKG-Präsident auch für sehr wichtig, weil beispielsweise in Baden-Württemberg rund die Hälfte der Krankenhäuser Probleme damit hat, genügend Ärzte und Pflegekräfte zu finden.

Allerdings forderte er für das Miteinander klare Regeln. Zwei Drittel der Notfallpatienten in Kliniken kämen als ambulante Fälle, erläuterte Reumann. Und weil es zeitnah nicht mehr genug Facharzttermine gebe, sprängen die Krankenhäuser in die Bresche. Das müsse man beim Leistungsrecht und bei der Bezahlung berücksichtigen.
© Rie/aerzteblatt.de

Ärzte Zeitung, 22. Januar 2015

Wettbewerb zwischen Kassen: Allein der Preis reicht nicht aus

Der Qualitätswettbewerb zwischen den Kassen steckt immer noch in den Kinderschuhen. Doch für eine echte Konkurrenz um die beste, innovativste Versorgung fehlen nach Ansicht von Gesundheitsexperten die Rahmenbedingungen.

Von Julia Frisch

BERLIN. Die Kosten senken, die Qualität der Behandlungen erhöhen und die Effizienz steigern: Das alles erhofften sich Politiker, als sie das Instrumentarium des Wettbewerbs in das Gesundheitssystem einführten. Inzwischen - Jahrzehnte nach der Einführung der Kassenwahlfreiheit und etliche Gesetze später - ist freilich große Ernüchterung eingekehrt. „Die anfängliche Euphorie, dass sich mit Wettbewerb alle Probleme im Gesundheitssystem lösen lassen, ist abgeflaut“, sagte Professor Stefan Huster von der Ruhr-Universität Bochum auf einem wissenschaftlichen Symposion der „Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen“ in Berlin.

Wettbewerb zwischen den Kassen: Momentan heißt das vor allem, dass sich die Krankenkassen nur durch Wahltarife, Satzungsleistungen und den Zusatzbeitrag voneinander unterscheiden. Ein solcher Preiswettbewerb allein reicht nach Ansicht von Uwe Deh, geschäftsführender Vorstand des AOK Bundesverbands, allerdings nicht: „Die Kassen müssen sich unterscheiden, aber nicht nur durch die Zahl hinter der Kommastelle beim Beitrag oder durch das Logo.“ Aus der Sicht der Versicherten sei Wettbewerb nur sinnvoll, wenn dadurch die Qualität und die Vielfalt der Versorgung erhöht wird.

Keine Umgebung für Investitionen

Für den Aufbau innovativer Versorgungsformen seien Einzel- und Direktverträge die richtigen Instrumente. Deh beklagte jedoch, dass für besondere Versorgungsformen ein „investitionshinderndes Klima“ herrsche. Derzeit gebe es für Akteure, die hier investieren wollten, keine stabilen Gegebenheiten. Vorgaben des Bundesversicherungsamtes zum Beispiel zur finanziellen Ausstattung erlaubten keinen langen Atem. Und auch der Gesundheitsfonds wurde auf dem Symposion als innovationsfeindlich ausgemacht, da er mittel- bis langfristige Investitionen nicht berücksichtige.

Deh bemängelte auch, dass es der Politik an Mut fehle, Unterschiede in den regionalen Versorgungsangeboten zuzulassen. „Jedes Mal, wenn etwas gut funktioniert, wird es in den Kollektivvertrag gekippt“, sagte Deh. Kassen, die etwas Besonderes auf die Beine stellen, sehen sich um den Ertrag ihrer Innovationsfreude gebracht. Deh regte deshalb eine Art Patent- oder Innovationsschutz für neue Versorgungsformen an.

VStG erntet Kritik - und Lob

Ob es mit dem Sozialstaatsprinzip überhaupt vereinbar ist, wenn GKV-Versicherte nicht mehr eine einheitliche Versorgung, sondern je nach Kasse und Wohnsitz unterschiedliche Behandlungsformen angeboten bekommen, wurde nur kurz gestreift. Uwe Deh hält einen solchen Flickenteppich nicht für problematisch, „entscheidend ist doch, dass man dann allen einen diskriminierungsfreien Zugang zu den besonderen Versorgungsformen und Wahlfreiheit gibt“.

Die Grünen-Bundestagsabgeordnete und Mitglied im Gesundheitsausschuss, Kordula Schulz-Asche, kritisierte das Versorgungsstärkungsgesetz (VStG): Dieses führe eher zu einem Beitragswettbewerb unter den Kassen mit der Gefahr, dass auf innovative Instrumente verzichtet wird. CDU-Bundestagsabgeordnete Karin Maag, ebenfalls im Gesundheitsausschuss vertreten, lobte dagegen das VStG dafür, dass es Selektivverträgen einen Vorsprung gebe.

Für Stefan Huster ist das VStG bezeichnend für das auf dem Symposion ausgemachte „chaotische Bild“, dass die Wettbewerbspolitik im Gesundheitswesen immer noch abgibt. „Erst wurden die KVen aus den Selektivverträgen rausgenommen, jetzt wird es als großer Erfolg gefeiert, dass sie wieder drin sind. Das ist doch manchmal zum Verzweifeln.“ Ein Problem, das Selektivverträge begleite, sei, dass niemand wisse, wozu man sie habe, sagte Huster. „Sind sie eine Spielwiese oder soll über sie wirklich eine alternative Medizin angeboten werden?“

Ärzte Zeitung, 27. Januar 2015

Preis für Dissertation zu Rationierung

BERLIN. Für ihre Dissertation „Strafrechtliche Grenzen der Rationierung medizinischer Leistungen“ hat die Juristin Dr. Anne Franziska Streng-Baunemann den 19. Wissenschaftspreis der GRPG Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen bekommen. Streng-Baunemann untersucht in ihrer Arbeit die durch finanzielle Knappheit motivierte Herausnahme bestimmter medizinischer Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog. Dabei gelangt sie laut GRPG zu dem Ergebnis, dass der Staat Ärzte auch nicht durch Strafandrohung dazu zwingen kann, Leistungen zu erbringen, die weder durch die öffentliche Gesundheitsversorgung noch durch den Patienten finanziert werden. Würden solche Behandlungen gegenüber zahlungsunfähigen beziehungsweise -unwilligen Patienten nicht erbracht, werde kein Straftatbestand erfüllt, insbesondere nicht der des Totschlags oder der Körperverletzung durch Unterlassen, so Sreng-Baunemann.

Der Wissenschaftspreis ist mit 2500 Euro dotiert und wurde in diesem Jahr von der Firma Servier Deutschland GmbH übernommen. Bewerbungen für den diesjährigen Wissenschaftspreis werden von der GRPG bis zum 31. Mai angenommen. (juk)

Der Gelbe Dienst, 29. Januar 2015

Wettbewerb und Korporatismus

Eine fragile Angelegenheit

dgd (ps) – „Wettbewerb und korporatistisches System im Gesundheitswesen" lautete die Überschrift des wissenschaftlichen Symposions, zu dem die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen am 16.01.2015 eingeladen hatte. Ein Fazit der Veranstaltung: Der Korporatismus wird durch den Ausbau der GBA-Kompetenzen einerseits gestärkt. Andererseits gerät er nicht nur wegen der Häufung staatlicher Eingriffe, sondern auch wegen der Zunahme des Wettbewerbs stärker unter Druck. Wohin der Weg führt, weiß derzeit niemand. Am wenigsten wohl die Politik.

Was ist Korporatismus?

Prof. Dr. Stefan Huster, Ruhr-Universität Bochum, beleuchtete die Idee und die Umsetzung des Korporatismus aus rechtlicher Sicht. Er legte zunächst dar, dass der Begriff „Korporatismus" nicht aus der Rechts-, sondern aus der Politikwissenschaft stammt. Unter Korporatismus verstehe man ein politisch wirtschaftliches Modell, in das organisierte Interessen in der Weise dauerhaft eingebunden seien, dass sie sowohl an der Formulierung als auch an der Ausführung politischer Entscheidungen mitwirkten. In der GKV mischten mit den Ländern (KH-Planung) aber auch Akteure mit, die nicht zu den organisierten Interessenvertretern gehörten. Dem Korporatismus seien drei Steuerungsebenen immanent: Die Makroebene der zentralen staatlichen Steuerung, die Mesoebene der verbandlichen Steuerung und die Mikroebene dezentraler individueller Entscheidungen. Die GKV sei durch einen Regulierungsmix gekennzeichnet, bei dem die „Korporatisten" häufig dem Zwang zur „regulierten Selbstregulierung" unterlägen, wenn sie sich nicht in Selbstblockaden verstricken wollten. In den letzten Jahren habe die Politik alle Steuerungsebenen gleichzeitig gestärkt. Für den Wettbewerb stünden der Kassenwettbewerb und Selektivverträge, das Mehr an staatlicher Steuerung manifestiere sich im Gesundheitsfonds und der Ausbau der GBA-Kompetenzen indiziere die wachsende Bedeutung des Korporatismus. Korporatistische Strukturen genössen keinen Bestandsschutz, verfassungsrechtlich sei nur der Zugang zum Versorgungssystem gewährleistet. Der Wettbewerb in der GKV spiele sich auf dem Versicherungs-, Leistungs- und Behandlungsmarkt ab. Er bedürfe eines Ordnungsrahmens/der Regulierung. Der Versicherte/Patient falle wegen der Asymmetrie der Information und der fehlenden Zahlungsfähigkeit als Akteur im Wettbewerb aus. In einem Wettbewerbssystem stelle sich die Frage, wer den Auftrag zu erfüllen habe, die Versorgung sicherzustellen. Hier bestehe derzeit eine Regelungslücke. Wegen des Grundrechts der Berufsfreiheit seien zentrale Qualitätssicherungaspekte (Mindestmengen, Transparenz der Qualitätsergebnisse, P4P) problematisch. Zwischen der Ökonomisierung der Medizin und der medizinischen Ethik bestehe kein Konflikt, denn die Ressourcenknappheit wirke sich in beiden Sphären aus. Explizite Rationierung von Versorgungsleistungen gehört Huster zufolge auf die Makro- oder Mesoebene, ökonomiegetriebene Über- oder Unterversorgung auf der Mikroebene sei nicht zuletzt deshalb fehl am Platz, weil sie das Vertrauen in das System untergrabe. Der Trend zur Vermarktlichung höhle die Legitimationen der KV aus, der Trend zur Verstaatlichung unterminiere die der gemeinsamen Selbstverwaltung und der Trend zur Stärkung des GBA decke dessen schwache demokratische Legitimation auf (Patientenvertreter als Fremdkörper zwischen den etablierten „Bänken", Kosten-Nutzen-Bewertungen, bei denen der GBA entscheide, was der Gesellschaft eine bestimmte Behandlung wert sei; innovations- und wirtschaftspolitische Tragweite von Entscheidungen, die die Grenzen der gemeinsamen Selbstverwaltung überschritten).

Vorfahrt für Wettbewerb

Uwe Deh, geschäftsführender Vorstand des AOK- BV, brach eine Lanze für den Wettbewerb. Wettbewerb sei aus Sicht der Versicherten nur sinnvoll, wenn er die Qualität und Vielfalt der Versorgung erhöhe. Der Wettbewerb um Versicherte und Patienten sollte sich nicht auf das Attrahieren guter Risiken, sondern auf die Bereitstellung guter Versorgungsangebote fokussieren. Das Solidaritätsprinzip dürfe durch den Wettbewerb nicht gefährdet werden, der Morbi-RSA sei eine der Voraussetzungen dafür. Wenn man Wahlfreiheit für die Versicherten wolle, müsse man Unterschiede in den Versorgungsangeboten wollen und zulassen. Deh stellte insoweit klar, dass damit nicht Unterschiede in den medizinischen Leistungen, sondern Unterschiede in den Versorgungsstrukturen und -prozessen gemeint seien. Nur wenn alternative Versorgungangebote dauerhaft neben der Kollektivversorgung bestünden, gebe es einen Wettbewerb um Innovation und damit Lern- und Verbesserungseffekte. Krankenkassen seien bereit mehr Verantwortung für die Versorgung zu übernehmen, es fehlt aber noch immer an Anreizen und Instrumenten. Eine gute Versorgung erreiche man durch den richtigen „Steuerungsmix“ von Staat, Markt und Selbstverwaltung. Als engagierter Verfechter des Wettbewerbs erwies sich einmal mehr Prof. Dr. Dieter Cassel, einer der Nestoren der Gesundheitsökonomie, der die ordnungspolitischen Fehltritte genüsslich ans Licht zerrte, die aus seiner Sicht bereits begangen wurden bzw. sich abzeichnen (GKV-VSG). Seine Thesen zur Vollendung einer solidarischen Wettbewerbsordnung (SWBO): Handlungskompetenzen sind schrittweise von der Meso- auf die Mikroebene zu verlagern. Der Leistungswettbewerb ist als dominanter Steuerungsmechanismus zu etablieren, ohne Leistungswettbewerb ist der Kassenwettbewerb sinnlos. Kollektives Handeln nur dort, wo es funktional überlegen oder unverzichtbar ist. Versicherungs-, Behandlungs- und Leistungsmarkt sind interdependente Wettbewerbsfelder. Kassenwettbewerb ist die Triebfeder für Versorgungsqualität, Effizienz und Fortschritt. Morbi-RSA und Budgetbereinigung bilden den technischen, Selektivverträge den ökonomischen Kern einer SWBO. Die Regelversorgung basiert auf selektivvertraglich vereinbarten Leistungen mit Mindeststandards. Kassenindividuelle Beitragssätze senden verlässliche Preissignale für Qualität und Effizienz aus. Der Weg von der korporatistischen zur wettbewerblichen GKV sei unumkehrbar. So lange es der Reformpolitik allerdings am konzeptionellen Gestaltungswillen fehle und sie sich im punktuellen Interventionismus verliere, werde der Steuerungswirrwarr aber nicht überwunden.

Verbale Wattebäusche

Mit verbalen Wattebäuschen bewarfen sich KBV-Boss **Dr. Andreas Gassen** und **Thomas Reumann,** der neue DKG-Präsident, in ihren Referaten. Nach Einschätzung von Gassen stehen ambulante und stationäre Versorgung vor Herausforderungen, die sie am besten gemeinsam bewältigen können. So öffne sich die Schere zwischen Versorgungsbedarf und Versorgungskapazitäten immer weiter (zunehmender Fachkräftemangel) und der Berufsnachwuchs habe andere Ansprüche. Das Lagerdenken ambulant – stationär müsse überwunden werden. Kooperationen von Krankenhaus und Vertragsärzten für die gemeinsame Versorgung seien daher zu stärken, die ASV biete die Chance, schwer Kranke in einem sektorenübergreifenden „geschützten“ Bereich zu versorgen.

aerzteblatt.de, 8. Februar 2015

Wissenschaftspreis

Dr. Anne Franziska Streng-Baunemann untersucht die Bedeutung der expliziten Rationierung medizinischer Leistungen, also die durch finanzielle Knappheit motivierte Herausnahme bestimmter medizinischer Leistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung, für die (strafrechtliche) Pflichtenstellung des Arztes. Die Verfasserin kommt zu dem Ergebnis, dass der Staat weder verpflichtet, noch auch nur berechtigt ist, Ärzte durch Strafdrohung zur Erbringung medizinischer Leistungen zu zwingen, die weder durch die öffentliche Gesundheitsversorgung noch durch den Patienten finanziert werden; die Vorenthaltung einer durch die öffentliche Gesundheitsversorgung nicht (mehr) bereitgestellten Behandlung erfüllt daher gegenüber zahlungsunfähigen beziehungsweise -unwilligen Patienten unter keinen Umständen einen Straftatbestand, insbesondere keine(n) Totschlag/Körperverletzung durch Unterlassen (§§ 212/223 StGB).

Ärzte Zeitung, 29. Juni 2015

Hecken: Mauerblümchen im Innovationsfonds gibt es nicht

Eine Mindestgröße für die geförderten Projekte und Versorgungsforschung dort, wo es Ärzten weh tun kann: Hecken deutet an, wo die Reise mit dem Innovationsfonds hingehen könnte.

Von Anno Fricke

BERLIN. Innovative Versorgungsprojekte haben nicht automatisch die Chance auf Geld aus dem neuen Innovationsfonds. Eine „Mauerblümchenförderung“ werde es nicht geben, hat der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses, Professor Josef Hecken, angekündigt. „Es stellt sich die Frage, ob bei einer nicht vorgegebenen Mindestgröße ausreichend belastbare Evidenz generiert werden kann, um ein Projekt in die Regelversorgung zu überführen“, sagte Hecken bei einer Veranstaltung der Gesellschaft für Recht und Medizin (GRPG) in Berlin.

Hecken forderte zudem tief greifende Änderungen an der Gesamtkonstruktion des Fonds, den der Bundestag erst vor wenigen Tagen als Teil des Versorgungsstärkungsgesetzes (VSG) beschlossen hat. Die Mittel des Fonds sollten jeweils in die Folgejahre übertragbar sein, so mache es auch die Deutsche Forschungsgesellschaft, sagte Hecken.

Der Innovationsfonds soll in den Jahren 2016 bis 2019 aus Mitteln der Kassen und der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds jeweils 300 Millionen Euro erhalten. Mit je 225 Millionen Euro sollen innovative möglichst sektorenübergreifende Versorgungsprojekte gefördert werden.

Ziel ist jeweils die Übernahme in die Regelversorgung. Mit je 75 Millionen Euro soll Versorgungsforschung betrieben werden. Derzeit ist die Beschlusslage so, dass in einem Jahr nicht ausgegebene Mittel an die Kassen und den Gesundheitsfonds zurückfließen sollen.

Diese Konstruktion ermögliche wenig Vielfalt und kaum unterschiedliche Schwerpunktsetzungen. „Dann kehren wir im ersten Jahr zweimal Geld aus, und das war’s“, sagte Hecken. Die Mittel der Folgejahre würden dann nur noch dafür benötigt, den bewilligten Projekten Finanzierungssicherheit über die gesamte Laufzeit zu gewähren.

Er selbst präferiere die Übertragbarkeit der Mittel in die Folgejahre. Damit lasse sich das Programm auf bis zu acht Jahre strecken. „Dann hätte man im Prinzip statt einer Beschränkung auf vier Jahre einen Prozess, in dessen Verlauf man in kleinen, auch handhabbaren und vernünftig zu begutachtenden Dosen Entscheidungen treffen könnte“, sagte Hecken.

Seiner Auslegung des Gesetzes nach müssten Projekte nicht zwingend sektorenübergreifend sein, deutete Hecken an, wohin die Reise gehen könnte. Die Fondsmittel könnten auch dazu dienen, innersektorale Problemstellungen zu beseitigen.

Als Beispiel nannte er die mangelnde fachärztliche Versorgung der Bewohner von Pflegeheimen und den daraus resultierenden sprunghaften Anstieg der Kosten beim Krankentransport.

Hecken zeigte auch auf, wohin die Mittel für die Versorgungsforschung fließen könnten. Ein Beispiel sei die Erforschung der Qualität von Patientenbefragungen in der frühen Nutzenbewertung, ein anderes die Qualität der spezialisierten ambulante palliativmedizinischen Versorgung.

Mittel aus dieser Charge des Fonds könnten - die Zustimmung der Fondsgremien immer vorausgesetzt - in ein tief reichendes Gutachten zur Bedarfsplanung fließen. Das sollte sektorenübergreifend ausgelegt sein, um auch die „doppelte Facharztschiene“ in den Blick nehmen zu können.

Ärzte Zeitung, 3. Juli 2015

TELEMONITORING

Sturzdetektion per Pflaster auf dem Rücken

Telemonitoring bahnt sich nur mühsam den Weg in die Versorgung. Aus der Forschung kommen positive Signale.

BERLIN. In Ostsachsen ist am Mittwoch das bislang größte Telemonitoring-Projekt Deutschlands an den Start gegangen (siehe auch Seite 18). Per Internet überwachen geschulte Telenurses die Gesundheitsdaten von Herzinsuffizienzpatienten. Im Zweifelsfall schalten sie den Arzt ein. Dafür, dass die Telekardiologie noch nicht deutschlandweit in der Regelversorgung angekommen ist, macht der Bonner Professor Jörg Otto Schwab die eigene Zunft und die Hersteller von Implantaten verantwortlich.

Viele Kardiologen seien im mittleren Alter. „Da nimmt die Innovationsfreudigkeit nicht mehr zu“, sagte Schwab bei einer Veranstaltung der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen in Berlin. Dabei scheint sich die Fernüberwachung medizinisch zu lohnen. Studien hätten gezeigt, dass die Sterblichkeit von Patienten, die ihre Daten übertragen konnten, deutlich niedriger lag als in den Vergleichsgruppen ohne Telemonitoring. Noch sei die Industrie darauf nicht angesprungen. Bislang seien erst weniger als ein Viertel der Implantate dazu in der Lage, Daten zu übertragen, sagte Schwab.

Entwicklungen aus Deutschland wecken Hoffnung auf für Patienten und Behandler sinnvolle telemedizinische Anwendungen. Dabei setzen die Ingenieure auf den Mobilfunk, nicht aber auf Smartphones oder Armbänder. Professor Georg Fischer vom Lehrstuhl Technische Elektronik der Universität Erlangen-Nürnberg stellte ein Projekt vor, das sichere Sturzdetektion ohne Fehlalarme verspricht. Dafür soll ein auf dem Rücken angebrachtes Pflaster genügen, in dem eine Mobilfunkeinheit steckt. In weiteren Ausbaustufen könnten damit zahlreiche Körperfunktionen per Telemonitoring überwacht werden. Eine fehlende Breitbandverbindung sei kein Hindernis. Es reiche der einfachste Standard. (af)

GRPG-Symposium „Neue Anstöße für mehr Qualität im Gesundheitswesen“

Berlin, 25.6.2015

Josef Hecken stellte in Form eines Impulsreferats detailliert seine Vorstellungen zur Umsetzung des Innovationsfonds vor. Der Innovationsfonds könne die Versorgungsqualität in zweierlei Hinsicht verbessern, könne Lücken in der Versorgungsforschung identifizieren und Versorgungsmodelle in einer Rollout Phase erproben.

Eine Option sei, Projekte zu fördern, die nicht sorgfältig geprüft und designed seien. Dann werde das Fazit lauten, man habe 300 Mio. € „versenkt“ und der Fonds werde keine Verlängerung erfahren.

Die Alternative sei, auf der Basis seriöser Beurteilungskriterien vernünftige Projekte zu identifizieren. Dies habe zur Folge, dass im ersten Jahr noch wenig Geld ausgegeben werde. Das Fazit werde sein, dass man nicht so viel Geld benötige und deshalb das Projekt auch einstellen könne. Die „Falle“ sei also geschickt aufgestellt. Eine längerfristige Legitimation werde schwierig zu erreichen sein.

Mindestgrößen der einzelnen Projekte seien wesentlich. Er erwarte Gutachten mit der Forderung, von einer Mindestgröße abzusehen und frage sich, wie man belastbare Evidenz für die Überführung in die Regelversorgung gewährleisten solle.

Der Ausgangspunkt für den Fonds sei gewesen, diverse IV-Projekte so auszurollen, dass Evidenz generiert, Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben oder die Versorgungsqualität verbessert werden könne. Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen sollten jedoch hinten angestellt werden.

Die Forderung nach neuen Projekten bedeute jedoch nicht, dass die Ideen erst nach Inkrafttreten des Gesetzes entstanden sein dürften.

Wenn eine Mittelübertragbarkeit ermöglicht werde, könne man Gelder zurückzustellen. Dies habe den Vorteil, dass diejenigen, die einen Förderbescheid erhielten, sicher sein könnten, unabhängig von aktuellen politischen Entscheidungen gefördert zu werden. Außerdem habe man im nächsten Jahr wieder 300 Mio. €, für Projekte, deren Evaluation noch nicht entsprechend weit gediehen sei, diese könnten sich dann abermals bewerben. Man hätte damit eine Spanne von 7,5-8, anstelle von 4 Jahren.

Die vorgegebenen Kriterien zur Förderung sektorenübergreifender Versorgungsformen seien kein abschließender Katalog, sondern Hinweise. So schließe er auch eine innersektorale Verbesserung der Versorgung nicht aus. Kleine oder Kleinstprojekte könnten seiner Auffassung nach aber nicht gefördert werden, es bedürfe einer Mindestgröße, es sei nicht die Intention des Gesetzgebers, „Mauerblümchen“ zu fördern. Es sei für ihn kaum denkbar, ein Projekt ohne Krankenkassen in die Förderung aufzunehmen, da die Überführung in die Regelversorgung nicht gewährleistet wäre. Sei es sinnvoll, Mindestgrößen mit prozentualer Mindestpatientenzahl zu versehen? Dies wäre ein unüberwindbares Hindernis für die meisten Krankenkassen, um allein ein Projekt auf den Weg zu bringen. Der Innovationsfonds solle Kassen mit einem gewissen Marktdurchdringungsgrad nicht weiter befördern, auch kleine Krankenkassen sollten Möglichkeiten erhalten. In der ersten Phase solle seiner Auffassung nach ein Schwerpunkt auf fernmedizinischer Behandlung liegen, aber auch Notfallversorgung im Krankenhaus könne ein Thema sein.

Berücksichtigt werden sollten:

- Hinausgehen über die Regelversorgung – Finanzierung Add-On
- bessere sektorenübergreifende Versorgung
- hinreichendes Potential, um in die Regelversorgung übernommen zu werden
- wissenschaftliche Begleitung und Auswertung.

Er wolle keine Defizite ausgleichen, keinen Produkten einen Markvorteil verschaffen. Die ursprüngliche Beschränkung der Antragsteller sei mit den Änderungsanträgen weggefallen.

Für den Bereich Versorgungsforschung würden sie klare Vorgaben setzen müssen. Er würde gern einige Projekte real vorgeben, weil sie Versorgungsprobleme aufdecken könnten, so z.B. zur Messung von Lebensqualität. Es existierten verschiedene Messinstrumente, ein adäquates Messinstrument zu finden, sei ein Forschungsauftrag, den er als GBA konkret vergeben wolle.

Ihm werde aus Praxisberichten kundgetan, dass eine Palliativversorgung in der Häuslichkeit irgendwann nicht mehr sinnvoll und möglich sei. Dies sei ein weiterer Punkt, der untersucht werden müsse. Bedarfsplanung sei das dritte Feld – Orientierung an Morbidität sei durch den RSA zu bewerkstelligen, aber sie solle sich auch aus sozioökonomischen und soziokulturellen Faktoren ableiten. IGES habe einige Informationen präsentiert, hier existiere Bedarf an einem Gutachten mit tiefergehenden Informationen und – bedürfe es einer Sonderregion Ruhrgebiet oder nicht?

Auf keinen Fall würden sie „zweckfreie Forschung“ fördern. Der Bezug zur Versorgungsrealität müsse gegeben sein. Sie unterlägen nicht der Bundeshaushaltsordnung, für eine Übertragung der Mittel benötige er aber mindestens zwei rechtliche Gutachten, um nicht belangbar zu sein. Andernfalls werde man im nächsten Jahr zwei Vergaben machen, dann seien nur Projekte förderbar, die schnell zu evaluieren seien. Sie wollten kleinen Kassen gerecht werden und dennoch evaluierbare Daten erhalten – diesen Spagat müssten sie noch meistern.

Laut Christof Veit sind die wesentlichen Zielgrößen des IQTIG Praktikabilität, Effektivität und Justitiabilität, um legitime Anforderungen, Gefährdungspotential und eine begründete Setzung der Schwellenwerte festzulegen. Momentan seien sie auf den stationären Bereich fixiert, aber sektorenübergreifende Qualitätssicherung werde relevanter. Sie müssten reflektieren, ob das jeweilige Ziel Regulieren, Informieren oder Verbessern sei. Auch ihre Messinstrumente müssten sie überprüfen.

Für eine leistungsorientierte Vergütung würden Sets eine große Relevanz erhalten. P4PAnreize wirkten nur temporär. Mangelhafte Qualität könne nicht dauerhaft durch finanzielle Sanktionen abgestraft werden, wer sich nach zweimaliger Auffälligkeit nicht ändere, solle diese Leistung nicht mehr erbringen dürfen. Momentan würden sie Standards messen, für Exzellenz existierten noch keine Indikatoren.

In der anschließenden Podiumsdiskussion positionierten sich Georg Baum und Jens Baas. Aus Sicht der Krankenhäuser sei das Qualitätsinstitut problematischer als der Innovationsfonds, berichtete Georg Baum. In welchem Land sonst werde ein derart dichter Qualitätsbericht geschrieben? Nirgendwo auf der Welt sei die Transparenz so groß wie in Deutschland. Bisher sei das Thema Qualitätstransparenz gewesen, jetzt sollten qualitätsabhängige Sanktionen eingeführt werden, z.B. über Indikatoren zu Hygiene und Personal. Selbst wenn man die maximalen Anforderungen erfülle, müssten entsprechende Ressourcen bereitgestellt werden. Es werde deutlich scharfgestellt. Sie müssten Fragezeichen hinter Qualitätsabschläge anhand Georg Baum (DKG) von Indikatoren setzen. Der Aufwand stehe in keiner Relation zum Ergebnis, wenn das erfolgsabhängige Vergütungsmodell in 5 von 1.200 Bereichen eigeführt werde. Durch die Fokussierung auf einzelne Bereiche werde eine Zwei-Klassen Medizin gefördert. Nach § 135 übernehme die KBV die Qualitätssicherung im ambulanten Bereich – man stelle sich einmal vor, die DKG übernehme diese im stationären Bereich.

Der Innovationsfonds sei ein relativ guter Weg, Geld auszugeben, jedoch nur relativ – nicht absolut, argumentierte Jens Baas. Es könne nicht sein, dass Krankenkassen zahlten und nur beteiligt werden „sollten“, das Geld komme schließlich zu 100% von ihnen, diese Formulierung im Gesetz sei ärgerlich. Im Prinzip sei der Innovationsfonds wie auch sein kassenübergreifender Ansatz sinnvoll. Das Verfahren zur Auswahl der Projekte stimme ihn aber nur mittelmäßig optimistisch, es beginne ein „Hauen und Stechen“ um die Mittel. Nach welchen Kriterien solle verteilt werden? Nach Proporz? Nach Regionen? Er hoffe, dass man dem widerstehen könne und tatsächlich eine nicht-wettbewerbliche Verbesserung der Versorgung erreicht werde.

Versorgungsforschung sei jetzt ein Wachstumsmarkt – 75 Mio. € – wie sei dies sinnvoll betreibbar? Wer erhalte dieses Geld?

Für das Qualitätsinstitut würde er andere Schwerpunkte setzen. Er sehe im stationären Sektor kein systematisches Qualitätsproblem. Problematisch werde es mit der Überschreitung der Sektoren und insbesondere mit der Indikationsqualität. Qualität könne man messen. Man sollte sich zunächst auf einige Felder begrenzen und erst einmal „Erfolgserlebnisse“ erreichen. Die Bewertung und Finanzierung der Leistungen unter dem Gesichtspunkt Qualität sei unverzichtbar, die Alternative sei Rationierung.

änd Ärztenachrichtendienst, 25. November 2015

Fehlsteuerung von Patienten soll vermieden werden

Die Verschränkung zwischen ambulanten und stationären Sektor ist nach Ansicht von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) nötig, um das Gesundheitssystem zukunftsfähig zu machen und Rettungsdienste vor einer Überlastung zu schützen.

Das machte Gröhe am Mittwoch in Berlin bei einem Symposium des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) deutlich, das sich zusammen mit der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen der „Zukunftsaufgabe resilientes Gesundheitswesen“ widmete, mit Schwerpunkt auf den Rettungsdienst. Die Ausgaben für diesen, betonte Gröhe, seien in der vergangenen Jahren stetig gestiegen, nicht zuletzt, weil Patienten zu häufig unnötigerweise den Rettungsdienst riefen oder in die Notaufnahme der Kliniken gingen. „Wir müssen deshalb zu einer Situation kommen, die Fehlsteuerung vermeidet“, sagte Gröhe. Die Verschränkung von ambulanten und stationärem Bereich, die in dieser Legislatur vorangetrieben worden sei und weiter werde, so Gröhe, sei dafür der richtige Weg.

Gröhe nannte als Beispiele gemeinsam betriebene Rettungsleitstellen. Er dürfte aber auch die sogenannten Portalpraxen gemeint haben, die nach derzeitigem Stand des kommenden Krankenhausstrukturgesetzes von den Kassenärztlichen Vereinigungen an Kliniken aufgebaut werden sollen. Dort soll dann entschieden werden, ob für eintreffende Patienten eine ambulante oder stationäre Versorgung nötig ist.

Es sei klar, dass eine engere „Verzahnung“ nötig sei, damit nicht Patienten in den Kliniken landeten, die bei Niedergelassenen „besser aufgehoben wären“, so Gröhe. Dies würde langfristig die Rettungsdienste entlasten. Das DRK und andere Träger von Rettungsdiensten bat er, „diesen Prozess konstruktiv mitzugestalten“.

Mit Blick auf den beim Symposium thematisierten Wettbewerb zwischen den einzelnen Trägern bekannte Gröhe sich zum deutschen System, in dem gemeinnützige Träger eine privilegierte Rolle spielen, ein Umstand, der auf EU-Ebene unter Wettbewerbshütern kritisch gesehen wird. „Wir haben ein Interesse daran, das sich das, was sich in unserem Land bewährt hat, weiter zu vertiefen“, sagte Gröhe. Deshalb erwarte man auch beim Vergaberecht „Verständnis dafür, dass wir das in unsere Tradition regeln“.

Die Wohlfahrtsverbände wie das DRK müssten auch weiter eine „besondere Rolle in der Daseinsfürsorge“ spielen – nicht zuletzt, weil sie über ein Heer an Ehrenamtlern verfügen, ohne die beispielsweise die momentane Flüchtlingssituation kaum zu meistern wäre.