

Wettbewerb zu Lasten der Patienten?

In seinem Eröffnungsvortrag beim 2. Kongress des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) in Düsseldorf beschrieb Dr. Hagen Kühn die Grenzen des ökonomischen Wettbewerbs im Gesundheitswesen

von Rainer Franke, Frank Naundorf, Sigrid Müller und Michael Helmkamp

Mit rund 350 Besuchern war der 2. Kongress des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) ausgebucht (*wir berichteten in unserer Augustausgabe*). „Die große und positive Resonanz zeigt, dass wir mit unseren Themen richtig lagen“, freut sich Dr. Martina Levartz, IQN-Geschäftsführerin. Zu den thematischen Schwerpunkten des Kongresses zählten die Grenzen des ökonomischen Wettbewerbs im Gesundheitswesen, die Marketingstrategien der Pharmaindustrie, die ärztliche Fortbildung, Qualitätsmanagement in Klinik und Praxis sowie „Gesund älter werden“.

„Ein Kunde kann warten, abwägen oder gehen – ein Kranker ist in Not und hat oft keine Wahl“, sagte Privatdozent Dr. Hagen Kühn. Der Leiter der Arbeitsgruppe Public Health des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung sprach in seinem Eröffnungsvortrag über das Thema „(Wie) lassen sich Begriffe wie Wirtschaftlichkeit, Wettbewerb etc. auf das Gesundheitswesen übertragen?“.

Kranke könnten die Kundenrolle nicht spielen, die doch letztlich auf Misstrauen gegenüber dem Anbieter basiere, so Kühn. Ein Kranker aber müsse seinem Arzt vertrauen können. Infolge der brutalen Realität des Krankseins als emotionale Erfahrung könne ein Kranker auch nicht die Rolle des kritischen Kosteninspektors übernehmen.

Dies seien Erkenntnisse aus rund 70 Interviews mit Ärzten und Pflegekräften bei Krankenhäusern, Ver-

bänden, Landesbehörden und Medizinischem Dienst der Krankenversicherung zu ihrer aktuellen beruflichen Situation, führte Kühn weiter aus. Die Auswertung der im Jahre 2001 beendeten Untersuchung der Arbeitsgruppe Public Health des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung habe eine starke Verunsicherung der Befragten vor allem in ethisch relevanten Fragen offen gelegt, da zunehmend wirtschaftliche Aspekte im Vordergrund stünden.

Hinzu komme, dass ökonomischer Wettbewerb im Gesundheitswesen einen enormen Regulierungsapparat erfordere. In den USA habe man die am stärksten verbürokratisierte medizinische Versorgung, wodurch die Unzufriedenheit mit dem Arztberuf dort sehr gestiegen sei. Die Kritik an der Dominanz des Ökonomischen bedeute jedoch keine Ablehnung von Wirtschaftlichkeit, betonte Kühn. Niemand wolle schließlich Arbeits-

kraft und -zeit und Ressourcen verschwenden. Wirtschaftlichkeit sollte sich jedoch auf größeren Nutzen und damit auf höhere Qualität beziehen und nicht auf bloße Kostensenkung.

Ökonomisierung verstärkt Versorgungsrisiken

Budgets, Fall- oder Kopfpauschalen verlagern nach Kühns Worten das Morbiditätsrisiko der Krankenkassen ganz oder zum Teil auf die Versorgungsinstitutionen. Daraus ergeben sich nach seinem Urteil neue Versorgungsrisiken für die Patienten: Vorenthaltung wirksamer Leistungen, mindere Qualität und frühe Entlassung.

Diese Risiken könnten Patienten weder identifizieren noch sich dagegen schützen. Vor allem in diesem Spannungsfeld begründe sich die hohe Bedeutung berufsethischer Normen in der Medizin sowie der ärztlichen Selbstverwaltung. Die Ökono-



Rund 350 Teilnehmer kamen zum 2. Kongress des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) in Düsseldorf, der damit ausgebucht war.

Foto: Levartz

misierung der medizinischen und pflegerischen Entscheidungen stärke hingegen das Vorteilskalkül und überforme tendenziell die fachlichen und berufsethischen Handlungsmotive.



Kranke sind keine Kunden, sondern wollen ihrem Arzt vertrauen. – Privatdozent Dr. Hagen Kühn, Leiter der Arbeitsgruppe Public Health des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung.

Foto: Levartz

Den daraus resultierenden Interessenkonflikten sei nicht mit Moralappellen beizukommen, so Kühn. Finanzielle Steuerungsinstrumente basierten ja gerade darauf, dass sich Ärzte bei ihren Entscheidungen primär von den damit verbundenen Gewinnchancen leiten ließen. Solange Bemühungen um die Gesundheit der Schwächsten mit den geringsten Möglichkeiten zur Selbsthilfe nicht zu Wettbewerbsvorteilen führten, seien die Folgen des wirtschaftlichen Wettbewerbs im Gesundheitswesen unausweichlich, so Kühn. Konzeptionelle Einschränkungen gegen einen völlig freien Markt etwa durch einen „funktionalen“, „kontrollierten“, „regulierten“ oder „solidarischen“ Wettbewerb könnten diese Tendenzen lediglich mildern und verlangsamen.

Kommunikation Arzt – Patient

Ein weiterer Themenkomplex des IQN-Kongresses war mit „Kommunikation Arzt – Patient – Öffentlichkeit“ überschrieben. Über das Arzt-Patienten-Gespräch als Instrument in der Qualitätssicherung referierte Professor Dr. Linus Geisler, Sachverständiger in der Enquete-Kommission Ethik und Recht in der modernen Medizin. Vorrangig sei der Arztberuf ein sprechender Beruf, sagte er. Verschiedene Befragungen hätten gezeigt, dass über 90 Prozent der Patienten das Gespräch zwischen Arzt und Patient als sehr wichtig ansehen.

Lediglich 30 Prozent der Ärzte könnten diesem Wunsch jedoch entsprechen, so Geisler. Deutschland bilde hinsichtlich der ärztlichen Gesprächsdauer das Schlusslicht in Eu-

ropa. Als eine der Ursachen führte Geisler die Ökonomisierung des Arztberufes und den daraus resultierenden Zeitmangel an. Aber gerade die „Zeitinvestition“ – vor allem im Erst-Interview – rechne sich. Viele zusätzliche Kurzgespräche entfielen, diagnostische und therapeutische Umwege könnten vermieden und Anforderungen reduziert werden. Das gelungene Arzt-Patienten-Gespräch ist nach Geislers Auffassung „ein qualitätssicherndes Element erster Ordnung“.

Wie wichtig eine gemeinsame Sprache zwischen Patient und Arzt für eine erfolgreiche Therapie sein kann, machte auch Dr. Dirk Mecking deutlich, Facharzt für Allgemeinmedizin und Vorsitzender des Hausärzteverbandes Nordrhein. „Helfen, einfach da sein und das Wissen um Hintergründe sind oft wichtiger als unumstößliche pathophysiologische und biochemische Grundlagen“ sagte er in seinem Referat „Compliance – Wann tut der Patient, was der Arzt ihm rät?“

„Wie schafft man Klarheit in der Kommunikation zwischen Patient und Arzt?“, fragte Professor Dr. Gerd Gigerenzer, Direktor am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung Berlin, in seinem Vortrag zu „Nutzen und Risiken der Kommunikation bei Diagnostik und Behandlung“. Jeder Patient habe das Recht auf Information, könne aber oft nicht die Fragen stellen, die ihm zu den relevanten Informationen verhelfen.

Gigerenzer demonstrierte diese Problematik am Beispiel des Mammographie-Massen-Screenings. Tatsächlich werde bei 10 positiven Befunden eine der untersuchten Frauen an Brustkrebs erkranken. Dies be-

deute ein individuelles Risiko für eine Frau mit einem positiven Befund von 10 Prozent. Dies sei aber den meisten Ärzten nicht bewusst, und sie könnten daher ihre Patientinnen nicht sachgerecht aufklären. Bei einem Massen-Screening, so Gigerenzer, müssten zudem die Folgen falsch-positiver Befunde und daraus folgender invasiver Diagnostik oder Therapie in Rechnung gestellt werden.

Arzt und Öffentlichkeit

Die Wissenschaftsjournalisten Klaus Koch und Jörg Blech befassten sich mit dem Verhältnis zwischen dem Arzt beziehungsweise der Ärzteschaft und den Medien. Koch bezeichnete in seinem Referat „Wahrnehmung des Gesundheitssystems und Journalismus“ den Beginn der Kostendämpfung im Jahre 1979 als Zeitenwende, ab der das Gesundheitswesen in den Publikumsmedien zunehmend als politisch wahrgenommen worden sei. Vorher hätten einschlägige Diskussionen lediglich in der Fachpresse stattgefunden.

Einen problematischen Trend sieht Koch darin, dass die Ärzteschaft zunehmend ihren Ruf als Vertreter von Patienteninteressen verlöre. Die so genannten IGEL-Ärzte leisteten dieser Entwicklung Vorschub. Blech referierte in seinem Vortrag „Wie Krankheiten Karriere machen“ über seine These der „Krankheitserfinder“ (vgl. dazu auch *Rheinisches Ärzteblatt Februar 2004 S. 22 f.*). An einigen ausgewählten Beispielen illustrierte er den seiner Auffassung nach evidenten Einfluss von Pharmafirmen auf das Verschreibungsverhalten von Ärzten. Darüber hinaus ging Blech auch auf die Rolle von Journalisten und Patientenlobbyisten bei der Entstehung und der Therapie einiger ausgewählter Krankheitsbilder ein.

Wie erfolgreich die Marketing-Mittel in Höhe von rund 6,4 Milliarden Euro jährlich eingesetzt werden, beschrieb Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der KV Nordrhein und 2. Vorsitzender der Kasernenärztlichen Bundesvereinigung:



Das gelungene Arzt-Patienten-Gespräch ist ein qualitätssicherndes Element erster Ordnung. – Professor Dr. Linus Geisler, Sachverständiger der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin.

Foto: Levartz

„Sperren sich Ärzte oder Krankenkassen gegen Verordnungen propagierter Medikamente, gründet sich flugs eine Patienteninitiative“. Die Skala der Auseinandersetzung in den Praxen reiche bis zur Drohung mit rechtlichen Schritten wegen unterlassener Hilfeleistung.

Ärzte würden regelrecht traktiert, so Hansen. Allein 1,4 Milliarden Euro koste der Einsatz der 15.000 Pharmareferenten pro Jahr. Und diese brächten „mehr als fragwürdige“ Informationen in die Praxis. Negative Studien würden verschwiegen und Ergebnisse geschönt. Fast zwei Drittel der medizinischen Aussagen in Werbeprospekten der Pharma-Industrie ließen sich nicht durch wissenschaftliche Untersuchungen belegen.

Kritische Berichterstattung solle im Keim erstickt werden. So habe die KV Nordrhein im Dezember 2003 zusammen mit dem Heidelberger Pharmakologen Prof. Ulrich Schwabe eine kritische Wertung häufig verordneter Arzneimittel veröffentlicht. Mit durchschlagendem Erfolg: „Die erste Androhung einer einstweiligen Verfügung hatten wir 48 Stunden nach Versand der Unterlagen. Sobald wir ein Arzneimittel oder einen Wirkstoff namentlich nennen, können wir sicher sein, den Hersteller binnen weniger Stunden mitsamt seinen Anwälten im Haus begrüßen zu dürfen.“

Qualitätsmanagement in der Arztpraxis

Das Sozialgesetzbuch V schreibt seit Jahresbeginn vor, dass ein praxisinternes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss erarbeitet derzeit Vorgaben zum Zeitrahmen sowie zum Inhalt und Umfang von QM-Systemen. Im Spätherbst will die KV Nordrhein ihren Mitgliedern ein QM-System anbieten, das diesen Anforderungen genügt.

Bereits im Sommer 2002 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begonnen, ein für Praxen spezifisches QM-Verfahren zu ent-

wickeln. Dr. Bernhard Gibis von der KBV erläuterte das Projekt „QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen“. Ende des Jahres soll es nach der jetzigen Pilotphase flächendeckend angeboten werden.

Erfahrung mit QM hat bereits die KV Westfalen-Lippe. Durch das so genannte KPQ der KV Westfalen-Lippe sind innerhalb eines Jahres 1.300 Praxen geschult worden. Das System berücksichtigt ISO- und EFQM Forderungen. Eine Zertifizierung erfolgt durch den TÜV-MED. „Vergessen Sie auch nicht, Ihre Praxisassistenten zur Schulung mitzubringen“, so Referent Dr. Hans-Peter Peters. Denn nur die Einbindung des gesamten Praxisteam garantiert vollen Erfolg.

Konkrete Beispiele für QM in der Praxis gab Gilbert Mohr, IT-Experte aus der KV Nordrhein. Mittels so genannter „Reminder-Systeme“ kann der Arzt seinen Patienten darüber informieren, dass wieder eine Check-up-Untersuchung oder Tetanus-Impfung gemacht werden könne, sofern dieser einwilligt, dergestalt informiert zu werden. Die „Erinnerung“ regelt das elektronische System.

Fortbildungsnachweispflicht

Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNo) und 2. Vor-

sitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, erläuterte die Förderung von Fortbildungsveranstaltungen durch die ärztlichen Körperschaften. Davon sei künftig die Industrie weitgehend ausgeschlossen. Die Bundesärztekammer habe hierzu bereits Empfehlungen verabschiedet. Er unterstrich die enge Kooperation zwischen Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen in Sachen Qualität und Fortbildung. Wichtig sei, dass der seit 1. Juli gesetzlich vorgeschriebene Nachweis der geleisteten Fortbildungen auf bestehenden Strukturen – den Fortbildungszertifikaten der Ärztekammern – aufsetzen wird, sagte Hansen.

Dem neuen gesetzlichen Zwang zum Nachweis der Fortbildungsaktivitäten unterliegen auch die Klinikärzte. Daran erinnerte Professor Dr. Reinhard Griebenow, Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung. Die ärztliche Fortbildung benötige auf Grund der stetig wachsenden Fülle an fachlichen Informationen und der sich verfeinernden Spezialisierung neue Vermittlungswege. „Die Zahl der Ärzte, die große medizinische Bereiche noch übersehen können, wird immer kleiner“, sagte Griebenow. Die große Vielfalt der Studien und deren Ergebnisse seien mit den herkömmlichen Vermittlungsformen kaum noch übermittelbar.

GESUND ÄLTER WERDEN

Positives Altersbild in Medizin und Gesellschaft

von Andrea Icks

Angesichts der zunehmenden Zahl älterer und hochbetagter Menschen wird von einem veränderten Morbiditätsspektrum und damit verbundenen Herausforderungen an eine qualitativ hochwertige Versorgung aus-

gegangen. Aus diesem Grund veranstaltete das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein bei seinem 2. Kongress eine Sitzung zum Thema „Gesund älter werden“, die auf reges Interesse stieß. Sie wurde von Dr. Arnold