

# VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



**TITEL-INTERVIEW:**  
Titelinterview mit Karl-Josef Laumann: „Pflege muss einen neuen Stellenwert bekommen.“

- „Bedarfsgerechte Versorgung in ländlichen Regionen“ (Lessing)
- „Entwicklung ambulant verordneter Onkologika“ (Höer)
- „Therapieziel antihypertensiver Behandlung“ (Wahlert)

# VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

01/15 8. Jahrgang

## Editorial

### Qualität und Patientenorientierung 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

## Titelinterview

### „Pflege muss einen neuen Stellenwert bekommen“ 6

Titelinterview mit Karl-Josef Laumann

## Redaktion

### Kongress wird Qualitätsgedanken klarer definieren 12

MVF-Kongress am 10.2. - Jetzt noch schnell anmelden!

### „Sind P4P-Modelle auf lange Sicht wirkungslos?“ 14

Eine Studie zeigt, dass P4P-Modelle auf lange Sicht nicht so effektiv sind wie am Anfang.

### „Move the data, not the doctor“ 16

Interview mit Dr. Axel. Wehmeier, Sprecher der Geschäftsführung Deutsche Telekom Healthcare & Security Solutions GmbH.

## Zahlen - Daten - Fakten

### Versorgungsforschung: Wer leistet welchen Beitrag? 10

## Standards

Impressum 2

News 15

Rezension 22

## Lese- und Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung“ liegt in einer Teilaufgabe ein neues Verlagsobjekt der eRelation AG - Content in Health, dem Verlag von MVF, bei: Die neue Fachzeitschrift „Monitor Pflege“, die ab 2015 viermal jährlich erscheinen wird - siehe auch: [www.monitor-pflege.de](http://www.monitor-pflege.de). Wir bitten um Beachtung.

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 23 - 26

## WISSENSCHAFT

### Dr. Constanze Lessing / David Herr Bedarfsgerechte Versorgung in ländlichen Regionen - Analysen und Empfehlungen des SVR Gesundheit? 27

Der demografische Wandel und eine Verstärkung der Bevölkerung stellen ländliche, strukturschwache Regionen vor große Herausforderungen. In der Gesundheitsversorgung führt dies zu ausgeprägten regionalen Unterschieden mit einem Nebeneinander von (drohender) Unterversorgung einerseits und Überkapazitäten andererseits. Im aktuellen Gutachten 2014 zur bedarfsgerechten Versorgung nimmt der Sachverständigenrat eine Analyse der Versorgungssituation vor und schlägt ein Bündel von Steuerungsmaßnahmen zum Abbau von Unter- und Überversorgung vor. Hierzu zählen ein Landarztzuschlag für niedergelassene Ärzte in unterversorgten Regionen und der vermehrte Aufkauf von freierwerbenden Arztsitzen in überversorgten Regionen. Empfehlungen zur nachhaltigen Förderung der Allgemeinmedizin zielen auf eine Stärkung der Primär- und Grundversorgung und damit auf die Sicherstellung eines leistungsfähigen Gesundheitssystems. Der Rat entwirft hier das umfassende Modell von lokalen Gesundheitszentren für Primär- und Langzeitversorgung.

### Dr. Ariane Höer / Christoph de Millas / Dr. Robert Hausteil / Peter Marx 32

### Die Entwicklung ambulant verordneter onkologischer Arzneimittel in der GKV bis 2016

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Prognose der zu erwartenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für ambulant abgegebene onkologische Arzneimittel bis zum Jahr 2016. Die Prognose soll dazu dienen abzuschätzen, ob und in welchem Ausmaß es in diesem Zeitraum zu einer Kostensteigerung durch onkologische Arzneimittel kommen wird. Datengrundlage für die vorliegende Prognose bildeten die Umsatz- und Verbrauchsdaten von onkologischen Wirkstoffen und deren Fixkombinationen im ambulanten GKV-Arzneimittelmarkt von 2003 bis 2012. Folgende therapeutische Segmente wurden berücksichtigt: endokrine Therapien (L02), zielgerichtete Therapien (L01, monoklonale Antikörper (MAB), Proteinkinasehemmer und Bortezomib, konventionelle Zytostatika (L01) und zugelassene Mistelpräparate. Basierend auf den vorliegenden Daten wurde unter Berücksichtigung von externen Faktoren die Entwicklung der Umsätze und Verbräuche in den therapeutischen Segmenten geschätzt.

### Prof. Dr. habil. Lilia Waehlert / Prof. Dr. Karel Kostev Therapieziel antihypertensiver Behandlung und Teilnahme an integrierten Versorgungsprogrammen 38

Der Beitrag untersucht, inwiefern Integrierte Versorgungsprogramme, genauer Disease-Management-Programme, zu einer Verbesserung der Qualität in der Patientenversorgung führen. Ziel der Studie ist es, eine kassen-, programm- und regionsunabhängige quantitative Analyse von Qualitätseffekten von Patienten von DMP-Programmen und solchen der Regelversorgung durchzuführen.

## Impressum Monitor Versorgungsforschung - Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung

**Monitor Versorgungsforschung**  
Fachzeitschrift zu Realität,  
Qualität und Innovation der  
Gesundheitsversorgung  
8. Jahrgang/ISSN: 1866-0533

### Herausgeber

Prof. Dr. Reinhold Roski, Berlin  
roski@m-vf.de

### Chefredaktion

Peter Stegmaier (verantwortl. Redakt.)  
Kölnstr. 119, 53111 Bonn  
Tel +49 228 7638280-0  
Fax +49 228 7638280-1  
stegmaier@m-vf.de

### Redaktion

Wolfgang Dame  
dame@m-vf.de

Olga Gnedina  
gnedina@m-vf.de  
Jutta Mutschler  
mutschler@m-vf.de

### Verlag

eRelation AG - Content in Health  
Vorstand: Peter Stegmaier  
Kölnstr. 119, 53111 Bonn  
www.ereRelation.org  
mail@ereRelation.org

### Verlagsleitung

Peter Stegmaier

**Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo**  
Anke Heiser (verantwortlich für  
den Anzeigentel)  
heiser@m-vf.de

### Marketing:

Kölnstr. 119, 53111 Bonn  
Tel +49 228 7638280-0  
Fax +49 228 7638280-1

### Abonnement

„Monitor Versorgungsforschung“  
erscheint sechsmal jährlich. Der  
Preis für ein Jahresabonnement  
beträgt 90 Euro. Jahresvorrangpreis  
für Studenten gegen Vorlage einer  
Immatrikulationsbescheinigung  
60 Euro. Die genannten Preise  
verstehen sich zzgl. Versandkosten:  
Inland 9,21 Euro; Ausland 36 Euro.  
Preisänderungen vorbehalten. Die  
Abonnementdauer beträgt ein Jahr.

Das Abonnement verlängert sich  
automatisch um ein weiteres Jahr,  
wenn es nicht spätestens sechs  
Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres  
schriftlich gekündigt wird.

### Layout

eRelation AG, Bonn

### Druck

Kössinger AG  
Fruehaufstraße 21  
84069 Schierling  
info@koessinger.de  
Tel +49-(0)9451-499124  
Fax +49-(0)9451-499101  
Printed in Germany

**Urheber- und Verlagsrecht**

Die Zeitschrift und alle in ihr  
enthaltenen einzelnen Beiträge  
und Abbildungen sind urheber-  
rechtlich geschützt. Mit Annahme  
des Manuskripts gehen das Recht  
zur Veröffentlichung sowie die  
Rechte zur Übersetzung, zur  
Vergabe von Nachdruckrechten,  
zur elektronischen Speicherung  
in Datenbanken, zur Herstellung  
von Sonderdrucken, Fotokopien  
und Mikrokopien an den Verlag  
über. Jede Verwertung außerhalb  
der durch das Urheberrechtsgesetz  
festgelegten Grenzen ist ohne  
Zustimmung des Verlags unzu-  
lässig. In der unaufgeforderten

Zusendung von Beiträ-  
gen und Informationen  
an den Verlag liegt das  
jederzeit widerrufliche  
Einverständnis, die zu-  
gesandten Beiträge bzw.  
Informationen in Datenbanken  
einzustellen, die vom Verlag oder  
Dritten geführt werden.

### Auflagenmeldung

Mitglied der Informationsgemein-  
schaft zur Feststellung der Verbrei-  
tung von Werbeträgern e.V. (IWV),  
Berlin. Verbreitete Auflage: 6.668  
(IWV 4. Quartal 2014)



# Herausgeber-Beirat

# VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

## Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Gerd Glaeske  
Universität Bremen



Dr. Christopher Hermann  
AOK Baden-Württemberg, Stuttgart



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH  
Universitätsmedizin Greifswald



Franz Knieps  
BKK Dachverband, Berlin



Roland Lederer  
INSIGHT Health Management GmbH,  
Waldems-Esch



Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig  
Arzneimittelkommission der deutschen  
Ärzteschaft, Berlin



Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher  
Hochschule Neubrandenburg



Prof. Dr. Prof. h.c. Edmund  
A. M. Neugebauer  
IFOM, Private Universität  
Witten/Herdecke



Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher  
DAK Gesundheit, Hamburg



Prof. Dr. Matthias Schrappe  
Köln



Prof. Dr. Stephanie Stock  
Universität zu Köln



Dr. Thomas Trümper  
PHAGRO, Frankfurt



Bitte entnehmen Sie die Kontaktdaten der Beiräte dem MVF-Portal. Die Redaktion leitet Anfragen gerne an die Beiräte weiter.

## Praxisbeirat

vertreten durch



Nordost

Harald Moehlmann



arvato  
BERTELSMANN

Dr. Jens Härtel



Ihrer Gesundheit zuliebe  
DeutscheBKK

Gerhard Stein



Boehringer  
Ingelheim

Dr. MarcoPenske



DocMorris  
Meine neue Apotheke

Prof Dr. Christian  
Franken



FRESENIUS  
KABI

Frank Lucaßen



IGES

Prof. Dr. Bertram  
Häussler



KVB

Stephan Spring



Lilly

Dr. Thomas M.  
Zimmermann



KVBB  
Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Dr. Hans-Joachim  
Helming



MedicalContact AG

Prof. Dr. Stephan  
Burger



NOVARTIS

Dr. Andreas Kress



Pfizer

Ralph Lägel



OptiMedis AG

Helmut  
Hildebrandt



Vivantes

Prof. Dr. Dr. Alfred  
Holzgreve



SANOPI

Prof. Dr.  
W. Dieter Paar







**Prof. Dr.  
Reinhold Roski**

Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“ und Professor für Wirtschaftskommunikation im Fachbereich Informatik, Kommunikation und Wirtschaft der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin.

## Qualität und Patientenorientierung

### 5. MVF Fachkongress „Vom Messen zum Steuern: Planung – Honorierung - Versorgung“ > S. 12

Prospektive Qualitätsorientierung und -steuerung statt ex post-Messung. So die generelle politische Richtung, aber wie macht man's im Einzelnen? Es wird eine enorme Zahl an Qualitätsindikatoren erhoben. Trotzdem gibt es im deutschen Gesundheitssystem zahlreiche und vielfältige Qualitätsdefizite, wie Prof. Schrappe in seinem Gutachten „Qualität 2030“ aktuell festgestellt hat. Die Qualitätsstrategie der Gesundheitspolitik und die sich ergebenden Handlungsoptionen wollen wir am 10. Februar 2015 beim 5. MVF Fachkongress in Berlin aus allen relevanten fachlichen Perspektiven darstellen und alle wichtigen Akteure zu Wort kommen lassen. Wir sind gespannt und freuen uns auf Ihre Teilnahme.

### MVF-Titelinterview mit Karl-Josef Laumann, dem Patienten-Beauftragten der Bundesregierung und Bevollmächtigten für Pflege > S. 6 ff.

„Die Patienten haben heutzutage eine ganz andere Stellung in unserem Gesundheitssystem. Sie sind auch viel selbstbewusster geworden.“ „Mit der Transparenz und den Qualitätsindikatoren tut sich das deutsche Gesundheitswesen und auch die Pflege sehr schwer. Manchmal habe ich schon den Eindruck, dass es eigentlich keiner richtig will.“ Karl-Josef Laumann spricht im MVF Titel Interview über Patientenbeteiligung, Patientenrechte und das neue Pflegegesetz sowie zentral über das Thema Qualität im Gesundheitswesen und in der Pflege.

### Interview mit Prof. Ruth McDonald, Manchester Business School > S. 14 ff.

Prof. McDonald war Teil eines Wissenschaftlerteams, das die langfristigen Wirkungen und Nebenwirkungen von Pay for Performance-Systemen in England untersucht hat. Sie bezeichnet die Ergebnisse als „mehrdeutig“. „P4P-Modelle sind im Prinzip auf jeden Fall für Krankenhäuser geeignet. Aber wir müssen nicht nur ein tieferes Verständnis dieser Modelle entwickeln, sondern die Modelle auch sehr sorgfältig umsetzen und evaluieren.“

### Interview mit Dr. Axel. Wehmeier, Sprecher der Geschäftsführung Deutsche Telekom > S. 16 ff

Dr. Wehmeier bnescheibt den Status Quo von E-Health und der Telematikinfrastruktur in Deutschland. Seine feste Meinung: „Eigentlich ist die Zukunft schon fast Realität, wenn in diesem Jahr das Projekt CCS Telehealth Ostsachsen live geht.“

### Wissenschaftliche Beiträge

#### Lessing und Herr stellen die Analysen und Empfehlungen des Sachverständigenrates > S. 27 ff

aus dem aktuellen Gutachten 2014 zur bedarfsgerechten Versorgung in ländlichen Regionen und zum populationsorientierten Abbau von Unter- und Überversorgung vor. Sie gehen auf ärztliche, stationäre, Notfall- und Pflegeversorgung ein.

#### Höer u.a. prognostizieren die zu erwartenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für ambulant abgegebene onkologischer Arzneimittel bis zum Jahr 2016. Sie erwarten jährliche Steigerungsraten von 2013-2016 von 9,7 %, die deutlich höher sind als die Steigerungen zwischen 2010 und 2012. 64 % der Steigerungen lassen sich auf seit 2012 neu eingeführte Wirkstoffe zurückführen. > S. 32 ff.

#### Wahlert und Kostev untersuchen, wie Disease-Management-Programme bei Hypertonie zu einer Steigerung der Qualität der Patientenversorgung führen. Sie vergleichen Patienten mit gesicherter Hypertonie-Diagnose nach einem Propensity-Score-Matching und kommen zu dem Ergebnis, dass Teilnehmer von DMP-Programmen eine signifikant bessere Chance haben, das Therapieziel zu erreichen. > S. 38 ff.

Ich wünsche Ihnen, wie immer, eine interessante Lektüre und bin mit herzlichen Grüßen

Ihr  
Professor Dr. Reinhold Roski

Titelinterview mit Karl-Josef Laumann

## „Pflege muss einen neuen Stellenwert bekommen“

Seit 2014 ist Karl-Josef Laumann Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und Bevollmächtigter für Pflege. In dieser Funktion nimmt er kein Blatt vor den Mund, wenn er wortgewaltig und nachdrücklich die Missstände im System anprangert und für Lösungen kämpft. Das hat er natürlich auch als Minister für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes NRW getan, doch jetzt als Patientenbeauftragter umso mehr. Seine Aufmerksamkeit gilt dabei vor allem der Ausgestaltung und Implementierung des Patientenrechtegesetzes und vor allem des neuen, mehrstufigen Pflegegesetzes. Besonders das Thema Qualität im Gesundheitswesen und auch der Pflege liegt ihm dabei am Herzen.

>> Herr Laumann, das Amt des Patientenbeauftragten gibt es seit Januar 2004, das Amt des Pflegebevollmächtigten seit Januar 2014. Hier wird im Sinne des Patienten zusammengeführt, was zusammengehört: Gesundheitsversorgung nach SGB V und Pflege nach SGB XI. Doch von dieser SGB-übergreifenden Sichtweise ist die Realität noch weit entfernt. Sehen Sie den politischen Willen und auch die Durchsetzungsmöglichkeiten, die Versorgung und Pflege des Patienten zusammenzuführen – am besten von der Wiege über die Prävention bis zur Bahre?

Die Stärkung der Patienten in unserem Gesundheitssystem und die Stärkung der Pflege: Das sind zwei Seiten der gleichen Medaille. Eine gute medizinische Versorgung ist ohne eine gute Pflege gar nicht denkbar. Beispielsweise könnten wir ohne eine flächendeckende hausärztliche Versorgung keine menschenwürdige Pflege organisieren. Auch deshalb müssen wir endlich etwas gegen den drohenden Hausärztemangel unternehmen. Oder versetzen Sie sich einmal in die Situation eines Demenzerkrankten hinein, der gerade nach einer Operation unter Vollnarkose wieder aufwacht. Zusätzlich zur medizinischen Versorgung brauchen wir hier natürlich eine ganz andere pflegerische Betreuung als bei Menschen, die nicht an einer Form von Demenz erkrankt sind. Und darum wollen wir auch die Pflege in den Krankenhäusern stärken. Ja, wir verfolgen eine ganzheitliche Gesundheitspolitik, bei der ein Rad in das andere greifen soll.“

Sie selbst sind seit einem Jahr im Amt. Wie sind Ihre persönlichen Erfahrungen? Was haben Sie bisher schon bewirken können? Wo haben Sie bereits Enttäuschungen erlebt?

Die Pflege muss sowohl in der Politik als auch in der Gesellschaft endlich den Stellenwert bekommen, den sie verdient. Wir müssen – wie wir es etwa bei der U3-Betreuung getan haben – auch für über 80-Jährige die richtigen Strukturen schaffen. Stellen Sie sich zum Beispiel vor, Sie werden als Pflegebedürftiger zu Hause ambulant versorgt: Morgens um acht Uhr und abends um 18 Uhr kommt ein Pflegedienst, der Ihnen hilft. Doch was machen Sie in der Zeit dazwischen? Jeder kann sich ausmalen, dass ein Tag ohne richtige Beschäftigung sehr lang werden kann. Vor diesem Hintergrund bin ich sehr froh, dass wir mit dem Pflegestärkungsgesetz I beispielsweise die Mittel für die Tagespflege de facto verdoppelt haben.

Auch engagiere ich mich sehr dafür, den Pflegeberuf deutlich attraktiver zu gestalten. Mit der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation machen wir hier derzeit einen wichtigen Schritt. Zudem bin ich froh, dass der Gesetzgeber noch einmal klargestellt hat, dass auch in der Pflege eine Bezahlung nach Tarif nicht unwirtschaftlich ist.

Dadurch können sich die Kostenträger nicht aus ihrer Verantwortung stehlen und auf Niedriglöhnen bestehen. Unsere Pflegekräfte müssen endlich flächendeckend fair bezahlt werden. Und eine faire Bezahlung ist für mich die Bezahlung nach Tarif. Es hat sich also schon einiges bewegt, wobei das für mich natürlich kein Grund zum Ausruhen ist. Enttäuschungen habe ich zum Glück bisher noch nicht erlebt.

Wie ist die Patientenbeteiligung durch das Amt des Patientenbeauftragten in den letzten zehn Jahren gestärkt worden? An welchen Stellen hat der Patientbeauftragte in das Gesundheitssystem eingreifen und es verbessern können?

Die Rechte und die Stellung der Patienten sind in den vergangenen Jahren deutlich verbessert worden. Vor allem das 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz ist ein erheblicher Fortschritt. Seitdem ist noch einmal klar gesetzlich geregelt worden: Mit dem Behandlungsvertrag ist der Arzt verpflichtet, verständlich und umfassend über die Chancen und Risiken einer Behandlung aufzuklären. Auch haben Sie inzwischen als Patient das Recht, grundsätzlich jederzeit Ihre vollständige Patientenakte einzusehen. Die Krankenkassen wiederum müssen klare Fristen einhalten, wenn sie über die Genehmigung einer Leistung entscheiden.

Wo liegt gerade Ihr Fokus?

Ich selbst setze mich gerade zum Beispiel dafür ein, dass wir inakzeptablen Auswüchsen beim Krankengeldfallmanagement einen Riegel vorschieben. Es kann nicht sein, dass Krankenkassen etwa durch regelmäßige Telefonanrufe oder sehr intime Fragen Versicherte unter Druck setzen, sich möglichst schnell wieder arbeitsfähig zu erklären. Mit dem geplanten Versorgungsstärkungsgesetz soll daher klar gestellt werden, dass die Beratung für die Versicherten freiwillig ist. Das heißt: Die Zahlung des Krankengeldes darf nicht einfach eingestellt werden, wenn die Beratung ablehnt wird. Und: Versicherte müssen vorher umfassend informiert werden und grundsätzlich schriftlich in die Erhebung, Speicherung und Nutzung ihrer Daten einwilligen.

Die Patientenbeteiligung hört oft bei der Selbstverwaltung auf. Sie wird zwar inzwischen gehört, aber ist an den Abstimmungen keine Stimme. Auch im neuen Qualitätsinstitut hat die Patientenvertretung keine eigene Stimme. Warum hat die Patientenvertretung in Deutschland, anders als in einigen anderen Ländern, in der Selbstverwaltung nicht mehr Gewicht?

Unser Gesundheitssystem muss den mündigen Patienten überhaupt nicht fürchten. Ganz im Gegenteil: Die Stimme der Patienten und ih-

.....  
*„Es hat sich schon einiges bewegt, wobei das für mich natürlich kein Grund zum Ausruhen ist“*  
 .....

rer Vertreter muss ernst genommen werden. Und ernst genommen wird man nur, wenn man auf gleicher Augenhöhe diskutiert und nicht nur am Katzentisch sitzt. Leider ist unsere Selbstverwaltung manchmal etwas schwerfällig. Das muss sich gerade im Hinblick auf die Patientenbeteiligung ändern. Im Gemeinsamen Bundesausschuss haben wir damit sehr gute Erfahrungen gemacht. Darum halte ich dort auch ein Mitbestimmungsrecht in Verfahrensfragen für den nächsten logischen und sinnvollen Schritt, den wir gehen sollten.

Wo kann man ansetzen, die Patientenbeteiligung auch sonst im System zu stärken und wirksamer zu machen? Zum einen individuell mit der Beteiligung des Patienten in seiner Versorgung (Stärkung von Compliance und Adherence), zum anderen mit der Beteiligung des Patienten im Gesundheitssystem. Fallen Absicht und Realität stark auseinander?

Nein. Hier ist wirklich schon eine Menge geschehen, wenn man sich die Entwicklung anschaut. Die Patienten haben heutzutage eine ganz andere Stellung in unserem Gesundheitssystem. Sie sind auch viel selbstbewusster geworden. Das können Sie alleine schon daran sehen, dass der MDK im Jahr 2013 rund 14.600 Verdachtsfällen auf einen Behandlungsfehler nachgegangen ist. Ein Jahr zuvor lag die Zahl noch bei rund 12.500. Das liegt nicht daran, dass wir plötzlich einen großen Anstieg an Behandlungsfehlern haben. Tatsächlich ist die Zahl der vom MDK bestätigten Behandlungsfehler sogar zurückgegangen. Nein, die steigende Zahl der MDK-Gutachten zeigt meines Erachtens auch, dass die Bürger heute häufiger als früher ihre Rechte wahrnehmen. Das ist gut so. Und wir sollten die Stellung der Patienten weiter stärken. Das Krankengeldfallmanagement und das Mitbestimmungsrecht in Verfahrensfragen im G-BA habe ich ja bereits erwähnt.

Bundesgesundheitsminister Gröhe setzt auf Qualitätssicherung und qualitätsorientierte Steuerung des Gesundheitswesens. Er möchte von einer nachträglichen Messung der Qualität hin zu einer qualitätsorientierten Bedarfsplanung und auch einer qualitätsorientierten Honorierung. Wie wird das aus Ihrer Sicht funktionieren?

Im Zentrum der Gesundheitspolitik muss doch selbstverständlich eine gute medizinische Qualität stehen. Dafür werden wir die richtigen Strukturen und Anreize schaffen. Im Krankenhausfinanzierungsgesetz wollen wir die Qualität verbindlich als weiteres Kriterium für die Entscheidungen der Krankenhausplanung verankern. Das Qualitätsinstitut soll als unabhängige Instanz für mehr Transparenz sorgen, indem es die gesammelten und ausgewerteten Daten in leicht verständlicher Form veröffentlicht. Und für die Krankenhäuser muss es sich auch finanziell lohnen, wenn man qualitativ gut arbeitet. Für gute Leistungen soll es Zuschläge geben, für schlechte Abschlüsse.

Und was ist mit der Pflege? Die bisherigen Pflegeindikatoren, bei



*„Mit der Transparenz und den Qualitätsindikatoren tun sich das deutsche Gesundheitswesen und auch die Pflege sehr schwer.“*

denen jedes „Heim“ im Schnitt eine 1,2 bekommt, macht da wohl wenig Sinn. Sie sehen gerade bei der Qualitätssicherung im Bereich Pflege Reformbedarf, wie Sie gesagt haben. Sie fordern ein unabhängiges Expertengremium für den „Pflege TÜV“. Was macht der MDK/MDS falsch? Differenzieren die bisherigen Qualitätsbeurteilungen die Pflegeeinrichtungen zu wenig? Sind sie für die Gepflegten und für die Angehörigen zu wenig transparent?

Das Problem ist hier nicht der MDK. Die Qualitätsprüfungen in den Pflegeeinrichtungen sind richtig und zwingend notwendig. Und die MDK-Prüfungen sind meiner Erfahrung nach auch gut. Das Problem liegt vielmehr in der Übersetzung der Prüfberichte in die Pflegenoten. Die ist gescheitert. Der Notendurchschnitt für alle rund 12.500 stationären Pflegeeinrichtungen liegt momentan bei 1,3. Das hat für die Menschen keine Aussagekraft. Im Gegenteil: Sie werden irreführt. Daher fordere ich eine Aussetzung der Pflegenoten. Wir brauchen stattdessen endlich messbare und wissenschaftlich fundierte Kriterien, an denen sich die Qualität von Pflege festmachen und vergleichen lässt. Mit dem Pflegestärkungsgesetz II muss ein unabhängiges Expertengremium aus Wissenschaftlern geschaffen werden, das verbindlich festlegt, wie die Ergebnisse der MDK-Prüfungen künftig unverfälscht und in leicht verständlicher Form veröffentlicht werden können.

Ganz grundsätzlich auch für das Gesundheitssystem insgesamt gefragt: Es gibt in diversen Leitlinien nahezu 2.000 verschiedene Qualitätsindikatoren, die wenigsten davon sind evidenzgeprüft. Auch das Qualitätsindikatoren-Set, das im stationären Bereich in den vergangenen Jahren erarbeitet wurde, passt schlecht für eine qualitätsorientierte Steuerung. Welche Daten brauchen wir stattdessen? Welche fehlen? Erheben wir vielleicht mit viel Aufwand die falschen Qualitätsdaten? Sollte darüber nicht ein fachlicher Konsens geschaffen werden?

Mit der Transparenz und den Qualitätsindikatoren tun sich das deutsche Gesundheitswesen und auch die Pflege sehr schwer. Manchmal habe ich schon den Eindruck, dass es eigentlich keiner richtig will.

Wir evaluieren und dokumentieren jede Menge. Vergleichbarkeit und Transparenz wird dadurch aber selten hergestellt. Die Pflegenoten sind hier ein prominentes Beispiel. Darum will ich hier zusammen mit einer Reihe von Experten auch einen neuen Vorschlag machen.

Die große Baustelle der sektoren- und vielleicht auch SGB-übergreifenden Qualitätssicherung steht noch nahezu unberührt dar. Ein riesiges Vorhaben für den G-BA. Aus Ihrer Sicht: Wie kann der G-BA da weiterkommen?

Mit dem Innovationsfonds. Dieser hat ausdrücklich das Ziel, sektorenübergreifendes Handeln im Gesundheitswesen zu fördern. Und dazu soll eigens ein Innovationsausschuss beim G-BA eingerichtet werden. Ich bin sehr dafür, dass mithilfe des Fonds die Bereiche Krankenhaus und ambulante Versorgung auf der einen und der Bereich der Pflege auf der anderen Seite besser verzahnt werden. Das dient selbstverständlich auch der Qualitätssicherung. Deshalb wollen wir jetzt ja auch mit der generalistischen Ausbildung endlich den richtigen Weg bei der Alten- und Krankenpflege gehen.

Sehen Sie die großen Chancen durch Big Data? Wird durch die vielen Gesundheits-Apps und die Datenerhebung, die viele Bürger und Patienten selbst betreiben, nach und nach das Empowerment der Versicherten und Patienten verstärkt? Oder sehen Sie hier eher Gefahren?

Wenn die modernen digitalen Möglichkeiten helfen, einen gesunden Lebensstil zu führen und die richtige medizinische Versorgung sicherzustellen, ist das eine gute Sache. Ich halte es in diesem Zusammenhang übrigens für eine Katastrophe, dass nach so vielen Jahren auf der elektronischen Gesundheitskarte bislang nur ein Foto zu finden ist. Wir brauchen hier ganz klar ein schnelleres Tempo, klare Umsetzungsfristen und verbindliche Finanzierungsvereinbarungen.

Doch das Sammeln von Daten braucht auch klare Grenzen: Wenn beispielsweise eine App einer Krankenversicherung regelmäßig und quasi automatisch Daten zum Lebensstil übermittelt, stellt sich für mich die Frage des Persönlichkeitsschutzes und des Schutzes der Privatsphäre. Ich möchte nicht, dass Menschen wegen ihres Lebensstiles ausgegrenzt und diskreditiert werden. Eine ständige Überwachung der Bürger, womöglich noch verbunden mit einem System von Belohnung und Bestrafung, kann ich mir beim besten Willen nicht als menschengerecht vorstellen."

Die Idee der Pay for Performance (P4P), die ursprünglich aus den USA kam, ist für das deutsche Gesundheitssystem ausführlich geprüft worden. Eigentlich war das Ergebnis, die Idee ist gut, aber sie passt nicht in das deutsche System. Was ist bei der qualitätsorientierten Honorierung anders?

P4P ist auf den ersten Blick ein gut klingendes Schlagwort. Richtig umgesetzt führt es sicher auch zu einer Reihe von guten Effekten. Aber als Patientenbeauftragter muss ich auch auf die Nebenwirkungen achten: Führt es zu Fehlsteuerungen durch falsch gesetzte Anreize? Wird die Motivation und die Patientenorientierung der Ärzte negativ beeinträchtigt? Bekommen wir es womöglich mit weiteren bürokratischen Belastungen zu tun? Werden Patienten ungleich behandelt und so genannte vulnerable Gruppen benachteiligt, weil die Behandlung dieser Gruppen für mich als Arzt grundsätzlich auch höhere Risiken bergen kann? Hierauf gibt es bisher noch keine durchweg überzeugenden Antworten.

Als Pflegebevollmächtigter bringen Sie das 5. SGB XI-Änderungsgesetz (Pflegestärkungsgesetz I) voran. Was sind die Kernpunkte? Welche Fortschritte soll das Pflegestärkungsgesetz bringen?

Durch das Gesetz gelangt zunächst einmal mehr Geld in das System. Fast alle Leistungen der Pflegeversicherung werden um vier Prozent erhöht. Doch wir alle wissen natürlich auch: Geld allein pflegt nicht. Darum ist es mir besonders wichtig, dass wir klare Vereinfachungen und Flexibilisierungen beim Leistungsbezug geschaffen haben. Damit tragen wir den individuellen Lebenswelten der Menschen Rechnung. Beispielsweise können ab dem 1. Januar Kurzzeit- und Verhinderungspflege deutlich flexibler ausgeschöpft werden. Zudem verdoppeln sich de facto die Leistungen für die Tagespflege. Und es werden zusätzliche Betreuungskräfte für die stationären Heime bereitgestellt."

Lang wurden die neuen Pflegestufen, der neue Pflegebegriff diskutiert, nun sollen sie bis 2017 sukzessive eingeführt werden. Woran hat es so lange gehapert? Was wird dadurch verbessert?

Wir dürfen nicht vergessen, dass es sich bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes um die wohl größte Reform der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung vor 20 Jahren handelt. Ich habe ja Verständnis dafür, dass es einigen nicht schnell genug damit gehen kann. Aber eine so grundsätzliche Reform kann man nicht von

heute auf morgen über das Knie brechen.

Doch ich kann Ihnen versichern: Wir werden das jetzt in dieser Wahlperiode umsetzen.

Mit dem neuen Begriff werden wir eine völlig neue und gerechtere Systematik schaffen, bei der der Grad der Pflegebedürftigkeit nicht mehr nur allein anhand körperlicher

Faktoren ermittelt wird. Künftig werden darüber hinaus auch geistige und kommunikative Kriterien eine ganz wichtige Rolle spielen. Davon profitieren gerade Demenzerkrankte, die von dem alten Begriff bislang völlig unzureichend erfasst wurden.

Mehr Geld im Pflegesystem und neue Pflegestufen werden nichts nützen, wenn der Überalterung der deutschen Gesellschaft nicht durch qualifizierte Zuwanderung entgegengewirkt wird. Doch damit tun sich ethische Fragen auf: Was passiert in den Heimatländern, die oft mit ähnlichen Problemen wie Deutschland zu kämpfen haben?

Da sprechen Sie einen wichtigen Punkt an. Zum Beispiel ist jeder herzlich willkommen, der als Pflegekraft hier bei uns tätig sein will, wenn er erstens fair bezahlt, zweitens sozial-, kranken-, unfall- und haftpflichtversichert und drittens selbstverständlich gut untergebracht ist. Das ist nicht nur für unsere Pflegelandschaft eine Bereicherung.

Doch das Problem des Fachkräftemangels lässt sich nicht einfach durch Zuwanderung lösen. Wir müssen unsere Hausaufgaben schon selbst machen. Wir müssen den Pflegeberuf so attraktiv machen, dass ihn auch hierzulande möglichst viele Menschen erlernen und ausüben wollen. Und in der Tat sollten wir auch immer im Kopf haben, dass die Menschen, die zu uns kommen, womöglich auch in ihren Heimatländern gebraucht werden.

Herr Laumann, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier