MVF-Kongress „Qualität 2015“: Podiumsdiskussion 1

Vakuum bei der Festlegung von Versorgungszielen

Zur von Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve (Vivantes) moderierten Diskussionrunde „Qualitätsversorgung und Qualitätsorientierte Bedarfsplanung“ tauschten sich die Referenten und das Plenum vor allem über den Vortrag von Prof. Dr. Matthias Schrappe (Universität zu Köln) aus, den er unter den Titel „Qualität 2030 – Vom Messen zum Steuern“ gestellt hatte.



Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve (Vivantes)



Prof. Dr. Matthias Schrappe, Universität zu Köln

>> **Holzgreve:** Herr Schrappe hat in seinem Vortrag unter anderem aufgezeigt, dass das Thema Qualität sehr komplex ist. Gibt es Ihrer Ansicht nach eine Strategie, ein definiertes Ziel? Was wird denn in fünf Jahren deutlich besser sein als heute?

Schrappe: Die politische Seite widmet dem Ziels und der Zielerreichung eine zu geringe Aufmerksamkeit. Die nötige Zieldiskussion wurde noch nicht einmal begonnen. Aus diesem Grunde fände ich es zum Beispiel richtig, wenn wir in Deutschland eine Diskussion starten würden, die „Crossing the Quality Chasm in Germany“ heißen könnten. Es wäre sinnvoll, bekannte wissenschaftliche Beratungsinstitutionen mit einer Grundsatzarbeit zu beauftragen, um damit eine Diskussion zu starten. Das betrifft die Zukunft, doch auch in der Gegenwart gibt es riesige Probleme mit der Patientensicherheit. Warum sollen wir nicht jährlich auch ein Gutachten zum Status „Quality and Safety“ erstellen? Ich sehe aber auch, nur damit Sie mich nicht als Illusionisten abstempeln, schon heute kleine und durchaus auch sehr gute Entwicklungen in den jetzigen Gesetzgebungsvorhaben. Zum Beispiel im Gesetzesentwurf zur Versorgungsstärkungsgesetz. Ausgerechnet beim doch eher abseits gelegenen Detailpunkt „Terminstelle“ wird plötzlich das erste Mal, seitdem ich das SGB V kenne, die Zugangsproblematik diskutiert. Das ist eine ganz wichtige Diskussion! Denn Zugangsindikatoren haben eine Schlüsselstellung bei der regionalen Versorgungsplanung inne. Es gibt also schon jetzt ganz kleine Punkte, die durchaus in die richtige Richtung weisen und aufzeigen, dass das System sozusagen mitdenkt. Aber ich finde, unsere Aufgabe als Wissenschaftler ist es, das System zu befeuern. Der Druck muss erhöht werden.

Pfeifer: Wir haben in der Diskussion wieder den Schwerpunkt Krankenhaus. Aus meiner Sicht ist es ein Nachteil, dass die Qualitätssicherung im Moment noch sehr stationär fokussiert, auch die Gesetzgebung beschäftigt sich jetzt wieder nur mit dem stationären Bereich. Dabei müssen wir die Verknüpfungen mit den bekannten Schnittstellenproblemen sehen, der Patient wird nun einmal überwiegend ambulant behandelt. Die Terminservicestellen kann man übrigens durchaus mit gemischten Gefühlen betrachten. Auch das im Moment diskutierte Problem Zweitmeinung muss noch offensiver angegangen werden, um wichtige Fragen zu diskutieren: Wann ist eine Zweitmeinung nützlich? Wer sollte sie erbringen? Welche Konsequenzen soll die Zweitmeinung haben? Was machen wir mit einer Dritt- oder Viertmeinung?

Klakow-Franck: Dem kann ich nur beipflichten. Es gibt ein Vakuum der Verantwortlichkeit bei der Festlegung von Versorgungszielen. Wir erhalten regelmäßig gute Vorschläge vom Sachverständigenrat, und wir haben die Versorgungsforschung in Deutschland. Ich hätte mir gewünscht, dass jetzt im Rahmen des Innovationsfonds forschungsbasiert so etwas wie eine systematische Gesundheitsversorgungsziele-Entwicklung zustande kommt. Im Gesundheitswesen muss man unheimlich viel Geduld haben. Wir haben zwar erreicht, das Qualität im Gesundheitswesen bei der Politik ganz oben angekommen ist, aber gewisse Umsetzungsprobleme werden von den Politikern nicht gesehen oder wollen nicht gesehen werden.

Holzgreve: Das erinnert mich an den MVF-Kongress im letzten Jahr, bei dem wir eine ähnliche Diskussion hatten und die Forderung nach einer Zieleentwicklung der Gesundheitsversorgung auch schon massiv gestellt hatten. Und es bringt mich zu einer anderen Frage: Mich hat gewundert, dass Sie, Herr Neugebauer, Herrn Lauterbachs Pauschalkritik so stehen gelassen haben. Wir haben doch auch bei uns bekannte, berühmte und auch gute Institute, die gute Arbeiten liefern. Heute Morgen hörte sich das anders an. Wir bräuchten, so Herr Lauterbach, nur ein, zwei richtige Institute, die die richtigen Studien machen, und schon werden die Schlussfolgerungen gezogen und wir haben ein ganz anderes System. Ist es aber nicht in Wirklichkeit so, dass die Erkenntnisse zwar längst vorhanden sind, wir aber in Deutschland immer wieder an dieselben Probleme stoßen, z.B. Sektoren und die Länder-Bund-Ebene?

Schrappe: Die Kinderonkologen haben – gefühlt - bereits vor 30 Jahren angefangen ihre Studien in ganz Deutschland zusammenzuwerfen. Das ist, da hat Herr Lauterbach schon recht, in der Versorgungsforschung noch nicht geschehen. Wir haben durchaus Ansatzpunkte, aber ebenso noch eine gewisse deutsche Kleinstaaterei. Der zweite Punkt, und das ist der entscheidende politische Punkt, ist der, dass, wenn wir in der Versorgungsplanung wirklich vorankommen wollen, nach wie vor, die bekannten Widersprüche zwischen Bund- und Länderebene haben. Deswegen finde ich im Eckpunktepapier - abgesehen davon, dass das Papier überhaupt zustande gekommen ist - eine kleine, aber feine Bemerkung von entscheidender Wichtigkeit. Denn da steht drin, dass im G-BA die Länderebene bei den planungsrelevanten Indikatoren ein Mitspracherecht zu bekommen hat. Ich würde das noch



Caring and Curing

Leben retten und Gesundheit verbessern – das ist unser Ziel

Die Entwicklung bahnbrechender neuer Medikamente steht für Novartis an erster Stelle. Sie schaffen neue Behandlungsmöglichkeiten für bislang unerfüllte medizinische Bedürfnisse der Patienten.

Patienten und ihre Bedürfnisse können jedoch sehr unterschiedlich sein. Deshalb bietet Novartis neben innovativen Medikamenten auch Möglichkeiten zur Krankheitsvorbeugung sowie Generika an und verbessert den Zugang zu medizinischer Versorgung.

NOVARTIS
caring and curing

Novartis Pharma GmbH · Roonstraße 25 · 90429 Nürnberg · www.novartis.de



Dr. Regina Klakow-Franck, G-BA



Hans-Werner Pfeifer, GKV-Spitzenverband Berlin

etwas ausbauen wollen, und sagen, dass im Gemeinsamen Bundesausschuss nicht nur die Länderebene mehr Berücksichtigung finden muss, sondern dass er eine kondensierte Kompetenz aller im Gesundheitswesen eine Rolle spielenden Institutionen bekommen muss. Sie haben aber völlig recht, dass es auf jeden Fall sinnvoll ist, bei solchen, die Planung angehenden, flächenbezogenen und populationsbezogenen Indikatoren die Länder mit ins Boot zu holen.

Pfeifer: Entschuldigen Sie Herr Prof. Schrappe, wenn ich Ihnen hier widerspreche. Aus der Sicht einer auf der Bundesebene tätigen Organisation ist es sehr schwer, sich mit 16 Ländern über bestimmte Vorgehensweisen zu einigen. Wir haben den Auftrag in hoher Qualität überall in Deutschland für gemeinsame und einheitliche Standards zu sorgen. Doch die Länder verfolgen sehr eigene Interessen und finden bisher immer einen Weg, um davon abzuweichen. Da hilft es auch nichts, wenn wir die Länder in alle Diskussionen einbinden. Vielmehr müsste der Bund die Möglichkeit haben, bestimmte Dinge einheitlich zu regeln, damit die dann überall gelten. Ich weiß freilich auch, dass das gegenwärtig politisch nicht geht.

Schrappe: Sie haben doch auf der Bundesebene Druckmittel wie beispielsweise den landesweiten Fallbasiswert.

Pfeifer: Das dauert aber alles zu lange!

Schrappe: Wo Konflikte sind, müssen sie gelöst werden.

Klakow-Franck: Auch das ist ein Beispiel dafür, dass man eben viel Geduld haben muss. Es ist tatsächlich ein Erfolg, dass sich jetzt hier Bund und Länder zusammengerauft haben und eine gemeinsame Vorstellung davon entwickeln, wie Krankenhausplanung in Zukunft ablaufen soll, nämlich qualitäts- und erreichbarkeitsorientiert. Ich halte es für notwendig, dass wir darüber in einen Dialog mit den Ländern eintreten. Das Mitberatungsrecht der Länder im G-BA kann jedoch nur eines ohne Stimmrecht sein. Ein Stimmrecht wäre nicht vereinbar mit unserer Selbstverwaltungskonstruktion und nicht verfassungskonform. Aber über die Inhalte müssen wir uns abstimmen.

Pfeifer: Aber die Kriterien müssen dennoch einheitlich sein.

Holzgreve: Das hört sich einfacher an, als es ist. Denn auch die Länder sind untereinander zerstritten. Unser Idealwunsch ist ja schon seit langer Zeit, die Qualität nach Herrn Schrappes Kriterien zu messen und die Ergebnisse dann transparent zu machen. Damit die Patienten selbst entscheiden können. Dann bräuchten wir eigentlich keinen Krankenhausplan mehr. Warum funktioniert das nicht?

Klakow-Franck: Der Weiterentwicklungsbedarf ist identifiziert. Bisher werden die Wahlentscheidungen der Versicherten zu wenig mit den bisherigen Qualitätsberichten unterstützt, denn die darauf aufbauenden Krankenhausbewertungsportale können eben nicht besser sein als das Ausgangssubstrat.

Holzgreve: Sie meinen aber, wir kriegen das hin?

Klakow-Franck: Wir müssen. Der G-BA wird gemeinsam mit dem IQTiG versuchen, eine Art Krankenhausbewertungsportal zu entwickeln. Das wird methodisch sehr anspruchsvoll. Ich glaube aber schon, dass das möglich ist. Aber es bedarf wirklich eines Perspektivwechsels von der Krankenhaus- hin zur Patientenperspektive.

Holzgreve: Sind wir auch auf dem richtigen Weg?

Klakow-Franck: Zumindest ist das Problem der unzureichenden Patientenorientierung der Qualitätsberichte und der darauf aufbauenden Krankenhausbewertungsportale erkannt.

Pfeifer: An dem Punkt ist der Gesetzgeber jedoch nicht ganz konsequent. Das neue Institut sammelt die Daten im stationären und im ambulanten Bereich, darf aber nur die stationären Daten veröffentlichen, weil für die Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse im vertragsärztlichen Bereich in der gleichen Tiefe wie für die Krankenhäuser im Moment die gesetzliche Grundlage fehlt. Insofern hinkt dann immer die Information des Patienten. Der Patient kann sich eben immer noch nicht informieren, in welcher Qualität zum Beispiel die Arthroskopie vertragsärztlich erbracht wird, sondern nur, wie es im Krankenhaus geschieht. Da ist noch zu tun. Aber grundsätzlich sehe ich es so wie Frau Klakow-Franck: Wir sind auf dem Weg nach vorne.

Gronemeyer: Stefan Gronemeyer, Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes: Nach meiner Wahrnehmung haben wir heute Vormittag sehr viel über das Messen und noch nicht so viel über das Steuern gesprochen. Ich möchte deshalb einen Punkt hervorheben, den Sie Frau Klakow-Franck zu Recht erwähnt haben. Sie haben im Zusammenhang mit Pay for Performance gesagt, dass die Vergütungsanreize wahrscheinlich nicht ausreichend sein werden für eine Einrichtung, die selbst keine Qualitäts- oder Sicherheitskultur entwickelt hat. Greift da nicht sozusagen das rein technokratische Messen irgendwo zu kurz?

Klakow-Franck: Tja. Wie erreicht man das? Das ist das Geheimnis des Qualitätsmanagements. Es muss für mich als Leistungserbringer, egal, ob Krankenhaus oder Arztpraxis, erkennbar sein, dass ich durch eine bestimmte QS-Maßnahme einen Nutzen für meine eigenen Patienten generiere. Herr Schrappe hat unser Curriculum des ärztlichen Qualitätsmanagements erfunden, er kann weit berufener als ich erläutern, wie wichtig es ist, unsere derzeitige Fixierung auf Daten in eine umfassende Qualitätskultur einzubetten.

Schrappe: Nehmen wir einfach mal an, dass ein Krankenhaus keine



Diskussionrunde „Qualitätsversorgung und Qualitätsorientierte Bedarfsplanung“: Dr. Regina Klakow-Franck, G-BA, Hans-Werner Pfeifer, GKV-Spitzenverband Berlin, Prof. Dr. Matthias Schrappe, Universität zu Köln und Moderator Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve (Vivantes).

gute Qualitäts- und Sicherheitskultur hat, was vielleicht sogar normal ist. Eine derartige Kultur aufzubauen, ist nun nichts religiöses, sondern eine aktive Managementleistung. Es geht darum, eine Institution über die professionelle Motivation hinausgehend zu motivieren, dafür eine Kultur zu schaffen. Genau hier setzt Pay for Performance an. Das ist auf den ersten Blick durchaus richtig. Die Frage lautet aber nun: Machen wir Fehler in der Durchführung oder nicht? Ein Beispiel: Wir haben im Krankenhausbereich ein mengenorientiertes Fallpauschalsystem. Ein Pay for Performance-Modell belohnt nun bestimmte Ziele mit, sagen wir einmal, 30.000 Euro für das Jahr 2015, auszahlbar in zwei Jahren. Nun liegt der Geschäftsführer nachts schlaflos im Bett und fragt sich, was soll ich nur machen? Am nächsten Morgen kommt der Chefarzt und sagt, dass er drei Fälle zusätzlich operieren könne. Der Geschäftsführer rechnet schnell und erkennt sofort, dass mit nur drei großen Fälle schon die Hälfte des vielleicht einmal in zwei Jahren kommenden Pay for Performance-Budgets erwirtschaftet ist. Was wird er also wohl machen? Die Verhaltensökonomie sagt dazu: Risikoaversion. Es ist doch völlig klar, dass der Geschäftsführer die Mengenausweitung wählt. Das aber kann man vorhersehen und schauen, ob nicht das Pay for Performance-Modell geändert werden muss. Zum Beispiel könnten die Vergütungszusätze höher formuliert werden. Und vor allem zeitnaher ausgezahlt werden. Die Verhaltensökonomie erklärt ganz genau, dass Bonuszahlungen abgesondert von anderen Zahlungen identifiziert geschehen müssen. Der Geschäftsführer muss quasi eine gute Flasche Champagner aufmachen, wenn er die 30.000 Euro bekommt, den Chefarzt anrufen und sagen: „Heute sind Ihre 30.000 Euro für Qualität gekommen.“

Holzgreve: Herr Schrappe, ich muss Ihnen das nicht sagen: Ab-

Kommentar: Dr. Ch. Schüürmann, 1. Vors. BNC:



”Für mich persönlich war es eine sehr wertvolle Veranstaltung als jemand, der als niedergelassener Chirurg tatsächlich noch aktiv Patienten behandelt und be-treut. Dabei stellte ich unter den Anwesenden wohl die absolute Ausnahme dar. Prof. Lauterbach sprach als erster und kritisierte das Niveau und die Qualität der Versorgungsforschung. Er sagte sinngemäß, dass aufgrund methodischer Fehler nur etwa zehn Prozent der entsprechenden Studien verwertbar seien. Ich war erstaunt, dass die anwesenden renommierten Versorgungsforscher diesen doch sehr heftigen Vorwurf einfach klaglos über sich ergehen ließen. Lauterbach kritisierte auch den Innovationsfonds als weiteren Beweis für die generelle Krux der deutschen Forschungslandschaft: Fördergelder sind nicht übertragbar, so dass lang angesetzte Studien nicht zum Zuge kommen. Aus meiner Sicht wurde letzteres sicher nicht zu Unrecht kritisiert.

Ein zentraler Streitpunkt über den ganzen Tag war auch die unterschiedliche Zuordnung und Bewertung der von den gesetzlichen Krankenkassen erhobenen Routinedaten. Der Wert dieser Daten blieb bis zuletzt umstritten; ihre Beurteilung reichte von „wertvoll“ bis „vollkommen wertlos“, was auf mich als niedergelassenen Chirurgen natürlich nicht beruhigend wirkte.

Trotz dieser Kritik waren sich die Anwesenden darin einig, dass in Zukunft jegliche Maßnahmen, Planungen und Entscheidungen in der Gesundheitspolitik auf Basis einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgungsforschung zu treffen seien. Doch wie soll das gehen, wenn es anscheinend noch keine Basis in Form allgemein kon-sentierter verlässlicher Zahlenwerke gibt? In den darauffolgenden Vorträgen fielen Begriffe wie „evidenzbasierte Entscheidungsfindung“, „Qualitätsinstrumente-Sets“, „planungsrelevante Qualitätsindikatoren“, „Risikoadjustierung“, „Mindestmengen“, „Abschläge“, „Bereinigung“, „Pay for Performance“, „Qualitätsverbesserung auf Systemebene“, „Ergebnisqualität“ und ähnliches. Doch was steht hinter Begriffen wie z.B. Ergebnisqualität? Wird da an eine Form von Werkverträgen gedacht, die in der kurativen Medizin doch per se überhaupt nichts zu suchen haben? Schließlich kann kein seriöser Mediziner jemals ver-sprechen, neben einer fachgerecht erbrachten Leistung immer auch einen Heilungserfolg zu liefern.

Als Laie auf dem Gebiet der Versorgungsforschung habe ich im Laufe der Veranstaltung immer wieder versucht, einen echten Bezug zur Versorgungsrealität herzustellen. Dies ist mir lediglich bei den aus meiner Sicht sehr guten Vorträgen von Dr. Franziska Diehl (KBV) und von Hans-Holger Bleß (IGES) gelungen. Mit großem Interesse habe ich dabei auch gelernt, was paternalistische Werteent-scheidung in der Gesundheit bedeutet.

Gegen Ende warben Vertreter der Patientenselbsthilfe und der Versorgungsforschung für ein Verhältnis zwischen Arzt und Patient auf Augenhöhe, frei nach dem Motto: „Der Halbgott in Weiß ist passé, der Patient ist Partner und soll mitentscheiden.“ Es ist für mich vollkommen unstrittig, dass in unserer modernen Gesellschaft das Arzt-Patientenverhältnis auf eine neue und partnerschaftliche Basis gestellt werden muss.

In vielen Fällen ist dieses modernere Verhältnis auch schon längst Realität. Warum allerdings meine Frage nach einer ebenso modernen Aufteilung von Verantwortung, Verbindlichkeit und Haftung eher Verwunderung ausgelöst hat, ist mir ein Rätsel.

An diesem Punkt hatte ich den Eindruck, dass man in der Versorgungsforschung wirklich noch ganz am Anfang steht. Nichtsdestotrotz bin ich mir darüber im Klaren, dass die Versorgungsforschung politisch gewollt und daher auf breitem Vormarsch ist. Ob es uns gefällt oder nicht, müssen wir Ärzte uns mit ihr ernsthaft auseinandersetzen. Und genau das werde ich den Mitgliedern unseres Berufsverbandes Niedergelassener Chirurgen (BNC) mit Nachdruck nahebringen. Gern bieten wir niedergelassenen Chirurgen hierzu an, in einen Dialog mit den etablierten Akteuren der Versorgungsforschung zu treten. Der jährliche Bundeskongress Chirurgie, der sich regelmäßig intensiv mit Fragen des Versorgungsmanagements und der Versorgungsforschung auf Basis der Versorgungsrealität auseinandersetzt, kann dazu eine gute Plattform bieten.

schläge und Zuschläge haben grundlegende Probleme. Wenn 80, 90 oder 95 oder gar 98 Prozent der Krankenhäuser gute Qualität liefern und alle einen Zuschlag bekommen müssten, wie soll denn dann der Zuschlag für noch bessere Qualität formuliert sein? Leistungserbringer sind immer sehr schlau darin, gesetzte Leistungsindikatoren zu erfüllen, damit alle nicht nur Qualität, sondern Exzellenzqualität aufweisen, einen Begriff, den Sie gebracht haben. Bei den Abschlägen ist es noch viel schlimmer. Der schlimmste Fall wäre jener, dass sich ein Leistungserbringer Abschläge erlauben könnte und trotzdem noch einen guten Deckungsbeitrag hätte, also einfach mit den Abschlägen leben kann und deshalb so weiter macht wie bisher. Da darf man keine Fehlanreize setzen.

Porzsolt: Franz Porzsolt, Universitätsklinikum Ulm: Ich möchte zwei Kommentare aufgreifen. Der eine Kommentar war von Herrn Schrappe, der gesagt hat, dass die Zieldefinition vielleicht nicht ganz richtig ist. Der zweite ist ein Kommentar von Frau Klakow-Franck, die gerade in der Diskussion das Wort Nutzen in den Mund genommen hat. Ich habe die ganze Zeit auf die Schnittstelle zwischen Qualität und Nutzen gewartet. Es kommt uns doch nicht hauptsächlich darauf an, beim Patienten Qualität zu erzeugen; das oberste Ziel ist es, die Gesundheitsversorgung anzubieten, die das Problem des Patienten löst. Ich möchte nicht dazu aufrufen, schlechte Qualität zu leisten, sondern meine Befürchtung zum Ausdruck bringen, dass das Wort Qualität das eigentliche Ziel nicht genau genug beschreibt. Wir sind sicher auf dem guten Weg, wenn wir gute Qualität leisten, aber nicht jede qualitativ gute Leistung wird auch Nutzen generieren. Sollten wir nicht das Ziel umdefinieren und sagen, unser oberstes Ziel ist es, das Problem des Patienten zu lösen? Oder den vom Gemeinsamen Bundesausschuss geforderten gesundheitlichen Mehrwert zu induzieren. Und eine der Voraussetzungen dazu ist nun einmal, Nutzen zu generieren.

Schrappe: Ich habe den dreidimensionalen Qualitätsraum aufgezeigt. Bei den Qualitätsperspektiven stimme ich Ihnen, Herr Porzsolt, absolut zu: Der Nutzen ist ein Qualitätsaspekt oder eine Qualitätsperspektive, das ist überhaupt nicht wegzudiskutieren. Deswegen bin ich auch – nehmen Sie es mir nicht übel, Frau Klakow-Franck – weiterhin ein Skeptiker, dass es funktionieren wird, wenn wir zwei Institute haben: Ein Institut, dass Qualität und Nutzen macht, das andere die Durchführungsqualität. Die Gefahr besteht doch, dass diese beiden Institute gegeneinander ausgespielt werden. Doch, wie auch immer: Es ist völlig klar, dass der Nutzen ein wichtiger Qualitätsaspekt ist. Es reicht einfach nicht mehr, falsche Dinge gut machen. Das wäre eine Perversion des Qualitätsgedanken.

Holzgreve: Das Wort Qualität ist sicher mit das am häufigsten missbrauchte Wort. Seit Ufrzeiten ist jeder Chefarzt, jeder Arzt und jede Schwester fest davon überzeugt, dass sie von morgens bis abends nichts als Qualität machen. Manche sagen auch, ob ich das nun messe oder nicht: Meine Qualität bleibt gleich. Das Thema ist ein fließendes Thema, das uns auch in den nächsten 100 Jahren beschäftigen wird. Aber ich denke, wir sind auf dem richtigen Weg, der Qualität – auch durch diesen Kongress – ein Stück näher zu kommen. <<

2. Mitteldeutscher Gesundheitskongress in Halle

Versorgungsimpulse aus der Mitte Deutschlands

In der inspirierenden Atmosphäre der Leopoldina, der Nationalen Akademie der Wissenschaften, hat der Gesundheitssystempartner IVM plus mit dem von ihm initiierten Mitteldeutschen Gesundheitskongress nun zum zweiten Mal etwas geschafft, was in der gesundheitspolitischen Monozentrierung hin auf Berlin nicht mehr alle Tage stattfindet: einen interessanten Kongress zu veranstalten, der Bundes- und Landesebene anspricht und auf diesen beiden, doch recht unterschiedlichen Ebenen die im Zuge des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) aufkommenden Neuregelungen im Bereich Finanzierung, Qualität und Prävention, die Neuregelungen im Bereich Praxisnetze, MVZ, sektorenübergreifende Versorgung und Pflege sowie Aktuelles aus dem Bereich der Integrierten Versorgung zu thematisieren. Und das unter Teilnahme von über 100 Besuchern – auch aus Berlin – in Halle an der Saale, in der Mitte Deutschlands.

>> Eröffnet wurde der Kongress durch den Initiator der Veranstaltung und Geschäftsführer der IVM plus GmbH, Daniel Friebe. Im Anschluss folgten interessante Referate von Dr. Rolf Koschorrek (Vorsitzender der Gesundheitskommission der MIT Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung der CDU/CSU), Andrea Galle (Vorstand der BKK VBU) und Prof. Volker Penter (Head of Health der KPMG) zum Thema „Neuregelungen im Bereich Finanzierung des Gesundheitswesens".

Zu „Neuerungen in den Bereichen Qualität und Prävention" referierten Gerriet Schröder (Leiter der Abteilung „Prävention" der AOK Sachsen-Anhalt) sowie Dr. Thomas Klöss (Ärztlicher Leiter und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Halle/Saale) gefolgt von Susanne Müller (Geschäftsführerin des Bundesverbandes Medizinische Versorgungszentren-Gesundheitszentren-Integrierte Versorgung e.V.) und Dr. Susanne Ozegowski (BMC-Geschäftsführerin), welche dieses Thema für den Bereich der Medizinischen Versorgungszentren und die sektorenübergreifende Versorgung beleuchteten.

Nach einer Pause wurde das Thema Pflege ausgeführt. Referenten waren Prof. Rolf Rosenbrock (Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes – Gesamtverband e. V.) und Mark Kuypers (Geschäftsführer von solimed – Unternehmen Gesundheit). Den Brückenschlag in den praxisbezogenen Teil der Veranstaltung übernahmen Ralph Lägel (Director Key Account Business von Pfizer Pharma) zum Thema Integrierte Versorgung und die Industrie, Dr. Burkhard John (Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalts) mit Ausführungen zur Ambulanten Geriatrischen Rehabilitation sowie Alexander Wilke (Leiter des Instituts für evidenzbasiertes Gesundheits- und Versorgungsmanagement I.f.G.V.) mit einer Betrachtung der Mehrwerte durch Selektivverträge und dem ungleichen Wettbewerb zum Krankenhaus.

Aus Sicht der operativ tätigen Ärzte berichtete Dr. Torsten Ullmann (Facharzt für Kinderchirurgie und Geschäftsführender Gesellschafter der Saale-Klinik Halle) über die Mehrwerte durch die Fast-Track-Kinderchirurgie sowie Dr. Thomas Decker (Facharzt für Orthopädie in der Saale-Klinik Halle), der erste Ergebnisse aus einer prospektiven Endoprothetik-Studie in Zusammenarbeit mit seinem Kollegen präsentieren konnte. <<