Titelinterview mit Dr. Hans-Joachim Helming, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB)

„Wir brauchen eine völlig neue Art von Denken“

Dr. Hans-Joachim Helming ist Facharzt für Gynäkologie und seit 20 Jahren Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) und kann damit als dienstältester KV-Vorsitzender der Welt gelten – vielleicht auch kein Wunder, denn KVen gibt es nur in Deutschland. Trotz aller Probleme und Nachbesserungsbedarfe denkt Helming, dass es für das deutsche Herangehen an das System Gesundheit „unter den gegebenen Rahmenbedingungen keine Alternative gibt“.

>> Wie stehen Sie zur Versorgungsforschung?

Nur auf der Basis der mit Versorgungsforschung generierten Erkenntnisse und Daten ist eine qualifizierte Ressourcensteuerung und Versorgungsstrukturierung überhaupt möglich. Alles andere wäre Wolkenkuckucksheim.

Diese Ansicht teilt nicht jeder. Viele Akteure scheinen sich in Intransparenz doch sehr wohl zu fühlen.

Wir in Brandenburg haben die Erfahrung gemacht, dass es wesentlich sinnvoller ist, über den Schüsselrand hinaus zu schauen, um dann anhand möglichst valider Daten frühzeitig Weichen zu stellen und nicht nachher in irgendeine Handlungsnotwendigkeit zu stolpern, in der womöglich aus dem Bauch heraus oder wohl mehr übers Knie gebrochen, Entscheidungen getroffen werden müssen, die nicht wirklich gut durchdacht sind.

Das kennzeichnet doch unser Gesundheitssystem, das durch vielfältigste Reformen und Detailgesetze, die sich oft gegenseitig konterkarieren, determiniert wird.

Man kann sich dieser Problematik auch ein wenig anders nähern, wenn man den Zeitraum, den ich überblicken kann – und das sind immerhin 25 Jahre – analysiert. Ich erkenne eine Kernphilosophie, die sich in jedem Gesetzesvorhaben wiederfindet, auch wenn diese manchmal von aktuellen, oft massiven Detailregelungen verdeckt wird. Diese sind oft erfolgreich, aber nicht immer. Doch ist die Politik, zumindest auf der Fachebene, in der Zwischenzeit so pfiffig geworden, dass sie aus den Misserfolgen der vergangenen Jahre und Jahrzehnte gelernt hat. Was beim ersten oder zweiten Mal keinen Erfolg hatte, wird dann eben leicht modifiziert in die nächste oder übernächste Gesetzesnovelle eingebracht.

„Die KVen zumindest wurden schon x-mal totgesagt. Doch was passiert, wenn die Politik dieses Instrument aufgäbe und versuchte, die Regelversorgung mit nicht körperschaftlichen Interessenvertretungen zu strukturieren?“

Der Staatsapparat scheint penetrant zu sein.

Jedenfalls verfolgt er eine klare Linie, eben fast eine Kernphilosophie.

Und wie lautet die?

Im Kern dieser Haltung steht eine totale Abkehr von dem ursprünglichen, freiberuflichen ärztlichen Selbstverwaltungssystem, das sich seit Bismarck entwickelt hat. Und das bis Mitte der Achtziger oder Anfang der Achtzigerjahre, das kenne ich aber nur vom Hörensagen, wohl auch funktioniert hat. Dann aber startete Blüm den Reigen der auf Ausgabensteuerung ausgerichteten Gesetze mit der die Einflussnahme des Staates begann und seither mit jeder Reform weiter zunimmt. Um das Ziel der Ausgabensteuerung zu erreichen, wurden die Rahmenbedingungen, in denen gehandelt werden kann, entsprechend immer wieder angepasst.

Bis hin zur Budgetierung.

Exakt. Im Rahmen dieser Budgetierung muss die Politik natürlich die Rahmenbedingungen weiterhin immer wieder so anpassen, dass das zur Verfügung stehende Budget „ausreicht“ und die Begehrlichkeiten begrenzt werden.

Das klingt doch an sich logisch.

Das ist ja das Fatale. Der Denkfehler besteht aber gerade darin, dass mit zwei geradezu diametralen Polen argumentiert wird. Die Versicherten bekommen den Eindruck vermittelt, der Himmel sei oben offen und nahezu alles an Innovationen sei beanspruchbar. Die Ärzte hingegen bekommen nur eine begrenzte Menge Mittel zur Verfügung gestellt, mit denen sie therapieren können.

Funktioniert das auf Dauer?

Bei den Ärzten funktioniert das schon lange nicht mehr, deswegen wurde unser Berufsstand als allererster drangsaliert. Den Versicherten und Wählern hingegen wurde die Wahrheit noch nicht vermittelt. Das aber wird irgendwann anstehen.

Die Politik wäre doch schlecht beraten, dieses körperschaftlich organisierte System der Selbstverwaltung abzuschaffen, das doch anscheinend funktioniert – zumindest irgendwie.

Die KVen zumindest wurden schon x-mal totgesagt. Doch was passiert, wenn die Politik dieses Instrument aufgäbe und versuchte, die Regelversorgung mit nicht körperschaftlichen Interessenvertretungen zu strukturieren?

Lassen Sie uns raten: Medi und Hoppenthaller.

Damit hat die Politik nahezu schmerzhafte Erfahrungen gesammelt, denn diese Systempartner können sie eben nicht steuern. Wenn die irgendwann in eine andere Richtung abdriften als die, die gerade politisch gewollt ist, dann ist Feierabend für die Politik.

Und bei der KV?

Kommen Sie, welche Freiheiten haben wir KVen denn noch groß? Wenn ich als KV-Vorsitzender anfange, falsch zu denken, können die mir sofort eins „zwischen die Hörner“ geben. Versuchen Sie das mal mit einem Hoppenthaller. Das geht überhaupt nicht.

Also hat zumindest an dieser Stelle die Politik über die letzten 25 Jahre hinweg ihre Hausaufgaben gemacht.

Hier schon. Doch eine andere, über die Jahre und besonders seit Seehofer erkennbare Linie ist der Wettbewerbsgedanke im System. Die Implementierung eines Modells des Wettbewerbs in ein solidarisches Gesundheitswesen ist eigentlich ein Fremdkörper. Ich kann mich an die Diskussion damals in Bonn noch sehr gut erinnern, als

mehr als einmal selbst von den Kassenvorständen Angst vor einem system-immanenten Wettbewerb postuliert wurde. Man konnte schon damals ahnen, in welche Richtung sich das alles entwickeln wird. Nur die Marktbereinigung, die sich durch das massive Eindampfen der Kassenlandschaft ergeben hat, hat die Auswirkungen einigermaßen sortiert. Zudem hat der Gesetzgeber auch hier dazugelernt und über die Jahre die eine oder andere Rahmenbedingung geändert, damit dieser Wettbewerb im System beherrschbar ist. Und trotzdem passt er immer noch nicht wirklich in dieses solidarische Gesundheitssystem.

Halten Sie die generelle Linie über die letzten 25 Jahre für falsch?

Ja. Aber ich bin es gewöhnt, mit dem, was ich sage, auf Widerstand zu stoßen. Dennoch: dieses eindeutige Ja zu Ihrer letzten Frage entspringt eigentlich aus meiner Historie. Ich komme bekanntlich aus dem staatlichen Gesundheitswesen der ehemaligen DDR. Glauben Sie mir: Ich weiß, welche Nachteile eine starke Regulierung ärztlicher Tätigkeit in einem Gesamtgefüge haben kann. Und ich ahne zumindest, in welche Richtung das bei uns weitergehen wird. Wenn ich mir jetzt bestimmte neue Stellschrauben im VSG anschaue und die als chronologische Fortsetzung des ursprünglich gewollten Systems fortschreibe, erkenne ich einen deutlichen politischen Duktus.

Welchen denn?

Das Ganze geht eindeutig in die Richtung mehr Zentralismus. Die niedergelassene, selbstständige Arztpraxis ist offensichtlich nicht in der Wertigkeit bei der Politik anerkannt, wie wir sie sehen – als sich selbst motivierender Leistungsträger. Lippenbekenntnisse einiger Politiker können nicht darüber hinwegtäuschen. Die Politik hat meines Erachtens etwas ganz anderes im Sinn: eine klare Ausrichtung hin zu einem zentralistischen System, das durch Kommunen und Krankenhäuser die Versorgung steuert. Die ambulante Versorgung wird dann durch eine Art kommunaler, landesstaatlicher Aufsicht im Sinne des Holländischen Models organisiert. Fachärzte wird es in diesem System im ambulanten Bereich eher wenig geben, wohl noch ein bisschen Grundversorgung durch Hausärzte, „substituiert“ durch Heilhilfsberufe, weil die sehr viel billiger sind.

Welche Richtung würden Sie denn für richtiger halten?

Ich bin über die 25 Jahre in diesem System groß geworden. Im Kern bin ich zu der Erkenntnis gekommen, dass es unter den gegebenen Rahmenbedingungen keine Alternative gibt, wenn man eine qualifizierte Steuerung von Gesundheitsversorgung haben möchte. Irgendeiner muss es eben machen.

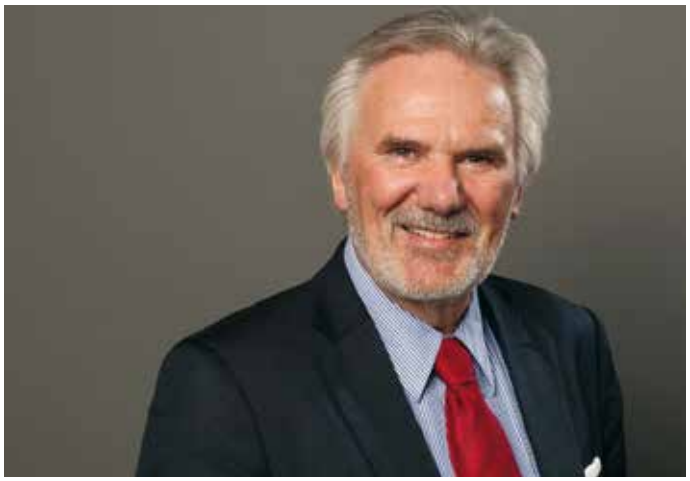
Dass es in der ganzen Welt keine Körperschaften öffentlichen Rechts wie es sie in Deutschland mit den KVen gibt, beweist doch eigentlich, dass es auch anders geht.

Mein Umkehrschluss: Dafür haben die anderen Probleme. Ob ich England, Schweden, Holland oder die Schweiz nehme: Es funktioniert irgendwie überall, und es gibt ebenso überall irgendwelche Probleme. Wir haben bei uns in Deutschland ein Gesundheitswesen, um das uns viele andere Länder beneiden. Warum soll ich diesen Wert freiwillig aufgeben? Darum arbeite ich lieber an einer Perfektionierung und Modernisierung, aber immer im Sinne einer Schrittinnovation.

Modifizieren, hineinwachsen, aber nur nicht revolutionieren?

Richtig. Alles andere brächte viel zu viel Unruhe.

Man nennt das dann wohl Politik der ruhigen Hand, frei nach Alt-



bundeskanzler Schröder.

Das ist genau der Weg, den wir in den letzten zwei Dekaden in Brandenburg gegangen sind. Wir haben über all die vielen Jahre immer den Situationen angepasste Lösungsansätze gesucht und in der Regel auch gefunden; immer mit dem Ziel, eine hohe Versorgungsqualität in Brandenburg zu gewährleisten, die sich mit allen anderen Versorgungsqualitäten in der Bundesrepublik messen kann. Darum liegen bei uns eben nicht unbehandelte Patienten auf den Straßen herum, sondern wir haben eine genauso gute Versorgungsqualität wie sonst wo in Deutschland. Dabei muss man an der Stelle deutlich sagen, dass wir aus der Wendesituation heraus, auf einem sehr niedrigen Level der ambulanten Versorgungsqualität gestartet sind. Zu DDR-Zeiten war die Medizin eigentlich im Krankenhaus angesiedelt, es gab keine ambulanten Operationen, keine ambulanten Dialysen, keine ambulante Strahlentherapie.

So als Nicht-Ost-Sozialisierter: War es denn damals wirklich so schlecht?

Jein. Alles hat seine zwei Seiten. Die DDR hatte einfach kein Geld für ein qualifiziertes, ambulantes Gesundheitswesen.

War es denn viel billiger als im Westen?

Sicher. Aber nur, weil die DDR ihren Bürgern Leistungen vorenthalten hat, die wir heute als ganz selbstverständlich in Anspruch nehmen. Wir haben heute andere Ansprüche an gesundheitliche Versorgung und die Medizin bietet ja auch immer mehr. Doch kein Politiker sagt seinen Wählern: Auch dein Anspruch ist irgendwo begrenzt, weil die Finanzmittel eben begrenzt sind.

Und Sie als Arzt?

Als Gynäkologe hatte ich im Prinzip nur meine fünf Sinne, mit denen ich diagnostizieren konnte. Es gab einfach keinen Ultraschall. Wenn ich für eine Schwangere bei einer Komplikation eine über meine fünf Sinne hinausgehende Diagnostik haben wollte, musste ich mit Hebammenbegleitung mit ihr in einem Barkas, fast ein Nachkriegsauto von der Technik her, über unsere holprigen, schlaglochreichen Straßen ins nächste Bezirkskrankenhaus fahren, um dort nach vorheriger Genehmigung eine Ultraschalluntersuchung durchführen zu können. Das war der Standard DDR. Das waren wir halt so gewohnt.

Darum gibt es das Konzept der Kostensteuerung.

Ich habe rein gar nichts gegen sachgerechte Mittelverwendung (statt -verschwendung)! Aber was sage ich denn guten Gewissens jungen Ärzten, die mich fragen, warum sie sechs Jahre studieren

und sich fünf Jahre zum Facharzt weiterbilden? Wofür, wenn anscheinend diese hoch qualifizierte Tätigkeit eine Schwester im Mopra- oder VerAH-Modell auch leisten soll?

Deswegen hat Brandenburg sicher auch keine Schwester VerAH, sondern eine agneszwei.

Richtig: Eine im Kern delegierbare Tätigkeit darf und kann doch nicht mein Ziel als KV-Vorsitzender sein, auch mit Blick darauf, dass alle Pflegebereiche eine Akademisierung im Auge haben.

Doch auch Sie in Brandenburg müssen mit der begrenzten Ressource Hausarzt umgehen.

Absolut richtig; vielmehr aber mit den viel stärker begrenzten fachärztlichen Ressourcen! Der Arzt als hoch qualifizierter Mensch mit seiner geballten medizinischen Kompetenz, die er sich entweder durch Ausbildung und/oder durch Praxiserfahrung erworben hat, sollte seine Zeit ausschließlich für wichtige medizinische Fragestellungen nutzen können. Das heißt aber auch, dass er befreit werden muss von alledem, was zwar zur gesamthaften Behandlung eines Patienten gehört, aber wozu er nicht Medizin studiert haben muss. Genau dafür braucht der Arzt eine qualifizierte supportive Kraft. Genau deswegen ist unsere agneszwei auch eine Fallmanagerin, die den Arzt bei der Lösung des Fallproblems unterstützt, indes nicht im ausschließlich medizinischen Bereich. Natürlich kann eine gut ausgebildete agneszwei nebenbei auch einmal den Blutdruck messen oder Blut abnehmen, was eine Helferin ja auch heute schon macht. Was wir aber vermeiden wollen, ist die Akademisierung der Heilhilfsberufe.

„Der Arzt muss sich in seiner Profession weiterentwickeln, um den Blick nicht nur für seine ureigene ärztliche Tätigkeit zu öffnen, sondern auch für all das, was zur Gesamtbehandlung eines Patientenproblems gehört."

Das ist in der heutigen Zeit etwas erklärungsbedürftig.

Eigentlich nicht. Was wir in der Zukunft noch viel stärker als heute brauchen, sind Pflegende, die sich um den Menschen kümmern. Die ihn füttern, die ihn waschen, anziehen, auch mal streicheln – eben sich um ihn kümmern. Dazu braucht man doch keinen Akademiker, der sich erschrickt, wenn er tatsächlich mal eine vollgemachte Windel wechseln muss.

Wenn es um die sogenannte Akademisierung des Heil- und Pflegeberufes geht, sprechen wir doch nur über 10 bis 15 Prozent. 85 Prozent werden immer noch als praxisorientierte Pflegende am Bett stehen.

Ich bin der festen Überzeugung, dass man in einem stabilen ambulanten Gesundheitswesen mit funktionierenden Arztpraxen keine weiteren Akademiker zwischen dem studierten Arzt und dem nichtstudierten Patienten braucht. Egal, ob das nun der Pflegebereich ist oder eine meiner Praxisangestellten im agneszwei-Modell. Jede Person mehr zwischen Arzt und Patient, jede dazwischengeschaltete Filterstelle bedeutet zugleich auch Informations- und Steuerungsverlust. Der Arzt als verantwortlich Therapierender muss mit dem Patienten direkt kommunizieren können. Ich bin der festen Überzeugung, dass die notwendige Akademisierung der Arzt liefern muss. Er muss sich in seiner Profession weiterentwickeln, um den Blick nicht nur für seine ureigene ärztliche Tätigkeit zu öffnen, sondern auch für all das, was zur Gesamtbehandlung eines Patientenproblems gehört. Hier, aber nur hier, braucht er so viel Unterstützung wie möglich.

Stehen wir nicht an einem Scheideweg; einem Punkt, an dem sich Compliance oder Adherence ohne Patientenmitwirkung und ohne Bonus-Malus-System nicht positiv verändern wird?

Man hatte mal die Überlegung gehabt, den Versicherten als Steuerungselement über die Praxisgebühr mit einzubeziehen. Es gab in einigen Fachgruppen auch drastische Fallzahleinbrüche, weil die Patienten tatsächlich geglaubt hatten, sie müssten erst zum Hausarzt gehen und sich eine Überweisung holen. Der hat dann schnell die „Pille" rezeptiert, und damit die ausbalancierte Honorar-Mischkalkulation bei den Gynäkologen durcheinander gebracht. Zwar waren die Fachgruppen durch Fallzahleinbrüche durchaus materiell betroffen, aber gegen den Fakt, dass Patienten aus der Praxis heraus gehalten wurden, die dort eigentlich nicht unbedingt betreut werden mussten, kann man schlecht argumentieren. Das hieß aber bei uns in Brandenburg nichts anderes, als dass durch die Hausarztpraxen noch mehr Patienten geschleust wurden. Um dennoch die wirklich betreuungsintensiven Patienten versorgen zu können, half unsere agneszwei, die Fallmanagerin. Sie hat eine medizinische Kompetenz, weil sie eben auch delegierbare Leistungen ausführen muss; sie hat eine pflegerische Kompetenz, weil sie im Einzelfall durchaus auch Aufgaben wahrnehmen muss, die gut beim Pflegedienst aufgehoben wären. Und dann hat sie auch noch eine soziale Kompetenz.

Demnach müsste die Dreieinigkeit agneszwei aus drei Töpfen finanziert werden.

Wird sie aber nicht, obwohl ich dies von Anfang an gefordert hatte. Sie wird nur von dem Topf der Krankenversicherung und auch hier nur von einigen Kassen finanziert. Deswegen haben wir jetzt das Problem, dass wir zwar eine Struktur für alle Versicherten haben, das Modell agneszwei aber nicht von allen bezahlt bekommen. Genau wie wir auf das bei uns in Brandenburg eingeführte Modell der Bereitschaftsdienstpraxis schreiben müssten: „Nur für Versicherte der AOK Nordost und der BARMER GEK". Natürlich müssen in der Bereitschaftsdienstpraxis alle Versicherten, die dahin kommen, behandelt werden. Aber bezahlt wurde die Modellentwicklung eben eigentlich nur von zwei Krankenkassen. Glücklicherweise haben die beiden Versorgerkassen zusammen eine Marktabdeckung über 50 Prozent, aber mir fehlen noch die anderen knapp 48 Prozent.

Woran messen Sie Erfolg?

Er krankt immer daran, dass genau diese Frage gestellt wird: Woran bemisst man denn das, was wir gemacht haben? Häufig sind es mehr emotionale, weiche Faktoren.

Warum?

Wir haben bislang den Fehler gemacht, dass wir bei der Konstruktion solcher Modelle die Versorgungsforschung nicht im Blick hatten. Das aber ist vorbei. Jetzt evaluieren wir alles, was wir vorhaben. Jedes Modell wird von vorneherein so aufgesetzt, dass es evaluierbar wird. Dabei greifen wir auf eine aus der Betriebswirtschaft abgeleitete Grundidee der Balanced Scorecard zurück, die nicht nur den ökonomischen Ansatz, sondern auch die Nutzer- bzw. Kundenperspektive (Patienten, Ärzte, Krankenkassen), die Prozess- und die Entwicklungsperspektive untersucht.

Können Sie das vielleicht an einem Fall erläutern?

Beim Modell agneszwei hat gerade der Case-Management-Aspekt versorgungsstrukturell eine hohe Bedeutung, gerade in einem Flä-

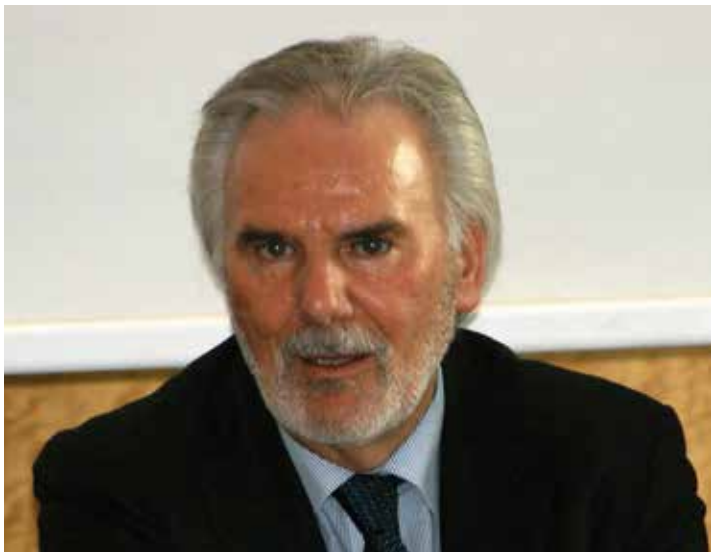
chenland wie Brandenburg. Bei uns musste man sich von der hehren Vision, dass in jedem Dorf ein Arzt sitzt, definitiv verabschieden. Was uns blieb, ist das Instrument des Case-Managements, bei dem man im Einzelfall sehr gut auch wirtschaftliche Parameter messen kann. So zeichneten sich schon beim ersten Pilotprojekt verminderte Drehtüreffekte und Selbsteinweisungen zum Wochenende ab, was sich auf die wirtschaftlichen Parameter niederschlagen wird. Was wir bisher haben, sind die Arzt- und die Patientenbefragung sowie die ambulanten Parameter. Der Rest muss noch zusammengetragen werden.

Wie viele agneszwei gibt es denn?

90 sind derzeit im Einsatz und der nächste Ausbildungskurs mit 30 Teilnehmern hat gerade begonnen. In Hausarztpraxen, Facharztpraxen und MVZ sowie in zwei Netzen sind sie tätig und arbeiten dort einzelfallbezogen. Eine ökonomische Analyse für den einzelnen Patienten zu erstellen, würde zu kurz greifen, aber eine wirtschaftliche Gesamtbetrachtung über alle hinweg macht Sinn.

Wenn da nicht das leidige Problem der Dokumentation wäre.

Auch da haben wir dazugelernt. Beim ersten Modellprojekt mussten noch bis zu zehn Formularbögen ausgefüllt werden, das war Wahnsinn. Jetzt genügt ein Auftrag vom Arzt und der Rest kann in einer speziell für die agneszwei im Rahmen der IGiB entwickelten Softwarelösung auf einem Tablet-PC erfasst werden.



Ist es nicht ein Zeichen der Feigheit der Politik, sich ein Selbstverwaltungssystem mit dem G-BA an der Spitze zu leisten, das sich selbst in einem gedeckelten Topf den eigenen Dampf erzeugen muss?

Das ist nun mal die gültige Spielregel. Alle Akteure im System sind sich dessen bewusst. Und trotzdem spielen sie ihre Rolle. Aber nur deshalb, weil es eben aus meiner Sicht derzeit keine Alternative gibt. Wie würde man sich sonst das Gesundheitssystem vorstellen? Die Erwartungshaltung der Bevölkerung jedenfalls würde sich nicht von heute auf morgen verändern. Das wäre ein Prozess über viele Jahre.

Wie ist denn in diesen 25 Jahren die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Akteuren verlaufen – eher partnerschaftlich, oder doch eher egoistisch?

Es gibt immer „Schweinezyklen". Nach einer Phase der Anfangs-Euphorie, gefolgt von einer Zeit der hoch konfliktiven Auseinandersetzungen sind wir nun in die Ära einer sehr pragmatischen, sachlichen Art eingetreten, in der alle Stakeholder miteinander kommunizieren und auch Probleme lösen. In Teilen weit mehr als nur sachlich-pragmatisch, sondern sogar kooperativ und konstruktiv. Darum funktioniert auch unser Joint Venture, das wir mit AOK Nordost und BARMER GEK gestartet haben, so gut, auch, weil die dahinterstehenden Personen gut „miteinander können".

Das ist oft das Geheimnis des Erfolges. Man kann noch so viele, tolle Rahmenbedingungen oder Ideen haben, wenn die Menschen, die es nachher umsetzen sollen, nicht miteinander können, wird das beste Produkt zum Ladenhüter.

An der Stelle aber funktioniert es gut. Darum können wir auch auf den ersten Blick nahezu verrückte Konstruktionen in die Welt setzen und dann sogar erfolgreich in die Regelversorgung überführen, was früher völlig undenkbar gewesen wäre.

Werden Sie Ihre Modelle künftig evaluieren?

Sicher. Die Zahlen sind wichtig, auch für die Akzeptanz des Modells. Aber auch für uns selbst. Denn nur mit diesen Zahlen können wir ein überzeugendes Konzept kommunizieren. Wenn wir den Nachweis erbringen können, dass Systematik und Ergebnis stimmen, wird auch die entwickelte Innovation schnell Verbreitung erfahren. Darum werden wir uns künftig bei allen Projekten von vorneherein stärker auf die Erkenntnisse der Versorgungsforschung besinnen und auch auf Partner in der Versorgungsforschung zurückzugreifen. Wir können und wollen aber selbst kein Institut aufbauen.

Worum dreht es sich beim KV RegioMed-Konzept?

Hier geht es grundlegend um die Zukunft der Versorgungsstrukturierung im Land Brandenburg. Wenn wir, wie bereits jetzt beginnend, künftig nicht mehr genug Ärzte haben werden, brauchen wir eine veränderte Strukturierung der Versorgungsprozesse. Diese Struktur-Optionen sind die KV RegioMed-Module.

Während andere Flächenländer niederlassungswilligen Ärzten 50.000 Euro Zuschuss zahlen.

Wir übrigens auch – aber damit hinterlassen wir nur so etwas wie eine Schleimspur. Nehmen wir mal unsere Uckermark oder ein „Wolfserwartungsgebiet" wie in Südbrandenburg. Das sind Regionen, in denen die dort noch mit abnehmender Tendenz wohnenden Menschen schon heute sehr alt sind und eine Lebenserwartung von vielleicht noch rund 20 Jahren haben.

Was ist mit Zuzug?

Fehlanzeige! Die meisten jungen Menschen sind von dort weggezogen, weil es dort keine Arbeit und keine Infrastruktur gibt – kein gar nichts mehr. Es ist absehbar, wann diese Region entvölkert ist, und von der Natur in Beschlag genommen wird – daher auch der Ausdruck „Wolfserwartungsgebiet". Gerade in diesen Regionen brauche ich schon heute Versorgungskonzepte, die von jetzt bis zu dem Zeitpunkt greifen, bis die oben beschriebene Situation der Nahezu-Entvölkerung eingetroffen ist. Nun haben wir – wie in einigen anderen Bundesländern auch – ein doppeltes demografisches Problem: Wir haben nicht nur überdurchschnittlich viele alte Patienten – wenn man mit Bundeswerten vergleicht, immerhin im Schnitt die älteste und auch noch die morbideste Bevölkerung -, sondern auch die älteste Ärzteschaft. Wenn unsere Ärzte im Durchschnitt mit 62 oder 62,5 Jahren aus dem aktiven Berufsleben ausscheiden, sind sie ausge-

laugt, weil sie ihr ganzes Leben lang gepowert haben.

Und auf einmal müssen sie auch noch erkennen, dass sie keinen Nachfolger finden.

Richtig. Klappe zu, Affe tot. Und nun soll ich mit 50.000 Euro einen jungen Arzt nach seiner Facharztweiterbildung an der Charité zu uns nach Brandenburg locken? Den kann ich doch nicht guten Gewissens in die „Pampa" schicken! Mit einer Berufskarriere von rund 35 Jahren vor sich, wo die Patienten, die ich ihm anbieten kann, vielleicht noch für die kommenden 20 Jahre von ihm betreut werden können. Und das auch noch mit abnehmender Tendenz. So einen gut ausgebildeten Menschen kann ich doch nicht mit 50.000 Euro dahin schmieren, das mache ich einfach nicht.

„Wir zahlen auch 50.000 Euro – aber damit hinterlassen wir nur so etwas wie eine Schleimspur."

Was machen Sie denn?

Wir brauchen andere Konzepte, um Versorgung für diese schwierige Zeit zu entwickeln. Dazu dient uns beispielsweise das KV RegioMed-Konzept, das intersektoral und multiprofessionell angelegt ist und einen rein funktionalen, aber keinen ideologischen Hintergrund hat.

Die wichtigen Stichpunkte lauten doch Bedarfsgerechtigkeit und Regionalität.

Deswegen werden die einzelnen Module in den Regionen nur dann angewendet, wenn der spezielle Bedarf vorhanden ist. Es wird keine Pudelmütze für alle Köpfe gestrickt, sondern eine für jeden einzelnen Fall, also sehr individuell.

Sie plädieren damit eigentlich dafür, sich von Sektorengrenzen, von SGB- und von Leistungserbringer- und Professionengrenzen zu verabschieden, sich dafür auf den grundlegenden Versorgungsauftrag und den wirklichen Versorgungsbedarf zu besinnen.

Genau. Wobei der Begriff Leistungserbringer ein No-Go bei uns ist. Ärzte sind Ärzte und bleiben Ärzte. Wenn man von Leistungserbringern spricht, meint man auch Heil- und Hilfsberufe oder Apotheker und wen sonst noch. Wir aber arbeiten als Ärzte. Die Besonderheit des Arztberufes macht es aus, dass er sich von Leistungserbringern unterscheidet.

Auch mit seiner besonderen Verantwortung.

Und mit der Individualität des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Das ist etwas so Spezifisches, das es in anderen Bereichen gar nicht gibt. Daraus leiten sich auch bestimmte Alleinstellungsmerkmale des Arztberufes ab. Zum Beispiel, dass er Körperverletzungen vornehmen darf, ohne dafür bestraft zu werden.

Wie groß ist denn die Wirtschaftlichkeit in den kleinen Regionen?

Wir haben, auch um eine Wirtschaftlichkeit der Strukturen darstellen zu können, sogenannte Mittelzentren im Blick. Das hat damit zu tun, dass unsere Landesregierung relativ früh und damals in der Bundesrepublik noch gegen den Strom schwimmend, die Struktur der Mittelzentren entwickelt hat.

Was genau sind diese Mittelzentren?

Es gibt in allen Regionen gewachsene Zentral-Infrastrukturen, wobei in den Kreisstädten das meiste zusammenläuft. Sich gegen diese etablierten Strukturen stemmen zu wollen, macht keinen Sinn. Also nehmen wir wieder mal ganz pragmatisch eine Kreisstadt (in der Regel ein Mittelzentrum), in der es oft ein Kreiskrankenhaus oder zumindest ein Krankenhaus der Grundversorgung gibt. An diesem Haus errichten wir eine Eigeneinrichtung, das KV RegioMed Zentrum (eventuell auch gleich noch eine KV RegioMed Bereitschaftspraxis). Um diese Strukturen herum wird dann ein Shuttle-System organisiert, das aber nicht den Arzt zum Patienten, sondern den Patienten zum Arzt transportiert. Also genau umgekehrt zu den Modellen, wie sie in letzter Zeit woanders probiert und propagiert wurden – wo sich entweder der Arzt in sein Auto setzt oder mit einem Bus zu den Patienten tourt um dann in einem Schützenhaus oder am Küchentisch eine Sprechstunde nach Lambarene-Art abhält. Das halte ich schlichtweg für Unsinn. Man kann doch nicht die Kompetenz eines Arztes mit seinen sechs Jahren Studium, fünf Jahren Facharztausbildung, und vielleicht 20 Jahren Berufserfahrung hinterm Lenkrad auf einer brandenburgischen Landstraße vergeuden! Besser ist es doch, die immobilen Patienten dorthin zu bringen, wo der behandelnde Arzt die Chance hat, den Patienten unter optimalen Bedingungen zu diagnostizieren und zu therapieren.

Das ist das Kernmodell des KV RegioMed Zentrums?

Wir haben verschiedene Module. Eines davon ist ein Zentrum, das die nötige intersektorale Zusammenarbeit sicherstellt, indem Kompetenzen und Kapazitäten aus der Klinik mit den Kompetenzen und Kapazitäten aus dem ambulanten Bereich in eine gemeinsame Struktur eingebracht werden. Übrigens ist das eine Eigeneinrichtung der KV, die von uns gemanagt wird und in der ambulante und stationäre Ärzte zusammen arbeiten – und zwar mit einem abgestimmten Leistungsportfolio. Doch immer sehr regionalspezifisch. Denn das, was für die eine Region richtig und wichtig sein kann, mag in einer anderen Region eine völlig andere Ausrichtung haben.

Ein Beispiel?

Nehmen wir unsere Dispensaire-Philosophie. Da wird eine Diabetes-Patientin nach der Konsultation des Diabetologen nicht einfach mit einem Überweisungsschein „beglückt", sondern eine Tür weitergeschickt, denn dort sitzen ein Nephrologe und ein Augenarzt. Schnell hat sie bedarfsgerecht die nötigen Stationen absolviert, die ansonsten für sie eigentlich gar nicht erreichbar wären. So aber ist die Patientin innerhalb kürzester Zeit rundum diagnostiziert und betreut, hat eine Therapieempfehlung für den Hausarzt, setzt sich wieder in den Bus und wird nach Hause gefahren. Und ihr behandelnder Hausarzt hat am selben Abend den interdisziplinären Bericht und weiß genau, wie er in dem nächsten Viertel- oder halben Jahr die Patientin betreuen kann. So stellen wir uns in infrastrukturell benachteiligten Regionen ambulante Versorgung in den nächsten 10 bis 15 Jahren vor.

Wie sieht denn die ökonomische Seite aus?

Die Praxen in Brandenburg haben den großen Vorzug, dass sie durch die Bank übervoll sind. Es ist darum nicht so, dass irgendein Arzt Angst davor haben muss, dass ihm 20 oder 50 Patienten wegbleiben. Eher im Gegenteil: Im Kern ist jeder froh, dass er nicht 20, sondern nur 18 Stunden am Tag arbeiten muss. Das an sich ist schon mal eine günstige Ausgangssituation. Und überall da, wo man vermitteln kann, dass die strukturelle Zusammenarbeit von Klinikern und ambulant Tätigen keine Konfliktpotenziale hat, führt es dazu, dass die Kollegen völlig aversionsfrei an diesem Konzept mitarbeiten können.

Vivantes

Medizin und Pflege für Berlin



Vivantes Humboldt-Klinikum



Vivantes Klinikum Am Urban



Vivantes Klinikum im Friedrichshain



Vivantes Klinikum Spandau



Vivantes Klinikum Prenzlauer Berg



Vivantes Klinikum Hellersdorf



Vivantes
Auguste-Viktoria-Klinikum



Vivantes Wenckebach-Klinikum



Vivantes Klinikum Neukölln

Vivantes
Netzwerk für Gesundheit

Wenn das eine Land aber 50.000 Euro zahlt, das nächste schon 100.000? Schleimspur hin oder her.

Wie lange wollen die Länder diesen Wettbewerb aushalten? Weit besser wäre es doch, vorhandene Ressourcen besser nutzbar zu machen. Und dafür Strukturen zu nutzen, die für die jeweilige Region, für die da wohnenden Menschen, unabhängig von der Arzt-Einwohner-Relation, die richtige Versorgung sicherstellen. Diesen Ansatz des Versorgungsauftrages denken wir inzwischen nicht nur an der Schnittstelle Ambulant/Stationär, sondern auch bei Ambulant/Pflege, bei der Geriatrie auch an der Schnittstelle Ambulant/Therapeut.

Wichtig ist, das System ganzheitlich zu betrachten.

Das aber ist eine völlig neue Art von Denken, bei dem auch die Politik mitmachen muss. Es ist nun mal sehr schwer, für Regionen mit den Defiziten, wie wir sie nun mal in Brandenburg haben, passende Lösungsansätze im Bereich der Gesundheit zu entwickeln, die dann auch noch einen Daseinsfürsorgeauftrag abbilden sollen. Darum muss auch das Ministerium, das an sich den Daseinsfürsorgeauftrag über alle denkbaren Leistungsbereiche wahrnehmen muss, den Wert unserer Projekte erkennen. Die KVBB hat bereits im Jahr 2012, also weit bevor die Große Koalition die „Überversorgungsdiskussion" anstieß, begonnen, ein Konzept zu entwickeln, welches die Basis alter statistischer Parameter verlässt, dafür aber den ermittelten tatsächlichen Versorgungsbedarf – abhängig von der Morbidität und der demografischen Dynamik – zugrunde legt. Wie soll dieser „tatsächliche Versorgungsbedarf" denn auf Basis welcher Zahlen ermittelt werden? Mit Hilfe des genau dafür entwickelten Ressourcensteuerungsmodells auf Basis einer versorgungsauftragsbasierten Arztsitzvergabe. Wir stellen genau darauf ab, welcher Versorgungsbedarf heute in einer bestimmten Versorgungsregion besteht und wie er sich in einem überschaubaren Langfristzeitraum erwartbar entwickelt. Dazu werden in der Hauptsache demografische Daten aus dem Landesentwicklungsplan genutzt, denn die zeigen ziemlich genau, wie sich die Bevölkerung entwickeln wird. Dazu werden ambulante Behandlungsdaten gespielt, die die Krankheitshäufigkeiten in der Region abbilden. In der Zusammenschau dieser Daten kann man ziemlich gut den heutigen wie künftigen Versorgungsbedarf ableiten.

„Das aber ist eine völlig neue Art von Denken, bei dem auch die Politik mitmachen muss. Es ist nun mal sehr schwer, für Regionen mit den Defiziten passende Lösungsansätze im Bereich der Gesundheit zu entwickeln, die dann auch noch einen Daseinsfürsorgeauftrag abbilden sollen."

Das machen Sie alles als KV?

Das können wir nicht alleine leisten. Dazu nutzen wir das ZI für die Kassenärztliche Versorgung mit seiner Schwerpunktausrichtung: Versorgungsforschung. An den hier gefundenen Erkenntnissen hat auch unser Ministerium ein großes Interesse, weil es die einzige Möglichkeit ist, wirklich qualifizierte Versorgungssteuerung vorzunehmen; im Gegensatz zu den ideologisch-populistisch determinierten Fehlsteuerungsinstrumenten, wie sie im VSG mit dem Zwangsaufkauf von Arztpraxen enthalten sind.

Sie sind mit Ihrer KV demnach Vertragsgestalter, Qualitätssicherer, Zulasser und Honorarverteiler. Müssten Sie nicht auch noch eine Versorgungsmanagement-Gesellschaft bilden, die solche Aufgaben übernehmen kann?

Wir glauben immer noch, dass es gelingt, unsere KV dahin zu entwickeln, weil ja die heutige Erfüllung des Sicherstellungsauftrages auch eine Form des Versorgungsmanagements ist – allerdings eine „in die Jahre gekommene". Wenn sich die KV zu einem dienstleistenden Versorgungsmanager entwickeln kann, ist es immer besser, als irgendwelche Dienstleister einzubeziehen, die auch bezahlt werden müssen und obendrein eine Gewinnerwartung haben, die wir als KV nun einmal nicht haben müssen. Wir müssen idealerweise kostendeckend arbeiten, aber zum Beispiel keine Mehrwertsteuer zahlen, wenn wir bestimmte Aufgaben selbst übernehmen. Alleine dadurch wird's schon mal 19 Prozent preiswerter. Und wir verstehen uns immer noch als Interessenvertretung der Ärzteschaft. Das kann kein Dienstleister des Marktes.

Das klingt wirklich sehr überzeugend, fortschrittlich und ganzheitlich. Stoßen Sie auf Interesse außerhalb Brandenburgs?

Man erlebt im Dialog mit anderen Bundesländern, die eigene Entwicklungskonzepte verfolgen, eine gewisse Interessiertheit. Aber im Kern glaubt doch jeder für sich, den Stein der Weisen gefunden zu haben und dass das, was bei uns in Brandenburg funktioniert, im eigenen Land nicht funktionieren kann.

Ist nicht gerade die mangelnde Lernbereitschaft eines der Hauptprobleme in unserem System?

Ach, ab und zu wird schon auch mal bei uns abgekupfert. Aber das ist ja auch ein Lob. Auch wir schauen uns Lösungen aus anderen Bundesländern, ja sogar aus Österreich, an.

Gibt es Beispiele?

Wir haben anderen Bundesländern das KV RegioMed-Konzept und das agneszwei-Case-Management gerne vorgestellt – letzteres sogar auf einem eigenen Bundeskongress! Baden-Württemberg hat vor 3 Jahren eine Reform des Bereitschaftsdienstes in Zusammenhang mit der Einführung der europäischen Bereitschaftsdienstnummer, der 116 117, begonnen. Ich war vor einem Jahr in Österreich und habe von dort ein Reform-Modell für unseren Bereitschaftsdienst mitgebracht. Nun stellen wir gemeinsam fest, dass unsere Konzepte sehr viele Gemeinsamkeiten haben. Noch wichtiger ist, sich ideologiefrei einem Problem zu nähern, denn nur so kommt man zu objektiv richtigen Entscheidungen.

Das alles klingt ganz gut. Nur: Wo ist der Proof of Concept, wo sind die Zahlen, die unterm Strich beweisen, dass die Modelle wirklich funktionieren?

Das ist „Siegfrieds verletzbare Stelle"! Handlungsdruck und Pragmatismus haben in der Vergangenheit verhindert, an eine Evaluation auch nur zu denken. Aber Versorgungsforschung ist gefragt. Wir haben unsere Konzepte aus Erfahrung heraus konzipiert und anfangs nicht mit wissenschaftlicher Normierung begleitet. Bewertungskriterien waren Erfolg und Misserfolg. Das aber sind zwei sehr grobe, dafür aber sehr verlässliche, harte Kriterien. Um verbessern zu können, braucht man detaillierte Parameteranalysen. Diese Phase haben wir jetzt erreicht.

Herr Dr. Helming, vielen Dank für das Gespräch. <<

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