

Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) und die Folgen für die Qualität der medizinischen Versorgung

– Ein Beitrag zur Gesetzesfolgenabschätzung –

Die internationale Debatte um Möglichkeiten der Steigerung von Versorgungsqualität im Gesundheitswesen schwankt zwischen dem Reklamieren hoher professioneller Autonomie, und den Bemühungen um externe Zielvorgaben zur Qualifizierung der Akteure, zur Strukturierung der Versorgung und zur systematischen Dokumentation relevanter Daten. Das GMG hat sowohl die externen Hebel verstärkt wie weitere Anreize zur Verbesserung des internen Qualitätsmanagements gesetzt. Eine Gesundheitsfolgenabschätzung ist so schwierig wie überfällig.

■ Norbert Schmacke

Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) ist eines der prominenten Beispiele für einen parteienübergreifenden Konsens in der Gesetzgebung des Bundes. Es ist in erheblichem Umfang von empirisch üblicherweise nicht hinterlegten Zeitgeistströmungen geprägt, als deren momentan bedeutendste das Gebot der Senkung der Lohnnebenkosten gelten muss. Gleichzeitig findet sich in diesem Gesetz eine Fülle an Regulierungen mit dem Ziel der Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung. So wenig der Ertrag dieser politischen Qualitätsstrategie schon ablesbar ist, so sehr könnte diese Seite des GMG doch darauf hin deuten, dass die Orientierung auf Qualität tatsächlich neben den vermutlich auch künftig vorrangig zu erörternden Fragen der Stabilisierung der Einkommensseite und der weiteren Kostendämpfung in der GKV eine eigenständige Bedeutung jenseits parteipolitischer Kalküle eingenommen hat.

Rot-grüne Reformpolitik im Gesundheitswesen wurde den Machtverhältnissen in Bund und Ländern zufolge zunehmend Konsenspolitik mit der Union. Die wesentlichen Elemente der letzten Reform (ausführlicher s. Schneider und Schmacke 2003) umfassen finanzielle Umschichtungen (Leistungsausgrenzungen, Zuzahlungserhöhungen, steuerfinanzierte Bundeszuschüsse, Aufhebung des Prinzips der hälftigen Finanzierung beim Zahnersatz und Kranken-

geld sowie Erhöhung von Rentnerbeiträgen), Elemente der privaten Krankenversicherung (so genannte Entscheidungsoptionen wie Kostenerstattung, Wahltarife, Bonusregelungen, Kostentransparenz), Veränderungen bei Preisen und Vergütungen (Ausweitung der Festbetragsregelungen, Herstellerrabatt, vorsichtige Liberalisierung beim Arzneimittelvertrieb und Ansätze einer Neustrukturierung der Ärztevergütung) sowie weitere auf Qualitätsoptimierung abzielende Maßnahmen (medizinische Versorgungszentren, IQWiG, integrierte Versorgung, Hausarztssystem, Qualitätswettbewerb, Pflicht zum Qualitätsmanagement, Pflichtfortbildung für Vertragsärzte).

Generell wird man davon ausgehen müssen, dass es in der Frage der Förderung von Qualität in der medizinischen Versorgung durch den Gesetzgeber keine großen Würfe gibt, besser: nicht geben kann. Jeder Ansatz einer Gesundheitsreform bleibt im wohl verstandenen Sinne „Muddling Through“. Wird diese Ausgangssituation akzeptiert, und realisiert man zweitens, dass die Zeit für eine datengestützte Bewertung der Folgen des GMG in Sachen Qualitätsoptimierung schlicht zu kurz ist, dann ist damit zurecht gerückt, dass die nachfolgenden Ausführungen natürlich nur Hypothesen darstellen. Eine empirisch gestützte Gesetzesfolgenabschätzung zur Frage der Beeinflussung der Versorgungsqualität existiert nach Wissen des Autors bisher nicht.

Qualitätssicherung stellt immer zwei Kernfragen: Are we doing the right things – was so viel sagt wie: beschäftigt sich die Versorgung tatsächlich mit relevanten und ausreichend bewerteten Verfahren? Und: Are we doing

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke, Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung, Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen. Neutrales Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss

the right things right – was so viel sagt wie: werden die als relevant und ausreichend abgesicherten Verfahren auf dem erforderlichen Niveau angeboten? Nachfolgend werden einige der Reformanstöße des GMG in Sachen Qualität unter diesen Aspekten beleuchtet, vor allem die Neufassung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), darüber hinaus die Frage der Qualitätsberichterstattung, die so genannte Fortbildungsverpflichtung für Vertragsärzte und schließlich die Verstärkung des Prinzips der hausarztzentrierten Versorgung. Auf dem Hintergrund der Maßstäbe setzenden Publikation von Grol, Wensing und Eccles wird dann abschließend eine Einschätzung gewagt, wie der Beitrag des GMG im Prozess der Bemühungen um bessere Versorgungsqualität gewertet werden kann. In allen entwickelten Gesundheitssystemen wird das Thema Qualitätsverbesserung und Vermeidung von Behandlungsfehlern hoch bewertet. Nachdem das Institut of Medicine mit seinem Bericht „To Err is Human“ zunächst auf Abwehr und Protest stieß, werden inzwischen die Frage des Qualitätsmanagements einschließlich systematischer Fehlersuche und das Prinzip der lernenden Organisation als feste Bestandteile einer guten Medizin verstanden.

Neuformierung des Bundesausschusses

Nach dem Raster „Richtige Fragen? – Richtige Methoden?“ lässt sich vielleicht in ungewohnter Form die Frage beantworten, wo der „kleine Gesetzgeber“, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), die Qualitätsebenen der medizinischen Versorgung berührt; bei vielen Praktikern besteht ja wohl der Eindruck, dass der G-BA so weit von der Praxis entrückt ist, dass er die eigentlichen Qualitätsfragen gar nicht adressieren kann. Wie nah der G-BA an der Qualitätsfrage platziert ist, zeigt gleichwohl zum ersten sein vielleicht wichtigster Kernauftrag, nämlich die Bewertung von Innovationen für die Versorgung. Man könnte nun sagen: noch ist der Umfang der vom G-BA bewerteten Leistungen der GKV objektiv so klein, dass in weiten Bereichen – keineswegs nur im traditionell sich selbst regulierenden Krankenhaussektor – die Einstiegsfragen in die Qualitätssicherung noch nicht beantwortet ist:

1. Wer definiert den Standard?
2. Sind Innovationen gegen diesen Standard getestet worden?
3. gibt es eine durch Versorgungsforschung belegte Nachfrage nach der Innovation?

Dass der G-BA in der Frage sektorenübergreifender Bewertungen nicht frei ist, sondern dass nach wie vor eine Privilegierung des stationären Sektors zu verzeichnen ist, ist unübersehbar. Hier stoßen Politik und Gesetzgeber an Grenzen, welche wohl auch historische Traditionen einstweilen gesetzt haben: das Krankenhaus ist nach wie vor im Bewusstsein vieler Menschen der natürliche Ort der Entwicklung bedeutender Innovationen. Im Windschatten dieses Vertrauensvorschlusses werden auch noch

längere Zeit über den Krankenhaussektor neue Leistungen in das System gelangen, ohne dass ein adäquater Nutzen nachweis geführt worden ist – und erfahrungsgemäß finden neue Leistungen, wenn sie sich ausreichend verbreitet haben, nur schwer den Weg aus dem so genannten Leistungskatalog wieder heraus. Und zudem ist klar, dass die generelle Sehnsucht nach einer systematischen Bewertung der Bestandsleistungen nicht leicht zu befriedigen sein wird, auch wenn dies möglicherweise in einer Art Pilotprojekt bei den Vorsorgeuntersuchungen mittelfristig vorstellbar wäre. Gleichwohl gilt: die Neufassung des G-BA in der Verzahnung mit dem IQWiG verbessert die Chancen für eine rationale Debatte um den Fortschritt in der Medizin. Und bietet das GMG neue Möglichkeiten der Vergewisserung prinzipiell sinnvoller Leistungen unter Alltagsbedingungen? Hier zeichnet sich ab, dass vor allem die Debatte um verlässliche Qualitätsindikatoren einen erheblichen Schub erhalten wird, wofür zunächst die hoch kontroverse Debatte um die Mindestmengen für chirurgische Eingriffe steht. Am Ende wird sich – und dies ist eine zentrale Hypothese – zeigen, dass die gesamte neue Welt der Qualitätsberichte nur dann ihre Berechtigung erhält, wenn das Ringen um aussagekräftige Indikatoren den sicher auch nicht zu vermeidenden Boom von Marketingberichten in den Hintergrund drängen kann. Es besteht die Chance, dass im Lichte publizierter Qualitätsindikatoren in relevanten Qualitätsberichten die Rolle der Zertifizierungsverfahren und mancher hoch formalisierter Prozesse aus dem Total Quality Management in ein passenderes Licht gerückt wird; das wäre nicht zuletzt auch ein interessanter Beitrag zur Entbürokratisierung der Medizin.

Die Ära der Evidenzbasierten Medizin

Zunächst erst noch mit groben Federstrichen zeichnet sich damit ein Ausweg aus dem Beklagen unlösbarer Probleme für die GKV ab: gezielte Versorgungsforschung, evidenzbasierte Medizin, Health Technology Assessment und das Hinterlegen von mit Augenmaß dimensionierten Indikatorensets liefern vernünftige, transparente Hintergrundfolien für eine zivilisierte Auseinandersetzung um die Frage des Humanen, des Notwendigen und des Wirtschaftlichen in der Versorgung. Diesen Weg gestärkt zu haben, ist vielleicht das entscheidende Verdienst des ansonsten aus sozialpolitischer Sicht weiter umstrittenen GMG. Man kann jetzt schon sagen: eine der wichtigsten Prüfsteine für künftige Koalitionen wird sein, ob sie diesen Weg der Qualitätsförderung weiter gehen oder den hinterlegten politischen Konsens des GMG wieder zurücknehmen. Tiefe und Tempo dieses Prozesses wird man vielleicht vor allem an der Fortschreibung der Prioritätenliste des G-BA wie an der Entwicklung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ablesen können. Dabei wird sich rasch zeigen, wie unverzichtbar eine wirklich sektorenübergreifende Dokumentation von Kerndatenbeständen ist, da anders weder für den ambulanten noch für den stationären Bereich die notwendigen Zeitreihen und Risikoadjustierungen vorgenommen werden können. Auch hierzu hat das GMG erste wichtige Voraussetzungen geschaffen.

Nun müssen sich diese Überlegungen mit einem entscheidenden Argument auseinandersetzen: kein Steuerungsgremium wie der G-BA hat unmittelbaren Einfluss darauf, wie Richtlinien und andere Rahmenvorgaben in der Praxis gelebt werden. Will man mit anderen Worten den Einfluss von Gesetzgebung – am Beispiel des G-BA – konkret ermitteln, so werden völlig andere Fragen aufgeworfen, die Forschung herkömmlich kaum interessieren. Zunächst einmal: Sind Beschlüsse des G-BA in der Praxis überhaupt bekannt? Wie setzen die Vertragspartner vor Ort sie um? Gibt es praxistaugliche Ansätze zur Kontrolle von Beschlüssen? Welche Rückschlüsse lassen Sozialgerichtsentscheidungen in diesem Kontext zu? Es steht zu vermuten, dass nie untersucht worden ist, wie groß der „ungetrübte“ Spielraum ist, den Akteure bewusst oder unbewusst nutzen: gewissermaßen frei von allen gesetzlich definierten Rahmenbedingungen. Wo kein Kläger ist, da ist bekanntlich auch kein Richter. Hiervon abzugrenzen ist die Erkenntnis, dass auch ein noch so sorgsames Befolgen gesetzter Rahmenbedingungen die Bedeutung des Entscheidungsspielraums vor Ort und im Einzelfall nicht ersetzen kann – ohne dass dies mit der oft verkündeten Losung zu verwechseln ist, der zufolge die eigenen Patienten immer völlig anders sind als die Patienten aus Studien oder Metaanalysen.

Unerklärte Varianzen der Versorgung

Es wäre beispielsweise ein besonders wichtiger Ansatz, die regionalen Schwankungen der Verordnungshäufigkeit neuer Leistungen zu kennen – im Arzneimittelsektor liegen solche Daten ja durchaus schon vor. Wie diese Daten zu erheblichen regionalen Unterschieden der Verschreibungsmengen von Arzneimitteln zeigen, gibt es bislang keinen tragfähigen Konsens, wie das Maß an angemessener Behandlung zu beschreiben ist und damit Über- und Fehlversorgung abgebaut und Unterversorgung kompensiert werden kann. Die Bemühungen von Kassen und KVN folgen hier bislang dem Sisyphos-Prinzip. Das eigentliche Geschäft des Produzierens guter Qualität und angemessener Versorgung ist offenbar in hohem Umfang von einer Fülle professionsspezifischer und institutioneller Faktoren abhängig, die sich dem Einfluss zentraler Steuerung entziehen. Umso wichtiger wäre es, den Zusammenhang von externen Qualitätsvorgaben (z.B. der Qualitätsrichtlinien des Bundesausschusses) und internem Qualitätsmanagement und Zielerreichung von Qualitätszielen systematischer als bisher zu untersuchen. Dies könnte nicht zuletzt auch einen seriösen Beitrag zum Abbau von sinnwidriger Bürokratie liefern: soweit der Nachweis nämlich nicht geführt werden kann, welche Konsequenzen bei Kostenträger oder Leistungserbringer vorliegende Dokumentationen auslösen, sollte man vielleicht ein Verfallsdatum einführen und über eine angemessenere Alternative nachdenken. Auf der anderen Seite müsste Bilanz gezogen werden, welche Ansätze des Qualitätsmanagements nur zustande gekommen sind, weil eine externe Qualitätskontrolle eingeführt wurde. Auf diesen Aspekt hat auch der viel zitierte Avedis Donabedian in seinem letzten Buch hingewiesen. Er unterscheidet zwischen for-

mellen und informellen Dokumentationsansätzen und stellt nicht in Frage, dass es im Versorgungsfeld vereinbarte Dokumentationsstandards geben muss, welche er eben nicht als Gegensatz zum hoch wichtigen „Commitment to Quality“ der Gesundheitsfachberufe sieht.

Als reine Anekdote sei angefügt, dass mehrere Kliniker beim diesjährigen Versorgungsforschungs-Kongress in Berlin berichteten, dass sie häufiger als in der Anfangsphase der DMP von Ärzten gehört hätten, welche heilsame Funktion das Ausfüllen der Dokumentationsbögen auf ihr Verhalten habe: die Strukturierung hilft dabei, die Selbsteinschätzung („Ich schicke meine Diabetiker doch alle zum Augenarzt und taste nach den Fußpulsen“) noch einmal kritisch Revue passieren zu lassen.

Bestimmung des „Leistungskatalogs“

Der Gesetzgeber hat im GMG eine möglicherweise besonders wichtige Konkretisierung für die Befugnisse des G-BA vorgenommen: der G-BA „kann die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind“. Es geht m.a.W. unmissverständlich um die Frage, welche Leistungen künftig auch aus dem Paket herausgenommen werden können. Hier fallen dem Eingeweihten sofort zwei verschiedene Ansätze ein: zu finden sind zum einen die Leistungen, die gut untersucht sind und für die es keine belastbare Evidenz gibt, und zum anderen sind die Leistungen zu sichten, für die es keine guten Studien gibt und bei denen zu fragen ist, ob randomisierte kontrollierte Studien aus ethischen, pragmatischen, ökonomischen oder kulturellen Gründen durchführbar erscheinen oder nicht. Es wäre eine besonders reizvolle Aufgabe, die verschiedenen Fachgruppen der Ärzteschaft einmal darauf hin zu befragen, welche Leistungen anderer Fachgruppen ihnen unter dem Aspekt unzureichender Wirksamkeitsbelege als entbehrlich erscheinen und die Ergebnisse einer solchen Befragung in die künftig noch wichtiger werdende Priorisierungsdebatte zu neuen Beratungsthemen einzubinden. Dies wäre eine wichtige Ergänzung zu der Untersuchung, derzufolge Ärztinnen und Ärzte ja sogar empfohlenen Standardtherapien des eigenen Fachgebiets oft skeptisch gegenüberstehen.

Die Ära der evidenzbasierten Medizin hat im Gefolge des GMG auch über die neue Verfahrensordnung des G-BA eine Stärkung erfahren. Erstmals wird eine sektorübergreifende Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren ermöglicht. Die wie nicht anders zu erwartende schwierige Debatte um die methodischen Grundlagen der Bewertung von Verfahren hat am Ende dazu geführt, dass gewissermaßen die Unteilbarkeit der Kriterien der evidenzbasierten Medizin akzeptiert worden ist – unbeschadet der auch künftig unterschiedlichen Anforderungen an die Einführung neuer Leistungen im ambulanten und stationären Bereich. Dass Erlaubnisvorbehalt und Genehmigungsvorbehalt weiter konstitutive

Kriterien sind, ist so wenig logisch wie bei näherer Betrachtung erstaunlich, geht es doch um eine jahrhundertalte Tradition von Erfahrungen und Vermutungen zur Entstehung klinisch relevanter Innovationen. Es wäre interessant, die weitere Entwicklung von Beschlüssen des G-BA in seinen unterschiedlichen Spruchkammern unter mindestens zwei Aspekten zu betrachten. Besteht die Gefahr eines Evidenzklassenschematismus tatsächlich, wie nach wie vor von Beobachtern des G-BA teilweise befürchtet? Und erweisen sich die sektorenspezifischen Klauseln zum Schließen von Evidenzlücken mittels angemessener Studien als eine gute Lösung – oder verlängern sie eine Privilegierung des stationären Sektors ohne gute Gründe? Wie dem auch sei: allein die Tatsache, dass weit stärker als in der Vergangenheit Entscheidungen über die Einführung oder Herausnahme von Leistungen mittels systematischer Sichtung und Bewertung verfügbarer Daten nach transparenten Kriterien vorbereitet werden müssen, ist ein kaum zu überschätzender Fortschritt in der Frage, wie Konsense über die Leistungspakete und die Erstattungsfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung auch in Zeiten angespannter Budgets möglich werden sollen.

Kampfbegriff „Innovation“

Schon vor der eigentlichen Arbeit am Referentenentwurf für das GMG gab es eine aufgeregte Debatte um die vermeintliche Intention des BMGS, ein staatsnahes Institut für Qualität einzurichten, dass wie ein German NICE der Regierung ermögliche, noch stärker in das Gefüge der GKV einzugreifen. Viele der 2002 vorgebrachten Argumente haben keinen Bestand gehabt: so fanden sich keine Belege für die Behauptung, das NICE sei ein reines Rationierungsinstrument und man müsse sich deshalb hüten, diesen Weg einzuschlagen. Es konnte auch im parlamentarischen Raum nicht überzeugen, dass die Ärzteschaft mit Hinweis auf ihre eigenen Institutionen wie die damalige ÄZQ dafür warb, den Gedanken eines neuen Bewertungsinstituts ganz fallen zu lassen. Es kann nicht verwundern, dass mit der Errichtung des IQWiG eine selbstverwaltungsnahe Lösung gefunden wurde. Ebenso wenig kann verwundern, dass das IQWiG schon in seiner Frühphase Kernthemen der rationalen Arzneimitteltherapie (entlang der Problematik von Vioxx und Atorvastatin) ansprach. Damit wurde prominent eine der Schlüsselfragen für die Zukunft der GKV auf die Tagesordnung gesetzt: welche Anforderungen werden künftig an den Nachweis des therapeutischen Fortschritts durch Innovationen gestellt?

Dass dies im Bereich der Arzneimittelforschung und -versorgung keine GKV-spezifische Frage ist, hat die ehemalige Herausgeberin des New England Journal of Medicine, Marcia Angell, aus Sicht des Autors eindrucksvoll in ihrer Analyse der Forschungsstrategien der US-amerikanischen pharmazeutischen Unternehmen gezeigt. Es lässt sich an Hand einer Reihe von Wirkstoffgruppen zeigen, wie wichtig ein anderer, nämlich ein EbM-basierter Blick auf das Thema Innovationen versus klinischer

Fortschritt in der Pharmakotherapie ist. Genannt seien Antidepressiva, Antidementia, Antipsychotika, Analgetika und weibliche Hormone: für alle hier angesprochenen Behandlungsfelder lässt sich der Nachweis führen, dass die Erwartungen an wirklich bedeutsame Fortschritte für die Patienten stets drastisch überzogen waren. Man muss sich vor Augen halten, dass der Prozess der Disseminierung von Innovationen der genannten Wirkstoffklassen fast immer von der professionell organisierten Skandalisierung vermeintlichen Unwissens der Vertragsärzte oder fehlenden Willens der Kassen zu angemessener Ausweitung des Budgets begleitet waren. Innovation wurde so zu einem regelrechten Kampfbegriff, der tatsächlich in weiten Teilen der Öffentlichkeit das Nachdenken blockieren konnte, ob Innovationen Nutzen stiften und im Fall positiver Bewertung einen nennenswerten Beitrag zu Verbesserung des therapeutischen Arsenal liefern. Es wäre nach Auffassung des Autors wichtig, in einem anderen Bereich der Medizin eine ähnliche kritische Bilanz aufzumachen: in der klinischen Onkologie, in der überragende Erfolge neben ernüchternder Stagnation zu verzeichnen sind, ungeachtet dieser hoch differentiellen Erfolgsbilanz aber erhebliche Ressourcen auch durch fragwürdige therapeutische „Innovationen“ gebunden werden. Die Stärkung einer Kultur des begründeten Skeptizismus durch das GMG könnte einen unerwarteten Beitrag zu der Debatte liefern, warum das IQWiG „nur“ den Nutzen, nicht aber die Kosten-Nutzen-Relation von Arzneimitteln untersuchen darf. Wenn ein Zusatznutzen nämlich nicht nachweisbar ist, muss die – methodisch alles andere als unkompliziert – gesundheitsökonomische Bewertung nicht bemüht werden.

Qualitätsindikator „Patientenorientierung“

Zu den Aufgaben des IQWiG gehört last not least die Entwicklung von Gesundheitsinformationen für die Bürgerinnen und Bürger über die Qualität der Versorgung. Diese Zuweisung steht im Kontext der Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Dies ist ein ebenso wichtiges wie entwicklungsbedürftiges Feld der Kommunikation im Gesundheitswesen. In weiten Teilen ist Entwicklungsarbeit zu leisten, um den hohen Ansprüchen an Transparenz und Shared Decision Making für die unterschiedlichen Zielgruppen gerecht zu werden. Wenn man aber an die denkwürdigen Pilotprojekte von John Wennberg oder Gianfranco Domenighetti denkt, welche durch breitenwirksame Informationsansätze unerklärt hohe Raten an Prostataoperationen bei gutartiger Vergrößerung der Vorsteherdrüse oder an Hysterektomien aus nicht zwingender Indikation drastisch senken konnten, dann ist allein über diese Wege der (massen-)medialen Aufklärung in Deutschland möglicherweise noch eine Menge erwünschter Umsteuerung erreichbar. Es bleibt aber sicher noch ein weiter Weg bis zu einem besseren Verständnis, welche Informationen unterschiedliche Gruppen von Patienten und Bürgern wünschen und benötigen, und welche Auswirkungen ein höherer Informationsgrad auf die Versorgung hat.

Die Beteiligung von Patientenvertretungen im G-BA ist ein weiterer bedeutender Baustein dieser Patientenorientierung. Sie wurde bis zum GMG von vielen Insidern als unrealisierbar betrachtet. Akteure des BMGS haben letztendlich den Gordischen Knoten durchgehauen, Patientenvertretung für die Ebene des „kleinen Gesetzgebers“ zu definieren und damit die aus logischer Perspektive absolut berechnete Frage zu beenden, wie eine legitimierte Patientenvertretung auf der Ebene des G-BA jemals definiert werden könne. Welchen Einfluss diese Beteiligung mittel- und langfristig haben wird, ist heute nicht zu prognostizieren. Wege zur Evaluation dieser und anderer Gesetzesinnovationen sollten mutiger als in der Vergangenheit erprobt werden – Patentdesigns hierfür gibt es vermutlich nicht.

Die Pflicht zur Fortbildung

Ähnlich kontrovers wie die Diskussion um ein Qualitätsinstitut verlief im Vorfeld des GMG die Diskussion um die so genannte Pflichtfortbildung für Vertragsärzte. Nunmehr ist der Nachweis der Übereinstimmung des eigenen Kenntnisstandes mit dem aktuellen medizinischen Wissen zu erbringen. Im Falle fortgesetzter Non-Compliance drohen harte Sanktionen: deren Anwendung wird

die absolute Ausnahme bleiben, soviel an Prophezeiung darf gewagt werden. Die das GMG tragenden Parteien haben sich am Ende entschieden, darauf zu reagieren, dass die ärztliche Selbstverwaltung keine Wege gefunden hatte, auf die offenkundig hochgradig ungleichmäßige Inanspruchnahme bestehender Fortbildungsangebote zu reagieren noch das international zunehmend diskutierte Problem der Neutralität der vermittelten Wissensinhalte zu adressieren. Schließlich weist das GMG noch auf ein Argument des Sachverständigenrats aus dem Gutachten 2000/2001 hin: Fortbildungsmaßnahmen haben sich herkömmlich zu wenig um die Stärkung der interpersonellen Kompetenzen der Ärztinnen und Ärzte gekümmert. Wenn man die Fortbildungsproblematik unter dem generellen Aspekt betrachtet, dass alle Qualitätsanstrengungen zwischen dem Pol externer Vorgaben und Selbststeuerung der Professionen verlaufen, dann hat der Gesetzgeber nun eindeutig den Akzent der externen Anforderung betont; es wird sich zeigen, ob die Ärztekammern nach Lösung der ersten großen Managementaufgaben für ein derartiges flächendeckendes Angebotsnetz sich auch aufmachen, neue Angebote im kritischen Dreieck von Praxisnähe, Evidenzbasierung und Erwachsenenpädagogik zu entwickeln. Wie dringend nötig dies zumindest teilweise ist, zeigt eine eigene Studie zu den Einstellungen niederge-

Tabelle 1: Bewährte Ansätze des Qualitätsmanagements

Interventionsstrategie	Erzielbare Erfolge
Besuche in Praxen durch Peers	Arzneimittel-Verschreibungsverhalten und Prävention
Reminder	Generell effektiv, v.a. im Bereich Prävention
IT-Unterstützung bei therapeutischen Entscheidungen	Effektiv v.a. im Bereich Arzneimittel-Dosierungen und Prävention
PC-Einführung in Praxen	Generell effektiv
Multiprofessionelle Zusammenarbeit	Effektiv bei einer Vielzahl chronischer Erkrankungen
Massenmediale Kampagne	Generell effektiv

Quelle: nach Grol/Wensing/Eccles 2005: Auswahl und Übersetzung durch den Autor

lassener Gynäkologinnen und Gynäkologen zur Hormontherapie in und nach den Wechseljahren: hier verbinden sich Wissenslücken und problematische Haltungen zu den Wechseljahren mit einer Aversion gegenüber dem Bildungsangebot legitimer Institutionen der Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln (z.B. der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft).

Die Rekonstruktion der primärärztlichen Versorgung

Auf der strukturellen Ebene schreibt das GMG die Förderung der hausarztzentrierten Versorgung fort, ein Ansatz, der von der Überzeugung getragen wird, dass auch in hoch entwickelten Gesundheitssystemen das Element der primärärztlichen Versorgung systematisch gepflegt – für Deutschland heißt dies eher: wieder entdeckt werden muss. Rückblickend kann man nur mit Erschrecken feststellen, wie lange hausärztliche Praxis de facto als zweite Wahl einer Arztkarriere fehl verstanden und ein unkoordiniertes Netz von niedergelassenen Spezialärzten in das System implantiert werden konnte. Insofern sind die GMG-Ansätze sicher gar nicht hoch genug zu bewerten: wieder verbunden mit der Frage, ob das GKV-System in seiner hohen Autarkie diese Impulse tatsächlich rasch genug aufgreift. Man wird die heutige Debatte um den absehbaren Mangel an Hausärzten ohne diesen historischen Rückblick nicht ehrlich führen kennen. Dasselbe gilt für das zarte Pflänzchen der Medizinischen Versorgungszentren, die von manchen als Ersatz für die zerschlagenen Polikliniken gewertet werden, womit sie vermutlich erheblich überfordert wären. Auch hier versucht das GMG, sowohl zur Frage des Status der Ärzte wie der systematischen interdisziplinären Kooperation einen Beitrag zu leisten, welcher das hoch problematische Modell der Einzelpraxis zumindest sinnhaft ergänzen kann – und im besten Fall wieder die Möglichkeit zu Qualitätsvergleichen böte. Dass sich ein vom Leistungsprofil her hoch entwickeltes Gesundheitssystem in einem solchen Umfang auf „Cottage Industry“ im ambulanten Sektor stützen zu können, das ist erklärungsbedürftiger als dies auf den ersten Blick erscheint. An dem hohen Maß an Vereinzelung in der vertragsärztlichen Praxis werden sich nämlich nicht zuletzt auch die vielfältigen, zuletzt im GMG angereizten Ansätze des Qualitätsmanagements brechen. Es bleibt vermutlich Wirtschaftshistorikern überlassen, eines Tages die Bilanz aufzumachen, wie die kalte Umstellung von den Polikliniken auf das Prinzip Einzelpraxis in der ehemaligen DDR samt der damit verbundenen Verschuldung der Praxisinhaber zu bewerten ist. Spätestens in der kontroversen Debatte um den tatsächlichen oder vermeintlichen Arztmangel in strukturschwachen Regionen Deutschlands sollte jetzt ernsthaft diskutiert werden, von welchen Rahmenbedingungen eine angemessene und fair strukturierte ambulante Versorgung abhängig ist – jenseits der eingeübten Anreizsysteme der kasernenärztlichen Vereinigungen und anderen mehr oder weniger hilfloser ökonomischen Überbrückungslösungen in einzelnen Regionen.

Hintergrundfolie Qualitätsforschung

Grol, Wensing und Eccles haben in ihrer Analyse der Bemühungen um eine Verbesserung der medizinischen Versorgung aufgelistet, welche praxisnahen Strategien durch Ergebnisse umschriebener Studien ihres Erachtens als besonders Erfolg versprechend eingestuft werden können (vgl. Tabelle 1).

Die Autoren weisen immer wieder darauf hin, dass sich im Einzelfall schwer vorhersehen lässt, welche Ansätze greifen, und dass vieles für multimodale Ansätze spricht. Nun kann ein Gesetz wie das GMG auf dieser Konkretebene selber nicht aktiv werden, aber es kann sehr viel tun, damit diese offenkundig besonders gut untersuchten Ansätze tatsächlich auch adaptiert werden. Die in das GMG aufgenommene Verpflichtung zum internen Qualitätsmanagement ist eine solche Anschubregelung, die elektronische Patientenakte könnte die Sicherheit im Bereich der Arzneimitteltherapie deutlich verbessern, das IQWiG kann schon mittelfristig viel dazu beitragen, dass die Informationsmöglichkeiten für die Bevölkerung in Qualitätsfragen steigen, DMP und Verträge zur Integrierten Versorgung können Elemente strukturierter Versorgung verstärken. Erst in dieser Gesamtschau und im Lichte der Qualitätsforschung lässt sich die Einschätzung wagen, dass das GMG vermutlich bezüglich des Gebotes der Qualitätsorientierung der medizinischen Versorgung als ein besonders mutiges und wichtiges Gesetz gewertet werden darf. Man muss abwarten, ob die auch im GMG enthaltenen entsolidarisierenden Effekte diese Entwicklungschancen behindern. Im Fall der Praxisgebühr sind die großen Befürchtungen offenbar nicht Wirklichkeit geworden, während die Verabschiedung von der hälftigen Finanzierung parteienübergreifend vermutlich neue Begehrlichkeiten wecken wird. Eine neue Koalition könnte diesen Trend des Abschieds von der GKV beenden. Und sie könnte vor allem Gewähr dafür bieten, dass die Qualitätsoffensive des GMG genügend Zeit bekommt, ihre tatsächliche Wirksamkeit unter Beweis zu stellen.

Literatur

- Angell M. The truth about the drug companies. (deutsche Übersetzung: Der Pharma-Bluff, Kompart-Verlag: Bonn, 2005)
- Braun B, Kühn H, Reiners H. Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Fischer TB, Frankfurt a.M.: 1998
- Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford University Press, Oxford: 2003
- Fernandopoulos R et al. Harvard Interfaculty Program on Health Systems Improvement (PHSI). Health Affairs 22; 2003: 178-190
- Francke R, / Hart D. Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen. Nomos Verlag, Baden-Baden: 2001
- Freidson E. Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy. Chicago University Press, Chicago 1994
- Grol R. Quality of Care Research. Building Bridges Among Professional Pride, Payer Profit, and Patient Satisfaction. JAMA 286; 2001: 2578-2595
- Grol R, Wensing M, Eccles M. Improving Patient Care. The Implementation of Change in Clinical Practice. Elsevier, Edinburgh: 2005
- Institute of Medicine. To Err is Human. Building a Safer Health System, 2000 (<http://www.nap.edu/openbook/0309068371/html>)

Klauber J, Mühlbauer N, Schmacke N, Zawinell A. Wechseljahre in der Hormontherapie. Informationsquellen und ärztliche Einstellungen in der Praxis. WiDO, Bonn 2005

Krause E A. Death of the Guilds. Professions, States, and the Advance of Capitalism, 1930 to the Present. Yale University Press, New Haven: 1966

Marzi C, Abholz HH. Hinweise für die Überlegenheit eines Primärarztsystems. Z Allgemeinmed 75; 1999: 736-743

Rice T. Stichwort: Gesundheitsökonomie. Eine kritische Auseinandersetzung. Kompart, Bonn: 2004

Rosenbrock R, Gerlinger T. Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Huber, Bern: 2004

Scheibler, F. Shared Decision-Making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Huber, Bern: 2004

Schmacke N. Wie viel Medizin verträgt der Mensch? Kompart, Bonn: 2005

Schmacke, N. Muddling Through – Reformen im politischen Tagesgeschäft. In: Zuwendung oder Zuteilung – wohin steuert die Medizin? Dokumentation 7. Novartis Forum, Berlin 22.10.2004 (Eigendruck Novartis Deutschland GmbH), 16-18

Schmacke N. Die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Rationale Ressourcensteuerung oder Politisierung von Evidenzbasierter Medizin? Jahrbuch für Kritische Medizin Bd. 35 (Leitlinien). Argument Verlag, Hamburg 2001: 72-84

Schmacke N. Qualitätsmanagement in der Medizin. Güte fängt nicht erst beim Siegel an. Gesundheit und Gesellschaft 2 (Heft 11); 1999: 34-39

Schneider W, Schmacke N. Die Reform der Reformen. Zur ordnungspolitischen Neujustierung des Gesundheitssektors. Blätter für deutsche und internationale Politik Heft 9/ 2003, 1081-1090

Wissenschaftsrat. Stellungnahme zu den Perspektiven des Faches Allgemeinmedizin an den Hochschulen, 1999. (<http://www.wissenschaftsrat.de/texte/3848-98.pdf>)