

IGW aktuell

Rettungsdienst: Da werden Sie geholfen

Die Zeiten, als Telefone in kieselgrau noch Wählscheiben und Autotelefone die Größe eines Schuhkartons hatten, sind bekanntlich längst vorbei. Eine große Anbietervielfalt, intensiver Kundenservice, günstige Gebühren und enorme Innovations sprünge prägen die heutige Telekommunikationsbranche. Die gute alte deutsche Bundespost in allen Ehren – aber ohne eine konsequente Öffnung dieses Marktes wären die heutigen Vorzüge wohl nicht möglich gewesen. Wie die Telekommunikationsbranche profitieren auch viele andere Bereiche von mehr Vielfalt und Wettbewerb. „Konkurrenz belebt das Geschäft“, so sagt der Volksmund. Obwohl sich dieser Grundsatz auch längst in weiten Teilen der Gesundheitswirtschaft erfolgreich durchgesetzt hat, existieren immer noch Nischen, die nahezu frei von Wettbewerb sind. Darunter befindet sich sogar ein Bereich, in dem ein konsequentes und systematisches Streben nach Qualität, Schnelligkeit, Effizienz und Kompetenz buchstäblich „Leben rettet“: Der Rettungsdienst.

In kieselgrauen Stein gemeißelt

Wie kaum ein anderer Bereich im Gesundheitswesen zeichnet sich der Rettungsdienst in Deutschland durch tradierte, jahrzehntelang kaum veränderte Strukturen und Beharrlichkeit aus. Rund 80 Prozent aller Einsätze werden



ausschließlich durch die vier Hilfsorganisationen Rotes Kreuz, Malteser, Arbeiter-Samariter-Bund und Johanniter durchgeführt. Aufträge für Rettungsdienstleistungen werden in vielen Bundesländern in der Regel faktisch „unbegrenzt“ verlängert oder, weil das „schon immer so gemacht wurde“, den bisherigen Auftragnehmer „gegeben“ – eine Praxis, mit der sich viele Leistungserbringer sehr lange und sehr gut arrangiert hatten.

Bestandsschutz statt Wettbewerb

Als im Jahr 2010 der Europäische Gerichtshof urteilte, dass im deutschen Rettungsdienst Wettbewerb zugelassen werden muss, wurden reflexartig von den Bestands-

» Fortsetzung auf Seite 2

Wie innovativ ist die GKV?

Dieses Heft befasst sich unter anderem mit der elektronischen Gesundheitskarte. Seit dem Lipobay-Skandal 2001 wird die Speicherung von medizinischen Daten auf der Gesundheitskarte intensiv diskutiert. 2006 bereits sollte die elektronische Gesundheitskarte eingeführt werden. Heute schreiben wir 2015. Wir haben eine Krankenversicherungskarte mit verzichtbarem, aber mit hohem Verwaltungsaufwand eingesammeltem Foto. Ansonsten ist die Gesundheitskarte in der Anwendung noch die gleiche wie 2001. In jahrzehntelangem Grabenkampf wurde von einigen Akteuren alles getan, um Transparenz zum Nutzen der Patienten zu verhindern. Der Datenschutz ist wichtig, wird aber immer wieder als Argument benutzt, notwendige Neuerungen zu verzögern. Dabei überrollen neueste technologische Entwicklungen das beharrende Gesundheitssystem. Es fragt sich, wie lange die Versicherten und Patienten die technologische Rückständigkeit des Systems hinnehmen. Eine neue Generation von Digital Natives wird kein Verständnis mehr für die Argumente, mit denen heute sinnvoller Fortschritt verhindert wird, aufbringen. Die meisten technischen Innovationen kommen von amerikanischen Start-up-Unternehmen. Die Basis für die Anwendung dieser Technologien ist im

Zeitalter von Smartphones einfach und preiswert geworden. Neue Wearables werden in Zukunft zum Beispiel Langzeit-Blutdruckmessung und Langzeit-EKG in der heutigen Technik durch ein kleines Pflaster auf der Haut ersetzen, das mit einem Smartphone verbunden ist – in hervorragender Qualität. Arzt und Patient können individuelle Patientendaten unmittelbar überspielen. Manche der neuen Entwicklungen wird sich nur bei einer kleinen Gruppe von Technikverliebten durchsetzen oder das Hypochonderleben um einige Facetten bereichern. Vieles zwingt uns aber, neu zu denken, und zwar schnell, nicht erst in 14 Jahren. Es ist zu begrüßen, dass die Regierung sich des Themas E-Health (wenn auch spät) annimmt. Das Gesundheitswesen wird seine Behäbigkeit verlieren. In den USA hat sich mit „Oscar“ bereits eine Start-up-Krankenversicherung gegründet, die von Investoren mit großen Summen unterstützt wird. Diese Versicherung richtet sich an die „digitale Generation“ und setzt konsequent auf den Einsatz neuester Technologien zur Gesunderhaltung und Behandlung von Patienten. Auch wenn so etwas nicht in unser tradiertes Gesundheitssystem passt: Man kann sich inspirieren lassen.

Prof. Dr. Norbert Klusen, Honorarprofessor an der Leibniz Universität Hannover; Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Initiative Gesundheitswirtschaft e. V., Berlin; Managing Partner der CKW-Consult Partnerschaftsgesellschaft, Hamburg



anbietern die positiven Erfahrungen aus anderen Branchen ins Gegenteil verkehrt – man argumentierte, dass Wettbewerb schädlich für die Qualität und insbesondere die Patienten sei. Die Folge davon ist, dass auch heute – gut fünf Jahre nach diesem Urteil – faire und transparente Ausschreibungen immer noch eine Ausnahme darstellen. Ein Blick über die deutschen Grenzen hinweg hätte hier schnell zeigen können, welche positiven Veränderungen im Rettungsdienst durch mehr Wettbewerb erzeugt werden. Viele Länder in Europa können sich problemlos mit deutschen Standards messen bzw. haben diese schon überholt, darunter auch viele Staaten in Osteuropa. Ursächlich für diesen enormen Entwicklungssprung sind

eben gerade wettbewerbliche Strukturen und Verfahren, bei denen Rettungsdienstleistungen mit klar definierten Qualitäts- und Versorgungsstandards regelmäßig und konsequent ausgeschrieben werden. Es hat sich eine vielfältige Anbieterlandschaft entwickelt, deren Teilnehmer sich qualitativ und wirtschaftlich miteinander messen müssen nach dem Motto: „Der Bessere möge gewinnen!“. Bleibt zu hoffen, dass diese Erkenntnis nun auch in Deutschland sich langsam durchsetzt. Oder wer möchte heute noch ein graues Telefon mit Wählscheibe und Analoganschluss!?

Dr. Alexander Kirstein, Vorsitzender der Geschäftsführung der G.A.R.D. Verwaltungsgesellschaft für Ambulanz und Rettungsdienst GmbH, Hamburg

Vernetztes Gesundheitswesen für eine optimierte Patientenversorgung

Der Umgang mit Informations- und Kommunikationstechnologien ist bei Industrie und Handel mittlerweile selbstverständlich. Das Gesundheitswesen tut sich hingegen noch immer schwer, diese Technologien flächendeckend als entsprechenden Ersatz für eine papiergebundene Kommunikation und lückenhafte Dokumentation anzunehmen. Mit der Einführung eines bundesweiten digitalen Kommunikations- und Übertragungsnetzes – der Telematikinfrastruktur (TI) – werden behandlungsrelevante Informationen zukünftig vertraulich, schnell und lückenlos zur Verfügung stehen. Denn die Bedeutung einer sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung wächst kontinuierlich. Viele Patienten werden heute von Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen, in Krankenhäusern, von Physio- und Psychotherapeuten sowie anderen Heilberuflern betreut. Dabei kommt es immer wieder zu Informationsbrüchen an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung oder zwischen den unterschiedlichen Institutionen: Wichtige, für die medizinische Behandlung notwendige Informationen liegen dadurch oftmals gar nicht oder nur lückenhaft vor. Das wird sich mit der Telematikinfrastruktur ändern: Auf höchstem Sicherheitsniveau vereinfacht und sichert diese einen schnellen einrichtungsübergreifenden Datenaustausch zwischen den Heilberuflern – vorausgesetzt, der Patient hat dem zugestimmt und die zugriffsberechtigten Nutzer haben ihre Identität zuvor elektronisch nachgewiesen.

Die Erprobung der Telematikinfrastruktur steht bevor

Das Projekt der Telematikinfrastruktur zusammen mit der elektronischen Gesundheitskarte ist in den vergangenen zwei Jahren enorm vorangeschritten. In dieser Zeit war die Arbeit der gematik konsequent auf den sogenannten Online-Rollout Stufe 1 ausgerichtet, der in den zwei Testregionen Nordwest (Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz) und Südost (Bayern und Sachsen) erprobt werden soll. Auch die Industrie ist inzwischen davon wieder überzeugt, dass das Projekt zukunftsfähig ist. Nach einem über 20-monatigen Vergabeverfahren wurden Ende 2013 die Aufträge zum Aufbau der „Hochsicherheitsdatenautobahn“ erteilt. Die Erprobung kann nach weiteren Vorbereitungen im Herbst 2015 beginnen.

An der Erprobung nehmen insgesamt 1.000 Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten sowie zehn Krankenhäuser,



darunter zwei Universitätskliniken, teil. Dies bedeutet, dass mehr als eine Million Versicherte durch ihren Praxisbesuch Teil der Erprobung werden. Getestet werden unter anderem das Online-Versichertenstammdatenmanagement, die qualifizierte elektronische Signatur sowie die sichere Kommunikation zwischen Heilberuflern. Zusätzlich zu dieser Erprobung werden Prozesse für den künftigen freiwilligen Notfalldatensatz geprüft, die unabhängig von eGK und TI sind: das Beratungsgespräch zwischen Arzt und Patient, das Einwilligungsverfahren des Patienten bis hin zur Auswahl notfallrelevanter Informationen sowie die Anlage des Notfalldatensatzes im Primärsystem des Arztes. Nach dem erfolgreichen Abschluss der Erprobung können bundesweit alle Heilberufler an das sichere, sektorenübergreifende Netz angeschlossen werden.

Eine schnelle bundesweite Vernetzung zum Nutzen aller

Ein wichtiges Ziel der gematik ist eine breite Nutzung von medizinischen Anwendungen auf der Telematikinfrastruktur. Hierfür ist eine zügige bundesweite Einführung nach der erfolgreichen Erprobung nötig. Dazu gehört, dass alle Praxen/Kliniken rasch an das sichere Netz angebunden werden. Nur so lässt sich das enorme Nutzenpotenzial für alle Beteiligten ausschöpfen. Dafür bedarf es jedoch klarer Vergütungsregelungen für die Nutzung zukünftiger medizinischer Mehrwertanwendungen. Dann kann es gelingen, das Projekt als Meilenstein für ein modernes Gesundheitswesen schnell zum Erfolg zu führen.

Prof. Dr. Arno Elmer, LL.M., Hauptgeschäftsführer der gematik – Gesellschaft für Telematik Anwendungen der Gesundheitskarte mbH, Berlin

Die Qualität der Versorgung entscheidet sich vor Ort – braucht aber Kümmerer mit Ausdauer und Kompetenz

Fragen der bedarfsgerechten Versorgung sind im deutschen Gesundheitssystem Fragen der Steuerung: „Wer definiert Versorgungsqualität und wer hat die Verteilungshoheit über die erforderlichen Ressourcen?“ Im fein ausbalancierten Gleichgewicht der Kräfte von Politik und Akteursgruppen, von Bund und Ländern hat mal die eine, mal die andere Seite etwas mehr Gewicht.

Schleichend zeichnet sich aber ein neuer Trend ab: „Vor Ort“, die regionale Ebene, Länder, Städte und Landkreise rücken in den Mittelpunkt der Versorgungserneuerung. Bestehende Versorgungsprobleme drücken „vor Ort“ mehr als in Berlin. Gleichzeitig besteht ein großes Engagement vieler Gesundheitsanbieter, sich mit innovativen Ansätzen regional für mehr Gesundheit der Bevölkerung einsetzen zu wollen.

Regionale Entwicklungen als Blaupause

Professor Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrates, brachte dazu kürzlich die Kernforderungen des aktuellen Gutachtens in Erinnerung: „Gesundheitliche Versorgung findet vor Ort statt“ lautete der Titel seines Vortrages beim Saarbrücker Kongress SALUT. Speziell für unterversorgte Gebiete entwirft das Gutachten ein neues Modell einer regional vernetzten Versorgung. In Mittelpunkt stehen etwa im ländlichen Raum lokale Gesundheitszentren, in denen unterschiedliche Fachmediziner und Gesundheitsberufe miteinander kooperieren und auch mit anderen Leistungserbringern zusammenarbeiten. Ähnliche Überlegungen könnten auch für etliche städtische Agglomerationen sinnvoll sein; für Ballungsregionen werden in der Altenberichtscommission der Bundesregierung darüber hinaus Konzepte des Quartiersmanagements geprüft.

Dieser programmatische Bedeutungsgewinn der regionalen Ebene steht in eigentümlichem Gegensatz zu den realen Handlungsmöglichkeiten „vor Ort“. Gesucht sind deshalb neue Wege zur Konzeption, Organisation, Finanzierung und zur Evaluierung solcher neuen Versorgungswege. Der Sachverständigenrat empfiehlt, die Vor-Ort-Aktivitäten durch ein gemeinsames Landesgremium nach §90 SGB V und durch kommunale Gesundheitskonferenzen zu koordinieren. Und auch beim Quartiersmanagement wird kräftig nach den Kommunen gerufen. Diese machen aber zu Recht darauf aufmerksam, dass sie oft weder das Wissen, noch den Konsens und die Ressourcen haben, den wachsenden Anforderungen gerecht zu werden. Wie kann also eine erfolgreiche Renaissance des „vor Ort“ gelingen?

NDGR-Mitgliedsregionen Vorreiter bei Erprobung und Erforschung innovativer Versorgungskonzepte

Das Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen (NDGR e.V.) und die Mehrzahl seiner Mitglieder freuen sich, den Suchprozess nach besseren dezentralen Handlungsmöglichkeiten unterstützen zu können. Einbringen kann das Netzwerk viel Fachkompetenz und Wissen darüber, was „vor Ort“ benötigt wird sowie vielfältige Erfahrungen aus

der praktischen Umsetzung. In den Gesundheitsregionen zeigt sich, dass Bürgermeister und Landräte „ihre“ Versorgungslandschaft oft gut kennen und auch Landesregierungen, Kostenträger, Kranken- und Gesundheitskassen durchaus bereit sind, sich zu engagieren. Was jedoch „vor Ort“ in der Regel fehlt, sind Innovationstreiber, die sich als Mittler und Verknüpfer um neue, anbieterübergreifende Lösungen kümmern und ein professionelles, anbieterneutrales Umsetzungsmanagement auf den Weg bringen.

Gesundheitsregionen initiieren innovative Versorgungskonzepte und organisieren erfolgreich intersektorale Zusammenarbeit. Dazu gehören u. a. Projekte zur Telemedizin, zum Quartiersmanagement und zu Gesundheitsnetzen, wie sie das Gutachten des Sachverständigenrates einfordert. Beispiele im NDGR dafür sind etwa der Regionale Versorgungsverbund Geriatrie Lippe, der Westdeutsche Teleradiologieverbund, PIANO, in dem es in Schleswig-Holstein um psychosoziale Interventionen durch ambulante Netzwerke vor Ort geht, oder PROVIVA, dem sektor-übergreifenden Gesundheitsmanagement für das vitale Altern in der Gesundheitsregion Köln-Bonn. In Rheinland-Pfalz konnten die guten Kooperationserfahrungen „vor Ort“ sogar für den Ausbau der internationalen Zusammenarbeit genutzt werden, nämlich beim Ausbau der Schlaganfallversorgung in den Vereinigten Arabischen Emiraten.

Know-how der Gesundheitsregionen nutzen!

Nicht selten gelingt es „vor Ort“ sogar, erste Schritte zur besseren Versorgung auch ohne zusätzliche öffentliche Ressourcen und ohne aufwendige bundes- und landespolitische Abstimmungen zu gehen. Last but not least ist in Gesundheitsregionen auch der Einstieg in die wissenschaftliche Begleitung, in die Wirkungsforschung der Versorgungsinnovationen gelungen.

Das geplante Versorgungsstärkungsgesetz will den Trend zur Regionalisierung unterstützen, u. a. durch einen für innovative intersektorale Versorgungsformen aufzusetzenden Innovationsfonds. Das NDGR begrüßt dies; bei der Umsetzung allerdings sollte bestehenden Netzwerken mehr Bedeutung eingeräumt werden als bislang geplant. Die Gesundheitsregionen können mit ihrem Know-how zukunftsorientierte Impulse setzen, regionale Versorgung managen und damit die Empfehlungen des Sachverständigenrates und die Anregungen aus der Altenberichtscommission professionell umsetzen.

Josef Hilbert, Vorstandsvorsitzender NDGR e.V.

Dr. Petra Rambow-Bertram, Stellvertretende Vorstandsvorsitzende NDGR e.V.

Dr. Maren Grautmann, Geschäftsstelle NDGR e.V.



Mit strukturierter Behandlung zur Markenmedizin

Patienten sind nicht mehr ausschließlich „passiv“ auf dem Gesundheitsmarkt. Sie sind mehr und mehr auch Konsumenten. Nicht immer, aber immer öfter. Natürlich gibt es Phasen, in denen es keine Patientensouveränität gibt. Da ist die Situation mit der von Flugreisenden durchaus vergleichbar. Hat das Flugzeug erstmal abgehoben, sind sie von der Technik und den sie Bedienenden total abhängig. Wenn sie das Ticket kaufen, können sie hingegen eigenständige Entscheidungen treffen. Sie sind Marktteilnehmer. Auch auf dem Gesundheitsmarkt ist es ähnlich.

„Stiftung Gesundheitstest“ für souveräne Marktteilnehmer

Mehr Transparenz macht diese gravierende Veränderung möglich. Insbesondere das Internet spielt bei der Entscheidung für den Ort der Behandlung eine immer größere Rolle. Das lässt sich an den sich wandelnden Präferenzen heute deutlich aufzeigen. Allerdings sind Patienten als Konsumenten im Kern an Informationen über die Art der Behandlung ihrer Erkrankung interessiert. Sie erwarten ein gezieltes Leistungsversprechen. Dieses Ziel wird erst erreicht, wenn das heutige „Improvisationstheater“ durch strukturierte Prozesse ersetzt wird. Diese Entwicklung steckt noch in den Kinderschuhen, wird aber in den kommenden Jahren Fahrt aufnehmen. Dann ist der Schritt zur Markenmedizin nicht mehr weit. Wie in anderen Markt Bereichen schon lange, kann dann eine unabhängige Bewertungsinstitution die Patienten in ihrer Rolle als Konsument nachhaltig unterstützen. Die Forderung der INITIATIVE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT nach Einrichtung einer „Stiftung Gesundheitstest“ erhält mit einer solchen Entwicklung eine stabile Grundlage. Erfahrungen aus anderen Branchen zeigen deutlich, dass die Position von Konsumenten gestärkt werden kann, wenn sie auf Bewertungen von unabhängigen Experten zurückgreifen können.

Prozesse auf den Prüfstand

Strukturierte Prozesse ermöglichen den Einsatz moderner Methoden und Technologien zum Workflowmanagement auch in der Medizin. Damit können die Qualität gesteigert, die Produktivität erhöht und die Modernität verbessert werden. Viele Experten in Diagnostik und Therapie können und wollen sich diese Entwicklung nicht vorstellen. Sie sind äußerst skeptisch, ja, sie leisten teilweise offenen Widerstand. Sie führen die Einmaligkeit des Menschen ins Feld und fürchten um die individuellen Behandlungsmöglichkeiten. Sie sehen zudem ihre Kompetenz in Gefahr. All diese Sorgen sind unberechtigt. Technik und Humanität sind nämlich keine Gegensätze. Im Gegenteil ermöglicht die Nutzung moderner Technologie den Expertinnen und Experten in der Medizin da zu sein, wo sie hingehören, nämlich beim Patienten. Wer mit seiner Nase im Dokumentationsbogen steckt, sein Ohr am Telefon hat, um „mal eben schnell“ die einzelne Behandlung zu organisieren oder mit der Blutprobe über das Klinikgelände hastet, ist jedenfalls am falschen Ort. Eine Studie hat jüngst erge-



ben, dass Ärzte täglich 4 Stunden und Krankenpflegekräfte 3 Stunden allein mit solchen völlig berufsfremden Tätigkeiten verbringen. Deshalb wäre es fahrlässig, weiterhin auf den Einsatz der in anderen Branchen längst erprobten Methoden und Technologien der Prozessoptimierung zu verzichten. Ganz abgesehen davon, dass heute tagtäglich in Krankenhäusern und anderen Gesundheitsbetrieben die Arbeitskraft der immer rarer werdenden ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter „verplempert“ wird, ist das „übliche Improvisationstheater“ auch noch höchst ineffektiv. Angesichts der sich immer weiter öffnenden Schere zwischen sehr begrenzten Mitteln aus dem Sozialtransfer und der rasant steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ist eine solche Situation nicht mehr hinnehmbar.

Gute Medizin für alle!

Wer will, dass auch in Zukunft der Zugang zu guter Medizin allen, auch denen, die sie sich individuell nicht leisten können, offen steht, muss an der Verbesserung der Arbeitsprozesse mitarbeiten. Das erfordert von allen Beteiligten die Bereitschaft zum Umdenken. Das gilt für Manager genauso wie für Ärzte, Krankenpflegekräfte und alle anderen Akteure. Die Duldung von Unwirtschaftlichkeit ist unethisch.

Prof. Heinz Lohmann,
Vorsitzender der INITIATIVE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT e. V., Hamburg

Besuchen Sie den 11. GESUNDHEITSWIRTSCHAFTSKONGRESS am 16. und 17. September in Hamburg und diskutieren dort alle aktuellen Themen der Zukunftsbranche Gesundheitswirtschaft.

Aktuelle Information und Anmeldung unter:
www.gesundheitswirtschaftskongress.de

11. Gesundheitswirtschaftskongress



am 16. und 17. September 2015
im Grand Elysée Hotel Hamburg