

# Das Leser-Forum

## VERSORGUNGSQUALITÄT

Seine vor 40 Jahren erschienene Studie eröffnete eine neue kritische Sicht auf die medizinische Versorgung (DÄ 4/2014: „Regionale Versorgungsunterschiede: John Wennberg – Wegbereiter einer patientenorientierten Medizin“ von David Klemperer und Bernt-Peter Robra und DÄ 43/2013: „Peer Review: Abgucken erwünscht – neue Qualitätskultur auf Intensivstationen“ von Oliver Kumpf, Claudia Spies und Thoralf Kerner).

## Peer Review als effektiver Baustein

Die erheblichen und auf den ersten Blick häufig unverständlichen regionalen Versorgungsunterschiede, die Wennberg seit über 40 Jahren darstellt, fordern weitere Analysen und Maßnahmen. In jüngster Zeit werden verstärkt finanzielle Gründe der Versorger im umkämpften Versor-

gungsmarkt als eine der Ursachen für eine medizinisch nicht begründbare Versorgung dargestellt. Finanzielle Aspekte, die sich auch auf die Indikationsstellung auswirken. Andererseits wird gerade der Wettbewerb unter den Versorgern als wichtiges, qualitätssteigerndes Moment gesehen. Nach George Stigler ist Wettbewerb die Rivalität zwischen Individuen oder Gruppen im Streit um etwas, was nicht alle haben können. Im Gesundheitssystem gehört hierzu die Rivalität um Patienten und deren Versorgung. Unterschiede sind also wesentlicher Bestandteil jedes Wettbewerbs. Friedrich August von Hayek bezeichnet den Prozess des Wettbewerbs als „Entdeckungsverfahren“. Die Entdeckung begründet den Wettbewerbsvorteil und induziert Unterschiede. Berücksichtigt werden muss allerdings, dass schon allein die staatlichen administrativen Steuerungs-

mechanismen keinen reinen Wettbewerb im Versorgungsmarkt zulassen. Darüber hinaus leidet das Gesundheitssystem derzeit weniger am Entdeckungsreichtum als an der Umsetzung des bereits vorhandenen Wissens.

Für den Patienten ist aber eine wohnortnahe, qualitativ hochwertige Versorgung wünschenswert, die der Wettbewerb systembedingt eben gerade nicht hervorbringt. Am Beispiel der Tonsillektomie zeigt Wennberg den qualitativen Sprung im Sinne des Patienten, der mit der Einführung von Peer Reviews erzielt werden konnte. Das dem Peer-Review-Verfahren typische „Abgucken“ mit dem Ziel, überall die neuesten Erkenntnisse dem Patienten unmittelbar zugutekommen zu lassen, steht im Gegensatz zum Gedanken des Wettbewerbsvorteils. Zwischen Wettbewerb und dem kollegialen Peer-Review-Ansatz besteht eine konzeptionelle Span-

nung. Ein Wettbewerbselement gilt es bei den Peer Reviews zu ergänzen: die Beteiligung des Patienten selbst. Zwar wird über seine Daten und Befunde gesprochen, er selbst aber nicht befragt. Zum Reviewtermin sollte man Patienten einladen, aktuelle oder ehemals behandelte.

**Matthias Felsenstein**, Leiter der Abteilung Fortbildung und Qualitätssicherung, Landesärztekammer Baden-Württemberg, 70597 Stuttgart

## RHÖN-ÜBERNAHME

Die Übernahme von 43 Rhön-Kliniken durch die Fresenius-Tochter Helios soll im ersten Quartal 2014 erfolgen (DÄ 1–2/2014: „Fresenius einigt sich mit Asklepios und B. Braun“ und DÄ 49/2013: „Machtkonzentration“, Leserbrief von Hubert Heckhausen).

## Ein Fall für Karlsruhe

... Die Verdienstmöglichkeiten der Eigentümer der privaten Klinikketten ergeben sich nur dadurch, dass es ihnen gelingt, Versicherungsgelder, die bei einer Soliderversicherung wie der unseres Systems der gesetzlichen Versicherung ausschließlich der Betreuung der Versicherten zugutekommen sollten, in einen Kanal abzuzweigen, aus dem Dividenden etc. für Aktionäre und Eigentümer bezahlt werden können, die nichts mit dem Dienst an Patienten zu tun haben. Wenn es tatsächlich möglich wäre, die Krankenversicherung bei gleicher Qualität um 15 Prozent günstiger zu organisieren (Rendite der privaten Krankenhauseigner), dann wäre in einem Sozialstaat die erste Konsequenz die, Versicherungsbeiträge entsprechend zu senken. Herr Kollege Heckhausen hebt in seinem Leserbrief auf die Belastung der Beschäftigten durch die Privatisierung ab. Es ist aber vielmehr zu fragen, ob das Ganze mit unserem Grundgesetz zu vereinbaren ist. Deswegen nämlich, weil steuerähnlich eingezogene prinzipiell zweckgebundene Krankenversicherungsbeiträge ihrem eigentlichen Zweck entzogen werden. Die Argumentation, dass die Aktionäre der Klinikbetreiber ja den Betrieb der Kliniken ermöglichten, ist deswegen zu kurz, weil im Gegensatz zum „privaten“ Versicherungssystem in der gesetzlichen Versicherung der Grundsatz der Gemeinnützigkeit gilt, und der ist im Falle der Klinikkonzerne eben definitionsgemäß nicht gegeben. Das ganze Thema ist eines für das Bundesverfassungsgericht.

**Prof. Dr. med. Peter von Wichert**, 20249 Hamburg

## PSYCHOTHERAPIE

Es habe sich gelohnt, ein Positionspapier zur „Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie“ zu erarbeiten, hieß es beim GKV-Spitzenverband in Berlin (DÄ 50/2013: „Psychotherapeutische Versorgung: Kassenrationierung“ von Petra Bühring).

## Wie die Behandlung zu verbessern wäre

Das vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagene Verfahren einer akuten Kurztherapie von insgesamt 15 Sitzungen nach Sprechstundenkontakt mit Basisdiagnostik erscheint in Anbetracht der aktuellen Wartezeiten für Psychotherapieplätze durchaus sinnvoll. Allerdings stellt sich die Frage, ob eine solche Intervention nicht besser von niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie angeboten werden sollte. So könnte die bisherige bewährte psychotherapeutische Versorgung weitgehend unverändert fortbestehen bleiben. Denn bisher erfolgt die psychiatrische Versorgung meist völlig abgekoppelt von der psychotherapeutischen Behandlung, aber meist im Sinne einer kurzfristigen Versorgung psychisch Kranker, um die langen Wartezeiten auf eine Therapie zu überbrücken. Die äußerst knappen psychiatrischen Budgets erlauben indes keine langen diagnostischen oder therapeutischen Gespräche, so dass deren psychotherapeutische Kompetenzen meist gar nicht zur Geltung kommen können. Daher werden in den psychiatrischen Praxen vorwiegend pharmakologische Hilfsmaßnahmen eingeleitet, obwohl der alleinige primäre Einsatz von Psychopharmaka mitnichten immer einer leitliniengerechten Behandlung entspricht. Auch kann eine medikamentöse Behandlungsstrategie gegebenenfalls mit bestimmten psychotherapeutischen Interventionen kollidieren, und Nebenwirkungen können das Befinden oder die Compliance des Patienten auch hinsichtlich einer

Psychotherapie empfindlich beeinträchtigen. Würden niedergelassene, psychotherapeutisch ausgebildete Psychiater demgegenüber auch eine nennenswerte Anzahl psychotherapeutischer Leistungen anbieten, wären von Beginn an differenziertere diagnostische und integriertere therapeutische Maßnahmen möglich. So könnte die Behandlungsqualität gerade zu Beginn der Erkrankung deutlich verbessert werden, ohne dass dadurch die Versorgung durch andere ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten infrage gestellt würde ...

**Dr. med. Wolfgang Eirund**, Chefarzt der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, MEDIAN Rheingau-Taunus-Klinik, 65307 Bad Schwalbach

## Küchenpsychologie

... Der Unsinn beginnt schon mit der Behauptung, dass die bestehenden Kapazitäten angeblich ausreichend sind und man natürlich keine neuen Vertragspsychotherapeuten benötigt, um die Menschen angemessen zu versorgen. Jeder Arzt, jeder Psychotherapeut und jeder Krankenkassenmitarbeiter, der realen Kontakt mit Patienten hat, weiß um den Wahrheitsgehalt dieser sogenannten Prämisse. Aber wie so oft im Gesundheitswesen geht es nicht um die Optimierung der Versorgung von Patienten, sondern ganz brutal um Strategien zur Gewinnmaximierung ...

Aber selbst der GKV-Spitzenverband muss zugeben, dass es – trotz der nach seiner Auffassung im Grunde ausreichenden Zahl der Behandler – ein Problem mit den Wartezeiten gibt, natürlich vor allem auf dem Land als ein regional begrenztes Phänomen. Ich arbeite übrigens in Hamm, einer Stadt mit circa 181 000 Einwohnern am Rande des Ruhrgebiets, und die Versorgungssituation für die Patienten ist mit einem Wort als katastrophal zu bezeichnen. Und was schlägt der GKV-Spitzenverband vor?

Mehr Leute müssen schneller durch die Praxen geschleust werden. Wenn man weniger Stunden zur Verfügung hat, dann arbeitet man besser und effektiver, und die Patienten werden schneller gesund. Das nennt man in Fachkreisen übrigens „Küchenpsychologie“.

Zwar sollen wir „indikationsbezogener“ arbeiten, aber die Anzahl der probatorischen Sitzungen kann natürlich erst mal auf drei Stunden gekürzt werden. Das erhöht die „Indikationsbezogenheit“ – alles klar. Genaueres Hinsehen und dem Menschen erst einmal zuhören und verstehen, was sein An-

## ANONYM

Die Redaktion veröffentlicht keine ihr anonym zugehenden Zuschriften, auch keine Briefe mit fingierten Adressen. Alle Leserbriefe werden vielmehr mit vollem Namen und Ortsangabe gebracht. Nur in besonderen Fällen können Briefe ohne Namensnennung publiziert werden – aber nur dann, wenn der Redaktion bekannt ist, wer geschrieben hat. **DÄ**