Summary

- In der Versorgungsforschung hinken wir den angelsächsischen und nordischen Ländern deutlich hinterher.
- Integrierte Versorgungsformen nach § 140 a-d SGB V sollten verbindlich an eine sektorenübergreifende Koordination gebunden werden.
- Isolierte Hausarztverträge widersprechen der Integrationsidee, der Vertragsabschlusszwang für Kassen widerspricht der Vertragsfreiheit.
- An der Schnittstelle ambulant/stationär fehlt es an einer einheitlichen Regelung von Leistungsdefinition, Vergütung, Investitionsfinanzierung, Genehmigung neuer Behandlungsverfahren und Mengenregulierung.
- Die Frühbewertung von Arzneimitteln ist sinnvoll, um den Erstattungspreis der GKV für Innovationen zu bestimmen.

Prof. Dr. Eberhard Wille, Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, im Titel-Interview:

„Hin zu einer sektorübergreifenden, populationsorientierten Versorgung“

1975 ereilte ihn der Ruf auf die Professur für Volkswirtschaftslehre/Finanzwissenschaft der Technischen Hochschule Darmstadt; seit Sommer 1989 (und bis zum Sommer dieses Jahres) hat er den Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Planung und Verwaltung öffentlicher Wirtschaft der Universität Mannheim inne. Seit jeher beschäftigt den Ökonomen, der sich ansonsten mit öffentlicher Planung und der Struktur öffentlicher Haushalte auseinandersetzt, vor allem eines: das Gesundheitssystem. Seitdem er Mitglied und aktuell Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (vormals Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) ist, setzt er sich dafür ein, dass nicht so sehr an den kleinen, wohl aber mehr an den großen Stellschrauben gedreht wird. Und das ist im Gesundheitssystem vor allem jene Schraube, die die Sektoren trennt oder auch zu einem großen Ganzen führen kann. Irgendwann.

>> Herr Professor Wille, Kritiker führen gerne die Argumentation ins Feld, dass die Kosten im deutschen Gesundheitssystem im Vergleich zum Outcome viel zu hoch sind. Dazu werden dann gern Fakten wie Lebenserwartung oder andere Public-Health-Indikatoren heran gezogen. Was halten Sie aus wissenschaftlicher Sicht von dieser Usance?

Ein solcher Vergleich lässt sich aus meiner Sicht wissenschaftlich nicht halten. Man setzt hier die sogenannte Gesundheitsquote, das heißt, die gesamten Gesundheitsausgaben eines Landes in Relation zu dem entsprechenden Bruttoinlandsprodukt, ins Verhältnis zur Lebenserwartung. Die Gesundheitsquote bildet dann die Inputgröße und die Lebenserwartung den Outcomeindikator.

Das klingt doch erst einmal nicht so verkehrt.

Zunächst vernachlässigt diese Betrachtung die Einflüsse der deutschen Wiedervereinigung auf diese beiden Größen. Zudem bildet die Gesundheitsquote, die sich am Bruttoinlandsprodukt orientiert, den Mitteleinsatz, der je Bürger in die Gesundheitsversorgung fließt, nicht adäquat ab.

„Die Gesundheitsausgaben belegen für sich gesehen noch keine herausgehobene Effizienz und Effektivität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich.“

Gibt es denn keine richtigeren Indikatoren für die Güte unseres Gesundheitssystems?

Deutschland nimmt nach den kaufkraftbereinigten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben den neunten Platz ein. Bei den Wachstumsraten, sowohl der Lebenserwartung bei Geburt als auch der ferneren Lebenserwartung, erzielt Deutschland bei beiden Geschlechtern überdurchschnittliche Werte. Dabei weist Deutschland beispielsweise niedrigere Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben als die Niederlande und Norwegen auf und das bei deutlich höheren Wachstumsraten der Lebenserwartung. In diesem Zusammenhang gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass die Gesundheitsausgaben nur einen begrenzten Einfluss auf die Lebenserwartung ausüben. Diese Daten belegen insofern für sich gesehen noch keine herausgehobene Effizienz und Effektivität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich.

Andererseits sprechen sie aber auch auf keinen Fall für ein negatives Ergebnis. Was doch ein Grund zur Freude ist.

Dies ist zutreffend. Die Lebenserwartung und ihr Anstieg hängen wesentlich stärker von Faktoren außerhalb des Gesundheitswesens ab, d.h. von der ökologischen Umwelt, der Verkehrssicherheit, den Wohnverhältnissen, dem Bildungsniveau und vor allem vom Lebensstil der Bürger. Die Gesundheitsausgaben allein können je nach Betrachtung nur 10 bis höchstens 40 Prozent des Anstiegs der Lebenserwartung erklären - je nachdem, welche Schätzung zugrunde liegt. Interessanterweise fällt der Erklärungsanteil bei Frauen höher aus als bei Männern, was wiederum daran liegen kann, dass Frauen häufiger zum Arzt gehen.

Kann es überhaupt eine effiziente, effektive Betrachtung des Gesundheitswesens geben? Zumindest eine realistische Schätzung des In- und Outputs?

Um einem Land im Hinblick auf die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung die Spitzenposition zu bescheinigen, sind die Unterschiede zwischen den Ländern einfach zu groß. Es wäre voreilig zu behaupten, dass wegen eines Indikators der Lebenserwartung oder wegen bestimmter Mortalitätsindikatoren ein bestimmtes Land über ein besseres Gesundheitswesen verfügt als ein anderes. Aus internationalen Vergleichen kann man zwar nicht unmittelbar auf Ineffizienzen schließen, wohl aber daraus Vermutungen über solche anstellen.

Zum Beispiel?

Es gibt viele Analysen, die darauf hinweisen, dass Deutschland bei der sektorübergreifenden Versorgung Nachteile aufweist.

Demnach sind solche Vergleiche auch ein Benchmarking.

Wir können sicher aus verschiedenen Gesundheitssystemen - dem amerikanischen, dem niederländischen oder dem finnischen - einzelne Aspekte und Mosaiksteine herausgreifen, um daraus zu lernen. Insofern sind internationale Vergleiche sinnvoll. Es gibt aber nicht „ein Gesundheitswesen“, das sich im internationalen Vergleich eindeutig als das beste herausgestellt hätte.

Wie schätzen Sie den Bedarf an Versorgungsforschung ein, die Sie ja als Vorsitzender des Sachverständigenrats auch immer wieder zu Rate ziehen?

Es gibt keine offiziell verankerte Verbindung zwischen dem Sachverständigenrat und den einschlägigen Gremien der Versorgungsforschung. Die einzelnen Mitglieder des Rates besitzen aber durchaus enge Kontakte zu den Gremien, die sich vornehmlich mit Fragen und Problemen der Versorgungsforschung auseinandersetzen. So fungieren die Kollegen Glaeske und Schrappe - beide ja auch in Ihrem Herausgeberbeirat - als Mitveranstalter von stark besuchten Kongressen zur Versorgungsforschung. Und ich selbst beschäftige mich seit vielen Jahren mit der Kosten-Nutzen-Analyse, die bei der Nutzenbewertung im Gesundheitswesen maßgeblich auf Ergebnissen der Versorgungsforschung aufbaut. Zudem stehe ich mit vielen Mitgliedern des Bundesverbandes „Managed Care“ in engem Kontakt und Meinungsaustausch. Insofern informieren sich die Mitglieder des Rates permanent über neuere Entwicklungen der Versorgungsforschung und versuchen diese auch in ihre Gutachten einfließen zu lassen.

Sollte nicht ein Mitspracherecht für den Sachverständigenrat bei der Vergabe von Forschungsgeldern im Bereich der Versorgungsforschung gefordert werden?

Die meisten Mitglieder des Rates würden dies wohl begrüßen. Die Versorgungsforschung in Deutschland befindet sich - auch im internationalen Vergleich - noch in statu nascendi. In dieser Hinsicht hinken wir angelsächsischen und nordischen Ländern immer noch deutlich hinterher.

Wo sieht man das am deutlichsten?

Es mangelt vor allem an Projekten, die eine effiziente und effektive Versorgung an den Schnittstellen der Sektoren untersuchen. Die integrierten Versorgungsformen sehen hier leider keine verpflichtende Evaluation vor und die publizierten Ergebnisse der relativ wenigen Evaluationen können keine Allgemeingeltung im Hinblick auf eine flächendeckende Versorgung beanspruchen.

Warum gibt es denn keine verpflichtende Evaluation im Gesetzestext? Bei den Disease-Management-Programmen (DMP) wurden die Evaluationen wenigstens vorgeschrieben, allerdings wurde nicht definiert, was genau evaluiert werden soll.

Bei den Disease-Management-Programmen bzw. den strukturierten Behandlungsprogrammen sah der Gesetzgeber wohl deshalb eine Evaluation vor, weil sie eine extrem starke finanzielle Förderung durch ihre Anbindung an den Risikostrukturausgleich erfuhren. Bei den integrierten Versorgungsformen fehlte eine solche Regelung.

Obwohl es durchaus eine Anschubfinanzierung gab.

Allerdings fiel die finanzielle Förderung hier nicht so stark aus wie bei den DMP.

Würden Sie dies als Fehler betrachten?

Ich würde zudem die Ansicht vertreten, dass bei den integrierten Versorgungsformen eine zu niedrige Benchmark gesetzt wurde. Um eine integrierte Versorgungsform zu implementieren, reicht es bereits aus, wenn die Ärzte fachübergreifend miteinander arbeiten. Die integrierten Versorgungsformen setzen also keine sektorübergreifende Zusammenarbeit voraus.

Die finanzielle Förderung hätte also mindestens an die sektorübergreifende Koordination gebunden werden sollen.

Ich würde es darüber hinaus sogar begrüßen, den Paragraph 140 a bis d grundsätzlich an eine sektorübergreifende Koordination zu binden, denn ursprünglich bestand ja die Idee der integrierten Versorgung - und auch von Managed Care - darin, sektorübergreifende Konzepte stärker zu fördern. Dem kommt die derzeitige Konzeption der integrierten Versorgungsformen leider nicht nach.



„Ich wünsche mir stärkere Schritte in Richtung einer sektorübergreifenden, populationsorientierten Versorgung und der Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten.“

Was könnte durch das anstehende Versorgungsgesetz verbessert werden?

Vor allem sollten die integrierten Versorgungsformen an eine sektor-übergreifende Koordination gebunden werden. Das schließt nicht aus, dass auch bestimmte fachübergreifende Koordinationen die Effizienz und Effektivität der Versorgung verbessern können, aber mit dem Paragraphen 140 a bis d, also unter „integrierter Versorgung“, sollten die Anforderungen höher gesetzt werden.

Was erwarten Sie vom Versorgungsgesetz, dessen erste Debattenansätze ein CSU-Papier geliefert hat?

Ich würde mir stärkere Schritte in Richtung einer sektorübergreifenden, populationsorientierten Versorgung und der Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten wünschen. Das erfordert eine Änderung des Gesetzes im Hinblick auf die integrierten Versorgungsformen. Zudem sollte die Verpflichtung der Krankenkassen entfallen, hausarztzentrierte Versorgungsverträge anbieten zu müssen.

Die hausarztzentrierte Versorgung kann zwar ein wertvolles Element einer integrierten Versorgung darstellen, aber isolierte Hausarztverträge widersprechen eher der Integrationsidee und der Zwang zum Abschluss solcher Verträge der Vertragsfreiheit.

Darüber hinaus sollten an der Schnittstelle ambulant/stationär im Sinne eines funktionsfähigen Wettbewerbs die Rahmenbedingungen vereinheitlicht werden. Der Wettbewerb bildet allerdings keinen Selbstzweck, sondern ein Instrument einer höherrangigen Zielsetzung, d.h. einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung.

In Ihrem Gutachten zur fachärztlichen Versorgung haben Sie ja schon im Oktober 2009 festgestellt, dass die Versorgung an der Schnittstelle zwischen Kliniken und ambulanten Facharztpraxen an Bedeutung gewinnt und gleichzeitig großes Potenzial für mehr Effizienz im Gesundheitswesen birgt. Können Sie das an einigen Beispielen erläutern?

Der Sachverständigenrat geht davon aus, dass die heutige Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung quantitativ

und qualitativ ständig an Bedeutung gewinnt. Zum einen eröffnet der medizinische Fortschritt immer mehr die Möglichkeit, stationäre Behandlungen durch ambulante Behandlungen zu substituieren. In die gleiche Richtung geht die erfreuliche Verbesserung der Gesundheit der Menschen, die es möglich macht, Eingriffe, die früher noch stationär durchgeführt wurden, nun in den ambulanten Bereich zu verlagern.

Was heißt das für das System?

Die sich ausweitende Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Behandlung eröffnet die Möglichkeit eines funktionsfähigen Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern, die heute schon in die ambulante Versorgung drängen, und den niedergelassenen Fachärzten. Der Gesetzgeber sieht hier mit den besonderen Versorgungsformen viele Möglichkeiten vor, die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Es mangelt daher nicht an den entsprechenden Kooperationsmöglichkeiten zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, aber der Gesetzgeber kam mit der Konstruktion des ordnungspolitischen Rahmens dem noch nicht nach.

Werden nicht die Krankenhäuser an dieser Schnittstelle im Vergleich zu den ambulanten und niedergelassenen Ärzten bevorteilt?

Im Moment gibt es Nachteile auf beiden Seiten. An dieser Schnittstelle existieren noch keine einheitliche Leistungsdefinition, keine einheitliche Vergütung, keine einheitliche Investitionsfinanzierung, keine einheitliche Genehmigung neuer Behandlungsmethoden und auch - und hier sind die niedergelassenen Ärzte sicherlich im Nachteil - keine einheitlichen bzw. überhaupt keine Mengenregulierungen. Die niedergelassenen Ärzte sehen sich im Hinblick auf die Regelleistungsvolumina vielmehr einer Mengenbegrenzung ausgesetzt, die für die Krankenhäuser an dieser Stelle nicht gilt. Ebenso besitzen sie Nachteile im Hinblick auf die Investitionsfinanzierung, auch wenn diese von Seiten der Länder für die Krankenhäuser mehr schlecht als recht erfolgt.

Müsste hier nicht eine Gleichstellung erfolgen?

Die Rahmenbedingungen bedürfen an den Schnittstellen einer Vereinheitlichung, um einen funktionsfähigen Wettbewerb zwischen den niedergelassenen Fachärzten und den Krankenhäusern auszulösen.

Aber die Politik strebte doch bisher eher die Ausweitung des Krankenhaussektors in den niedergelassenen Bereich an.

In den letzten Jahren erhielten die Krankenhäuser mehr Instrumentvariablen, um ambulante Versorgung zu betreiben. Umgekehrt verfügen die niedergelassenen Vertragsärzte über weniger Möglichkeiten, sich an der Schnittstelle erfolgreich zu positionieren. Eine gewisse Änderung trat durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ein, das es den niedergelassenen Ärzten ermöglichte, große funktionsfähige Einheiten zu bilden, die an der Schnittstelle ambulant/stationär durchaus mit den Krankenhäusern erfolgreich konkurrieren können - ohne auf Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu rekurrieren. So gibt es beispielsweise schon länger große onkologische ambulante Netze mit einer hohen Leistungsfähigkeit.

Wie verhält es sich mit der Novellierung der Bedarfsplanung?

Zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft besteht insofern Einigkeit, als dass die Bedarfsplanung in jedem Fall sektorübergreifend erfolgen sollte. Die isolierte Bedarfsplanung macht gerade an der Schnittstelle ambulant/stationär keinen Sinn mehr.

Dieses Thema wurde vor allem in der kassenärztlichen Landschaft zunächst gemieden oder als negativ angesehen. Liegt das daran, dass für sie eine neue Konkurrenz entstanden ist und es Unklarheiten hinsichtlich der Trägerschaft gibt?

Die Krankenkassen und die Krankenhäuser beklagten vor allem, dass die niedergelassenen Ärzte Medizinischen Versorgungszentren, die sich in der Trägerschaft von Krankenhäusern befanden, zunächst negativ gegenüberstanden. Man kann allerdings, wenn man die Empirie betrachtet, feststellen, dass sich inzwischen fast 40 Prozent der Medizinischen Versorgungszentren in der Trägerschaft von Krankenhäusern befinden, während es noch vor fünf Jahren nur 18 Prozent waren. Das heißt: Die MVZs in der Trägerschaft von Krankenhäusern haben in den letzten Jahren nicht nur absolut, sondern auch relativ zugenommen.

Gibt es Hinweise darauf, dass sich auch - das ist ja die Befürchtung der MVZ-Kritiker - während dieser Zeit das Verschreibungs- oder Einweisungsverhalten geändert hat?

Dazu liegen meines Wissens keine Studienergebnisse vor. Es wäre jedoch sicherlich interessant zu untersuchen, inwieweit die Medizinischen Versorgungszentren ihre Patienten in die Trägerkrankenhäuser überweisen. Umgekehrt wäre es im Rahmen der Versorgungsforschung spannend zu ermitteln, ob und inwieweit Krankenhäuser Patienten etwas früher und bevorzugt in ihre eigenen MVZs überweisen.

Die Krankenhäuser und die niedergelassenen Fachärzte befinden sich allerdings nicht nur in einem Konkurrenzverhältnis, sondern können durchaus auch erfolgreich kooperieren, z.B. dann, wenn sie sich zu Versorgungsnetzen zusammenschließen. Man sollte insofern nicht nur die Konfliktfälle oder die Konkurrenz im Fokus haben, sondern auch die Chancen von Kooperationen.

Wie ist denn der Stand bei Medizinischen Versorgungszentren, die zunehmend die ärztliche Einzelpraxis verdrängen? Sehen Sie darin einen Fortschritt?

Die Anzahl der niedergelassenen Ärzte hat sich im Zeitraum von 1996 bis 2008 um knapp 14 Prozent erhöht. Die Zahl der Ärzte, die in Gemeinschaftspraxen arbeiten, aber um über 50 Prozent. Das bedeutet, dass sich ein Trend zur Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten schon vor Einführung der MVZs abzeichnete, der sich allerdings noch weiter verstärken dürfte.

Die Medizinischen Versorgungszentren befinden sich auch heute noch etwa zur Hälfte in der Trägerschaft niedergelassener Ärzte und es ist nicht davon auszugehen, dass sie die niedergelassene Praxis überall verdrängen werden. Es kommt auch hier wieder auf die regionalen Gegebenheiten an. So sind derzeit über 40 Prozent der MVZs nicht in Ballungsgebieten angesiedelt.

Spielt bei der Zusammenarbeit die so genannte Feminisierung der Ärzteschaft eine Rolle, oder wirkt eher der ökonomische Faktor?

Beide Faktoren dürften in diese Richtung wirken. Der Trend zu einer stärkeren Zusammenarbeit setzte schon vor der sogenannten Feminisierung ein und könnte durch diese noch verstärkt werden. Frauen mit Kindern könnten es als vorteilhaft ansehen, mit festen Arbeitsstunden oder halbtags zu praktizieren. Junge Absolventinnen dürften auch hohe Investitionskosten in eine Praxis scheuen.

Der Sachverständigenrat hat die Form der vernetzten, möglichst regionalen Versorgung als „das einzig tragfähige System der Zukunft“ beschrieben.

Wir haben in diesem Kontext auch darauf hingewiesen, dass es kein allgemeingültiges Versorgungskonzept geben kann, sondern dass sich die Art und Weise der Versorgung an den regionalen Gegebenheiten ausrichten muss. Die Versorgung in einem Ballungsraum sieht sich anderen Gegebenheiten gegenüber als eine solche in strukturschwachen, wohl meist ländlichen Gebieten. Die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung auf hohem Niveau stellt in Zukunft eine der zentralen Herausforderungen der Gesundheitspolitik dar.

In den besonderen Versorgungsformen sind unterschiedliche Elemente von Managed Care enthalten.

Die sogenannten besonderen Versorgungsformen weisen bereits eine Fülle von Managed-Care-Elementen auf. So sind zum Beispiel die Strukturverträge, die Modellvorhaben, die besondere ambulante Versorgung, die integrierten Versorgungsformen und die strukturierten Behandlungsprogramme interdisziplinär angelegt. Leider weisen aber nur die Modellvorhaben, die integrierten Versorgungsformen und die strukturierten Behandlungsprogramme eine sektorübergreifende Orientierung auf. Selektives Kontrahieren ermöglichen wiederum Modellvorhaben, hausarztzentrierte Versorgung, besondere ambulante Versorgung und integrierte Versorgungsformen.

„Pharmazeutische Unternehmen sollten nicht nur Arzneimittel produzieren, sondern diese als Teil eines Behandlungsprogramms begreifen und auch entsprechende Forschungen initiieren."

Wobei die öffentliche Diskussion im Prinzip von den Hausarztzentrierten Verträgen dominiert wird.

Kassenärztliche Vereinigungen schließen Kollektivverträge, können darüber hinaus aber auch bei selektiven Verträgen als Partner fungieren. Wenn sie beispielsweise gemäß Paragraph 73 b im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung Verträge schließen, handelt es sich nicht um Kollektivverträge. Ursprünglich wurde die Mehrheit der hausarztzentrierten Verträge von den Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen, weil die Vertragspartner sie dazu ermächtigten. Betrachtet man allerdings die bisher abgeschlossenen Verträge im Rahmen der besonderen, vor allem der integrierten Versorgungsformen, so findet man leider wenige Netze mit einem sektorübergreifenden Bezug und einer Populationsorientierung. Das heißt, die meisten Netze beschränken sich auf eine innersektorale Koordination oder auf DMP.

Was ist der Grund dafür?

Die innersektorale Koordination und die DMP erfordern ein geringeres Integrationsniveau. Sie lassen sich dadurch schneller durchführen und konnten deshalb die Anschubfinanzierung besser ausschöpfen. Die DMP wurden stark über die Anbindung an den RSA gefördert. Hieraus resultierte, dass die finanziellen Anreize nicht, wie eigentlich erwünscht, in Richtung einer sektorübergreifenden, populationsorientierten Versorgung wirkten.

Wenn also noch einmal eine Förderung von integrierter Versorgung stattfinden sollte, dann bitte mit einer Dominanz hinsichtlich sektorübergreifender, populationsorientierter Netze. Aber auch hinsichtlich stratifizierter Versorgung?

Die DMPs begannen zu spät mit einer stratifizierten Versorgung. Hier ließen sich pharmazeutische Unternehmen einbinden. Neben ihren organisatorischen Fähigkeiten besitzen sie nützliche Informationen hinsichtlich einer Stratifizierung der Gesundheitsversorgung im Rahmen von DMP.

Dennoch wird mit dem „Partner" pharmazeutische Industrie derzeit so gut wie gar nicht kooperiert.

Eine mögliche Gefahr besteht darin, dass in diesen Projekten eine zu starke Medikamentalisierung stattfindet und diese sich zudem auf das beteiligte Unternehmen konzentriert. Sofern über diese Kooperation Transparenz herrscht, könnte ein Mitwirken der pharmazeutischen Industrie integrierte Versorgungsformen durchaus bereichern.

Betrachten Sie das auch als ein Thema, das die Pharmaindustrie im Bereich Nutzenbewertung einsetzen könnte?

Es bietet für die pharmazeutische Industrie eine solche Chance, zwar nicht im Rahmen der Frühbewertung, wohl aber im Rahmen der Kosten-Nutzen-Analyse, die auf Versorgungsforschung aufbaut und das Nutzenspektrum der Präparate unter Alltagsbedingungen nachweisen soll. Ich habe bereits vor vielen Jahren darauf hingewiesen, dass pharmazeutische Unternehmen nicht nur Arzneimittel produzieren, sondern diese als Teil eines Behandlungsprogramms begreifen und auch entsprechende Forschungen initiieren sollten.

Nach dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes, kurz AMNOG, wurde die entsprechende Rechts- und Verfahrensverordnung bekannt gegeben. Für die Pharmaindustrie ist die Frühbewertung dabei noch ein sehr großer Unsicherheitsfaktor. Würden Sie den Arzneimittelherstellern raten, die Einführung ihrer Produkte zu verschieben?

Ganz sicher nicht. Ich würde der pharmazeutischen Industrie vielmehr raten, sich mit dem IQWiG in Verbindung zu setzen, um die Infor-



mationsbedürfnisse des Instituts zu erfahren und dann ihre klinische Forschung - soweit noch möglich - danach auszurichten.

Und aus ökonomischer Sicht?

Ich verspreche mir von der Frühbewertung eine Generierung von Wissen im Hinblick auf die relative Vorteilhaftigkeit einer kommenden Innovation im Verhältnis zur Standardtherapie. Es dürfte zum Zeitpunkt der Zulassung zwangsläufig noch ein hohes Maß an Unsicherheit herrschen.

Aber es ist besser, wenig als gar nichts zu wissen.

Wie schon in anderen Ländern praktiziert, bietet es sich auch für das deutsche Gesundheitswesen bzw. die GKV an, zur Bestimmung der Erstattung von Innovationen eine Frühbewertung vorzunehmen. Würde man den pharmazeutischen Unternehmen weiterhin erlauben, bis zur Fertigstellung einer Kosten-Nutzen-Analyse auf Basis der Versorgungsforschung, also bis zu einem recht fernen Zeitpunkt, den von ihnen geforderten Preis erstattet zu bekommen, würde dies - vor allen Dingen im Hinblick auf die anstehenden onkologischen Produkte - die finanziellen Möglichkeiten der Krankenkassen überfordern. Insofern sehe ich keine Alternative zur Frühbewertung.

Können Sie denn die Argumentation der Krankenkassen nachvollziehen, die sich statt dieser frühen Nutzenbewertung ein Preismoratorium gewünscht hätten?

Abgesehen davon, dass auch Vertreter des Spitzenverbandes der Krankenkassen die frühe Nutzenbewertung tendenziell begrüßen, stellt ein Preismoratorium v.a. unter ordnungspolitischen Aspekten nur eine temporäre und keine dauerhafte Lösung dar.

„Es kommt ein Sondergutachten über die Rolle des Wettbewerbs zur Steigerung von Effizienz und Effektivität an den Schnittstellen der Leistungssektoren."

Sollten bei der Verhandlung der Unternehmen mit den Kassen neben den monetären vielleicht auch qualitative Aspekte eine Rolle spielen?

Ein pharmazeutisches Unternehmen, das in der frühen Nutzenbewertung ein Solitärprodukt bestätigt bekam und mit dem Spitzenverband Rabattverhandlungen führte, sieht eigentlich keine Veranlassung, anschließend einzelnen Krankenkassen noch einen zusätzlichen Rabatt zu gewähren. Das Unternehmen verfügt in diesem Fall über ein Medikament, für das es unter Nutzenaspekten keine Alternative gibt. Die Firmen sehen sich also nur veranlasst, einzelnen Kassen im Rahmen von Portfoliokonzepten Rabatte einzuräumen; das heißt, wenn sie ihnen nicht nur dieses Präparat, sondern auch noch andere Produkte oder auch Behandlungsprogramme offerieren können.

Nun gibt es nicht nur Solitäre, sondern viele Schrittinnovationen.

Das AMNOG soll genau hier für mehr Klarheit sorgen. Bei jedem Medikament mit bescheinigtem Zusatznutzen handelt es sich um einen nicht substituierbaren Solitär. Substituierbare Präparate fallen überwiegend sofort unter die Festbetragsregelung.

Hier hat der Pharma-Unternehmer einen besseren Stand als bisher.

Für den pharmazeutischen Unternehmer bedeutet ein belegter Zusatznutzen eine relativ starke Verhandlungsposition. Demgegenüber steht aber die Nachfragemacht des Spitzenverbands, denn die GKV vereinigt über 70 Prozent der Nachfrage am Apothekenmarkt auf sich.

Versorgungsmanagement ist ein Instrument, das auch die Kassen einsetzen könnten, um ökonomischer zu agieren. Versorgungsmanagement heißt aber auch Stratifizierung, und Stratifizierung bedeutet Datenhoheit. Die Krankenkassen sind in dieser Hinsicht allerdings sehr schlecht aufgestellt, weil sie keine Therapiedaten sammeln und auswerten dürfen. Sollte der Gesetzgeber eine Lockerung in Betracht ziehen?

Wir besitzen in Deutschland generell eine gute Datenbasis über die Ausgaben, die ins Gesundheitswesen fließen und auch über die personellen und sachlichen Kapazitäten. Was fehlt sind Outcome- und Qualitätsindikatoren, also Indikatoren über die Ergebnisse dieser Prozesse. Ein funktionsfähiger Qualitätswettbewerb setzt voraus, dass Versicherte und Patienten über Informationen hinsichtlich bestehender Qualitätsunterschiede verfügen und ihre Nachfrage danach ausrichten. Diese Voraussetzungen liegen derzeit noch nicht in dem erwünschten Umfang vor.

Was ist zu tun?

Wir brauchen mehr Informationen über Outcome- und Qualitätsindikatoren. Zudem mangelte es in der Vergangenheit an Daten über den ambulanten Bereich, aber diese Situation hat sich durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich verbessert.

Mit welchen Fragen wird sich der Sachverständigenrat im laufenden Jahr beschäftigen?

Wir werden sehr wahrscheinlich bis Ende des nächsten Jahres ein Sondergutachten über die Rolle des Wettbewerbs zur Steigerung von Effizienz und Effektivität an den Schnittstellen der Leistungssektoren anfertigen.

Hätten Sie sich ein anderes Thema gewünscht?

Ich bin mit dieser Themenstellung sehr zufrieden. Obwohl es mich als Ökonom auch reizen würde, den Beitragswettbewerb der Krankenkassen stärker zu beleuchten, scheint mir der Rat hierzu nicht das geeignete Gremium zu sein.

Warum?

Die Untersuchung von Wettbewerbsproblemen zwischen den Krankenkassen im Hinblick auf den Beitragssatz stellt primär ein ökonomisches Thema dar. Der Sachverständigenrat vermag dagegen als ein interdisziplinär besetztes Gremium aus Medizinern, Juristen und Ökonomen seine spezifischen Vorteile eher bei gesundheitlichen Versorgungsproblemen geltend zu machen.

Herr Professor Wille, herzlichen Dank für das Gespräch. <<

Das Gespräch führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier unter Mitarbeit von MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski.

Versorgungs-Gesetz (GKV-VG)

Ein von den MdBs Johannes Singhammer und Max Straubinger für die CSU vorgelegtes Konzeptpapier soll Grundlage für die weitere Positionierung innerhalb der Union und dann der Koalition werden; mit dem Ziel, bis Ostern gemeinsame Eckpunkte der Koalition für das GKV-Versorgungsgesetz (GKV-VG) vorlegen zu können. Vom BMG wird dieses Papier (vorgestellt in seinen zentralen Aussagen im Fokusheft „MarketAccess & Health Policy" von PharmaRelations) als „Debattenbeitrag" bezeichnet. **Link: marketaccess-online.de**