Summary

- Die Kommunikation zwischen Wissenschaftlern und Anwendern ist häufig unzureichend.
- Studien zur Nutzenbewertung, Kosten-Nutzen-Bewertung und zur Bewertung der Zweckmäßigkeit von Arzneimitteln werden die Qualität der Patientenversorgung verbessern.
- Eine verbindliche gesetzliche Verankerung der Versorgungsforschung stieße an finanzielle und personelle Grenzen.
- Eine leistungsgerechtere Vergütung, der Abbau von Bürokratie und von Regressdrohungen soll die ländliche ärztliche Versorgung verbessern.

Die Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz im Titel-Interview:

„Gegenseitiges Verständnis ist eine Voraussetzung für Versorgungsforschung“

Seit knapp eineinhalb Jahren, genauer seit dem 29. Oktober 2009, ist die 1966 in Tübingen geborenene CDU-Politikerin Annette Widmann-Mauz parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit. Davor war sie - seit 2002 - gesundheitspolitische Sprecherin ihrer Fraktion sowie seit 2005 auch Vorsitzende der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion.

>> Das Gesundheitswesen steht im Wandel - und diesem Wandel müssen sich alle Beteiligten beherzt stellen: „Mehr Wettbewerb, mehr Transparenz und mehr Wahlfreiheit - all dies braucht unser Gesundheitssystem, um dauerhaft leistungsfähig und finanzierbar zu bleiben“, sagten Sie, Frau Staatssekretärin Widmann-Mauz, am 03. November 2010 anlässlich der Eröffnung der Bundestagung des Deutschen Sozialrechtsverbandes in Nürnberg. Dabei betonten Sie auch, dass es in einem wettbewerblichen Gesundheitssystem eines fairen Ordnungsrahmens bedarf, damit es nicht zu Fehlentwicklungen und unlauterem Wettbewerb kommt. Aber es ist doch so: Mit Gesundheit wird Gewinn gemacht und muss Gewinn gemacht werden dürfen, wenn die Marktwirtschaft funktioniert. Aber die Politik greift immer wieder regulierend ein und drängt damit den Markt zurück. Wäre es angesichts von schon fast einem Dutzend Gesundheitsreformen und Hunderten von Detailgesetzen nicht sinnvoller - gebrauchen wir einmal das freundliche Wort „ergebnisoffen“ - über das systemische Grundproblem des Gesundheits-Marktes nachzudenken? Kann für so eine Diskussion auch die Versorgungsforschung nützlich sein?

Gesundheit ist ein hohes Gut. Unser Anspruch ist es daher, eine qualitativ hochwertige, für alle unabhängig von Alter, Geschlecht und persönlichem Gesundheitsrisiko bezahlbare wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. Dazu bedarf es der politischen Rahmensetzung. Hierbei liefern Studien und Ergebnisse der Versorgungsforschung wichtige, hilfreiche Beiträge zur Entscheidungsfindung. Allerdings muss letztendlich die Politik im parlamentarischen Verfahren entscheiden, was geschehen soll.

„Letztendlich muss die Politik im parlamentarischen Verfahren entscheiden, was geschehen soll.“

Versorgungsforschung soll auch dazu führen, dass der Streit der Interessen und politischen Ansichten zunehmend durch faktengestützte Argumente ersetzt wird. Bei welcher gesundheitspolitischen Diskussion wurden Ihres Wissens nach bereits Versorgungsforschungsergebnisse argumentativ herangezogen?

Es ist hilfreich und sinnvoll, wenn Argumente auf wissenschaftlich ermittelte Ergebnisse gestützt werden können. Wissenschaftliche Beratung ersetzt allerdings nicht die politische Entscheidung. Dazu gehört auch die Frage, ob und wie Ergebnisse der Versorgungsforschung in gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen aufgegriffen werden. Ein Beispiel ist das gemeinsam von BMG und BMFSFJ geförderte Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“. In dem Projekt wurde ein Indikatorensystem erarbeitet, das verlässliche Aussagen zur Ergebnisqualität der Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht.

Versorgungsforschung könnte ja auch im Sinne von Politikfolgenforschung die Folgen und Auswirkungen von Reformmaßnahmen erfassen und analysieren, um zu sehen, ob man auf dem richtigen Weg ist. Müsste nicht in jede bedeutsame Reformmaßnahme eine (unbürokratische) Evaluation als Gesamtbewertung der Maßnahmen eingebaut werden? Denn wie sonst können politische Entscheidungsträger in der Lage sein, den Outcome von Eingriffen des Gesetzgebers zu bewerten, zum Beispiel in Bezug auf Maßnahmen wie die Einführung von DRGs im Krankenhaus, die Anreize zur Integrationsversorgung, die hausarztzentrierte Versorgung oder aktuell die frühe Nutzenbewertung?

Die Politik entscheidet, ob sie ein Instrument, z.B. die Integrierte Versorgung, evaluieren will oder nicht. Die Begleitforschung im Rahmen der Einführung des DRG-Systems, aber auch die vorgesehene Begleitforschung im Rahmen des neu einzuführenden Psych-Entgeltssystems sind Beispiele dafür, dass im Rahmen einer gesetzlichen Neuregelung auch der gesetzliche Auftrag erfolgt, die hieraus resultierenden Auswirkungen zu analysieren.

Die Zusammenführung von verschiedenen Datenquellen und –beständen ist eine der wesentlichen Bedingungen, damit Versorgungsforschung stattfinden kann. Dabei steht sehr oft der Datenschutz „im Wege“. Sehen Sie Perspektiven, wie hier eine Weiterentwicklung aussehen kann?

Der Schutz der Persönlichkeitsrechte genießt in unserer Verfassung einen hohen Rang. Daran knüpft der Datenschutz an. Ich sehe keine Veranlassung für eine Relativierung datenschutzrechtlicher Standards.

Vielfach wird ein Fonds für Versorgungsforschung gefordert, den Krankenkassen oder Pharmaindustrie oder beide gemeinsam füllen sollen. Wie stehen Sie dazu?

Das BMG prüft und diskutiert diese Vorschläge zurzeit intern. Das Ergebnis bleibt abzuwarten.

Wie aus dem Gesundheitsforschungsprogramm (GFP) hervorgeht, das kürzlich im Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung vorgestellt wurde, soll die Gesundheitsforschung von 2011 bis 2014 mit rund 5,5 Mrd. Euro gefördert werden. Wo und wie

wird dabei Versorgungsforschung im engeren Sinn, also buchstäblich Forschung in der Versorgung - vielleicht sogar im Rahmen eines strukturierten Konzepts –, gefördert?

Das Gesundheitsforschungsprogramm ist ein Rahmenprogramm. Die Versorgungsforschung ist darin als ein eigenes Aktionsfeld beschrieben. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung beabsichtigt, die Versorgungsforschung über einen längeren Zeitraum nachhaltig zu unterstützen und auszubauen. Um eine breitere Basis für exzellente Versorgungsforschung in Deutschland zu schaffen, werden im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung mehrere Maßnahmen initiiert:

- „Studien in der Versorgungsforschung“,
- „Studienstrukturen für die Versorgungsforschung“,
- „Nachwuchsgruppen in der Versorgungsforschung“ und
- „Zentren der gesundheitsökonomischen Forschung“.



Ein wichtiger Schritt ist die Übertragung von Erkenntnissen der Versorgungsforschung in die Versorgungsrealität. Was müsste hier am dringlichsten geschehen?

Ein wunder Punkt ist die häufig unzureichende Kommunikation zwischen Wissenschaftlern und Anwendern. Gegenseitiges Verständnis ist aber eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiche Versorgungsforschung und den Transfer von Erkenntnissen in den Praxisalltag.

In welcher Hinsicht wird das AMNOG - bis auf sicherlich spürbare Spareffekte - einen Beitrag für eine qualitativ bessere Versorgung der Patienten im Alltag leisten? Welche Versorgungsforschungsansätze könnten eingesetzt werden, um solche Verbesserungen aufzuspüren?

Das AMNOG leistet meines Erachtens einen erheblichen Beitrag für eine qualitativ bessere Versorgung der Patienten im Alltag. An erster Stelle zu nennen ist die Nutzenbewertung, die künftig für alle Arzneimittel durchgeführt wird, die neu auf den Markt kommen. Das schafft Transparenz. Erstmals werden für jedes neue Arzneimittel Informationen darüber zur Verfügung stehen, ob dieses Arzneimittel einen Zusatznutzen hat und wie hoch dieser gegebenenfalls ist. Im Rahmen der Kosten-Nutzen-Bewertung kann der Gemeinsame Bundesausschuss darüber hinaus mit dem pharmazeutischen Unternehmer Versorgungsstudien vereinbaren, deren Ergebnisse dann zusammen mit den klinischen Studien Grundlage für die Kosten-Nutzen-Bewertung sind. Damit wird sichergestellt, dass neben den relevanten klinischen Ergebnissen auch Daten aus der Versorgung Eingang in die Bewertung finden. Schließlich kann der Gemeinsame Bundesausschuss zur Bewertung der Zweckmäßigkeit von Arzneimitteln im Einzelfall von pharmazeutischen Unternehmern versorgungsrelevante Studien fordern. Und last but not least ist darauf hinzuweisen, dass auch die Spareffekte einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten, weil die eingesparten Mittel an anderer Stelle ausgegeben werden können.

„Die Versorgungsforschung wurde da, wo der Gesetzgeber dies für sinnvoll erachtet hat, auch im Gesetz vorgesehen.“

Wann erfährt die Versorgungsforschung eine auch gesetzlich verankerte Aufwertung, also eine verbindliche, strukturelle Einbindung? Mit dem AMNOG wurde diese Chance jedenfalls vertan. Oder sehen Sie das anders?

Eine generelle gesetzliche Verankerung stößt an finanzielle und personelle Grenzen. Meine bisherigen Ausführungen haben ja deutlich gemacht, dass die Versorgungsforschung, da, wo der Gesetzgeber dies für sinnvoll erachtet hat, auch im Gesetz vorgesehen wurde. Dazu gehören auch entsprechende Neuregelungen im AMNOG, mit denen Ansätze zur Versorgungsforschung im Gesetz eingeführt wurden.

Wären Sie dafür, den Einsatz eines neuen (vor allem teuren) Arzneimittels von Anfang an versorgungsforschend zu begleiten und seinen Nutzen permanent zu evaluieren, um mehr in das System zu bringen?

Mit dem AMNOG haben wir bereits einen wichtigen und durchaus beträchtlichen Schritt gemacht. Möglicherweise könnte die permanente Evaluation des Nutzens neuer Arzneimittel weitere versorgungsrelevante Erkenntnisse ans Licht bringen. Jedoch müssen auch hier Aufwand und Nutzen in einem angemessenen Verhältnis stehen. Ich denke, wir sollten der Selbstverwaltung zunächst die Chance geben, das AMNOG mit Leben zu erfüllen. Ich bin sicher, dass dieses Gesetz im Bereich der Arzneimittelversorgung deutliche Verbesserungen bringen wird.

Ein Schwerpunkt des kommenden GKV-Versorgungsgesetzes soll die medizinische Versorgung von Patienten auf dem Lande werden. Welche Ansätze sehen Sie, um kurz- und nicht erst mittel- und langfristig eine Versorgung in ländliche Regionen sicherstellen zu können?

Um die medizinische Versorgung in unterversorgten Gebieten zu verbessern, müssen Anreize gesetzt werden, damit sich Ärztinnen und Ärzte verstärkt in diesen Gegenden niederlassen. Hierzu gehört vor allem eine leistungsgerechte Vergütung, der Abbau von Bürokratie und der Abbau von Regressdrohungen. Gerade in Landarztpraxen, in denen eine große Zahl von Patientinnen und Patienten versorgt wird, kann es im heutigen Honorarsystem zu Nachteilen bei der Vergütung kommen. Dies müssen wir kurzfristig ändern.

Was ist denn geplant?

Um junge Medizinerinnen und Mediziner zu motivieren, sich in diesen Gebieten niederzulassen, sollen die „Abstaffelungen" bei der Vergütung sowohl in aktuell unterversorgten Regionen als auch in Gebieten, die von Unterversorgung bedroht sind, dauerhaft ausgesetzt werden. Für den Fall, dass sich in unterversorgten Regionen trotz dieser verstärkten Anreize keine Ärzte finden, die sich niederlassen wollen, werden wir die Möglichkeiten für die Kassenärztlichen Vereinigungen, aber - subsidiär - auch für Städte, Gemeinden und Landkreise verbessern, die ärztliche Versorgung vor Ort durch sogenannte Eigeneinrichtungen sicherzustellen. Hierzu gibt es schon vielversprechende Modelle. Beispielsweise betreibt die KV Thüringen bereits mehrere Eigeneinrichtungen, in denen Ärztinnen und Ärzte als Angestellte arbeiten und mit Unterstützung der KV die landärztliche Tätigkeit dadurch praktisch erleben können. Ziel solcher Modelle ist es auch, die Ärztinnen und Ärzte zu motivieren, sich nach einer Übergangszeit in dieser Region freiberuflich als Vertragsärztin oder Vertragsarzt niederzulassen.

Darüber hinaus sollen bestehende Hemmnisse für „mobile" Versorgungskonzepte beseitigt werden. Gerade in strukturschwachen, ländlichen Regionen kann künftig insbesondere die fachärztliche Versorgung wohnortnah auch dadurch gewährleistet werden, dass ein Arzt nur an einzelnen Tagen der Woche vor Ort zur Behandlung zur Verfügung steht.

Ungeachtet der Versorgungsprobleme in ländlichen Regionen verzeichnen wir seit vielen Jahren eine deutliche Zunahme der Gesamtzahl der Vertragsärzte. Nicht nur die Krankenkassen bezeichnen dies als eine der wesentlichen Ursachen für Überversorgung und eine entsprechende Ausgabendynamik im Gesundheitswesen. Wie kann es der Politik gelingen, einerseits wirksam die partielle Unterversorgung zu kompensieren und andererseits der Überversorgung besonders in Ballungszentren Herr zu werden? Wie gehen Sie dieses Problem politisch an, auch vor dem Hintergrund, dass die bisherigen Steuerungsversuche der ärztlichen Selbstverwaltung ohne Erfolg blieben?

Richtig ist, dass es derzeit eine regional höchst unterschiedliche Verteilung der Ärztinnen und Ärzte gibt. Ich teile jedoch nicht die Auffassung, dass die bisherigen Steuerungsinstrumente völlig versagt haben. Durch das System der Zulassungssperren bei festgestellter Überversorgung konnte zwar nicht die drohende oder in einigen Regionen bereits vorhandene Unterversorgung abgewendet werden. Ohne dieses System wäre es bei einer freien Wahl des Niederlassungsortes jedoch höchstwahrscheinlich zu deutlich größeren Ungleichgewichten gekommen als heute.

Den heutigen Versorgungsengpässen und dem künftig drohenden Ärztemangel werden wir jedoch allein mit dem Abbau der bestehenden Überversorgung insbesondere in Ballungsgebieten nicht wirksam begegnen können. In der Koalition sind wir uns einig, dass die Unterversorgung in ländlichen Regionen nicht dadurch beseitigt werden kann, dass Vertragsärztinnen und -ärzte in gut versorgten Regionen „bestraft" werden. Vielmehr müssen wir hier eigenständige Anreize setzen, wie ich sie bereits umrissen habe. Deshalb sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen künftig die Möglichkeit haben, in überversorgten Gebieten den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung auch bei Vertragsärztinnen und -ärzten unter 62 Jahren finanziell zu fördern.

„Den heutigen Versorgungsengpässen und dem künftig drohenden Ärztemangel werden wir allein mit dem Abbau der bestehenden Überversorgung insbesondere in Ballungsgebieten nicht wirksam begegnen."

Da wir sektorübergreifend denken wollen und müssen: Wird es künftig eine regionale Gesamtbedarfsplanung oder - anders formuliert - eine sektorübergreifende Bedarfsanalyse und Versorgungsplanung geben, also eine Zusammenschau des ambulanten und stationären medizinischen Versorgungsbedarfs?

Es ist unbestritten, dass angesichts des künftigen Ärztemangels sowohl in der vertragsärztlichen als auch in der stationären Versorgung beide Bereiche nicht mehr völlig losgelöst voneinander betrachtet werden können. Welche Konsequenzen hieraus für die Gewährleistung der ambulanten ärztlichen Versorgung zu ziehen sind, wird gegenwärtig noch zwischen dem Bundesgesundheitsministerium und den Ländern im Rahmen der Kommission zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Deutschland sowie innerhalb der Koalition diskutiert. Ich halte es zumindest für zweifelhaft, ob die notwendige sektorenübergreifende Betrachtung tatsächlich die Einrichtung zusätzlicher gesetzlicher Planungsgremien erfordert. Eine übermäßige Verstärkung des Planungsprozesses birgt die Gefahr, dass angesichts der Vielzahl der Beteiligten mit zum Teil gegenläufigen Interessen der Planungsprozess bis hin zu langwierigen Schlichtungsverfahren unnötig verzögert wird.

Das Bundesgesundheitsministerium setzt daher darauf, die Gestaltungsmöglichkeiten der vorhandenen regionalen Gremien zu erweitern. Vorgegeben wird künftig, dass Klinikärzte und Krankenhäuser, die an der ambulanten Versorgung teilnehmen, auch bei der Analyse der Versorgungssituation vor Ort berücksichtigt werden. Damit wird die Versorgungslage vor Ort künftig vollständig abgebildet. Die Landesausschüsse erhalten außerdem die Möglichkeit, von den bundesweiten Vorgaben der Bedarfsplanung abzuweichen. Sie erhalten so mehr Flexibilität und können ihre Entscheidungen zielgenauer der Versorgungssituation in der Region anpassen.

Ein seit langem von Sachverständigen geforderter Ansatz, den auch das Positionspapier der CSU zum GKV-Versorgungsgesetz favorisiert, ist die Regionalisierung des gesamten Gesundheitssystems sowie die Bildung von regional verantwortlichen Gremien. Was halten sie von diesem Ansatz?

Das Konzept des Bundesministeriums für Gesundheit für eine Weiterentwicklung der Bedarfsplanung sieht eine deutliche Flexibilisierung und regionale Abweichungsmöglichkeiten von den bundesweiten Vorgaben der Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung vor. Ich denke, mit diesen Vorschlägen setzen wir bereits einen deutlichen Akzent für eine Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder und damit auch eine Regionalisierung in diesem Versorgungsbereich.

Wäre ein solcher Ansatz in der Koalition überhaupt konsensfähig?

Das geplante Versorgungsgesetz wird innerhalb der Koalition derzeit sehr sorgfältig diskutiert. Das Ergebnis bleibt abzuwarten.

Greifen wir ein Krankheitsbild heraus: Dr. Frank Bergmann, der erste Vorsitzende des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte, betonte kürzlich auf einer Veranstaltung des Zukunftsforums Demenz, dass die Quote der testpsychologischen Untersuchungen bei der Diagnose von Demenz unter zehn Prozent liegt. Das ist ein Beispiel dafür, dass die Lücke zwischen der Versorgungswirklichkeit und den in S3-Leitlinien festgelegten Empfehlungen zu Diagnostik und The-

rapie bei demenziellen Erkrankungen besonders groß ist. An diesem Beispiel die Frage: Wie kann gewährleistet werden, dass gesichertes Wissen zu Diagnostik und Therapie auch tatsächlich umgesetzt wird? Und mit welchen Versorgungsforschungsansätzen sollte die Qualität dieser Umsetzung festgestellt werden?

Uns ist die Entwicklung und Einführung von Leitlinien ein wichtiges Anliegen. Daher unterstützt das BMG Leitlinien sowohl ideell als auch zum Teil finanziell. Die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften hat mit hohem Engagement der jeweils zuständigen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Organisationen in den letzten Jahren Beachtenswertes in der Leitlinienarbeit geschaffen. Gerade auch die S3-Leitlinie „Demenzen" stellt für Diagnostik und Behandlung eine unverzichtbare Orientierung nach dem Stand des besten Wissens dar. Wie in anderen Bereichen auch müssen wir leider noch zu häufig feststellen, dass selbst hochwertige Leitlinien nicht so genutzt werden, wie es für eine sachgerechte Behandlung erforderlich wäre. Dies haben wir beispielsweise auch im Zusammenhang mit der Arbeit am Nationalen Krebsplan, bei dem auch die Entwicklung und Umsetzung von evidenzbasierten Behandlungsleitlinien ein wichtiges Thema ist, feststellen müssen.

„Das Bundesgesundheitsministerium setzt daher darauf, die Gestaltungsmöglichkeiten der vorhandenen regionalen Gremien zu erweitern."

Dabei wurde beispielsweise konstatiert, dass die derzeitigen Dokumentationssysteme noch unzureichend die Anwendung von Leitlinien unterstützen. Auch hier wurde Bedarf für die Evaluation der Implementierung von Leitlinien und der Auswirkungen auf die Versorgung gesehen. Daneben halte ich es aber für unabdingbar, dass sich auch alle Verantwortung Tragenden in Fachgesellschaften und Berufsverbänden dafür stark machen, dass nicht nur die Entwicklung von Leitlinien, sondern deren Anwendung gefördert wird.

Frau Staatssekretärin Widmann-Mauz, herzlichen Dank für das Gespräch. <<

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

EPC HealthCare GmbH

Innovative Transparenzdaten für den Market Access und die Außendienstssteuerung



Informationen über neue Entscheider und Versorgungsstrukturen sind von zunehmender Bedeutung und sind grundlegende Voraussetzung für eine Effektivitätssteigerung im Market Access und im Außendienst.
Optimieren Sie Ihre Allokationen und steigern Sie die Effektivität durch Vergleich und Bewertung im Versorgungssektor und in der Kostenträgerlandschaft.

MONITORE liefern **aktuelle Informationen** über:

- Adresse und Ansprechpartner
- Organisationsstruktur und Aufbau
- Leistungsspektrum und Angebot
- Verträge und Kooperationspartner

Alte Rabenstraße 32
20148 Hamburg
monitore@epc-healthcare.de
www.epc-healthcare.de
Telefon: 040-8540291 00

V-MONITORE
- Ärztenetze
- MVZ
- Apothenkooperationen
- Dentale Netzwerke

K-MONITOR
- Kostenträger

R-MONITOR
- Regulierungsinstitutionen (erscheint 2011)