Summary

- Das Versorgungsgesetz birgt im spezialärztlichen Bereich die Gefahr einer ungesteuerten Mengenentwicklung.
- Stattdessen sollten die Kassen über selektive Verträge die spezialärztliche Versorgung in Qualität, Preis und Menge organisieren.
- Fehlerhafte Kodierungen sollte künftig nicht mehr abgerechnet werden können, wenn sich die Diagnosekodierung anders nicht verbessern lassen sollte.
- Forschungsförderung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Die Vorsitzende des Vorstandes des GKV-Spitzenverbands, Dr. Doris Pfeiffer:

„Es ist schwierig, immer gleich das große Rad drehen zu wollen“

Seit Juli 2007 ist Dr. Doris Pfeiffer Vorsitzende des Vorstandes des GKV-Spitzenverbands, kurz oft SpiBu genannt. Sie ist durchaus zum einen als verbandserfahren zu bezeichnen, nach dem sie bereits ab 2003 den Verband der Angestellten-Krankenkassen geleitet hatte, zum anderen aber mit einem Lehrauftrag im Bereich Public Health (an der Fachhochschule Oldenburg, Wilhelmshaven/Emden) auch als wissenschaftlich orientiert.

>> Das BMG versucht mit den jetzt vorgelegten Eckdaten zum Versorgungsgesetz einige Prozesse, vor allem an den Schnittstellen der Sektoren zu optimieren. Prozessoptimierung ist sicher wichtig, doch stellt sich die Frage: Reicht Prozessoptimierung als zukunftssicherndes Strukturmerkmal? Oder sollte nicht besser (auch wenig politisch schwierig) der ganze Prozess selbst neu gedacht werden, um zu einer durchgehenden Struktur von Prävention, über Akut- bis Chroniker-Versorgung und Pflege zu kommen?

Ich glaube, dass die derzeitigen Versorgungsstrukturen verändert werden müssen und auch verändert werden können. Dass ein entwickeltes Gesundheitssystem grundsätzlich neu strukturiert werden kann, bezweifle ich jedoch. Es sind einfach zu viele Menschen betroffen - sowohl auf der Leistungserbringer-, als auch auf der Versichertenseite. Es handelt sich immerhin um 80 Millionen Menschen, die an die bisherigen Strukturen gewöhnt sind, die sich vielleicht an manchen Stellen ärgern, aber vieles auch gut finden. Das ändert man nicht so einfach. Ich glaube auch nicht, dass es überhaupt hilfreich ist, das System generell umkrempeln zu wollen.

„Es wäre wichtig, dass die Politik lernt, mit etwas längerem Atem zu agieren.“

Also doch weiter die Politik der kleinen Schritte.

Die Erfahrung zeigt, dass es besser ist, Innovationen zunächst einmal in kleineren Pilotprojekten zu erproben, um dann nur die wirklich erfolgreichen Versorgungsansätze in die Fläche skalieren zu können. Ohne solche Projekte bekommt man unvorhersehbare Nebeneffekte. Ebenso wäre es wichtig, dass die Politik lernt, mit etwas längerem Atem zu agieren. Wir müssen leider immer wieder Situationen erleben, in denen die Politik ein bestimmtes Instrument eingeführt, aber dann, noch bevor man wirklich Effekte hätte beobachten und bewerten können, wieder vom Markt genommen hat.

Es gibt eben keine Politikfolgenabschätzung. Das heißt aber leider auch, dass jedwede Gesetzesänderung einem großen Feldversuch gleich kommt.

In den meisten Fällen ist das sicher so. Problematisch dabei ist jedoch nicht nur, dass man keine Folgenabschätzung vornimmt, sondern sobald man feststellt, dass irgendetwas nicht ganz so läuft, wie man sich das vorgestellt hat, schon die nächste Regelung einführt, die die ursprüngliche im Zweifel konterkariert. Es wäre im Sinne der Qualität sicherlich hilfreich, sich vorher zu überlegen, welche möglichen Folgen zu erwarten sind. Dann wird die Ausgangslage und nach einem ausreichenden Zeitraum die Situation nach der Intervention sauber analysiert. Mit den dann vorliegenden Ergebnissen könnte eine nachhaltige Verbesserung erreicht werden. So aber wird oft einfach alles wieder auf Null zurückgedreht oder aber genau das Gegenteil des Vorherigen gemacht.

Glauben Sie denn, dass das Versorgungsgesetz ein Schritt in die richtige Richtung ist?

Wie immer gibt es Positives und Negatives oder besser gesagt: Fehlendes. Dass die Bedarfsplanung verändert werden muss, ist sicher unbestritten. Wir sind froh darüber, dass die Politik sich unserer Einschätzung angeschlossen hat, dass die bisher stark sektoralen Strukturen nicht länger so bleiben können. Wir müssen zwischen hausärztlicher, allgemein-fachärztlichen und die spezial-ärztlichen Versorgung unterscheiden. Bei letzterer werden sowohl der ambulante als auch der stationäre Sektor einbezogen.

Ebenfalls positiv ist, dass sich die Politik dem Thema der Überversorgung stellt - auch wenn uns die bisher bekannten Ansätze noch nicht weit genug gehen.

Ist die Unterversorgung wirklich per dictum steuerbar?

Solange sich Ärzte auch in überversorgten Regionen niederlassen können, nicht. Wenn nach wie vor die Möglichkeit besteht, sich als Arzt in – vermeintlich - attraktiveren und dadurch eben überversorgten Regionen niederzulassen, wird die Bereitschaft, in unterversorgte Regionen zu gehen, nicht sehr groß sein.

Wo sehen Sie negative Punkte im kommenden Versorgungsgesetz?

Ich befürchte, dass im spezial-ärztlichen Bereich ein Schein-Wettbewerb nach dem Prinzip „wer kann, der darf“ eingeführt wird. Die Gefahr der ungesteuerten Mengenentwicklung liegt damit auf der Hand.

Was wäre die Lösung?

Entweder eine gemeinsame Bedarfsplanungsstruktur oder ein echter Wettbewerb – und das nicht nur zwischen den Sektoren, sondern auch im Verhältnis zu den Kassen. Nur über selektive Verträge könnten dann sowohl die Qualität als auch die Mengenentwicklung und die Preise gesteuert werden. Wettbewerb der Anbieter bei Kontrahierungszwang führt nur zu Mengenausweitungen und höheren Kosten. Der erste Schritt könnte mit den ambulanten Operationen gemacht werden. Die sind relativ gut abgrenzbar. Der Gesetzgeber könnte dann den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, weitere Bereiche zu definieren und abzugrenzen. Wenn das gelingt, könnten Kassen für diesen spezial-ärztlichen Bereich eine entsprechende Steuerung der Versorgung im Hinblick auf Qualität, Preis und Menge organisieren.

Wäre das auch eine Lösung für das Über- und Unterversorgungsproblem?

Es würde zumindest eine Steuerung ermöglichen. Allerdings brauchen wir zur Lösung des Problems der Überversorgung die Möglichkeit, die Zulassungen zeitlich begrenzt vorzunehmen.



Das hatten Sie ja schon des öfteren vorgeschlagen.

Natürlich geht das nicht von heute auf morgen. Für heute tätige Ärzte kann es auch keine entschädigungslose Enteignung geben. Es kann aber auch nicht länger so sein, dass die Zulassung - also das Recht zur Abrechnung mit den Kassen - quasi vererbt werden kann. Hier muss man sich für die Zukunft neue Regelungen überlegen, die das Recht zur Abrechnung auf eine Person und deren Lebensarbeitszeit - möglicherweise auch kurzfristiger - beschränken.

Was heißt denn langfristig?

Hier muss man sicher in Dekaden denken. Wir beobachten zurzeit bei der Ärzteschaft den etwas despektierlich genannten Seehofer-Bauch, der nun langsam abgebaut wird. Das sind Menschen, die sich Anfang der 90er Jahre niedergelassen haben und bei denen nun absehbar ist, wann ihre Lebensarbeitszeit ungefähr ausläuft. Wir müssen jetzt anfangen, neue Regelungen einzuführen, die die Lebensplanung künftiger Ärzte-Generationen beeinflussen werden, damit wir auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Versorgung in allen Regionen sicherstellen können.

„Wir halten nichts davon, dass im Versorgungsgesetz vorgesehen ist, dass die Länder die Bedarfsplanung quasi in ihrer eigenen Hoheit gestalten können."

Was könnte man denn tun, um Ärzte aus überversorgten Gebieten abzuwerben oder neue Ärzte für die Versorgung in unterversorgten Gebieten zu motivieren?

Das wirksamste Instrument auf lange Sicht ist sicher die Unterbindung weiterer Niederlassungen in überversorgten Bereichen. Darüber hinaus bedarf es aber des Zusammenspiels vieler Beteiligter, was das Ganze wiederum nicht gerade einfach gestalten wird.

Wie ist es mit monetären Zusatzanreizen für niederlassungswillige Ärzte, die immer wieder im Gespräch und teilweise ja auch schon umgesetzt sind?

Unsere Erfahrungen in den neuen Bundesländern aus den letzten zehn Jahren zeigen, dass man Ärzte selbst dann nicht in bestimmte Regionen bekommt, wenn man Umsatzgarantien gibt und die entsprechende Förderung dazu. Wichtiger sind für die meisten Angebote beispielsweise für den berufstätigen Ehepartner, für Schulen, für Kultur- und Freizeit und, und, und. Ein Zusammenspiel von allen Beteiligten in den Regionen wäre nötig. Einfach wird das nicht!

Dabei hat die Novellierung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes schon einige Möglichkeiten eröffnet.

Dennoch gibt es noch ein paar Restriktionen, die möglicherweise weiter gelockert werden müssten, damit z. B. die Möglichkeit besteht, dass Ärzte aus Nachbarregionen vor Ort zu bestimmten Zeiten Sprechstunden anbieten können. Hier wäre auch die Residenzpflicht zu überdenken.

Wenn die Versorgung mehr und mehr in der Hand der Regionen selbst liegt, was ja auch der Sachverständigenrat fordert, käme auf die Kommunen eine ganz neue Machtfülle zu; indes eine Macht, die sie frei nach dem Motto „jedem Landrat sein Krankenhaus" bisher nicht ganz so weise eingesetzt haben.

Unsere Erfahrungen mit den Ländern bei der Krankenhausfinanzierung sind wirklich nicht gut. Deshalb halten wir auch nichts davon, dass im Versorgungsgesetz vorgesehen ist, dass die Länder die Bedarfsplanung quasi in ihrer eigenen Hoheit gestalten können sollen. Das wird nur zu einem Wettbewerb der überversorgten Regionen führen, aber sicher nicht helfen, das Unterversorgungsproblem zu lösen.

Wer sollte denn dann in den Regionen steuern?

Auf alle Fälle nicht die Länder allein und überall. Wir bräuchten ganz neue Strukturen, die die jetzigen Bedarfsplanungsausschüsse ergänzen.

Eine Art allumfassende Bedarfsplanung?

Das würde viel zu komplex werden, auch weil viel zu viele Organisationen mitreden wollen. Bei der spezial-ärztlichen Versorgung sollten die Krankenhäuser mit in die Bedarfsplanung von Ärzten und Krankenkassen einbezogen werden.

Das heißt auch, dass Sie nicht davon ausgehen, dass kleinräumiger organisierte Versorgung per se besser funktioniert?

Das muss man differenziert sehen. Sicherlich wird man bei der hausärztlichen Versorgung die Bezirke kleiner machen müssen. Hier sollten Planungsbereiche unterhalb der derzeitigen Planungsregion ansetzen. Für die allgemein-fachärztliche Versorgung gehen wir jedoch davon aus, dass die bisherigen Strukturen ganz gut passen und man auf dieser Basis eine vernünftige Planung hinbekommen kann. Bei der spezial-ärztlichen Versorgung hingegen würden wir die Bezirke größer als bisher zuschneiden wollen. Bei einigen Fachdisziplinen könnte man sogar an eine bundesweite Planung denken.

Das würde sehr unterschiedliche Planungsbezirke bedeuten.

Generell kleinräumiger zu denken macht eben keinen Sinn, bei der hausärztlichen Versorgung dagegen schon. Das ist zurzeit aber keine Frage des Willens, sondern eine Frage der rechtlichen Rahmenbedingungen. Diese sehr restriktive Regelung schreibt die Bezirke fest. Darum können wir heute noch nicht differenzieren in hausärztlich, fachärztlich oder spezial-ärztlich, wodurch man die Gestaltungsmöglichkeiten als relativ begrenzt bezeichnen kann. Zwar gibt es im Rahmen der Bedarfsplanungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Reihe von Maßnahmen, die vor allem in den neuen Bundesländern eingesetzt wurden, aber bisher nur mäßigen Erfolg gezeigt haben – eben weil die übrigen Rahmenbedingungen dies behindern.

Für neue Rahmenbedingungen bräuchte man sicher auch eine bessere Datenlage, die den derzeitigen Bedarf genauer als bisher abbildet. Die Ärzteschaft tut sich ja mit den neuen Kodierrichtlinien schwer. Wie sieht es damit aus?

Wogegen kämpfen die Ärzte eigentlich? Offensichtlich ist Kodierung für die Ärzteschaft ein rotes Tuch. Ich kann das allerdings nicht ganz nachvollziehen, schließlich hat die Ärzteschaft seit Jahren gefordert, dass die ärztliche Honorierung an der Morbidität orientiert werden soll. Das aber heißt nichts anderes, als dass die Kassen das Morbiditätsrisiko tragen sollen. Dann muss man aber auch verlangen können, dass vernünftig kodiert wird. Jetzt, wo die Vereinbarung steht und es los-

gehen soll, kritisieren Ärzte, dass es viel zu aufwendig sei, richtig zu kodieren. Das kann ich nun wirklich nicht verstehen. Wir haben mit den Kodierrichtlinien ein gutes Instrument, um die Diagnosekodierung generell zu verbessern.

Das könnte auch ein Problem des Übergangs sein, wie es auch zu Beginn der DRGs festzustellen war.

Internationale Erfahrungen zeigen, dass es immer Rightcoding und Upcoding gibt, wenn man ein solches diagnoseorientiertes System einführt. Doch nach einer gewissen Konvergenzphase sollten diese quasi natürlichen Effekte auch beendet sein.

Von daher hätte man ja aus der DRG-Vergangenheit lernend eine derartige Konvergenzphase vorhersehen müssen.

Hätte man durchaus, hat man aber nicht. Dabei war klar, dass man bei jedem neuen System eine gewisse Einschwingphase braucht, bis es auf einem einigermaßen akzeptablen Level ist, was die Genauigkeit der Diagnosen angeht.

Unser Problem wird es jedoch sein, dass es international kein einziges System gibt, in dem die mögliche Vergütung nach den selbst aufgeschriebenen Diagnosen vorgenommen wird.

Das ist wahrlich ein Problem. Denn im ärztlichen Bereich soll quasi die durch Diagnosen kodierte Morbidität als Bemessungsgrundlage des finanziellen Zuwachses herhalten, während im DRG-System nur eine bestimmte vereinbarte Summe verteilt wird. Das ist auch international einmalig.

Und wenn dann zudem Kodierungen Einfluss auf den Morbi-RSA und damit den Income von Kassen haben …

Die Diagnosen spielen eine nicht unwesentliche Rolle im Morbi-RSA. Darum hat es in der Vergangenheit immer wieder Debatten gegeben, ob nun durch Kodierungen Vorteile oder Nachteile für die eine oder andere Kasse entstanden sind. Von daher muss man über die Kodierrichtlinien eine sachgemäße Kodierung sicherstellen – daran führt kein Weg vorbei. Ich hoffe, dass sich die Ärzteschaft eines Besseren besinnt und das akzeptiert.

„Im ambulanten Bereich muss man sich Gedanken darüber machen, wie eine adaptierte Plausibilitäts-Prüfung aussehen könnte."

Eine falsche Kodierung muss per se keiner bösen Absicht folgen. Was ist denn zu tun, um Rightcoding zu stärken?

Im Krankenhausbereich gibt es zum Beispiel die MDK-Prüfung. Hier wird zunächst durch Prüfprogramme anhand der Kodierrichtlinien festgestellt, ob bestimmte Diagnosen zusammenpassen oder nicht. Das ist im ambulanten Bereich natürlich etwas schwieriger. Doch auch hier muss man sich Gedanken darüber machen, wie eine adaptierte Plausibilitätsprüfung aussehen könnte. Und man muss sicher auch darüber nachdenken, ob und wie man Kodierungen stichprobenartig überprüft, wenn die Kodierrichtlinien endlich einmal überall realisiert sind.

Von welchem Prozentsatz gehen Sie denn zurzeit aus, zu dem richtig oder falsch kodiert wird?

Wir haben keinerlei Information darüber, denn es gibt keine Erhebungen oder Abschätzungen.

Müsste man damit nicht vielleicht mal anfangen?

Das Problem ist die Frage: Was ist richtig und was falsch? Wir sind zurzeit in einer Art Einschwingphase, in der die Ärzte wie in der Vergangenheit die Krankenhäuser lernen, mit diesen neuen Informationen umzugehen. Nach dieser Phase wird man sicherlich ein realistischeres Bild haben. Doch ob es ein richtiges ist, mag dahingestellt sein. Denn in einem solchen lernenden System gelingt es den Akteuren nicht nur damit umzugehen, sondern sie lernen auch das System – sagen wir – zu gestalten. Darum werden wir sicherlich dauerhaft immer wieder Plausibilitätsprüfungen vornehmen müssen, um festzustellen, ob bestimmte strategische Ansätze für vergütungsrelevante Effekte genutzt werden.

Gibt es dazu Ansätze zu solchen Plausibilitätsprüfungen?

Wir stehen noch ganz am Anfang mit den Kodierrichtlinien, deren Vereinbarung mühsam genug war. Ich wäre froh, wenn wir diesen Schritt erst einmal beenden könnten. Eines nach dem anderen.

Wie wollen Sie es erreichen, dass die Kodierrichtlinien voll angewandt werden?

Es gibt eine gesetzliche Regelung, nach der kodiert werden soll. Wir haben mit der KBV eine Vereinbarung geschlossen und gehen erst einmal davon aus, dass sie auch umgesetzt wird. Wenn das aber mittelfristig nicht funktioniert, muss man sicherlich politisch aktiv werden, um durch entsprechende gesetzliche Regelungen mehr Druck zu erzeugen. Zum Beispiel: Was nicht richtig kodiert ist, wird nicht abgerechnet. Ob allerdings die Politik in der heutigen Situation dazu bereit ist, ist eine ganz andere Frage.

Mehr Transparenz käme auch seitens der Telematik. Wir stehen kurz vor dem flächendeckenden Rollout der elektronischen Gesundheitskarten (eGK), die die Ärzteschaft lange boykottiert hat.

Hier wurde seitens der Ärzteschaft häufig mit dem Datenschutz argumentiert. Mein Eindruck ist, dass seitens der Leistungserbringer wohl eher die dadurch mögliche Transparenz gefürchtet wird. Ich bin überzeugt davon, dass wir auch diese Einführung schaffen werden. Durch die neuen Governance-Strukturen in der gematik sind wir auf einem guten Weg. Jeder Gesellschafter hat jetzt sein eigenes Projekt übernommen und muss dann eben auch die Verantwortung tragen, wenn es nicht funktioniert.

Wo ist der große Mehrwert und für wen?

Für die Krankenkassen ist natürlich in erster Linie der ökonomische Nutzen entscheidend, weil sie die Kosten tragen müssen. Darum hoffen wir, dass mit dem Versichertenstammdaten-Management ein entsprechender Nutzen schnell realisiert werden kann. Außerdem brauchen wir eine gut funktionierende Arzt-zu-Arzt-Kommunikation.

Warum?

Weil Ärzte diese neue Anwendung nur dann unterstützen werden, wenn sie sehen, dass sie ihnen selbst tatsächlich Vorteile bringt. Von daher ist es wichtig, dass die praktischen Nutzenanwendungen in den Vordergrund gestellt werden. Das gilt für die Kassen, aber vor allem für die Ärzte. Wenn die Ärzte die eGK unterstützen, wird sie auch von den Patienten positiv angenommen werden.

Der Kernvorteil für den Arzt ist nur die Arzt-Arzt-Kommunikation?

Derzeit noch. Jenseits der eGK gibt es bereits eine Reihe von elektronischen Anwendungen für die Versorgung wie beispielsweise die Patientenakten. Diese werden ja schon seit längerem von verschiedenen

Herstellern angeboten, aber von den Ärzten kaum genutzt, weil sie befürchten, dass die Programme nicht kompatibel sind und Daten nicht ausgetauscht werden können. Wenn man hier standardisierte Zugänge hätte, wäre das ein absoluter Gewinn. Dazu kämen dann erleichterte Abrechnungsmöglichkeiten sowie die Vermeidung von doppelt und dreifach Dokumentationen, weil die wichtigsten Daten quasi aus dem System selbst heraus generiert werden.

Das war ja auch die Hoffnung im Bereich DMP, aber die Ärzte klagen auch hier über zu viel Dokumentationsaufwand.

Eine elektronische Dokumentation gibt es bei DMP ja seit längerer Zeit. Der Aufwand für die Ärzte hat sich dadurch deutlich verringert. Nach den Aussagen von Ärzten, die ich kenne, läuft das hier mittlerweile unproblematisch. Außerdem sollte sich in der Ärzteschaft herumgesprochen haben, dass zu einer guten Behandlung auch eine aussagekräftige Dokumentation gehört. Das ist medizinischer Standard. Aber zurück zur eGK und zur Telematikinfrastruktur. Auch hier erwarte ich, dass sich der Dokumentationsaufwand für Ärzte deutlich reduzieren könnte, z. B. bei der Qualitätssicherung.

„Es kann nicht sein, dass derjenige, der heute noch barfuß abrechnet, aus dem Solidartopf die komplette Ausstattung hingestellt bekommt."

Gibt es Pläne, die Dokumentation in die Telematik einzubinden?

Das ist zumindest eine langfristige Überlegung. Die Infrastruktur, die jetzt gebaut werden soll, wurde so gestaltet, dass sie auch für neue Anwendungen erweiterungsfähig ist. Die gematik soll dafür die Schnittstellen definieren und die entsprechenden technischen Vorgaben machen, auf deren Basis dann Softwarehersteller mit ihren Produkten aufsetzen können. Die gematik soll keine Praxissoftware erstellen. Hier soll der Markt Lösungen bringen.



Oder Kassen Ärzten helfen, veraltete PC-Ausstattung zu aktualisieren.

Das kann nicht sein. Wir haben ganz zu Beginn vereinbart, dass die Kassen nur das finanzieren werden, was gegenüber einer angemessenen technischen Ausstattung notwendig ist, um in die Telematikinfrastruktur einzusteigen – und das über Nutzungsentgelte und nicht über Investitionszuschüsse, damit auch die tatsächliche Anwendung belohnt wird. Es kann doch nicht sein, dass derjenige, der heute noch „barfuß" abrechnet, aus dem Solidartopf sozusagen die komplette Ausstattung hingestellt bekommt.

Wobei es schon bemerkenswert ist, dass Kassen überhaupt für Investitionen der Ärzteschaft gerade stehen.

Stimmt. Wir würden es deshalb auch bevorzugen, wenn die Kassen nur die Nutzung finanzieren: Immer, wenn ein Arzt mit der Telematikinfrastruktur arbeitet, wird seine Investition ein Stück weit kassenseitig finanziert. Das sollte den Nutzungsgrad positiv beeinflussen.

Zur Versorgungsforschung, die zum großen Teil auf Routinedaten der Kassen angewiesen ist. Doch leider macht anscheinend jede Kasse, das, was sie für nötig oder nicht nötig befindet.

Aus unserer Sicht wäre es ein sinnvoller Ansatz, verstärkt Routinedaten zu nutzen. Doch leider dürfen wir das aus Datenschutzgründen oft nicht – egal ob das jetzt RSA- oder Abrechnungsdaten sind.

Ein Beispiel wäre?

Wir könnten uns beispielsweise im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung bei Organtransplantationen vorstellen, dass die Daten der Kassen genutzt werden können, um die Nachverfolgung einfacher zu organisieren. Heute müssen die Ärzte bis zu drei Jahre nach einer Transplantation die Überlebensraten der Patienten recherchieren. Die Dokumentationsquote ist dementsprechend gering. Dabei könnte man ziemlich einfach auf die administrativen Daten der Kassen zugreifen und hätte den Abgleich ohne großen Aufwand für Ärzte oder Krankenhäuser geschafft.

Das wäre natürlich nur ein ganz kleiner Spezialaspekt.

Natürlich. Aber es ist ja schwierig, immer gleich das große Rad zu drehen. Solche Versuche scheitern oft an Widerständen. Deswegen ist es hilfreicher, wenn man im Kleinen anfängt. Und dafür wäre die Qualitätssicherung, die ja von allen gewollt wird, sicherlich ein sinnvoller Ansatz. Es hätte darüber hinaus den Vorteil, dass zusätzlicher Aufwand für Dokumentation oder Nachverfolgung vermieden werden könnte.

Hinzu kommt, dass es sich bei den Routinedaten per se um Echtdaten handelt.

Genau. Das sind eben nicht extra für die Zwecke der Qualitätssicherung aufgeschriebene Daten, die – vorsichtig gesagt - einer gewissen Subjektivität unterworfen sind.

Die Daten müssten dann auch in einem Art Trustcenter gehandelt werden, in dem alle Daten zusammengeführt werden.

Das ist noch eine ganz andere Frage. Das wäre wieder so ein gigantisches Projekt mit erheblichem Aufwand für die Datensicherung.

Und sicher mit der Frage am Ende: Wer soll das bezahlen?

Das ist das alte Thema der Forschungsförderung durch die Kassen. Müssen denn die Kassen wirklich ein gigantisches Datenprojekt finanzieren, das dann wissenschaftlich genutzt wird? Gerade unter den heutigen Finanzierungsbedingungen ist es nun mal so, dass diese Gelder zwar richtig angelegt sein mögen, aber eben in der Versorgung fehlen.

Oder nach den heutigen Situation wohl eher über Zusatzbeiträge?

Da würde sich die Frage stellen, ob Zusatzbeiträge eine angemessene Finanzierung für Forschungs- und Qualitätssicherungsfragen darstellen. Oder ob nicht über ganz andere Finanzierungsstrukturen nachgedacht werden müsste. Es wird doch schnell klar, dass es sich hier eher um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, die besser aus Steuermitteln finanziert werden sollte, weil dann alle Bevölkerungsteile gefordert wären.



Müsste man Krankenkassen nicht wie andere Beteiligte im Gesundheitssystem behandeln - wie z. B. die Pharmaindustrie?

Na ja, Pharmafirmen forschen doch nicht, weil sie der Gesellschaft etwas Gutes tun wollen. Das ist vielleicht ein Nebeneffekt, aber der Antrieb ist ein ökonomischer. Das ist ja auch die Aufgabe der Industrie. Das gehört zu unserem Wirtschaftssystem.

Und die Kassen?

Es gibt u. a. im Rahmen der DMP eine verpflichtende Begleitforschung und ansonsten auch eine ganze Reihe von Versorgungsforschungsstudien.

Es kommt nur darauf an, was man daraus macht. Oder wie und ob man sie veröffentlicht?

Ich kann nicht sehen, dass es falsch sein sollte, dass die Kassen Ergebnisse von Versorgungsforschungsstudien für sich selbst verwenden, um damit eine Struktur zu gestalten, die hoffentlich besser ist als der bisherige Versorgungsstandard. Damit können die im Wettbewerb stehenden Kassen ihren Versicherten ein gutes oder vielleicht sogar ein noch besseres Angebot machen.

Das heißt aber auch, dass diese Daten zum Teil nicht veröffentlicht werden, weil sie von den Kassen dann als Betriebsgeheimnis betrachtet werden. Doch Kassen sind eben keine Unternehmen, sondern „andere Arten von Organisationen", oder?

Kassen sind zwar keine Unternehmen, aber sie stehen untereinander im Wettbewerb. Dieser Wettbewerb ist aber nur dann sinnvoll, wenn auch die Qualität der Versorgung für die Versicherten verbessert wird. Dafür bieten sich solche Projekte an, mit denen neue Versorgungsstrukturen gestaltet werden. Denn wenn eine Kasse feststellt, dass ein neuer Versorgungsansatz besser ist als die Standardversorgung, dann wird sie auch dafür sorgen, dass der neue Ansatz genau dort eingesetzt wird, wo er den größtmöglichen Nutzen bringt - für die Versicherten und selbstredend auch für die Kasse. Genau damit kann eine Kasse neue Mitglieder gewinnen. Wenn das der Wettbewerb in der Krankenversicherung ist, dann ist das doch das Beste, was uns passieren kann. Denn nur so wird Versorgung qualitativ verbessert und hoffentlich auch wirtschaftlicher. Darum sehe ich nicht, dass diese Forschungsergebnisse veröffentlicht werden müssen. Es ist richtig, dass zunächst einmal die Kasse einen Vorteil hat, die in die Finanzierung solcher Studien investiert. So funktioniert nun einmal das Prinzip Wettbewerb.

„Wir brauchen einfach mehr Wissen über das, was tatsächlich in der Versorgung geschieht und welche Veränderungen gesetzliche Regelungen bewirken."

Der Innovator geht voran, die Imitatoren hinterher. Und das alles auf Solidarkosten.

Es war immer die Idee des Wettbewerbs in der Krankenversicherung, Lösungen im Sinne der Versicherten zu finden. Ich sehe es als selbstverständlich an, dass Kassen die Ergebnisse ihrer Untersuchung als Geschäftsgeheimnis deklarieren, weil sie sich natürlich den Vorteil aus dieser Vorreiterinvestition sichern möchten.

Doch im AMNOG wird die Pharmaindustrie verpflichtet, alle Studien zur Zulassung eines neuen Arzneimittels aufzulegen und transparent zu machen.

Es geht ja nicht darum, dass sie sich gegenüber ihrer Konkurrenz offenbaren. Aber demjenigen, dem sie ihre Produkte verkaufen wollen, sollten sie die Studienbelege schon darlegen.

Aber es ist etwas anderes, wenn die Kassen mit Geldern aus dem Solidarsystem Wettbewerb machen wollen. Das System sollte doch das gleiche sein und Transparenz das oberstes Gebot.

Ich sehe das schon noch ein bisschen anders. Bisher hat die Pharmaindustrie Studien selbst auf internationaler Ebene nur sehr selektiv veröffentlicht. Im Vergleich zur Pharmaindustrie haben wir in der deutschen Krankenversicherung zudem sehr viel mehr Wettbewerb. Denn wenn ein Pharmaunternehmen ein wirklich neues Produkt auf den Markt bringt, gibt es erst mal überhaupt keine Konkurrenz. Es wird verkauft und die GKV musste es bisher zahlen, egal zu welchem Preis.

Das Preisargument wurde durch die Politik als Marketinginstrument abgeschafft und auf einmal wird über bessere Versorgung geredet?

Es ist doch relativ leicht, seine Kasse zu wechseln – selbst wenn die Bereitschaft des Einzelnen dazu nicht so groß ist. Aber die Möglichkeit besteht, und sie wird genutzt, was man am besten bei jenen Kassen sieht, die Zusatzbeiträge erheben müssen. Hier sind die Mitgliederwanderungen durchaus als massiv zu bezeichnen. Weil einige wenige Kassen derzeit einen Zusatzbeitrag erheben, das Gros dagegen nicht, entsteht eine sehr merkwürdige Wettbewerbssituation: Jeder Kassenchef will um jeden Preis vermeiden, einen Zusatzbeitrag erheben zu müssen, um etwaige Abwanderungen zu verhindern. Als Argument für eine Kasse gibt es jedoch eigentlich nur mehr die Qualitätsfrage. Und hierfür spielt eben die Versorgungsforschung eine immer größere Rolle.

Es gibt seit längerem die Forderung des Sachverständigenrates nach prozentualen Ausgaben für Versorgungsforschung.

Das Problem ist und bleibt die Frage der Finanzierung. Das dazu nötige Geld, wenn es denn aus dem Gesundheitsfonds genommen werden soll, muss irgendwie finanziert werden. Aufgrund der derzeitigen Konstruktion des Fonds kann das nur über eine Erhöhung des Bundeszuschusses erfolgen – oder eben über Zusatzbeiträge.

Nehmen wir mal an, diese Finanzierung sei über einen Bundeszuschuss sichergestellt.

Versorgungsforschung ist eine sinnvolle Sache. Wir brauchen einfach mehr Wissen über das, was tatsächlich in der Versorgung geschieht und welche Veränderungen gesetzliche Regelungen bewirken. Also ist es auf jeden Fall sinnvoll, Versorgungsforschung zu fördern – vorausgesetzt wir bekämen hier eine staatliche Finanzierung. <<

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