Dr. Johannes Vöcking, Vorstandsvorsitzender der Barmer Ersatzkasse

Versorgungsforschung à la Barmen

Wer sich das Themenfeld Versorgungsforschung und Krankenkassen vornimmt, könnte davon ausgehen, dass Krankenkassen – ob gesetzlich oder privat – per se die Versorgungsforscher Nummer 1 in Deutschland sein sollten. Dem ist indes nicht so: Kassen forschen zwar schon recht lange und auch recht ausgiebig, doch vor allem indikations- und krankheitsbezogen und obendrein meist aus dem Blickwinkel der Allokation von Mitteln. Einen etwas anderen Ansatz verfolgt die Barmer, mit rund 5,3 Millionen Mitgliedern die größte Krankenversicherung, selbst wenn sich sein Unternehmen – so Vorstandsvorsitzender Dr. Johannes Vöcking – dabei durchaus in einer Art von gesetzlicher Grauzone bewegen mag. Denn das Ausgabenportfolio für solche Art von Forschung definiert sich aus dem Gesetzeskatalog des SGB V in Verbindung mit dem des SGB IV, der im Grunde wenige bis gar keine Ansatzpunkte für Versorgungsforschung bietet.

>> Zwar hat die Bundesregierung mit der letzten Gesetzesreform den Kassen erstmals eine Art von Versorgungsforschung ins Pflichtenheft geschrieben, wenn es um die Evaluation von Disease-Management-Programmen (DMP) geht, doch damit wurde nichts genau festgelegt. „Die Politik hat im Falle der DMP nur entschieden, dass zu forschen ist“, erklärt Vöcking, womit Kassen für die eigentliche Versorgungsforschung noch lange nicht legitimiert seien. Dennoch habe die Barmer „höchstes Interesse, dieses Feld zu besetzen“. Auch darum ist Vöcking „mehr als gespannt, ob wir bei entsprechenden Ansätzen von irgendwem irgendwann auf einen bestimmten juristischen Sachverhalt hingewiesen, zurecht gewiesen oder eben auch zurückgepfiffen“ werden.

Bis dahin jedoch initiiert die Barmer durchaus Versorgungsforschungsansätze, ob nun im Bereich der Telematik, des kommenden Morbi-RSA oder – das ist das Gros – im Bereich von Gesundheitsreports, mit denen die Kasse aktive Signale geben möchte – sowohl an die Medizin, als auch an die Politik.

Eine Frage des Wettbewerbschutzes

Eine aktivere Rolle im Rahmen der Gesundheitssystemforschung indes hält Vöcking für eine einzelne Krankenkasse nicht gerade für zielführend. „Man bekommt zwar Erkenntnisse“, weiß Vöcking nur allzu genau, „aber sitzt in erster Linie auch auf hundert Prozent der Kosten, von denen dann andere mitprofitieren“. Das sei ihm „nicht gerade sympathisch“.



Dr. Johannes Vöcking, Vorstandsvorsitzender der Barmer Ersatzkasse, Wuppertal: „Das wäre nur eine Frage der Ermächtigung.“

Gerade im Zuge des mehr und mehr scharf geschalteten GKV-WSG würden doch Kassen mehr als früher Wettbewerber und durch die Veröffentlichung von Versorgungsforschungsstudien doch nur andere schlauer machen. Von einem im Rahmen des kommenden Gesundheitsfonds gesondert ausgewiesenen Forschungs- und Entwicklungs-Etats, den dann die Kassen einzeln abrufen können, hält der Barmer-Chef darum auch herzlich wenig.

Auch, weil das Dilemma anders zu lösen sei, wie Vöcking, der ein Mehr an Versorgungsforschungsansätzen durchaus begrüßen würde, zu bedenken gibt: „Meine Empfehlung wäre es, eine Organisation, der eine Mehrheit der Kassen angehört, zu finden, die sich dann dieses Themas annimmt.“

Das könnte beispielsweise der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sein, der sich bereits als Koordinations-Gremium der Kassen zu positionieren beginnt. Solches zu tun wäre nach Meinung des Doktors der Juristerei eine reine Frage der Ermächtigung: „Diese Aufgabe müsste dem Spitzenverband oder dem G-BA zugeschrieben werden.“ Was sie indes zur Zeit nicht ist. Denn im jetzigen Aufgabenkatalog – bei dem der „SpiBund“ wie alle Einzelkassen nachgerade an den § 30 des SGB IV gekettet sind – ist diese Forschungsaufgabe nun mal (noch) nicht enthalten.

Zeit dafür wäre es allemal. Denn ob mit dem zum 1. Januar 2009 scharf geschalteten GKV-WSG oder mit der Mitte des kommenden Jahres einzuführenden Telematikstruktur: Deutschland hätte alleine hier Forschungsansätze zuhauf.

Stichwort: Morbi-RSA (s.a. Seite 39). „Wir sind seit langer Zeit dabei, alle denkbaren Ansätze systematisch zu analysieren“, erklärt der Barmer-Vorsitzende. Dafür seien die entsprechenden Grouper-Zugehörigkeiten selbst geschaffen worden, mit denen ziemlich genau vorhersagbar sei, wie sich künftig verschiedenste Mechanismen auswirken werden. Vöcking, der sich jedoch bei den Ergebnissen aus Wettbewerbsgründen absolut bedeckt hält: „Hier sind wir hautnah mit der Analyse wie auch mit Folgeabschätzungen beschäftigt.“

Bei der Telematik indes könne eine Kasse wenig mehr als kommende finanzielle Dimensi-

onen kalkulieren, weil – so Vöcking – „im Grunde viel zu wenig in der Telematik drin ist". Auch von dieser Milliarden-Einführung hält er herzlich wenig: „Wenn die elektronische Gesundheitskarte entsprechend des Testumfelds Nordrhein-Westfalen benutzt werden soll, führt man im Grunde ein Offlineverfahren mit einer Zugangskarte ein, wobei in einer bestimmten Phase sogar zwei benötigt werden, was ich für relativ inhaltsleer halte."

Die zentrale, von der Politik absolut unbeantwortete Frage laute jedoch, welche qualitativen Effekte die Einführung einer solchen Struktur überhaupt zeitigen würde. Wenn überhaupt: Solange das System vornehmlich auf freiwilligen Anwendungen basiere, hält er den Wirkhebel für eine bessere Versorgungsqualität allenfalls für moderat.

Auch darum erforscht die Barmer schon derzeit in einem Modellversuch die Einführung einer elektronischen Gesundheitsakte. „Wir betrachten zum einen die Akzeptanz und zum anderen die Zielgruppen, die sich für ein solches Angebot interessieren", erklärt Vöcking den Studienansatz, der eben erst angelaufen ist.

Doch schon jetzt weiß der Barmer-Chef ziemlich genau, was wohl dabei herauskommen wird: Diejenigen, die sich für eine persönliche Gesundheitsakte interessieren, sind die, die ihr Gesundheitsmanagement schon jetzt ziemlich gut im Griff haben. Diejenigen, die sie eigentlich nötig hätten, größtenteils nicht. Vöcking: „Es ist nichts schwieriger, als Menschen zu Verhaltensänderungen zu bewegen."

Doch wenn man nicht damit beginnt, bewegt man auch nichts. Das gilt ebenso für Versorgungsforschung an sich. So hat die Barmer mit Prof. Dr. Thomas Elkeles von der Hochschule Neubrandenburg (Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management, AG Sozialmedizin und Public Health) beispielsweise eine vergleichende Versichertenbefragung zur Versorgung bei Diabetes mellitus Typ 2 zwischen DMP-Teilnehmenden und Nicht-DMP-Teilnehmenden durchgeführt. „Die ersten Erkenntnisse sind durchweg positiv, die Programme greifen", sagt Vöcking. Doch für endgültige Aussagen sei es noch viel zu früh, denn dafür brauche es nun einmal eine wesentlich längere Zeitreihe von fünf oder gar zehn Jahren – eine Zeit, für die die Politik jedoch keine Geduld habe. „Wir haben einen relativen hohen Handlungsbedarf aufgrund welcher Parameter auch immer", weiß Vöcking nur zu genau. „Die Politik steht unter einem immensen Druck, das System immer schneller zu neuen Dingen zu bewegen."

Darum würden laufend Wirkungen mit immer neuen Instrumenten erzeugt, bevor überhaupt Antworten auf die Auswirkungen der ersten Intervention vorhanden seien. Umso verwunderlicher sei es, dass die Politik auf die vorhandenen theoretischen und wissenschaftlichen Erkenntnisse als auch Folgenabschätzungen größtenteils nicht hört oder nicht reagiert. Vöcking: „Bestimmte Kreise der Politik sind eben sehr beratungsresistent."

Solches jedoch könne sich eine Kasse nicht leisten, die das Prinzip verfolge, seine Versicherten gut zu versorgen und die sich als Begleiter in den verschiedenen Lebenssituationen eines Menschen versteht. Wer diesen selbst gesetzten Auftrag erfüllen will, mus sich auch als Kasse anders definieren, meint Vöcking. Sein Credo: „Wir müssen mehr als bisher proaktiv agieren." Will heißen, dass die Barmer mehr und mehr dazu übergehen wird, Interventionszeitpunkte bei bestimmten Zielgruppen und Krankheitsbildern zu definieren und dann entsprechend – im Sinne einer besseren Versorgungsqualität – zu beeinflussen. Diese Zeitpunkte würden zur Zeit anhand der vorliegenden Daten für diverse Indikationen erforscht. Vöcking: „Liegen diese Erkenntnisse erst einmal vor, werden wir alles daransetzen, diese Interventionszeitpunkte entsprechend zu nutzen." <<

„Wir definieren Erfolgsqualitäten"

>> Herr Dr. Vöcking, die Barmer sitzt wie fast jede Krankenkasse auf einen Hort an Daten, nach dem sich die Zunft der Versorgungsforscher alle zehn Finger leckt. Warum lassen Sie sie nicht an Ihren Schatz?

Richtig aufgesetzte Versorgungsforschung kostet doch nicht nur ein paar Cent. Wer investiert, muss und will den entsprechenden Return bekommen. Das gilt umso mehr, als wir uns mehr und mehr in einem harten Wettbewerbsumfeld bewegen.

Die Kassen-Szene steht vor einer Zäsur. Was haben Sie getan, um sich auf den Gesundheitsfonds vorzubereiten?

Die Barmer hat begonnen, sich systematisch neu aufzustellen. Aber nicht erst mit dem GKV-WSG, sondern beginnend mit dem ersten Paradigmenwechsel der Gesundheitsreform von 1996. Schon seit damals sind die Themen Wahlfreiheit, Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im Gespräch und seitdem haben wir die damit verbundenen Geschäftsprozesse und -systeme konsequent analysiert und verbessert.

Zum Beispiel?

Es wurden Deckungsbeitragsrechnungen eingeführt, danach Costumer-Lifetime-Value-Betrachtungen und nun sind wir dabei, noch mehr in die Tiefe zu geben – bis hin zum Medicine Modelling.

Auch in die Breite? Stichwort Vollversorger?

Man sollte in einer von der Politik gewollten Wettbewerbssituation in jede Richtung denken dürfen. Wir verfolgen im Grunde eine entsprechende Philosophie und haben bereits 2001 eine Strategie geschrieben, die damals mit „Wir managen das Netzwerk" überschrieben wurde. Das heißt: Wir wollen unseren Versicherten eine stimmige Versorgungskette bieten – von Auskunft, Beratung und Aufklärung über Prävention, Care, Managed Care und Disease-Management-Programmen bis hin zu Reha und Wellness. Bei all dem gilt: Man muss nicht alles selbst machen, sondern das System professionell managen. Wir beschränken wir uns aber lieber auf unser Kerngeschäft, das da heißt: Wir sind die Manager des Versorgungssystems.

Wie beurteilen Sie den Hausarzt-Vertrag in Baden-Württemberg?

Wir warten mit großer Ruhe ab, welche Effekte sich einstellen werden. Weil wir bei unserem genau da nicht so zufrieden waren, haben wir ja den Hausarzt-Vertrag mit der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft zum Jahresende gekündigt und werden ihn neu ausschreiben. Wobei wir prinzipiell an der hausarztzentrierten Versorgung interessiert sind. Nur müssen beide Vertragsparteien ihre Pflichten und Rechte besser definieren. Wir sagen deshalb künftig ganz deutlich, dass das Geld der Leistung folgen soll und nicht umgekehrt. Doch dazu muss man erst einmal Leistung anhand von Erfolgsqualitäten definieren, an deren Einhaltung sich dann die eigentliche Honorierung zu orientieren hat. Genau diese Qualitäten werden derzeit bei der Barmer über entsprechende Forschungsansätze eruiert. <<