Der Präsident des Bundesversicherungsamts (BVA), Josef Hecken, im MVF-Gespräch: Gesundheitsfonds Jahr 1 ff.

„Standardisierte Behandlungskosten führen zu mehr Qualität im System“

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat gegenwärtig circa 540 Beschäftigte und 50 Referate. Ein relativ kleines dieser Referate befasst sich mit dem, was einige Krankenkassenvertreter derzeit öffentlich vehement kritisieren: den Gesundheitsfonds, der für die einen des Teufels, für die anderen aber ein Schutzschirm ist, der schon in der derzeitigen Finanzkrise seine Funktionsfähigkeit bewiesen habe, wie Josef Hecken - seit März 2008 Präsident des BVA, davor Gesundheitsminister des Saarlands - im Exklusivinterview mit „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF) darlegt.

>> Einige Vertreter von Krankenkassen malen derzeit ein sehr düsteres Bild von drohender Unterfinanzierung, über Schuldenfalle bis Insolvenz, die in den nächsten ein bis zwei Jahren drohen könnte. Können Sie denn als Präsident des Bundesversicherungsamtes, das neben vielen anderen Aufgaben auch für den Gesundheitsfonds zuständig ist, diese Argumentation nachvollziehen?

Was einige Kassen-Manager behaupten, ist ein wenig abenteuerlich. Auch werden in den öffentlichen Diskussionen meist Entwicklungen aneinander gereiht, die zwar jede für sich isoliert in einem Worstcase-Szenario eventuell eintreten könnten, die aber kumuliert nicht eintreten werden.

Warum?

Ganz einfach: Würde ein solches Worst-Worstcase-Szenario, das da an die Wand gemalt wird, tatsächlich Realität, würde und müsste die Politik sofort reagieren.



Das Worst-Worstcase-Szenario, eine lang andauernde Wirtschaftskrise, ist nach den aktuellen Wirtschaftsdaten aber doch gar nicht so unwahrscheinlich.

Die entscheidende Frage ist für mich nicht, wie sich in der aktuellen Wirtschaftskrise das Bruttoinlandsprodukt, sondern wie sich die Beschäftigung in Deutschland entwickeln wird. Der Faktor Arbeit generiert doch im Wesentlichen die Beitragseinkünfte der Kassen.

Welche Alternativen sehen Sie?

Es gibt eigentlich nur zwei: Entweder muss der Beitragssatz angepasst oder der Bundeszuschuss erhöht werden. Das wird jedoch nur dann passieren, wenn sich die Beschäftigungslage und damit die Einnahmesituation wirklich so dramatisch entwickeln sollten, dass im kommenden Jahr eine Fondsdeckung von 95 Prozent nicht mehr gewährleistet ist.

Mit welchem Datensatz ist denn der Schätzerkreis in die nächste Runde gegangen? Und welche Empfehlungen wurden abgegeben?

Die Beitragseinnahmen werden laut Schätzerkreis in diesem Jahr um ca. 2,9 Milliarden Euro geringer ausfallen, als im Oktober 2008 geschätzt wurde. Wichtig ist aber: Diese Mindereinnahmen gehen nicht zu Lasten der Krankenkassen und damit auch nicht zu Lasten der Krankenversorgung. Es stehen in diesem Jahr für die Versorgung von Kranken nach wie vor über 167 Milliarden Euro zur Verfügung. Der von vielen so heftig kritisierte Gesundheitsfonds hat damit schon im Jahr seiner Einführung nachhaltig die Einnahmesituation der Krankenkassen stabilisiert und sich für die Kassen auch als „Schutzschirm“ erwiesen.

Was wäre denn ohne Gesundheitsfonds?

Im „alten System“ hätten die Kassen ihre Beiträge dramatisch erhöhen müssen. Das vergessen viele Vorstände gern. Es ist halt praktischer, auf den Gesundheitsfonds einzudreschen. Würden die Kassen ohne die Deckung des Bundes, sprich ohne den Gesundheitsfonds agieren, müssten viele Kassen-Vertreter, die derzeit als Propheten des Unheils unterwegs sind, ihrer Versichertengemeinschaft sehr schnell beibringen, dass höhere Beiträge als bisher erforderlich sind. Allein der Fonds gibt doch allen die Chance, über eine gewisse Zeit einen beherrschbaren Rahmen zu formulieren - eben bis die Deckungsquote von 95 Prozent unterschritten wird.

Wie stellt sich für Sie die öffentliche Diskussion aktuell dar?

In der Argumentation werden leider verschiedene Ebenen vermischt. Dabei bleibt nach meinem Geschmack zu sehr auf der Strecke, dass im laufenden Jahr - also im ersten Jahr des Gesundheitsfonds - immerhin

elf Milliarden mehr für die medizinische Versorgung zur Verfügung gestellt werden als im Jahr davor.

Kritiker behaupten, das sei zu wenig.

Hier sei einmal darauf hingewiesen, dass bei der Festlegung dieses Milliarden-Zusatzbudgets eine Ausgabensteigerung gegenüber dem Vorjahr von 6,4 Prozent angenommen wurde, eine Steigerung, die in dieser Höhe in den letzten zehn Jahren noch nie eingetreten ist. Das ist das eine. Zum anderen aber wird - und das ist noch wichtiger - das vorhandene Geld durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich endlich bei jenen Kassen allokiert, die insbesondere chronisch kranke Menschen versorgen.

In der öffentlichen Diskussion um Fonds und M-RSA - die zwar zusammenspielen, aber im Prinzip als eigenständig funktionierende Instrumente zu sehen sind - halten sich die Ortskrankenkassen und Barmer denn auch vornehm zurück.

Kritik kommt vornehmlich von Vertretern jener Kassen, die durch die Systematik des alten Risikostrukturausgleichs in der Vergangenheit viel mehr Geld zur Verfügung hatten als jetzt, Geld, das sie für die Versorgung chronisch Kranker gar nicht benötigt haben. Heute bestimmen sich die Finanzzuweisungen für die Kassen nun einmal zu 47 Prozent über unmittelbare Morbiditätskriterien und nur noch zu knapp über 50 Prozent über mittelbare Kriterien wie Alter und Geschlecht und nur noch 2 Prozent über das Kriterium Erwerbsunfähigkeit. Das zeigt, welche Verschiebungen es zu Lasten der sogenannten Wettbewerbskassen gegeben hat. Dass denen das nicht gefällt, verstehe ich sogar.

Nur hat das wohl im eigentlichen Sinne mit dem Gesundheitsfonds nichts zu tun.

Richtig. Das sind die Auswirkungen des Morbi-RSA. Von ihm profitieren die großen Versorgerkassen, die sich in der Vergangenheit wirklich abstrampeln mussten, um in irgendeiner Form - oft sogar mit Lieferantenkrediten - die Krankenversorgung für ihre Millionen von Versicherten zu finanzieren. Gerade diese Kassen verfügen im Augenblick über eine hervorragende Liquidität und damit endlich über jene Ressourcen, die sie benötigen, um die bei ihnen versicherten kranken Menschen wirklich qualitativ versorgen zu können. So gesehen geht das Geld jetzt da hin, wo es hingehört.

<< Verschiebungen gingen zu Lasten sogenannter Wettbewerbskassen >>

Ist denn nicht doch noch zu wenig Geld im System?

Das sehe ich nicht so. Hätten alle Kassen wirklich zu wenig Geld zur Verfügung, um ihre Versicherten zu versorgen, so müsste man mir mal erklären, wo die elf Milliarden denn geblieben sind. Wahrscheinlicher ist für mich: Wir sehen aktuell schlicht und ergreifend eine Budgetumverteilung hin zu jenen Kassen, bei denen die höheren Morbiditätsrisiken versammelt sind. Und die das Geld darum auch dringender brauchen - das war politisch ja auch so gewollt. Und das ist auch richtig.

Nehmen wir an, der evidenzbasierte Beweis, dass zu wenig Geld im System ist, könnte tatsächlich geführt werden, was dann?

Dann wird man nicht umhin kommen, Grundsatzentscheidungen zur Struktur des Systems zu treffen. Das jedoch sind Entscheidungen, die aus meiner Sicht nur marginal durch die Frage beeinflusst werden, ob es einen Gesundheitsfonds gibt oder nicht, oder ob eine einzelne Krankenkasse ihren Beitrag ein- oder zwei Prozentpunkte anheben muss. Dann geht es um eine ganz andere Dimension. Zum Beispiel muss man sich dann Gedanken machen, wie der Regelleistungskatalog künftig aussehen kann bzw. soll.

Jene Kassen, die derzeit die öffentliche Diskussion bestimmen, sagen sehr deutlich, dass ihnen trotzdem die Zuweisungen nicht mehr ausreichen werden, um längerfristig Programme anbieten zu können, vor allem um Chroniker besser betreuen und steuern zu können. Andererseits wären derartige Versorgungsprogramme der einzige Weg, wie es jene Kassen überhaupt schaffen könnten, mit dem zur Verfügung stehenden Geld auszukommen. Beißt sich da die Katze in den Schwanz?

Das ist - so will ich mal sagen - eine ganz spezielle Sicht der Dinge. Tatsache ist doch, dass für jene Kassen, die höhere Budgets für die Betreuung chronisch kranker Menschen benötigen, mit dem Instrument der standardisierten Behandlungskosten endlich eine Möglichkeit geschaffen wurde, die über den ehemaligen RSA abgewickelte DMP-Finanzierung auf eine qualitativ wesentlich höhere Ebene zu heben.

In der Vergangenheit gab es bei der Finanzierung der DMPs nur zwei Komponenten. Das war zum einen die Beratungskostenpauschale in Höhe von 85 Euro, zum anderen die Zuweisungen in Höhe der durchschnittlichen Kosten für teilnehmende Chroniker. Das neue System ist qualitativer?

Die Zuweisungen an die Kassen auf der Basis standardisierter Behandlungskosten ist eine ganz wichtige Änderung, die zu mehr Qualität im System führen wird. Eine Kasse erhält für einen Rheuma- oder Diabetes-Patienten heute bereits über Chronikerzuschläge eine höhere Zuweisung als früher. Und zwar unabhängig davon, ob der Patient in einem DMP eingeschrieben ist oder nicht. Hinzu kommt eine im Vergleich zu früher deutlich erhöhte Programmkostenpauschale, falls der Versicherte in ein DMP eingeschrieben ist. Damit sind gute Versorgungsprogramme sowohl plan- als auch langfristig finanzierbar.

Wenn die derzeitigen 180 Euro reichen.

Dieser Betrag setzt sich aus 55 Euro für Verwaltungskosten und 125 Euro für ärztliche Mehraufwendungen zusammen. Der ist doch nicht aus der Luft geholt, sondern wurde vom GKV-Spitzenverband in einem aus meiner Sicht sehr transparenten und offenen Verfahren belegt. Aber natürlich gab es auch da wieder von vielen Kassen Kritik.

Es ging sicher um die Höhe des Betrages?

Natürlich. Aber es wurde nicht kritisiert, der Betrag sei zu niedrig. Die Kritik kam nämlich von den Kassen, die nicht so viele Chroniker haben. Denen waren diese 180 Euro nämlich viel zu viel. Und das, obwohl die Versorgerkassen durchaus glaubhaft machen konnten, dass sie mit diesem Betrag gerade hinkommen.

Was nach Aussagen der Barmer in der letzten Ausgabe von Monitor Versorgungsforschung mit dem Schwerpunkt Diabetes auch so ist. Doch hier kam jedoch auch die Frage auf, ob denn die 180 Euro auch in der Zukunft eine verlässliche Grundlage für DMPs sein werden.

Das ist sie im Grunde. Jedoch ist auch klar, dass die Programmkostenpauschale jährlich auf dem Prüfstand stehen wird.

Das Geld aus dem Morbi-RSA reicht demnach gerade so aus?

Damit kommt die Frage der Versorgungsqualität ins Spiel, die immer wichtiger werden wird. Kassen mit morbiden Versicherten können künftig unter den Auspizien der standardisierten Behandlungskosten nämlich

nur dann effizient wirtschaften, wenn es ihnen gelingt, die Versorgung zu optimieren. Das geht nicht ohne gute Programme und auch nicht ohne die Steuerung des Patienten. Doch umgekehrt ist es natürlich auch richtig, dass die Kasse niedrigere Zuschläge erhält, die weniger Kranke als Klientel hat. Doch für mich ist der gesunde Versicherte immer noch das beste Risiko, das eine Kasse haben kann.

Oder jener Versicherte, der selbst verantwortlich mit seiner Krankheit umgeht.

Mit Sicherheit. Ohne den Patienten und sein aktives Mittun geht es nicht. Das ist eine Erkenntnis aus der Evaluation der DMPs. Natürlich hat man andererseits auch feststellen müssen, dass es je nach soziostrukturellem Hintergrund der Patienten signifikante Unterschiede bei den Erfolgsquoten der DMPs gibt. Gerade bei Patienten, die - warum auch immer - einer aktiven Mitwirkung etwas ferner stehen, sind deshalb höhere Betreuungsintensitäten notwendig.

Was im Endeffekt auf Boni oder Mali hinauslaufen wird.

Man sollte meiner Meinung nach in diesem Zusammenhang weniger über Mali, sondern mehr über Boni nachdenken. Ziel muss es doch sein, in irgendeiner Form eine Bereitschaft zur Mitwirkung zu erzeugen, sonst läuft jede Kasse wie ein Hamster im Rad ihrer Ausgabenspirale hinterher.

Was ist mit dem großen Thema Prävention?

Primär-Prävention ist und bleibt nach wie vor das Entscheidende. Der gesunde Versicherte ist nun mal eindeutig das beste Risiko. Ist ein Versicherter erkrankt, dann ist es aber ebenso wichtig, ihn zu stabilisieren, damit die Krankheit nicht fortschreitet und Kostenprobleme nach sich zieht. Deshalb muss die Sekundär-Prävention gestärkt werden. Aber das geht - wie bei den DMPs - wieder nur unter Mitwirkung des Versicherten. Ohne ihn oder gegen ihn kann man alles vergessen.

Die Versorgerkassen haben nun jene Versicherten-Kohorten mit hohen Morbiditäten. Und kommen durch Morbi-RSA momentan auch ganz gut hin. Doch was wird in Zukunft passieren, wenn diese hohen Risiken alleine aufgrund von Alter und Fortschreiten der Krankheiten in schon jetzt absehbare Kostenspiralen eintauchen?

Jede Kasse ist gut beraten, ihre Chroniker möglichst genau einzustellen, um sie möglichst lange in einem stabilen Zustand zu halten. Das wissen die Kassen aber auch genau.

Erwarten Sie eine Steigerung des Public-Health-Quotienten in Deutschland?

Das ist das erklärte Ziel dieses Systems.

Wird der Morbi-RSA bei den zur Zeit definierten 80 Krankheiten bleiben?

Diese 80 Krankheiten repräsentieren etwa 3.600 Diagnosen, die den wesentlichen Teil des Versorgungssystems abbilden. Was nun nicht heißt, das jene Krankheiten mit den höchsten Kostenstrukturen gemeint sind, sondern jene, die hauptsächlich die Chronikerversorgung betreffen.

Die Zahl 80 ist seitens der Politik definiert. Wird sich da etwas tun?

An der Zahl 80 wird sich wohl auch nichts ändern. Sie ist somit Basis für unsere Arbeit, die Fortentwicklung und auch die Anpassung der Kriterien oder auch die Auswahl der Krankheiten oder Indikationen, die in den Morbi-RSA aufgenommen werden oder nicht. Der wissenschaftliche Beirat, dessen Aufgabe hier liegt, wurde gerade wieder bestellt.

Der Beirat braucht aber wiederum für seine Arbeit evidenzbasierte Fakten, von denen es im Bereich des Public Health relativ wenige gibt. Sie müssen doch über einen regelrechten Datenschatz verfügen?

Das stimmt. Wir haben auch sehr intensiv diskutiert, wie wir damit umgehen, zum Beispiel auch im Rahmen unseres ersten DMP-Evaluationsberichtes. Doch leider zeigt sich hier ein sehr relevantes Datenschutzproblem.

Sicher betreffend die Wettbewerbssituation der Kassen.

Exakt. Wir werten die Erfolge und Misserfolge einzelner DMPs bei einzelnen Krankheiten und Kassen aus. Insofern sind bestimmte Daten natürlich auch wettbewerbsrelevant.

Das wird wohl wieder einmal auf eine Anonymisierung hinauslaufen, obwohl die Versicherten doch das Recht hätten, zu wissen, was mit ihrem Geld passiert.

Die Kassen sind gesetzlich nicht verpflichtet, uns ihre Daten für Versorgungsforschungsprogramme zu geben. Sie sind nur verpflichtet, sie für die rechtstechnische Frage der Verlängerung und Finanzierung von DMPs zur Verfügung zu stellen. Wir überlegen derzeit allerdings mit dem GKV-Spitzenverband, wie man die Daten komprimieren kann, ohne dass sie ihren wissenschaftlichen Wert einbüßen. Aber manchmal steckt der Teufel schon im Detail, wenn man zum Beispiel an unterschiedliche Strukturen der Versicherten denkt, oder auch an unterschiedliche Studienansätze. Allein das begrenzt den wissenschaftlichen Wert.

Was machen Sie mit diesen sicher hoch interessanten Daten?

Unser Ziel ist ein Zusammenwirken mit Hochschulinstituten. Das Wissen, das hier in einer Breite und Tiefe wie sonst nirgendwo anders vorhanden ist, muss einfach wissenschaftlich genutzt werden.

Wer soll diese Versorgungsforschungsaufträge finanzieren?

Wir wohl nicht. Es gibt durchaus eine Reihe wissenschaftlicher Institute, die ein hohes Interesse an unseren Daten haben. Sie könnten damit Ausgangspunkt eines sich selbst tragenden Prozesses zum Nutzen des Versorgungssystems sein.

Wäre es denn nicht sinnvoll, wenn sich auch Ihre Institution an Versorgungsforschung beteiligen würde?

Wir wären ja beteiligt. Zum einen würden wir die Daten liefern. Zum anderen haben wir das Monopol der Erstbewertung. Diese Bewertung setzt wiederum voraus, dass wir intern exegetische Prozesse vorschalten. Auf diese Weise, so glaube ich, sind wir durchaus in jede zielführende Versorgungsforschung eingebunden. Ferner werden wir Fragestellungen formulieren, die uns oder unsere Beiräte besonders interessieren. Aber wir können und werden uns nicht anmaßen, nicht nur die größte Risikostrukturausgleichs-Behörde, der größte Morbi-RSA-Festleger, sondern auch noch der größte DMP-Auswerter der Welt zu sein. Als ob wir sonst nichts anderes zu tun hätten.

Mit diesem bürokratischen Monstrum, wie oft apostrophiert wurde?

In dem gerade mal 22 Menschen für Fonds und Morbi-RSA arbeiten. Im Prinzip ist das Ganze aber auch keine Hexerei. In der Vergangenheit gab es ja auch schon einen RSA, der vom Bundesversicherungsamt verwaltet wurde. Ab dem Moment, in dem das neue System stand und die Morbiditäten von den Kassen eingepflegt waren, war es darum relativ einfach, solche Dinge zu berechnen. Ich würde mir wünschen, dass beim Thema Gesundheitsfonds mehr Sachlichkeit statt Populismus vorherrschen würde. Das würde allen helfen!

Das Gespräch führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier