Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

„Entscheidungen mit Verpflichtung zur Einigung“

Der Bonner Jurist Josef Hecken war bis auf einen kleinen Ausflug in die Privatwirtschaft - 1998/1999 war er Abteilungsleiter bei der METRO AG-Konzernholding - Zeit seines Lebens in Ministerien tätig. Von sich reden machte er als Minister für Justiz, Gesundheit und Soziales des Saarlands, als er 2006 die ersten DocMorris-Filialen zuließ und von 2004 bis 2008 Vorsitzender des Gesundheitsausschusses war. Von 2008 bis 2009 war er als Präsident des Bundesversicherungsamtes unter anderem für die Einführung des Gesundheitsfonds und des Morbi-RSA zuständig, seit Dezember 2009 dann als Staatssekretär im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend u.a. für die Einführung des Betreuungsgeldes. Zum 1. Juli 2012 übernahm Hecken das Amt des unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

>> Herr Hecken, als Sie vor vier Jahren als Präsident zum BVA kamen ...

... war das eine ähnlich spannende Zeit wie heute. Denken Sie an die damals zu organisierende Einführung des Morbi-RSA, die mir einige schlaflose Nächte bereitet hat. Abstrakt über Politik oder die Verbesserungspotenziale zu diskutieren ist das eine. Wenn Sie aber ein Rechenmodell vorlegen müssen, bei dem man erst vier Wochen vor dem Start weiß, welche Zuweisungsbeträge wirklich heraus kommen und man das Ergebnis nicht mehr korrigieren kann, ist das aufreibend.

Wohl wissend, dass auf allen Seiten Menschen sitzen, die darauf warten, entsprechend zu reagieren.

Ja, klar. Damals wurden in Berlin schon Wetten darauf abgeschlossen, dass der Morbi-RSA und damit der Fonds scheitern.

Im Endeffekt war das ein Blindflug oder vielleicht Glück.

Glück kann man nicht sagen. Es wurden vorher jede Menge Modellrechnungen durchgeführt. Das große Problem war aber, dass es zwar Anhaltspunkte gab, jedoch ex ante. Bis zur Datenmeldung stand keine valide Datenbasis über die tatsächliche Morbidität zur Verfügung. Was wäre denn gewesen, wenn auf einmal fünf oder sechs Prozent Abweichung bei drei oder auch vier relevanten Krankheiten aufgetreten wären? Das hätte das ganze Finanzgefüge durcheinander gebracht. Das war einer jener spannenden Momente, in denen Politik auf Wirklichkeit trifft.

Warum haben Sie denn 2009 dem BVA in Bonn den Rücken gekehrt?

Ich habe das BVA zu dem Zeitpunkt verlassen, als die damalige Herausforderung, den Morbi-RSA und den Fonds einzuführen, zum routinemäßigen Aufsichtsgeschäft über die Kassen wurde.

„Einerseits wäre es nicht gut für die gemeinsame Selbstverwaltung, wenn sie ihre eigenen Obliegenheiten nicht eigenverantwortlich regeln könnte.“

Was reizt Sie denn an der Aufgabe, die Sie ab 1. Juli als neuer unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses übernehmen?

Der G-BA und die gemeinsame Selbstverwaltung können Entscheidungen viel näher an der Versorgungsstruktur und damit auch näher an den Versicherten und Patienten treffen, als es der Gesetzgeber kann. Beispielsweise lässt sich die Entscheidung zur Erstattungsfähigkeit eines Arzneimittels oder zu bestimmten qualitätssichernden Maßnahmen im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages unter reger Anteilnahme der Öffentlichkeit nicht adäquat diskutieren. Sinnreicher ist es, wenn sich die Fachöffentlichkeit an solchen Diskussionen beteiligt, was manchmal schon schwierig genug ist. Die dann nötigen und aus meiner Sicht sehr wesentlichen Strukturentscheidungen werden im G-BA getroffen. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass der Bundesausschuss personell stark aufgestellt ist, um seinen Aufgaben gerecht werden zu können.

Was auch die Dimension Zeit betrifft, in der bestimmte Entscheidungen erwartet werden.

In der Tat. Man hat bei den aktuellen gesetzgeberischen Diskussionen erlebt, dass der G-BA durchaus kritisch hinterfragt wird. Der Gesetzgeber lässt ab und an durchklingen, dass, wenn Entscheidungen zu lange dauern, er sie selbst fällen könne. Daher sind der G-BA und die gemeinsame Selbstverwaltung kein Selbstzweck, sondern zum Erfolg verpflichtet. Entweder finden wir mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln vernünftige fachliche Lösungen, oder der Gesetzgeber wird selbst aktiv.

Ob er damit gut beraten wäre, steht auf einem anderen Blatt.

Das ist eine ganz andere Frage, ob der Gesetzgeber wirklich klug beraten wäre, selbst Entscheidungen zum Leistungsgeschehen in der GKV zu treffen. Indes klingt manche Drohung zunächst einmal gut und manche in den Raum gestellte Diskussionsgrundlage ebenso, solange man die Alternativen nicht genauer betrachtet. Einerseits wäre es nicht gut für die gemeinsame Selbstverwaltung, wenn sie ihre eigenen Obliegenheiten nicht eigenverantwortlich regeln könnte. Und andererseits wäre es auch für die Politik nicht klug, das zu ändern. Ich hatte vor einiger Zeit die Gelegenheit, mit meinem polnischen Kollegen zu sprechen, den ich in meiner Eigenschaft als Vorsitzender des deutsch-polnischen Jugendwerks getroffen habe. Als ich ihm sagte, dass es bei uns Gesundheitsminister gibt, die sechs, sieben oder auch acht Jahre im Amt sind, war das für ihn beinahe wie ein Mysterium der Neuzeit. Denn in Polen beträgt die „Halbwertzeit“ von Gesundheitsministern im Schnitt ein Jahr. Die meisten Gesundheitsminister treten jedoch nicht zurück, weil das Gesundheitssystem pleite ist, sondern tun das, weil sie Versorgungsstrukturentscheidungen treffen müssen, die der öffentlichen Diskussion und Kritik nicht standhalten.

Sie stellen sich anscheinend folgende Situation vor: Der Bundesgesundheitsminister selbst entscheidet über die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln, worauf eine öffentliche Diskussion darüber stattfindet, ob ein bestimmtes onkologisches Arzneimittel einen Zusatznutzen hat oder nicht.

Exakt. Die Alternative ist keine so einfache. Das Konzept eines Gemeinsamen Bundesausschusses, der von den Akteuren im Gesundheitswesen gebildet wird und dem die fachliche Entscheidungskompetenz und gleichzeitig die Verpflichtung zur Einigung übertragen werden, ist schon von hoher politischer Klugheit. Damit werden alle wichtigen Entscheidungen auf ein fachliches Niveau verlagert, wenngleich auch bei den

fachlichen Entscheidungen im G-BA natürlich jede Bank versucht, ihre eigenen Interessen zu wahren. Das muss Jedem klar sein. Doch werden auf diese Weise anfallende Entscheidungen nach dem Prinzip eines zwingenden Konsenses erarbeitet und getroffen, was die Prozesse und Ergebnisse weit rationaler macht.



Sie sprechen nicht von Evidenz.

Gerade bei der Zulassung von Arzneimitteln ist Evidenz ein zentrales Thema, wobei man sich vor allem in Hinblick auf die Patientensicherheit randomisierte kontrollierte Studien der allerhöchsten Evidenzklasse als Entscheidungsgrundlage wünscht, die über einen möglichst langen Zeitraum laufen. Auch nur in die Nähe dieses Ideals zu kommen, ist schon schwierig genug, aber eher in der gemeinsamen Selbstverwaltung als in politischen Entscheidungsprozessen möglich.

Weil oft Anspruch und Wirklichkeit sehr krass aufeinandertreffen.

Und immer von absoluter Spannung geprägt sind. Ich sehe im G-BA eine systemerhaltende Konstante. An der Spitze dieser systemerhaltenden Konstante zu stehen, das ist für mich eine Herausforderung und Ehre zugleich.

Ihr Vorgänger im Amt, Dr. Rainer Hess, sprach auf dem letzten Kongress von „Monitor Versorgungsforschung“ auch nicht von mehr Macht, die im Zuge der Übertragung der DMP-Weiterentwicklung und -Evaluation auf den G-BA zukommt, sondern von einem Mehr an Verantwortung.

Auch wenn man so viele Jahre Gesundheitspolitik in verschiedenen Funktionen gemacht hat wie ich, ist dieses Amt eine echte Herausforderung und eine Verantwortung zugleich. Ich habe nicht ohne Bedacht bei der Verabschiedung von Dr. Hess gesagt, dass die gemeinsame Selbstverwaltung mehr sein muss als die Summe der einzelnen Trägerorganisationen. Dass man dort zusammensitzt, ist ja kein Wert an sich. Selbstverwaltung entsteht nicht durch die Anwesenheit der unterschiedlichen Akteure mit unterschiedlichen Meinungen, sondern einzig und alleine durch den unbedingten Willen, in bestimmten Fragen einen Konsens zu finden. Das ist eine große Herausforderung, die ich annehme, und ich bin bereit, an der einen oder anderen Stelle dazu beizutragen, dass alles etwas schneller geht.

Die Hauptkritik, die aus dem politischen Raum am G-BA geübt wurde, war auch nicht die Qualität der Entscheidungen.

Wenn Kritik geübt wurde, dann meist deshalb, weil der G-BA bestimmte Entscheidungen getroffen hatte, die Einzelnen nicht gefallen haben.

Der entscheidende Punkt war, dass sich viele Dinge in vielen Fällen zu sehr und zu lange im Kreis zu drehen scheinen.

Wir sind noch in einer Phase, in der es große Herausforderungen zu bewältigen gibt. Wir reden alle seit Jahrzehnten von Demografie, von der Verbesserung der Versorgung, von integrierten Versorgungssystemen und von ganzheitlichen Betrachtungsperspektiven. Die zentrale Herausforderung ist es, Entscheidungen nach Möglichkeit schneller auf den Weg zu bringen. Das kann funktionieren, auch unter bestimmten engen Zeit- und Qualitätsvorgaben, was man zum Beispiel beim AMNOG sieht. Natürlich gab es auch hier Kritik, auch hat es am Anfang durchaus Schwierigkeiten gegeben. Jedes neue System muss sich ein Stück weit auch als lernendes System begreifen. Entscheidend ist, dass in relativ kurzer Zeit Verfahren von hoher fachlicher Qualität und hoher praktischer Relevanz eingeführt worden sind. Dieses Beispiel ist in andere Bereiche zu übertragen. Das ist spannend, und da freue ich mich drauf.

Ihr Ziel könnte es sein, von der Selbstverwaltung zur Selbstverantwortung zu kommen?

Im G-BA und auch nicht in der Selbstverwaltung wird man nicht allein durch das Betreten der Geschäftsräume zum altruistischen Wesen, das seine originären Interessen vergisst. Doch ich bin sicher, dass alle Beteiligten bereit sind, unter Nutzung der vorhandenen Ressourcen einen vernünftigen Interessenausgleich zu finden, und zwar im wohlverstandenen Interesse der Patienten, so wie das auch in der Vergangenheit der Fall war.

Weil es keine Alternative gibt? Wenn sie es nicht machen, machen es eben andere.

Jeder vernünftige Mensch kommt zu der Erkenntnis, dass es wohl besser sein wird, selbst einen Kompromiss im Interesse der Verbesserung der Versorgung zu finden, als sich im Eilverfahren Ersatzmaßnahmen des Gesetzgebers einzuhandeln.

Kann ein unparteiischer Vorsitzender wirklich unparteiisch sein?

Selbstverständlich. Die Unparteilichkeit bedeutet doch nicht, dass man meinungslos ist. Man darf und muss eine eigene Meinung haben, man darf und muss auch eine Vorstellung der Gesamtzusammenhänge haben, um einen derartigen Prozess vernünftig moderieren zu können. Ich verstehe mich als Moderator, der sich zunächst anschaut, was die unterschiedlichen Bänke und die Patientenvertretung an Argumenten bringen, und ob die oft kontroversen Positionen zu einem Konsens kommen können. Um einen solchen Prozess zu moderieren, muss ich schon eine mögliche Lösung im Kopf haben. Wenn ich dann feststelle, dass die Parteien nicht konsensfähig sind, hat ein unparteiischer Vorsitzender selbstverständlich die Möglichkeit, ich behaupte, sogar die Verpflichtung, einen Prozess in Richtung eines möglichen Ergebnisses zu moderieren. Und schließlich hat dieses Amt im Extremfall, wirklich nur im Extremfall, das Instrument der dreizehnten Stimme, das sehr kostbar ist.

Das man auch nicht verschleißen darf, weil man sonst seine Unparteilichkeit zu verlieren droht.

Man ist gut beraten, mit dieser dreizehnten Stimme sehr sorgfältig umzugehen, wie es Dr. Hess selbst bei Fundamentalentscheidungen gehandhabt hat. Allerdings bedeutet Unparteilichkeit nun nicht, sich hinzusetzen, sich jahrelang Diskussionen anzuhören und diesen Prozess lediglich durch Worterteilungen zu begleiten. Unparteilichkeit bedeutet für mich, dass man sich mit den Dingen auseinandersetzt, sich an einer offenen Diskussion beteiligt und versucht, zunächst zu einer gemeinsamen Lösung zu kommen. Hier ist der unparteiische Vorsitzende nicht

der Chef, sondern der Primus inter Pares. Wohl kann und muss er aber auch Motor und Schrittmacher sein, wenn die Dinge in ewigen Schleifen oder gar im Treibsand zu versanden drohen.

Als Motor sind Sie auch für die Geschwindigkeit zuständig.

Ich bin ein unverbesserlicher Optimist: Man kann sicher bestimmte Prozesse etwas beschleunigen.

Nehmen wir das Beispiel der Bedarfsplanung.

Da wurde schon enorm viel Vorarbeit geleistet. Bei der hausärztlichen Versorgung, der wohnortnahen Versorgung, der allgemein fachärztlichen Versorgung und der spezialfachärztlichen Versorgung ist die Frage zu klären, wie Versorgungsregionen abzugrenzen sind. Das ist relativ einfach, was die hausärztliche und wohnortnahe Versorgung angeht. Bei der spezialfachärztlichen Versorgung ist es dies ebenfalls, sodass man sich noch bei der allgemein fachärztlichen Versorgung darüber streiten kann, was man nun inkludiert und was nicht. Bei den Hausärzten und bei der wohnortnahen Versorgung wird es zudem sinnvoll sein, auf kleine Planungsbereiche zu gehen, bei der spezialfachärztlichen dagegen auf möglichst große. Auch muss man diskutieren über die Frage, welche Möglichkeiten die Bundesländer bekommen, von den Festsetzungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie abzuweichen. Das sind alles Dinge, die man aus meiner Sicht relativ zügig auf den Punkt bringen kann.

„Ich bin ein unverbesserlicher Optimist: Man kann sicher bestimmte Prozesse etwas beschleunigen."

Beim AMNOG gab es, Gott oder besser der Politik sei Dank, die Zeitvorgabe von einem halben Jahr.

Richtig. Da konnte man keine langen Diskussionsphasen zulassen. Es wäre aber absolut illusorisch zu glauben, es könnte überall so schnell gehen.

Alle Akteure brauchen Planungssicherheit.

Genau das habe ich als Jurist gelernt. Der G-BA ist auch keine Institution, die Spontanentschlüsse treffen sollte. Wichtig war und ist, dass alle Entscheidungen seriös und rechtssicher sind. Dr. Hess war zu Recht immer sehr stolz darauf, dass der G-BA in der Regel alle Gerichtsverfahren gewonnen hat. Das ist ein hoher Anspruch, dem man sich stellen muss. Doch bei aller Notwendigkeit zur handwerklichen Sauberkeit muss aber irgendwann eine Deadline gezogen und eine Entscheidung getroffen werden. Auch das ist ein Anspruch, den ich an mich habe.

Welche „Baustellen" haben Sie sich zu Beginn ihrer sechsjährigen Amtszeit vorgenommen?

Ich werde wie mein Vorgänger die Unterausschüsse Arzneimittel, Bedarfsplanung und Veranlasste Leistungen leiten. Bei den Arzneimitteln scheint mittlerweile eine gewisse vernünftige Basis der Zusammenarbeit entstanden zu sein. Die Abläufe noch reibungsloser und sachgerechter auf den Weg zu bringen, das ist mein erstes Ziel.

Was ist mit dem Bestandsmarkt?

Hier hat der Gesetzgeber mit unterschiedlichen Präzisionsgraden gearbeitet, beispielsweise bei der Frage, wie man sich dem Bestandsmarkt nähern soll. Im Augenblick wurden Wirkstoffe aufgerufen, die schon im Markt befindlich sind, aber identisch sind mit neu zur Zulassung anstehenden. Das ist aus meiner Sicht aus Wettbewerbsgründen in Ordnung. Doch lautet die entscheidende Frage, was man im Weiteren mit dem Bestandsmarkt macht. Hier brauchen wir klare und rechtssichere Aufgreifkriterien.

Was verstehen Sie unter unterschiedlichen Präzisionsgraden?

Während der Gesetzgeber bei neuen Arzneimitteln, die zur Bewertung anstehen, relativ genau geregelt hat, wie das Verfahren zu gestalten ist, hat er auf den Bestandsmarkt nur verwiesen. Hier sehe ich die eigentliche Herausforderung, weil ich die Auffassung vertrete, dass die im Bestandsmarkt befindlichen Arzneimittel keine verfassungsrechtlich geschützte absolute Rechtsposition haben. Auch dieser Bereich muss der Rechtsetzung und den rechtlichen Veränderungen der Rahmenbedingungen zugänglich sein. Wir dürfen aber nicht willkürlich handeln: Das erfordert, dass aufgrund transparenter, nachvollziehbarer, allgemein verbindlicher und schließlich auch gemeinwohldienlicher Kriterien ein Maßstab gefunden werden muss, in welcher Form man hier eingreifen kann.

Dieser Maßstab beginnt bei der Frage, welche Detailmärkte in welcher Reihenfolge aufgerufen werden?

Ich sage noch einmal: Die entscheidende Frage, die die Gerichte auch prüfen würden, ist diejenige, ob der G-BA willkürfrei bestimmte Arzneimittel aufgerufen hat oder nicht. Hier ist die Methodologie der entscheidende Punkt.

Was ist mit dem derzeit aufgerufenen Markt der Glinide?

Man muss abwarten, wie die gerichtlichen Entscheidungen dazu ausfallen. Dennoch muss man für die weiteren Bestandsmarktentscheidungen ein adäquates Raster finden. Die Entscheidung ist getroffen und richtig. Ich halte diesen Aufruf im Bestandsmarkt für ein adäquates Mittel. Hätte man diesen Markt nicht aufgerufen, würde zu Recht die Frage gestellt werden, wieso in einem bestimmten Bereich bei neuen Arzneimitteln ein anderer Maßstab angelegt wird als bei schon im Markt befindlichen.

Ist es denkbar, quasi in einer Art von Rundumschlag, beispielsweise die Blockbuster auszugreifen?

Nein, ich wiederhole es zum dritten Mal: Die entscheidende Frage, die die Gerichte auch prüfen würden, ist diejenige, ob der G-BA willkürfrei bestimmte Arzneimittel aufgerufen hat oder nicht. Hier ist die Methodologie der entscheidende Punkt.

Wie könnten denn eine solche Methodologie aussehen?

Ich habe eine Vorstellung davon, die ich Ihnen aber sicher nicht heute zur Veröffentlichung in einer von mir sehr geschätzten Publikation preisgeben werde. Man wird aber mit Sicherheit auf ein Mischverfahren kommen müssen, in dem zum einen die Umsatzrelevanz der Arzneimittel, zum anderen die Patentlaufzeiten in unterschiedlichen Gewichtungsfaktoren betrachtet werden. Doch das sind Entscheidungen, die im Gemeinsamen Bundesausschuss von den Trägerorganisationen und den dort stimmberechtigten Personen getroffen werden. Ich weiß, dass es unterschiedliche Vorstellungen zwischen den einzelnen Trägerorganisationen gibt; ich weiß aber auch, dass es viele ähnlich rechtsbegabte und vernunftbegabte Leute gibt, die sich mit dieser Frage befassen.

Wie stehen Sie zur Pharmaindustrie?

Jeder hat seine Rolle wahrzunehmen. Aus meiner Sicht wird die Industrie weder bei der frühen Nutzenbewertung noch bei der gesamten Kosten-Nutzen-Bewertung irgendwann in den Zustand „einer echten Liebe" zum G-BA eintreten. Doch manchmal gibt es auch Zweckehen, die am Ende, wenn auch nicht glücklich, so doch in einiger Harmonie laufen können, wenn die Rahmenbedingungen klar sind und Jeder weiß, wo seine Grenzen sind.

Das wird dann wohl eine Ehe sein, die nur zu oft vor den Kadi ziehen wird.

Es ist nachvollziehbar, dass die pharmazeutische Industrie bei allen möglichen Sachverhalten Klagen einreichen wird, schließlich geht es häufig um sehr umsatzrelevante Entscheidungen. Das soll aber die Zusammenarbeit nicht belasten. Wichtig ist, dass alle daran interessiert sind, ein vernünftiges und geordnetes Verfahren mit klaren Rahmenbedingungen zu schaffen. Und dazu gehört eben auch die Frage der Maßstäbe, die an die zweckmäßige Vergleichstherapie angelegt werden. Vor dem Hintergrund muss das, was Dr. Hess schon vor Monaten angekündigt hat, entsprechend entschieden werden.

Dr. Hess hatte schon am 18. März zugesagt, dass die Vergleichstherapie schriftlich begründet werden solle.

Dr. Hess sah darin aus meiner Sicht zu Recht ein sehr wichtiges Präzisierungsfeld. Die Vergleichstherapie wurde in den Niederschriften zu den vertraulichen Beratungsgesprächen schon immer schriftlich begründet. Seit jüngerer Zeit werden zudem die Evidenzrecherchen und die Übersicht der für die Beratung herangezogenen Literatur nach dem Beratungsgespräch zur Verfügung gestellt. Für die Wirkstoffe im Bewertungsverfahren werden vor der finalen Beschlussfassung im Zuge der Veröffentlichung der Nutzenbewertung und der Dossiers diese Dokumente auf der Internetseite des G-BA zur Verfügung gestellt.

Ein weiteres wichtiges Thema sind DMP, die laut Dr. Hess - wie er auf dem letzten MVF-Kongress erklärte - künftig vom indikationsbezogenen zum multiprofessionellen, sektorenübergreifenden Ansatz weiterentwickelt werden sollen. Haben Sie entsprechende Zielvorstellungen?

Ich bin aus BVA-Zeiten durchaus mit DMP vertraut. Die sektorenübergreifende und multiprofessionelle Komponente liegt mir auch am Herzen. DMP sind ja kein Selbstzweck, sondern strukturierte Versorgung. Was mich etwas nachdenklich gemacht hat, sind fehlende Datenbasen an den Schnittstellen der Versorgung. Die Kernfrage wird es sein, wie es der G-BA schaffen kann, eine sektorenübergreifende Datenbasis zu erschließen, die wichtige Entscheidungen erst ermöglichen wird.

Das liegt auch der Versorgungsforschung am Herzen.

Deshalb sage ich das ja auch an dieser Stelle. Das Thema wird in einem eigenen Unterausschuss diskutiert werden, dafür ist der bisher zuständige Unterausschuss „Sektorenübergreifende Versorgung“ in einen Teil „116b“ und einen Part „DMP“ aufgeteilt worden. Letzterer wird den Vorteil haben, dass er weniger von einem Gegeneinander geprägt sein wird, sondern von dem gemeinsamen Interesse aller Bänke an dieser Versorgung.

Der Leitung des Unterausschusses „Sektorenübergreifende Versorgung“ kann man schon heute zu ihrer Aufgabe gratulieren. In diesem Unterausschuss gibt es seit 2010 den wunderbaren Arbeitskreis „Erneuerte Evaluation DMP“ kurz eEDMP. Der ist seit 2010 nicht mehr zusammengetreten, weil er darauf wartet, dass der G-BA einen entsprechenden Beschluss fasst.

Es ist ein Handlungsauftrag an den neuen Ausschuss, nach neuen, einer strukturierten Versorgung zugänglichen Feldern zu suchen. Das betrifft sowohl die Daten, die Evaluation als auch neue DMP-Indikationen. Die Krankheiten zu identifizieren, ist relativ einfach. Die größten Bedarfe haben wir bei der Strukturierung. Strukturierung bedeutet für mich aber nicht, in die Geheimnisse des Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnisses einzugreifen, sondern eine reale Bedarfsplanung zu generieren. Wie will man beispielsweise Bedarfe in der Psychotherapie beschreiben, wenn man noch nicht einmal weiß, welche Behandlungsangebote, unterschiedliche Schulen oder unterschiedliche Ansätze es überhaupt gibt? Auch hier ist aus meiner Sicht eine strukturierte Herangehensweise in Gestalt eines DMP enorm wichtig. Die spannende Frage lautet, wie die bestehenden DMP weiterentwickelt werden können und wo man die nötigen Daten hernehmen kann, um DMP system- und sektorenübergreifend zu gestalten.

Versorgungs- und Ergebnisqualitäten zu definieren, ist sicher der richtigere Ansatz, als das Ganze mehr oder weniger dem Zufall zu überlassen.

Den Erfolg wird man erst dann messen können, wenn eine komplette Behandlungskette und auch die Zugangsgerechtigkeit zu einem System einer Auswertung zugänglich ist. Denn vielleicht sterben ja 5.000 Patienten vor der Krankenhausaufnahme, während die drei, die bereits stationär versorgt wurden, zu 100 Prozent austherapiert worden sind. Die Sterbequote läge trotzdem noch bei 99,9 Prozent!

Aber alle reden von Versorgungsqualität.

Wir messen im Prinzip nur die Prozessqualität. Wenn ein Arzt 25 Formulare ausgefüllt hat, wird dessen Arbeit schon gut sein. Wenn er bestimmte Labortechnik zur Verfügung hat, ebenso. Natürlich kann man mit Formularen Versorgungsqualität verbessern, weil bestimmte Mindeststandards gesichert werden. Nur sind diese nicht das Maß aller Dinge. Entscheidend ist nun einmal, was am Ende der Kette rauskommt: Funktionieren die Übergänge, die nachgelagerten Reha-Maßnahmen, was ist der Output? Sinnvoller ist es, statt Prozess- künftig die Ergebnisqualität zu messen. Das steht ja auch im aktuellen Gutachten des Sachverständigenrats, das ich mit Vergnügen gelesen habe.

Gehen wir kurz zur Evaluation von DMP zurück. Zumindest haben sich ein paar Krankenkassen zusammengetan und wollen Daten zusammenlegen, doch im Endeffekt müssen Daten sektorenübergreifend evaluiert werden können, was die Datenstämme der Ärzteschaft und der Krankenhäuser einbezieht. Wie überzeugen Sie alle Akteure, die nötige Daten nicht liefern wollen?

Bis zum August können alle Akteure ihre Stellungnahmen abgeben. Wenn danach der eine oder andere weiterhin in seiner Verweigerungshaltung verharrt, wird das zur Konsequenz haben, dass die Diskussionen anders geführt werden müssen. Es wird auf Dauer nicht gelingen, dass bestimmte Versorger ihre Daten nicht preisgeben wollen. Wenn die Bewertungen der Fachgesellschaften so ausfallen, wie ich es mir erhoffe, wird eine Ergebnisqualität zutage treten, die es jedem schwer macht, sich länger zu verweigern.

Welche Problemfelder sehen Sie in Zukunft für DMP?

Ein anderes Thema, das sehr brisant werden kann, ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss gezwungen ist, bei DMP künftig Verwaltungskosten und Vollzugsaufwand auszuweisen. Denn ein wesentlicher Bestandteil der DMP ist ja nach wie vor auch die Dokumentation. Da es hier aber auch um den Erkenntnisgewinn für die Versorgungsforschung geht, ist die Dokumentation und der lückenlose Nachweis bestimmter Leistungen Teil der Gesamtaufgabe. Dies im Kontext des Vollzugsaufwandes adäquat zu erfassen, wird sicher spannend.

Herr Hecken, vielen Dank für das Gespräch. <<

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