Gerhard Stein, Vorstand und Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Deutschen BKK

„Der M-RSA muss die reale Versorgung abbilden“

Gerhard Stein, seit Oktober 2011 Vorstand und Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Deutschen BKK, war auch einige Zeit als Personalleiter in Kliniken im süddeutschen Raum tätig: Er kennt damit das stationäre System und wie es tickt, wenn er ganz vorsichtig sagt, dass das DRG-System zwar durchaus kompliziert sei, aber von den Leistungserbringern versucht werde, die Einnahmeseite zu optimieren. Ähnliches - und zwar auf Einnahme- wie Ausgabenseite - versucht im Grunde auch eine Versorgerkasse wie die Deutsche BKK, die mit ihrem hohen Rentneranteil nicht gerade zu den Gewinnern des M-RSA-Systems zählt, weswegen seine zentrale Forderung lautet: „Der M-RSA muss die reale Versorgung besser abbilden.“

>> Sehr geehrter Herr Stein, die Deutsche BKK hat 2012 den Deutschen Servicepreis in der Kategorie Gesundheit erhalten, den der Nachrichtensender n-tv mit dem Deutschen Institut für Service-Qualität vergibt. 2013 ist die AOK Plus auf dem ersten Platz und die Siemens BKK auf dem zweiten. Sagen solche Preise wirklich etwas über die Versorgungsqualität aus oder handelt es sich dabei eher um die Bewertung von Marketingmaßnahmen?

Es handelt sich bei der Auszeichnung tatsächlich um sehr viel mehr als nur eine tolle Bewertung von Marketingmaßnahmen. Den Deutschen Servicepreis hat die Deutsche BKK für die Qualität ihrer Kundenbetreuung und Kundenberatung - auf allen Kanälen - erhalten. In diesem umfassenden Sinn stellt ein exzellenter Service die Basis für eine gute Kundenbeziehung und leistet einen wesentlichen Beitrag für eine gute Versorgung der Versicherten.

Worin sehen Sie überhaupt die Stärke der eher kleineren BKKen in Bezug auf die Versorgung gegenüber den großen gesetzlichen Krankenkassen?

Betriebskrankenkassen sind in der Größe sehr unterschiedlich, wobei die Deutsche BKK beispielsweise zu den größten 20 Krankenkassen in Deutschland zählt. Also so klein sind wir nicht.

Was ist denn der Vorteil einer BKK wie Ihrer?

Das sind die regionalen Schwerpunkte aufgrund der historischen Entwicklung, die mit bestimmten Unternehmen an einem oder mehreren Orten einhergehen. Damit können die regionalen Marktanteile - auch bei kleinen BKKen - in einzelnen Regionen sehr hoch sein. Hinzu kommt, dass aufgrund der Nähe zum beruflichen Umfeld der Kunden auch die spezifischen Anforderungen und Bedarfe gekannt werden.

„Betrachtet man die Versorgungswirklichkeit, sind insbesondere BKKen und auch AOKen die relevanten Akteure bei vergleichbaren Maßnahmen.“

Bis hin zu individuellen Versorgungsprojekten, die ja in der Regel regional gesteuert werden müssen.

Darum können BKKen einen entsprechenden Einfluss in ihrer Region ausüben und die örtlichen Strukturen mit bestimmen. Betrachtet man die Versorgungswirklichkeit, sind insbesondere BKKen und auch AOKen die relevanten Akteure bei vergleichbaren Maßnahmen. Hier nenne ich mal beispielhaft das HPV-Projekt und die ambulante tagesklinische Entzugsbehandlung in Wolfsburg oder die interdisziplinäre Behandlung von Rückenschmerz in Bonn.

Solche Projekte müssen irgendwie finanziert werden.

Sie sagen es: irgendwie und möglichst intelligent.

Innovatives Versorgungsmanagement kostet nun einmal Geld und Personal und den Mut, neue Wege zu gehen. Woher soll zuallerErst das Geld herkommen?

Für uns heißt es vor allem, dass wir unsere Ausgaben gegenüber den Leistungserbringern genau prüfen; beispielsweise durch eine konsequente Abrechnungsprüfung mit Krankenhäusern oder bei den Arzneimitteln. Auch Einsparungen durch Rabattverträge spielen eine immer wichtigere Rolle.

Im Bereich der Krankenhäuser gibt es seit langem die Aussage, dass jede zweite Krankenhausrechnung falsch ist.

So weit möchte ich nicht gehen und den Kollegen dort etwa Absicht unterstellen wollen. Das DRG-System ist durchaus kompliziert und natürlich wird bei den Leistungserbringern versucht, die Einnahmeseite zu optimieren.

Doch letztlich will jeder Leistungserbringer das Beste, sprich, das Meiste für sich herausholen.

Daher versuchen wir, durch Prüfungen die Gelder einzusparen, ohne den Versicherten zu schaden.

Das ist doch nichts anderes als klassische Prozessoptimierung.

Genau. So durchforsten wird jeden Bereich, um Mittel zu gewinnen, um sie dann in Versorgungsprojekte investieren zu können.

Das müssten Sie nicht, wenn Sie genug Geld zur Verfügung hätten. Doch beim morbiditätsorientierten RSA, kurz M-RSA, steht ja noch immer dessen Weiterentwicklung aus. Wie ist die Position ihrer Kasse hierzu?

Wir gehören als Deutsche BKK zu den sogenannten Versorgerkassen.

Wobei dieser Begriff impliziert, dass die anderen anscheinend nicht versorgen würden.

Es stellt sich die Frage, wer Versorgung braucht - und genau hier geht ein Schnitt durch die Kassenlandschaft. Denn es gibt Kassen, die viele Versicherte haben, die einfach noch keine Versorgung benötigen; und es gibt eben jene wie uns, bei denen viele lebensältere Menschen versichert sind, die einen höheren Versorgungsbedarf haben.

Wie lautet Ihre zentrale Forderung?

Das umlagenfinanzierte System Deutschlands ist bekanntlich darauf ausgelegt, dass das, was über den Gesundheitsfonds reinkommt, auch wieder für Versorgung ausgegeben werden soll. Darum muss der Morbi-RSA das Geld exakt dahin steuern, wo es tatsächlich zur Versorgung benötigt wird. Die Realität ist jedoch, dass es Krankenkassen gibt, die quasi wie Dagobert Duck das Geld im Speicher stapeln und es damit der Versorgung entziehen.

Wie dramatisch ist die Unwucht im System?

Der Morbi-RSA verteilt Geld nach Morbiditäten, was aber nur etwa 46 Prozent Treffgenauigkeit ausmacht. Das ist besser als früher, aber aus unserer Sicht immer noch viel zu wenig. Darum ist eine der wesentlichen Stellschrauben diejenige, das Geld dorthin zu lenken, wo es für die Versorgung benötigt wird. Unser zweites großes Problem - eher typisch für uns als Betriebskrankenkasse - ist das Krankengeld, das nach einem Durchschnitt aller GKV-Versicherten verteilt wird. Nun sind wir als Deutsche BKK nun einmal die Betriebskrankenkasse für große - aber zunehmend auch für kleinere - Unternehmen, die meist tarifgebunden sind und damit häufig etwas höhere Löhne bezahlen. Damit steigen aber auch die Krankengeldausgaben.



Wie hoch ist die Lücke?

Da wir einen Ausgleich nach dem Durchschnitt bekommen, fehlen uns alleine hier pro Jahr etwa 20 Millionen Euro. Das heißt nichts anderes, als dass wir diese Millionen an anderer Stelle einsparen müssen.

Womit wieder das Geld für Versorgung fehlt.

Das ist ein Teufelskreis. Daneben gibt es aber noch kleinere Baustellen; etwa die, dass unsere Krankenkasse viele morbide Versicherte betreut, was einfach mehr Personal erfordert. Das ist bei der Kasse, die eher Junge und Gesunde versichert, die zwar ihren Beitrag zahlen, aber im Prinzip recht wenig Leistungen in Anspruch nehmen, ganz anders. Unser Klientel dagegen erfordert einen hohen Betreuungsaufwand. Daher lautet hier unsere Forderung: Ändert den Verteilungsschlüssel. Denn bisher wird nur im Verhältnis 50:50 nach Alter, Geschlecht und Morbidität verteilt; um der Realität näher zu kommen, müsste der Schlüssel auf annähernd 80:20 geändert werden.

Ist das ein zementiertes System, an dem niemand rühren möchte?

Das ist schwer einzuschätzen. Die Frage lautet eher, ob das Thema Gesundheitsfonds ein richtig spannendes Wahlkampfthema wird. Aktuell wird eher über eine etwaige Bürgerversicherung diskutiert, da spielt der Gesundheitsfonds eine eher untergeordnete Rolle. Letztes Jahr beispielsweise hatten wir mit dem BVA die Diskussion, wie die Annualisierung der Sterbefälle gehandelt werden kann.

Weil gerade im letzten Lebensjahr bisher die Kosten nicht in dem Maße ausgeglichen werden, wir sie in diesem finalen Jahr entstehen.

Richtig. Hier konnten wir uns mit dem BVA nicht einigen und brachten den Fall vor das Landessozialgericht. Das gab uns vor wenigen Wochen recht und stellte fest, dass der Finanzausgleich der Krankenkassen einen Methodenfehler bei der Berechnung von Verstorbenen enthält und daher für 2013 korrigiert werden muss. Damit werden nicht nur wir, sondern alle bislang benachteiligten Versorgerkassen, die viele Ältere und Kranke versichern, gestärkt.

Doch wird bis zur Wahl erst einmal die Bürgerversicherung das Themenfeld bestimmen.

Leider. Doch nach der Wahl wird mit Sicherheit wieder Bewegung in das Thema kommen, das ja auch innerhalb der Wahlprogramme keine große Rolle spielt. Die spannende Frage wird sein, welche Konstellation die nächste Bundesregierung bestimmt. Ist es wieder Schwarz-Gelb? Dann wird es genauso weitergehen, wie bisher auch schon, denn das System der Finanzierung mit Zusatzbeiträgen ist von diesen beiden Parteien gewollt. Kommt dagegen eine große Koalition, werden die Karten neu gemischt. Und kommt Rot-Grün, dann steht eben die Bürgerversicherung zur Diskussion.

Rot-Grün haben schon verlautbart, dass beide keine Zusatzbeiträge wollen.

Dann müssen sie sich überlegen, wie das System künftig besser finanziert werden kann. Nach dem 22. September wissen wir mehr.

Wie auch immer die Wahl ausgehen wird, ein Thema bleibt für Ihre und andere Kassen immer das Gleiche: Versorgen heißt Versorgungsmanagement. Haben die Kassen inzwischen gelernt, Versorgung wirklich zu managen?

Die Lernkurve ist bei allen Kassen ganz eindeutig noch lange nicht abgeschlossen. Das ist aber auch logisch, denn Krankenkassen haben früher fast ausschließlich Sozialversicherungsfachangestellte mit der Fachrichtung „gesetzliche Krankenversicherung“ ausgebildet. In dieser Ausbildung hat zwar das Thema Versorgung eine - wenn auch kleinere - Rolle gespielt, aber letztendlich haben alle - auch ich - vor allem die Anwendung von Gesetzen gelernt. Dabei hat Kundenbetreuung und das „Managen von Versorgung“ eine eher untergeordnete Rolle gespielt, wobei das Thema für die Krankenkassen in den letzten Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen hat. Es gibt aber sicher noch vieles zu tun.

Heute beschäftigen Kassen doch schon lange nicht mehr nur Sozialversicherungsfachangestellte.

Richtig. Auch wir beschäftigen darüber hinaus Mediziner, Gesundheits- und Krankenpfleger/innen („Krankenschwestern“), Codierassistenten, Zahnarzthelfer und und und.

Funktioniert damit der eigentlich mögliche multiprofessionelle Versorgungsansatz innerhalb einer Kasse?

Mit gut aus- und laufend weitergebildeten Sozialversicherungs-

fachangestellten und den neuen Professionen können wir die Rolle als Anwalt der Versicherten gut wahrnehmen und uns z. B. auf Augenhöhe mit Ärzten oder Pflegediensten in deren Sprache austauschen.

Ihre Kasse hat doch einen sehr hohen Rentneranteil: Etwa 40 Prozent Ihrer Versicherten sind Rentner, während es bei der TK rund 17 Prozent sind.

Richtig. Darum braucht unser Klientel eine andere, eine intensivere Form von Betreuung. Aus diesem Grund haben wir z. B. in unseren Schwerpunktregionen Gesundheitsassistenten installiert. Das sind Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, die an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung arbeiten und sich insbesondere auch der Pflegefragen annehmen.

Für diese soziale Pflege und auch das Überleitungsmanagement gibt es im EBM auch keine Abrechnungsziffer.

Abrechnungsziffern für Ärzte gibt es keine, aber für die Kassen gibt es ja auch nichts. Alle reden zum Beispiel über das Thema Entlassmanagement aus der stationären Versorgung. Doch wie sieht die Realität häufig genug aus? Die Patienten werden am Freitag entlassen und die Anschlussversorgung beginnt am folgenden Montag. Hier gibt es einfach noch Lücken.

Was sagt denn der betreuende Arzt dazu, wenn sich Kassen ins Entlassmanagement einmischen?

Hier erleben wir zwei ganz konträre Positionen. Der eine Arzt fühlt sich in seiner Kompetenz beeinträchtigt, der andere entlastet. Generell gilt, dass alle Seiten lernen müssen, sich noch besser zu vernetzen. Althergebrachte Fronten zwischen Kostenträger und Leistungserbringer, bei den Leistungserbringern zwischen ambulant und stationär und innerhalb stationär wiederum zwischen den verschiedenen Fächern, müssen endlich beigelegt werden. Aber das dauert noch seine Zeit, bis sich Kooperation statt Konfrontation durchsetzt.

„Die Regeln in der Mittelverteilung sind unscharf gefasst, so dass die Budgetverhandlungen ebenso wie die medizinischen Notwendigkeiten und die Berechnung der stationären Behandlungen Konfliktpotenzial mit sich bringen."

Wo sehen Sie die Hauptprobleme im stationären Sektor? Wo liegen die Hauptkonflikte zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern?

Als Kostenträger hat die Krankenkasse verantwortungsbewusst mit den Mitteln der Solidargemeinschaft umzugehen. Ein Krankenhaus bewegt sich dagegen im Spannungsfeld aus medizinischer Innovation, Ökonomie und dem Versorgungsauftrag , so dass die Optimierung der Einnahmen im Vordergrund stehen muss.

Wo ist das Problem?

Die Regeln in der Mittelverteilung sind unscharf gefasst, so dass die Budgetverhandlungen ebenso wie die medizinischen Notwendigkeiten und die Berechnung der stationären Behandlungen Konfliktpotenzial mit sich bringen. Der Patient ist davon primär nicht betroffen. Im Allgemeinen ist es für ihn nicht von Nachteil, dass die durchschnittliche Verweildauer in den letzten zehn Jahren um 17 % sank. Sie nehmen aber sehr wohl den Investitionsstau bei überfälligen baulichen Maßnahmen wahr, der jedoch durch die Länder zu beheben wäre.

Ein häufiges Problem ist auch das Gegeneinander von Medizin und Verwaltung in den Krankenhäusern. Auf der einen Seite steht der Vorwurf der Ökonomisierung der Medizin, auf der anderen Seite der Vorwurf der riesigen Ineffizienz der Versorgung. Sehen Sie Ansatzpunkte, wie man aus einem solchen oft unfruchtbaren Gegeneinander herauskommen könnte?

Es ist ein Irrglaube, dass die medizinische Versorgung der Bevölkerung wirtschaftlich sein kann. Das würde voraussetzen, dass mehr erlöst als investiert wird. Weit wichtiger ist die Frage, was eine Gesellschaft bereit ist für die medizinische Versorgung auszugeben, beziehungsweise auch ausgeben kann. Wir erleben allerdings auch, dass immer mehr Player ein Stück vom Kuchen „Gesundheitswesen" haben wollen. Ständig gibt es neue Angebote, oft leider nicht qualitätsgeprüft. Oder Überangebote in attraktiven Regionen – aber auch Mangel in eher ländlichen Strukturen. Es gibt also noch viel zu tun.

Oder auch die Adhärenz zu wünschen lässt, gerade eben haben Booz und die BertelsmannStiftung in einem Review einen volkswirtschaftlichen Schaden von bis zu 75 Milliarden Euro pro Jahr festgestellt.

Wichtig und richtig wäre, dass sich jeder - auch der Patient - als Teil eines Systems erkennt, in dem nur begrenzt Mittel zur Verfügung stehen. Und wir müssen es schaffen, bestehende und teure Parallelstrukturen besser zu koordinieren und die derzeit noch sehr abgegrenzten Versorgungssektoren besser zu verzahnen.

Was bedeutet für eine Kasse wie die Deutsche BKK das System Rabattvertrag?

Im Jahr 2012 konnten wir alleine dadurch 29 Millionen Euro einsparen. Ebenso spürbar sind der erhöhte Hersteller- und der Moratoriumrabatt. Diese tragen durchaus messbar zu den Einsparungen bei. Das ist Geld, das wir dringend an anderen Stellen benötigen.

Und die Erstattungsbeträge der frühen Nutzenbewertung?

Diese beginnen zu wirken, auch wenn in 2012 die Einsparungen absolut noch nicht so hoch waren. Man darf dabei aber nicht vergessen, dass gemäß des Verfahrens erst nach und nach für mehr Präparate Erstattungsbeträge vereinbart werden.

Noch mal zum Rabattvertrag: 29 Millionen bei einem Gesamtbudget Ihrer Kasse von 2,5 Milliarden Euro? Über wie viel reden wir?

Das Ganze muss man im Kontext der Arzneimittelversorgung betrachten, da liegen wir bei rund 420 Millionen Euro pro Jahr. Dann sind 29 Millionen schon eine Hausnummer, die uns guttut. Aber natürlich haben Sie recht, dass das kleine Bausteine sind, doch auch kleine Schritte führen uns weiter. Sorgen bereiten uns die Aussichten für 2014. Der erhöhte Herstellerrabatt soll wegfallen und der Wegfall des Moratoriumrabattes belastet in zweifacher Hinsicht, denn es ist mit Nachholeffekten von Preiserhöhungen zu rechnen. Dieser Wegfall der Entlastungen wird durch die steigenden Einsparungen durch die frühe Nutzenbewertung in 2014 noch nicht aufgefangen werden können.

Wenn ich mir das Ungleichgewicht zwischen Prävention und Leistungsausgaben vorstelle! Die AOK - so eine Pressemitteilung vor einigen Wochen – weitet ihre Prävention auf 159 Millionen aus. Bei rund 40 Millionen Versicherten sind das rund drei Euro pro Kopf!

Die Kassen dürfen heute drei Euro pro Versicherten pro Jahr ausgeben. Wobei allerdings der Gesetzgeber im Präventionsgesetz eine Erhöhung auf 7 Euro vorsieht, ein Teil in Höhe von 2 Euro dann aber an die BzGA gehen soll. Mit diesen 159 Millionen Euro macht die AOK genau das, was der Gesetzgeber ihr zugesteht. Dieser Betrag ist natürlich im Verhältnis zu dem, was die Kassen gesamthaft ausgeben, ein Witz.

Besonders wenn man die Verhältnisse betrachtet: Die AOK stellt für jedes Mitglied an die Krankenhäuser 1.192, Ihre Kasse gar 1.358 Euro bereit, ob nun eine Krankenhausbehandlung in Anspruch genommen wurde oder nicht - insgesamt sind das bei der AOK 62,47 Milliarden Euro, bei Ihrer Kasse immerhin auch 840 Millionen Euro. Aber dann nur 3 Euro für Prävention! Woher kommt dieses dramatische Ungleichgewicht?

Prävention muss endlich als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden. Daher ärgert uns Krankenkassen im Augenblick auch das vorliegende Präventionsgesetz, das die privaten Kassen, aber auch die öffentliche Hand außen vor lässt. Denn die gesetzlichen Kassen sollen alles bezahlen. Nicht, dass die Kassen diese Rolle nicht wahrnehmen wollten, aber doch nicht nur als Zahlmeister der Nation.

„Wie soll eine Kasse alleine mit 3 oder auch 7 Euro im Jahr Prävention machen? Das ist einfach Nonsens."

Sondern als was?

Als Mitgestalter. Doch wie soll eine Kasse alleine mit 3 oder auch 7 Euro im Jahr Prävention machen? Das ist einfach Nonsens.

Vielleicht müssen die Krankenkassen lernen, neue Wege zu gegen.

Richtig. Prävention ist nicht nur - aber auch - für die Kassen ein Wettbewerbsfeld, wo wir uns mit Kompetenz profilieren können.

Wobei das auch eine Chance sein kann, denn viele Betriebe haben erkannt, dass sie in die Gesundheit ihrer Mitarbeiter investieren müssen.

Wenn ich auf unsere großen Trägerunternehmen wie Post, Telekom, Postbank und VW schaue, stimmt das. Diese Großunternehmen haben eigene Abteilungen eingerichtet, die wir ausdrücklich unterstützen. Als die Betriebskrankenkasse dieser Unternehmen sind wir Partner, Unterstützer und natürlich auch Ideengeber.

Wer finanziert betriebliches Gesundheitsmanagement?

Die Unternehmen nehmen selbst Geld in die Hand, weil sie die Gesundheit ihrer Mitarbeiter als hohen Wert erkannt haben. Und wir unterstützen im Rahmen unserer finanziellen Möglichkeiten.

Was ist mit kleineren Unternehmen?

Da sind wir oft „Treiber" und Ideengeber. Ein Unternehmer, der jeden Tag um die nötige Wertschöpfung für sein Unternehmen kämpft, kann sich meist nicht um dieses, wenn auch wichtige Thema kümmern. Für diese Unternehmen müssen wir als BKKen die Partner sein, indem wir gemeinsam ein zu ihrem Setting passendes Programm auflegen.

Es gibt viele Angebote und Dienstleister im Gesundheitsmanagement und auch des betrieblichen. Wie sieht es mit der Evidenz aus?

Wir wissen ja heute nicht einmal, ob die Vielzahl der angebotenen Vorsorgeuntersuchungen am Ende des Tages wirklich etwas bringen. Auch hier wird viel zu wenig Geld in die Hand genommen, um derartige Fragestellungen zu erforschen. Auch das wäre eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Damit wären wir bei der Versorgungsforschung.

Ich würde mir wünschen, dass alle von uns aufgelegten Projekte immer mit einer Evaluation einhergehen. Doch hier stoßen wir schnell an finanzielle Grenzen, weil eine begleitende Versorgungsforschung nicht ganz günstig ist.

Und auch nicht durch den Morbi-RSA abgedeckt ist.

Überhaupt nicht. Noch schlimmer: Wir dürften oft gar keine eigene Forschung machen. Und wenn wir es tun, steht uns das Bundesversicherungsamt auf den Füßen, das haargenau nachrechnet, ob wir nun 3 oder 3 Euro 50 für Prävention ausgeben. Das ist völlig schizophren.

Das BVA hält sich sicher genau an den Gesetzestext.

Das ist genau das Problem. Wenn wir dem BVA einen innovativen Vertrag vorlegen, kommt der meist mit dem Vermerk zurück: Das Projekt ist nicht abgedeckt durch das SGB V. Oder: keine Wirtschaftlichkeit feststellbar. Doch wie soll eine Kasse heute bei einem Versorgungsprojekt vorher sagen, ob es wirtschaftlich ist? Und was ist überhaupt Wirtschaftlichkeit? Auch kann man solche Projekte meist nicht mit Jahreszeiträumen bemessen.

Ist die Rechtsaufsicht für Innovation aufgestellt? Oder wird zu hart am Gesetzestext argumentiert, statt gestaltend Freiräume zu schaffen?

Das Bundesversicherungsamt ist sicher sehr stark vom Blick ins Gesetz getrieben.

Kein Wunder: Das BVA ist ja auch eine selbständige Bundesoberbehörde und obendrein ein untergesetzlicher Normgeber. Dass es sich als solche an den Gesetzestext zu halten hat, ist logisch. Dennoch kann man sicher den oft gehörten Vorwurf nicht länger so stehen lassen, dass die Kassen als solche nicht innovativ genug seien und/oder zu wenig Geld in Versorgungsprojekten investierten.

Ganz eindeutig. Wir würden gerne mehr tun, doch müssen wir uns immer überlegen, wie ein mögliches Vertragskonstrukt aussehen kann, damit das BVA nicht irgendwelche formalen Dinge findet, die das Ganze verhindern.

Dabei soll es durchaus einige Kassen geben, die versuchen, die Vorlagenpflicht zu umgehen.

Ich halte das nicht für den richtigen Ansatz. Man müsste Kriterien entwickeln, die die Rahmenbedingungen exakt definieren, bis hin zum finanziellen Risiko, das die Gesellschaft bereit ist, für Wissensgewinn auszugeben.

Haben Sie ein Beispiel?

Die Politik beklagt beispielsweise, dass in Deutschland zu viel operiert wird. Wenn wir nun als Kasse unseren Versicherten das Thema der Zweitmeinung näher bringen wollen, stoßen wir an alle Hürden, die es in Deutschland nur irgendwie gibt. Wir dürfen beispielsweise nicht mit entsprechenden Portalen zusammenarbeiten.

Was die AOK indes macht.

Es gibt die allseits bekannten Unterschiede zwischen dem BVA und den Aufsichten in den Ländern.

Also ein mögliches Innovationshemmnis qua Rechtsaufsicht, dabei haben beide den gleichen Gesetzestext.

Dennoch ist dieser interpretierbar und es gibt immer wieder unterschiedliche Auslegungen. Daher fordern wir eine einheitliche Rechtsaufsicht für alle gesetzlichen Krankenkassen.

Herr Stein, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.