Wolfgang Zöller, Patientenbeauftragter der Bundesregierung, im MVF-Interview:

Mehr Mut, mehr Moral und mehr Vertrauen

Seit November 2009 ist der CSU-Gesundheitsexperte Wolfgang Zöller als Patientenbeauftragter der Bundesregierung im Amt. Der Nachfolger von der SPD-Politikerin Helga Kühn-Mengel brachte Einiges an Erfahrung mit: Als CSU-Abgeordneter im Bundestag hat er sich seit 1990 auf die Gesundheitspolitik spezialisiert. Von 1994 bis 2005 war Zöller gesundheitspolitischer Sprecher der CSU-Fraktion, lange Jahre gehörte er dem Gesundheitsausschuss des Bundestages an. Zuletzt vertrat der Gesundheitspolitiker in der zwölfköpfigen Arbeitsgruppe Gesundheit die Christsozialen bei den Koalitionsverhandlungen. In seinem neuen Amt will Zöller durch das geplante Patientenrechtegesetz der Zersplitterung des Patientenrechts entgegenwirken. Gegen Ende des Jahres soll ein entsprechendes Diskussionspapier vorliegen.

Summary

- Höhere Zwangsrabatte für Arzneimittel gegen seltene Erkrankungen wären kontraproduktiv und paradox.
- Bei Rabattverträgen sollte nicht nur der Preis, sondern auch die komplette Versorgung des Patienten betrachtet werden.
- Wenn das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Arzneimitteln nicht stimmt, sollten die Preise sinken, doch wenn ein Medikament z. B. weniger Nebenwirkungen hat, wird dies die Kasse auch bezahlen. Bei der Nutzenbewertung sollte die individuelle Patientenerfahrung vom IQWiG stärker berücksichtigt werden.
- Hausarztverträge sind derzeit reine „Machtverträge".
- Alle Daten, die dem Patienten nützen, sollten mit Einverständnis des Patienten gespeichert und genutzt werden können.

>> Herr Zöller, das Amt des Patientenbeauftragten mag dem Patienten als ein konstantes Amt erscheinen. Dennoch steht es in Abhängigkeit zur regierenden Koalition. Was hat sich mit der neuen Legislaturperiode geändert?

Zunächst einmal: Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung ist nicht von einem bestimmten Ministerium abhängig, auch wenn die enge Bindung und Abstimmung mit dem Gesundheitsministerium gegeben ist und auch vorbildlich funktioniert. Der Beauftragte genießt einen gewissen Freiraum und hat die Möglichkeit, auf verschiedene Ministerien zurückzugreifen. Diese Freiheit ist wichtig, weil sie politische Unabhängigkeit garantiert. Dadurch besteht auch ein Schutz für die Rechte der Patienten. Sie werden nicht durch Veränderungen im Parlament, beziehungsweise einen Koalitionswechsel, gefährdet.

Zur Zeit steht die Gesetzgebung zum Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) an. Wie sind Sie als Patientenbeauftragter in diesem Prozess eingebunden - nehmen Sie an den Anhörungen teil, bringen Sie sich mit Ihrer Stimme für die Patienten ein?

Sicher, und zwar auf zwei Problemfeldern. Das Erste sind die Rabattverträge. Wenn diese weiterhin so intensiv genutzt werden wie zur Zeit, führt das zu einer großen Verunsicherung bei den Patienten und gefährdet die Compliance. Wir treten für eine bessere Auslegung der Festbetragsregelung ein. Das zweite große Thema sind Arzneimittel für seltene Erkrankungen. Wir haben versucht, dafür eine Ausnahmeregelung von der Rabattanhebung zu erzielen, damit Patienten mit seltenen Erkrankungen nicht aufgrund einer neuen Preisgestaltung von Medikamenten ausgeschlossen werden. Firmen, die Medikamente für seltene Erkrankungen herstellen, erzielen ohnehin nicht den gleichen Umsatz wie die Hersteller von Medikamenten für häufige Erkrankungen. Wenn dann der Rabatt noch angehoben wird, wird der Anreiz, seltene Medikamente auf den Markt zu bringen, nicht gerade steigen. Es wäre kontraproduktiv und paradox, auf der einen Seite Menschen mit seltenen Erkrankungen helfen zu wollen und auf der anderen Seite mit einer Regelung dagegen zu wirken.

„Wenn Rabattverträge weiterhin so intensiv genutzt werden wie zur Zeit, führt das zu einer großen Verunsicherung bei den Patienten und gefährdet die Compliance."

Gilt das denn nicht für alle Indikationen, bei denen eine konstante Therapie gefragt ist, zum Beispiel Schmerztherapie? In der Schmerztherapie kommt ja jede Neueinstellung eines Medikaments qua Rabattvertrag einer therapeutischen Neuentscheidung gleich. Welcher Weg führt nun aus diesem Dilemma hinaus?

Wir brauchen ein radikales Umdenken unter allen Beteiligten. In der öffentlichen Diskussion haben sich die Teilnehmer zu sehr auf den Preis von Arzneimitteln fokussiert und das „Drumherum" aus dem Blick verloren. Ein Schritt in diese Richtung, den ich sehr begrüße, ist die Haltung des Bundesministeriums in der Diskussion über die Insulin-Therapie, bei der betont wurde, dass nicht nur der Preis und das Medikament betrachtet werden dürfen, sondern auch dessen Auswirkung auf die Lebenssituation des Menschen. Mittelfristig werden wir uns ein ganzheitliches Betrachten angewöhnen müssen. Dazu zählt nicht nur die Frage nach den aktuellen, sondern auch nach den Folgekosten einer Behandlung. Dafür ist ein Denken über die Sektorgrenzen hinweg absolut notwendig. Auch in der Bewertung! Die komplette Versorgung des Patienten muss bewertet werden, und nicht nur einzelne Aspekte.

Die Frage wird sein, wie das organisiert werden kann?

Vom Forschungsministerium sind erstmals Mittel für Versorgungsforschung freigestellt worden. Das begrüße ich sehr. Nun müssen wir den Patienten in den Mittelpunkt stellen, um eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten. Die Fragestellung muss lauten: Was ist das Beste für den Patienten?

Was bedeutet das in der Praxis? Sie setzen sich im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) dafür ein, die Vertreter von Patienten zu stärken. Ist das Ihre Strategie?

Wir verfolgen drei Ansätze. Der erste ist die gesetzliche Basis. Wir arbeiten am so genannten Patientenrechtegesetz, um das bislang zersplitterte Recht der Patienten zu bündeln. Hier ist schon die Wortwahl entscheidend: kein Patientenschutz-, sondern ein Patientenrechtegesetz. Der Patient wird hier als Partner im Gesundheitssystem be-

trachtet. Und der zweite Ansatz ist - Sie haben ihn richtig erkannt - die Stärkung der Patienten-Vertreter. Im G-BA werden wir uns dafür einsetzen, dass die Patientenvertreter dort ein Mitbestimmungsrecht bekommen. Der dritte wichtige Punkt ist die Patienten-Information und -Aufklärung. Wir stellen immer wieder fest, dass die Information der Patienten nicht ausreichend ist. Die Informationsmöglichkeiten müssen verbessert werden. Dafür müsste die unabhängige Patientenberatung Deutschlands (UPD) eine neue Rolle übernehmen - weg vom Modell-Charakter hin zu einer Regelleistung.

Planen Sie weitere Maßnahmen in Richtung Patienten-Information?

Ja, wir bräuchten eine stärkere Vernetzung unter den Kompetenzgruppen. Die UPD kann nicht auf allen Fach-Gebieten über absolutes Wissen verfügen. Aber sie muss ein Kompetenzzentrum identifizieren können, wo ein Patient die richtige Auskunft erhält. Ärzte sind Teil des Netzes. Unser Ziel ist es außerdem, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zu fördern und zu verbessern. Dafür müssen beide Seiten über ihre Rechte und Pflichten Bescheid wissen.

Sollten aber diese gesetzlich verankert werden, müsste auch eine Kontrolle, zum Beispiel von Arztgesprächen möglich sein. Über jedes Gespräch einen Bericht anzufertigen, käme jedoch einem bürokratischen Monstrum gleich. Wie könnte also die Kontrolle aussehen?

Natürlich können wir keine Gesprächsprotokolle einführen. Das würde das Vertrauensverhältnis erheblich stören, anstatt es zu fördern. Ob ein Arzt sich an die Verpflichtung hält oder nicht, werden Sie aber sehr schnell über Mund-zu-Mund-Propaganda erfahren. Es ist also eine Art Wettbewerbskontrolle. Der Wettbewerb wird in Zukunft eben nicht nur unter den Krankenkassen, sondern auch unter den Ärzten und ihren Dienstleistungen eine größere Rolle spielen. Andere Akteure wie Medien und Krankenkassen werden außerdem gleichzeitig für mehr Transparenz sorgen.

Welchen Zweck hat das Patientenrechtegesetz noch außer der Patienten-Information?

Durch das Patientenrechtegesetz wollen wir eine neue „Fehlerkultur" fördern. Damit meine ich, dass sowohl richtige Fehler als auch so genannte „Beinahe"-Fehler sofort anonym gemeldet und möglichst schnell ausgewertet werden. Nur so können Defizite und Schwachstellen identifiziert werden, nicht nur in den ärztlichen Leistungen. Das betrifft Arzneimittel genauso. Wenn etwa bei einem Medikament mehrmals eine Verwechslung gemeldet wird, muss der Hersteller alarmiert werden. Im besten Fall sollte man schon bei der Zulassung darauf achten, dass eine Verwechslung, etwa aufgrund von ähnlichen Medikamentennamen - erst gar nicht auftritt. Hier schöpfe ich aus meinem Erfahrungsschatz als Sicherheitsingenieur: Je mehr „Beinahe"-Unfälle und kritische Situationen identifiziert werden, desto besser können Fehler in Zukunft verhindert werden. Einige Krankenhäuser setzen das bereits per CIRS-System um, und das funktioniert hervorragend - weniger Reklamationen, mehr Patientenzufriedenheit. Schon mittelfristig zahlt sich das aus.

Neben der Patienten-Information also eine neue „Fehlerkultur". Gibt es noch weitere wichtige Punkte?

Eine wichtige Frage ist: Wie geht man mit Behandlungsfehlermeldungen um? Zurzeit befinden sich die Patienten aus meiner Sicht zu sehr in der Beweispflicht. Der Patient sollte die Möglichkeit haben, schneller zu seinem Recht kommen. In den Schlichtungs- und Gutachterstellen, die bei Behandlungsfehlern ins Spiel kommen, sollten



deshalb auch Patientenvertreter eingebunden werden. In Rheinland-Pfalz wird das bereits - mit großem Erfolg - praktiziert. Darüber hinaus schauen wir uns derzeit das Österreichische Modell an. Dort gibt es bei Behandlungsfehlern einen speziellen Fonds, in den Patienten bei stationärer Aufnahme einen geringen Beitrag einzahlen. Mit den Mitteln aus diesem Fonds können dann Patienten bei Behandlungsfehlern außergerichtlich entschädigt werden. So werden die Gerichte von kleineren Fällen entlastet. Im Idealfall werden Fehler künftig automatisch gemeldet und die Gerichtsverfahren erübrigen sich.

Sie sprechen da Fragen an, die man eigentlich schon seit Längerem durch Versorgungsforschung hätte evidenzbasiert klären können. Nämlich: Welche Fälle gibt es, mit welchen Auswirkungen und wie werden sie gütlich gelöst? Gibt es denn evidenzbasierte Studien zu diesen Thematiken?

Das ist noch nicht der Fall, aber der Anfang ist gemacht. Mit Hilfe der 54 Millionen Euro vom Forschungsministerium sollen genau diese Fragen geklärt werden.

Uns steht eine Gesundheitsreform inklusive Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) bevor. Der Diskussionsentwurf zum AMNOG enthält einen Punkt über die Zuzahlung der Patienten für Medikamente. Ein Patient wird sich also nur dann teure Arzneimittel leisten können, wenn er über entsprechende Mittel verfügt. Was sagen Sie als Patientenbeauftragter zu dieser Idee? Ist das nicht eine Zementierung der Zwei- oder Dreiklassengesellschaft?

Sie müssen beachten, dass es auch einen Vorteil darstellen kann, wenn ein Patient bei seiner gewohnten Medikation bleiben kann. Ich

sehe aber auch einen Nachteil - nämlich darin, dass die Arzneimittelhersteller nicht dazu angehalten werden, ihre Preise zu senken, wie etwa bei einer Festbetragsregelung. Andererseits dürfen wechselnde Rabattverträge natürlich nicht dazu führen, dass die Compliance von Patienten sinkt. Wenn die Medikamente erst gar nicht eingenommen werden, kann von Kostenersparnis keine Rede sein.

Das hieße aber nichts anderes, als dass der Patient für seine eigene Compliance zahlen muss.

So gesehen, schon. Man muss sich aber auch im Klaren darüber sein, dass die Solidargemeinschaft nur Leistungen bezahlen kann, die medizinisch auch notwendig sind, und nicht nur „wünschenswert". Darüber, welche Leistungen notwendig sind, müssen wir uns von Neuem Gedanken machen. Und auch darüber, wie der medizinisch-technische Fortschritt gleichzeitig sowohl den älteren als auch den jungen Menschen zugute kommen kann.

Nun taugt aber nicht jedes Instrument dazu, Geld einzusparen. Laut einem wissenschaftlichen Beitrag in der MVF-Ausgabe 2008 sind zum Beispiel die höchstens zu erwartenden Einsparungen durch Rabattverträge recht überschaubar: pro Patient - 21 Euro im Jahr. Würde man aber in die Compliance investieren, könnten Milliarden Euro eingespart werden, und noch viel mehr durch eine strukturübergreifende Versorgung oder eine einheitliche IT-Struktur mit Patientendaten. Die Frage ist also, ob nicht vielleicht am falschen Ende investiert wird - nicht nur in Bezug auf das Geld, sondern auch auf das Personal und das Know-how. Fakt ist, dass es anscheinend größere Hebel für Einsparungen gibt, als die, die genutzt werden. Warum ist das so, wäre eine Investition am „richtigen" Ende zu kompliziert?

Sie haben sicherlich bemerkt, dass ich bei dieser Aussage schmunzeln musste. Ich möchte darauf hinwirken, dass solche Annahmen und Berechnungen durch Versorgungsforschung genau belegt werden, und dass wir das Gesundheitssystem nicht noch komplizierter machen, als es schon ist. Ich für meinen Teil bin ein leidenschaftlicher Anhänger der Festbetragsregelung. Und wenn bei den Krankenkassen jetzt neben der Festbetragsregelung noch Spielraum für Rabattverträge besteht, dann hätte ich mir gewünscht, dass die Krankenkassen diesen Spielraum schon genutzt hätten. In diesem Fall wäre die Compliance bei den Patienten auch gleich geblieben, jeder hätte seine Medikamente bekommen, wie bisher auch. Ich kann mir vorstellen, dass die Krankenkassen genau das als Versorgungsvorteil in Zukunft ansehen werden. Nach dem Motto „Bei uns bekommen Sie genau die Medikamente, die der Arzt Ihnen verschrieben hatte".

„Ich möchte darauf hinwirken, dass solche Annahmen und Berechnungen durch Versorgungsforschung genau belegt werden, und dass wir das Gesundheitssystem nicht noch komplizierter machen, als es schon ist."

Bei den Rabattverträgen sind ja im Moment die Kosten für die Verträge selbst zum Teil höher als die Einsparungen. Das war ursprünglich anders gedacht - den Kassen sollte die Möglichkeit gegeben werden, alle Bereiche, die in der Festbetragsregelung nicht berücksichtigt werden konnten, durch Rabattverträge zu regeln. Es wurden aber viel mehr Rabattverträge abgeschlossen als geplant. Das ist nicht richtig. Vor allem im Generikabereich sind Rabattverträge nicht sinnvoll, da dieser Bereich bereits in der Festbetragsregelung enthalten ist. Sinnvoll sind Rabattverträge bei Medikamenten mit Patentschutz, bei denen noch keine Festbetragsregelung greifen kann. Große Hoffnungen lege ich hier in die Kosten-Nutzen-Bewertung. Auf deren Basis könnte bei den patentgeschützten Arzneimitteln eine Preissenkung gefordert werden, wenn das Kosten-Nutzen-Verhältnis nicht stimmt.

Das Argument der Industrie lautet immer, die innovative Arzneimittelforschung und Entwicklung kämen dann zu kurz.

Das Gegenteil ist der Fall. Wenn etwas wirklich innovativ ist, und etwas Neues und Besseres darstellt, ein Medikament etwa weniger Nebenwirkungen hat, dann wird es die Krankenkasse auch bezahlen. Das wäre aber aus meiner Sicht bei einem Medikament nicht gerechtfertigt, bei dem bloß der Nutzen, aber eben kein Zusatznutzen gegeben ist.

Sie setzen sich auch dafür ein, dass in der Nutzenbewertung des IQWiG die individuelle Patientenerfahrung stärker berücksichtigt wird.

So ist es, denn es zählt nicht nur die Höhe des Anschaffungspreises eines Medikamentes, sondern auch die Frage, welche Kosten auf Dauer eingespart werden können. Der hohe Preis kann sich etwa schnell auszahlen, wenn die Patienten bereits nach wenigen Tagen wieder schmerzfrei und aktiv sind. Diesen Faktor muss man in der Gesamtbetrachtung bei der Kosten-Nutzen-Bewertung berücksichtigen. Und hier kommen wir zur Versorgungsforschung zurück.

Sie hatten erwähnt, dass es bei den Rabattverträgen Nachteile gibt. Nun gibt es aber die so genannten „intelligenteren" Selektivverträge. Sprechen Sie denen bessere Chancen zu, weil sie im Patienteninteresse weiterentwickelt werden und die Versorgungsforschung quasi mit einschließen?

Das hängt von dem Nutzen ab. Ich befürworte Selektivverträge, die für den Patienten einen Nutzen haben. Ich lehne aber Selektivverträge ab, die nur Krankenkassen nützen. Ein konkretes Beispiel: Wenn die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, Selektivverträge mit einzelnen Abteilungen der Krankenhäuser abzuschließen, besteht die Gefahr, dass die Krankenkasse künftig bestimmt, welches Krankenhaus überlebt und welches nicht. Unterschiedliche Vergütungssätze halte ich nur auf der Basis der Qualität für sinnvoll und richtig.

Haben Sie ein Beispiel für einen „guten" Selektivvertrag?

Theoretisch wäre der Hausarztvertrag, wenn er richtig umgesetzt würde, so ein Beispiel. Aber auch hier gibt es Probleme. Und zwar dann, wenn ein Hausarzt versucht, möglichst viele Patienten einzuschreiben, damit er die entsprechende Pauschale bekommt. Der Haken dabei ist die Tatsache, dass der Arzt die Pauschale auch dann bekommt, wenn Kinder eingeschrieben und nach dem ersten Arztbesuch zum Kinderarzt überwiesen werden. Der Hausarzt muss dann für 30 bis 40 Prozent weniger Patienten die Behandlung fortführen, erhält aber die Pauschale trotzdem. Hier geben wir sinnlos Geld aus. Ein gutes Gegen-Beispiel ist ein Mammografie-Pilotprojekt in einem KV-Bezirk. Im Bereich Mammografie gab es die meisten Fehldiagnosen, bis eine kassenärztliche Vereinigung eingeschritten ist. Die KV stellte die Regel auf, dass ein Arzt nur dann eine Mammografie-Leistung abrechnen kann, wenn er die entsprechende Weiterbildung absolviert hat und über die medizinisch-technischen Einrichtungen verfügt. Nach diesen Vorgaben galten fast 80 Prozent der Ärzte als nicht befugt, die Untersuchung abzurechnen. Aber das Wichtigste ist - die Fehldiagnosen sind drastisch zurückgegangen! Das ist der richtige Weg, Verträge sinnvoll und hochwertig zu gestalten. Zurzeit sind aber viele Hausarztverträge nichts anderes als „Machtverträge".

Wie sollte die Gesellschaft denn nun mit diesen „Machtverträgen" besser umgehen?



Changing tomorrow – die Vision von Astellas.
Eine bessere Zukunft für die Patienten ist unser Ziel. Und das in allen Therapiefeldern von Astellas: Urologie, Transplantation, Pneumologie, Dermatologie, Antiinfektiva und Schmerz-Management. Wir entwickeln wegweisende Therapieformen, die vorhandene Behandlungslücken schließen. Durch innovative Forschung und Entwicklung zuverlässiger Arzneimittel tragen wir weltweit dazu bei, die Gesundheit der Patienten zu verbessern. Wir machen die medizinischen Lösungen von morgen bereits heute verfügbar. Changing tomorrow: Eine bessere Zukunft ist der Maßstab unseres Erfolgs.

www.astellas.de

© 2010 Astellas Pharma Europe Ltd.
ASTELLAS, LEADING LIGHT FOR LIFE, CHANGING TOMORROW und das Star Logo sind Schutzmarken der Astellas Pharma, Inc. und ihrer Tochterfirmen

TRANSPLANTATION
UROLOGY
DERMATOLOGY
ANTI-INFECTIVES
PAIN MANAGEMENT

astellas
Leading Light for Life

Der erste Schritt ist schon getan, indem für die Haus- und Fachärzte zwei getrennte Töpfe geschaffen wurden. Das Problem besteht nun darin, dass die Verhandlungsmacht der Kassen, da sie immer mehr fusionieren, zunimmt. Aus diesem Grund wurde die KV damals eingeführt. Nur hat sich diese Institution fehlentwickelt. Normalerweise müsste sie eine Servicestelle für die Ärzte sein.

Wäre es denn nicht sinnvoller, einen Topf statt zwei getrennter Töpfe einzurichten und damit auch die Sektorengrenzen zwischen der Facharzt- und Hausarztversorgung zu lockern?

Das wäre schön, aber in Anbetracht der jetzigen Konstellation leider ein Wunschdenken. Wir haben ja die gesetzlich verankerte Möglichkeit der integrierten Versorgung. Sie wird aber kaum genutzt.

Was könnte man denn tun, damit die integrierten Versorgungsverträge wirklich genutzt würden?

Per Gesetz kann man jedenfalls niemanden dazu zwingen. Es ist gewiss auch eine Frage der Zeit, bis die Dinge sich eingespielt haben. Auf lange Sicht wird es aber gar nicht anders gehen, als die starren Sektoren-Grenzen, die wir jetzt haben, zu überwinden, denn diese Grenzen kosten uns viel Geld.

Wäre die Telematik-Infrastruktur, die ja seit sieben Jahren „in Arbeit" ist, nicht äußerst hilfreich dafür? Was kann man tun, damit der Ausbau endlich wieder vorankommt?

Bei der demografischen Entwicklung, die wir haben, wird uns nichts anderes übrig bleiben, als Telemedizin stärker zu nutzen, vor allem in so genannten „fachärztlich unterversorgten" Gebieten. Wir sind aber auf dem richtigen Weg.

„Wir sollten mehr Mut aufbringen, große und grobe Rahmenbedingungen vorzugeben und in diesen Rahmenbedingungen Arzt und Patient handeln zu lassen."

Aber wie lange soll das noch dauern, werden wir das überhaupt noch erleben?

Das kann ich Ihnen nicht sagen. Aber eines steht fest: Es gibt keinen besseren Motor, als knappes Geld.

... nur dass bereits etwa 700 Millionen in das Projekt geflossen sind - ohne Ergebnis.

Das stimmt, aber Sie wissen ja auch warum. Wie heißt es so schön: Wenn man etwas nicht will, sucht man Gründe. Wenn man etwas will, sucht man Wege. Bislang sind eben immer nur Gründe gesucht worden.

Aber wie kann es denn sein, dass für die Politik die Transparenz nicht an erster Stelle steht? Wenn Transparenz als wichtig angesehen würde, würde auch die Telematik eingeführt werden. Zurzeit sind wir aber von der Transparenz meilenweit entfernt und das ist ein großes Problem.

Sicher. Aber die Transparenz in der Gesellschaft ist auch deshalb nicht da, weil das System in sich zu kompliziert ist. Und weil wir immer wieder den Fehler gemacht haben, zu glauben, dass alles gesetzlich geregelt werden muss. Wir sollten mehr Mut aufbringen, große und grobe Rahmenbedingungen vorzugeben und in diesen Rahmenbedingungen Arzt und Patient handeln zu lassen. Nehmen Sie den Bereich Zahnersatz: Müssen wir denn wirklich gesetzlich vorschreiben, wie ein bestimmter Zahn verblendet werden darf, oder nicht? Von diesen Beispielen existieren viele.

Haben Sie denn keine Bedenken, dass die handelnden Partner diesen Rahmen ausnutzen?

Ich habe schon 1990 in meiner ersten Bundestagsrede gesagt, dass das Hauptproblem des deutschen Gesundheitssystems darin besteht, dass je kränker ein Mensch ist, desto mehr Leute an diesem Menschen ihr Geld verdienen. Ich möchte an dieser Stelle ein Beispiel für ein komplett anderes System anführen. In China bekam früher der Arzt große Geldsummen - wenn alle seine Patienten nach der Behandlung gesund waren. Für jeden kranken Patienten gab es einen Abzug. Das heißt, der Arzt war ständig darum bemüht, dass alle seine Patienten möglichst schnell gesund werden. Und da sind wir auch bei dem ganz entscheidenden Punkt: Ohne Moral würde auch dieses System scheitern, denn bei uns würden sich Ärzte bei Einführung des chinesischen Prinzips junge und gesunde Patienten regelrecht „herauskaufen". Die ethisch verantwortungsvollen Ärzte blieben aber auf den älteren und chronisch kranken Patienten sitzen.

Kommen wir noch auf einen wichtigen Punkt zu sprechen - den Datenschutz. Unter diesem Deckmantel verstecken sich viele Interessen. Es findet ein regelrechter Kampf zwischen dem Patientenrecht und dem Recht auf die eigenen Daten statt. Wie kann hier eine Balance gefunden werden?

Von der Datenschutz-Diskussion in Deutschland bin ich zugegebenermaßen etwas enttäuscht, vor allem von den Datenschutzbeauftragten, die zum Teil unterschiedliche Bewertungen abgeben und sich in Widersprüchen verstricken. Ich glaube, dass wir einfach den Mut haben sollten, zu einer einheitlichen Regelung zu kommen, (natürlich nur, wenn der Patient damit einverstanden ist), die denen von EC- oder Scheckkarten ähnelt. Bei der E-Card kommt immer das Argument des Datenmissbrauchs bei Verlust. Das halte ich aber für einen vorgeschobenen Grund. Das Wohl des Patienten sollte stets im Mittelpunkt stehen. Alle Daten, die dem Patienten nützen, sollten mit Einverständnis des Patienten gespeichert und genutzt werden können.

Das Bild, das Sie von dem System der Zukunft zeichnen ist durchaus optimistisch und attraktiv: Mehr Vertrauen, bessere und weitere Rahmen, hohe Leistungsqualität, moralische Werte und ein Bewusstsein innerhalb des Systems, dass die Geldressourcen begrenzt sind. Aber per Gesetz lässt sich eine moralische Haltung nicht vorschreiben, oder?

Gewiss nicht. Die Moral kann lediglich vorgelebt und durch gute Beispiele gefördert werden. Dafür müssen wir auch weg von der Vollkaskomentalität nach dem Motto „Diese oder jene Leistung muss ich in Anspruch nehmen, denn ich habe dafür Geld eingezahlt".

Die letzte Frage: Wie könnten Sie die Versorgungsforschung voran bringen?

Wir werden uns in dieser Angelegenheit mit Mitarbeitern des Gesundheitsministeriums zusammensetzen. Wir möchten aber auch unsere Möglichkeiten diesbezüglich über den G-BA und IQWiG ausschöpfen. Gewissermaßen sind wir auch schon dabei, Versorgungsforschung selbst zu betreiben. Von der UPD haben wir eine Auswertung der Daten angefordert, um in Zukunft daraus Handlungsoptionen abzuleiten.

Herr Zöller, vielen Dank für das Gespräch. <<

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