Interview mit Prof. Dr. Dieter Cassel und Dr. Manfred Zipperer, dem unparteiischen Vorsitzenden der Schiedsstelle

Diskurs um die Schattenseiten der Preisfindung

Auf dem 4. Diskussionsforum „Market Access & Health Economics“ des Thieme Verlags – in Medienkooperation mit dem MVF-Schwestermedium „MA&HP“ – bot eine Reihe von Referenten eine Dokumentation dessen, was das AMNOG-Verfahren in realiter darstellt – das sich allerdings aus der jeweiligen Sicht höchst unterschiedlich präsentiert. Ein Höhepunkt waren nach den Vorträgen von Josef Hecken, dem unparteiischen Vorsitzenden des G-BA, und Dr. Antje Haas, der Leiterin Abteilung Arznei- und Heilmittel des GKV-Spitzenverbands, die Vorträge von Prof. Dr. Dieter Cassel, Emeritus für Wirtschaftspolitik, Gesundheitsökonom und Beauftragter für Internationale Programme der Mercator School of Management der Universität Duisburg-Essen, und Dr. jur. Manfred Zipperer, dem unparteiischen Vorsitzenden der Schiedsstelle nach § 130 b Abs. 5 SGB V. Letztere Beide bat „Monitor Versorgungsforschung“ um ein gemeinsames Interview, da in ihren Vorträgen allerlei Punkte aufzuarbeiten waren.

>> Sehr geehrter Herr Prof. Cassel, welche Frage hätten Sie denn nach Ihrem Vortrag gerne Herrn Zipperer gestellt?

Cassel: Herr Zipperer hat verdeutlicht, dass er sich mit seiner Schiedsstelle als Mediator versteht und dieses Wollen in seinen Schiedssprüchen zum Ausdruck komme. Wenn ich mir meine Zahlen ansehe, erkennt man, dass die Schiedssprüche in den Erstattungsbeträgen doch sehr dicht bei den Vorstellungen des GKV-Spitzenverbands, nicht aber bei denen der Pharmaindustrie liegen. Herr Zipperer, wie können Sie das erklären? Oder: Ist das Ihr Verständnis eines Mediators?

Zipperer: Hier muss man zwei Dinge unterscheiden. Zum einen: Wenn das Arzneimittel keinen Zusatznutzen hat, bin ich an eine Obergrenze gebunden. Das heißt nichts anderes, als dass die Schiedsstelle beim Preis keinen Spielraum hat. Da nun eine ganze Reihe von Arzneimitteln keinen Zusatznutzen bekommen hat, spielt dieser Punkt eine nicht unbeachtliche Rolle.

Sicher liegt der Fall bei Arzneimitteln mit anerkanntem Zusatznutzen anders.

Zipperer: Genau. Hier spielt es eine Rolle, welchen Wert, Rang und Gewicht der Gemeinsame Bundesausschuss dem Zusatznutzen gegeben hat. Ein „beträchtlich“ hat natürlich eine ganz andere Bedeutung als „gering“.

Können Sie das an einem realen Fall verdeutlichen?

Zipperer: Ich nehme den Fall Sativex mit einem geringen Zusatznutzen: Hier lag die Schiedsstelle mit ihrer Entscheidung ganz nahe an den Preisvorstellungen des GKV-Spitzenverbandes. Auch haben die Ausführungen des hinzu gezogenen Patientenvertreters eine gewichtige Rolle gespielt. Dessen Ausführungen haben uns so beeindruckt, dass wir der Meinung waren, das Gewicht des Zusatznutzens, den wir in seiner Einstufung ja nicht verändern können, monetär anreichern oder verbessern zu müssen.

„Die Hauptfrage wird immer jene sein, ob der Preis plausibel und durch die uns überstellten Unterlagen gedeckt ist. “
Zipperer

Wie kommt es, dass die geschiedsten Preise, wie Prof. Cassel ebenfalls aufgezeigt hat, so oft weit unterhalb des Durchschnittspreises des europäischen Preiskorbes liegen? Man könnte doch annehmen, dass dieses Preisniveau quasi den unteren Boden abbilden sollte.

Zipperer: Das ist mir schon bewusst. Nun haben wir bisher erst zwei Entscheidungen gehabt, bei denen der Preiskorb überhaupt eine Rolle gespielt hat – eine davon war Sativex.

Alle anderen Entscheidungen waren eigentlich atypische.

Zipperer: Exakt. Bei Sativex war es allerdings obendrein so, dass das Arzneimittel nur in fünf Ländern ausgeboten worden und nur in einem Land erstattungsfähig war. Zudem fiel uns negativ auf, dass die uns genannten Preise – ich sag es mal freundlich – nicht sehr verlässlich erschienen. Damit bekam das Gewicht der europäischen Preise im Gesamtbild auf einmal eine andere Bedeutung, als wenn das Produkt in zwölf und nicht nur in fünf Ländern ausgeboten worden wäre und die Preise transparent nachvollziehbar gewesen wären.

Wenn das Medikament aber nun nur in diesen fünf Ländern ausgeboten worden ist …

Zipperer: … dann kann dieser Fakt durchaus einen Unterschied machen, da das Preisbild normalerweise durch eine ganze Kette von Ländern geprägt wird. Fünf Länder sind meiner Meinung nicht besonders aussagefähig.

Cassel: Mag ja sein. Aber das kann der Hauptgrund doch nicht sein. Bei Sativex lag das Rabattangebot des Herstellers bei 36 Prozent, während die Rabattforderung des GKV-Spitzenverbandes bei 72,2 Prozent lag. Und ihr Schiedsspruch sattelte dann noch ein paar Prozente oben drauf: Sie schiedsten nämlich mit satten 77 Prozent! Das heißt nichts anderes, als dass Ihre Schiedsstelle einen Rabatt festgelegt hat, der noch höher ist als die Maximalforderung des Spitzenverbandes. Das macht doch stutzig! Das Gleiche passierte übrigens auch bei Zelboraf. Hier lautete das Rabattangebot des Herstellers 16 Prozent und die GKV-Spitzenverbandsforderung lag bei 58,5 Prozent. Und Sie schiedsten auf 62,1 Prozent. Da drängt sich doch die böse Vermutung auf, ob die Schiedsstelle letztlich nicht doch Partei und gar eine Veranstaltung der Kassenseite ist? Meine Vorstellung der Funktion eines Mediators läge jedenfalls mehr in der Mitte.

Zipperer: Das ist ein Irrtum. Es ist doch nicht so, dass wir Preis A und Preis B addieren, durch zwei teilen und das war es. Bei jedem Fall gibt es unter den Schiedsstellenmitgliedern – das sind ja immerhin jeweils sieben – jede Menge Diskussionen, welche Argumente im Hinblick auf den Preis überzeugen können und welche nicht. Wobei die Hauptfrage immer jene sein wird, ob der Preis plausibel und durch die uns überstellten Unterlagen gedeckt ist.

Welche Rolle spielt denn der Beschluss des G-BA?

Zipperer: Eine tragende Rolle. Wir haben allerdings beispielsweise bei Sativex den durch den G-BA zugestandenen Wert des Zusatznutzens etwas angehoben, „monetarisiert“ nennt das der GKV-Spitzenverband.

Und welche Rolle spielen die europäischen Vergleichspreise?

Zipperer: Eine Nebenrolle. Aber bei Sativex auch nicht die Rolle, die

ihnen der Bundesausschuss über den Zusatznutzen zugebilligt hat. Dennoch haben wir hinsichtlich der internationalen Preise einen Abschlag gemacht.

Was ist mit der Rolle der vergleichbaren Arzneimittel?

Zipperer: Im Fall von Sativex hat uns da nichts überzeugt. Darum sind wir hier mit dem Preis etwas nach unten gegangen. Es ist also überhaupt nicht so, dass wir in unserer Mediatorenrolle immer darauf schauen, dass wir immer auf 50:50 rauskommen.

Cassel: Wenn es denn mal Fifty:Fifty wäre. Denken Sie an die beiden Schiedsverfahren von Sativex und Zelboraf. Da habe ich mir die Augen gerieben als ich gesehen habe, dass die Schiedsstelle letztlich noch einen größeren Rabatt als die Maximalforderung des GKV-Spitzenverbandes geschiedst hat.



Prof. Dr. Dieter Cassel

Zipperer: Wir hatten unter den unparteiischen Schiedsstellenmitgliedern eine lange Diskussion, welcher Preis uns plausibel erscheint. Immer in Hinblick auf die eben genannten drei Parameter Zusatznutzen, vergleichbare Arzneimittel und europäische Preise – und immer mit ihren jeweiligen Gewichten. Wobei wir allerdings die Gewichte ein bisschen anders gesetzt haben als der GKV-Spitzenverband. Das ist aber kein Algorithmus, wie oft von anderer Seite vermutet wird, sondern eine Wertung.

Eine Wertung nach welcher Gesetzmäßigkeit?

Zipperer: Nach keiner. Eine Wertung ist eben eine Wertung und kein Algorithmus. Auch wenn die Menschen anscheinend manchmal zwischen einer Wertung und einem Algorithmus nicht unterscheiden können. Wichtig ist auch, dass die Schiedsstelle in dieser Wertung an niemand gebunden ist, weder an das, was der Hersteller vorschlägt, noch an das, was der Spitzenverband an Rabatt will. Wir entscheiden uns für einen Preis, von dem wir glauben, dass dieser auf der Grundlage der uns vorliegenden Unterlagen plausibel ist.

Cassel: Ich verstehe die Logik immer noch nicht. Wenn nun ein Verhandlungspartner einen 50-prozentigen Rabatt vorschlägt, der andere einen von 100 und damit nun die Schiedsstelle anruft, die ja zwischen den beiden Vertragsparteien vermitteln soll. Was passiert dann? Nach meinem Verständnis darf doch keiner der Vertragsparteien schlechter aus der Mediation rauskommen, als sie in sie hinein gegangen ist.

Zipperer: Das ist eine Fehleinschätzung der Funktion einer Schiedsstelle.

Cassel: Holla.

Zipperer: Ich weiß, dass Sie nach dem Verfahrensgrundsatz ne ultra petita argumentieren wollen …

… der für lateinisch Versierte besagt, dass ein Schiedsspruch nicht über das Geforderte hinaus gehen sollte.

Zipperer: Und dennoch können wir bei 50, 60, 70, 80 oder auch mehr Prozent landen.

Cassel: Irgendwas in der Mitte wäre für mich möglich wie naheliegend.

Zipperer: Es wäre möglich, aber nicht naheliegend.

Cassel: Ihr Verständnis einer Schiedsstelle ist mir neu, aber ich bin ja lernfähig. Doch eigentlich kann ich dann keine Pharmafirma verstehen, die sich vertrauensvoll an die Schiedsstelle wendet, wenn sie sich vom Spitzenverband über den Tisch gezogen fühlt.

Zipperer: Bei Ihrer Argumentation wundert mich im Fall Sativex, dass der Schiedsspruch erst beklagt worden ist, die Klage aber dann doch zurückgezogen worden ist.

Durch die Kanzlei Straeter, das ist ja kein Geheimnis.

Zipperer: Die Kanzlei hat einen riesigen Schriftsatz erstellt, der aus meiner Sicht einiges an Gewicht hatte, dennoch wurde die Klage zurückgezogen. Wenn wir so unplausibel entschieden hätten, wie Sie, Herr Professor Cassel, annehmen, hätte das Unternehmen die Klage ja nicht zurücknehmen brauchen.

Allerdings ging die Klage in erster Linie gegen die Ermessensspielräume der Schiedsstelle vor. Und außerdem hat sich beispielsweise bei Zelboraf das Unternehmen schließlich doch mit dem Spitzenverband geeinigt. Hatte der Schiedsspruch eine quasi heilende Wirkung?

Zipperer: Wir machen die Beobachtung, dass sich die Vertragsparteien vorher wie die Kesselflicker hauen. Sobald aber die Schiedsstelle reinschlägt, einigt man sich. Das haben wir beispielsweise bei Zelboraf gesehen. Was auch daran liegen mag, dass wir unseren Schiedsspruch, also unser Ermessen, soweit wie es geht, begründen.

Vielleicht nimmt aber auch die Politik Einfluss, die ja keinen Eklat will. Möglicherweise haben sich im Fall von Zelboraf Roche und der GKV-Spitzenverband deshalb nach Ihrem Spruch geeinigt.

Zipperer: Einen solchen Deal kann ich mir durchaus vorstellen, aber ich kenne diesen Deal nun mal nicht. Ich habe nur mitbekommen, dass ich einen ganzen Monat an der Begründung gesessen habe. Und dann teilen die beiden Vertragsparteien mir nach der Zustellung gemeinsam mit, sie hätten sich geeinigt.

Cassel: Das bestätigt doch nur meine These, dass das Ganze eine reine Macht- und keine Sachfrage ist.

Zipperer: Ich würde Sie gerne mal in eine solche Sitzung mitnehmen, das ist kein Spaß, sage ich Ihnen. Aber ich lerne daraus, dass wir unsere Schiedsstellenentscheidungen noch genauer und vor allem plausibler begründen und veröffentlichen müssen.

Wie kann es denn plausibel sein, dass in Deutschland Erstattungspreise geschiedst werden, die noch unterhalb des Durchschnittswerts des europäischen Durchschnittspreises liegen? Mit den von Professor Cassel genannten Kellertreppen-Effekten auf der zweiten und dritten Ebene wird das in eine nach unten führende Preisspirale führen. Wo bleibt die gesellschaftliche Verantwortung?

Zipperer: Wenn jemand diesen Vorwurf erhebt, muss er klagen.

Vor dem Sozialgericht, dem LSG Berlin-Brandenburg.

Cassel: Genau, und das dauert dann erst einmal zwei bis drei Jahre. Und schließlich wird wahrscheinlich irgendein Richter entscheiden, die Klage wäre ungenügend begründet worden.

Zipperer: Deswegen warte ich mit höchstem Interesse auf den Ausgang des Verfahrens zu Bromfenac, bei dem die Schiedsstelle, aber in Wirklichkeit der Gemeinsame Bundesausschuss verklagt wurde.

Dennoch besteht eine Diskrepanz zwischen dem sicher sinnvollen Ansatz, Ausgabensteigerungen im Bereich der Arzneimittelversorgung in den Griff zu bekommen, und möglichen Folgekosten und Sekundäreinflüssen, die man sich damit als Land, wenn man denn einmal eine Gesamtbetrachtung erstellen würde, einhandelt.

Zipperer: Das ist eine Frage, die sich uns immer wieder stellt und die auch in der Schiedsstelle diskutiert wird. Obwohl diese Frage, das muss man auch sagen, nun einmal nicht entscheidend ist. Mir ist schon klar, dass ein Arzneimittel, das einen bestimmten medizinischen Erfolg hat, sich auch auf Krankheitsstand, Arbeitslosigkeit, Lohnfortzahlung, Rente, Lebenserwartung oder eben auch europäische Preisniveaus niederschlägt. Das alles wird in einigen anderen europäischen Ländern berücksichtigt, bei uns eben nicht.

Das wird bei uns völlig ausgeblendet. Hielten Sie es denn für zweckmäßig, dass man diese Frage weiterentwickelt?

Zipperer: Es wäre schon gut, wenn wir einen evidenten Hinweis bekämen, dass solche Faktoren eine starke Rolle spielen. Nur: Sie spielen bisher keine Rolle. Wir haben eben nur das Kästchendenken GKV – und dann kommt lange nichts.

„Das AMNOG ist doch reine Kostendämpfung. Das ist die überall dominante Strategie, vor allem natürlich im Preisbildungsprozess."
Cassel

Das hängt alleine mit der historischen Entwicklung der Krankenversicherung seit Bismarcks Zeiten zusammen.

Zipperer: So weit muss man gar nicht zurückgehen. Ich habe persönlich erlebt, als wir 1989 die erste Gesundheitsreform gemacht haben, dass uns Politiker deutlich gesagt haben, Maßnahmen in Bereichen der Renten- und der Arbeitslosenversicherung sowie der Pflege würden sie nicht interessieren. Aus reiner Ressortdenke.

Diese Denke führt uns doch nicht weiter.

Zipperer: Wir müssten endlich ganz neu und ganzheitlich denken, aber das machen wir halt nicht, weil das in Deutschland unüblich zu sein scheint.

Es wäre an der Zeit, das Metathema Gesundheit in seinem gesamtgesellschaftlichen Kontext zu betrachten. Wobei dann sicher Herr Cassel anmahnen würde, dass noch ein ökonomischer Kontext dazu kommen muss.

Cassel: Da würden wir uns schon einig werden.

Zipperer: Doch das alles nützt uns heute recht wenig, denn ich muss nach geltendem Recht handeln. Und in diesem spielen leider diese ganzen weiterführenden Bereiche keine Rolle. Aber Unternehmen können diese Aspekte durchaus in ihre Begründungen einbauen, doch müssen sie durch Zahlen und Fakten unterfüttert werden. Ermessensspielraum hat die Schiedsstelle ja.

Cassel: Was nützt es? Das AMNOG ist doch reine Kostendämpfung. Das ist die überall dominante Strategie, vor allem natürlich im Preisbildungsprozess.

Zipperer: Hier widerspreche ich. Wenn Sie sehen, mit welchen Preisvorstellungen manche Hersteller in die Verhandlungen reingehen, würden Sie anders argumentieren. Wenn die Unternehmen wenigstens erklären würden, wie sie zu bestimmten Preisen kommen, wären wir schon einen gewaltigen Schritt weiter. Nachvollziehbare Anhaltspunkte würden mir ja schon reichen.

Wie wird denn argumentiert?

Zipperer: Ziemlich einfallslos. Natürlich mit dem Argument, dass ein bestimmter Preis unverzichtbar sei, um Forschung und Entwicklung zu finanzieren. Wie oft lese ich in einem Schriftsatz, dass ein Unternehmen nur zu diesem oder jenem Preis liefern kann.

Und nach Ihrer Entscheidung?

Zipperer: Geht es dennoch. Da frage ich mich doch: Was soll das denn?

Cassel: In einem solchen Transparenzprozess müssten die Unternehmen ihre Betriebsgeheimnisse offenlegen, unter anderem die Kalkulationsgrundlagen für Präparate, die in der Regel weltweit vermarktet werden. Darüber hinaus müssten sie begründen, warum sie Länder mit einem geringeren Inlandsprodukt günstiger beliefern als beispielsweise Schweden, Großbritannien, Deutschland und die USA. Das alles spielt in die Verrechnung der sogenannten Sunk Costs hinein, also die Kosten für Forschung und Entwicklung, die aufgewendet werden müssen, ob ein Präparat nun auf den Markt kommt oder nicht, dividiert durch die gelaunchten Produkte. So weit wird kein Unternehmen gehen, und obendrein nur für ein einziges Land wie Deutschland, das im weltweiten Marktprozess immer mehr an Bedeutung verliert.

Womit irgendwann in Deutschland nicht mehr ausgeboten werden würde?

Cassel: Die Gefahr besteht. Wer als Einzelland einen Mechanismus wie das AMNOG in Gang setzt, der vielleicht oberflächlich betrachtet ganz gut aussieht, muss mit den Reaktionen einer globalisierten Pharmaindustrie rechnen. Ich bin nun kein Apologet der Pharmaindustrie, sondern der Patienten – als solcher muss ich konstatieren, dass, wer morgen noch Innovationen zum frühest möglichen Zeitpunkt haben will, heute auch etwas dafür tun muss oder zumindest die richtigen Weichenstellungen vornehmen sollte.

Zipperer: Dann frage ich mich, wieso in Ländern, in denen es vergleichbare Nutzenbewertungen gibt, noch geforscht wird. Frankreich und England beispielsweise haben ähnliche Mechanismen wie wir, was die Festlegung der Preise angeht, aber bei meist niedrigeren Preisen als bei uns. Also: Wieso wird in Ländern, in denen die Preise aufgrund staatlicher Maßnahmen noch niedriger als bei uns sind, immer noch geforscht? Ich sehe das doch an den Schiedsverfahren: Ein Großteil der Unternehmen, die die Produkte entwickelt haben, sitzt in Großbritannien.

Cassel: Das liegt am augenblicklichen System. Deutschland ist noch ein sogenanntes Preisanker-Land, auf das alle möglichen Länder referenzieren. Unsere Ankerfunktion bewirkte bisher, dass das Preisniveau für ganz Europa nicht absackte.

Daher ja auch der Begriff Anker.

Cassel: Die Referenzierung von Deutschland sorgte dafür, dass es trotz aller Abschläge, die die referenzierenden Länder machen, es dennoch keinen bodenlosen Fall gab. Wenn aber nun Deutschland selbst referenziert, unsere Preise auch durch Herrn Zipperers Schiedsstellenentscheidungen noch unter dem Durchschnitt oder sogar noch unter dem Preisniveau des billigsten Landes landen, wird es ernst. Dann sitzt die Pharmaindustrie in der Falle.

Und dann kommt noch der Fall Amerika.

Cassel: Richtig. Dort gibt es zurzeit eine ganz große Diskussion, ob und inwieweit die Amerikaner überhaupt noch bereit sein sollten, mit ihren noch höheren Pharmapreisen die niedrigeren Preise in anderen Länder zu finanzieren. Die Welt sozusagen zu subventionieren bei der Herausbringung von Pharmainnovationen. Wenn die Amerikaner ebenfalls mit Preisregulierungen anfangen, kommt alles in Bewegung. Nun sage ich ja nicht, dass bei den Preisen in Deutschland keine Luft sei und alle Pharmafirmen Waisenknaben sind, mir geht es ums Prinzip.

Zipperer: Als ob ich mit meinen Entscheidungen das Kind mit dem Bade ausschütten würde.

Herr Zipperer, wie soll es denn 2014 weitergehen? Wäre es denn nicht ein Signal, an die neu formierende Politik zu sagen: Überdenkt bitte, ob das mit diesem europäischen Preiskorb wirklich sinnvoll ist.

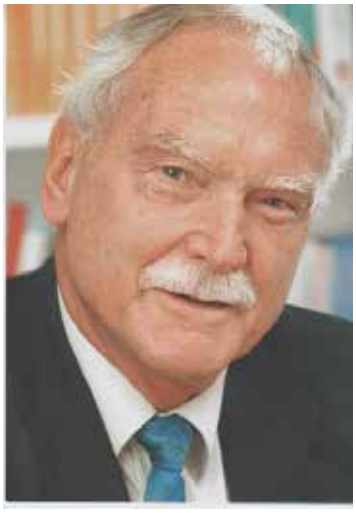
Zipperer: Generell wäre die Frage zu klären, ob wir überhaupt internationale Vergleiche einbeziehen sollten. Darüber sollte man reden.

Cassel: Und wo bleiben die Forschungskosten? Wo haben Sie denn die gelassen?

Zipperer: Die stehen auch nicht im Gesetz drin. An das muss ich mich aber halten.

Cassel: Man kann doch einen solchen Irrsinn nicht vollziehen!

Zipperer: So einfach kann ich mir das nicht machen.



Dr. Manfred Zipperer

Und damit womöglich gegen geltendes Gesetz verstoßen.

Zipperer: Nochmal – Drei Parameter stehen im 130b: Zusatznutzen, europäische Preise und Vergleichsarzneimittel. Da steht kein Parameter: Wie wirkt sich das auf den Arbeitsmarkt aus? Und kein Parameter: Welche Forschungsaufsgaben wurden aufgewendet? Das ist ja auch logisch, denn diese Forschungsaufwendungen sind schon in dem vom Unternehmen vorgeschlagenen Preis inkludiert.

Cassel: Nein, sind sie nicht. Denn Sie gehen vom Zusatznutzen aus, von dem kein Mensch weiß, wie Sie den monetarisieren. Wenn ich Richter wäre, würde ich Ihnen Ihre Schiedssprüche nur so vor den Latz hauen.

Zipperer: Bitte dem G-BA. Für den Zusatznutzen ist der Bundesausschuss verantwortlich. Eine andere Frage ist jedoch, wie ich den Zusatznutzen gewichte.

Das Problem liegt darin, dass die Schiedsstelle von einem Vergleichskorb ausgehen muss, den die zweckmäßige Vergleichstherapie bildet – plus eines gewissen Aufschlags. Herr Cassel dagegen geht von einer ganz anderen Rechnungsweise aus, nämlich von einem Preis, von dem Faktor X abgeschlagen wird.

Cassel: Ja, Top-down statt Bottom-up! Doch nehmen wir einmal als Vergleichstherapie ein generisches Medikament mit einem Preis von wenigen Cent an. In diesem generischen Preis ist nicht ein müder Euro als Äquivalent für die versunkenen Kosten inkludiert. Wie wollen Sie denn hier die Wertigkeit eines innovativen Präparates auf der Basis eines Generikapreises darstellen?

Zipperer: So lautet die Rechtslage nicht. In der geht es um vergleichbare Arzneimittel, keine Generika.

Cassel: Es kann und wird aber so sein, dass in einem bestimmten Indikationsfeld die vergleichbaren Arzneimittel niedrigpreisige Generika sind. Jetzt kommt ein innovatives Präparat hinzu, das auch noch gut bewertet wird: Wie kann dann der Hersteller im Bottom-up-Verfahren den Anspruch begründen, in seinem Erstattungspreis ein entsprechendes Äquivalent zur Kostendeckung von Forschung und Entwicklung zu erhalten?

Den kann er aus dem Zusatznutzen generieren.

Cassel: Aber der Zusatznutzen geht nur zu 50 Prozent in die Bewertung ein.

Zipperer: Mein Gott! ES GIBT KEINEN ALGORITHMUS. Krieg ich das heute noch in Ihren Kopf? Und auch das: Die Schiedsstelle ist NICHT an die Überlegungen der Vertragsparteien gebunden.

Cassel: Dann haben Sie einen Art Jagdschein mit ihrer Schiedsstelle.

Zipperer: Nein, den habe ich nicht. Es kann uns ja alles Mögliche vorgetragen werden! Aber: Bitte kurz halten!

Wenn man das so weitermacht, werden wir nie auf einen grünen Zweig kommen.

Zipperer: Ganz so ist es nicht. Wir versuchen natürlich, alle Beteiligten zu überzeugen, sich vorher zu einigen.

Das ist ja wie bei einem Pferdehandel.

Zipperer: Das ist ein Basar, natürlich, auch einer der Eitelkeiten.

Herr Cassel, Herr Zipperer, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Gespräch führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

JETZT ERHÄLTLICH:

Disease Management Programme - Statusbericht 2012

Wissenschaftliche und redaktionelle Beiträge der MVF-Fachkongresse „10 Jahre DMP“ und „Versorgung 2.0“

Mit Beiträgen von

L. Altenhofen | C. Bartel | C. Bensing | J. Biermann | J. Böcken | S. Burger | T. Czihal | S. Ein Waldt | M. Ewers | P. Fey | J. Fröhlich | M. Gaßner | C. Gawlik | J. Gebhardt | G. Glaeske | C. Graf | S. Guthoff-Hagen | J. Härtel | B. Häussler | B. Hagen | E. Höfer | F. Hofmann | W. Hoffmann-Eßer | D. Horenkamp-Sonntag | L. Kerkemeyer | C. Kiefer | A. Kleinfeld | K. Koch | T. Köhler | K. Köhn | T. König | J. Leinert | R. Linder | U. Moldenhauer | S. Mostardt | H.-D. Nolting | I. Oelmann | H. Rebscher | M. Redaèlli | S. Roebers | R. Roski | A. Rüther | D. Schaeffer | U. Siering | S.G. Spitzer | P. Stegmaier | D. Graf von Stillfried | S. Stock | S. Südhof | E.J. van Lente | M. Wagner | P. Willenborg | K. Wegscheider | K. Zich |



Erschienen im Verlag von „Monitor Versorgungsforschung“.

Bestellen Sie direkt beim Verlag: eRelation AG - Content in Health - Kölnstraße 119 - 53111 Bonn - Tel. 0228 - 76 38 28 00 - info@erelation.org - ISBN 978-3-9814519-0-0