

„Wir haben ein Innovation zwischen unseren eigener

„Vielleicht kommen wir dadurch endlich dahin, wirklich zu hinterfragen, ob die Strukturen und die Art des Prozessmanagements, die wir uns heute leisten, in die Zukunft führen können. Meine klare Antwort lautet: Nein, sie können es nicht.“ Im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“ stellt Franz Knieps, viele Jahre unter Ulla Schmidt Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung, Gesetzliche Krankenversicherung, Pflegesicherung im Bundesministerium für Gesundheit und seit 2013 Leiter des BKK Dachverbands, kein gutes Zeugnis aus, weder für die Arbeit der Ampelregierung noch für die von Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach oder der Selbstverwaltung.

Im Interview: Franz Knieps, Leiter des BKK Dachverbands

nsdefizit n Ohren“

>> Die Hälfte der Legislaturperiode der Ampelkoalition aus SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP ist geschafft. Was ist, auch vor dem Hintergrund globaler Krisen – Stichwort Ukraine und Hamas –, erreicht worden?

Ich bin davon überzeugt, dass auch auf uns im Gesundheitssystem eine Zeit zukommen wird, in der ganz genau darauf geachtet wird, dass das zur Verfügung stehende Geld nicht nur für evident Sinnvolles, sondern das auch noch in der richtigen Prioritätenskala ausgegeben wird. Nachdem hierzulande mehr als zehn Jahre lang das Geld mit vollen Händen aus dem Fenster geworfen worden ist, tut eine derartige Zäsur ganz gut.

Dabei klagen schon jetzt viele Akteure, dass zu wenig Geld im System sei, angefangen bei Krankenhäusern, aber auch bei der Apotheker- und der Ärzteschaft, die nun sogar Lohnsteigerungen beim Praxispersonal von der GKV finanzieren lassen möchte.

Das generelle Problem besteht darin, dass jede Interessengruppe immer mehr Geld für sich selbst will, ohne Blick auf und Verständnis für das große Ganze – die Finanzierbarkeit, die Resilienz und Zukunftsfähigkeit. Zudem tun alle so, als hätten wir ein Gesundheitssystem, das am Hungertuch nagt. Davon kann überhaupt keine Rede sein, denn Jahr für Jahr steigt der ins System fließende Geldbetrag, alleine schon durch die Lohnentwicklung. Wenn einzelne Akteure lamentieren, sie bekämen zu wenig Geld, muss man deutlich sagen: Das ist Quatsch! Jeder am Gesundheitssystem Beteiligte bekommt genug Geld, nur eben nicht mehr wie früher mit den gewohnten Zuwächsen, an die sie sich gewöhnt haben und die sie bis in alle Ewigkeit gerne hätten. Auf der anderen Seite bekommen die Bürger für das viele Geld auch noch ein System voller Mängel – pars pro toto sei hier der stationäre Sektor genannt.

Der sich durch erhöhte Anforderungen an Qualität und steigende Energiekosten bedroht sieht.

Viele Kliniken sind in Häusern aus dem 19. Jahrhundert untergebracht. Da muss es doch einen nicht groß wundern, dass die Frage der Energieversorgung irgendwann einmal virulent wird. Die Frage, wie ökologisch zukunftsfest solche Altbauten sind, will niemand stellen. Würde man das tun, wäre schnell klar, dass einige Krankenhäuser alleine schon aus ökologischen Gründen – von Outcomequalität ist da noch gar keine Rede – geschlossen werden müssten. Von daher bin ich davon überzeugt: Es kommen härtere Zeiten auf uns zu!

„Wir haben mit die meisten Ärzte und Pflegekräfte und Krankenhausbetten pro Einwohner, aber bei den Bürgern kommt nur die Botschaft an: Der Mangel in der konkreten Versorgungssituation vor Ort wird immer schlimmer.“

Krankenhausplanung und -finanzierung sind aber nun einmal in unserem föderalen System Aufgaben der Bundesländer.

Die letzten zehn bis zwanzig Jahre haben mich gelehrt, nicht mehr daran zu glauben, dass Länder und Kommunen das Krankenhaussystem konsequent reformieren oder gar ausreichend finanzieren werden. Da ich jedoch Rheinländer bin, für den das Glas immer halb voll ist, hoffe ich, dass unter dem aktuellen Druck rationalere Entscheidungen als bisher getroffen werden. Vielleicht kommen wir dadurch endlich dahin, wirklich zu hinterfragen, ob die Strukturen und die Art des Prozessmanagements, die wir uns heute leisten, in die Zukunft führen können. Meine klare Antwort lautet: Nein, sie können es nicht. Doch das erzähle ich seit gut 25 Jahren.

Und schreiben es, wie kürzlich in einem Artikel eines Mediums Ihres Hauses. In dem steht unter anderem, dass unser Gesundheitssystem aus systemischem Überfluss einen nahezu flächendeckenden Mangel organisiert.

Weil es stimmt, so paradox das klingen mag. Bei jedem internationalen Vergleich – ob nun von der OECD, der WHO oder denen, die Professor Busse von der TU Berlin erstellt – kommt heraus, dass das deutsche Gesundheitssystem auf der System- und Prozessebene mehr oder weniger versagt. Wir haben mit die meisten Ärzte und Pflegekräfte und Krankenhausbetten pro Einwohner, aber bei den Bürgern kommt nur die Botschaft an: Der Mangel in der konkreten Versorgungssituation vor Ort wird immer schlimmer. Das liegt nur daran, dass wir das System an sich gar nicht verändern wollen, sondern immer nur Mangel organisieren. Das nehmen wir zum einen brav hin, schenken aber zum anderen den Leuten auch keinen reinen Wein ein, indem wir einmal ganz deutlich sagen, dass es so nicht weitergehen kann: Die Organisation und die Strukturen werden sich massiv verändern müssen, wenn wir den gewohnten Versorgungsgrad aufrechterhalten wollen.

Ist denn der Mangel gefühlt oder real?

Beides. Das liegt jedoch vor allem daran, dass sich Geschichten, ob sie nun real sind oder erfunden sind, forterzählen und damit entwickeln. Das erinnert stark an den Kabarettisten Wolfgang Neuss mit seinem wunderbaren Sketch der stillen Post über die „Sonnenfinsternis auf dem Kasernenhof“, bei dem sich zum Schluss der Erzählkaskade entlang der langen militärischen Hierarchie nicht die Sonne, sondern der Oberst den Drillich der Soldaten verfinstert. Ich will damit sagen, dass Geschichten aus dem Versorgungsalltag natürlich gerne weitererzählt werden. Das sind jedoch nie die positiven Erlebnisse im System, sondern Negativerlebnisse, ob sie nun real erlebt wurden oder – das sind sicher die meisten – aus Erzählungen anderer stammen. Es ist schon eigenartig, dass viel mehr Leute über Wartezeiten im ambulanten Sektor klagen, als die offiziellen Statistiken oder die unabhängigen und repräsentativen Umfragen der KBV dokumentieren. Trotzdem muss man solche Narrative ernst nehmen. Auch, dass sich anscheinend viel mehr Patienten über beispielsweise Doctolib,

doctena, mindu oder arzt-direkt – um nur einige zu nennen - um einen Arzttermin bemühen als über die offizielle 116117-Terminvermittlung der KBV. Da muss man doch fragen, was einerseits diese privaten Anbieter besser machen, aber andererseits auch, wie sie die Daten, die sie dabei gewinnen, vermarkten. Und auch, ob hier der gleiche Anspruch an Datensicherheit und -schutz gewährleistet wird wie in den öffentlichen Institutionen. Das will ich an der Stelle aber gar nicht bewerten, sondern nur die Frage in den Raum stellen.

Bleiben wir bei der Metaebene: Aufgrund der aktuellen Weltpolitik kommen schwere Zeiten auf uns zu, wohl auch aufgrund der Performance der Ampelregierung, die sich – gefühlt – in einem recht schlechten Licht präsentiert. Gibt die Ampelkoalition in ihrer Halbzeitbilanz ein schlechtes Bild ab?

Ich beschränke mich auf die Themen Gesundheit und Pflege: Hier bin ich durchaus der Meinung, dass die Ampel ein ziemlich schlechtes Bild abgibt. Das liegt gewiss nicht an der Kommunikationsquantität von Karl Lauterbach, der quasi den kommunikativen Gegenpol zu Olaf Scholz darstellt. Sicher überdreht der Bundesgesundheitsminister, wenn man fast täglich mitbekommt, was er über Twitter oder Facebook hinausposaunt, was ihm nachts durch die Rübe rauscht, und dabei des Öfteren Aussagen macht, die zumindest merkwürdig sind.

Das sollten Sie mit einem Beispiel belegen.

Wenn Bundesminister Lauterbach behauptet, dass er seit Monaten an einer Reform der ärztlichen Honorierung arbeitet, ist das schlicht falsch. Das mag er vielleicht intern mit seinem Kollegen Robert Habeck diskutiert oder zumindest mit ihm besprochen haben, doch wurde bisher kein Arbeitsauftrag an die Arbeitsebene des Ministeriums gestellt, grundlegend die ärztliche Honorierung zu überarbeiten. Jeder, der das SGB V kennt, weiß ganz genau, dass die Albtraumparagrafen in den Nummern 85 fortfolgende zur ärztlichen Vergütung stehen. Ich bewundere Menschen, die hier durchblicken, die Paragrafen vollinhaltlich verstehen und auch noch jede Rechtsbindung dieser zahlreichen Absätze und Unterpunkte nachvollziehen können. Das muss man aber, wenn man in die Honorierung eingreifen will – ich wünsche eine gute Reise. Da wäre es einfacher, ein komplett neues Honorarsystem aufzusetzen, wohl wissend, dass es dann gute zehn Jahre dauern wird, um vom alten ins neue System zu kommen. Ebenso gilt: Mit einfachen Maßnahmen wird man überhaupt nichts erreichen. Wenn beispielsweise über die Endbudgetierung für die Hausärzte gefaselt wird, muss man wissen, dass das Geld, das theoretisch vorhanden wäre, gar nicht vollends ausgeschüttet wird. Von daher wird eine Endbudgetierung bestenfalls etwas in Berlin und Hamburg bewirken, aber ganz sicher nicht da, wo es nötig wäre. Für mich ist das eine klassische „Weiße Salbe"-Symbolpolitik.

Die dem Demokratieverständnis nicht gerade förderlich ist.

Wenn es zur Methode wird, dass etwas angekündigt wird, was nachher gar nicht oder ganz anders – Stichwort Heizungsgesetz – kommt, untergräbt das die Glaubwürdigkeit der Politik. Das ist ein ernsthaftes Phänomen, mit dem sich die gesamte deutsche Politik, nicht nur der Bundesgesundheitsminister auseinandersetzen muss. Das aber tut er nicht. So werden viele Einzelaktionen über soziale Medien angekündigt, doch wird nicht ordentlich daran gearbeitet. Auch gibt es keine sichtbar werdende Systematik oder gar eine zukunftsfeste Strategie. Ich zumindest kann den roten Faden nicht erkennen.

Dazu kommt, dass der aktuelle Politikstil ein Top-down-Ansatz ist.

Wenn Lauterbach mit Wissenschaftlern und Universitätsprofessoren überwiegend aus der Maximalversorgung und der Universitätsmedizin spricht, ist das aus seiner Sicht und seiner Sozialisation verständlich. Die hier Tätigen sind hervorragende Mediziner und verstehen das System, doch aufgemerkt: ihr System. Gesundheitsversorgung spielt sich jedoch nur zu einem ganz kleinen, wenn auch wichtigen Teil in der Universitätsmedizin ab, sondern vor allen Dingen im ambulanten Bereich. Hier vermisse ich den sicher hilfreichen Blick ins benachbarte Ausland.

Was machen Dänemark, Finnland oder die Niederlande besser?

Die haben mehr akademisch qualifizierte Gesundheitsberufe, insbesondere Pflegekräfte als wir. Sie haben zudem ein zunehmend digitales Steuerungssystem mit einer sehr gut funktionierenden Triage: Kleinere Gesundheitsprobleme und Befindlichkeitsstörungen werden damit abgeräumt, ohne dass die davon betroffenen Personen jemals physisch eine Praxis von innen gesehen haben. Davon sind wir meilenweit entfernt.

Woran liegt es?

Damit gehen wir ins Eingemachte: Alle, die im System tätig sind, sind ein Teil des Problems. Das liegt vor allem darin begründet, dass wir die Bürokratie in der gemeinsamen Selbstverwaltung organisieren. Meine Frage: Kann so je Innovation und Veränderung entstehen? Erschwerend kommt dazu, dass die Politik selbst keine schwierigen Entscheidungen in Form weitreichender Gesetzesänderungen treffen will. So sind von den bisher angekündigten Gesetzen erschreckend wenige in Kraft getreten. Einzige wichtige Ausnahme sind die Digitalgesetze und das Transparenzgesetz, das kürzlich positiv durch den Schiedsausschuss gekommen ist.

„Alle, die im System tätig sind, sind ein Teil des Problems."

Die grundlegende Umgestaltung nennt der Bundesgesundheitsminister immerhin Revolution.

Ich antworte mit einem Zitat, das Lenin zugeschrieben wird: Wenn die Deutschen eine Revolution machen wollen, kaufen sie vor der Erstürmung des Bahnsteigs eine Bahnsteigkarte. Genau so so kommen mir derartige Ankündigungen vor: Je mehr von Revolution die Rede ist, umso klarer wird, dass es keine spürbare Veränderung geben wird.

Lassen Sie uns ein Worst-Worstcase-Szenario durchdenken: Russland gewinnt den Ukrainekrieg und auf Europa – vor allem auf Deutschland – kommen 10 bis 15 Millionen Flüchtlinge zu. Viele müsse

medizinisch versorgt werden, oft mit schweren Traumata. Knallt unser Gesundheitssystem dann gegen die Wand?

Wir haben bisher mit den Flüchtlingen aus der Ukraine nicht unbedingt schlechte Erfahrungen gemacht, viele sind hochqualifizierte Leute, die sich in der Regel schnell integriert haben. Doch war deren Zahl zwar hoch, aber für ein großes Land wie unseres überschaubar. Wenn die außenpolitischen Verhältnisse schlimmer werden und dieses Worst-Case-Szenario tatsächlich Realität werden sollte, was ich nicht hoffen will, wird das System unter noch größeren ökonomischen Druck geraten. Dann müssen wir, ob wir das wollen oder nicht, ganz zwangsläufig ganz offen über eine Beschränkung des GKV-Leistungsangebots diskutieren. Und das, obwohl wir in unserem Gesundheitssystem fast überall Überfluss und Überversorgung haben – wir sehen es nur nicht, weil Einzelne zu laut schreien.

Liefert denn die Versorgungsforschung für die Aufgaben, die auf uns zukommen werden, genügend Evidenz und wenn ja, werden deren Ergebnisse genügend berücksichtigt?

Auch hier ist das Glas je nach Betrachtung halb voll oder halb leer. Natürlich wissen wir aus vielen Studien und internationalen Vergleichen, dass Deutschland zu viel im Bett macht und viel zu wenig flexibel ist, wenn es darum geht, Krankenhausfälle, dort wo das medizinisch möglich ist, ambulant-stationär oder ambulant zu versorgen. Das darf man gesichert behaupten. Wir wissen auch, dass, je komplexer der Eingriff ist, umso mehr die Erfahrung zählt. Sprich: Mindestmenge beeinflusst massiv die Qualität. Dennoch leisten wir uns Debatten, ob Menge gleich 38 oder 39 im Quartal ist. Das ist nahezu absurd. Das geht auf eine schlechte Entscheidung des Bundessozialgerichts in den 90er-Jahren bei den Mindestmengen in der Neonatologie zurück, die die damals definierte Mindestmenge mit der Begründung gekippt hat, man hätte für die genaue Zahl keine wissenschaftliche Evidenz. Das ist eine typisch deutsche Haltung: Alles muss rechtssicher sein und alles muss auf gigantischen, bürokratisch aufgetürmten Begründungsapparaten gestützt werden. Generell gilt, dass wir nie genügend Versorgungsforschung machen können, doch denke ich, dass die Antworten auf die großen derzeit anstehenden Fragen evident abgesichert sind, damit meine ich beispielsweise Konzentrationsprozesse oder einen fließenden Übergang in die ambulante Versorgung.

Wenn das gewollt und auch gemacht wird.

Da sagen Sie etwas. Das Ganze trifft leider auf eine zumindest widersprüchliche, zum Teil schizophrene Haltung in der Bevölkerung vor Ort in den Kommunen. Viele Menschen betrachten das örtliche Krankenhaus immer noch als Wahrzeichen der Daseinsvorsorge, auch wenn sie selbst, falls sie einmal ernsthaft krank werden sollten, lieber das qualitativ bessere in der nächstgrößeren Stadt aufsuchen. Überall demonstriert die Bevölkerung mit schwarzen Fahnen, wenn auch nur darüber debattiert wird, ob ein Krankenhaus in ein MVZ umgewandelt werden soll. Doch keiner der hier Demonstrierenden würde so verrückt sein, eine komplexe Autoimmunerkrankungsbehandlung in einem kleinen Haus durchführen zu lassen. Betroffene fahren lieber ein bis zwei Stunden in eine größere Klinik. Das ist fast überall so. Zudem leisten wir uns, dass die Bundesländer permanent für sich reklamieren, dass Krankenhauspolitik ihre ureigene Angelegenheit ist, doch wollen sie nicht für eine auskömmliche Investitionsfinanzierung geradestehen. Und beschimpfen dann auch noch den Bund, dass er ihnen nicht das Geld in der Menge gibt, wie sie es haben wollen. So kann man Gesundheitsversorgung – vor allem nicht eingedenk eines möglichen Worst-Case-Szenarios – doch nicht organisieren.



Franz Knieps

leitet den BKK Dachverband seit dem 1. Juli 2013. Der 1956 geborene Jurist, Politik- und Literaturwissenschaftler kennt das deutsche und internationale Gesundheits- und Sozialwesen seit Jahrzehnten: unter anderem als Geschäftsführer Politik beim AOK-Bundesverband, bevor er als Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung, Gesetzliche Krankenversicherung, Pflegesicherung zum Bundesministerium für Gesundheit wechselte. Er arbeitete als Berater für Sozialpolitik und Gesundheitssystementwicklung für die WHO und die Europäische Union. Er ist Herausgeber der Zeitschrift „Gesundheits- und Sozialpolitik“.

Welches EU-Land macht es denn besser?

Finnland. Da ist die Grundversorgung in kommunaler Hand, die klinische Versorgung wird über rund 80 Gesundheitsregionen gesteuert und die Spitzenmedizin mit fünf Universitätskliniken über den Zentralstaat. So etwas können wir hierzulande nicht mal andenken, weil schon die Verfassungsrechtler jede Initiative zerschlagen würden. Anders wäre es, wenn dieses Worstcase-Szenario tatsächlich eintreten würde, dann könnte es durchaus zu einer Verfassungsänderung kommen. Da wir das aber alle nicht hoffen, wird das unter den derzeitigen Status-quo-Bedingungen nicht passieren, weil in den Jahren des Überflusses keiner bereit ist, von erkämpften Pfründen zurückzutreten oder auch nur an neue Wege zu denken.

Da wären wir bei der Studie zur Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren, kurz WiZen, die bestätigt, welche Überlebensvorteile generiert werden, wenn Krebserstbehandlungen in qualifizierten Zentren durchgeführt werden. Seit eineinhalb Jahren existiert dieses vom Innovationsfonds geförderte Wissen, versehen mit einem positiven Beschluss des Innovationsausschusses zur Überführung in die Regelversorgung: Doch passiert nichts!

Da ist keine einfache Antwort möglich. Es geht schon damit los,

dass viele Akteure im deutschen Gesundheitswesen regulatorische Vorgaben für unverbindliche Empfehlung des Ministeriums halten. Das sagen einem manche Leute dann auch noch frech ins Gesicht. Das Zweite ist, dass wir keine gute Abgabekultur haben: Jeder will das behalten, was er hat, anstatt das, was er nicht so gut oder gar nicht kann, im Sinne des Patientenwohls an besser qualifizierte Institutionen abzugeben. Das Dritte ist eine Überschätzung der Versorgungskompetenz einzelner Akteure, vor allem in der ambulanten Schiene. Wie hier die ärztliche Fort- und Weiterbildung auf freiwilliger Basis organisiert ist, ist zumindest denkwürdig.

Ebenso gibt es keine Transparenz über Qualität.

Es gäbe sie schon, nur wird sie – wie etwa die Weisse Liste – viel zu wenig genutzt. Von daher ist das Transparenzgesetz mit dem Ziel, qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung zum Teil des allgemeinen Bewusstseins zu machen, absolut begrüßenswert. Die allgemeine Gesundheitskompetenz nimmt zu, ist jedoch viel extremer von der Bildung abhängig als andere Kompetenzfelder. Auch dazu gibt es allerlei Versorgungsforschungsstudien, die das ganz klar zeigen, doch sind wir von einer Massenbewegung in Sachen Gesundheitskompetenz noch weit entfernt.

Dass der Vermittlungsausschuss das Transparenzgesetz durchgewunken hat, ist ein Glücksfall. Doch wie konnte es überhaupt so weit kommen?

Weil Karl Lauterbach die Einzelheiten eines parlamentarischen Verfahrens einfach nicht kennt, obwohl er stets sagt, dass er alles weiß. Ich sage hingegen: Definitiv kennt er das parlamentarische Verfahren im Detail nicht. Es ist nun einmal so, dass ein Einspruchsgesetz im Vermittlungsausschuss zum Verhungern gebracht werden kann. Die Geschäftsordnung sieht zwar vor, dass – wenn der Vermittlungsausschuss angerufen worden ist – mindestens eine, aber höchstens drei Sitzungen zu dem Thema stattfinden müssen. Da steht aber nicht drin, dass nach der ersten eine zweite Verhandlungsrunde angesetzt werden muss, was alleine in der Hand der Mehrheit im Vermittlungsausschuss liegt. Das muss man wissen, wenn man Gesetze macht, und es gibt durchaus Mitarbeitende im Bundesgesundheitsministerium, die das wissen. Nur werden die nicht gehört. Ich drücke es mal vorsichtig aus: Da ist er nicht der Meister.

Die Expertise im eigenen Haus wird im Ministerium nicht genutzt?

Zumindest nicht in der Detailtiefe, die nötig wäre. Im Gesundheitsministerium arbeiten rund 1.000 hoch qualifizierte Leute. Jedem Minister und so auch meiner früheren Chefin – Ulla Schmidt – fiel es anfangs schwer, zu verstehen, wie man ein solches Haus virtuos einsetzen kann.

Wenn man dann noch eine andere politische Vorstellung hat …

… ich weiß nicht, ob Karl Lauterbach die hat. Wie auch immer, das Zusammenspiel von politischer Leitung und behördlichem Apparat muss funktionieren. Nur dann werden mögliche Gefahrenquellen frühzeitig erkannt und der Minister vor Ungemach gewarnt. Man sollte darum auf die Leute, die da sitzen, hören.

Spielt in all dem die versorgungsforscherische Evidenz überhaupt eine Rolle? Ist die Politik nicht viel zu sehr von Parteiräson bestimmt, wobei auf der anderen Seite bei den Akteuren Einzelinteressen eine viel größere Rolle spielen, sodass im Zusammenspiel beider Agenden die Versorgungsforschung mit all ihrer Evidenz gar nicht richtig zum Zuge kommt?

Gegen die Interessenlagen großer Lobbygruppen wappnet sich der Bundesgesundheitsminister damit, dass er sie gar nicht anhört. Andererseits hat es auch nie einen formellen Antrittsbesuch unserer Selbstverwaltung beim Bundesminister gegeben, was aber nicht heißt, dass es keine Fachkontakte ins Ministerium gäbe. Wie bei all dem die Versorgungsforschung wahrgenommen wird, ist sehr selektiv. Ich habe die Hände über dem Haupt zusammengeschlagen, als ich die ersten Eckpunkte für das neue Bundesinstitut für Prävention in der Medizin gelesen habe. Da ist der Name schon Programm der Antievidenz. Es gibt kein Public-Health-Lehrbuch, in dem nicht klar und deutlich stehen würde, dass Medizin und Prävention erst einmal relativ wenig miteinander zu tun haben, weil Prävention in der Medizin erst recht spät stattfindet. Was nun nicht heißen soll, dass Prävention in der Versorgung keinen Sinn machen würde. Natürlich sind Vorsorgemaßnahmen vor allem für gefährdete Gruppen mit einer hohen Mortalität bei Herzinfarkt und Schlaganfall zu überlegen, aber ob das dann gleich ein umfassendes Bevölkerungsscreening sein muss, wage ich zu bezweifeln. Die internationale Versorgungsforschung sagt hier eigentlich klipp und klar, dass breit angelegte Screeningprogramme relativ wenige positive Effekte haben, dafür jedoch enorm teuer und für eine Patientensteuerung völlig ungeeignet sind. Andererseits stellt sich die Frage, wer denn ein komplettes Screening aller Neugeborenen oder Herzinfarktgefährdeten in Deutschland organisieren sollte? Sollte das etwa das neue Bundesinstitut für Prävention in der Medizin machen? Wobei Lauterbach immerhin von 499 Mitarbeitenden beim BIMP spricht, während aus dem BMF verlautet, dass es dafür keine einzige neue Stelle gibt. Aber Lauterbach könnte dafür auch Mitarbeitende der BZgA verwenden, die in der Organisationshoheit seines Ministeriums beheimatet ist. Und wenn Lauterbach dann noch sagt, wir hätten keine Daten über die Gesundheit in Deutschland, dann ist die Evidenz im Keller so einbetoniert, damit sie niemand finden kann. Er weiß offenbar gar nicht, was die Gesundheitsberichterstattung im Robert-Koch-Institut alles leistet. Dort und von vielen anderen Versorgungsforschern wird auch genau analysiert, wie Gesundheit von der sozialen Lage abhängt und wie sich Menschen in sozialen Brennpunkten mit dem ausdifferenzierten Gesundheitswesen auseinandersetzen. Hier gilt es, niederschwellige Zugänge zu organisieren.

Womit wir bei Lauterbachs 1.000 Gesundheitskiosken wären.

Das ist auch so eine irre Zahl. Gesundheitskioske machen sicher in Billstedt-Horn, wo sie erfunden wurden, oder auch im Berliner Marzahn oder im Kölner Chorweiler Sinne. Aber im Berliner Stadtbezirk Charlottenburg mal ganz sicher nicht, in Wedding oder Moabit vielleicht. Doch so wird man nie auf die Zahl 1.000 kommen, schon alleine deshalb nicht, weil mit einer derartigen ministeriellen Vorgabe überhaupt nicht gesagt wird, wo denn die dafür nötigen Mitarbeitenden aus möglichst vielen Sprachräumen herkommen sollen. Dazu kommt, dass Kommunen, die Gesundheitskioske aufbauen wollen, 25 Prozent der Mittel bereitstellen müssen, was die allermeisten Städte und Gemeinden, die aufgrund ihrer sozialen Brennpunkte dafür infrage kämen, wegen der schon jetzt desaströsen Finanzlage nicht können.

Wie kann man Erkenntnisse der Versorgungsforschung besser für die politische Entscheidungsfindung nutzen?

Es braucht noch mehr Publikationen in der Art des „Monitor Versorgungsforschung", in denen in verständlicher Form Entscheider Informationen über die neuesten Erkenntnisse der Versorgungsforschung rezipieren können. Ich habe jahrelang Frau Mohn von der Bertelsmann in den Ohren gelegen, dass sie ein neues Medium entwickeln sollten, um die Ergebnisse der Versorgungsforschung monatlich an die Akteure zu bringen. Hier sehe ich nach wie vor ein Defizit – trotz Ihres sehr begrüßens- und überaus unterstützungswerten Engagements mit „Monitor Versorgungsforschung".

„Da ich GKV-sozialisiert bin, würde ich eher eine institutionelle vierte Bank andenken wollen, in der die Patientenvertretung organisiert wird."

Was fehlt Ihnen insbesondere?

Mir fehlen standardisierte Erkenntnisfortschrittsberichte. Das bemängele ich vor allem beim Innovationsfonds, der mitunter ganz tolle Projekte fördert. Dennoch gab es bisher kein einziges Projekt, das – obwohl positiv evaluiert und positiv vom Innovationsausschuss bewertet – tatsächlich in der Regelversorgung angekommen wäre. Da tritt unser großes Translationsproblem zutage, das leider die Politik noch nicht erkannt hat. Daran verzweifelt anscheinend selbst Professor Hecken, der unparteiische Vorsitzende des G-BA, wie man unter anderem ihrem letzten Titelinterview entnehmen kann.

Wie könnte Translation besser funktionieren?

Ich sehe nur den Weg, auf Abgeordnete und starke Interessengruppen genügend Druck auszuüben, nur dann wird die Politik handeln.

Inzwischen sitzen so viele Mediziner und Gesundheitsprofessionen im Deutschen Bundestag, dass das dann vielleicht sogar hinreichend verstanden wird.

Auch das wage ich zu bezweifeln, weil anscheinend sowohl die Fähigkeit und Hingabe, sich mit ebenso komplexen wie komplizierten Themen zu beschäftigen, als auch der nötige Wille zum Handeln fehlt. Wäre es anders, würden sich Gesundheitspolitiker von denen, die Innovationsfondsprojekte ausgedacht und durchgeführt und für teuer Geld gefördert bekommen haben, beraten lassen und daraufhin entsprechende Anfragen oder Änderungsanträge stellen. Das tun sie aber nicht.

Vielleicht auch deshalb, weil viele befürchten, dass das SGB V an vielen Stellen angepackt werden müsste.

Natürlich muss es das. Häufig ist es aber gar nicht ein Gesetzesparagraf, der Translation in die Regelversorgung behindert oder gar entgegensteht. Oft ist es eine Richtlinie, die der G-BA mit der nötigen Mehrheit der in ihm versammelten Bänke ändern könnte, oder eine EBM-Ziffer, die der Bewertungsausschuss, der sich aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des GKV-Spitzenverbandes zusammensetzt, beschließen kann – wenn er will. Doch wissen das die meisten Gesundheitspolitiker nicht, weshalb sie lieber gleich von vorneherein vor der Komplexität des Systems kapitulieren.

Zum Schaden der Patientenschaft. Wie steht es denn hierzulande um die Patientenorientierung? Sehen Sie die in den aktuellen Reformvorhaben ausreichend gewürdigt?

Ganz im Gegenteil. Viele der aktuell im Raum stehenden Reformen gehen an den Interessen der Patientenschaft vorbei, weil sich die im G-BA formierten Akteure auf die Besitzstandswahrung eingeschworen haben. Positiv muss man jedoch anmerken, dass sich in der Breite die Patientenvertretung etabliert hat und mittlerweile auch professionalisiert hat.

Trotzdem hört man immer noch den Vorwurf vieler Akteure, dass Patient:innen immer nur mehr und von allem das Beste wollen.

Wenn ich die Beschlussvorlagen für das G-BA-Plenum durcharbeite, bei denen in der Vorbereitung Patientenvertreter immer gehört werden, ist davon nichts zu lesen. Auch ist es Usus, dass gegen das Votum der Patientenvertretung nahezu nichts beschlossen wird. Dennoch muss, wie Hecken selbst vorgeschlagen hat, die Stabsstelle Patientenvertretung ausgeweitet und besser finanziert werden. Das finde ich gut und richtig. Auch bei den Krankenkassen passiert im Wesentlichen nichts, ohne dass im Vorfeld Versicherte befragt und in die entsprechenden Prozesse eingebunden würden. Generell kann man sagen, dass das selbstherrliche Aushandeln in Hinterzimmern, das früher gang und gäbe war, endgültig vorbei ist. Das ist auch gut so.

Muss dann nicht die institutionelle Stärkung der Patientenvertretung mit Stimmrechten versehen werden, insbesondere im G-BA?

Das ist eine schwierige Frage. Da ich GKV-sozialisiert bin, würde ich eher eine institutionelle vierte Bank andenken wollen, in der die Patientenvertretung organisiert wird. Dann muss aber auch geklärt sein, wie nicht nur die Patientenschaft, sondern auch Versicherte und Gesunde repräsentiert werden, was bisher überhaupt nicht stattfindet. All das würde jedoch die Statik im G-BA verändern, weil sich schnell neue Koalitionen der – sagen wir – eher bewahrenden Seite herausbilden werden. Da käme eine Menge in Bewegung, dessen Ende niemand nicht absehen kann. Abgesehen davon wird es wenig nützen, wenn die Politik die Selbstverwaltung an und für sich nicht ernst nimmt und weiterhin so langsam wie gewohnt vor sich hin machen lässt, wo sie erkennbar etwas tun könnte und auch im Sinne des Patientenwohls müsste, um die Qualität der Versorgung zu verbessern.

Das sollte auch im Sinne der Krankenkassen sein, wenn sie denn mehr Player als Payer sein wollen.

Wollen sie ja, wenn sie es denn dürften. Ich bin mir bewusst, dass Abrechnungsdaten der Krankenkassen nur einen begrenzten Blick auf die Morbidität der Versicherten erlaubt. Dennoch könnten Analysen dieser Daten dabei helfen, bestimmte Faktoren und sich daraus ergebende, klinisch relevant werdende Folgen für die Versorgung zu identifizieren, zum Beispiel bei Kontraindikationen verschiedener Arzneimitteln oder beim absehbaren Eintritt in eine Pflegebedürftigkeit. Derlei müssen Krankenkassen analysieren können und ihre Versicherten aktiv darauf aufmerksam machen dür-

Zitationshinweis

Knieps, F., Roski, R., Stegmaier, P.: „Wir haben ein Innovationsdefizit zwischen unseren eigenen Ohren“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/24), S. 12–18. http://doi.org/10.24945/MVF.02.24.1866-0533.2585

fen, trotz des Widerstands mancher Patientenorganisationen. Dass wir das jetzt dürfen, halte ich für einen großen Fortschritt. Ich war einer der Allerersten, der in den 90er-Jahren einen Aufsatz geschrieben hat zum Thema vom Payer zum Player. Wir wollen doch nicht Vorsitzender des Finanzamtes des Gesundheitswesens sein, sondern Mitgestalter. So jedenfalls interpretiere ich die Rolle von Krankenkassen. Die sollen gefälligst die Interessen ihrer Nutzer in eine Balance bringen zu der Mehrheit, die das alles bezahlen und sich darauf verlassen muss, wenn sie einmal medizinische Versorgung benötigen, es diese auch noch gibt. Von daher ist es anzuraten, dass Krankenkassen mehr Einflussmöglichkeiten als bisher auf die Inhalte der Versorgung bekommen und damit auch mehr Verantwortung. Dieser Appell richtet sich vor allen Dingen an meine Kolleginnen und Kollegen, denen es oft einfacher scheint, über die Ärzteschaft oder die Krankenhäuser zu larmoyieren.

Was brauchen wir vor allem?

Gehen wir in meine Geburtsregion Adenau. Als das dortige Krankenhaus in ein MVZ umgewandelt werden sollte, sollte man nicht mit dem Finger auf die Ministerpräsidentin von Rheinland-Pfalz, Malu Dreier, zeigen oder auf die Kirche als Träger dieser Klinik, sondern muss jenseits aller Parteipolitik der Bevölkerung offen und ehrlich erklären, warum dieser Schritt notwendig ist. Da wünsche ich mir mehr Mut von allen Akteuren, nicht nur der Politik.

Dafür ist es in Adenau nun allerdings zu spät: Der Träger hat das Haus ersatzlos geschlossen. Darin sieht man, dass es vielleicht doch nichts nützt, alles aussitzen oder ausbremsen zu wollen.

Dass die etablierten Institutionen und Bänke sich darin auszeichnen würden, wichtige und große Reformen entscheiden zu wollen, kann man nun nicht sagen. Die sind zum einen nicht besonders entscheidungsfreudig, zum anderen zu wenig innovativ. Da nehme ich übrigens mein eigenes System nicht davon aus. Wenn ich zu meinen Mitarbeitenden sage, lasst uns darüber nachdenken, Werksärzte an der ambulanten Versorgung teilhaben zu lassen, bekomme ich stante pedes einen Kriterienkatalog mit vielen Gründen, die dagegen, und nur wenige, die dafürsprechen. Ich bin mir absolut sicher, dass gleiches in allen anderen Institutionen der Selbstverwaltung und auch in der Politik passiert. Erschwerend kommt hinzu, dass die etablierten Akteure eine viel zu große Vetomacht haben. Alles in allem haben wir kein Innovationsdefizit im System, sondern zwischen unseren eigenen Ohren. So aber kann nie etwas Systembrechendes eingeführt oder auch nur angedacht werden. Genau das ist das Problem auch des Innovationsfonds. Da werden mit viel Geld der Beitragszahler tolle Dinge erforscht, und wenn die darauf hinauslaufen, dass sich etwas ändern soll, werden die mehr oder weniger elegant abmoderiert oder so lange in eine Warteschleife geschickt, bis auch noch der letzte Optimist und Gutmensch verzweifelt und irgendwann aufgibt. Dabei ist für mich die wichtigste Funktion des Sozialstaates jene, den Wandel hin zum Besseren zu ermöglichen, statt zu verhindern. Das verlieren wir leider zu oft aus dem Blick.

Herr Knieps, danke für das Gespräch <<

Das Interview führte MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski, Bearbeitung: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Malmendier: „Ist das Geschäftsmodell Deutschland in Gefahr?“



Einmal jährlich veranstaltet das Reinhard Selten Institut (RSI) – Träger des Clusters ECONtribute – den sogenannten SeltenSalon. Das RSI wurde 2017 zu Ehren von Reinhard Selten (1930–2016) als wirtschaftswissenschaftliche Forschungskooperation zwischen der Universität Bonn und der Universität zu Köln gegründet. Diesmal zu Gast im SeltenSalon war im Bonner Univerasitätsclub die Wirtschaftsweise Prof. Dr. mult. Dr. h.c. Ulrike Malmendier, die in den Nullerjahren ihre universitäre Laufbahn in Bonn mit ihrem ersten Doktortitel (Dr. jur.) begonnen hatte. Im SeltenClub sprach sie jedoch als Professorin für Wirtschaftswissenschaften am Fachbereich Wirtschaftswissenschaften und für Finanzen an der Haas School of Business der University of California Berkeley sowie als Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung der Bundesregierung, dem sie seit 2022 angehört.

Die Wirtschaftsweise räumte in ihrem Vortrag mit dem Titel „Ist das Geschäftsmodell Deutschland in Gefahr?“ unter anderem mit einem immer lauter werdenden Narrativ auf, nach dem die aktuelle Ampelkoalition für die derzeitige Wirtschaftslage Deutschland verantwortlich sei. Das aber, so Malmendier, sei nur eine Teilwahrheit, weil Deutschland nun einmal ein Land der Weltindustrie mit einem starken Anteil an Automobil, Chemie und Maschinenbau sei. Generell sei zu sehen, dass sich alle Länder mit großem Industrieanteil relativ schwer von der Coronakrise erholt hätten. Demnach sei die derzeitige Wirtschaftsentwicklung nicht deutschlandspezifisch, sondern „spezifisch für die Art von Wirtschaftsstandort“.

Allerdings gibt es laut den Ausführungen der Wirtschaftsweisen auch die Konsumentenseite und hier den Fakt, „dass wir Deutschen schon so ein bisschen speziell“ sind. Wie in allen anderen europäischen Ländern sei in der Zeit der Pandemie weniger ausgegeben worden, doch sei anderswo der Konsum nach der Coronaphase auch wieder hochgegangen. Anders in Deutschland wegen einer durch den nach Corona folgenden Ukrainekrieg geschürten Unsicherheit. Die habe dazu geführt, dass hierzulande sogar noch „ein bisschen mehr“ gespart werde.

Die Wirtschaftsweise sprach aber auch ein anderes Narrativ an, nach dem Deutschland unter Migration leiden würde. Das Gegenteil sei, so Malmendier, der Fall, weil das Arbeitsvolumen eine der Hauptbeschränkungen unseres Wirtschaftswachstums sei, es würden einfach zu wenige Stunden in Deutschland gearbeitet. Das liege zum einen daran, dass es sich im Fall Deutschlands um eine überalterte Bevölkerung mit zu wenig eigenem Nachwuchs handele, zum anderen, dass die durchschnittliche Arbeitszeit der Erwerbstätigen zurückgehe. Was helfe könne, sei zum einen, wenn mehr Frauen von einer Teilzeit- in eine Vollzeitbeschäftigung überführt würden, zum anderen der Beitrag der Migration zu Arbeit jedweder Art. Malmendier: „Wir brauchen Arbeitskraft aus dem Ausland, wenn wir das Niveau an Dienstleistungen aufrechterhalten wollen.“

Link zum aktuellen Jahresgutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: https://t1p.de/9wnxp