

Neue Bücher

■ Versorgungsforschung und Qualitätsmessung mit GKV-Routinedaten

Dirk Horenkamp-Sonntag (Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Band 41), Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2017, broschiert, 120 Seiten, ISBN 978-3-8487-3634-8, 29,90 Euro

Der Autor promovierte mit diesem Thema 2016 an der Medizinischen Fakultät der Charité. Dirk Horenkamp-Sonntag ist seit 2011 Mitarbeiter des Wissenschaftlichen Instituts der Techniker Krankenkasse (TK) für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) und u.a. viel beachteter Autor im Handbuch der Sekundäranalysen (Routinedaten im Gesundheitswesen, Hrsg. Enno Swart et al.). Ziel der Untersuchung war die externe Validierung von Daten zu AU-, Arzneimittelverbrauch (Aspirin und Clopidogrel) und Krankenhausaufenthalten nach Versorgung mit coronaren Stents im Rahmen der 2005 im Rahmen der 2005 im Deutschen Ärzteblatt publizierten und methodisch inakzeptablen gesundheitsökonomischen GERSWHIN-Studie der TK (Medikament-freisetzende versus konventionelle Stents – GERSHWIN (German Stent Health Outcome and Economics Within Normal Practice) Modellvorhaben zur Vermeidung von Koronarstenosen. Als Primärdaten dienten Patienten- und Krankenhausarzt-Befragungen, die bis zu sechs bzw. drei Monate nach Implantation erhoben wurden – ein eigenwilliger Ansatz, um es vorsichtig zu formulieren. Bis auf die Clopidogrel-Einnahme wichen die erhobenen Daten aus Patienten- und Arztfragebögen mit den Daten der TK-Datenbank erheblich voneinander ab. Der Autor führt zur Erläuterung eine Reihe von Erklärungen vor allem die – einzukalkulierende – Unzuverlässigkeit der Selbstauskünfte von Patienten und Ärzten an. Somit ist dieser Gesamtbefund aus Sicht des Rezessenten nicht sonderlich überraschend. Die Intention, die genannten Routinedaten mit Primärdaten zu validieren, verdient große Zustimmung. Die gewählten

„Primärdaten“ erscheinen dann aber doch von vornherein so störanfällig, dass sie das Vorhaben als unerreichbar erscheinen lassen. Interessanter erscheint die gesundheitspolitische Deutung, die im Vorwort der Herausgeber Jens Baas (TK Vorstandsvorsitzender) und Andreas Meusch (Direktor des WINEG) zu finden ist. Dort heißt es u.a.: „Die Arbeit zeigt die Grenzen auf, Verteilungsfragen in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu stark an das Kriterium der Morbidität zu binden“. Da staunt der geneigte Leser dann vielleicht doch. Über Interessenkonflikte kann man in der gesamten Arbeit aber nichts lesen.

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke,
Bremen

■ Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems

Andreas Brandhorst, Helmut Hildebrandt, Ernst-Wilhelm Luthe (Hrsg.), Springer VS, Wiesbaden 2017, Softcover, 624 Seiten, ISBN 978-3-658-13782-3, 69,99 Euro

Für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bilanzieren die Herausgeber und mit ihnen eine Vielzahl ebenso kompetenter wie namhafter Autoren das „unvollendete Projekt“ der deutschen Reformgeschichte. Seit der Blümischen Gesundheitsreform 1989 hat der Gesetzgeber zahllose Reformschritte mit der Integration und Kooperation im Gesundheitswesen befasst. Und tatsächlich wurde den Patienten der unmittelbare Zugang zur weithin ausdifferenzierten fachärztlichen Versorgung eröffnet, und auch die Behandlung im Krankenhaus ist inzwischen meist ambulant. Doch bleiben Richtlinien und Verträge, die die Kooperation und Integration der Versorgung ermöglichen sollen, zumeist unwirksam oder kamen kränkelnd daher, weil sich die weiterhin getrennten kollektiven Vergütungssysteme als stärker erweisen. Wusste schon Bert Brecht, was zuerst kommt, gilt dies für die Akteure der GKV allemal. Und wer Kooperation

will, muss das gut begründen, denn er will ja meine Zeit. Und so müssen sich die Patienten ihren Weg im hoch fragmentierten Gesundheitswesen selbst suchen. Erwartungen, die Krankenkassen würden an dieser Stelle mit wettbewerblichen Verträgen gestalten, erweisen sich als euphemistisch. Seit die Gesundheitsberufe nicht nur die Ausgaben der Krankenkassen bestimmen, sondern mit ihren Diagnosen auch deren Einnahmen, ist das Anreizscheine der Kassen überkomplex. Welche Wirkungen politisch gesetzte Anreize hier auslösen, ist grandios ungewiss. Daher rudert die Politik zunehmend auf direkte Interventionen zurück.

Verdienstvoll ist somit das vorgelegte Kompendium, das den Stand der Diskussion zusammenfasst und für jeden gesundheitspolitisch Interessierten eine hilfreiche und interessante Grundlage leistet. Die Autoren gehen den maßgeblichen Aspekten nach, suchen Lösungsansätze und entwickeln Perspektiven. Im Ergebnis fokussieren Andreas Brandhorst und Helmut Hildebrandt, der schon zu den Protagonisten in den 90er Jahren gehörte, auf „Qualitätstransparenz“, die Vergleiche ermöglicht und Patienten bessere Wahlentscheidungen; Budgets für Forschung und Entwicklung bei den Krankenkassen; eine Reorganisation der Gesundheitsberufe sowie Verknüpfung der Sozialleistungsträger und die Regionalisierung der Organisation (Aufsicht) und Steuerung der Gesundheitsversorgung. Das ist klug, von den Randbedingungen her das Näheliegende und aller Ehren wert.

Aber wird sich die Politik davon überzeugen lassen, sich der Inhalte programmaticisch annehmen und gesundheitspolitisch handeln? Und werden die Schritte über die bekannte Unwirksamkeit hinausgehen? Da „Kooperation und Integration“ in einem verkastelten Gesundheitswesen nur das Bohren dicker Bretter sein kann, darf sich die Diskussion von solchen Fragen nicht unmittelbar beeindrucken lassen. Das Kompendium beschwört ja auch nicht die „Vollendung“, sondern bekennt sich zu dem „unvollendeten

Projekt“. Und daran weiter zu arbeiten, ist den Schweiß der Edlen wert und alternativlos. Auf wirksamere Reformen wird sich die Politik jedoch erst zubewegen, wenn 1. die Auffassung von Qualitätsdefiziten der Versorgung, die durch mangelnde Kooperation entstehen, in der Bevölkerung tatsächlich präsent ist, 2. solche Defizite nicht en passant durch „mehr Geld“ ins System geheilt werden können und 3. die verfasste Ärzteschaft nicht wie eine Wand gegen grundlegende Reformen steht. Wenn es solche Momente in den letzten Jahrzehnten gegeben haben sollte, waren die Krankenkassen politisch erkennbar mutlos.

K.H. Schönbach, Berlin

■ **Gesundheitspolitik. Akteure, Aufgaben, Lösungen**

Franz Knieps (Hrsg.), MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2016, Taschenbuch, 280 Seiten, ISBN 978-3-95466-279-1, 39,95 Euro

Einem Buch den Titel „Gesundheitspolitik“ zu geben, ist ein anspruchsvolles Vorhaben. Kaum ein anderes Politikfeld ist so vielschichtig und problembeladen. Was wir im politischen Alltag als „Gesundheitspolitik“ oder „Gesundheitswesen“ erleben, ist eigentlich „Krankheitspolitik“ bzw. ein „Krankheitswesen“, weil es vor allem um die Behandlung von Krankheiten und deren ökonomischen Rahmen geht. Im Mittelpunkt steht die Steuerung eines riesigen Wirtschaftszweiges, der fast so viele Jobs bietet wie das verarbeitende Gewerbe. Aber Gesundheitspolitik ist mehr als nur politische Ökonomie des Gesundheitswesens. Das macht dieses Buch deutlich, auch wenn Fragen der Ressourcensteuerung in der medizinischen Versorgung den meisten Platz einnehmen.

Die sozialen Zusammenhänge der Gesundheitspolitik werden von Mitarbeitern des BKK-Dachverbandes beschrieben, von denen die Beiträge zu dieser Anthologie stammen. Der Herausgeber Franz Knieps widmet ein Kapitel dem Wandel des Krankheitspanoramas und den sich gesellschaftlichen Herausforderungen, die man nicht auf ökonomische Fragen begrenzen kann. Das wird auch in dem Kapitel über die

Pflegeversicherung verdeutlicht, einem Bereich, in dem die professionelle Hilfe mit der Nutzung von Laienpotenzial zu einem neuen „Wohlfahrtsmix“ verknüpft werden muss. Auch wird der Gesundheitsförderung und Prävention als „Schlüsselfeldern für eine nachhaltigen Gesundheitspolitik“ ein Kapitel gewidmet, das in dem neuen Präventionsgesetz trotz aller Unzulänglichkeiten Chancen für einen Neustart in der Gesundheitspolitik sieht.

Die Hauptaufgabe der Krankenkassen besteht nach wie vor darin, ihren Versicherten eine umfassende medizinische Versorgung zu gewährleisten. Zu diesem Thema bietet das Buch mehrere lesewerte Artikel, die hier nicht alle gewürdigt werden können. Hervorzuheben ist das eindeutige Plädoyer für eine vernetzte und teambasierte Versorgung. Die entsprechenden Defizite des deutschen Gesundheitswesens sind allgemein bekannt. Sie werden in einem Kapitel ebenso präzise benannt wie die sich daraus ergebenden Anforderungen an die Gesundheitspolitik. Es wird kein Zweifel daran gelassen, dass hier der Schwerpunkt kommender Gesundheitsreformen liegen muss.

Das Buch hat das Logo der Betriebskrankenkassen auf dem Cover, muss daher auch als Positionsbestimmung dieser Kassenart in der Gesundheitspolitik gewertet werden. Die in dem Buch zu lesenden Kapitel über den Gesundheitsfonds und den M-RSA sind sachlich gehalten und nützliche Diskussionsbeiträge zu einem komplizierten Thema. Keine Frage, es wird aus Sicht der Betriebskrankenkassen argumentiert, aber das ist in Ordnung. Diese Kassenart hat von Anfang an mit dem RSA bzw. M-RSA gefremdet, was sich in der Überschrift quasi als Botschaft an die eigenen Reihen wiederspiegelt: „Keine Angst vorm Morbi-RSA“. Dieser basiert auf bundesdurchschnittlichen Normkosten für medizinische Behandlungen, die auf Einzelfälle und regionale Unterschiede keine Rücksicht nehmen. Daraus können sich falsche Anreize etwa durch gezielte Höherbewertungen ergeben. Dieses „Upcoding“ kann man jedoch mit einer effektiven Aufsicht in den Griff bekommen, wie das Bundesversicherungsamt bereits gezeigt hat. Auch kann man diskutieren, den M-RSA um eine Regionalkomponente zu erweitern, weil Kassen mit

vielen Versicherten in überversorgten Regionen mit überdurchschnittlich hohen Leistungsausgaben zu kämpfen haben. Ob das aber wirklich zu einer größeren Zielgenauigkeit des M-RSA führt, ist nicht sicher. Den perfekten M-RSA gibt es ebenso wenig wie das perfekte Vergütungssystem. Fehlanreize kann man nie ganz vermeiden. Die Frage ist eher, wie man sie in Grenzen halten kann. Die Beseitigung der das Upcoding geradezu herausfordernden Begrenzung des M-RSA auf 80 Krankheiten wäre allerdings eine sinnvolle Maßnahme.

Man fragt sich zwar, weshalb so wichtige Themen wie Überkapazitäten in der stationären Versorgung oder Vereinheitlichung der Vergütungssysteme in dem Buch nicht angesprochen werden. Aber alles in allem ist es ein Beitrag mit hohem Gebrauchswert für den gesundheitspolitischen Diskurs. Der befindet sich gegenwärtig im Wahlkampfmodus, aber nach den Bundestagswahlen wird man auf die Vorschläge und Analysen der BKK-Fachleute zurückgreifen müssen.

Hartmut Reiners, Berlin