

Der Onkologe

Organ der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

Elektronischer Sonderdruck für R. Stuppardt

Ein Service von Springer Medizin

Onkologe 2012 · 18:156–160 · DOI 10.1007/s00761-011-2206-6

© Springer-Verlag 2012

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

R. Stuppardt

Zur Finanzierungsfrage der Versorgungsforschung

Zur Finanzierungsfrage der Versorgungsforschung

Wir wollen das Jahr 2011 zum Jahr der besseren Versorgung machen.
 (Johannes Singhammer)

Der Kern unseres Gesundheitssystems ist die gesundheitliche und medizinische Versorgung. Gesundheitspolitik hat diesen Kern bislang im Wesentlichen durch Organisations-, Struktur- und Finanzierungsreformen mehr indirekt im Blick gehabt. Fast immer lagen dabei die Kostenentwicklungen im Fokus-Visier der Reforminterventionen. Dagegen standen Innovationsförderung und Versorgungsforschung zu keiner Zeit im Mittelpunkt der Gesundheitsreformen in Deutschland. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz, das im 2. Halbjahr 2011 ausgiebig in Politik und Gesundheitswirtschaft diskutiert wurde, stand erstmals die Möglichkeit offen, die defizitären Rahmenbedingungen von Qualität und Ergebnissen gesundheitlicher und medizinischer Versorgung methodisch, prozessual und finanziell zu regeln. Auch hier sind die Möglichkeiten und Notwendigkeiten nicht hinreichend ausgeschöpft worden. Indirekt sind die institutionalisierten Bestimmungen zur Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses hier noch am ehesten mit in Verbindung zu bringen¹. Hier gibt

¹ So benötigt der G-BA nach Aussagen seines unparteiischen Vorsitzenden Dr. Rainer Hess evidenzbasierte Erkenntnisse, um normative Entscheidungen treffen zu können. Versorgungsforschung sollte die unzureichende Daten- und Studienlage verbessern, Maßnahmen evaluieren, Leitlinien entwickeln mit Berücksichtigung der ökonomischen Sichtweise, sich an der Realität ausrichten, die Forschung in Deutschland voranbringen, damit sich der G-BA nicht an ausländischen Studien orientieren muss.

es einen zaghaften Ansatz, Routinedaten aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich über eine Datenaufbereitungsstelle der Versorgungsforschung zugänglich zu machen, wobei sich der Zugang, der anonymisiert dem G-BA, dem IQWiG, dem Institut des Bewertungsausschusses und dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung zur Verfügung stehen soll, auf besonders kostenintensive Krankheiten beschränken muss. Alles in allem steht aber die eingangs zitierte Aussage von Singhammer immer noch zur faktischen Verwirklichung an. Sie knüpft im Übrigen an die einschlägige Aussage im Koalitionsvertrag von 2009 an, worin es heißt:

Die Gesundheitsforschung trägt dazu bei, mit Innovationen die Lebensqualität von Menschen aller Lebenslagen zu erhöhen und gleichzeitig die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zu sichern. Erkenntnisse über das Versorgungsgeschehen unter Alltagsbedingungen sind dabei besonders wichtig, damit die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung bei begrenzten Ressourcen weiter steigt. Daher werden wir die Versorgungsforschung systematisch ausbauen².

Sowohl unter Berücksichtigung von Demographie und wachsender (Multi-)Morbidität, unter Würdigung der dominierenden Input-Orientierung gesundheitlichen und medizinischen Handelns als auch unter Reflexion eines zunehmend unbefriedigenden Innovationszugangs neuer therapeutischer, diagnostischer und Medizin-technischer Verfahren insbesondere in die ärztlich-ambulante und damit in

² Vgl. Koalitionsvertrag 2009, S. 92

flächendeckende Versorgung steht ein generelles, rationales Anwendungskonzept von Versorgungsforschung und dessen regelhafte Finanzierung im Grunde aus. Die Anforderungen an den Status Quo der Rahmenbedingungen erfordert aber inzwischen dringend den Ausbau und die Etablierung von Versorgungsforschungskonzepten. Es reicht sowohl unter medizinischen Outcome-Gesichtspunkten im Interesse der Patienten als auch unter den zunehmend gesundheitsökonomisch zu begründenden investiven Entscheidungen nicht mehr aus, allein auf der Basis klinischer Forschung medizinische Versorgung zu begründen. Vielmehr müssen alle Beteiligten zunehmend wissen, was das alles in der diagnostischen und therapeutischen Anwendung bewirkt.

» Es reicht nicht mehr, z. B. ein neues Verfahren wirksam zur Verfügung zu stellen

Es reicht nicht mehr, ein neues Verfahren, ein Produkt, eine Dienstleistung wirksam zur Verfügung zu stellen: Wir müssen wissen, was das alles in der Anwendung bewirkt. In diesem Sinne handelt es sich bei Versorgungsforschung um die interdisziplinäre wissenschaftliche Strategie, mit der die medizinische und gesundheitliche Versorgung in ihren objektiven und subjektiven Anwendungsbezügen unter Alltagsbedingungen evaluiert wird³. Spe-

³ Vgl. Stuppardt, Rolf, Braucht unser System Versorgungsforschung wirklich? Wer bezahlt?, unveröffentlichtes Impulsreferat anlässlich des 9. Lilly-Jahressymposiums, Berlin 2011, zugänglich unter www.lilly-pharma.de, Stichwort: Versorgungsforschung

Hier steht eine Anzeige.



zifiziert wird hierunter eine Grundlagen- und problemorientierte fachübergreifende Forschung verstanden, „welche die Kranken- und Gesundheitsversorgung in ihren Rahmenbedingungen beschreibt, kausal erklärt und aufbauend darauf Versorgungskonzepte entwickelt, deren Umsetzung begleitend erforscht und/oder unter Alltagsbedingungen evaluiert“⁴.

Die Diskussion über Versorgungsforschung wird seit geraumer Zeit intensiv geführt⁵. Die Defizit-Akkumulation eines zufriedenstellenden Bedarfs nach empirisch und epidemiologisch relevanten Erkenntnissen über die Effektivität und Effizienz des gesundheitlichen Versorgungsgeschehens ist nachhaltig unbefriedigend und verlangt für jeden, der im treuhänderischen Umgang mit und für die Ressourcen von Versicherten und Patienten Verantwortung trägt, nach dringlicher Beendigung. Dies lässt nach meiner Auffassung auch deswegen objektiv nicht mehr lange auf sich warten, weil die Zuweisungslogik der finanziellen Ressourcen für gesundheitliche Versorgung in der künftigen wettbewerblichen Ausrichtung der Krankenversicherung eines intelligenten Versorgungsmanagements bedarf, und dieses funktioniert im Grunde nur mit der Evaluation des Versorgungsgeschehens, also mit Versorgungsforschung.

» Finanzmittel fließen dorthin, wo gute Versorgungsergebnisse begründbar sind

Finanzmittel fließen auf Dauer hauptsächlich dorthin, wo gute Versorgungsergebnisse begründbar sind. Die vorwiegend auf Maßnahmeneffektivität und Kosteneffizienz gerichtete Steuerung eines Versorgungsmanagements wird daher einer fundierten und routinierten

⁴ Pfaff, Holger, Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben, Bern 2003

⁵ Vgl. exemplarisch: Schmacke, Norbert, Versorgungsforschung: Hoffnungsträger oder Modernismus? In: GGW 1/2007, S. 7–13; Glaeske, Gerd, Herbert Rebscher, Stefan N. Willich, Versorgungsforschung auf gesetzlicher Grundlage systematisch ausbauen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 26, 2010, S. 1295–1297; Stuppardt, Rolf, Versorgungspraxis braucht Versorgungsforschung. In: Der Urologe 2011, S. 685–690

Versorgungsforschung bedürfen, flankiert mit gesundheitsökonomischen und epidemiologischen Befunden⁶. Dabei wird Versorgungsforschung als eine notwendige Ergänzung klinischer Studien anzusehen und im Erkenntnisprozess der Wirksamkeitsforschung möglichst frühzeitig anzusetzen sein⁷. Dies wiederum erfordert die Beschäftigung mit einer effektiven und effizienten methodischen Vorgehensweise ebenso wie die mit der Validität einzubeziehender Prozess- und Routinedaten aus unterschiedlichen Quellen⁸. Erkenntnisleitende Gegenstände sind dabei nicht nur die medizinischen Input-Ressourcen, sondern auch und zugleich die Strukturen und Prozesse der Versorgung, der Output in Form der Versorgungsleistung wie schließlich auch der Outcome als Ergebniswirkung.

Eine solche strategische Option gewinnt tatsächlich an Bedeutung. So hat nicht nur das BMBF seit Februar 2010 die Förderung von nationalen Studien zur Versorgungsforschung ausgeschrieben, auch in der Praxis der Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses gibt es eine Tendenz nicht nur im Rahmen einer jüngst möglichen konditionierten Zulassung von neuen Arzneimitteln, Versorgungsforschung in einem gewissen Umfang zu betreiben sondern auf mittlere Sicht auch zu einer nutzwertorientierten Einführung neuer Medizinprodukte im stationären und ambulanten Bereich. Schon heute werden beispielsweise Aussetzungsbeschlüsse des G-BA mit entsprechenden Evaluationsanforderungen begründet.

Ein entscheidendes Kernanliegen der Beförderung von routinierter Versorgungsforschung ist ihre systematische finanzielle Förderung. Umgekehrt kann vor dem Hintergrund der Analyse bisheriger Versorgungsforschung festgestellt werden, dass der Mangel an der Bereitstellung finanzieller Mittel ganz ursächlich in Zu-

⁶ Vgl. Stuppardt, Rolf, a. a. O., ebenda, S. 686

⁷ Schmacke bezeichnet die Trennung zwischen Versorgungsforschung und klinischer Forschung als künstlich bis irreführend, auch wenn gleichwohl Versorgungsforschung über den Frage-Horizont der klinischen Forschung hinausgehe. Vgl. Schmacke, Norbert, Versorgungsforschung a. a. O., S. 11

⁸ Vgl. Glaeske et al, a. a. O., S. 1296–1297

Hier steht eine Anzeige.



R. Stuppardt

Zur Finanzierungsfrage der Versorgungsforschung

Zusammenfassung

Seit geraumer Zeit forcieren die allgemeinen Rahmenbedingungen des medizinischen Versorgungsgeschehens die Diskussion um Versorgungsforschung. Insbesondere wenn es darum geht, medizinisch-technischen Fortschritt unter den Bedingungen eines solidarisch finanzierten Gesundheitswesens mit Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung zu stellen, sind die klinischen Studien zur Wirksamkeit nicht mehr ausreichend. Es wird sowohl die Frage des (Zusatz-)Nutzens und der Wirtschaftlichkeit als auch die der Wirkungsfolge in der praktischen Anwendung zu beantworten sein. Dazu muss Versorgungsforschung effektiv und effizient und möglichst unbürokratisch etabliert werden. Im nachfolgenden Beitrag geht es um die Grundlagen und um künftige Optionen der Finanzierung von Versorgungsforschung.

Schlüsselwörter

Versorgungsforschung · Nutzen · Wirksamkeit · Wirtschaftlichkeit · Gesetzliche Krankenversicherung

Financial question of healthcare research

Abstract

For some time now the general conditions of medical care have forced the pace in the discussion on health services research in medical health care. Particularly with regard to medical progress and the financing of the social health care system, clinical studies on effectiveness are no longer effectual. It is more necessary to give answers on questions of additional benefits and effects in the medical health care practice. Therefore health services research must be established as effective, efficient and unbureaucratic. The following article discusses the basic principles and future opinions of financing in health services research.

Keywords

Health services research · Benefit · Effectiveness · Economic efficiency · Social health insurance

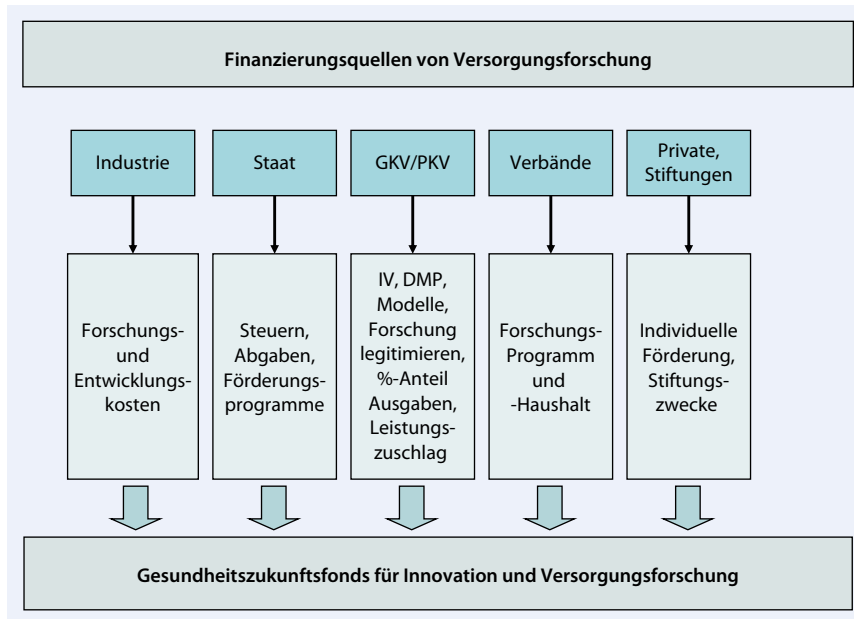


Abb. 1 ▲ Finanzierungsquellen von Versorgungsforschung

sammenhang mit ihrer defizitären Verbreitung steht. „So erkennen Krankenkassen im Rahmen ihres Tagesgeschäftes heute zwar Versorgungsdefizite und Forschungsbedarf, die Durchführung zur Klärung notwendiger Studien scheitert aber häufig an fehlenden monetären Mitteln, breit angelegte Forschung darf heute nicht aus Beitragsgeldern finanziert werden⁹.“ Bereits 2002 hatte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) festgestellt¹⁰, dass Deutschland im internationalen Maßstab bezogen auf die Versorgungsforschung erheblichen Nachholbedarf hat. Dies wurde in den Folgegutachten angemahnt und seither ist ein wenig Bewegung in die Anschubfinanzierung gekommen. Erwähnenswert ist hierbei die Vereinbarung der Bundesregierung

⁹ Vgl. ebenda, S. 1297, mit dem GKV-Strukturgesetz wird dies ein wenig verändert, da die Datengrundlagen für Versorgungsforschungszwecke verbessert werden sollen. So können die Daten aus dem Risikostrukturausgleich von einer Datenaufbereitungsstelle pseudonymisiert und gespeichert für den Zugriff des G-BA, des IQWiG, des Instituts des Bewertungsausschusses und des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten genutzt werden.

¹⁰ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2002), Gutachten 2000/2001 Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bonn 2002, S. 51

und der Sozialversicherungsträger einschließlich der PKV im Jahre 2006 über die Förderung versorgungsnaher Forschung im Bereich „chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ mit insgesamt 21 Mio. EUR für einen Zeitraum von 6 Jahren. Schließlich hat die derzeitige Bundesregierung auf Grundlage der bereits oben zitierten Passagen des Koalitionsvertrags von 2009 inzwischen ein Rahmenprogramm mit 4 die Versorgungsforschung fördernden Maßnahmenblöcken auf den Weg gebracht. Darin werden u. a. Studienstrukturen und Zentren der gesundheitsökonomischen Forschung gefördert. Hierfür wurden in 2010 54 Mio. EUR zur Verfügung gestellt. Auch haben die Spitzenorganisationen der Krankenkassen mit dem GKV-Spitzenverband Ende 2010 grundsätzlich grünes Licht für die Investition in zweistelliger Millionenhöhe in die Krebsregisterforschung des Nationalen Krebsplanes gegeben. Generell haben Krankenkassen auch heute bereits verschiedene Finanzierungsmöglichkeiten von Versorgungsforschung (■ Abb. 1), so etwa im Zusammenhang mit vertraglichen Regelungen im Rahmen von § 11 SGB V, hier insbesondere unter Berücksichtigung des Absatzes 4, der den Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement v. a. beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche regelt. Allerdings dür-

fen das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Datenlogistik nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information der Versicherten erfolgen. Vertraglich konkretisiert werden können die Nutzung der Daten im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140a und 140b SGB V. Finanzierungen sind auch denkbar im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 ff SGB V, die wissenschaftlich begleitet werden müssen und die ebenfalls der Einwilligung des Versicherten in Zweck, Inhalt, Art und Umfang der über die Regelinformationen hinaus gehenden Datenverarbeitung erfordern.

Dies alles sind sicher notwendige und richtige Schritte auf dem Weg zu einer breiteren Finanzierung der Versorgungsforschung, sie dürften aber letztendlich nicht hinreichend sein und bleiben – trotz beachtlicher Anfangsvolumina – eher eklektizistisch. Gleichwohl sind diese Aktivitäten weiterhin bedeutsam und sollten auch künftig ihren Platz in einem pluralistisch und wettbewerblich ausgerichteten Versorgungssystem haben. Aber sowohl die Innovationsförderung als auch die Versorgungsforschung – und hier konstatiere ich im Kern einen entscheidungsbedürftigen Zusammenhang – bedürfen darüber hinaus aus gesundheitspolitischer Sicht einer allgemeinen, eigenständigen und systematischen Finanzierung. Diese sollte sich grundsätzlich – wie heute z. T. ja auch schon im Einzelnen angelegt – aus 5 Quellen speisen: Aus Mitteln der Industrie, aus Mitteln des Staates – und damit des Steuerzahlers –, aus Haushaltsmitteln der Krankenversicherungen – der Gesetzlichen wie der Privaten –, aus privaten (Stiftungs-)Mitteln sowie aus interessenpolitisch-verbandlichen Mitteln. Während 4 der genannten Quellen mehr oder weniger systematisch Förderungsgelder generieren, bedarf es für die systematische Förderung seitens der Krankenversicherung einiger grundlegender Voraussetzungen. Erste Voraussetzung hierfür ist die Schaffung einer generellen gesetzlichen Möglichkeit der Krankenversicherung im Verein mit ihren Leistungspartnern und insbesondere der Wissenschaft, Forschung zum Wohle der Versorgung der Versicherten und Patienten aktiv legitimiert betreiben und finanzieren zu dürfen. Dies soll-

te es mit sich bringen, dass Krankenkassen berechtigt werden, mit einem gewissen Anteil ihrer Haushaltsmittel für Leistungsausgaben Versorgungsstudien in für sie relevante Versorgungszusammenhänge zu finanzieren. Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen hatte z. B. empfohlen, hierfür grundsätzlich 0,1% der Gesamtausgaben für medizinische Leistungen zur Verfügung zu stellen. Auf Basis der aktuellen Ausgabenschätzungen würde dies eine jährliche Investition von etwa 180 Mio. EUR in Versorgungsforschung bedeuten.

Eine andere Finanzierungsmöglichkeit der Krankenversicherung orientiert sich am Finanzierungsbeispiel des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INEK), wonach sich die Finanzmittel als sog. Systemzuschlag aus den Leistungsfällen ermitteln. Danach rechnen die Krankenhäuser mit den Kostenträgern je Krankenhausfall einen jährlich neu festzulegenden Betrag zur Finanzierung des INEK ab. Vorteil dabei ist, dass der Overhead-Aufwand immer in Bezug zur Versorgungsdimension steht. Um ein vergleichbares Investitionsvolumen wie im Falle der SVR-Empfehlung zu erzielen, müsste derzeit ein Zuschlag von etwa 45 Cent pro Behandlungsfall berechnet werden.

Ein konsequenter Schritt in eine Versorgungszukunft mit guter Evidenz wäre die kombinierte Finanzierungsförderung von Innovationen und Versorgungsforschung über einen Gesundheitszukunftsfonds, dessen Finanzierungslasten auf die genannten Quellen allerdings unterschiedlich aufgeteilt werden müssten. Der Innovationsförderungsteil würde dabei zu maßgeblichen Teilen seitens der Industrie aufzubringen sein sowie der allgemeinen öffentlichen Forschungsförderung. Zur Umsetzung und Anwendung eines solchen Gesundheitszukunftsfonds wäre ein Kuratorium zu installieren, das sich aus Vertretern der genannten Finanzierungsquellen und einem wissenschaftlichen Beirat zusammensetzt. Neben der Erstellung eines Prioritäten- und Kriterienrasters für die Förderungsziele bedarf es auf der Basis einer wissenschaftlich fundierten Verfahrensordnung transparenter und nachvollziehbarer versorgungsrelevanter Entscheidungen.

Fazit für die Praxis

- Investitionen in Versorgungsforschung sind Investitionen in mehr Erkenntnis über die Praxis des Versorgungsgeschehens.
- Dies ist auf die Struktur-, Prozess- und letztlich – denn darauf kommt es an – die Ergebnisqualität von Versorgung gerichtet.
- Dies kommt den Patienten zugute, es ist aber auch die Grundlage für künftige Leistungs- und Kostenentscheidungen zu Lasten der Solidarhaushalte der Krankenkassen.
- Alle gesundheitspolitisch, gesundheitswirtschaftlich und medizinisch Verantwortlichen müssen ein Interesse daran haben, dass Versorgungsforschung etabliert und finanziert wird.
- Die gesellschafts- und gesundheitspolitische Relevanz der Thematik nimmt dabei alle Beteiligten in die Pflicht zur gesicherten und unbürokratischen Finanzierung künftiger Versorgungsforschung.

Korrespondenzadresse

R. Stuppardt
Gipsstraße. 23 b, 10119 Berlin
rst@stuppardtpartner.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.