



# Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

Januar 2019, 19. Jahrgang

## NOTIZEN

### Zeitschriftenschau

von *Simone Kiel*, Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald..... 2

### Drei Fragen an

*Constanze Janda*, Lehrstuhl für Sozialrecht und Verwaltungswissenschaft, Deutsche Universität für Verwaltungswissenschaften, Speyer ..... 3

### Buchtipps

von *Albrecht Rohrmann*, Sozialpädagogik mit den Schwerpunkten soziale Rehabilitation und Inklusion an der Universität Siegen ..... 4

## WIDO

### Qualitätsmonitor

Geringere Sterblichkeit in Kliniken mit vielen TAVIs..... 5

### Heilmittelbericht 2018

Therapien bei Schulanfängern leicht rückläufig ..... 6

### Arzneimittel

ATC-Klassifikation für 2019 jetzt amtlich ..... 6

## ANALYSEN

### Schwerpunkt: Politikberatung im Gesundheitswesen

#### Rationale Gesundheitspolitik – Ziel oder Illusion?

*Hartmut Reiners, Berlin* ..... 7

#### Wissenschaftliche Politikberatung im Gesundheitswesen

*Thomas Gerlinger, Universität Bielefeld* ..... 15

#### Aus Erfahrungen lernen: Versorgungsgestaltung braucht ein stimmiges Konzept

*Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin* ..... 23

## STUDIE IM FOKUS

Mangelnde Transparenz bei der Registrierung von Studienergebnissen ..... 27

## SERVICE

Köpfe, Kongresse, Kontakte ..... 28

## Liebe Leserinnen und Leser,

ein Finanzbeamter ist im Gedränge am Bahnsteig auf die Gleise gefallen. Von Ferne hört man schon den nächsten Zug anrauschen. Mehrere der Umstehenden wollen den Mann retten. Einer reckt eine Hand nach unten und ruft: „Schnell, geben Sie mir Ihre Hand.“ Doch der Finanzbeamte reagiert nicht. „Nun geben Sie ihm schon die Hand“, sagt ein zweiter Umstehender ungeduldig, doch wieder passiert nichts. Zufällig kommt Mullah Nasruddin, der Till Eulenspiegel des Orients, vorbei. Er erfasst das Problem in Windeseile und sagt: „Nimm meine Hand!“ Kaum hat er diese Worte ausgesprochen, schon zieht sich der Finanzbeamte mit Nasruddins Hilfe in letzter Sekunde aus dem Gleisbett nach oben auf den Bahnsteig. Die Umstehenden schauen entgeistert. „Wie hast du das denn gemacht, Mullah? Wir haben den Mann mehrfach ermahnt, uns die Hand zu geben, doch er wollte nicht“, sagt einer. Darauf erwidert der Mullah: „Ihr habt es falsch angestellt. Der Mann ist Finanzbeamter. Solche Leute wollen nehmen, nicht geben. Deswegen habe ich gesagt, er solle meine Hand nehmen. Nur so konnte die Rettung gelingen.“

Diese Geschichte ist natürlich rein fiktiv, aber sie lehrt erfolgreiches Handeln. Der oder zumindest ein Schlüssel scheint zu sein: Man muss wissen, wie der jeweils andere tickt und womit man ihn locken kann. In der Interaktion von Gesundheitspolitik und Wissenschaft ist das nicht anders als am Bahnsteig. Auf diesen Punkt weist zu Recht **Thomas Gerlinger** hin, der in seiner Analyse argumentiert, dass Wissenschaft und Politik unterschiedlichen Logiken folgen und gut daran täten, wenn sie sich dessen bewusst wären. **Hartmut Reiners** räumt in seinem einleitenden Aufsatz mit mehreren Mythen auf, etwa mit denen von richtigen, einfachen oder dauerhaften Lösungen im Gesundheitswesen. Bei **Klaus Jacobs** wird es konkret. Er illustriert das Ringen um die Gestaltung der Versorgung am Beispiel der ambulanten spezialärztlichen Versorgung.

Viel Spaß beim Lesen wünscht

**Clinician-Scientist-Programme  
Mehr Freiräume für  
angehende Fachärzte**

Mit insgesamt 27 Millionen Euro fördert die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) in den nächsten drei Jahren 13 Clinician-Scientist-Programme an Medizinischen Fakultäten bundesweit. Die Programme sollen es klinisch und wissenschaftlich tätigen Ärzten ermöglichen, während ihrer Facharzt Ausbildung Forschung und Krankenversorgung miteinander zu vereinbaren. ■

**Mehr Informationen:**  
www.dfg.de > Förderung  
> Ausschreibungen

**Internationale Kooperation  
Geheimnisse des  
Immunsystems lüften**

Die Universität Bonn und die Universität Osaka, Japan, wollen bei der Erforschung des Immunsystems eng zusammenarbeiten. Ziel der auf fünf Jahre angelegten Kooperation ist es, den Mechanismus der angeborenen Immunität besser zu verstehen. Der deutsche Projektpartner, das Exzellenzcluster ImmunoSensation der Universität Bonn, qualifizierte sich unlängst für die Fortsetzung seiner Förderung für weitere sieben Jahre. ■

**Mehr Informationen:**  
www.immunosensation.de

**Patientenpartizipation  
Mehr Mitsprache  
für Betroffene**

Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) hat einen Patientenbeirat gegründet, um die Perspektive der Betroffenen stärker in die Forschung einzubeziehen. Die Mitglieder des zehnköpfigen Gremiums sollen sich aktiv in Forschungsprozesse einbringen und so dazu beitragen, die Krebsforschung besser und umfassender auf die Behandlungswirklichkeit in den Kliniken abzustimmen. ■

**Mehr Informationen:**  
www.dkfz.de > Presse  
> Pressemitteilungen

ZEITSCHRIFTENSCHAU

**Entlastung der Notaufnahmen**

Dass die Anzahl der Patienten in den Notaufnahmen steigt und die Kliniken vor große Herausforderungen stellt, ist seit Langem bekannt. Gründe dafür wurden durch eine Befragung von insgesamt 2.010 Patienten an zwei Berliner Krankenhäusern ermittelt. Bedeutende Aspekte sind demnach der Mangel an alternativen Notfallstrukturen sowie unzureichende Kenntnisse der Patienten über solche Alternativen. Die Mehrzahl der befragten Patienten gab an, sie würden eine ambulante Notfallereinrichtung aufsuchen, wenn es diese gäbe. Die Autoren schlagen eine sektorenübergreifende Ausrichtung der Notfallversorgung vor und empfehlen, integrierte Telefonzentralen einzurichten, ambulante Angebote zur Notfallversorgung auszuweiten und in Krankenhäusern Anlaufstellen für weniger dringliche Fälle zu schaffen. ■

*Gesundheitswesen 2018; 80(7):621-627; doi: 10.1055/s-0042-112459*

**Low-Carb-Diäten und Mortalität**

Die kohlenhydratarme Diät ist ein Ernährungstrend in den USA, der auch Deutschland erobert hat. Der Langzeiteffekt dieser Diät wurde nun in einer US-Studie mit 15.428 Teilnehmern und einem Nachbeobachtungszeitraum von 25 Jahren untersucht. Das höchste Sterberisiko wurde dabei, nach Berücksichtigung anderer Risikofaktoren bei Teilnehmern mit der geringsten Kohlenhydrataufnahme beobachtet. Wurden die Kohlenhydrate gegen tierische Fette und Proteine ausgetauscht, war die Mortalität höher als bei einem Austausch gegen pflanzliche Fette und Proteine. Das geringste Sterberisiko zeigte sich bei einer Kohlenhydrataufnahme von 50 bis 55 Prozent. ■

*The Lancet Public Health 2018; 3(9): e419-e428; doi: 10.1016/S2468-2667(18)30135-X*

**Risikofaktoren für Schulhofunfälle**

Um Risikofaktoren von Unfällen und Verletzungen auf dem Schulhof zu identifizieren, führten Wissenschaftler des Forschungszentrums Demografischer Wandel in Frankfurt am Main eine Befragung bei 10.089 Schülerinnen und Schülern im Alter von 11 bis 13 Jahren durch. Zum einen wiesen Jungen demnach ein höheres Verletzungsrisiko auf, zum anderen Kinder, die häufig gemobbt werden, sportlich aktiv sind und/oder unter Schlafstörungen leiden. Einen wesentlichen Einfluss hatte der von den Schülern eingeschätzte Zustand der Schulen: An Schulen, deren Zustand als besser eingeschätzt wurde, war das Unfallrisiko geringer. Die Autoren schlussfolgern, dass Präventionsstrategien einerseits auf individueller Ebene, insbesondere bei der Prävention von Mobbing, ansetzen, andererseits aber auch auf den Zustand der Schule abzielen sollten. ■

*Gesundheitswesen 2018; (80)2: 183-190; doi: 10.1055/s-0043-112743*



Von

**Simone Kiel,  
M. Sc.,**

Wissenschaftliche  
Mitarbeiterin,  
Institut für Community  
Medicine, Abteilung  
Allgemeinmedizin,  
Universitätsmedizin  
Greifswald

**Adresse:**

Fleischmannstraße 6  
17475 Greifswald  
Telefon:  
03834 86-22287  
simone.kiel@  
uni-greifswald.de  
www2.medin.uni-  
greifswald.de

## Neues Helmholtz-Zentrum Gesundheitsdaten sicher auswerten

Mit welchen Verfahren man bei der Analyse biomedizinischer Patientendaten die Privatsphäre der Betroffenen bestmöglich schützen kann, untersuchen Informatiker und Mediziner am neu gegründeten „Helmholtz Medical Security and Privacy Research Center“. In das Gemeinschaftsprojekt bringen Wissenschaftler des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen und des Helmholtz-Zentrums für Informationssicherheit ihre Expertise ein. ■

**Mehr Informationen:**

<https://hmssp.center/>

## Gesundheitspolitik Rahmenprogramm Gesundheitsforschung

Das Rahmenprogramm Gesundheitsforschung, mit dem die Bundesregierung ihre Forschungsförderung ab Januar 2019 neu ausrichtet, definiert drei zentrale Ziele: Krankheiten besser vorbeugen und heilen, den medizinischen Fortschritt vorantreiben und Deutschland als Forschungsstandort weiter stärken. Zwei neu zu gründende Deutsche Zentren der Gesundheitsforschung sollen die speziellen Belange von Kindern und Jugendlichen sowie psychisch Erkrankten in den Blick nehmen. ■

**Mehr Informationen:**

<https://www.bmbf.de/de/forscher-fuer-ein-gesundes-leben-7441.html>

## Forschungsförderung Evidenz stärken und Prävention fördern

Um die Evidenzbasierung der Präventionsforschung und den Transfer der Ergebnisse in die Praxis zu stärken, fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung systematische Übersichtsarbeiten

und Studien zur Wirksamkeit von lebensweltbezogenen Präventionsmaßnahmen sowie Nacherhebungsuntersuchungen von abgeschlossenen Evaluationsstu-

dien. Projektanträge sind bis zum 28. März 2019 einzureichen. ■

**Mehr Informationen:**

[www.bmbf.de/foerderungen/bekanntmachung-2127.html](http://www.bmbf.de/foerderungen/bekanntmachung-2127.html)

## DREI FRAGEN AN ...



**Forschungsschwerpunkte:**  
deutsches und europäisches Sozialrecht, Medizinrecht, Migrationsrecht

**Jahresetat:**  
kein fester Jahresetat,  
2019 circa 50.000 Euro  
Drittmittel

**Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter:**  
1 Universitätsprofessorin,  
3 wissenschaftliche Mitarbeiterinnen,  
1 Verwaltungsangestellte,  
3 studentische/wissenschaftliche Hilfskräfte

**Adresse:**  
Lehrstuhl für Sozialrecht und  
Verwaltungswissenschaft  
Deutsche Universität für Verwal-  
tungswissenschaften Speyer  
Freiherr-vom-Stein-Str. 2  
67346 Speyer  
Telefon: 06232 654-364  
Fax: 06232 654-418  
janda@uni-speyer.de  
[www.uni-speyer.de/janda](http://www.uni-speyer.de/janda)

## Wissenschaft kann der Politik wichtige Impulse geben

... Prof. Dr. jur. Constanze Janda, Inhaberin des Lehrstuhls für Sozialrecht und Verwaltungswissenschaft an der Deutschen Universität für Verwaltungswissenschaften Speyer

### Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Seit vielen Jahren beschäftige ich mich mit den Schnittstellen zwischen Sozialrecht und Migrationsrecht. Derzeit widmen wir uns insbesondere der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung von geflüchteten Menschen, die wir in einem interdisziplinären Drittmittelprojekt (MIGEP) erforschen. Der Rechtsanspruch Asylsuchender beschränkt sich auf eine Notversorgung; die Übernahme von Dolmetscherkosten ist nicht abschließend geklärt und es bestehen erhebliche regionale Unterschiede in der Versorgung. In dem Projekt blicken wir nicht nur auf das nationale Recht, sondern messen dieses an europa- und völkerrechtlichen Vorgaben.

### Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Die interdisziplinäre Arbeit steht an der Universität Speyer seit jeher im Vordergrund. Im Sozialrecht drängt sich aufgrund der vielfältigen ökonomischen und politischen Einflüsse ein disziplinenübergreifender Forschungsansatz geradezu auf. Im Migrationsrecht befördert das „Netzwerk Migrationsrecht“, an dessen Gründung ich vor mehr als zehn Jahren beteiligt war, die Kooperation und eröffnet nicht zuletzt dem wissenschaftlichen Nachwuchs vielfältige Möglichkeiten.

### Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört?

Die Wissenschaft bildet eine neutrale Instanz abseits parteipolitischer Programmatik. In dem von der Notwendigkeit zügiger Entscheidungen getriebenen politischen Tagesgeschäft kann die Wissenschaft einen wichtigen Beitrag zur Einordnung aktueller Rechtsfragen leisten und insbesondere auch für eine an den Grund- und Menschenrechten ausgerichtete Sozial- und Migrationspolitik Impulse geben.

**Studium I**  
**Masterstudium**  
**Gesundheitsökonomie**

Ein neuer, forschungsorientierter Masterstudiengang „Gesundheitsökonomie“ startet zum Sommersemester 2019 an der Hochschule Stralsund. Es handelt sich um ein wirtschaftswissenschaftliches Masterstudium mit einer Spezialisierung im Bereich der Gesundheitswirtschaft. Der Studiengang ist auf drei bis vier Semester angelegt. Unterschiedliche Wahlpflichtmodule zu Themen wie Gesundheitsmanagement oder IT-Sicherheit sollen es den Absolventen ermöglichen, individuelle Schwerpunkte zu setzen. ■

**Mehr Informationen:**  
[www.hochschule-stralsund.de/goek](http://www.hochschule-stralsund.de/goek)

**Studium II**  
**Angewandte**  
**Gerontologie**

Die Katholische Hochschule Freiburg, die Hochschule Mannheim sowie die Katholische Stiftungshochschule für angewandte Wissenschaften München bieten im Rahmen eines Modellprojekts den Masterabschluss „Angewandte Gerontologie“ im Verbund an. Wer über einen berufsqualifizierenden Abschluss verfügt und mindestens zwei der an den drei Standorten angebotenen berufsbegleitenden Weiterbildungsmodule auf Masterniveau absolviert hat, kann künftig mit einem weiteren Modul den Masterabschluss erwerben. ■

**Mehr Informationen:**  
[www.zukunft-gerontologie.de](http://www.zukunft-gerontologie.de)

**Studium III**  
**Soziale Arbeit in Theorie**  
**und Praxis**

Das neue konsekutive Masterstudium „Praxisforschung und Innovation der Sozialen Arbeit“ an der Hochschule Bremen soll die Absolventen für innovationsbezogene Aufgaben und Positionen in Praxis, Forschung, Wissenschaft, Entwicklung und Leitung in Institutionen und Organisationen der sozialen Arbeit qualifizieren. Der praxisnahe, berufsbezogene Studiengang ist auf drei Semester angelegt und soll die Studierenden sowohl auf die Praxis als auch auf eine wissenschaftliche Tätigkeit vorbereiten. ■

**Mehr Informationen:**  
[www.hs-bremen.de](http://www.hs-bremen.de) > studium > studiengaenge

BUCHTIPPS

**Zum Thema Inklusion und Teilhabe**



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von

**Prof. Dr. Albrecht Rohrmann,**

Professor für Sozialpädagogik mit den Schwerpunkten soziale Rehabilitation und Inklusion an der Universität Siegen

Hölderlinstraße 3  
 57068 Siegen  
 Telefon: 0271 7404484  
[rohrmann@zpe.uni-siegen.de](mailto:rohrmann@zpe.uni-siegen.de)  
[www.uni-siegen.de/zpe](http://www.uni-siegen.de/zpe)

**Autoren/Titel**

**Inhalt**

*Dietrich Engels, Heike Engel, Alina Schmitz*  
**Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung**

Einen guten Überblick über die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in Deutschland und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gibt der zweite Teilhabebericht der Bundesregierung. Er ist nach Lebensbereichen geordnet und kann so gut als Nachschlagewerk genutzt

werden. Ein eigenes Kapitel beschäftigt sich mit der gesundheitlichen Verfassung und Versorgung. Darin wird deutlich, was zu tun ist, um eine gleichberechtigte Teilhabe an gesundheitlichen Dienstleistungen zu erreichen. (ISG 2016, online unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de))

*Montag Stiftung Jugend und Gesellschaft (Hrsg.)*  
**Inklusion vor Ort**  
**Der Kommunale Index für Inklusion – ein Praxishandbuch**

Für Dienste und Einrichtungen, die ihr Angebot inklusiv gestalten wollen, ist dieses Buch nebst Index eine wertvolle Hilfe. Anhand von Fragen zu unterschiedlichen Aspekten der Öffnung des jeweiligen Angebotes für alle Menschen können sich

Organisationen selbst prüfen. Ein originelles, ansprechendes Layout mit zahlreichen Grafiken unterstreicht den Charakter einer praxisorientierten Arbeitshilfe. (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., 2013)

*Theresia Degener, Elke Diehl (Hrsg.)*  
**Handbuch Behindertenrechtskonvention**  
**Teilhabe als Menschenrecht – Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe**

Die wichtigste Grundlage der aktuellen Diskussion zur Inklusion ist die Konvention zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention), die für die Bundesrepublik Deutschland durch ihre Ratifizierung seit

2009 verbindlich ist. Sehr gut verständlich wird in den Beiträgen in die Bedeutung der Konvention und in deren einzelne Artikel eingeführt. Praxisbeispiele ergänzen die Erläuterungen. (Bundeszentrale für politische Bildung, 2015)

## Qualitätsmonitor

## Geringere Sterblichkeit in Kliniken mit vielen TAVIs

**Bei vielen Eingriffen kommt es umso seltener zu Komplikationen, je häufiger und regelmäßiger eine Klinik sie durchführt. Das gilt auch für den Aortenklappenersatz mittels Herzkatheter, resümieren Kardiologen und Herzchirurgen im Qualitätsmonitor 2019.**

Bei der kathetergestützten Aortenklappenintervention wird die Aortenklappe mittels eines Herzkatheters durch eine künstliche Prothese ersetzt. Der Eingriff wird vorgenommen, wenn die natürliche Herzklappe nicht mehr vollständig schließt oder der Klappenbereich verengt ist. Bei Patienten mit hohem operativen Risiko für einen konventionellen, offen-chirurgischen Klappenersatz ist die Transkatheter-Aortenklappenintervention, kurz TAVI, die Methode der Wahl. Deren Fallzahl hat sich in den vergangenen fünf Jahren mehr als verdoppelt: Im Jahr 2016 gab es in Deutschland bereits über 17.000 Eingriffe in 97 Kliniken.

Professor Dr. Volkmar Falk vom Deutschen Herzzentrum Berlin und Professor Dr. Stefan Blankenberg vom Universitären Herzzentrum Hamburg berichten im aktuellen Qualitätsmonitor auf Grundlage internationaler und deutscher Studien über den Effekt einer höheren TAVI-Routine, definiert über die Anzahl der Eingriffe. Dabei kommen sie zu dem Schluss, dass eine solche Routine sowohl Todesfälle und Komplikationen reduziert als auch Verweildauer und Behandlungskosten senkt.

Eine Analyse der Qualitätsberichte deutscher Kliniken durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WidO) bestätigt diesen Zusammenhang für 2016. Bei einer durchschnittlichen Fallzahl von 176 TAVIs pro Klinik und einer Krankenhaussterblichkeit von 2,9 Prozent zeigten sich bei diesem anspruchsvollen Eingriff deutliche Unterschiede zwischen den Krankenhäusern. In Häusern mit weniger als 100 TAVIs pro Jahr lag das Verhältnis von erwarteter zu beobachteter Sterberate bei 1,46 – hier starben 46 Prozent mehr Patienten als erwartet. In Kliniken mit über 200 Eingriffen jährlich sank der Quotient dagegen auf 0,68 – die Rate beobachteter Todesfälle lag hier 32 Prozent unter dem Erwartungswert.

Für die Patientensicherheit spielt neben der Fallzahl auch der mögliche Zugang zur Herzchirurgie eine Rolle. Die europäischen Leitlinien zu Herzklappenerkrankungen empfehlen die Durchführung von TAVIs deshalb nur an Zentren mit kardiologischer und herzchirurgischer Versorgung.

Der Qualitätsmonitor 2019, den der Verein Gesundheitsstadt Berlin, die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und das WidO herausgeben, informiert außerdem für sechs ausgewählte Krankheitsbilder und Behandlungen detailliert zu Fallzahlen und Qualitätskennzahlen deutscher Kliniken. Neben den TAVIs und dem Bereich Geburtshilfe stehen Herzinfarkte, Harnblasenentfernungen sowie Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse und der Speiseröhre im Fokus. Eine Klinikliste stellt die Ergebnisse von insgesamt 1.401 Krankenhäusern bundesweit dar. ■

*Dormann F, Klauber J, Kuhlen R (Hrsg.): Qualitätsmonitor 2019. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 326 Seiten, 39,95 Euro; ISBN 978-3-95466-403-0 kostenloser Download: [www.wido.de/qualitaetsmonitor\\_2019.html](http://www.wido.de/qualitaetsmonitor_2019.html)*



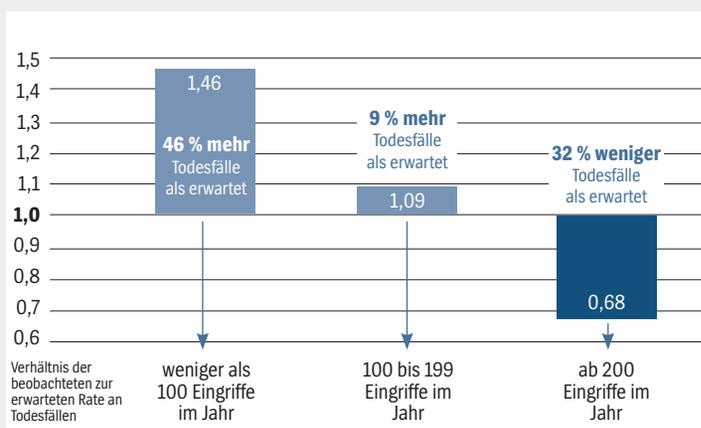
Foto: AOK-Bundesverband

**Christian Günster**, Leiter des Bereichs Qualitäts- und Versorgungsforschung am WidO

**„Auch beim Ersatz der Aortenklappen per Herzkatheter überleben mehr Patienten in Kliniken mit einer hohen Fallzahl.“**



## Krankenhaussterblichkeit nach TAVI (2016)



Quelle: Drogan/Günster, Eckdaten stationärer Versorgungsstrukturen für ausgewählte Behandlungsanlässe in Deutschland, Qualitätsmonitor 2019

**WIDO-TICKER:** Informationen zum Praktikantenprogramm des WidO unter [www.wido.de](http://www.wido.de) +++ Bestellung von Einzelexemplaren von GGW unter [www.wido.de](http://www.wido.de) +++ Direktbestellungen von WIDO-Publikationen unter Telefon 030 34646-2393, Fax 030 34646-2144



Waltersbacher, A.: Heilmittelbericht 2018. Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie, Podologie. 44 Seiten, 29 Abbildungen, kostenloser Download unter: [www.wido.de/heilmittel\\_2018.html](http://www.wido.de/heilmittel_2018.html)

## Heilmittelbericht 2018

# Therapien bei Schulanfängern leicht rückläufig

**In den letzten zehn Jahren wurde bei immer mehr Fünf- bis Siebenjährigen eine Entwicklungsstörung diagnostiziert. Der Anteil der Kinder, die deswegen eine Sprach- oder Ergotherapie erhalten, stieg dabei nicht im gleichen Maße. Das zeigt der Heilmittelbericht 2018 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO).**

Bei 27,5 Prozent der Fünf- bis Siebenjährigen Kinder wurde im Jahr 2008 eine Entwicklungsstörung diagnostiziert. Zehn Jahre später lag dieser Anteil bei 34,8 Prozent. Damals wie heute erhalten Jungen deutlich häufiger eine solche Diagnose. Die Entwicklung bei den Heilmittelverordnungen, in diesen Fällen vor allem Sprach- und Ergotherapie, ist diesem Trend allerdings nicht

gefolgt: Hier war der Verordnungsanteil in den Jahren 2011 bis 2015 höher als im Jahr 2017.

Da ihre Sprech- und Sprachentwicklung gestört ist, erhalten über 80 Prozent dieser Kinder eine Sprachtherapie. An zweiter Stelle stehen motorische Entwicklungsstörungen, die zu 90 Prozent mit Ergotherapie behandelt werden.

Für den Heilmittelbericht 2018 hat das WidO die über 37,2 Millionen Heilmittelrezepte analysiert, die im Jahr 2017 für die rund 71,4 Millionen gesetzlich Krankenversicherten ausgestellt wurden. Heilmittel umfassen ergotherapeutische, sprachtherapeutische, podologische und physiotherapeutische Leistungen, die im Rahmen der vertragsärzt-

lichen Versorgung mit den Krankenkassen abgerechnet werden.

Der größte Anteil der Verordnungen entfällt auf Physiotherapie: Hier erhielten 4,4 Millionen Patienten insgesamt 12,8 Millionen Verordnungen mit zusammen 88 Millionen einzelnen Behandlungssitzungen. Bei knapp einem Drittel dieser Patienten waren Rückenschmerzen der Grund für die Behandlung.

Der Heilmittelbericht 2018 zeigt langjährige und regionale Trends in der Heilmittelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung. Für AOK-Versicherte wird die Versorgung zudem alters-, geschlechts- und diagnosespezifisch mit vielen Abbildungen und Tabellen dargestellt. ■



## Arzneimittel

# Amtliche ATC-Klassifikation für 2019

**Seit dem 1. Januar 2019 gilt die neue amtliche anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt. Sie dient der transparenten Arzneimittelanalyse.** Die anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC-Index) beruht auf der Version, die das Projekt „GKV-Arzneimittelindex“ im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WidO) im Mai 2018 publiziert hat. Diese wird

jedes Jahr an die Besonderheiten der Versorgungssituation in Deutschland angepasst. Basis hierfür ist die internationale ATC/DDD-Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation WHO. Nach Einbindung von Krankenkassen, Apothekern, Ärzten und Pharmaindustrie wird der aktualisierte Index jeweils zum 1. Januar des Folgejahres in seine amtliche Fassung überführt. Für 2019 enthält die Klassifikation

6.784 Codes für Arzneistoffe und Arzneistoffkombinationen sowie 3.748 festgelegte Tagesdosen. Über ein Viertel davon sind nationale ATC-Codes des WidO, deren Anteil an den tatsächlich verordneten Wirkstoffen im Jahr 2017 knapp 30 Prozent betrug. ■

Die aktuelle Klassifikation zum Download: [www.wido.de/amtl\\_atc-code.html](http://www.wido.de/amtl_atc-code.html)

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.): Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahr 2019.

**DAS WIDO AUF KONGRESSEN:** Christian Günster: „QSR für Orthopädie und Unfallchirurgie: Wie geht es weiter?“, Verband der leitenden Orthopäden und Unfallchirurgen – Workshop 2019, Frankfurt am Main 1/2019 +++ 12. Nationaler Qualitätskongress Gesundheit, Berlin 12/18: Dr. Elke Jeschke: „Qualitätsindikatoren für die Revisionsendoprothetik und Hernienchirurgie“, Christian Günster: „Der neue QSR-Klinikbericht“ +++ Gisbert W. Selke, Dr. Karin Schüssel, Irene Langner, Dr. Uwe Eichler: „Kontaminiertes Valsartan: Betroffenheit der Patienten“, 25. Jahrestagung der Arzneimittelwandlungsforschung und Arzneimittel-epidemiologie (GAA), Bonn 11/2018 +++ Markus Meyer: „Sinn erleben: Arbeit und Gesundheit“, Unternehmerfrühstück Gesundheitswirtschaft Marzahn-Hellersdorf, Altlandsberg 11/2018

# Rationale Gesundheitspolitik – Ziel oder Illusion?

von Hartmut Reiners<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Das Verständnis von rationaler beziehungsweise sachgerechter Gesundheitspolitik** steht zum einen vor der generellen Frage nach der Rationalität von politischen Entscheidungen in pluralistischen, von unterschiedlichen sozialen oder ökonomischen Interessen und kulturellen Normen geprägten Gesellschaften. Zum anderen geht es um die vielfältigen Aufgaben der Gesundheitspolitik und deren möglichst sachgerechte Erfüllung. Dafür müssen politische Mehrheiten gefunden werden. Daher besteht die Rationalität (nicht nur) der Gesundheitspolitik auch in der Abwägung von politischen Realisierungschancen. Das lässt sich anhand von Fragen der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zeigen.

**Schlüsselwörter:** Rationalität, Gesundheitspolitik, Entscheidungsfindung

**How we understand rational or appropriate health policy** depends on our general notion of rational decision making in politics in pluralistic societies, which are influenced by differing social and economical interests and cultural norms. It also hinges on the many functions health policy fulfills and on how those involved think they should bring about the desired effects. Finding majorities is crucial. Therefore rationality (not only) in health policy consists partly in weighing political chances. A look at how health insurance in Germany is financed provides a good example.

**Keywords:** rationality, health policy, decision making

## 1 Einleitung

Das Gemeinwohl gilt als Richtschnur für rationale Politik. Aber dieses Postulat ist ebenso eingängig wie beliebig. Die Idee, dass es ein solches Ziel „als sichtbaren Leitstern der Politik gibt, das jedem normalen Menschen mittels rationaler Argumente sichtbar gemacht wird“, verspottete Joseph Alois Schumpeter (1972, 397), der neben John Maynard Keynes wohl bedeutendste Ökonom des 20. Jahrhunderts, als naive Vorstellung aus dem 18. Jahrhundert. Probleme wie Migration, Klimawandel oder ökonomische und soziale Disparitäten taugen nicht für populistische Patentrezepte, die so tun, als lägen die Lösungen auf der Hand, wenn nur die unfähigen Politiker nicht wären.

Das gilt in besonderer Weise für die Gesundheitspolitik. Hier geht es um die Steuerung eines riesigen Wirtschaftszweiges, in dem weit über fünf Millionen Beschäftigte fast zwölf Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) erwirtschaften.

Seine Wertschöpfung wird zu rund 80 Prozent öffentlich finanziert. Anders ist der unter anderem in der Sozialcharta der Europäischen Union festgehaltene Grundsatz, allen Bürgern eine umfassende gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten, nicht zu gewährleisten. Auch die privat getragenen restlichen etwa 20 Prozent werden über staatliche Berufs- und Gebührenordnungen sowie das Arzneimittel- und Medizinprodukterecht öffentlich-rechtlich gesteuert (Abbildung 1).

Damit sind Entscheidungsprozesse verbunden, bei denen selten eindeutig klar ist, welcher Weg „richtig“ und welcher „falsch“ ist. Unbestrittene Wahrheiten sind (nicht nur) in der Gesundheitspolitik eher dünn gesät. Oft stellen sich rechtliche und ökonomische Probleme in den Weg, deren Beseitigung mit bestimmten Kollateralschäden verbunden ist, von Ökonomen werden diese auch Opportunitätskosten oder externe Effekte genannt. Hinzu kommen wirkungsmächtige Einflüsse von parteipolitischen Auseinandersetzungen und Machtinteressen, wobei es ein unter Politikern und Journalis-

<sup>1</sup> Hartmut Reiners, Friedbergstraße 45 · 14057 Berlin · Telefon: 030 3126628 · E-Mail: hartmut-reiners@t-online.de

ten verbreiteter Fehler ist, der im eigenen Mikrokosmos vorherrschenden Ideologie aufzusitzen. Auch ist in unserer repräsentativen Demokratie die Annahme plausibel, dass der Anteil der Dummköpfe unter den Politikern in etwa dem in der Bevölkerung entspricht.

Aus dieser Gemengelage ergibt sich ein Zwang zum politischen Kompromiss und selektiven Setzen von Handlungsschwerpunkten. Die Forderung nach einer „richtigen“, die Probleme auf Dauer lösenden Reform des Gesundheitswesens ist eine Illusion. Bestimmte politische Ziele können oft nur in Etappen realisiert werden. Deshalb geht es nicht nur um die Analyse von Sachfragen, sondern auch um Einschätzungen des politischen, rechtlichen und ökonomischen Umfeldes von Reformvorhaben.

## 2 Die Grenzen der wissenschaftlichen Politikberatung

Die Vorstellung, man könne Politik auf rein wissenschaftlicher Grundlage quasi objektiv betreiben, folgt dem aufklärerischen Leitbild des 18. und frühen 19. Jahrhunderts einer enzyklopädischen Bildung. Das ist heute ein angesichts der ungeheuren Wissensmenge völlig unrealistisches Paradigma. Das Wissen der Menschheit existiert nur virtuell im Internet, nicht in den Köpfen von Menschen. Deren Cloud-Intelligenz hat sich als in hohem Maße anfällig für gezielte Desinformation durch Halbwahrheiten und selektive Fakten erwiesen, neuerdings auch Fake News genannt. Der amerikanische Philosoph Harry Frankfurt hat dieses Phänomen als Bullshit analysiert: „Dem Bullshitter ist es gleichgültig, ob seine Behauptungen die Realität korrekt beschreiben. Er wählt sie einfach so aus oder legt sie so zurecht, dass sie seiner Zielsetzung entsprechen“ (*Frankfurt 2006, 63*). Es ist eine Methode der scheinbar faktengestützten Desinformation. Wir können sie bei notorischen Talkshowgästen auch aus der Wissenschaftsgemeinde beobachten, die Bullshitting zum Geschäftsmodell gemacht haben.

### 2.1 Soziale Indikatoren und Frühwarnsysteme

In den 1970er-Jahren spielte in der politikwissenschaftlichen Diskussion das Sozialindikatoren-Konzept eine wichtige Rolle. Es hatte sich zum Ziel gesetzt, mit Hilfe datengestützter Frühwarnsysteme eine aktive Wirtschafts- und Sozialpolitik zu ermöglichen und ein Phänomen zu überwinden, das sein Wortführer Wolfgang Zapf in Anlehnung an Anthony Downs den „Problemmodenzyklus“ (*Zapf 1973, 143*) nannte. Dieses Narrativ hat folgende Verlaufsform. Zunächst bleiben bestimmte Probleme unbemerkt. Der breiten Öffentlichkeit drängen sie sich erst durch spektakuläre Ereignisse auf. Es folgt eine Flut von Reformplänen und Versprechungen, gepaart mit der Gründung von Arbeitskreisen und Kommissio-

nen. Diese Aufbruchstimmung macht einer allgemeinen Ernüchterung Platz, sobald sich abzeichnet, was die Problembewältigung kostet und welche Besitzstände berührt sind. Mittlerweile haben sich zudem andere Fragen in den Vordergrund gedrängt, die dann den gleichen Prozess erneut in Gang setzen. So stolpert die Politik von einem ungelösten Problem zum anderen.

Das Sozialindikatoren-Konzept sah die Ursachen dieser Politik des *muddling through* („Durchwursteln“) weniger in sozialen Disparitäten und wirtschaftlichen Interessen mit den daraus entstehenden Handlungsblockaden und Konflikten, sondern eher in Steuerungs- und Informationsdefiziten. Den Politikern wurde unterstellt, dass sie keine „richtige“ Politik machen, weil es ihnen an entsprechenden Informationen fehlt. Der wissenschaftlichen Gemeinde wurde die Aufgabe zugeordnet, der Politik Instrumente für eine nachhaltige Steuerung gesellschaftlicher Probleme zu liefern.

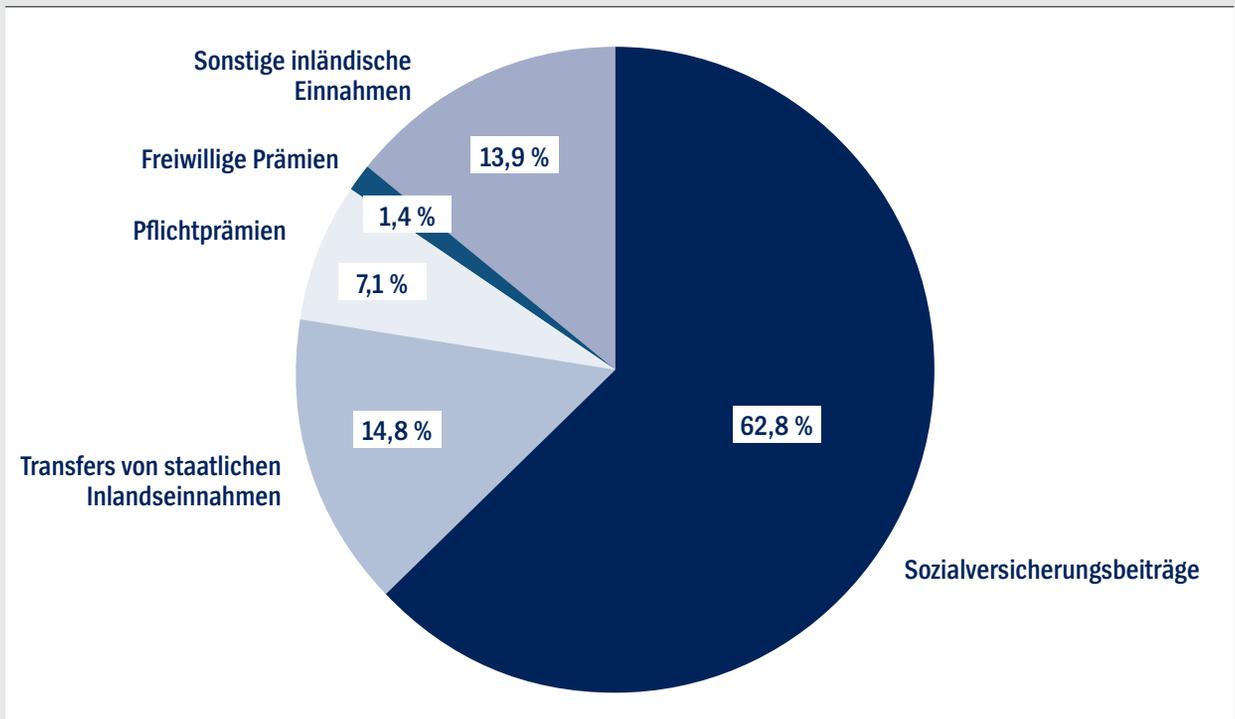
Mittlerweile haben wir hinreichend die Erfahrung machen können, dass es angesichts der immer komplexer werdenden Realität und sich zuspitzender Verteilungskämpfe einerseits und einer wachsenden Informationsflut andererseits unmöglich ist, solche wissenschaftlich rundum abgesicherten und praxisfähigen Politikmodelle zu entwickeln. In politisch relevanten Disziplinen wie Jura, Ökonomie, Soziologie und Politologie gibt es nur wenige exakte und allgemein anerkannte Erkenntnisse, sondern verschiedene Lehrmeinungen. Das machte der in den 1960er-Jahren geführte Streit über die Logik und Objektivität der Sozialwissenschaften zwischen der Frankfurter Schule um Theodor Adorno und Jürgen Habermas auf der einen sowie den kritischen Rationalisten Karl Popper und Hans Albert auf der anderen Seite deutlich (*Maus und Fürstenberg 1969*). In der Ökonomie fehlt es fast völlig an einer solchen wissenschaftstheoretischen Debatte über das Selbstverständnis der herrschenden Lehre. Die wird nur von akademischen Außenseitern kritisch durchleuchtet (*Ötsch et al. 2017*). Es gilt das Bonmot, die Ökonomie sei die einzige Wissenschaft, in der sich zwei Leute den Nobelpreis teilen, deren Theorien sich gegenseitig widerlegen (1974 zum Beispiel bekamen diesen Preis der libertäre Marktwirtschaftler Friedrich A. Hayek und der Sozialist Gunnar Myrdal).

### 2.2 Die Rolle der Spin Doctors

Das hat massive Auswirkungen auf den Charakter der wissenschaftlichen Politikberatung. Es ist nicht verwunderlich, wenn sich Politiker in dem Gestrüpp von scheinbar wissenschaftlich untermauerten Behauptungen nicht zurechtfinden und sich an den Erfahrungen, vorherrschenden Sichtweisen und Wertsetzungen ihres sozialen Milieus orientieren. Für Fachleute in den politischen Apparaten erwächst daraus ein Vermittlungsproblem. Sie müssen nicht nur die täglich auf sie einprasselnden Informationen sortieren und für sich ver-

ABBILDUNG 1

## Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Deutschland 2016



Im Jahr 2016 betragen die Gesundheitsausgaben 350,221 Milliarden Euro. Davon wurden fast 80 Prozent öffentlich finanziert: 219,866 Milliarden Euro entfallen auf Sozialversicherungsbeiträge und 51,756 Milliarden auf Transfers von staatlichen Inlandseinnahmen.

Quelle: www.gbe-bund.de; Grafik: G+G Wissenschaft 2019

arbeiten, sie müssen auch überlegen, wo sie die politische Klasse abholen müssen. Dabei spielen dann neben der Sachinformation vor allem das Timing und die Chancen auf Reaktion im öffentlichen Diskurs eine Rolle.

Deshalb hat die Informationsvermittlung in der Politikberatung eine zunehmende Bedeutung gegenüber der Informationsgewinnung bekommen. PR-Berater ersetzen in der Politik mehr und mehr die Hauswissenschaftler. Während der Ökonom John Maynard Keynes seinerzeit noch vermuten konnte, dass „Wahnsinnige in hoher Stellung, die Stimmen in der Luft hören, ihren wilden Irrsinn aus dem (zapfen), was irgendein akademischer Schreiber ein paar Jahre vorher verfasste“ (Keynes 1974, 323), spielen mittlerweile die sogenannten Spin Doctors die Hauptrolle in der politischen Kommunikation. Sie kümmern sich weniger um die politischen Inhalte an sich als um deren Verpackung und Präsentation. Politikberatung wird auf Politik-Marketing reduziert. „Die besondere Kunst besteht darin, Inhalte so aufzubereiten, dass sie auch für die Medien relevant erscheinen und zum Gegenstand der

Berichterstattung werden“, zitierte Tom Schimmeck 2005 in einer Reportage über die Medienszene in Berlin-Mitte einen führenden PR-Berater.

Politiker leben mit den Massenmedien quasi in Symbiose. Beide bilden ein selbstreferenzielles System (Luhmann 2009, 19 ff.), das mit den neuen sozialen Medien im Internet eine neue Dimension bekommen hat. Die Fachreferenten in den politischen Apparaten haben immer dann Vermittlungsprobleme, wenn die eigenen Erkenntnisse dem Mainstream der politischen Gemeinde oder der Medien beziehungsweise der sogenannten öffentlichen Meinung widersprechen. Besonders schwierig wird es, wenn es verbreitete Alltagserfahrungen gibt, die bestimmte Parolen zu bestätigen scheinen, obwohl deren wissenschaftliche Belege eher dünn oder zumindest umstritten sind. Aber auch wenn man mit Sachargumenten diesen falschen Vorstellungen begegnen kann, stößt die politische Umsetzung der sich daraus ergebenden Reformpolitik auf Hindernisse, die sich nicht mit politischen Kraftakten umgehend beseitigen lassen.

Vor diesem Hintergrund besteht die praktische Kunst der Gesundheitspolitik darin, ausgehend von bestimmten Zielvorstellungen „Reformviren“ zu implementieren, von denen man nicht immer genau weiß, ob, wann oder wie sie wirken (Reiners 2009). Daher zeichnen sich bei der Verabschiedung eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) meist schon die Konturen der nächsten Reform ab. In der wird dann bei unerwünschten Nebenwirkungen früherer Reformen nachjustiert, können politisch zunächst nicht durchsetzbare Schritte auf ein dafür günstigeres Klima treffen, oder es haben sich bestimmte Widersprüche so zugespitzt, dass die Beharrungskräfte der Reformgegner an Wirkung verlieren. Es gilt der Grundsatz „Nach der Reform ist vor der Reform“. Für diese politische Dramaturgie des Inkrementalismus bieten die GKV-Reformen der vergangenen 30 Jahre reiches Anschauungsmaterial (Knieps und Reiners 2015). Sie gilt auch für eine Neuordnung der GKV-Finanzierung vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung.

### 3 Inkrementalismus als Prinzip: das Beispiel GKV-Finanzierung

Die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und die Ausgaben der GKV nehmen mit dem wachsenden Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung zu. Die über 65-Jährigen stellen gegenwärtig etwa 20 Prozent der Bevölkerung, beanspruchen aber fast die Hälfte der GKV-Ausgaben (Böhm et al. 2009). Demnach scheint die Sachlage klar zu sein: Mit dem in den kommenden Jahren wegen der geburtenstarken Jahrgänge 1955 bis 1965 wachsenden Anteil dieser Altersgruppe werden die Beitragssätze der Krankenkassen steigen. Aber so einfach sind die Dinge nicht, wie die Sachverständigenräte für Gesundheit und Wirtschaft betonen (Deutscher Bundestag 2009; SVR-W 2018).

#### 3.1 Demografische Entwicklung und GKV-Finanzierung

In der Analyse der Morbidität infolge der demografischen Entwicklung stehen sich zwei Postulate gegenüber (Deutscher Bundestag 2009, 279–297). Die Medikalisierungsthese geht davon aus, dass mit der Alterung der Bevölkerung die Zahl der chronisch Kranken und Multimorbiden wächst und mit ihr quasi synchron die Behandlungsausgaben. Dem steht die Kompressionsthese gegenüber. Sie sieht zwischen steigender Lebenserwartung und einer Verschlechterung des Gesundheitszustands keinen linearen Zusammenhang. Die Phase ausgeprägter Multimorbidität werde in ein immer höheres Alter verschoben. Zugleich ließen sich als Folge besserer Lebensbedingungen (Ernährung, Hygiene, Vermeidung von Altersarmut) sowie einer verbesserten medizinischen Versorgung die Lebensphasen in guter Gesundheit ausweiten. Das wiederum steht in engem Zusammenhang

mit dem sozialen Status und der Vermeidung von Altersarmut, also beeinflussbaren Faktoren.

Der Wirtschafts-Sachverständigenrat (SVR-W) sieht in seinem Jahresgutachten 2018/19 vor diesem Hintergrund die demografischen Risiken eher in der Finanzierung der GKV als in deren Ausgaben. Durch einen steigenden Rentneranteil der GKV-Mitglieder gingen die Beitragseinnahmen zurück. Es entstehe eine wachsende „Tragfähigkeitslücke“ der GKV-Finanzien, die bis 2080 auf 4,2 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) anwachsen würde (SVR-W 2018, 393 ff.). Eine derart langfristige Schätzung ist zwar substanzlose Spekulation, weil die in den nächsten 50 oder 60 Jahren zu erwartenden ökonomischen Entwicklungen, gesellschaftlichen Strukturbrüche und kulturellen Veränderungen heute gar nicht erfasst werden können (Bosbach 2012). Aber richtig ist schon, dass der in den kommenden Jahren durch die geburtenstarken Jahrgänge 1955 bis 1965 steigende Altenquotient eine finanzielle Herausforderung für die GKV ist.

Die Lösung dieses Problems liegt in der Erweiterung der Finanzierungsbasis beziehungsweise des versicherungspflichtigen Personenkreises der GKV. Für das in Europa einmalige duale System von GKV und privater Krankenversicherung (PKV) gibt es keine belastbare ökonomische Begründung, ganz zu schweigen von dem Beihilfesystem für Beamte. Schon in seinem Jahresgutachten 2004/2005 stellte der SVR-W (2004, 516) fest, „dass sowohl in allokativer als auch in distributiver Hinsicht eine Pflichtversicherungsgrenze und die damit verbundene Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes ökonomisch nicht begründbar ist“. Es führe zu gesamtwirtschaftlich unsinnigen Risikoentmischungen und zur Fehlallokation von Ressourcen. Daher sollte es in ein einheitliches System für alle Bürger überführt werden.

Das hält der SVR-W auch in seinem aktuellen Gutachten für wünschenswert, aber aus vor allem rechtlichen Gründen für nicht realisierbar (SVR-W 2018, 407 ff.). Nun sind rechtliche Hindernisse meist politisch aus dem Weg zu räumen. Es fragt sich nur, wie realistisch es ist, dafür parlamentarische Mehrheiten zu erlangen, und in welchen Abläufen Reformen unter rechtlichen Aspekten realisiert werden können. Dabei stehen vier Aspekte im Mittelpunkt (Tabelle 1):

- Die Gewerbefreiheit der PKV wäre nur dann berührt, wenn ihr auch das Geschäft mit der Zusatzversicherung untersagt würde. Aber das fordert niemand. Ansonsten hat der Gesetzgeber alle Freiheiten zur Einführung einer allgemeinen Pflichtmitgliedschaft in der GKV (Bieback 2005).
- Die Eigentumsrechte an den Rückstellungen der PKV sind verfassungsrechtlich nicht abschließend geklärt (Kingreen 2014). Aus der ökonomischen Perspektive wäre es sinnvoll, den für die Absicherung von Altersrisiken angesparten Kapitalfonds anteilig je nach Zahl der Wechsler

TABELLE 1

## Probleme auf dem Weg zum einheitlichen Krankenversicherungssystem

Problem	Rechtliche und ökonomische Grenzen
Einschränkung der Gewerbefreiheit der privaten Krankenversicherung (PKV)	Der Gesetzgeber hat bei der Festlegung des in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherungspflichtigen Personenkreises einen breiten Spielraum. Die Gewerbefreiheit der PKV wäre nur dann unzulässig eingeschränkt, wenn ihr das Geschäft mit der Zusatzversicherung untersagt würde. Aber das fordert niemand.
Alimentationspflicht des Staates gegenüber Beamten	Der Staat würde seiner Alimentationspflicht auch nachkommen, wenn Beamtinnen und Beamte in der GKV versichert sind und der Dienstherr den Arbeitgeberanteil an den GKV-Beiträgen übernimmt. Aber es sind Übergangsregelungen erforderlich (Vertrauensschutz).
Einheitliches Vergütungssystem für GKV und PKV	In Krankenhäusern gelten die Diagnosis Related Groups (DRGs) für GKV und PKV. In der ambulanten ärztlichen Versorgung wäre eine einheitliche Vergütung an die Einbindung der PKV in das Vertragssystem der GKV gebunden.
Eigentumsrechte an den Alterungsrückstellungen der PKV	Da mit einem Wechsel von PKV-Mitgliedern in die GKV auch die Alterungsrisiken an die GKV übergehen, wäre eine anteilige Mitnahme von Rückstellungen ökonomisch sinnvoll. Dieser Transfer ist aber verfassungsrechtlich nicht abschließend geklärt.

Die oben aufgeführten vier Aspekte sollten bedacht werden, wenn man gesetzliche und private Krankenversicherung zu einem System zusammenführen will. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob man dafür parlamentarische Mehrheiten erzielen kann und wie man den Ablauf der Reform organisiert.

von der PKV zur GKV in den Gesundheitsfonds der GKV zu überführen. Aber das würde mit Sicherheit von der PKV mit einer Klage beim Bundesverfassungsgericht beantwortet mit der Folge eines langwierigen Verfahrens.

- Für ein einheitliches Vergütungssystem sprechen gewichtige ökonomische Argumente, zumal es das in der stationären Versorgung mit dem System der Diagnosis Related Groups (DRGs) bereits gibt (in Krankenhäusern ist der Privatpatienten-Status an einen entsprechenden PKV-Tarif oder eine Zusatzversicherung gebunden, die auch über sechs Millionen GKV-Mitglieder haben). Aber in der ärztlichen Versorgung ist es an die Einbindung der PKV in die korporatistischen Beziehungen zwischen Ärztenverbänden und Krankenkassen gebunden.

- Das Beihilfesystem für die Beamtinnen und Beamten hat keinen Verfassungsrang. Der Staat käme auch mit einem hälftigen Arbeitgeberanteil zur GKV seiner Alimentationspflicht nach. Allerdings müssten vor allem für Pensionäre, die in der Regel 70 Prozent ihrer Behandlungskosten vom Dienstherrn erstattet bekommen, unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes Sonderregelungen gelten.

### 3.2 Alter Wein in neuen Schläuchen: Vorschlag der Wirtschaftssachverständigen

Vor diesem Hintergrund wird klar, dass eine einheitliche Krankenversicherung zwar ökonomisch rational ist, dieses Ziel nur aber nur langfristig mit einem schrittweisen Reform-

prozess erreicht werden kann. Der SVR-W schlägt vor, zunächst die GKV-Finanzierung auf eine neue Grundlage zu stellen. Für ihn ist die lohnbezogene Finanzierung seit jeher ein Kardinalfehler der GKV. Durch sie würden die wachsenden Gesundheitsausgaben die Abgabenbelastungen der Arbeitgeber und der Versicherten erhöhen und damit die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft beeinträchtigen. An ihre Stelle sollten ein fester Arbeitgeberbeitrag und eine der Ausgabenentwicklung regelmäßig anzupassende „Bürgerpauschale“ treten. Diese dürfe einen der heutigen Beitragsbelastung von 15 Prozent entsprechenden Betrag nicht überschreiten. Das wären aktuell 260 Euro im Monat. Der Sozialausgleich und die Mitversicherung von Kindern sollten vom Bundeshaushalt finanziert werden. Zusammen belaufe sich das auf circa 20 Prozent des heutigen GKV-Haushalts beziehungsweise auf 45 Milliarden Euro. Dieses Konzept vertritt der SVR-W seit 2004, damals noch mit einem offenen Bekenntnis zu einer einheitlichen Krankenversicherung, alias „Bürgerversicherung“. Die hält er heute aus den genannten Gründen für nicht umsetzbar. Stattdessen sollte privaten Krankenversicherungen die Möglichkeit gegeben werden, GKV-Tarife anzubieten. Welches Interesse die PKV an diesem Geschäftsmodell haben sollte, verrät uns der SVR-W nicht. Auch sonst ist es erstaunlich, mit welcher Unbekümmertheit der SVR-W am Kopfpauschal-Projekt festhält, das wegen seiner fiskalischen Kollateralschäden politisch längst beerdigt wurde.

Dieses Modell wollten 2009 auch die FDP und ihr Gesundheitsminister Philipp Rösler einführen. Sie lieferten sich dazu mit der CSU ein mit Verbalinjurien („Gurkentruppe“ versus „Wildsäue“) angereichertes Scharmützel, das sie verloren. Das Bundesfinanzministerium rechnete auf Anfrage der Grünen die Kosten eines vom Bund zu finanzierenden Sozialausgleichs durch und kam bei einem Umfang von damals 35 Milliarden Euro zu folgendem Ergebnis (*Deutscher Bundestag 2009*):

- Würde er nur aus der Einkommensteuer finanziert, müsste man diese linear um etwa fünf Prozentpunkte anheben. Beschränkte man sich auf die oberen Einkommensgruppen als Finanzierungsquelle, müssten diese jenseits von 180.000 Euro zu 100 Prozent besteuert werden.
- Würde man ihn stattdessen über die volle Mehrwertsteuer finanzieren, müsste diese von 19 auf 23 Prozent angehoben werden.

Das war ein politischer Blattschuss, den der SVR-W aber ignoriert. Er behauptet weiterhin ungeniert, der Sozialausgleich in der GKV sei über Steuern effektiver als über die GKV-Beiträge zu finanzieren.

### 3.3 Wege zur einheitlichen Krankenversicherung

Richtig ist, dass wir eine grundlegende Reform der GKV-Finanzierung brauchen. Unter den gegebenen Bedingungen gehen die wachsenden GKV-Ausgaben allein zulasten der un-

teren und mittleren Einkommen. Dafür sorgen die Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen. Selbstständige, Beamte und Angestellte der höheren Gehaltsklassen leisten entweder gar keinen oder nur einen reduzierten Beitrag zu diesem Solidarsystem. Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze von aktuell 5.052,50 Euro auf die in der Rentenversicherung geltende Grenze von 6.700 Euro könnte zwar den durchschnittlichen Beitragssatz je nach versicherungspflichtigem Personenkreis um zwischen einem und mehr als drei Prozentpunkte senken (*Rothgang und Domhoff 2017*). Allerdings ist auch dieser Weg mit großen Hindernissen gepflastert. Er ist zwar rechtlich möglich, stößt aber auf großen politischen Widerstand in den meisten Parteien. Dieser Schritt wäre zudem nur mit einer zeitgleichen Abstimmung mit der Einkommensteuer sinnvoll, um eventuelle Doppelbelastungen durch die Steuerprogression zu vermeiden.

Eine unter den gegebenen Bedingungen realistischere Perspektive zur Erweiterung der GKV-Finanzierungsbasis besteht in der allmählichen Überführung der Beamten in den Kreis der GKV-Mitglieder. Seit 1989 haben die Beamten keinen Zugang zur GKV. Vorher konnten die Krankenkassen Beamten einen Sondertarif mit Komplementärleistungen zur Beihilfe anbieten. Der war jedoch nicht attraktiv, weil er die Restkosten zur Beihilfe nur teilweise abdecken konnte. Aber das lässt sich ändern. Beamte stellen fast die Hälfte der PKV-Mitglieder. Ihre Überführung in die GKV wäre der Anfang vom Ende der PKV als Vollversicherung.

Das Beihilfesystem hat in seiner bestehenden Form keinen Verfassungsrang. Der Staat ist nach dem Alimentationsprinzip zwar verpflichtet, seinen Beamten einen angemessenen Krankenversicherungsschutz zu gewähren. Aber es ist verfassungsrechtlich unerheblich, ob dies in Form des Arbeitgeberanteils am GKV-Beitrag oder, wie jetzt, als anteilige Übernahme der Arzt- und Krankenhausrechnungen geschieht (*Kingreen und Kühling 2013*). Eine Modellrechnung im Auftrag der Bertelsmann Stiftung (*Ochmann et al. 2016*) hat ergeben, dass eine Überführung der Beamten in die GKV die öffentlichen Haushalte entlasten würde, wenn alle Beamten mit einem Einkommen bis zur Versicherungspflichtgrenze und die Beamten mit darüber liegenden Bezügen als freiwillig Versicherte in die GKV gehen.

Diese Vorteile der GKV für den Staatshaushalt lassen sich jedoch wegen der Verpflichtungen für die älteren Beamten in den meisten Ländern meist nur mittel- bis langfristig realisieren. Brandenburg, Sachsen oder Sachsen-Anhalt zum Beispiel haben nach Berechnungen der Bertelsmann Stiftung eine Beamtenstruktur, die Mehrkosten in den Übergangsjahren verursachen. Für jüngere Beamte ist die Beihilfe kostengünstiger als die GKV, weil sie keine Solidarbeiträge für die älteren und kränkeren Kolleginnen und Kollegen enthält. Unterm Strich ist die Einbindung der Beamten in die GKV aber eine

## Zur Rationalität von Politik

„Gesundheit kann von allen gewünscht werden, und doch können die Menschen immer noch verschiedener Ansicht über Impfung und Vasektomie sein. Und dergleichen gibt es viel. Die utilitaristischen Väter der demokratischen Lehre sahen nicht die volle Bedeutung dieses Problems ... und wenig über die Welt eines Eisenwarenhändlers des achtzehnten Jahrhunderts hinaus.“  
*Joseph Alois Schumpeter, Ökonom und Soziologe*

„Wahnsinnige in hoher Stellung, die Stimmen in der Luft hören, zapfen ihren wilden Irrsinn aus dem, was irgendein akademischer Schreiber ein paar Jahre vorher verfasste.“  
*John Maynard Keynes, Ökonom*

„Dem Bullshitter ist es gleichgültig, ob seine Behauptungen die Realität korrekt beschreiben. Er wählt sie einfach so aus oder legt sie so zurecht, dass sie seiner Zielsetzung entsprechen.“  
*Harry Frankfurt, Philosoph*

„Die Politik bedeutet ein starkes, langsames Bohren von harten Brettern mit Leidenschaft und Augenmaß zugleich.“  
*Max Weber, Ökonom und Soziologe*

Investition, die sich für die öffentlichen Haushalte auszahlt, zumal die Altersstruktur der Beamten auf große zukünftige Kostensteigerungen hinweist (*Haun und Jacobs 2014*).

Hamburg hat ab 2019 seinen Beamten eine Wahl zwischen Beihilfe und GKV in begrenztem Umfang ermöglicht, indem der Senat den in der GKV versicherten Beamten einen Zuschuss in Höhe des Arbeitgeberbeitrages in der GKV als Ersatz für die Beihilfe zahlt. Andere Länder wie Berlin oder Thüringen wollen Hamburg folgen. Das ist eine unter den gegebenen Umständen sinnvolle Regelung (*Kingreen 2018*). Eine Wahl für alle Beamten zwischen Beihilfe und GKV ist aber erst dann möglich, wenn Beamte im Sozialgesetzbuch dem in der GKV versicherungsberechtigten Personenkreis zugeordnet werden und die Beihilferegulungen des Bundes und aller Länder entsprechend geändert werden. Beamtinnen und Beamte allgemein in der GKV versicherungspflichtig zu machen, kommt aus rechtlichen Gründen (Vertrauensschutz) nur für neu verbeamtete Personen in Frage. Man müsste, um allen Beamten den Zugang zur GKV zu gewährleisten, die Beamtengesetze auch in den 16 Bundesländern ändern. Das ist angesichts der unterschiedlichen politischen Mehrheiten in den Ländern aktuell unrealistisch, aber in der Zukunft nicht ausgeschlossen.

## 4 Fazit

„Das Gesundheitswesen ist kein Gelände für Vereinfacher“, stellte der Ökonomie-Nobelpreisträger Paul Krugman (2018) in einem Nachruf auf den Gesundheitsökonom Uwe Reinhardt fest. Wer sich auf dieses Terrain begibt, muss damit rechnen, sich permanent mit interessengebundenen Ideologien, politischen Machtspielen und einer schlagkräftigen Lobby auseinanderzusetzen zu müssen. Politisch rationales Handeln erfordert Stehvermögen, Gelassenheit und geduldiges Warten auf den richtigen politischen Zeitpunkt für eine Reform. Der Begründer der Politikwissenschaft Max Weber (2006, 610) bringt es in seinem wohl berühmtesten Zitat auf den Punkt: „Die Politik bedeutet ein starkes, langsames Bohren von harten Brettern mit Leidenschaft und Augenmaß zugleich.“

## Literatur

**Bieback K-J (2005):** Verfassungsrechtliche Aspekte der Bürgerversicherung. Baden-Baden: Nomos

**Böhm K, Tesch-Römer C und Ziese T (Hrsg.) (2009):** Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut; [www.rki.de](http://www.rki.de) → Gesundheitsmonitoring → Gesundheit im Alter → GBE-Berichte

**Bosbach G (2012):** Lügen mit Zahlen. Wie wir von der Statistik manipuliert werden. München: Heyne

**Deutscher Bundestag (2009):** Unterrichtung durch die Bundesregierung: Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Drucksache 16/13770 vom 2. Juli 2009. Berlin; <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>

**Deutscher Bundestag (2010):** Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgitt Bender, Dr. Gerhard Schick, Kerstin Andreae, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Drucksache 17/499: Gestaltung des von der Koalition geplanten steuerfinanzierten Sozialausgleichs für Krankenversicherungsbeiträge und dessen soziale Auswirkungen. Drucksache 17/691 vom 10.02.2010. Berlin

**Frankfurt HG (2006):** Bullshit. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

**Haun D, Jacobs K (2014):** Beihilfe ohne Perspektive? Zur Zukunft der Gesundheitsabsicherung für Beamte. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 14, Heft 1, 23–30

**Keynes JM (1974):** Allgemeine Theorie der Beschäftigung und des Geldes. Berlin: Duncker & Humblot

**Kingreen T (2014):** Niemals geht man so ganz: Die Altersrückstellungen in der PKV. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 14, Heft 1, 16–22

**Kingreen T (2018):** Einwohnerversicherung „light“? Reformen und Reformationen für die Weiterentwicklung der dualen Krankenver-

sicherungsordnung. KrV – Kranken- und Pflegeversicherung, Jg. 70, Heft 2, 45–52

**Kingreen T, Kühling J (2013):** Monistische Einwohnerversicherung. Konzeptionelle und rechtliche Fragen einer Transformation der dualen in eine integrierte Krankenversicherungsordnung. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 67, Heft 2–3, 28–35

**Knieps F, Reiners H (2015):** Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen – Kontroversen. Bern: Verlag Hans Huber Hogrefe AG

**Krugman, P (2018):** A Tribute to Uwe Reinhardt. New York Times vom 22. April 2018; <https://www.nytimes.com/2018/04/22/opinion/a-tribute-to-uwe-reinhardt.html>

**Luhmann N (2009):** Die Realität der Massenmedien. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

**Maus H, Fürstenberg F (Hrsg.) (1969):** Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie. Neuwied: Luchterhand

**Ochmann R, Albrecht M, Schiffforst G (2016):** Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige. Teilbericht Beamte. IGES Institut im Auftrag der Bertelsmann Stiftung; [www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de) → Publikationen → Alle Publikationen → Suchbegriff: Beamte

**OECD (2017):** Health at a Glance 2017. OECD Indicators; [www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm](http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm)

**Ötsch W, Pühringer S, Hirte K (2017):** Netzwerke des Marktes.

Ordoliberalismus als Politische Ökonomie. Wiesbaden: Springer VS

**Reiners H (2009):** Gesundheitspolitik als Implantierung von „Reformviren“. Anmerkungen zum Postulat einer nachhaltigen

GKV-Reform. In: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 9, Heft 3, 7–12

**Reiners H (2018):** Mythen der Gesundheitspolitik. Bern: Hogrefe

**Rothgang H, Domhoff, D (2017):** Beitragseffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE und der Rosa-Luxemburg-Stiftung; [www.rosalux.de](http://www.rosalux.de)

→ Suchbegriff: Gesundheits- und Pflegeversicherung

**Schimmeck T (2005):** Arschlochalarm! Die Tageszeitung vom 17. November 2005; <http://www.taz.de/!544478/>

**Schumpeter JA (1972):** Kapitalismus, Sozialismus und Demokratie. München: Francke

**SVR-W (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2004):** Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/2005; [www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de](http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de) → Jahresgutachten

**SVR-W (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2018):** Vor wichtigen wirtschaftspolitischen Weichenstellungen. Jahresgutachten 2018/19; [www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de](http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de) → Jahresgutachten

**Weber M (2006):** Politik als Beruf. In: Politik und Gesellschaft. Frankfurt a. M.: Zweitausendeins, 565–610

**Zapf W (1973):** Gesellschaftliche Dauerbeobachtung und aktive Politik. Allgemeines Statistisches Archiv, Vol. 57, 143–163

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 17. Dezember 2018)

## DER AUTOR



**Hartmut Reiners,**

Jahrgang 1945, Ökonom und Publizist. Von 1992 bis August 2009 Leiter des Referats Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik im Gesundheitsministerium des Landes Brandenburg. Zuvor in gleicher Funktion im Gesundheitsministerium des Landes Nordrhein-Westfalen. Von Juli 1987 bis Februar 1990 Mitglied (Sachverständiger) der Enquete-Kommission des Bundestages zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Zahlreiche Publikationen zur Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. Sein Buch „Mythen der Gesundheitspolitik“ erschien im Oktober 2018 in einer vollständig überarbeiteten dritten Auflage.

Foto: privat

# Wissenschaftliche Politikberatung im Gesundheitswesen

von Thomas Gerlinger<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Im deutschen Gesundheitswesen** existiert ein ausdifferenziertes System der wissenschaftlichen Politikberatung. Allerdings greifen politische Entscheidungsträger nur selektiv auf Politikempfehlungen aus der Wissenschaft zurück. Gründe dafür liegen sowohl im politischen System als auch im Wissenschaftssystem. Beide folgen eigenen Perspektiven und Logiken, die häufig nicht kompatibel sind. Politische Entscheidungsträger orientieren sich vor allem am Machterhalt und Machtzuwachs, während die Aufgabe der Wissenschaft darin liegt, wahre Aussagen über Zusammenhänge zu treffen. Zugleich verliert Wissenschaft von ihrem gesellschaftlichen Nimbus, weil sie häufig uneindeutige oder widersprüchliche Ergebnisse produziert und sich Tendenzen einer politischen Indienstnahme von Wissenschaft verstärken.

**Schlüsselwörter:** Politikberatung, Wissenschaft, Gesundheitswesen

**Germany's health care system** has differentiated scientific policy advice services at its disposal. Yet, political decision makers only make use of them selectively. The reasons for this behaviour are to be sought in the political and in the scientific system. Both politics and science follow their own set of rules and perspectives, and these are often far from compatible. Political decision makers focus on gaining and retaining power, while science seeks to make true statements about the world. At the same time, society seems to be less in awe of science nowadays and therefore less willing to rely on it. This is largely due to the fact that science often produces inconclusive or contradictory results and that it lends itself to being exploited by politicians.

**Keywords:** political advice services, science, health care system

## 1 Politikberatung im Gesundheitswesen

Bekanntlich spielt Wissenschaft heute in nahezu allen Teilbereichen reicher Gesellschaften eine bedeutende, ja unverzichtbare Rolle – bereits der 1986 von Rolf Kreibich geprägte Begriff von der Wissenschaftsgesellschaft (Kreibich 1986) brachte dies zum Ausdruck. Dies trifft natürlich auch auf das Gesundheitswesen zu. Dabei geht es hier nicht allein um die – auf die Verbesserung der Krankenversorgung gerichtete – Nutzung von Naturwissenschaft und Technik, die noch bei Kreibich im Mittelpunkt steht, sondern auch um die vielfältigen Aspekte, die man mit dem Begriff Gesundheitspolitik assoziiert, also die Organisation, Finanzierung und Regulierung des Gesundheitssystems.

Wissenschaftliche Analyse und Beratung auf diesen Feldern hat sich in den vergangenen Jahrzehnten enorm aus-

differenziert und findet mittlerweile in unterschiedlichsten Formen und durch höchst unterschiedliche Akteure statt (Brede 2006). Im Zentrum stehen jene Formen und Einrichtungen institutionalisierter Politikberatung, die direkt an den Staat und die gemeinsame Selbstverwaltung angebunden sind und die auf einem gesetzlichen Auftrag beruhen. Zu den wichtigen Akteuren auf diesem Feld zählen das Robert Koch-Institut, die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen oder der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G). Daneben sind in den vergangenen Jahren zahlreiche Reformbestimmungen mit der Pflicht zur gesetzlichen Begleitevaluation auf den Weg gebracht worden (zum Beispiel zu den Wirkungen der Qualitätsverträge im Krankenhaussektor), die zumeist über Ausschreibungsverfahren an universitäre

<sup>1</sup>Prof. Dr. phil. Dr. rer. med. Thomas Gerlinger, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld · Postfach 10 01 31 · 33501 Bielefeld  
Telefon: 0521 1064565 · E-Mail: thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de

oder private Forschungseinrichtungen oder Einzelpersonen vergeben werden. Die institutionalisierte Beratung durch den SVR-G wird durch die Sachverständigenräte für Umweltfragen und für Wirtschaft ergänzt, die häufig oder gelegentlich auch zu für die Gesundheitspolitik unmittelbar relevanten Fragen Stellung nehmen. Hinzu kommen Berichte diverser Enquete- oder Expertenkommissionen, die ebenfalls vielfältige Gesundheitsbezüge aufweisen (zum Beispiel der Altenbericht) – dies sind Kommissionen, in denen neben Persönlichkeiten aus Politik und Praxis eben auch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler vertreten sind. Darüber hinaus verfügen wichtige Akteure der Selbstverwaltung wie beispielsweise größere Krankenkassen und einzelne Krankenkassenarten, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft schon seit vielen Jahren über eigene Forschungseinrichtungen. Sie betreiben Forschung zur Gesundheitspolitik und Gesundheitssystem-entwicklung aus der Perspektive und mit dem Ziel der Unterstützung ihrer jeweiligen Träger, was nicht bedeutet, dass ihre Ergebnisse deshalb a priori als bloß interessengeleitet abgetan werden können, weil auch sie die Methoden und Ergebnisse ihrer Untersuchungen für den wissenschaftlichen Diskurs öffnen müssen. Darüber hinaus ist das kaum noch überschaubare Feld der Auftragsforschung von Bedeutung, die überwiegend von privaten oder öffentlichen Organisationen im Gesundheitswesen sowie von staatlichen Einrichtungen und von Stiftungen finanziert wird. Eine Übersicht über die Formen und Institutionen wissenschaftlicher Politikberatung gibt Tabelle 1.

## 2 Unterschiedliche Perspektiven und Handlungslogiken

Die Frage nach der Praxiswirksamkeit der Vielzahl der von diesen Wissenschaftsakteuren produzierten Empfehlungen lässt sich nur schwer beantworten. Systematische Analysen zum Einfluss wissenschaftlicher Politikberatung auf politische Entscheidungen sind für die deutsche Gesundheitspolitik meines Wissens bisher nicht vorgelegt worden. Somit lässt sich nur ein subjektiver Eindruck formulieren, nämlich der, dass, legt man zum Beispiel die Reaktionen auf Empfehlungen des SVR-G zugrunde, Gesundheitspolitik nur sehr selektiv Empfehlungen aus der Wissenschaft folgt. Empfehlungen aus der Wissenschaft werden von politischen Akteuren vor allem dann befolgt, wenn sie mit den eigenen Zielvorstellungen und Interessen kompatibel sind. Insbesondere gilt dies für solche Themen, die stark von ideologischen Einstellungen oder handfesten Interessen geprägt sind, wie zum Beispiel Finanzierungsfragen. Auf einem noch ganz anderen Blatt steht die Frage, ob Politik dann, wenn sie Empfehlungen aus der Wissenschaft folgt, diese Maßnahmen nicht auch ganz ohne wissenschaftlichen Rat ergriffen hätte.

Auf einer allgemeinen Ebene hat dies erst einmal damit zu tun, dass Politik und Wissenschaft jeweils eigenen Relevanzkriterien und Logiken folgen. Dies ist besonders aus systemtheoretischer Perspektive herausgearbeitet worden; besonders Niklas Luhmann hat diese Sichtweise in den vergangenen Jahrzehnten geprägt (*Luhmann 1990 und 2002*). Demnach handelt es sich bei Politik und Wissenschaft um gesellschaftliche Teilsysteme, die auf der Grundlage eines spezifischen Leitwerts Unterscheidungen vornehmen, auf diese Weise die Komplexität ihrer gesellschaftlichen Umwelt reduzieren und sie nach dessen Maßgabe wahrnehmen. Diese Teilsysteme differenzieren sich entlang dieses Leitwerts aus und erbringen Leistungen für andere Teilsysteme und für die Gesellschaft insgesamt. Für das Wissenschaftssystem ist demzufolge die Unterscheidung von wahr und falsch konstitutiv. Es hat die Funktion, gesicherte Informationen über Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Sachverhalten bereitzustellen. Die Funktion des politischen Systems besteht darin, kollektiv verbindliche Entscheidungen zu treffen (vor allem in Form von Gesetzen oder Verordnungen) und für deren Einhaltung zu sorgen. Wer die Möglichkeit haben will, kollektiv verbindliche Entscheidungen zu treffen, benötigt Macht. Die Erlangung (und Aufrechterhaltung oder Erweiterung) von Macht ist daher der Leitwert des politischen Systems.

Diese Systeme agieren nur auf der Grundlage der systemspezifischen Unterscheidung (zum Beispiel wahr oder falsch) und (re)produzieren so ihre Eigenständigkeit. Zugleich sind sie umwelttoffen, das heißt, sie nehmen Prozesse und Entwicklungen in ihrer gesellschaftlichen Umwelt wahr und sind zum Teil auch von ihnen abhängig. So benötigt Politik Ergebnisse wissenschaftlicher Tätigkeit über politikrelevante Probleme, während das Wissenschaftssystem zum Beispiel auf die von der Politik bereitgestellten Ressourcen zu ihrer Bearbeitung angewiesen ist. Man muss nicht den Prämissen und Annahmen systemtheoretischer Perspektiven folgen, um anzuerkennen, dass Wissenschaft und Politik je eigene Perspektiven einnehmen und spezifischen Mechanismen gehorchen, die verständlich machen, weshalb ihr Zusammenwirken mitunter oder häufig schwierig ist.

## 3 Wissenschaft und Politik: die Transformationsproblematik

Aus der Perspektive der Wissenschaft scheint es beinahe selbstverständlich, dass Politik auf ihre Erkenntnisse zurückgreifen müsse. Das gilt auch für jene Akteure der Wissenschaft, die auf dem Feld der Gesundheitspolitik unterwegs sind. Die gesundheitspolitische Wirklichkeit in Deutschland – und nicht nur dort – steht aber in einem deutlichen Kontrast zu dieser Anforderung. Wohl alle Wissen-

TABELLE 1

## Formen und Institutionen wissenschaftlicher Politikberatung im Gesundheitswesen (Auswahl)

Typus	Formen/Themen	Akteure/Institutionen (Beispiele)
Gesetzlich vorgesehene Analysen, Berichte und Evaluationen	Regelmäßige Berichterstattung, gesetzlich definierte Zwecksetzung, partiell direkte Vorgaben durch das zuständige Bundesministerium	Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; auch: Sachverständigenräte für Wirtschaft und für Umwelt (mit Gesundheitsbezügen)
	Gesetzlich definierte Aufgaben, Beauftragung durch die gemeinsame Selbstverwaltung oder das Bundesministerium für Gesundheit	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen; Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen
	Themenfeldbezogene Berichte mit Gesundheitsbezug (zum Beispiel Altenbericht)	Expertenkommissionen; Enquetekommissionen
	Gesundheitsberichterstattung	Robert Koch-Institut; Länder; Kommunen
Ressortforschung auf Bundes- und Landesebene, zumeist durch einzelne Ministerien	Aufgabenbeschreibung/Aufträge durch das zuständige Ministerium (Fachaufsicht); Forschungsprogramme, Aufträge oder Ausschreibungen einzelner Ministerien zum Thema Gesundheit (zum Beispiel „Road Map“ zur Gesundheitsforschung) oder mit Gesundheitsbezug	Robert Koch-Institut; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; universitäre oder außeruniversitäre Forschungseinrichtungen
Gemeinnützig (öffentlich oder privat) finanzierte Forschung mit oder ohne Themenbindung	Freie Themen oder thematische Bindung (Ausschreibungen), zum Beispiel durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft, die VolkswagenStiftung, die Bertelsmann Stiftung oder andere Stiftungen	Universitäre oder außeruniversitäre Forschungseinrichtungen
Auftragsforschung, finanziert durch Organisationen des Gesundheitswesens	Thematische Vorgaben durch Zuwendungsgeber je nach gesundheitspolitischer Problem- und Interessenlage	Universitäre oder außeruniversitäre Forschungseinrichtungen
Informelle Beratung für Organisationen des Gesundheitswesens	Thematische Vorgaben durch Zuwendungsgeber je nach gesundheitspolitischer Problem- und Interessenlage	Universitäre oder außeruniversitäre Forschungseinrichtungen

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2019

schaftlerinnen und Wissenschaftler gleich welcher Couleur werden konstatieren, dass die gesundheitspolitische Praxis mehr oder weniger deutlich hinter dem zurückbleibt, was wissenschaftliche Expertise der Gesundheitspolitik nahelegen würde. Diese Erfahrung findet ihren Ausdruck in der verbreiteten Forderung nach einer *evidence-based health policy* (Baicker und Chandra 2017). Zum manchmal schwierigen Zusammenwirken von Wissenschaft und Politik auf

dem Gebiet des Gesundheitswesens, so die These dieses Beitrags, tragen Probleme auf beiden Seiten bei.

### 3.1 Die Seite der Politik

Auf der Seite der Politik sind es verschiedenartige Mechanismen, die zu einer Nichtberücksichtigung wissenschaftlicher Expertise führen. Eine wichtige Voraussetzung für die

Berücksichtigung von Empfehlungen aus der Wissenschaft ist die Offenheit politischer Entscheidungsträger für wissenschaftliche Expertise. Man kann nicht ohne Weiteres davon ausgehen, dass sie überall gleichermaßen vorhanden ist. So bringen William Genieys und Patrick Hassenteufel (2005) den Wandel der Krankenversicherung in Frankreich seit den 1990er-Jahren in einen Zusammenhang mit dem Aufstieg neuer staatlicher Wohlfahrtseliten, die ein relativ geschlossenes Handlungsprogramm entwickelten, das sie gegen andere Akteure des Gesundheitswesens durchsetzten. Begünstigt wurde diese Entwicklung durch gemeinsame Grundüberzeugungen politischer Entscheidungsträger, die darauf beruhen, dass ein erheblicher Teil der politischen Entscheidungsträger Eliteschulen wie die *École nationale d'administration* (ENA) durchlaufen, in denen ein solches Verständnis geprägt wird. In Deutschland ist eine solche Kohärenz beziehungsweise Homogenität der Staatsvorstellungen bei politischen Eliten nicht anzutreffen, was sie – je nach politischer Wertung – offener oder anfälliger für externe Beratung und politische Konjunkturen macht. Hier hat in den zurückliegenden Jahrzehnten vor allem eine neoliberal ausgerichtete Gesundheitsökonomie nachhaltigen Einfluss auf politische Entscheidungsträger ausgeübt. Damit lässt sich zu einem gewissen Grad erklären, dass Deutschland Schritte in Richtung auf einen regulierten Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung gegangen ist, während Frankreich – bei allen Liberalisierungstendenzen – an seinen traditionellen Krankenversicherungsstrukturen im Wesentlichen festhielt.

Die Gründe für die Nichtbeachtung wissenschaftlicher Expertise sind unterschiedlich. Erstens ist Gesundheitspolitik Teil des politischen Systems, weshalb auch für gesundheitspolitische Entscheidungsträger der Leitwert der Macht von zentraler Bedeutung ist. Dieses Merkmal hat ganz unterschiedliche Auswirkungen. Überlegungen, die den Machterhalt betreffen, können unterschiedlicher Natur sein – etwa die Berücksichtigung der materiellen Interessen wichtiger Wählergruppen, die normative Akzeptanz von Entscheidungen oder die Abwägung zwischen unterschiedlichen Gütern. Ein wichtiger Aspekt besteht darin, dass Macht in demokratischen Gesellschaften über Wahlen zugewiesen wird. Dies führt häufig dazu, dass, so die These des amerikanischen Politikwissenschaftlers Anthony Downs (1957), Parteien sich gegenüber Wählern verhalten wie Unternehmen im Wirtschaftssystem gegenüber Kunden. Somit ist die (erwartete) Reaktion der Wähler ein bedeutendes Kriterium für das Ergreifen oder Nichtergreifen politischer Initiativen. Dabei müssen die Präferenzen oder Interessen der Wähler keineswegs mit dem übereinstimmen, was aus gesundheitlicher Perspektive wünschenswert wäre. Denken wir etwa nur an die Einführung einer O-Promille-Grenze im Straßenverkehr. Dabei muss es gar nicht um die Wahlbevölkerung als Ganzes gehen. Es mag bereits reichen, dass die Konsequenzen wissenschaftlicher Befunde mit den Interessen wichtiger Klientelen einer Partei kollidieren, um abgelehnt zu werden. Die

Transformation wissenschaftlich begründeter Empfehlungen in die Gesundheitspolitik scheitert also häufig daran, dass sie die Zustimmung der Bevölkerung oder parteipolitisch relevanter Klientelgruppen gefährdet oder eine solche Gefährdung befürchtet wird.

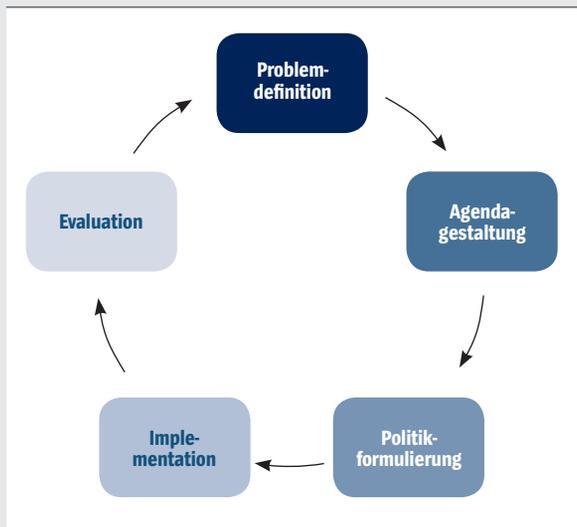
Es muss bei gesundheitspolitisch relevanten Entscheidungen oder Nichtentscheidungen nicht unbedingt um eine Verbesserung des Gesundheitszustands, eine bessere Prävention oder Krankenversorgung gehen. Dafür gibt es in der Geschichte der Gesundheitspolitik genügend Beispiele, denken wir nur an das politische Handeln im Dieselskandal. Dies bedeutet natürlich nicht, dass gesundheitliche Aspekte der Gesundheitspolitik gleichgültig sein müssen. Insbesondere dort, wo bei bestimmten Maßnahmen multilaterale Win-win-Situationen vorliegen oder mit guten Gründen zu erwarten sind, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass gesundheitspolitische Entscheidungsträger wissenschaftliche Erkenntnisse in entsprechendes Handeln umsetzen. Im anderen Fall kann man aber selbst dort, wo wissenschaftliche Befunde und Empfehlungen eindeutig sind, nicht davon ausgehen, dass die Politik sie befolgt. Ein gutes Beispiel hierfür ist der Pflegebedürftigkeitsbegriff des deutschen Pflegeversicherungsrechts. Er war in der Wissenschaft nahezu zwei Jahrzehnte lang übereinstimmend als defizitär kritisiert worden, bis das Leistungsrecht in der Pflegeversicherung entsprechend reformiert wurde.

Zweitens stehen politische Entscheidungen am Ende komplexer Prozesse, an denen zahlreiche Akteure beteiligt sind, deren Interessen Eingang in diese Entscheidungen finden. Dies ist gerade in Deutschland von großer Bedeutung, wo das zumeist zu Koalitionsregierungen führende Verhältniswahlrecht, das auch in der Gesundheitspolitik wirksame föderale Mehr-Ebenen-System und die über die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgende Institutionalisierung organisierter Interessen die Komplexität politischer Entscheidungsprozesse erhöhen. Auch für diese Akteure gilt, dass sie sich primär an ihren Eigeninteressen und an ihrem Machterhalt orientieren. Im politischen Tauschhandel kommt es dann in der Regel zu Kompromissen, bei denen wissenschaftliche Erkenntnisse häufig nur, wenn überhaupt, eine Randgröße darstellen, und oft nicht einmal das. Nehmen wir das Beispiel des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs: Für die Festlegung auf die Berücksichtigung von genau achtzig Krankheiten lassen sich wohl kaum wissenschaftliche Argumente anführen.

Drittens steht Gesundheitspolitik stets vor einem Implementationsproblem. Wissenschaftlich begründete Empfehlungen beinhalten stets Aussagen über die Zukunft. Insbesondere die Vorhersehbarkeit von Implementationsproblemen ist aber begrenzt, weil sich Rahmenbedingungen verändern können und mögliche Ausweichreaktionen beteiligter Akteu-

ABBILDUNG 1

## Der Health Policy Action Cycle



Der Health Policy Action Cycle beschreibt politische Problembearbeitung als einen zyklischen Prozess. In der Wirklichkeit sind der unterstellte Ablauf dieses Prozesses sowie die unterstellte Rationalität und Problemlösungsabsicht aber häufig nicht anzutreffen.

Quelle: Knill und Tosun 2015: 18; Grafik: G+G Wissenschaft 2019

re nicht immer vorhersehbar sind. Ein gutes Beispiel ist der Versuch in der deutschen Gesundheitspolitik, neue Versorgungsmodelle (zum Beispiel integrierte Versorgung) auf den Weg zu bringen. Viele der bei der Implementation aufgetretenen Probleme wurden nicht vorhergesehen. Die Veränderung einzelner Steuerungselemente kann unvorhergesehene Wirkungen an anderen Stellen erzeugen.

Viertens liegt der Nutzen von Reformen häufig jenseits der meist kurzfristigen Planungshorizonte politischer Akteure, die sich zumeist an den nächsten Wahlen orientieren. Sollten mit Reformen kurz- oder mittelfristige Legitimationsrisiken verbunden sein, dürfte eine Regierung im Allgemeinen kaum zur Reform geneigt sein, auch wenn damit ein langfristiger Nutzen verbunden sein sollte.

Fünftens ist zu beachten, dass Reformen, auch wenn sie wissenschaftlich begründet sein mögen, die Politik vor erhebliche Probleme stellen können. Häufig schränken einmal getroffene Entscheidungen zukünftige Entscheidungen ein, vor allem weil die ökonomischen und politischen Transaktionskosten einer Reform zu hoch sind. Darin liegt ein wichtiger Grund für den Verzicht auf Reformen oder für die Beschränkung ihrer Reichweite. Auch aus diesem Grund ist die typische Form politischen Wandels die inkrementelle

Reform und nicht der große Wurf. So hat der amerikanische Ökonom Paul David am Beispiel der Schreibmaschinentastatur gezeigt, dass einmal getroffene Entscheidungen Interessen und Strukturen etablieren können, die eine große Beharrungskraft entwickeln (David 1985). So können suboptimale Strukturen fortbestehen, auch wenn bereits bessere Lösungen bereitstehen. Noch heute schreiben wir auf einer Tastatur mit der Buchstabenanordnung QWERTY (deutsch: QWERTZ), obwohl lange bekannt ist, dass sie unter ergonomischen Gesichtspunkten suboptimal ist.

Sechstens können Konflikte zwischen Empfehlungen aus der Wissenschaft mit anderen Zielen entstehen. Dies ist etwa der Fall, wenn Kostensenkungen durch Zuzahlungen oder Selbstbehalte den Zugang sozial Schwacher zur medizinischen Versorgung gefährden. Die Abwägung und Präferenzbildung bei solchen Zielkonflikten kann nicht wissenschaftlich, sondern nur normativ erfolgen. Es handelt sich um eine ureigene Aufgabe der Politik.

Aus den genannten Gründen ist der gerne und häufig zur Analyse politischen Handelns verwendete Health Policy Action Cycle auch nur sehr bedingt realitätsgerecht. Er unterstellt einen regelmäßigen Ablauf politischer Entscheidungsprozesse – von der Problemdefinition über die Zielbestimmung und die Bestimmung eines Handlungsprogramms, auf die die Umsetzung und eine Evaluation der ergriffenen Maßnahmen folgt, um sodann in einen neuen Zyklus zu münden (Abbildung 1). Gesundheitspolitik wird aus dieser Perspektive als eine sich beständig weiterentwickelnde und auf die Problemlösung gerichtete Lernspirale konzipiert. Die Wirklichkeit gesundheitspolitischer Prozesse weicht vor allem in folgender Hinsicht von dem hier zugrunde gelegten Schema ab. Erstens lassen sich die einzelnen Ebenen oft nicht trennscharf unterscheiden (Héritier 1993) und handelt es sich nicht unbedingt um zeitlich aufeinanderfolgende Phasen des Politikprozesses; zweitens vollzieht sich die Formulierung und Implementation politischer Maßnahmen in aller Regel nicht als Top-down-Handeln (Knill und Tosun 2015); drittens weist der Politikzyklus in aller Regel nicht ein derartiges Maß an Rationalität auf (Howlett et al. 2009); viertens beinhaltet das Modell einen „Problemlösungsbias“ (Mayntz 2001), von dem sich die Analyse politischer Steuerung häufig leiten lässt.

### 3.2 Die Seite der Wissenschaft

Ohne Zweifel hat Wissenschaft eine Vielzahl von wichtigen Erkenntnissen produziert, von denen nicht wenige auch in das politische Handeln eingeflossen sind. Als Beispiele seien hier nur die Modernisierung von Gesundheitsförderung und Primärprävention, die Ergebnisse der Versorgungsforschung, die Forschung zur Qualitätssicherung auf den verschiedensten Gebieten sowie zur Sozialepidemiologie und zur Partizi-

TABELLE 2

## Hindernisse für die Transformation von Wissenschaft in Politik

Empfehlungen aus der Wissenschaft ...	Entscheidungen der Politik ...
... sind mitunter nicht eindeutig oder widersprüchlich und können dann für die Politik auch kaum handlungsleitend sein;	... orientieren sich primär an den wahrgenommenen oder tatsächlichen Auswirkungen auf die Macht der betreffenden politischen Akteure und nicht unbedingt an einer sachlichen Problemlösung;
... beinhalten gerade in der Gesundheitspolitik angesichts der multifaktoriellen Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit häufig keine zuverlässigen Angaben über die Wirksamkeit der empfohlenen Maßnahmen;	... beziehen sich häufig auf kurz- oder mittelfristige Planungen, bei denen in demokratischen Gesellschaften Wahltermine ein wichtiger Orientierungspunkt sind;
... sind häufig Folge einer normativ geleiteten Selektion von Relevanzkriterien;	... stehen am Ende komplexer Prozesse, die von zahlreichen Akteuren und deren Interessen mitgestaltet werden;
... sind mitunter Folge einer vorangegangenen Indienstnahme von Wissenschaft (beziehungsweise Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern) durch die Politik;	... sind in ihren Spielräumen häufig durch vorangegangene Entscheidungen eingeschränkt, also pfadabhängig;
... führen für die Politik häufig zu Zielkonflikten, über die nicht wissenschaftlich, sondern nur normativ entschieden werden kann.	... werden häufig nach Maßgabe relevanter Interessen getroffen und befreien Politik nicht von der Notwendigkeit normativer Abwägungen, gerade bei nicht eindeutigen wissenschaftlichen Befunden und bei Zielkonflikten.

Quelle: eigene Darstellung. Grafik: G+G Wissenschaft | 2019

pation genannt. Allerdings zeigt sich bei wichtigen Themen auch, dass Wissenschaft häufig nicht zu solchen Ergebnissen kommt, aus denen sich eindeutige Handlungsempfehlungen ableiten lassen. In nicht wenigen Fällen findet ein und dasselbe Problem in der Wissenschaft unterschiedliche, bisweilen sogar gegensätzliche Antworten (Tabelle 2) – denken wir etwa nur an die Bewertung der Disease-Management-Programme oder die Auswirkungen der Einführung von Fallpauschalen bei der Vergütung von Krankenhausleistungen.

Warum die Ergebnisse wissenschaftlicher Analysen häufig voneinander abweichen, ist eine interessante Frage, die nur schwer zu beantworten ist. Vermutlich liegt ein wichtiger Grund darin, dass jede wissenschaftliche Analyse die Komplexität des Gegenstands reduzieren muss. Die Selektion von Aspekten oder Relevanzkriterien fällt bei Wissenschaftlern unterschiedlich aus, sei es wegen der jeweiligen normativen Ausgangspunkte oder wegen der von Auftraggebern erwünschten oder auferlegten Beschränkungen. Die Selektion erfolgt wiederum unter pragmatischen oder auch normativen Gesichtspunkten. Wissenschaft vermag daher auch nicht immer den eigenen Objektivitätsanspruch zu

erfüllen. In solchen Fällen liefert Wissenschaft keine eindeutig verwertbaren Orientierungspunkte für politisches Handeln.

In der Gesundheitspolitik tritt ein weiteres Problem wissenschaftlicher Expertise mit besonderer Deutlichkeit hinzu: Die Komplexität der Voraussetzungen von Gesundheit und der Ursachen von Krankheit. Aussagen über die Wirksamkeit empfohlener oder ergriffener Maßnahmen sind häufig mit einer großen Unsicherheit behaftet. Handlungsempfehlungen sind notwendigerweise ohnehin immer in die Zukunft gerichtet und daher mit einer Ungewissheit verbunden, die sich aus der möglichen Veränderung der Rahmenbedingungen und nicht antizipierten Ausweichreaktionen beteiligter Akteure ergibt. Rückblickend ist es oftmals schwer, die tatsächlichen Effekte eingesetzter Steuerungsinstrumente zu bewerten, weil sie sich – wenn überhaupt – zumeist erst nach Jahren messen lassen und angesichts der Vielzahl von Einflussfaktoren die Rolle einzelner Steuerungsinstrumente nur schwer auszuleuchten ist. Beispiele hierfür sind die Messung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung oder die Messung der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen.

Darüber hinaus versucht Politik in wachsendem Maße, Wissenschaft für eigene Zwecke in Dienst zu nehmen. So erhalten zu den erwähnten Beiräten, Kommissionen, Gutachten etc. bevorzugt solche Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler privilegierten Zugang, bei denen man aufgrund gesättigter Erfahrung davon ausgehen kann, dass ihre Befunde mit den Positionen der betreffenden politischen Akteure kompatibel sind. Bei konfliktbeladenen Themen kann jede Partei und jeder Verband Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler präsentieren, die im Namen der Wissenschaft die jeweilige Position stützen. Auf diese Weise kommt es zu einer Politisierung von Wissenschaft. Uwe Schimank sagt vor diesem Hintergrund dazu: Die „teilsystemische Autonomie der Wissenschaft gegenüber zu starken und zu einengenden außerwissenschaftlichen Nutzenzumutungen bleibt prekär – gerade dadurch, dass die Wissenschaft organisatorisch von anderen gesellschaftlichen Teilsystemen abhängig ist“ (Schimank 2012, 122).

Beide Merkmale – die häufige Widersprüchlichkeit und Uneindeutigkeit wissenschaftlicher Befunde einerseits, die Politisierung der Wissenschaft andererseits – haben dazu geführt, dass in modernen Gesellschaften Wissenschaft ihren Nimbus als neutrale, allein der Rationalität verpflichtete Instanz eingebüßt hat. Es gehört zu den Paradoxien moderner Gesellschaften, dass die Wissenschaft als Legitimationsressource für politische Entscheidungen trotz des Verlusts ihrer Orientierungsfunktion nach wie vor von ungebrochener Relevanz ist (Weingart 2001). Der Verweis auf wissenschaftliche Expertise stattet Akteure – auch im Gesundheitswesen – mit Deutungsmacht aus. Er wird zur Untermauerung eigener Positionen genutzt und scheint dafür auch unverzichtbar. Die Wissenschaft hat in der Öffentlichkeit aber an Glaubwürdigkeit verloren.

## 4 Fazit

Politik und Wissenschaft folgen als gesellschaftliche Teilsysteme unterschiedlichen Handlungslogiken. Dies ist es, was ihr Verhältnis bisweilen so schwierig macht. In vielen Fällen hat wissenschaftliche Expertise durchaus Eingang in gesundheitspolitisches Handeln gefunden. Ohne Zweifel ist dies häufig aber auch nicht der Fall. Gründe für das nicht immer gedeihliche Zusammenwirken liegen auf beiden Seiten.

Die Wissenschaft selbst produziert häufig nicht eindeutige oder gar widersprüchliche Ergebnisse und kann insofern für die Politik nicht wirklich handlungsleitend sein, sondern dient gerade in solchen Fällen lediglich als Legitimation für ohnehin bezogene Positionen. Tatsächliche Wirkungen politischer Maßnahmen, darin eingeschlossen unerwünschte Nebenwirkungen, lassen sich in vielen Fällen nicht zuverlässig

abschätzen und Implementationsprobleme häufig nicht vorhersehen. Die Politik wiederum orientiert sich in ihrem Handeln stark am Machterhalt. Dies trifft auch auf gesundheitspolitische Entscheidungen zu. Wissenschaftliche Expertise ist nur einer von mehreren Gesichtspunkten, die dafür von Bedeutung sind. Zwar ist eine normative Orientierung an gesundheitsbezogenen Belangen auch gegen die eigenen Machtinteressen prinzipiell möglich – und gelegentlich auch anzutreffen –, allerdings eben auch nicht wahrscheinlich. Politischem Handeln im Gesundheitssystem liegen also eigene Relevanzkriterien zugrunde, die keinesfalls mit gesundheitsbezogenen Erfordernissen kompatibel sein müssen. Die Widersprüchlichkeit von Befunden und die Politisierung, der die Wissenschaft selbst unterliegt, haben dazu beigetragen, dass die Wissenschaft manches, wenn nicht gar vieles von ihrem Nimbus als neutrale, objektive Instanz verloren hat.

Zudem bringen wissenschaftlich begründete Empfehlungen häufig Zielkonflikte mit sich, über die nicht wissenschaftlich, sondern nur normativ entschieden werden kann. Dies zu tun, kann in demokratischen Gesellschaften nur Aufgabe der Bürgerinnen und Bürger oder der in ihrem Auftrag handelnden politischen Entscheidungsträger sein. Dass Politik sich durchgängig an wissenschaftlichen Befunden orientiert, ist insofern nicht nur eine unrealistische Erwartung, sondern auch nicht wünschenswert. Selbst wenn man unterstellt, sie würde intersubjektiv als wahr anerkannte Erkenntnisse produzieren: Der Wissenschaft den Vorrang vor der Politik einzuräumen, hieße, einer Experten- oder Technokratenherrschaft das Wort zu reden, die mit demokratischen Prinzipien nicht vereinbar ist.

Dies mag man aus Perspektive der Wissenschaft bedauern. Was die Wissenschaft tun kann (und was wiederum zu ihren Aufgaben zählt), ist, mit den Mitteln der Wissenschaft auf die Folgen normativer Entscheidungen aufmerksam zu machen. Und sie kann versuchen, wenn ihr an der Praxiswirksamkeit ihrer Ergebnisse gelegen ist, sich in ihrer Praxis stärker die spezifischen Eigenlogiken der Politik zu vergegenwärtigen und sie zu berücksichtigen – allerdings ohne ihre eigene Identität und die dafür konstitutiven Entscheidungskriterien aufzugeben.

## Literatur

- Baicker K, Chandra A (2017):** Evidence-Based Health Policy. The New England Journal of Medicine, Vol. 377, No. 25, 2413–2415
- Brede F (2006):** Politikberatung in der Gesundheitspolitik. In: Falk S, Römmele A, Rehfeld D, Thunert M (Hrsg.): Handbuch Politikberatung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 437–448

**David PA (1985):** Clio and the Economics of QWERTY. American Economic Review, Vol. 75, No. 2, 332–337

**Downs A (1957):** An Economic Theory of Democracy. New York: Harper & Brothers

**Genieys W, Hassenteufel P (2005):** The Shaping of New State Elites: Healthcare Policymaking in France since 1981. Comparative Politics, Vol. 47, No. 3, 280–295

**Héritier A (1993):** Einleitung: Policy-Analyse. Elemente der Kritik und Perspektive der Neuorientierung. In: Héritier (Hrsg.): Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung. PVS – Politische Vierteljahresschrift, Jg. 34, Sonderheft 24, 9–36

**Howlett M, Ramesh M, Perl A (2009):** Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems. Ontario: Oxford University Press

**Knill C, Tosun J (2015):** Einführung in die Policy-Analyse. Stuttgart: UTB

**Kreibich R (1986):** Die Wissenschaftsgesellschaft: von Galilei zur High-Tech-Revolution. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

**Luhmann N (1990):** Die Wissenschaft der Gesellschaft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

**Luhmann N (2002):** Die Politik der Gesellschaft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

**Mayntz R (2001):** Zur Selektivität der steuerungstheoretischen Perspektive. In: Burth HP, Görlitz A (Hrsg.): Politische Steuerung in Theorie und Praxis. Baden-Baden: Nomos, 17–27

**Schimank U (2012):** Wissenschaft als gesellschaftliches Teilsystem. In: Maasen S, Kaiser M, Reinhart M, Sutter B (Hrsg.): Handbuch Wissenschaftssoziologie, Wiesbaden: Springer VS, 113–123

**Weingart P (1983):** Verwissenschaftlichung der Gesellschaft – Politisierung der Wissenschaft. Zeitschrift für Soziologie, Jg. 12, Heft 3, 225–241

**Weingart P (2001):** Die Stunde der Wahrheit? Studienausgabe: Zum Verhältnis der Wissenschaft zu Politik. Wirtschaft und Medien in der Wissensgesellschaft. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 18. Dezember 2018)

## DER AUTOR



**Thomas Gerlinger,**

Jahrgang 1959, hat Politikwissenschaft, Soziologie, neuere Geschichte und Philosophie an der Philipps-Universität in Marburg studiert. Von 1993 bis 1998 war er wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Goethe-Universität Frankfurt und von 1999 bis 2004 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Von 2004 bis 2010 lehrte er als Professor für Medizinische Soziologie an der Goethe-Universität Frankfurt. Seit 2010 ist er Professor für Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Gesundheitspolitik sowie Gesundheitssystementwicklung in Deutschland und im internationalen Vergleich.

# Aus Erfahrungen lernen: Versorgungsgestaltung braucht ein stimmiges Konzept

von Klaus Jacobs<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Noch kein Jahr im Amt**, hat die Bundesregierung bereits ein ganzes Feuerwerk an Gesetzen auf den Weg gebracht, die die Gesundheitsversorgung verbessern sollen. Weitere Vorhaben stehen an, etwa zur sektorenübergreifenden Versorgung, für die eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe gebildet wurde. Eine Fülle an Aktivitäten garantiert aber noch keine bessere Versorgung. Dazu ist ein stimmiges Steuerungskonzept notwendig, für das die Erfahrungen mit den bisherigen drei Fehlversuchen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung genutzt werden sollten. Im Interesse der Patienten sollte künftig insbesondere dezentrale Wettbewerbslösungen wieder ein größerer Stellenwert eingeräumt werden.

**Schlüsselwörter:** Versorgungsgestaltung, ambulante spezialärztliche Versorgung, Vertragswettbewerb

**Less than one year in office**, the federal government of Germany has already started a firework of new legislation which aims at improving health care provision. Further measures are to follow, e.g. with regard to cross-sectoral health care provision. These will be prepared by a working group with members from both the federal and states' level. Many activities, however, do not guarantee better health care. In order to achieve this goal, a consistent reform concept is required. Valuable lessons could be learnt from three previous unsuccessful attempts at establishing „ambulatory specialist care“. It would be in the patients' interest to focus more on decentral measures of competition.

**Keywords:** creation of a good care structure, ambulatory specialist care, managed competition

## 1 Ordnungspolitische Defizite

Eine Woche vor Weihnachten 2018 haben zwei führende Gremien der wissenschaftlichen Politikberatung in Deutschland, die Sachverständigenräte für Wirtschaft und für Gesundheit, eine gemeinsame Pressemitteilung „Für mehr Strukturwandel in der Krankenhausversorgung“ veröffentlicht (SVR-W und SVR-G 2018). Zwar waren die Empfehlungen bereits seit den letzten Gutachten der beiden Räte bekannt (SVR-G 2018; SVR-W 2018), doch ist das gemeinsame Vorgehen bemerkenswert. Es spricht zum einen dafür, dass die Experten einer Krankenhausstrukturreform eine hohe Dringlichkeit beimessen, spiegelt zum anderen möglicherweise aber auch eine gewisse Frustration wider, weil die Räte wissen, dass ihren Vorschlägen auch dieses Mal kaum gefolgt werden dürfte. So wird die Einführung der monistischen Krankenhausfinanzierung schon seit mehr als dreißig Jahren gefordert (etwa Robert Bosch Stiftung 1987), und selbst der Deutsche Bundestag hatte

Ende 1992 schon einmal (zusammen mit der Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes) in einer Entschließung seine Absicht bekundet, „das duale Krankenhausfinanzierungssystem in einer mittel- und längerfristigen Entwicklung durch ein monistisches System zu ersetzen“ (Deutscher Bundestag 1992). Geschehen ist bislang jedoch nichts. Dieses Beispiel zeigt, dass es der Gesundheitspolitik bei Fragen der Systemgestaltung an ordnungspolitische Klarheit, aber auch an politischer Durchsetzungsfähigkeit mangelt. Dabei mag im Krankenhausbereich der Einfluss der Länder noch als Erklärung für Reformstau herhalten, doch gilt dies nicht für andere Themen, bei denen kaum weniger Stillstand herrscht. Im Grunde trifft diese Einschätzung auf die gesamte vertragswettbewerbliche Versorgungssteuerung zu, die seit gut zehn Jahren vor sich hindümpelt. Zwar ist gerade in den letzten drei Jahren intensiv über „faire“ Wettbewerbsbedingungen der Krankenkassen gestritten worden, doch haben dabei der Beitrag des Kassenwettbewerbs zur Versorgungssteuerung sowie die hier-

<sup>1</sup> Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346462182  
E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

zu neben dem Risikostrukturausgleich notwendigen Rahmenbedingungen kaum eine Rolle gespielt. Stattdessen erhalten Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung immer mehr Aufgaben zugewiesen bis hin zur Definition förderfähiger Versorgungsinnovationen im Rahmen des 2016 eingeführten Innovationsfonds (dazu *Cassel und Jacobs 2015*). Ob dieser Weg zielführend ist, kann zumindest bezweifelt werden. Das gilt auch für eine größere Rolle der Länder bei der Versorgungsgestaltung. Die Erfahrungen aus der ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV) hierzu sind jedenfalls wenig ermutigend. Sie sollten künftig stärker beachtet werden, insbesondere auch bei der Arbeit der im September 2018 eingerichteten Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“. Hierzu wird im Folgenden zunächst ein Blick auf die Genese der ASV gerichtet, ehe drei zentrale Schlussfolgerungen gezogen werden.

## 2 Drei Fehlversuche in der ASV

2004 ist das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) in Kraft getreten, das unter anderem die hausarztzentrierte Versorgung eingeführt und die integrierte Versorgung ins Laufen gebracht hat sowie die Möglichkeit zur Gründung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) schuf. Nur kurzen Bestand hatten dagegen die vertragswettbewerblichen Regelungen zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus. Die im neu geschaffenen Paragraphen 116b Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelte Teilöffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen und die Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sollte Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Versorgungsformen ermöglichen. Neben dem damit verbundenen Ziel, dass „Patienten jeweils in der ihren Erfordernissen am besten entsprechenden Versorgungsform versorgt werden können“, beschleunigte Wettbewerb zudem Innovationen und ermöglichte es, Effizienzreserven zu erschließen (*Deutscher Bundestag 2003, 74*).

Zwar wurden der Katalog der Krankheitsbilder und Leistungen sowie die erforderlichen sächlichen und personellen Anforderungen bereits im Gesetz festgelegt beziehungsweise dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen (siehe *Hess 2013, 21*), doch erhielten die potenziellen Vertragsparteien relativ große Freiräume für Vergütungsvereinbarungen. Hier hätte das gesamte Spektrum zulässiger vertragsärztlicher Vergütungsregelungen genutzt werden können, von der Einzelleistungsvergütung bis zu (fall- oder kopf-)pauschalierten Vergütungsformen; aber auch Leistungskomplexpauschalen als sektorenübergreifende Vergütungsform zur Abdeckung von ambulantem und stationärem Versorgungsbedarf wären möglich gewesen (*Cassel et al. 2006, 85 f.*). Dass diese vertragswettbewerbliche Option jedoch weitgehend ungenutzt blieb, ließ sich der Gesetzgeber nicht lange bieten. So hieß es in der

Begründung zum 2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG): „Diese Möglichkeit zur Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung haben die Krankenkassen bisher kaum genutzt. Die Vertragskompetenz der Krankenkassen entfällt nunmehr“ (*Deutscher Bundestag 2006, 139*). Dabei konnte es nicht überraschen, dass diese neue Selektivvertragsoption kaum genutzt wurde, denn sie war schlicht nicht wettbewerbskompatibel ausgestaltet. Zum einen galt für sie dieselbe Funktionsbedingung wie für alle Selektivverträge: die Notwendigkeit zur Bereinigung der sektoralen Kollektivvergütungen zur Vermeidung von Doppelfinanzierungen; diese war jedoch nicht vorgesehen. Zum anderen gab es damals noch keine direkte Morbiditätsorientierung beim Risikostrukturausgleich; deshalb hätten die ausgabenträchtigen Versicherten, für die diese Leistungen infrage gekommen wären, unweigerlich zu negativen Deckungsbeiträgen bei den Krankenkassen geführt. Das GKV-WSG machte aber nicht nur Schluss mit der Vertragskompetenz der Krankenkassen in einem vertragswettbewerblichen Setting, sondern schaffte die Vertragsbasierung dieser Versorgungsform vollständig ab. Im neuen Paragraph 116b SGB V hieß es nun: „Ein zugelassenes Krankenhaus ist zur ambulanten Behandlung der (...) hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist.“

Der Sachverständigenrat Gesundheit hat die Auswirkungen dieser Regelung umfangreich analysiert (*SVR-G 2012, 249 ff.*). Dabei zeigten sich insbesondere erhebliche Differenzen im Antrags- und Genehmigungsgeschehen zwischen den Ländern. So gab es in Schleswig-Holstein im September 2011 insgesamt 224 Paragraph-116b-Zulassungen (bei einer Bewilligungsquote von 89 Prozent der eingegangenen Anträge), im bevölkerungsmäßig fast viermal so großen Baden-Württemberg aber nur 14 (Bewilligungsquote von 6 Prozent). Offensichtlich hatten die Länder die gesetzliche Vorgabe „unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation“ bei ihrer Genehmigungspraxis sehr unterschiedlich interpretiert. Hätten Patienteninteressen immer Priorität genossen, wären derart große Unterschiede nicht entstanden. Die Abkehr vom Vertragsprinzip bedeutete zudem, dass Regelungsinhalte, die zuvor den Vertragsparteien vorbehalten waren, nunmehr anderweitig festgelegt wurden und dann weniger differenziert ausfielen, als dies in einem vertragswettbewerblichen Setting möglich gewesen wäre. Das galt speziell für die Vergütung, für die es jetzt keine Flexibilität mehr gab. Aber auch die Bestimmungslösung des GKV-WSG hatte keinen langen Bestand, sondern wurde durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) ab 2012 durch die im Grundsatz bis heute gültige ASV ersetzt, durch die nach Absicht der christlich-liberalen Bundesregierung „ein Korridor eröffnet“ werden sollte, „in dem so

wohl Krankenhäuser als auch niedergelassene Fachärzte unter gleichen Voraussetzungen und Bedingungen wettbewerblig die medizinische Versorgung gestalten können“ (*Bundesrat 2011, 56*). Dass die Gesamtzahl aller ASV-Patienten Ende 2017 weniger als 13.000 betrug, es in manchen Ländern nur wenige ASV-Teams gab und in Mecklenburg-Vorpommern gar keins, wird in Bezug auf das vermutete Potenzial und die ursprünglichen Erwartungen als enttäuschend bewertet (*SVR-G 2018, 371*). Doch ob mehr als acht Jahre nach der Einführung der ASV noch immer mit ihrem Durchbruch gerechnet werden kann, erscheint fraglich. Deshalb ist es an der Zeit, die ordnungspolitische Konstruktion dieser Versorgungsform grundsätzlich zu hinterfragen. Hierzu folgen drei zentrale Hinweise.

### 3 Drei Schlussfolgerungen

Aus den Erfahrungen mit der ASV beziehungsweise ihren beiden Vorgängern lassen sich drei Schlüsse ziehen, die nicht nur für die ASV selbst sowie die sektorenübergreifende Versorgung, sondern für die Versorgungsgestaltung generell bedeutsam sind. Dabei ist zunächst grundsätzlich zu hinterfragen, ob es wirklich zielführend ist, einen neuen Versorgungssektor im Grenzbereich ambulant/stationär einzurichten. Mit dieser Aufgabe ist aktuell auch die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“ befasst, denn laut Ulrich Orłowski, Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium, müsse zunächst ein „intermediärer Bereich“ bestimmt werden, für den Planung, Zulassung und Mengensteuerung erfolgen sollten (siehe *OPG 2018, 6*). Auch wenn damit ein anderes Steuerungsregime geschaffen würde als bei der ASV, bei der es weder Planung noch Mengensteuerung gibt, stimmen die dort gemachten Erfahrungen in Bezug auf eine stärkere Vernetzung zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungssektor nicht gerade optimistisch. Mit dem Grundgedanken von integrierter Versorgung, die sich – bei gebündelter medizinischer und ökonomischer Verantwortung – am ganzheitlichen Versorgungsbedarf von Patienten orientiert und hierauf organisatorisch ausgerichtet ist (*Jacobs und Schulze 2004*), hat die Schaffung eines solchen neuen Sektors jedenfalls nicht unmittelbar zu tun. Wenn die herkömmlichen Sektoren unverändert fortbestehen und ein neuer „intermediärer“ Versorgungsbereich mit eigenem Steuerungsinstrumentarium dazukommt, können neue Schnittstellen sogar zu zusätzlichen Versorgungsfriktionen führen. Deshalb wäre es sinnvoller, der Herausbildung integrierter Versorgungsformen und dazu zweckmäßiger Voraussetzungen Priorität einzuräumen – bis hin zu neuen Versorgungseinrichtungen jenseits der tradierten Sektorenlogik.

Die zweite Schlussfolgerung setzt ebenfalls an Zweifeln an, die sich in diesem Fall auf zu viel Einheitlichkeit bei zentralen Vorgaben für die Versorgungsgestaltung richten. Bei der ASV

führen offenbar nicht zuletzt die dort geschaffenen „extrem hohen Teilnahmevoraussetzungen“ (*SVR-G 2018, 774*) dazu, dass es in einer Reihe von Regionen nur wenige oder gar keine entsprechenden Angebote gibt. Angesichts großer Unterschiede in den regionalen Versorgungsstrukturen ist Differenzierung geradezu geboten. So sind etwa zur Verbesserung der Versorgung von Krebspatienten in der sprichwörtlichen Uckermark andere Maßnahmen zweckmäßig als etwa in Berlin. Vielleicht ist es letztlich sogar unmöglich, das schon heute in Berlin oder anderen Ballungszentren erreichte Versorgungsniveau in der Uckermark überhaupt zu erreichen, doch verwies dies gerade in besonderem Maße auf die Notwendigkeit, den jeweiligen Status quo der Versorgung mit regionsspezifischen Instrumenten zu verbessern. Allerdings ist eine regional differenzierte Sicht aufgrund eines mitunter falschen Verständnisses des Verfassungsauftrags gleichwertiger Lebensverhältnisse in der gesundheitspolitischen Debatte vielfach tabu. Doch gerade wenn man diesem Ziel einen hohen Stellenwert beimisst, müssen unterschiedliche Wege zur Verbesserung der jeweiligen Versorgungssituation beschritten werden. Angesichts von regional teilweise höchst unterschiedlichen Ausgangskonstellationen kann das Ziel gleichwertiger Lebensverhältnisse nicht durch ein einheitliches Steuerungsregime realisiert werden, sondern – ganz im Gegenteil – nur durch eine von vornherein unterschiedliche Ausgestaltung des jeweiligen Instrumentariums. So etwas fehlt aber nicht nur bei der ASV, sondern dürfte auch bei der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur sektorenübergreifenden Versorgung keine Rolle spielen.

Das gilt auch für die dritte Schlussfolgerung, die sich um die Frage dreht, wer letztlich „den Hut aufhat“, damit es tatsächlich zu Verbesserungen in der Versorgung kommt. Laut Koalitionsvertrag soll die Bund-Länder-Arbeitsgruppe Vorschläge „im Hinblick auf Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der telematischen Infrastruktur bis 2020 vorlegen“ (*CDU, CSU und SPD 2018, 96 f.*). Von der Sicherstellung als der wichtigsten Aufgabe ist hier somit gar nicht erst die Rede. Wie die ASV zeigt, gibt es ohne Sicherstellungsverantwortung aber keine Gewähr dafür, dass überhaupt Angebote zur Verbesserung der Patientenversorgung zustande kommen. Jedenfalls machen die Leistungserbringer ihre Teilnahmeentscheidung hiervon nicht abhängig. Dass aber auch die Länder in dieser Frage kein uneingeschränktes Vertrauen verdienen, haben die Erfahrungen mit der Bestimmungslösung gezeigt.

Der Grundfehler der ASV-Konstruktion liegt darin, dass auf jegliche Vertragsbasierung verzichtet wurde, also auf ein prägendes Gestaltungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei stellt sich die Frage, ob kollektive oder selektive Verträge zweckmäßiger sind, erst in zweiter Linie. Grundsätzlich sind etwa die Notfallversorgung, die Versorgung

seltener Erkrankungen oder die Versorgung auf dem Land nicht für wettbewerbliche Lösungen geeignet, während sie überall sonst eine ernsthafte Option darstellen. Dabei ginge es jedoch um Vertragswettbewerb, also um etwas ganz anderes als das ebenfalls als wettbewerblich ausgegebene ASV-Konstrukt, bei dem die Krankenkassen auf eine reine Payer-Funktion analog zur privaten Krankenversicherung reduziert werden. Im Konzept des Vertragswettbewerbs spielt dagegen neben dem Wettbewerb der Leistungserbringer um Patienten gerade auch der Krankenkassenwettbewerb eine entscheidende Rolle, bei dem die Kassen ihren Versicherten Versorgungsangebote machen, die sie selektivvertraglich mit Leistungsanbietern vereinbart haben (Cassel *et al.* 2006). Leider konnten mit der vertragswettbewerblichen ASV-Vorgängerregelung keine praktischen Erfahrungen gemacht werden. So musste insbesondere offenbleiben, ob es neben den damals fehlenden notwendigen Funktionsbedingungen für das Zustandekommen von Paragraph-116b-Verträgen weiterer hinreichender Bedingungen bedarf, die etwa darin bestehen könnten, die Krankenkassen zu entsprechenden Angeboten an ihre Versicherten zu verpflichten. Sich mit solchen Fragen auseinanderzusetzen, erschiene zielführender als die Fortsetzung oder Ausdehnung zentralplanerischer Ansätze der Versorgungssteuerung, bei der die Anzahl der Experten in diversen Gremien in Bund und Ländern am Ende womöglich die Zahl der Patienten übersteigt, die von Verbesserungen ihrer Versorgung profitieren.

## Literatur

**Bundesrat (2011):** Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG). Gesetzentwurf der Bundesregierung, Drucksache 456/11 vom 12. August 2011. Berlin

**Cassel D et al. (2006):** Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte; [www.wido.de/gutachten2006.html](http://www.wido.de/gutachten2006.html)

**Cassel D, Jacobs K (2015):** Mehr Versorgungsinnovationen – aber wie? Innovationswettbewerb statt Innovationsfonds in der GKV-Gesundheitsversorgung. Recht und Politik im Gesundheitswesen, Jg. 21, Heft 3, 55–68

**CDU, CSU, SPD (2018):** Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode. Berlin, den 12. März 2018; [www.bundesregierung.de](http://www.bundesregierung.de)

**Deutscher Bundestag (1992):** Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit, Drucksache 12/3930 vom 7. Dezember 1992. Berlin

**Deutscher Bundestag (2003):** Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG). Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen. Drucksache 15/1525 vom 8. September 2003. Berlin

**Deutscher Bundestag (2006):** Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WStG). Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD, Drucksache 16/3100 vom 24. Oktober 2006. Berlin

**Hess R (2013):** Ambulante spezialfachärztliche Versorgung – ein Zukunftsmodell. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 13, Heft 4, 16–22

**Jacobs K, Schulze S (2004):** Wettbewerbsperspektiven integrierter Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Cassel D (Hrsg.): Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos, 89–110

**OPG (Operation Gesundheitswesen) (2018):** Der Weg wird kein leichter sein. Sektorübergreifend: Bund-Länder-AG vor schwerer Aufgabe. OPG, Jg. 16, Nr. 30, 5–7

**Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1987):** Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung: Teil 1 des Kommissionsberichts. Gerlingen: Bleicher

**SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012):** Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012

**SVR-G (2018):** Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018; [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de) → Gutachten

**SVR-W (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2018):** Vor wichtigen wirtschaftspolitischen Weichenstellungen. Jahresgutachten 2018/19; [www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de](http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de) → Publikationen

**SVR-W und SVR-G (2018):** Für mehr Strukturwandel in der Krankenhausversorgung. Gemeinsame Pressemitteilung vom 18. Dezember 2018; [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 2. Januar 2019)

## DER AUTOR



**Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs,**

Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld und Promotion an der Freien Universität (FU) Berlin. Wissenschaftliche Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und am Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Honorarprofessor der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.

# Mangelnde Transparenz bei der Registrierung von Studienergebnissen

von Anja Debrodt\*

**Die evidenzbasierte Medizin ist auf eine transparente Datenlage der klinischen Forschung im höchsten Maße angewiesen. Sie bildet unter anderem die Grundlage für die Nutzenbewertung von Arzneimitteln. Seit 2013 fordert die Deklaration von Helsinki, Studien bereits vor der Rekrutierung von Versuchspersonen in öffentlich zugänglichen Datenbanken zu registrieren. Berichte, die nicht den Grundsätzen dieser Deklaration entsprechen, sollen demnach nicht zur Veröffentlichung angenommen werden.**

## 1 Was ist das Problem?

Laut EU-Recht müssen klinische Studien zu Arzneimitteln seit 2012 in das Portal EU Clinical Trials Register (EUCTR) eingetragen werden. Das gilt ebenfalls für die Offenlegung der Ergebnisse binnen eines Jahres nach Abschluss der Studie, unabhängig davon, ob diese erwünscht oder unerwünscht sind. Diese Maßnahme dient der Transparenz und soll gewährleisten, dass unerwünschte Ergebnisse nicht zurückgehalten werden, denn auch sie sind von ebensolcher Bedeutung bei der Nutzenbewertung wie die erwünschten. Die Autoren gehen der Frage nach, wie hoch der Anteil der Studien ist, die diesen Kriterien entsprechen.

## 2 Wie wurde untersucht?

Von den ursprünglich 31.821 Studien, die zwischen dem Jahr 2004 und dem 19. Dezember 2016 meldepflichtig waren, kamen nach Anwendung diverser Ausschlusskriterien 7.274 zur Analyse. Die retrospektive Kohortenstudie schloss dabei nur Studien ein, die den Anforderungen der EU-Richtlinie von 2012 entsprachen. Allein 20.287 Studien wurden abgeschlossen, weil im Register keine oder keine übereinstimmenden Angaben zum

Status der Studie (abgeschlossen oder vorzeitig beendet) gemacht wurden. Von den dann verbleibenden 11.531 Studien wurden wiederum 3.392 Studien abgeschlossen, weil für sie kein Abschlusstermin eingetragen war. Bei 540 Studien lag das Studienende innerhalb der nächsten zwölf Monate und 325 waren Phase-I-Studien, die keiner Meldepflicht unterlagen.

## 3 Was ist rausgekommen?

Ergebnisse wurden in 3.601 Fällen berichtet. Das entsprach insgesamt einer Quote von 49,5 Prozent. Betrachtet man die Subgruppen, so fällt ein beträchtlicher Unterschied zwischen den Forschungseinrichtungen ins Auge. Lag den Studienergebnissen ein kommerzielles Sponsoring zugrunde, so wurden sie zu 68,1 Prozent in das Register eingetragen. Stammt sie hingegen aus nicht kommerzieller Forschung, so geschah dies in nur 11 Prozent der Fälle. Sponsoren, die sich sehr häufig an der Durchführung von Studien beteiligten, meldeten auch öfter (77,9 Prozent).

## 4 Wie gut ist die Studie?

Es handelt sich hier um eine umfangreiche Forschungsarbeit, die immerhin die

Daten des zweitgrößten Registers klinischer Studien untersucht. Sie stimmt mit bisherigen Ergebnissen aus systematischen Reviews zu diesem Thema überein. Die Tatsache, dass besonders Forschungseinrichtungen wie etwa Universitäten oder Krankenhäuser, die mit öffentlichen Geldern arbeiten, gegen die Regularien der guten Forschungspraxis verstoßen, führt zu der Frage, warum das so ist. Limitierend muss erwähnt werden, dass die Autoren keine Analyse der nichtberichteten Ergebnisse vorgelegt haben, sodass eine Einschätzung des Verzerrungsrisikos im Hinblick auf den klinischen Nutzen nicht möglich ist. Die Entwicklung des „EU-Trials Trackers“ durch die Autoren – einer Webseite, die aktualisierte Informationen über die Berichterstattung einzelner Sponsoren bietet – kann ein Weg in die richtige Richtung sein, die Meldedisziplin zu verbessern.

Quelle: Goldacre B, DeVito NJ, Heneghan C, Irving F, Bacon S, Fleminger J, Curtis H: Compliance with Requirement to Report Results on the EU Clinical Trials Register: Cohort Study and web resource. *BMJ*. Published online Sept. 12, 2018.. doi: 10.1136/bmj.k3218

\* Anja Debrodt, Ärztin im Stab Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: anja.debrodt@bv.aok.de

## DER KOMMENTAR

*Die Ergebnisse dieser verdienstvollen und sorgfältig gemachten Studie zeigen einmal mehr, dass es mit der Transparenz von Studienergebnissen noch nicht zum Besten steht. Offensichtlich werden nicht einmal gesetzliche Vorgaben eingehalten. Dass vor allem Studien ohne kommerzielle Sponsoren Berichtslücken aufweisen, deckt sich mit den Erfahrungen des IQWiG und ist besonders betrüblich. Solche Studien werden oft mit öffentlicher Förderung gemacht; insofern ist die Erwartung berechtigt, dass die Ergebnisse systematisch zugänglich gemacht werden. Immerhin: Die ersten Förderinstitutionen beginnen, Konsequenzen zu ziehen. Es ist zu hoffen, dass hier schnell Verbesserungen erreicht werden.*

**Prof. Dr. med. Jürgen Windeler,**  
Leiter des Instituts für Qualität  
und Wirtschaftlichkeit im  
Gesundheitswesen (IQWiG)



## KÖPFE

**Prof. Dr. phil. Miriam Kunz** ist einem Ruf auf den erstmals zu besetzenden Lehrstuhl für Medizinische Psychologie und Soziologie an der neuen Medizinischen Fakultät der Universität Augsburg gefolgt. Auf Kunz' Psychologiestudium an der Freien Universität Berlin folgten Promotion und Habilitation an der Universität Bamberg. Nach einer Vertretungsprofessur für Biologische Psychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München lehrte die Diplom-Psychologin zuletzt seit 2015 am Medical Center der Universität Groningen.

Der Aufsichtsrat der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat **Prof. Dr. rer. nat. Heyo Kroemer** zum nächsten Vorstandsvorsitzenden der Charité bestellt. Er soll im September 2019 **Prof. Dr. med. Karl Max Einhüpl** ablösen, der die Berliner Universitätsmedizin seit 2008 leitet. Seit 2012 ist der Pharmazeut und Pharmakologe Kroemer hauptamtlicher Dekan

und Sprecher des Vorstands der Universitätsmedizin Göttingen sowie Präsident des Medizinischen Fakultätentages.

**Prof. Dr. med. Michael P. Manns** ist der neue Präsident der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Der Mediziner war zuvor seit 1991 Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie der MHH, seit Oktober 2015 Klinischer Direktor des Helmholtz-Zentrums für Infektionsforschung (HZI) Braunschweig und seit Dezember 2015 Gründungsdirektor des Zentrums für Individualisierte Infektionsmedizin (CIIM) Hannover.

**Prof. Dr. med. Jörg Meerpohl** hat die Nachfolge von **Prof. Dr. rer. nat. Gerd Antes** als Direktor und wissenschaftlicher Vorstand der Cochrane Deutschland Stiftung angetreten. Zugleich ist er Inhaber der neu geschaffenen Cochrane-Pro-fessur für Evidenz in der Medizin der Universität

Freiburg und leitet das Institut für Evidenz in der Medizin am Universitätsklinikum Freiburg. Der Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin war seit 2011 Stellvertretender Direktor und ab 2015 Co-Director des Deutschen Cochrane Zentrums.

**Prof. Dr. med. Tim Sparwasser** ist neuer Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene an der Universitätsmedizin Mainz. Nach dem Medizinstudium in Mainz, München und New York absolvierte Sparwasser seine Facharztausbildung an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Seit 2008 war er Direktor des Instituts für Infektionsimmunologie am TWINCORE – Zentrum für Experimentelle und Klinische Infektionsforschung, einer gemeinsamen Einrichtung der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und des Helmholtz-Zentrums für Infektionsforschung (HZI), bevor er nun nach Mainz wechselte.

## KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
6. Kongress für Arzneimittel-information „Der Apotheker als Wissensmanager – mehr Sicherheit für Arzt und Patient“	Qualität und Evidenz-basierung in der Arznei-mittelinformation	1.–2.2.2019 Köln	Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e. V. (ADKA), Alt-Moabit 96 10559 Berlin	www.adka-arznei.info > Anmeldung > Kongressanmeldung E-Mail: aminfo@eurokongress.de Telefon: 089 21098-60
4. Bucerius-Medizinrechtstag „Patientensicherheit und Schadensprävention“	Chancen und Risiken medizinischer Einrich-tungen	20.2.2019 Hamburg	Institut für Medizinrecht an der Bucerius Law School Jungiusstraße 6 20355 Hamburg	www.law-school.de/4-medizinrechtstag E-Mail: bucerius-event@law-school.de Telefon: 040 30706-218
2. Deutscher Kongress für Compliance im Gesundheits-wesen	E-Health, Entlassma-nagement und Daten-schutz; Compliance in Klinik und Wissenschaft	1.–2.3.2019 Leipzig	Universitätsmedizin Leipzig in Kooperation mit der Juristen-fakultät der Universität Leipzig Liebigstraße 18, 04103 Leipzig	www.ukl.vcongress.de/compliance-kongress E-Mail: compliance-kongress@uniklinik-leipzig.de, Telefon: 0341 9714192
Kongress „Armut und Gesund-heit“ 2019 „POLITIK MACHT GESUNDHEIT“	Health-in-All-Policies-Ansatz, Gesundheit in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung	14.–15.3.2019 Berlin	Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. Friedrichstraße 231 10969 Berlin	www.armut-und-gesundheit.de > Anmeldung E-Mail: kongress@gesundheitbb.de Telefon: 030 443190-73
Interdisziplinärer Kongress Quality of Cancer Care 2019 „Qualität heißt: aus der Versor-gung lernen“	Public Health, Global Health, Gesundheits-systeme unter Druck	28.–29.3.2019 Berlin	Deutsche Krebsgesellschaft e. V. und AG Deutscher Tumor-zentren e. V., Kuno-Fischer-Straße 8, 14057 Berlin	www.qccc.de > Teilnahme E-Mail: tina.streitberger@kukm.de Telefon: 03643 2468-169
19th International Conference on Integrated Care „A Shared Culture for Change“	Integrierte Versorgung im eigenen Zuhause, Patientenempowerment, Palliative Care	1.–3.4.2019 San Sebastián, Spanien	International Foundation for Integrated Care (IFIC) Wolfson College, Linton Rd, Oxford OX2 6UD, Großbritannien	https://integratedcarefoundation.org > ICIC 2019 > Register now E-Mail: tisa-congresos@tisasa.es Telefon: 0034 943 431157

## Kontakte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber. Informationen zum Datenschutz finden Sie unter [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) → Datenschutz

19-0121

**G+G Wissenschaft (GGW)**

GGW ist eine Verlagsbeilage von *Gesundheit und Gesellschaft*  
Herausgeber: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

**Verantwortliche Redakteure:** Ines Körver (KomPart), Prof. Dr. Klaus Jacobs (WIdO), Dr. Miriam Räder (WIdO),  
**Redaktionsmitglieder:** Dr. Silke Heller-Jung (KomPart), Annegret Himrich (KomPart), **Creative Director:** Sybilla Weidinger (KomPart), **Grafik:** Geertje Steglich

**Anschrift der Redaktion:**

*Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin*  
Telefon: 030 22011-201, Fax: 030 22011-105  
E-Mail: [ggw-redaktion@komp.art.de](mailto:ggw-redaktion@komp.art.de)