

Digitales Gesundheitswesen: Chancen, Nutzen, Risiken

Versichertendaten in der GKV: Wege zur besseren Steuerung und Effizienz der Versorgung

PROF. DR. H. C. HERBERT REBSCHER, INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIE UND VERSORGUNGSFORSCHUNG



Die Idee eines wettbewerblichen Suchprozesses begleitet die gesundheitspolitischen Diskussionen der letzten Jahre. Die technisch-instrumentelle Ausgestaltung eines solchen Konzepts wird dabei allerdings wenig beachtet. Insbesondere die Nutzung der Versichertendaten für die bessere Steuerung und Versorgung der Patienten wird einseitig unter dem wichtigen Aspekt des Datenschutzes und nur nachrangig unter dem ebenso wichtigen Aspekt einer (individuell und kollektiv) bedarfsadäquaten, qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Patientenversorgung geführt. Der Beitrag diskutiert die Möglichkeiten und Grenzen der Datennutzung anhand prägnanter Beispiele. Die Notwendigkeit einer neuen Balance zwischen Persönlichkeitsschutz des Einzelnen und der Versorgungsoptimierung für Einzelne und Viele wird begründet. Ein konkretes Lösungsmodell wird daraus entwickelt.

1. Selektivverträge in der GKV als Suchprozess für eine bessere Patientenversorgung

Die Idee einer „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ in der GKV (Rebscher 1993 S. 39f.) hatte eine zentrale Zielsetzung: Die Akteure des Systems sollten motiviert und in die Lage versetzt werden, durch systematische Suchprozesse (selektive Vertragsmodelle) die Versorgung der Patienten stetig zu verbessern, die Prozesse der Versorgung zu beschleunigen, die Angebotsstrukturen am Versorgungsbedarf zu orientieren und die Qualität der Versorgung (Outcomes) zu steigern (vgl. Cassel/Jakobs/Vauth/Zerth (Hrsg.) 2014).

Dieses Konzept wurde politisch nur zurückhaltend umgesetzt und insbesondere auf Angebotsseite, aus Rücksicht auf die Interessen der gewachsenen Strukturen der Leistungserbringung und der rechtlich komplexen Einbettung der Sektoren, nie wirklich konsequent verfolgt (Cassel 2006, S.55ff; Jakobs/Rebscher 2014, S.45ff).

Im Gegensatz dazu wurden auf dem Versicherungsmarkt durch die Elemente „Wahlfreiheit der Versicherten“ und „Risikostrukturausgleich“ wesentliche Voraussetzungen für ein wettbewerbliches GKV-System geschaffen. Insbesondere der Risikostrukturausgleich als „technischer Kern einer Solidarischen Wettbewerbsordnung“ (Jakobs 1990, S.122) könnte die Voraussetzung schaffen (bei konsequenter Ausgestaltung als morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich), um die Versorgung der Patienten als zentrales inhaltliches Ziel der Wettbewerbsordnung zu fixieren.

Ohne eine entsprechende Öffnung und Liberalisierung der Angebotsstrukturen, insbesondere aber durch fragwürdige Anreize und Unvollkommenheiten in vor-

handenen Instrumenten, fand eine weitgehend einseitige Fokussierung auf den Wettbewerbsmarkt zwischen den Krankenversicherungsträgern statt. Reiner Preiswettbewerb, Vermeidung von Zusatzbeiträgen, eine enorm schnelle Marktkonzentration (nur ca. zehn Prozent der Kassen haben seit 1993 überlebt), eine subtile Risikoselektion durch zielgruppenbezogene Angebote für ein „junges und gesundes“ Klientel, entsprechend selektive Vertriebsmodelle mit teilweise fragwürdigen und nicht evidenzbasierten Leistungsangeboten und versicherungsmathematisch unsinnigen Wahlтарifen zur Beitragsoptimierung durch Selbstselektion junger und gesunder Versicherter waren die erwartbaren Folgen einer ordnungspolitisch unausgereiften Politik.

Diese fehlsteuernde Grundstruktur ist der wahre Grund, warum die zarten Ansätze und Öffnungen der Strukturen hin zu selektiven Vertragsmodellen lange ungenutzt, dann dank Anschubfinanzierungen zwar zögerlich, jedenfalls nie konsequent und flächendeckend umgesetzt wurden. Auch die fehlende Evaluation der Programme war für die Veränderungsdynamik der bestehenden Angebotsstrukturen hinderlich. Dieser Tatbestand war nicht zuletzt Grund für die Etablierung des ordnungsökonomisch hoch problematischen Innovationsfonds, der als zentralisierte Instanz der Mittelvergabe keinerlei wettbewerbliche Anreize setzt.

Dabei sind Selektivverträge der zentrale ordnungspolitische Ansatz des Konzeptes einer „Solidarischen Wettbewerbsordnung“, sozusagen ihr „ökonomischer Kern“ (Oberender/Zerth 2014, S.173). Erst selektive Vertragsmodelle eröffnen ein Suchverfahren nach der besseren Versorgungslösung für Patienten. (Jakobs 2008, S.133f.) Sie waren ebenfalls der Kern der zeitgleichen angelsäch-

sischen Debatte, die dort unter den Begriffen „Managed Competition“ bzw. „Regulated Competition“ die gleichen Sachverhalte besprach (Enthoven 1993, S, 24ff.).

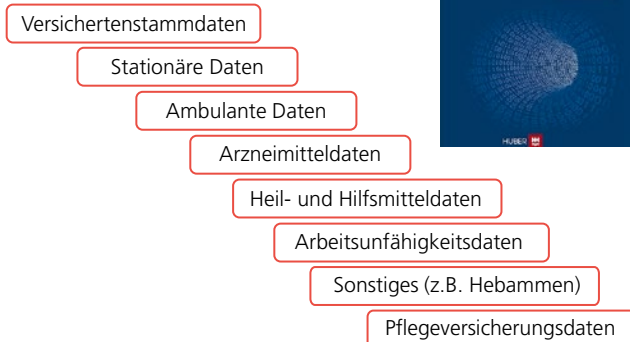
Bei einer groben Unterscheidung lassen sich grundsätzlich drei Wettbewerbsebenen unterscheiden. Die Ebene eines Kassenwettbewerbs (Versicherungsmarkts), die Ebene des Vertragswettbewerbs um Preise und die Ebene des Wettbewerbs um die Leistungsprozesse, Qualitäten und die Wirtschaftlichkeit des Outcomes. Der Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt dreht sich um Beiträge/Zusatzbeiträge der Kassen, Wahlтарife, Satzungsleistungen, Serviceaspekte und Beratungskonzepte. Der Preiswettbewerb auf Leistungsseite zeigt sich prototypisch bei Ausschreibungen im Generikamarkt oder bei Hilfsmitteln. Er verfolgt eine Kostensenkung bei homogenen Gütern.

Die gesundheitsökonomisch interessanteste Ebene ist die der wettbewerblichen Gestaltung der Versorgungs- und Leistungsprozesse, insbesondere der differenzierten Organisation der Patientenführung und dem Management komplexer Versorgungsabläufe (Versorgungsmanagement). Ergänzend zu den genannten politischen und ordnungsökonomischen Restriktionen des Modells selektiven Kontrahierens kommt hinzu, dass die Beteiligten des Gestaltungsprozesses die methodischen und praktischen Voraussetzungen für eine zielgerichtete Handhabung des Konzeptes gemeinhin unterschätzt haben.

Die Mittelverwendung in einem öffentlich-rechtlich gebundenen System ist zwingend an den Nachweis des damit erzielten Nutzens zu knüpfen. Dieser kann in der Reduktion der Kosten, aber auch – und das ist in ambitionierten Versorgungskonzepten die Regel – in der Steigerung der Versorgungsqualität für Patienten, im Vermeiden

Routinedaten der GKV

Routinedaten sind prozessproduzierte Daten, die im Rahmen der Rechnungslegung bzw. Kostenerstattung elektronisch erfasst sind



Quelle: Prof. Rebscher



Abbildung 1: An verschiedenen Stellen der Behandlungskette werden patienten- und leistungserbringer-bezogene Daten erhoben.

vermeidbarer Eskalationen, in besserer Patientenführung, in einem zweckmäßigen Management komplexer Versorgungsabläufe und in mittel- bis langfristigen Effekten für Krankheitslast und Kostenstrukturen liegen.

Diese inhaltliche Orientierung stellt hohe Anforderungen an die Analyse des Status quo und der Evaluation des angestrebten Status quo ante. Begriffe wie Effizienzmessung, Risikoadjustierung, Qualitätsindikatoren und deren Messung, Evaluation komplexer Interventionen oder Versorgungsforschung müssen methodisch und durch geeignete Datenanalytik in das Handlungskonzept der Beteiligten eingebettet werden. Dies bedarf erheblicher logistischer und technischer Vorbereitungen (z. B. Data Ware House) und datenschutzrechtlicher Klärungen.

Ohne die Analyse der Ergebnisse verschiedener Versorgungsalternativen oder Vertragskonzepte bleibt das Konzept der selektiven Vertragsgestaltung allerdings inhaltsleer. Es würde sonst gerade seine zentrale ordnungsökonomische Funktion, die eines systematischen Suchverfahrens und eines Benchmarks für alternative Problemlösungen, nicht erfüllen können. Damit würden selektive Vertragsmodelle gerade eben nicht die Regelversorgung befruchten und auf ein höheres qualitatives Niveau heben und durch Vergleich und Nachahmung die bessere Lösung sich am Markt durchsetzen können.

2. „Daten für Taten“ (Größe) – was können und dürfen gesetzliche Krankenversicherer?

2.1 Routinedaten in der GKV – Möglichkeiten und Grenzen

Ein Überblick über die vorhandenen Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Swart u.a. 2014) zeigt die Vielfalt der vorhandenen Informationen. Diese sind grundsätzlich nur zu Abrechnungs- und Prüfzwecken nutzbar und dienen eben gerade nicht der patientenbezogenen Zusammenschau zum Zwecke der Versorgungsanalyse und des Versorgungsmanagements.

Es gibt keine andere Stelle im Gesundheitswesen, an der patienten- und leistungserbringer-bezogene Gesundheitsdaten in dieser Dichte zusammengeführt vorliegen. Alle anderen Stellen, Ärzte, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, sonstige Heilberufe besitzen nur jeweils ausschnittsweise Daten ihres eigenen Tuns, nicht jedoch des patientenbezogenen Behandlungsprozesses. Die Möglichkeiten die mit der Nutzung der Routinedaten der GKV einhergehen, sind vielfältig (Glaeske, Rebscher, Willich, 2010, A1295).

Sie sind im Einzelnen

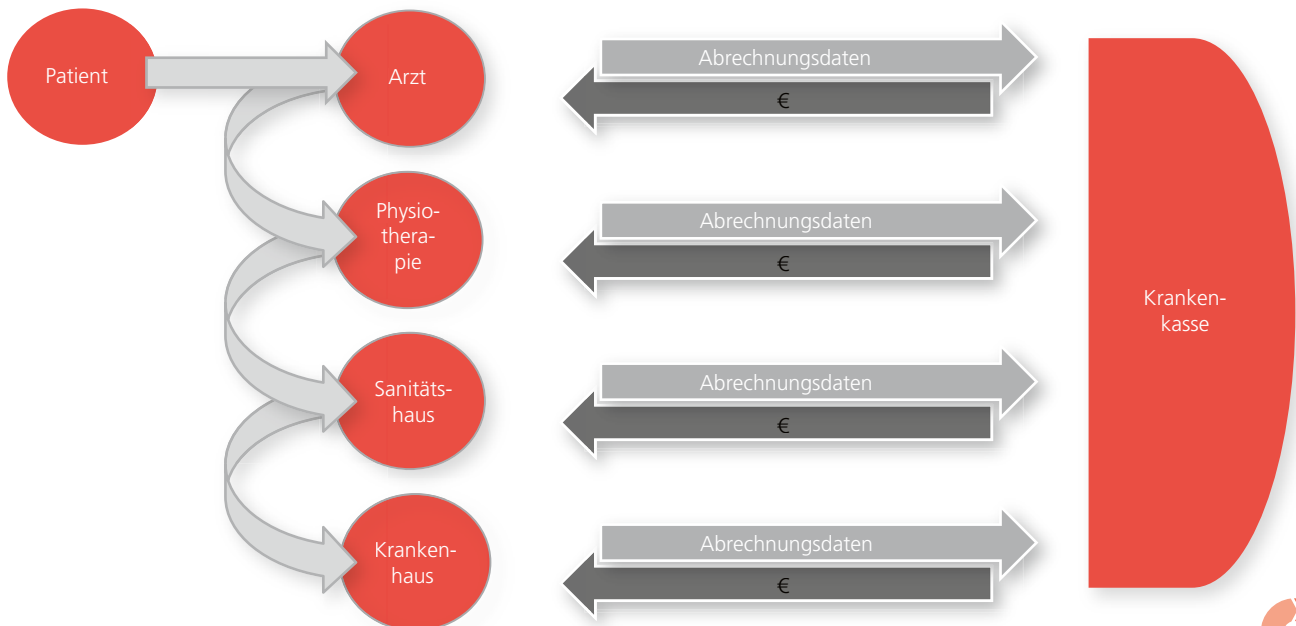
- sehr vollständig, da zu Abrechnungszwecken erstellt,
- zeitnah und mit geringem Aufwand verfügbar,
- für eine sektorübergreifende Längsschnittbetrachtung einer großen Population geeignet,
- lassen Prävalenz- und/oder Inzidenzschätzungen zu,
- sind bezüglich „Recall-Bias“ und „Non-Response-Bias“ verzerrungsfrei,
- könnten über die wesentlichen Leistungsbereiche hinweg personenbezogen verknüpft werden,
- sind grundsätzlich für alle Studientypen nutzbar.

Diese Daten zeigen jedoch nur den abrechnungstechnischen Nachweis des Status quo. Ambitionierte Managementprojekte zur Patientensteuerung benötigen darüber hinaus aktuelle medizinisch/klinische Daten, die in der Partnerschaft der jeweiligen Vertragsmodelle bereitgestellt werden können und in den „datenschutzrechtlichen Schutzbereichen“ der beteiligten Leistungserbringer verbleiben.

Die Nutzung von GKV-Routinedaten hat deshalb selbstverständlich inhaltliche Grenzen, die sorgfältig zu beachten sind (vgl. Cole, Francis, 2015):

- Es handelt sich um Abrechnungsdaten, die wenig Aussagen zur Nutzenbewertung der Interventionen beinhalten.

In GKV-Struktur: Krankenkassen mit umfassendem Leistungsüberblick



Quelle: Prof. Rebscher

Abbildung 2: An keiner anderen Stelle liegen Gesundheitsdaten in einer solchen Dichte zusammengeführt vor wie bei Krankenkassen. Die Nutzungsmöglichkeiten dieser ohnehin bereits erhobenen Daten sind vielfältig.

- Forschungsrelevante Informationen fehlen, z.B.
 - nichtabrechenbare Leistungen (z.B. IGEL)
 - Arzneimittelverbrauch im stationären Sektor
 - Selbstmedikation
 - alle klinischen Informationen
- Verzerrungen durch Rechtfertigungs- oder Abrechnungsstrategien sind zu berücksichtigen.
- Transparenz bezüglich der Qualität der Daten fehlt.

2.2 Versorgungsforschung – Studientypen und deren Versorgungsrelevanz

Ein Konzept wettbewerblicher Versorgungsgestaltung ohne ein etabliertes Konzept für die Evaluation der vereinbarten Zielkonzepte und deren Ergebnisse bleibt ein Torso.

Versorgungsforschung ist eine zwingende Begleitfunktion des Konzeptes selektiven Kontrahierens. Dies muss datenschutzrechtlich flankiert werden. Die diesbezüglichen Sicherheitslevel für das Datenhandling müssen entsprechend hoch sein. Wer anders als körperschaftlich verfasste Institutionen können diesem Anspruch gerecht werden?

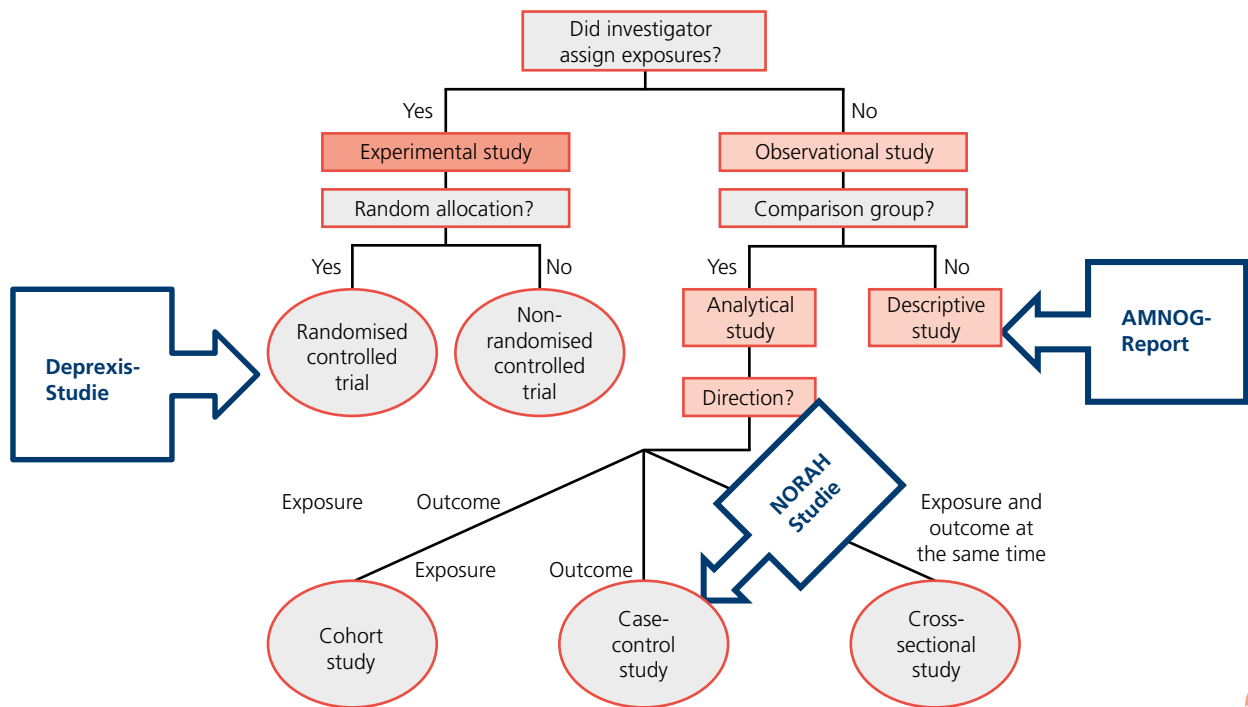
Dabei muss nicht zwingend der Rückgriff auf personenbezogene Daten erfolgen. Für vielfältige Fragestel-

lungen sind auch anonymisierte oder pseudonymisierte Datenbestände ausreichend. Für ein konkretes Versorgungsmanagement, das dem Nutzen und der Qualität der individuellen Patientenversorgung dient, sind – nach Einwilligung der betroffenen Patienten – die personenbezogenen Daten allerdings notwendig und sollten nutzbar gemacht werden.

Im Rahmen einer solchen „Sicherheitsarchitektur“ könnte die Zusammenführung von Daten wesentliche Hinweise für die Qualität der Versorgung des Einzelfalles und für populationsorientierte Ansätze leisten, und daraus könnten wichtige Beiträge zur Verbesserung der Patientenversorgung resultieren. Versorgungsforschung und Registerforschung bieten ein großes Potenzial zur Analyse von Schwachstellen, Fehlanreizen und Verbesserungspotenzial der Versorgung – wir sollten diese Instrumente systematisch nutzen. Die Relevanz der Routinedaten für die Analyse von Versorgungskonzepten beziehungsweise deren Gestaltung lassen sich heute eindrucksvoll belegen.

An drei Beispielen soll deren Relevanz verdeutlicht und das Potenzial für die Verbesserung der Versorgungspraxis aufgezeigt werden.

Studientypen und Beispiele



Quelle: Grimes & Schulz; Lancet 2002)



Abbildung 3: Verortung verschiedener Studientypen und ihre Relevanz für die Verbesserung der Versorgungspraxis im Überblick. Auch deskriptive Studien, das zeigen Auswertungen des AMNOG-Prozesses, können wichtige Analyseansätze bieten.

Beim ersten Beispiel (Deprexis-Studie) handelt es sich um eine randomisierte kontrollierte Studie, die im „Deutschen Register Klinischer Studien“ angemeldet und registriert ist (DRKS – ID: 00003564). Inhaltlich geht es hierbei um die gesundheitsökonomische Evaluation von Kosten und Nutzen eines computergestützten Programms für Patienten mit Depression. Hierbei ist das Ziel, Depressionspatienten schnell (Wartezeitproblematik), kompetent (Evidenzbasierte Therapiemodule), barrierefrei und zeitlich beliebig verfügbar (Patientensouveränität) ein Therapiekonzept anzubieten.

Diese Evaluation erfolgt, basierend auf den Ergebnissen guter klinischer Studien, mit Routinedaten und ergänzenden Befragungsdaten der DAK-Gesundheit.

Beim zweiten Beispiel (NORAH-Studie) handelt es sich um die Zulieferung von pseudonymisierten Routinedaten verschiedener Krankenkassen zu einem groß angelegten universitären Forschungsprojekt, das drei Krankheitsentitäten (Herz-Kreislauf, Krebs, Depression) in einer Region mit erhöhter Lärmbelastung (Fluglärm Rhein-Main-Gebiet) im Vergleich zu Regionen ohne Lärmbelastung analysierte. Hier konnten mit Routinedaten der GKV die Grundlagen für die

Analyse von Lärmbelastungen und der Strategien der Lärm-minderung (Flugzeiten, Lärmschutzfenster) gelegt werden.

Im dritten Beispiel soll gezeigt werden, dass auch deskriptive Studien wichtige und sinnvolle Analyseansätze bieten können.

Die im AMNOG-Prozess auf Basis einer frühen Nutzenbewertung eingepreisten Arzneimittel werden mit Routinedaten der Kassen hinsichtlich ihrer realen Marktdurchdringung analysiert (Greiner/Witte 2015). Eines von vielen wichtigen Ergebnissen ist der Befund, dass gerade gut bewertete (positiver Zusatznutzen) Arzneimittel mit entsprechenden Preis-Verhandlungsergebnissen weniger als erwartet und erwünscht im Versorgungsalltag verordnet werden. Dieser Befund ist der analytische Hintergrund für die gegenwärtige politische Diskussion um verbesserte Arznei-Informationssysteme in der Praxissoftware der behandelnden Ärzte. Diese Beispiele zeigen exemplarisch die vielfältigen versorgungspolitischen Konsequenzen einer gezielten Datennutzung im Rahmen der Versorgungsforschung von Krankenversicherern, wie die Formel „Daten für Taten“, die Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe mehrfach bemüht, eindrucksvoll bestätigt.

2.3 Enge Spielregeln durch die Datennutzung für Versicherer limitieren den Erfolg

Das SGB V beschreibt im Paragraphen 284 „Grundsätze der Datenverarbeitung“ umfassend und abschließend die Verwendung der GKV-Routinedaten. Diese abschließende Liste limitiert massiv die Möglichkeit der Verbesserung der Patientenversorgung und die Möglichkeiten des unterstützenden Versorgungsmanagements für Patienten. Die Aufzählung reflektiert die historische Rolle der sozialen Krankenversicherung als „Kostenträger“ und verkennt den wachsenden Bedarf an Versorgungsgestaltung durch Verträge und Patientenunterstützung durch Versorgungssteuerung. Insbesondere werden zwei Versorgungsprobleme massiv unterschätzt:

- das der proaktiven Ansprache von definierten Zielgruppen Versicherten/Patienten z.B. in Fällen von konkreten indikationsbezogenen Versorgungsprogrammen oder bei der Beobachtung von Polymedikation oder erkannten Risikofaktoren,
- das der Gestaltung sinnvoller Versorgungsmanagementkonzepte bezüglich der Prädiktion, Identifikation, Implementation der Programme und Evaluation der Ergebnisse.

3. Chancen einer datenschutzrechtlich gebundenen Datennutzung für die Versorgung der Patienten

An zwei Beispielen aus der Versorgungspraxis soll der konkrete Patientennutzen illustriert werden. Daraus soll im zweiten Schritt ein Modell einer zielführenden datenschutzrechtlichen Sicherheitsinfrastruktur abgeleitet werden.

Beispiel 1: Arzneimittel – Therapieabbruch und Schlaganfallrisiko: Eine Kasse erkennt aus ihren Arzneimittelabrechnungen relativ frühzeitig das Absetzen der sogenannten OAK/NOAK Verordnungen. Das Absetzen einer Koagulationstherapie erhöht bei Patienten mit Vorhofflimmern oder „Transitorischer Ischämischer Attacke“ (TIA) das Schlaganfallrisiko signifikant. Zielführend wäre die proaktive Ansprache der Kasse gegenüber dem Patienten bezüglich der Darstellung des Risikos oder das Angebot einer Terminvermittlung beim Arzt. Dieses Vorgehen ist heute nur bei eingeschriebenen DMP-Patienten zulässig, im Falle des beschriebenen Schlaganfallrisikos nicht. Eine DAK-Gesundheit-Studie (Nolting u.a. 2015) hat nachgewiesen, dass bei adäquater leitliniengerechter Therapie idealtypisch 9000 Schlaganfälle vermeidbar wären.

Paragraf 284 SGB V – Grundsätze der Datenverwendung

- (1) Die Krankenkassen dürfen Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung nur erheben und speichern soweit diese erforderlich sind für:
1. die **Feststellung** des **Versicherungsverhältnisses** ... ,
 2. die **Ausstellung** der **Gesundheitskarte**,
 3. die **Feststellung** der **Beitragspflicht** ... ,
 4. die **Prüfung** der **Leistungspflicht** ...
 5. die **Unterstützung** der **Versicherten** bei **Behandlungsfehlern**,
 6. die **Übernahme** der **Behandlungskosten** in den Fällen des § 264,
 7. die Beteiligung des **Medizinischen Dienstes**,
 8. die **Abrechnung** mit den **Leistungserbringern**, einschließlich der **Prüfung** der **Rechtmäßigkeit** und **Plausibilität** der **Abrechnung**,
 9. die **Überwachung** der **Wirtschaftlichkeit** der **Leistungserbringung**,
 10. die **Abrechnung** mit anderen **Leistungsträgern**,
 11. ... **Erstattungs- und Ersatzansprüchen**,
 12. ... **Durchführung** von **Vergütungsverträgen** nach dem § 87a,
 13. die **Vorbereitung und Durchführung** von **Modellvorhaben**, die **Durchführung des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4** ... ,
 14. die **Durchführung des Risikostrukturausgleichs** (§ 266 Abs. 1 bis 6 , § 267 Abs. 1 bis 6 , § 268 Abs. 3) sowie zur **Gewinnung** von Versicherten für die **Programme nach § 137g** ...
 15. die **Durchführung** des **Entlassmanagements** nach § 39 Absatz 1a,
 16. die Auswahl von Versicherten für Maßnahmen nach § 44 Absatz 4 Satz 1 und nach § 39b sowie zu deren Durchführung.

Quelle: Prof. Rebscher



Abbildung 4: Im Sozialgesetzbuch V wird die Verwendungsmöglichkeit von GKV-Routinedaten abschließend beschrieben.

Beispiel 2: Verzögerte Wundheilung – Wundtherapie: Leitliniengerechte Wundtherapie ist eine hochkomplexe und erhebliche therapeutische Erfahrung voraussetzende Therapieform. Aus den Routinedaten gehen lange Therapiezeiten oft ohne nachhaltige Ergebnisse hervor. Die Empirie ist ernüchternd. Studien gehen von nur 22 Prozent unkritischen und leitlinienadäquaten Therapieverläufen aus, 38 Prozent der Wiederholungsverordnungen werden als unplausibel und 20 Prozent als Fehlversorgung identifiziert.

Der heutige Rechtsrahmen gibt keine Möglichkeit der Bewertung der individuellen Daten im Hinblick auf Leistungsqualität, keine proaktive Ansprache der Versicherten, keine direkte Möglichkeit, den Patienten bezüglich seines

Vorschlag für Patientenschutz: Krankenkasse unterstützt proaktiv! Basis für zertifizierte Datennutzungsmodelle?



Quelle: Prof. Rebscher

Ziel

Konkretes Angebot von strukturierten Versorgungsmodellen auf Basis der ermittelten Patientenbedarfe (Leitlinienkonform)

Rahmenbedingungen

- **Zeitlich begrenzte** Legitimation zur Datenverwendung und gezielten Ansprache von Versicherten für konkrete Patientenangebote
- **Keine** generelle Aufweichung des Datenschutzes. Angepasster Datenschutz **ausschließlich** für das beantragte Vorhaben!
- Strategie und Ziel des Vorhabens **individuell und überprüfbar**
- Ansprache der Versicherten auf Basis der definierten und offen gelegten Prozesse



Abbildung 5: Um die Datennutzung für verbesserte Versorgungslösungen für Patienten zu ermöglichen, müsste Paragraph 11 SGB V an zwei entscheidenden Punkten geändert werden.

Unterstützungsbedarfes zu befragen. Beide Beispiele zeigen, dass der heutige Rechtsrahmen nicht dem Patientenwohl dienlich ist, sondern dass dringend die Möglichkeiten der Versorgungssteuerung, wann immer der Patient dies wünscht, möglich gemacht werden muss. Um diesen potenziellen Wunsch zu fundieren muss die Krankenversicherung durch die Analyse ihrer Daten proaktiv auf den Versicherten zugehen dürfen.

4. Lösungsmodell einer datenschutzrechtlich gebundenen (zertifizierten) Datennutzung für die Versorgung der Patienten

Ermittlung und Behebung von Versorgungsdefiziten ist eine wichtige Funktion der gesetzlichen Krankenkassen. Durch sie bekommt das Konzept einer „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ seine inhaltliche Dimension. Suchprozesse zur besseren Versorgung bedürfen genau jener Analyse- und Steuerungskompetenz.

Bei der Ermittlung von Versorgungsdefiziten ist die Analyse der eigenen Bestandsdaten lediglich im Rahmen angemeldeter Versorgungsforschung möglich. Eigenforschung der Kassen (Paragraf 287 SGB V) und Beteiligung an Drittforschung (Paragraf 75 SGB V) stellen wichtige Instrumente dar, um epidemiologische Erkenntnisse und Hinweise auf Krankheitszusammenhänge und -häufungen zu gewin-

nen. Um jedoch versichertenbezogene Versorgungsdefizite zu identifizieren und zu beheben, lassen sich die durch Versorgungsforschung gewonnenen anonymisierten bzw. pseudonymisierten Erkenntnisse nicht unmittelbar nutzen.

Damit Krankenkassen eine adäquate Versorgung sicherstellen können, ist eine entsprechende gesetzliche Aufgabenzuweisung erforderlich. Krankenkassen sollten die Möglichkeit erhalten, selbst Versorgungsmanagement zu betreiben. Derzeit weist der Gesetzgeber den Kassen keine leistungspflichtige Rolle bei der Erbringung eines Versorgungsmanagements zu, sondern definiert lediglich eine unterstützende Rolle im Hinblick auf die rudimentäre Funktion einzelner Leistungserbringer (z.B. Entlass-/ Überleitungsmanagement im Krankenhaus). Es fehlt daher (bis auf DMP-Programme) die rechtliche Legitimation der Krankenkassen für Versorgungsmanagement.

Die beschriebenen Defizite sind bekannt und können unter den derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen nicht gelöst werden. Es bedarf dringend einer vertiefenden Diskussion, insbesondere zu den Fragen:

- Sollen die Krankenkassen vorhandene Daten zum Zwecke der besseren Versorgung auswerten dürfen?
- Was ist ihre Funktion im Steuerungs- und Versorgungsprozess?
- Dürfen Krankenkassen ihre Versicherten oder deren Ärzte auf diese Erkenntnisse hinweisen?

- Dürfen Krankenkassen potenziell Betroffene auf spezifische Versorgungsmodelle und neue Partnerschaften hinweisen?
- Wie kann Risikoselektion als missbräuchliche Datenverwendung ausgeschlossen bzw. sanktioniert werden?
- Wie sieht ein dementsprechendes Datenschutzkonzept aus?

Die derzeitigen datenschutzrechtlichen Regelungen greifen heute noch nicht die Präferenzen der Patienten und die Möglichkeiten und kommerziellen Angebote des „digitalen Wandels“ auf. Dies birgt die Gefahr, dass die sozialrechtlich verfasste Krankenversicherung durch die Verweigerung relevanter Problemlösungen für Patienten durch Strukturen privater und weltweit tätiger Akteure (Google etc.) überholt und datenschutzrechtlich unsichere Rechtsräume genutzt werden müssen. Ein geeignetes Lösungsmodell könnte folgende Grundstruktur aufweisen:

Konkret würde dies eine Anpassung des Paragraphen 11 SGB V an zwei entscheidenden Punkten bedeuten:

- Die inhaltliche Definition des Versorgungsmanagements wäre zu erweitern in Bezug auf den Suchprozess für die beste Versorgungsalternative.
- Krankenkassen wären zu beauftragen, selbst aktiver Gestalter des Versorgungsmanagements zu sein und die dazu notwendigen Analyse-, Implementations- und Evaluationsschritte eigenverantwortlich durchzuführen.

Entsprechend dieser Aufgabenzuweisung wären die erforderlichen Regelungen zum Sozialdatenschutz in Paragraph 284 SGB V anzupassen. Ein Zertifizierungsmodell, das die Datennutzung nach Anzeige des Versorgungskonzeptes und seiner Vertragsgrundlagen bei der Rechtsaufsicht erlaubt, scheint ein brauchbarer Weg zu sein.

Damit könnte eine durchgängige Sicherheitsarchitektur für die Sozialdaten der Versicherten und für die Herausforderungen eines patientenorientierten, auf Qualität der Versorgung zielenden Versorgungssystems gemeinsam realisiert werden.

E-Mail-Kontakt: herbert.rebscher@igy-research.com

Literaturverzeichnis:

- 1 Cassel, D., (2006), Risikostrukturausgleich und solidarische Wettbewerbsordnung, in: Göppfart, D., u.a. (Hrsg.), Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006, St. Augustin 2006, S.55ff.
- 2 Cassel, D., u.a., (2014), Cassel, D., Jakobs, K., Vauth, Ch., Zerth, J., (Hrsg.), Solidarische Wettbewerbsordnung, Heidelberg 2014

- 3 Cole, D.G., Francis, D.P. (2015), in: BMJ,351:h 4662 doi:http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h4662
- 4 Enthoven, A.C., (1993), The History and Principles of Managed Competition, in: Health Affairs, 12/1993, S. 24 ff.
- 5 Glaeske, G., Rebscher, H., Willich, S.N., (2010), Versorgungsforschung: Auf gesetzlicher Grundlage systematisch ausbauen, in: Dt. Ärzteblatt, 2010,107(26), A 1295-7
- 6 Greiner, W., Witte, J., (2015), AMNOG Report 2015, in: Rebscher, H., (Hrsg.), Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Band 8, Heidelberg 2015
- 7 Jakobs, K., (1990), Anforderungen an die GKV zur Verbesserung der regionalen Angebots- und Nachfragesteuerung, in: Bundesanstalt für Landeskunde und Raumordnung (Hrsg.) Informationen zur Raumentwicklung, Heft 2/3, 1990, S.119 ff.
- 8 Jakobs, K., (2008), Der Morbiditätsbezug des RSA als Voraussetzung für versorgungsorientierten Kassenwettbewerb, in: Göppfart, D., u.a. (Hrsg.), Jahrbuch für Risikostrukturausgleich 2008, St. Augustin 2008, S. 133 ff.
- 9 Jakobs, K., Rebscher, H., (2014), Meilensteine auf dem Weg zur Solidarischen Wettbewerbsordnung, in: Cassel u.a. (2014) S.45 -73
- 10 Nolting, H-D. u.a. (2015), Versorgungsreport Schlaganfall, in: Rebscher, H., (Hrsg.), Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Band 10, Heidelberg 2015
- 11 Rebscher, H., (1993), Skizze einer Solidarischen Wettbewerbsordnung, in: Arbeit und Sozialpolitik Heft 5/6, 1993, S. 39 ff.
- 12 Rebscher, H., Walzik, E., (2015) Update Solidarische Wettbewerbsordnung, in: Rebscher, H., (Hrsg.), Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Band 11, Heidelberg 2015
- 13 Swart,E., (2014), Swart, E., Ihle, P., Gothe, H., Matusiewicz, D., (Hrsg.), Routinedaten im Gesundheitswesen, 2.Aufl., Göttingen 2014

PROF. DR. H.C. HERBERT REBSCHER

Ehemaliger Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit; Professor für Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth; 1996 bis 2003 Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK).

