

„Das Gesundheitssystem muss sich weniger auf die kurative Tätigkeit, mehr auf die Vorbeugung ausrichten“

Interview mit Franz Knieps

Wenn Sie den Begriff Disease Interception hören, was verbinden Sie spontan damit?

Am Anfang konnte ich mir darunter gar nichts vorstellen, der Begriff war mir absolut unbekannt. Auch wenn mir der Ansatz dahinter seit vielen Jahren, eigentlich Jahrzehnten vertraut ist. Wir haben immer wieder darüber debattiert, ob es denn richtig sein kann, den Schwerpunkt im Gesundheitswesen auf die kurative Versorgung zu setzen und dafür faktisch weit über 90 Prozent der Mittel auszugeben, anstatt weit stärker auf Prävention und Früherkennung zu setzen. Doch fehlte damals eines: Eine, oder besser, viele therapeutische Antworten. Diese scheinen nun ante portas zu stehen, wenn Pharmafirmen beginnen, ihre Forschungsabteilungen erforschen zu lassen, wie man irgendwann einmal Krankheiten behandeln kann, ehe die ersten sichtbaren Symptome auftreten. So etwas wird in ähnlicher Art in visionären Büchern beschrieben; wie beispielsweise in dem des Spiegel-Korrespondenten Tom Lutz, der aus dem Silicon Valley berichtet, und die Medizin der Zukunft beschreibt. Aber auch im Berlin Institute of Health wurde bereits darüber diskutiert. Nun haben



diese Konzepte anscheinend eine Konkretisierung erlebt. Auch ist ein eigener Begriff dafür geprägt worden, Krankheiten aufgrund einer frühen Diagnose bereits dann behandeln zu wollen, wenn sie noch gar nicht oder nicht ganz ausgebrochen sind.

Wo würden Sie denn Disease Interception einordnen? Ist es für Sie Prävention, Früherkennung, stratifizierte Medizin, personalisierte Medizin, genmarkerorientierte Medizin?

Sie enthält Elemente von all diesen Begrifflichkeiten. Ob Disease Interception schon jetzt eine neue Kategorie ist, wage ich zu bezweifeln. Aber

immerhin sprechen wir hier über ein Vorverlegen von kurativer Versorgung mit therapeutischen Antworten. Nur in dieser Dualität halte ich den Ansatz überhaupt für diskutabel. Unser Land mit Früherkennungs- und Screeningprogrammen zu überziehen, hinter denen nichts folgt, würde die Idee kaputtmachen, bevor sie an den Start gegangen ist. Darum sollte man sich auch lieber zuerst auf ein, zwei Indikationsgebiete konzentrieren, bei denen man schon ziemlich weit ist, anstatt ein größeres Heilsversprechen hinauszuposaunen. Stattdessen muss man für seriöse Aufmerksamkeit sorgen, ansonsten besteht die Gefahr, dass eine solche Entwicklung abrupt abgeschnitten und für zehn oder noch mehr Jahre verbrannt wird. Ebenso wäre es anzuraten, zu schauen, wie andere Länder damit umgehen; beispielsweise was das NICE in England, das Karolinska in Schweden oder die HAS in Frankreich macht. Auch wird es interessant sein zu erfahren, wie sich gute Krankenversicherungsteilsysteme in den USA positionieren, wie etwa Kaiser Permanente, Intermountain Healthcare oder die Veterans Affairs Administration, die am ehesten mit der deutschen Krankenversicherung vergleichbar ist.

Auf alle Fälle dürfte dieser Ansatz mit dem klassischen Krankheitsbegriff des SGB V kollidieren.

Stimmt. Weil der im Sozialgesetzbuch eingeführte Krankheitsbegriff ein unbestimmter Rechtsbegriff ist. Dieser

wurde zwar in vielen Jahrzehnten der Rechtsprechung immer weiter konkretisiert, geht aber davon aus, dass es erste Symptome geben muss. Von einer – mit einer wie auch immer gear teten Wahrscheinlichkeit – drohenden Erkrankung geht das Recht bis heute, von ansatzweisen Ausnahmen einmal abgesehen, nicht aus.

Es gibt bereits Ausnahmen?

Zumindest gibt es die beim Ansatz der Vorsorgeuntersuchungen und dem neuen gesetzlichen Anspruch für die HIV-Präexpositionsprophylaxe PrEP, mit der vorbeugend die HIV-Infektionsrate für Menschen mit erhöhtem Ansteckungsrisiko gesenkt werden soll. Doch *Krankheitsprophylaxe* ohne Krankheit kommt im Sozialgesetzbuch bisher nicht vor. Wenn man das ermöglichen will, müsste man das SGB V umgestalten.

Man könnte sich auch an den § 136 halten, mit dem bereits Companion Diagnostics eingeführt worden sind.

Für eine erste Versuchsphase mag das funktionieren. Doch wenn am visionären Ansatz dieser Disease Interception wirklich etwas dran sein sollte, und er in große Indikationsbereiche wie den der Onkologie Einzug halten würde, müssten auch die Grundlagen des SGB V geändert werden.

Welche zum Beispiel?

Zuallererst den bereits erwähnten § 11 SGB V, der den Krankheitsbegriff ins

SGBV einführt – dies allerdings recht offen. Hier müsste der Krankheitsbegriff spezifiziert und sozusagen nach vorne erweitert werden. Will heißen: In die Vorstadien und sogar noch bis zu dem Zeitpunkt, an dem eine Krankheit noch gar nicht ausgebrochen ist.

Dann würde man in einem Gesetzesparagrafen auf einmal über aufgrund von Wahrscheinlichkeiten drohende Erkrankungen sprechen.

In der Tat. Darum ist das ganze Konzept noch an vielen Stellen diskussionswürdig, was schon bei einer ganz grundlegenden ethischen Frage beginnt: Dürfen Menschen wegen einer solchen Vision gescreent werden und dann die Information erhalten, dass sie ein bestimmtes Risiko in sich tragen? Obwohl sie das eigentlich gar nicht wissen wollen?

Bisher gehen wir davon aus, dass jeder Mensch das Recht auf Nichtwissen hat.

Was manchmal auch als das Recht auf Unwissenheit bezeichnet wird. Das leitet jedoch zu einer weiterführenden Frage über: Welche Konsequenzen wären zu ziehen, wenn eine absichtliche Unwissenheit in eine Erkrankung mündet, die teure Behandlungs- und Folgekosten verursacht? Bisher ist es so, dass das Sozialrecht nicht danach fragt, warum jemand erkrankt ist. Jeder hat zwar die Pflicht, alles zu tun, um sich gesund zu erhalten, doch wird das Gesetz nie in dem Sinne konkret, dass

„Man könnte diesen visionären Ansatz wie bei der Antibiotikaforschung sogar als eine gesamtgesellschaftliche, obendrein supranationale Aufgabe verstehen.“

daraus etwaige Konsequenzen abgeleitet werden können – weder für die persönliche Übernahme der Behandlungskosten noch für den Erwerb eines Wissens der Risiken, die jeder in sich trägt, aber auch nicht dafür, etwas gegen das wahrscheinliche Eintreten dieser Risiken tun zu müssen.

Wo müsste das Sozialgesetz außer im § 11 SGB V nachgeschärft werden?

Ich denke nicht, dass Eingriffe in das Fünfte Buch des SGB reichen werden. Man könnte diesen visionären Ansatz wie bei der Antibiotikaforschung sogar als eine gesamtgesellschaftliche, obendrein supranationale Aufgabe verstehen, was ein recht kompliziertes, zudem sehr langwieriges Unterfangen ist. Einfacher wird es sein, sich zu fördern zu überlegen, an welcher Stelle eine generelle Öffnung des Rechts in Bezug auf eine Definition des Krankheitsbegriffs möglich wäre und wie dieser dann Schritt für Schritt im Rahmen der Behandlungsmöglichkeiten bei bestimmten Indikationen eingeführt und dann natürlich auch in der Versorgung evaluiert werden kann. Zwingende Voraussetzung dafür wird es jedoch sein, dass es nicht nur dia-

agnostische Möglichkeiten, sondern auch effiziente Behandlungsmöglichkeiten gibt.

Darum redet man bei Disease Interception – Stand heute – über einen Zeitraum von fünf, zehn oder auch fünfzehn Jahren.

Ich finde eine solche inhaltliche Vorbereitungsebene auf eine irgendwann einmal kommende Entwicklung, ob sie nun in fünf, zehn oder auch erst in fünfzehn Jahren eintreten mag, sehr vorausschauend. Auch ist es gegenüber allen Stakeholdern im Gesundheitssystem überaus fair und für die Pharmaindustrie schon erstaunlich vorausblickend, sich heute mit einer Utopie zu befassen, die vielleicht eines Tages wahr werden wird: der alte Menschheitstraum von einem langen Leben ohne Krankheiten und Behinderungen. Wenn die Kombination von früher Diagnostik und darauf aufsetzender zeitiger Behandlung dazu führen sollte, dass unnötiges Leid vermieden wird, wäre das ein großer gesamtgesellschaftlicher Fortschritt.

Den sich eine moderne, gut situierte Gesellschaft auch leisten kann?

Wünschen auf jeden Fall. Doch ob der Wunsch finanzierbar sein wird, weiß ich nicht. Ich kann mir bislang noch nicht einmal eine grobe monetäre Dimension vorstellen, in der sich ein solcher Ansatz bewegen könnte: Kostet Disease Interception 1, 10 oder 100 Milliarden Euro mehr? Von

der Antwort dazu wird natürlich auch die Frage abhängen: Wer bezahlt das? In Deutschland kann ich mir nicht vorstellen, dass eine derart massive Intervention von der individuellen Zahlungsbereitschaft des Einzelnen abhängen wird.

Was ganz automatisch in eine Zwei- oder Dreiklassenmedizin münden würde.

Das wird keine Politik keiner Koalition durchhalten und auch niemand vertreten wollen, der in Deutschland politische Verantwortung trägt.

Wenn man über ein grundlegendes Finanzierungsmodell nachdenkt, kommt man sehr schnell auf das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz. Wäre denn das AMNOG – Stand heute – überhaupt dafür ausgelegt, einen derartigen Paradigmenwechsel wie Disease Interception – zu bewerten?

Ganz klar: Das AMNOG kann es nicht. Um den Ansatz von Disease Interception bewerten zu können, braucht man Studien, die irgendwo zwischen 5 und 15 Jahren laufen müssen. Damit ist jede frühe Nutzenbewertung von vorneherein obsolet. Die im AMNOG praktizierte „frühe Nutzenbewertung“ fußt darauf, dass man in Phase-2-Studien erkennt, dass ein Wirkmechanismus zu funktionieren scheint, um – wenn die Nutzen-Risiko-Abwägung ethisch vertretbar ist – eine doppelt verblindete, randomisierte Phase-3-Studie zu starten. Die posi-

tive Entscheidung der Zulassungsbehörden vorausgesetzt, wird dann ermittelt, ob das neue Medikament einen Zusatznutzen gegenüber dem Behandlungsstandard hat. Angesichts der Studiendauer von Phase-3-Studien würde so ganz zwangsläufig ein großer Teil der Bevölkerung von den Segnungen dieser Innovation außen vor gelassen werden.

Was gerade bei einer Sprunginnovation mit vielleicht sogar einer Art Heilungscharakter ethisch höchst bedenklich ist.

Darum wird beginnend mit der fachlichen Diskussion über Disease Interception die ganze Systematik des AMNOG auf dem Prüfstand stehen müssen.

Passt denn Disease Interception überhaupt in die Schmalspur-Ökonomie des AMNOG?

Absolut nicht. Ich habe mich schon immer dafür ausgesprochen, den Wirtschaftlichkeitsbegriff nicht so eng auf SGB V-bezogene Leistungen zu verstehen. Das wird jedem einleuchten, der das System der aufeinander aufbauenden Sozialgesetzbücher kennt. Wenn aufgrund einer GKV-Leistung Arbeitsunfähigkeits-Tage oder eine drohende Frühverrentung vermieden werden, hat zwar das Gesundheitssystem nichts davon, dafür werden aber der Arbeitsmarkt und die Betriebe sowie die Rentenversicherung – und damit die Gesamt-Gesellschaft – entlastet.

Was halten Sie vom Einsatz des Studiendesigns der Randomized Controlled Trials?

RCT werden im Bereich der Disease Interception eher nicht funktionieren. Auch wird man im Erfolgsfall schnell an die von der Ethikkommission gesetzten Grenzen kommen. Zudem laufen RCT eher kürzere Zeiträume, während wir hier über ganz andere Zeiträume reden werden. Auch werden Ländergrenzen keine Bedeutung mehr haben.

Weil Nutzen Nutzen ist, egal in welchem Land?

Der nationale Weg ist bei Nutzenbewertungen eigentlich der falsche. Ein Nutzen kann nicht anders in Finnland sein als in Deutschland oder in Frankreich. Natürlich können darauf aufbauende Erstattungssysteme und Preisverhandlungen anders geregelt werden, doch wird die Nutzenbewertung über kurz oder lang in Richtung EMEA abwandern.

Wenn man sich denn auf einen ausreichend starken Evidenzkörper einigen würde, wie ihn der G-BA-Vorsitzende, Professor Hecken, in Sachen europäischer Nutzenbewertung einfordert.

Da hat sich sogar Herr Hecken bewegt: Von einer starken Ablehnung bis hin zu einer Evidenzdebatte. Genau dafür gibt es ja die EBM. So unterschiedlich können die Auswirkungen wohl nicht sein. Außerdem ist es Pharmaunternehmen einfach nicht zuzumuten, dass

sie ein Produkt x-mal bewerten lassen müssen, und dann in Deutschland auch noch andere Kriterien an die Studien angelegt werden als beispielsweise in Frankreich oder Großbritannien.

Ein Problem ist unter anderem die Festlegung der zweckmäßigen Vergleichstherapie, die vielleicht in Deutschland aus bestimmten Gründen durchaus bewusst gefasst wird.

Das ist für mich ein Auslaufmodell. HTA läuft in Richtung Europa.

Da brauchen wir uns nicht länger über eine etwaige Weiterentwicklung von AMNOG zu streiten.

Eigentlich nicht. Jedenfalls nicht über den Teil Nutzenbewertung. Deren Teil Preisverhandlung wird weiterhin eine nationale Angelegenheit bleiben, was auch richtig ist.

Wobei der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses, Prof. Hecken, dazu sagt, dass, wenn man schon vorher den falschen Anker setzt, nachher die Preisverhandlung anders ausgehen wird.

Das ist auch so. Es war schon eine sagenhafte Konstellation, dass ausgerechnet ein FDP-Minister das AMNOG eingeführt hat, weil er – von der Bild-Zeitung dazu ermutigt – ein Gewinnerthema brauchte. Wenn wir das unter Ulla Schmidt versucht hätten, hätte die Union gegen diese Form von Kommunismus die Bundeswehr zum Einsatz im Inneren aktiviert.

Nun bringt das Bundesgesundheitsministerium mit dem kommenden GSAV die anwendungsbegleitende Datenerhebung ins Spiel.

Und damit die Möglichkeit, Innovationen, bei denen die bisher vorgelegten Studiendaten zwar noch nicht ausreichen, die aber aufgrund ihrer zu erwartenden Innovationskraft dennoch so früh wie möglich ins Gesundheitssystem eingebracht werden sollten frühzeitig anzuwenden und weiter zu erforschen.

Das dann wahrscheinlich in geeigneten Kompetenzzentren, in denen auf hohem Niveau die entsprechende Evidenz evaluiert werden kann.

Ich bin ziemlich davon überzeugt, dass es genauso kommen wird. Wir haben als BKK-Dachverband erst kürzlich den Vorschlag für einen sogenannten „Fast Track“ eingebracht, dem ähnliche Überlegungen zu Grunde liegen. Grund für diesen Vorstoß ist es, dass bei neuen Produkten oder neuen Therapieformen die Methodenbewertung im G-BA zwischen zwei und sieben, mehrmals sogar acht bis zehn Jahre dauert. In einer immer mehr digitalisierten Welt, in der die Produkthalbwertszeit in einstelligen Jahresräumen zu messen ist, ist dieses mehrjährige Bewertungsverfahren antiquarisch. Deshalb schlagen wir eine Art Überholspur vor, die nach einer vorgeschalteten Sicherheitsprüfung eine erste kurze und schnelle Risikobewertung durchführt. Verläuft die Nutzen-Schaden-Bewertung posi-

tiv, kann sich der G-BA im Schnellzugverfahren innerhalb nur eines halben Jahres zwischen zwei Wegen entscheiden: Entweder eine studienbegleitende Datenerhebung oder einen risikobehafteten Ansatz, bei dem das in Markt bringende Pharmaunternehmen seine Innovationen auf eigene Gefahr einsetzen kann.

Das wird bei Medizintechnik funktionieren, aber ...

... kann genauso gut bei jeder anderen Behandlungsmethode eingesetzt werden. Auch für Disease Interception wäre – gesetzt den Fall, es gäbe nicht nur Diagnostik, sondern auch therapeutische Antworten – ein Fast Track möglich.

Wenn die grundlegende Evidenz stimmt.

Davon gehe ich einmal aus, ohne die wäre das Ganze wirklich sinnlos. Doch wird man abgesehen von einer möglichst hochstehenden Evidenzlage auch noch ganz viele andere Fragen beantworten müssen.

Wobei noch keiner weiß, wie die anwendungsbegleitende Datenerhebung funktionieren soll. Gibt es da Ihrerseits Vorschläge?

Wir wollten schon immer aus dieser Null-Eins- oder Schwarz-Weiß-Logik heraus. Doch leider geben die Zulassungsstudien das nicht her, da wir zum Zeitpunkt der Inmarktbringung eigentlich viel zu wenig wissen, wie ein

„Man muss sich in der Richtlinie auf bestimmte Standards einigen, wozu sicher auch das Methodenbewertungspapier des G-BA fortgeschrieben werden muss.“

Wirkstoff in der Allgemeinanzwendung tatsächlich funktioniert. Darum soll die begleitende Datenerhebung diese Evidenzlücke schließen und damit den Fast-Track-Ansatz abrunden. Darum müssen beide Instrumente als eine große Einheit verstanden werden. Wenn man die Einführung der Disease Interception dann auf geeignete Kompetenzzentren beschränkt, die den damit einhergehenden Forschungsaufwand auch leisten können, ist das auch handhabbar. Dazu muss man sich in der Richtlinie auf bestimmte Standards einigen, wozu sicher auch das Methodenbewertungspapier des G-BA fortgeschrieben werden muss. Aber das ist alles keine Hexerei, so etwas kann man schaffen.

Wenn man es denn möchte.

Wenn nicht, wird irgendwann das Wollen von oben diktiert werden.

Weil die Agenda der Politik von der gesellschaftlichen Erwartung getrieben wird?

Sicher. Dafür werden die Politiker doch gewählt. Sie sollen Antwort geben auf Fragen, die die Bevölkerung an die gesellschaftliche Leistungsfähigkeit – in diesem Fall des Gesundheitswesens

– stellt. Darum wird der Erfolg einer Vision wie die der Disease Interception von der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit abhängen, die ihr zuteil wird.

Wenn Publikumsmedien auf solche Themen losgelassen werden, kommt doch gleich ein Heilsversprechen in die Welt.

Darum sollte man das Thema von Beginn an sachlich-realistisch in der Fachöffentlichkeit diskutieren, zeitgleich für eine ausreichende Evidenz sorgen und dann erst an die Öffentlichkeit treten.

Eine schöne Vision reicht halt nicht.

Davor würde ich die Politik auch warnen. Und zwar nicht, um Geld zu sparen, sondern schlicht und einfach, um Enttäuschung und falsch-positive Befunde und ähnlich Negatives zu vermeiden.

Es ist schon diskussionswürdig, wenn Gesundheitsminister Jens Spahn eine Art Heilsversprechen in der Onkologie in den Mund nimmt.

Wenn er kein neues Gesetz hat, sucht er andere Themen, die ihn manchmal in die Bredouille bringen. Man braucht eben immer wieder eine gute Story, denn ohne erfolversprechendes Storytelling geht es heutzutage nicht mehr. Politik wie Gesellschaft brauchen einfache stimmige Bilder, anders läuft das nicht. Und schon gar nicht, wenn man die falschen Bilder in den Köpfen erzeugt.

Oder die richtigen am falschen Ort. Was nützt es in der politischen Debatte, wenn tolle Artikel auf Englisch im „British Medical Journal“ veröffentlicht werden.

Darum ist ein Medium wie „Monitor Versorgungsforschung“ ganz wesentlich gefragt, an dieser Translation mitzuwirken, eine Aufgabe, die er seit mehr als einer Dekade auch sehr gut erfüllt.

Danke für das Lob. Doch lebt Translation – wenn wir an Disease Interception denken – von Fragen und deren evidenter Beantwortung.

Fragen gibt es viele, und je länger man darüber nachdenkt, sicher auch immer mehr, wie etwa: Wer ist die Risikogruppe? Wie wird das Risiko definiert? Wie geht man mit jenen um, die ihr Recht auf Nichtwissen geltend machen? Wie zuverlässig ist die Diagnose-Wahrscheinlichkeit? Wie hoch ist das Wirkungs-/Nebenwirkungspotenzial?

Die Frage der Wahrscheinlichkeit scheint eine der Hauptfragen zu sein.

Aber sicher auch eine der am schwierigsten zu beantwortenden. Grundlegend wird sein, dass es auf Basis einer hohen, durch eine Diagnose zu Tage tretenden Wahrscheinlichkeit, eine erfolgreiche Behandlung geben muss. Doch wird diese Therapie nicht mit übergroßen oder auch nur unüberschaubaren Nebenwirkungen einhergehen dürfen, weil die Behandlung eben nur auf einer bloßen Wahrscheinlichkeit beruht.

Was ist mit falsch-positiven Diagnosebefunden?

Das ist fundamental. Die Problematik falsch-positiver Bescheide kennen wir seit langem aus weiten Teilen der heutigen Diagnostik, vor allem in der Onkologie.

Speziell bei der Mammografie.

Stimmt, hier sind die falsch-positiven Befunde im Zweifel noch wesentlich schlimmer als die wirklich positiven.

Nun sind wir bei einem eigentlich rein statistischen Problem angelangt: Ab welcher Wahrscheinlichkeit ist es sinnhaft zu intervenieren? Ab 10 oder 20 Prozent Wahrscheinlichkeit. Über einer 10-prozentigen Basiswahrscheinlichkeit? Oder erst bei 50 Prozent?

Diese Festlegung muss entweder die Gesellschaft für sich oder die Fachgesellschaft für die betroffene Population treffen.

Im Zweifel vielleicht sogar die Politik?

Ich weiß nicht, ob der Gesetzgeber oder das BMG – trotz aller demokratischen Legitimierung – die qualifizierteste Stelle ist, um so etwas zu tun. Ich war bekanntlich früher Leiter der zuständigen Fachabteilung im BMG, die damals für alle Themen rund um den G-BA gerade einmal drei Mitarbeiter bereitstellen konnte: zwei Medizinerinnen und einen Ökonomen. Allein aus dieser Erfahrung kann ich mir nicht

vorstellen, dass irgendwelche Detailfestlegungen durch das BMG erfolgen können oder erfolgen sollten.

Wer sollte oder könnte es denn tun?

Jedwede fachlich qualifizierte Vorbereitung wird vom G-BA erledigt werden müssen, der natürlich wiederum die unabhängigen Institute damit beauftragen kann. Der Bundesausschuss ist aber auch deswegen der richtige Ansprechpartner, weil hier alle wichtigen Stakeholder vertreten sind: Diejenigen, die es bezahlen müssen, diejenigen, die es anwenden können und dazu die Patientenvertreter, die ihre Stimme in die Waagschale werfen können.

Auch wenn sie kein Stimmrecht haben.

Die Zahl der Beschlüsse, die gegen das ausdrückliche Votum der Patientenvertreter getroffen wird, konvergiert gegen Null.

Was ist mit den Fachgesellschaften?

Man braucht ganz dringend das Fachwissen der Fachgesellschaften. Letztlich wird der Gesamterfolg einer derartigen Innovation davon abhängen, wie erfolgreich die jeweilige Behandlungsalternative und wie hoch ihr Nutzen-Risiko-Potenzial wirklich ist.

Zum Beispiel?

Stellen wir uns einmal eine Behandlungsalternative vor, die ein geringeres Risiko und eine nebenwirkungsarme Anwendung erzeugt. Wenn sie dann auch noch ziemlich preiswert ist, wird

ihr Erfolg so gut wie sicher sein. Wenn aber eine Behandlungsalternative ein hohes Risiko hat und zudem recht teuer ist, wird es schon schwieriger, eine solche Innovation durchzusetzen. Aber nicht unmöglich, denn nun wird es darauf ankommen, um welches krankheitsindividuelle Risiko und welchen womöglichen Schweregrad es sich handelt. Das Problem dabei ist, dass es keinen festen Grenzwert geben wird, den man über alles wird ziehen können.

Wie könnte man sich denn dem Thema Disease Interception überhaupt nähern?

Das Konzept wird erst dann Früchte tragen, wenn es nicht nur mehr in Studien erforscht wird, sondern es auch tatsächlich mehr entsprechende reale Anwendungsfälle gibt, bei denen man den Real-Life-Effekt messen kann. Darum wird wahrscheinlich eine Art Erprobungsregelung in das SGB V aufgenommen werden müssen. Erst im längeren Zeitverlauf wird man nachweisen können, wie effektiv diese Form der Krankheitsvermeidung wirklich ist, wie teuer die Versorgung tatsächlich ausfällt und ob sich die Hoffnungen einer frühen Intervention bezüglich Lebensqualität, Lebenszeit und auch Kostenersparnisse tatsächlich erfüllen.

Wobei diese Betrachtung dann SGB-übergreifend angestellt werden muss.

Aber sicher. Zuallererst wird man um das Zusammenwirken von Krankenversorgung, Prävention, Rehabilita-

tion und Pflege nicht herumkommen. Doch dann spielen auch Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung eine Rolle. Dabei gilt: Je mehr multisektorale Probleme und Befindlichkeiten adressiert werden, desto schwieriger wird das Ganze werden.

Kann man die eindimensionale Betrachtung, die im Falle des AMNOG obendrein eine einjährige ist, ändern, oder will man das nicht ändern?

Das wird vom Innovationswillen der Selbstverwaltung abhängen. Doch tun sich derzeit die Hauptakteure recht schwer damit. Die Gefahr der Erstarrung scheint schon recht nah, wenn mittlerweile die wahre Innovation oft aus der Politik kommt, die sie dem Gesundheitssystem quasi verordnet.

Wie sich am Beispiel der gematik zeigt, die das BMG zu 51 Prozent übernommen hat.

Ich habe es schon immer für falsch gehalten, das Setzen konfliktentscheidender Rahmenbedingungen der Selbstverwaltung zu überlassen. Doch hat sich damals der zuständige Staatssekretär mit dem Argument durchgesetzt, dass nur die eigene Entscheidungshoheit Akzeptanz im System schafft, während ich das Ganze für eine nicht lösbare Aufgabe für die Selbstverwaltung hielt. Der zweite Fehler war, dass man von Anfang an jedem Beteiligten ein Vetorecht gegeben hat und darüber hinaus immer ein Mehrheitsbeschluss gefordert war.

Wenn man nun an die zwei potenten Gruppierungen der Selbstverwaltung denkt: die Krankenkassen auf der einen und die Leistungserbringer auf der anderen Seite, beide gelten wohl nicht unbedingt als der Innovation letzter Schluss. Nun könnte man annehmen, dass weder Ärzte noch Kassen einem Ansatz wie Disease Interception positiv gegenüberstehen werden: Die einen verlieren womöglich Budgetanteile aus dem Morbi-RSA, weil Ausschüttungen an die Krankenkassen nur dann stattfinden, wenn bestimmte Krankheiten behandelt worden sind, und Ärzte nur dann Geld verdienen, wenn sie Einzelleistungen abrechnen.

Kassen haben jenseits des SGB V nur dann einen Daseinszweck, wenn sie ihr Sicherungsversprechen einhalten und dadurch Nutzen für ihre Mitglieder schaffen. Wenn man an den Ansatz von Disease Interception denkt, muss dann eben das Sicherungsversprechen erweitert werden: von einem derzeitigen Anspruch auf Krankenbehandlung, auf einen, bevor die Krankheit überhaupt da ist. Also auf einen Anspruch auf frühzeitige Diagnostik und eine – ich nenne das einmal so – präventive Therapie, die dann wieder von den Ärzten erbracht und abgerechnet werden kann. Man muss es halt nur wollen.

Wenn die gesellschaftliche Diskussion breit genug geführt wird, werden die Kassen ihre neue Rolle annehmen?

„Was sind gewonnene Jahre in guter Lebensqualität wert? Dieser Frage muss sich die Gesellschaft stellen.“

Sicher. Dann wären sie endlich keine Krankenkassen mehr, sondern im eigentlichen Sinne Gesundheitskassen. Das versuchen manche zwar schon heute zu sein, doch ist das eher ein Marketingansatz. Wenn sich dieses Konzept wirklich durchsetzen sollte, wird es einen Wandel im Selbstverständnis, aber auch einen Imagewandel und vor allem einen Aufgabenwandel des Gesundheitssystems mit sich bringen, das sich weniger auf die kurative Tätigkeit, sondern auf Vorbeugung wird ausrichten müssen.

Wird das denn finanzierbar sein, auch angesichts der Kosten, die vor allem in den letzten beiden Lebensjahren auftreten?

Gegenfrage: Was sind gewonnene Jahre in guter Lebensqualität wert? Dieser Frage muss sich die Gesellschaft stellen. Ich habe sie für mich ganz persönlich beantwortet: Ich will nicht an Schläuchen liegen und mit einer dritten Transplantation am Leben erhalten werden. Natürlich kann es sein, dass mein Lebenswille irgendwann so enorm hoch sein wird, dass ich das doch möchte, aber so wie ich das heute

vorhersehen kann, gefällt mir die Art von End-of-Life-Care, die wir derzeit in unserem System vorhalten, nicht.

Vielleicht sollten wir eher in ein Begin-of-Life-Care investieren, wenn es denn gelingt, das Problem der Krankheitskompression in den Griff zu bekommen.

Das wäre anzuraten. Wir beobachten doch derzeit zwei Erscheinungen gleichzeitig: In den unteren Schichten ein vermehrtes frühzeitiges Erkranken und Versterben, während in den besser gebildeten und besser verdienenden Schichten das Leben immer länger wird. Der große Skandal unserer Zeit ist es doch, dass die Lebenserwartung gut Verdienender zehn bis zwölf Jahre länger ist als die eines Straßenbauarbeiters.

Der oft gravierende Unterschied der Sterbezeiten lässt sich sogar in Großstädten wie Hamburg nachweisen.

Was uns auf den Zusammenhang zwischen sozialem Status und damit einhergehender Erziehung und dem Bewusstsein für ein gesundes Leben sowie dem generellen Zugang zu Versorgung bringt. Damit einher gehen wiederum Themen wie Sprache, Integration und Health Literacy.

Die Verbindung zur Disease Interception ...

... ist eine strukturerweichende. Es täte unserer Gesellschaft und insbesondere dem Gesundheitssystem ganz gut, intellektuell die Grenzen auszutesten,

indem man anhand eines Modells wie dem der Disease Interception diskutiert, wohin sich die Gesellschaft entwickeln will.

Sollte nicht der, der Visionen hat, zum Arzt gehen?

Ich antworte diesem Zitat von Helmut Schmidt mit einem von Peter Kirch, der in den 90-er Jahren Verwaltungsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes war und einmal gesagt hat: „Wer das Ziel nicht kennt, für den ist jeder Weg der richtige.“ Jedes Ziel muss man darum aus einer möglichst starken Vision ableiten, was mehr als schwierig ist. Denn unser Gesundheitswesen ist einerseits sehr stark normativ aufgeladen, wobei andererseits der Alltagspragmatismus alles Störende wegzudrücken versucht.

Was wäre die Lösung?

Das System muss sich permanent neu legitimieren und hinterfragen. Wenn es das nicht macht, tritt eine sklerotische Erstarrung ein.

Da wundert es einen doch, dass es zwar einen Masterplan für die Energiewende, aber keinen für die Gesundheit gibt.

Ich bin gespannt, ob nicht ein ganz anderer Transmissionsriemen zum Erfolg führen wird.

Sagen Sie jetzt nicht Digitalisierung.

Doch. Sage ich. Die Digitalisierung wird – wie auch in anderen Branchen

– ganz zwangsweise zu erheblichen Veränderungen im Gesundheitswesen führen. Das beginnt beim Arzt-Patienten-Verhältnis, führt über das Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern und letztlich auch zu dem von der Politik zum System.

Was müsste denn getan werden, um die Veränderung, die noch kein Wert an sich ist, zum Positiven zu führen?

Es muss, wie auch bei Disease Interception, ein gesellschaftlicher Diskurs geführt werden: Wie soll unsere Zukunft aussehen? Wie wollen wir diese gestalten? Was sind die besten Rahmenbedingungen? Wieviel wollen wir

dafür ausgeben? Wollen wir den Prozess beschleunigen oder bremsen? All diese Fragen bedingen einen gesellschaftlichen wie politischen Konsens.

Was müsste man tun, um diese Idee aktiv zu befördern?

Ein, zwei Handlungsfelder konkret erforschen, ökonomische Modelle durchrechnen und begleitende Evaluationen beschreiben. Und dazu noch einige andere Fragen beantworten wie: Hilft da Big Data oder Real World Evidenz? Welche Studiendesigns sind zielführend, welche nicht? Das aber müssen Versorgungsforscher definieren, keine Juristen wie ich.

Franz Knieps

leitet seit dem 1. Juli 2013 als Vorstand den BKK Dachverband. Der 1956 geborene Jurist, Politik- und Literaturwissenschaftler weist jahrzehntelange Erfahrung im deutschen und internationalen Gesundheits- und Sozialwesen auf.

Weitere Stationen:

- 1987/88 wurde er als Referent an das Bundesarbeitsministerium abgeordnet
- 1990 politischer Berater des von Regine Hildebrandt geführten DDR-Ministeriums für Arbeit und Soziales. In dieser Zeit war Knieps u. a. als Geschäftsführer Politik beim AOK Bundesverband tätig, bevor er 2003 als Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung, Gesetzliche Krankenversicherung, Pflegesicherung zum Bundesministerium für Gesundheit in der Ära Ulla Schmidt wechselte
- Knieps arbeitete von 2009 bis 2013 als Berater für Gesundheits- und Sozialpolitik
- Er ist Herausgeber der Zeitschrift „Gesundheits- und Sozialpolitik“ und der BKK Dachverbandszeitschrift „Betriebskrankenkassen“
- Er ist Beirat von „Monitor Versorgungsforschung“

