

Stellungnahme des Bundesvorstandes zum Sondergutachten (Kurzfassung) des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Juni 2012)

Diese Stellungnahme folgt in Aufbau und Einteilung dem Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrats „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“. Nicht alle Abschnitte werden kommentiert, die konkreten Sinnzusammenhänge sind durch Hinweise auf die Kapitel und Abschnitte des Gutachtens kenntlich gemacht.

Stellungnahme zum Vorwort des Sondergutachtens

Laut der Hinweise hat der Bundesminister für Gesundheit den Auftrag zur Erstellung des Gutachtens gebeten. Fachkundige Informationen konnten nach Angabe der Autoren jederzeit im Bundesministerium für Gesundheit eingeholt werden. Somit besteht der Verdacht, dass dieses Gutachten im Sinne des Ministeriums inhaltlich gestaltet wurde und somit die Unabhängigkeit von uns infrage gestellt wird. Wichtige weitere Anregungen und Hinweise für die Inhalte des Gutachtens kamen von ca. 60 namentlich genannten Personen aus allen Interessengruppierungen Deutschlands. Der Inhalt des Gutachtens geht aber nach Überzeugung des Vorstands der DGVP überwiegend an den realen Notwendigkeiten und Möglichkeiten vorbei.

Im Gegensatz zu den Inhalten des Sondergutachtens des Sachverständigenrats vom Juni 2012 fordert der Vorstand der DGVP keine wettbewerblich organisierte Versorgung, sondern ein auf die Effektivität ausgerichtetes Gesundheitswesen!

Denn: Wettbewerb ist gut und richtig, wenn es um den Verkauf von Waren und Dienstleistungen geht. Wenn aber der Wettbewerb die Gesundheit von Millionen von Menschen beeinträchtigen kann, ist dies nicht nur gefährlich und unverantwortlich, sondern kommt auch auf Dauer Alle teuer zu stehen.

***Deshalb: schädlicher Wettbewerb – NEIN
Effizienz und Effektivität - JA***

Stellungnahme zu Teil I des Gutachtens: „Wettbewerb mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung“

1. Problemstellung und Schwerpunkte des Gutachtens

1.1. Die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens im Widerstreit der Meinungen

Wir können die Aussagen des Gutachtens, dass die Kosten im Verhältnis des Out Comes = Lebenserwartung und Lebensqualität zu hoch sind und das es über durchschnittliche Potenziale zur Steigerung der Effektivität gibt und somit die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens erheblich gesteigert werden könnte, voll unterstützen.

Der im Gutachten als empirischer Beleg für die zweite Haupteinschätzung genannte universelle Krankenversicherungsschutz wird von uns stark bezweifelt. Patienten in Deutschland sind mit stillen und offenen Rationierungen durch die gesetzlichen Krankenkassen konfrontiert. Wegen der Budgets kommt es zu Wartezeiten und Leistungskürzungen.

Die Verhinderung von Zusatzbeiträgen hat in den letzten Jahren eine Rationierungswelle bei den gesetzlichen Krankenkassen hervorgerufen, die so nicht weiter geduldet werden darf. Das Gutachten argumentiert mit dem Gegenteil und ist dies eindeutig falsch.

Im Abschnitt 6 nimmt das Gutachten dann Bezug auf Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen und bezieht sich dabei auf Inhalte eines Gutachtens des Sachverständigenrats zu dieser Thematik aus dem Jahr 2001. Nun greift das Gutachten 2012 diesen Faktor erneut auf.

Wir stellen uns dabei die Frage: „ Muss erneut ein Jahrzehnt vergehen ohne dass es wesentliche strukturelle Verbesserungen zum Abbau der Über-, Unter- und Fehlversorgung gegeben hat. Gleichzeitig ist diese Feststellung im Gutachten eine Ohrfeige für die Politik des letzten Jahrzehnts.

Die Schlussfolgerung des Gutachtens mündet in der Forderung nach einem Abbau der Schnittstellenbrüche zwischen der ambulanten und stationären Versorgung. Wir sind dagegen der Überzeugung und fordern die Herstellung von Schnittstellen zwischen allen Berufsgruppen und Institutionen der Versorgung/Behandlung/Betreuung (1 in Zukunft immer nur als Versorgung bezeichnet) im Gesundheitswesen. Nur so können die vom Gutachten gewünschten und seit Jahrzehnten vorhandenen Potenziale zur Erhöhung der Effizienz und Effektivität in der Gesundheitsversorgung genutzt werden. Dies fordern wir seit dem Jahr 1989 und stoßen dabei auf erheblichen Widerstand.

Wir wissen dass ein Ursprung für alle Fehlentwicklungen der letzten Jahre in der unzureichenden Vernetzung der Berufsgruppen und Institutionen der Versorgung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene liegt, dazu bedarf es keiner gutachterlichen Stellungnahmen.

2. Wettbewerb als Instrument zur Realisierung einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung

2.3. Ziele und Leitbilder der Gesundheitsversorgung

Der Sachverständigenrat fordert einen stärkeren Zielbezug der Gesundheitspolitik. Im Zentrum der Gesundheitsversorgung müssen die Verbesserung des Gesundheitszustandes des einzelnen Bürgers und eine bedarfsgerechte Versorgung stehen. Diese Feststellung im Gutachten begrüßen wir ausdrücklich.

Der Vorstand mahnt jedoch an, dass dieser Zielbezug in der Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte nicht vorhanden war und ist. Vielmehr handelt es sich um eine fortwährende Flickschusterei an den Systemen der Versorgung/Behandlung/ Betreuung. (1 in Zukunft immer nur als Versorgung bezeichnet) Wir wissen dass die Politik beherrscht wird von Lobbyisten und Wirtschaftsinteressen, sowie von Wahlperioden und fordern die Orientierung der Gesundheitspolitik auf die Interessen der Bürger/Versicherten/Patienten/Pflegebedürftigen und Angehörigen.

Das Sondergutachten stellt dann die Forderung nach einem funktionsfähigen Preis- und Qualitätswettbewerb und einer wettbewerbsfähigen Gesundheitspolitik auf. Der Vorstand kann diese Forderung nicht mittragen. Die Orientierung auf den Preis hat in den letzten Jahren bereits zur Zerschlagung von Qualität und Versorgung geführt. Die teilweise unzureichende

Vergütung der Berufsgruppen und Institutionen durch die gesetzlichen Krankenkassen und die ausufernde Gestaltung von Selektiv- und Rabattverträgen sind Ausprägungen davon.

Die übertriebene Bewertung von „Preiseuphorie“ in Bezug auf die Kosten und den Nutzen tun ihr Übriges. Damit wurde und wird auch die wohnortnahe Versorgung nachhaltig gefährdet. Richtig und wichtig aus Sicht des Vorstandes wäre deshalb die sofortige Umgestaltung der Strukturen der Versorgung auf ein verpflichtendes Miteinander aller Berufsgruppen und Institutionen des Gesundheitswesens einhergehend mit einer dementsprechenden besseren Nutzung der vorhandenen personellen, sachlichen und finanziellen Ressourcen. Damit in Verbindung steht die Anpassung der Vergütung zur Existenzsicherung der wohnortnahen Versorgung in Städten, Kreisen und auf dem Land.

Dazu bedarf es nach Überzeugung des Vorstandes keiner weiteren Ansätze des Wettbewerbs, sondern entsprechender Rahmenbedingungen für ein erfolgreiches Miteinander.

2.1. Der Wettbewerb als Element unterschiedlicher Allokationsmechanismen

Aus Sicht des Gutachtens können drei zentrale gesamtwirtschaftliche Koordinationsmechanismen die benötigte Koordination, die es zur Ressourcenkontrolle und –allokationsbedarf, erfüllen:

- der Markt- und Preismechanismus
- die öffentliche Planung sowie
- die korporative Koordination.

Der Markt- und Preismechanismus kann nach Überzeugung des Vorstands der DGVP nur für einen Konsumentenmarkt gelten. Dieser ist gegeben bei der Nachfrage nach Waschmitteln, Autos, Lebensmitteln usw., jedoch nicht für ethisch, volkswirtschaftliche Strukturen der Versorgung wie das Gesundheitswesen. Diese Versorgung darf nicht zu einem „Markt“ verkommen.

Der Vorstand fordert, die prozessuale Struktur der gesamten Versorgung neu zu gestalten, um die vorhandenen exzellenten Ressourcen effektiv einzusetzen. Es geht hierbei nicht darum, den Preis für eine Leistung zu verbessern, sondern darum das System anzupassen an die demografischen Herausforderungen in den kommenden Jahrzehnten und die Anforderungen der Bürger/Versicherten/Patienten (2 in Zukunft nur noch als Bürger aufgeführt zu erfüllen.)

Als weiteren Allokationsmechanismus erwähnt das Gutachten die öffentliche Planung bzw. die budgetäre Willensbildung. Der Vorstand der DGVP vertritt dabei den Standpunkt dass die öffentliche Planung bisher eher Nachteile als Vorteile für die Versorgung und Vergütung gebracht hat. Wir fordern deshalb die strukturelle Versorgung so auszulegen, dass die Regionalisierung der Strukturen vor Ort also in den Städten, Kreisen und auf dem Land erste Priorität haben muss und keine zentralistische Planung und Steuerung. Nur so kann die wohnortnahe Versorgung für die Bürger erhalten bleiben und gleichzeitig eine die Existenz sichernde Vergütung der Berufsgruppen und Institutionen. Dabei erstellt die Politik nur die Rahmenbedingungen für die Gestaltung in der jeweiligen Region, die Einzelheiten der ganzheitlichen Versorgung obliegen den Bürgern und den Gruppierungen der Versorgung.

Die vorhandenen Finanzmittel müssen für diese Aufgabenstellung budgetiert werden und nicht nach Berufsgruppen und Institutionen aufgeteilt, sondern ausgerichtet auf die Deckung des Bedarfs der Versorgung und einer darauf ausgerichteten Leistung und angepassten Vergütung in der jeweiligen Region.

Kooperative Koordination benötigt Anreizsysteme für eine freiwillige Vernetzung der Berufsgruppen und Institutionen auf regionaler Ebene. Diese Anreizsysteme müssen geschaffen werden. Fortschreitende Wettbewerbsverschärfungen und modifizierte Preise erfüllen diese Anreizfunktion keinesfalls.

Entsprechende Bonussysteme bei Nachweis einer durchgeführten vernetzten Versorgung und Malus Systeme bei isolierter Verhaltensweise führen dagegen schnell zur Freisetzung von Effizienzen.

Im Zentrum des Gutachtens steht die Frage, ob und inwieweit der Wettbewerb bzw. seine Intensivierung zum Abbau von Ineffizienzen und Ineffektivitäten beizutragen vermag. (siehe Gutachten Seite 17) In der Argumentation des Gutachtens scheint es jedoch bereits vorausgesetzt, dass Wettbewerb Ineffizienz abbaut.

Wegen der volkswirtschaftlichen und sozialpolitischen Aufgabenstellungen des Gesundheitswesens hält der Vorstand der DGVP diese Prämisse des Gutachtens für falsch. Wie die aktuelle Wirtschafts- und Finanzkrise - in Deutschland auch oftmals schön geredet – zeigt, ist Wettbewerb nicht zwingend geeignet, Ineffektivitäten zu vermeiden. Vielmehr hat die Ökonomie hier die falschen Anreize gesetzt. Die Ausrichtung der Strukturen im Gesundheitswesen nach diesen Kriterien bedeutet aus Sicht des Vorstandes der DGVP die bestehenden Strukturen mutwillig und mittelfristig zu zerschlagen.

In der Analyse der Effizienzpotenziale greift das Gutachten auf das Konzept der Produktionseffizienz zurück. Wir beurteilen die Verwendung dieses Begriffs als ungeeignet für die Strukturen des Gesundheitswesens. Der einzelne Bürger der in der Versorgung steht sollte nicht der Bewertung der Produktionseffizienz unterliegen. Dies gilt auch für die Mitarbeiter in der Versorgung. Im Gesundheitswesen geht es nicht um die Herstellung von Waren und auch nicht um die Erbringung von Dienstleistungen, sondern um einen ganzheitlichen Ansatz der Versorgung für Individuen mit unterschiedlichen Anforderungen mit dem Ziel die Gesundheit wieder herzustellen und Lebensqualität, bzw. die Vermeidung von Krankheit zu erreichen. Dies kann nicht mit Produktionsziffern kalkuliert und bewertet werden.

Das Gutachten führt weiter aus (siehe Seite 24), dass die gesundheitliche Leistungserstellung „vielfach an der falschen Stelle erfolgt, ohne hinreichende sektorenübergreifende Koordination, bei mangelnder Transparenz für die Nutzer und ohne funktionsgerechte wettbewerbliche Rahmenordnung“. Dieser Aussage stimmt der Vorstand zu. Im Bereich der Versorgung gibt es nur selten eine Gemeinsamkeit der Berufsgruppen und Institutionen, dafür aber eine ausufernde Intransparenz und leider nur wettbewerbliche Orientierung. Die Erfahrung der letzten Jahre hat bewiesen, dass gerade die Orientierung auf den Wettbewerb die Möglichkeiten der Effizienz und Effektivität zerschlägt. Dies muss nicht forciert sondern beendet werden. Wir brauchen Kooperation und Koordination in der Versorgung um die Potenziale der Effektivität freizusetzen. Dabei bietet die Orientierung der optimierten vernetzten Versorgung angepasst an die Anforderungen der Bürger in der jeweiligen Region große Effizienzmöglichkeiten.

2.3. Ziele und Leitbilder der Gesundheitsversorgung

Laut dem Sondergutachten trägt Wettbewerb instrumental zur Verwirklichung höherrangiger Gesundheitsziele bei. Diese Aussage lehnt der Vorstand der DGVP eindeutig ab.

Nach unseren Erfahrungen senkt der Wettbewerb zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen die Qualität der Versorgung ab und steigert die Kosten.

Das Gleiche gilt auch für die Wettbewerbssituation zwischen ambulanten Haus- und Fachärzten oder zwischen häuslicher und stationärer Pflege. Die Faktoren des Wettbewerbs tragen nicht

zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung bei, sondern zerschlagen bestehende und funktionierende Versorgungssysteme.

Das Gutachten stellt die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung sowie eine bedarfsgerechte Versorgung als oberstes Ziel dar. Darüber hinaus werden auch gesamtwirtschaftliche Ziele betrachtet, wobei die „Erzeugung von längerfristigen Kapazitäts- und Produktivitätsreserven durch Erweiterung des Produktionspotenzials und die Verbesserung des Humankapitals erwähnt wird“.

Diese Formulierungen lehnt der Vorstand ab. Bei der Vermeidung von Krankheit und der Wiederherstellung von Gesundheit handelt es sich nicht um Produktionspotenzial, sondern um eine ethisch volkswirtschaftliche Aufgabenstellung zum Nutzen des Einzelnen und der Gemeinschaft. Aus diesem Grund müssen die Strukturen angepasst werden. Der regionale Bedarf an Versorgung der Bürger muss bei allen Überlegungen und Maßnahmen erste Priorität haben und nicht der künstlich hoch gespielte Wettbewerb.

Weiterhin fasst das Gutachten unter das genannte Zielspektrum auch die Steigerung des Wachstums des realen Sozialprodukts (unter Punkt 25). Diese Formulierung lehnt der Vorstand ab. Wir sollten nicht über Wachstum nachdenken und sprechen, sondern über die effektive Nutzung der vorhandenen exzellenten Ressourcen, damit die Qualität der Versorgung nicht noch weiter abgesenkt werden muss und die bestehenden Effizienzpotenzials freigesetzt werden.

Der Vorstand der DGVP begrüßt die im Gutachten aufgeführten Leitbilder einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (siehe Seite 25):

- Effektive und qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte Versorgung
- Effiziente bzw. kostengünstige Leistungserstellung
- Stärkung von Souveränität
- Eigenverantwortung und Eigenkompetenz der Versicherten und Patienten
- Wahrung der Autonomie der Patienten und Ermöglichung ihrer Einbindung in gesundheitliche Entscheidungsprozesse
- Erhaltung von Solidarität im Sinne der intra- und intergenerativen Gerechtigkeit
- Sicherung der Finanzierbarkeit einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung
- Schaffung von Nachhaltigkeit und Stabilität
- Transparenz und Planungssicherheit im Gesundheitswesen.

Seit dem Jahr 1989 stellen wir diese Forderungen an die ehemaligen und jetzt vorhandenen Gruppierungen der Politik und der Selbstverwaltung. Leider vergeblich, da die Interessen der Bürger nicht wahrgenommen werden oder nur teilweise wahrgenommen werden sollen.

Diese Forderungen des Gutachtens sind auch eine Steilvorlage für den bevorstehenden Bundestagswahlkampf, auch wenn es erneut wieder nur Slogans sind und die Absicht zur wirksamen Umsetzung von Maßnahmen zur Steigerung der Effizienz sich eher auf das Ausschütten von Beiträgen bezieht oder auf das Hinweisen von Fehlern einzelner Personen in einzelnen Berufsgruppen. Natürlich eignen sich diese Thesen auch für die Gestaltung von Wahlkampfveranstaltungen und werden deshalb vom Vorstand der DGVP als Goodwill beurteilt, aber nicht als Zielsetzung der Politik.

Entsprechend dem liberalen Auftraggeber für das Sondergutachten, welches auch mit dessen Unterstützung aus dem Bundesministerium Gesundheit gefüttert oder beeinflusst wurde, wird dann erneut ein funktionsfähiger Wettbewerb gefordert. Darin sind laut Gutachten enthalten:

- Marktwirtschaftliche Komponenten

- Entlohnung durch leistungsbezogene Vergütung
- Lenkung der Leistungen
- Ausrichtung der Leistungen am objektiven Bedarf.

Der Vorstand der DGVP vertritt den Standpunkt, dass diese Thesen sehr wohl verwandt werden können für die Automobilbranche u.v.a.m. aber nicht für die effektive und effiziente Versorgung im Gesundheitswesen.

2.4. Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen

Das Gutachten unterscheidet vier Wettbewerbsfelder (siehe Punkt 26). Der private Gesundheitsmarkt wird als erstes Wettbewerbsfeld deklariert. Die Berufsgruppen und Institutionen stehen im Wettbewerb um die private Nachfrage der Bürger. Der so genannte private Gesundheitsmarkt ist geprägt von irrationalen Entwicklungen. Dazu gehört das Überangebot an frei verkäuflichen Arzneimitteln, die im Wesentlichen unkontrolliert von den Bürgern genutzt werden. Dies kann auch zu Folgekosten führen.

Hinzu kommen als Beispiel die individuellen Gesundheitsleistungen die durch teilweise unqualifiziertes auf Umsatz und Gewinn gerichtetes Werben zur Bedarfsweckung an Produkten und Behandlungen sogar einen negativen Einfluss auf die Bürger haben.

Der Hinweis im Gutachten, dass dieser freie Markt auch vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen abhängt, birgt auch eine Gefahr. Je mehr Leistungen die GKV ausgrenzt, desto mehr Leistungen werden ausschließlich auf dem freien Gesundheitsmarkt angeboten. Die Kostenübernahme erfolgt dann vollständig durch den Bürger, was den Sparzwängen der GKV entgegen kommen dürfte.

Bezogen auf das zweite Wettbewerbsfeld, dem kollektivvertraglichen System (siehe Punkt 26) stellt das Gutachten aus Sicht des Vorstands der DGVP die Tatsachen falsch dar. Es besteht nach unserer Überzeugung durchaus ein Wettbewerb zwischen den gesetzlichen und erst recht den privaten Krankenkassen. Dieser Wettbewerb der GKV ist größtenteils intransparent und wird verdeckt durchgeführt und beeinflusst von Werbung in allen Medien, die zu Lasten der Bürger aus den Beiträgen der Versicherten finanziert werden. Hinzu üben die Krankenkassen einen sehr nachhaltigen Wettbewerb zwischen den Berufsgruppen und Institutionen der Versorgung aus und zwar durch die stringente und fortwährende Einflussnahme auf die Vergütung des Aufwands für die Versorgung des einzelnen Bürgers. Ferner durch die immer intensiver durchgeführten Ausschreibungen für Medikamente und Hilfsmittel und den damit sich verschärfenden Wettbewerb zwischen national oder international tätigen Herstellern und Händlern.

Nach Einschätzung des Vorstandes der DGVP führt dies insgesamt zur Absenkung der Qualität der Versorgung, zur Ausweitung des administrativen Aufwands und zum Anstieg der Folgekosten. Insgesamt führt der willkürliche Preis- und Qualitätswettbewerb der Kassen zur Zerschlagung bestehender Versorgungsstrukturen im ambulanten und stationären Bereich und bei den Zulieferern.

Wir stellen seit vielen Jahren fest, dass die vorhandenen wettbewerblichen Prozesse die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung nicht verbessern sondern belasten.

Wettbewerbliche Prozesse verbesserten im dritten Wettbewerbsfeld, dem Versicherungsbereich, nicht die Effizienz. Dies setze ein Übergreifen des Wettbewerbs

zwischen den Krankenkassen auf den Leistungsbereich voraus. Genau diesem Denkansatz hat der Vorstand der DGVP bereits eine Absage erteilt.

Der Vorstand ist der Überzeugung, dass Preiswettbewerb das System der Versorgung zerschlagen wird.

Es bedarf einer Orientierung auf den individuellen Bedarf des Bürgers, der für alle Institutionen und Berufsgruppen erste Priorität bei allen Überlegungen und Maßnahmen sowie den Strukturen im Gesundheitswesen haben muss.

Das Gutachten sieht die Stärkung der Nutzerkompetenz als Voraussetzung eines zielführenden Wettbewerbs.

Wir unterstützen die Ansicht, dass der Bürger durch eine zielorientierte Informations-Grundlage mündig und befähigt wird. Dies darf jedoch nicht geschehen in der bestehenden Form der wettbewerblichen Information zu Produkten oder Leistungen, die vorher keiner unabhängigen Kontrolle unterworfen wurden.

Der Bürger ist angewiesen auf eine objektive und unabhängige Information denn aufgrund der Wissensassymetrie wird er die Inhalte der Information nur sehr schwer bewerten können. Es ist auf glaubwürdige, vollständige und ungefilterte Information angewiesen. Dies gilt im Übrigen auch für die Kernaussagen der Politik und der Ökonomie, da diese Aussagen egoistisch zielorientiert sind und nicht ausgerichtet auf eine Zukunftssicherung der Strukturen des Gesundheitswesens mit mündigen Bürgern.

Im Sondergutachten wird eine wettbewerbliche Ausrichtung des Krankenversicherungsmarktes gefordert. An dieser Stelle sei wiederholt: „Der Vorstand der DGVP hält Wettbewerb bezogen auf Krankenkassen für nicht richtig. Der Fokus muss auf die bestmögliche Verteilung der Beiträge der Bürger und eine kostengünstige Verwaltung derselben liegen. Die bisherige Wettbewerbsidee hat die Krankenkassen eher korrumpiert und zu Irritationen geführt. Die Zusatzbeiträge sind ein Beispiel dafür. Die anschließende Rationierungswelle hat letztendlich zu den jetzt vorhandenen finanziellen Reserven geführt, ausgetragen auf dem Rücken der Beitragszahler, da der Beitrag stabil bei 15,5 % steht und die Leistungen abgesenkt wurden.“

Es bedarf nach Überzeugung des Vorstandes auch keiner Anwendung des Kartellrechts für die Tätigkeit der Krankenkassen. Auch das Vergaberecht muss nicht ausgedehnt werden auf die Faktoren der Versorgung. Alle bisher realisierten Maßnahmen zur Kostensenkung über das Vergaberecht müssen jedoch auf den Prüfstand, da es für eine hohe Qualität der Versorgung nicht nur einen bestmöglich ausgehandelten Preis geht, sondern um einen ganzheitlichen Ansatz mit einer Vielfalt von Faktoren.

3. Voraussetzungen für einen zielführenden Wettbewerb im Gesundheitswesen

3.1. Die bestehenden Wettbewerbsparameter der Krankenkassen

Kollektive Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Vertragsärzte und Krankenhäuser dominieren in der GKV. Das Gutachten erklärt dadurch andere wettbewerbliche Optionen zur Ausnahme. Dem stimmt der Vorstand der DGVP zu, allerdings bewertet er diesen Sachverhalt auch als positiv. Die Regelungen der Kollektivverträge haben sich über Jahrzehnte bewährt.

Erst durch die neuen Gestaltungsmöglichkeiten, wie Zusatzbeitrag, Selektivverträge, Lieferverträge, Rabattverträge, spezielle Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, Wahltarife, modifizierte Satzungsleistungen, gäbe es laut den Aussagen des Gutachtens einige kassenspezifische Gestaltungsmöglichkeiten.

Aus Sicht des Vorstandes der DGVP stellen diese wettbewerblichen Modifikationen jedoch keinerlei Vorteile für die Bürger und erst recht nicht für die Qualität der Versorgung dar.

Ein Zielführender Wettbewerb kann nur durch die hinreichende Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal gewährleistet werden. (siehe Seite 34) Dieser Aussage stimmt der Vorstand der DGVP voll zu. Nicht nur wegen der demografischen Entwicklung in den kommenden Jahrzehnten wird mehr qualifiziertes Personal benötigt. Der Vorstand fordert die Vernetzung der unterschiedlichen Kompetenzen der Berufsgruppen und Institutionen in der Versorgung auf regionaler Ebene. Dies sollte aber nicht durch einen zielführenden Wettbewerb geschehen, sondern durch eine zielführende Zusammenarbeit, um dem Mangel sachlich zu begegnen.

Das Gutachten stellt fest, dass eine Vielzahl von ausgebildeten Fachkräften der Medizin, Therapie und Pflege in andere Beschäftigungen gewechselt sind. Unzureichend erwähnt bleiben im Gutachten die destruktiven Einwirkungen der Ökonomie auf die diversen Berufsgruppen. Dazu gehören der Leistungsdruck in immer kürzerer Zeit immer mehr Patienten zu betreuen, eine ausufernde Dokumentationspflicht gegenüber den Ökonomen und der Krankenversicherung sowie gegebenenfalls für die Haftpflichtversicherung. Eine immer komplexer werdende Methode der Abrechnung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Eine reduzierte Möglichkeit der Kreditierung für Investitionen der freiberuflichen Arztpraxis oder der Pflegestation durch das restriktive Verhalten der Banken. Dies alles hat dazu beigetragen, dass sich motivierte und gut ausgebildete aktive Fachkräfte durch die verfehlten politischen Entscheidungen sich aus der Versorgung am Patienten verabschiedet haben. Dies ist ein Bestandteil des Mangels an Fachkräften der durch falsch ökonomische Anreize mit marktorientiertem Wettbewerb ergeben hat und sich auch noch weiter fortsetzen wird, wenn sich die Rahmenbedingungen nicht bald ändern.

Als weiteres Beispiel sei hier die Entwicklung in der Pflege angeführt. Enorme Anstrengungen wurden unternommen, die Pflege stärker zu akademisieren. In einigen Bundesländern glaubt die Politik das Problem Pflege durch die Einrichtung von Pflegekammern zu lösen. Dabei werden die unterschiedlichen Anforderungen der Gegenwart und Zukunft für diese wichtige Berufsgruppe jedoch übersehen. Der Vorstand der DGVP ist der Überzeugung, dass wir ein Primärnursing zur Entlastung der Mediziner benötigen.

Als zweite Gliederung der Qualifikationen ist dann zur Entlastung des Primärnursings die Sekundärpflege als qualifiziertes Bindeglied zwischen Patient/Angehörigen und Medizinern sowie Ökonomen notwendig. Hinzu kommt dann die Terziärpflege zur Betreuung und Beratung der Patienten und Angehörigen und der Entlastung der Sekundärpflege. Politische Vorschläge wie der Einsatz ungelernter Kräfte und Lang- zeitarbeitslose für den Einsatz in der Pflege sind hier fehl angebracht. Dies ist nur dann zu akzeptieren, wenn die entsprechenden vorliegenden oder neuen Ausbildungsgänge absolviert wurden. Auch der Ersatz von Mitarbeitern der Pflege bei der ambulanten Versorgung durch medizintechnische Assistenten kann aus Sicht des Vorstandes der DGVP nicht geduldet werden.

Eine Minimierung der Qualifikationen der Mitarbeiter der Berufsgruppe muss verhindert werden. Die Überlegungen manche Ökonomen und anderer Berufsgruppen durch Reduzierung der Qualifikationen der Pflege auch Finanzmittel einsparen zu können, also Kostensenkungen zu ermöglichen, ist nach Überzeugung des Vorstandes der DGVP völlig falsch.

Wünschenswert ist es, wenn die Berufsgruppen sich zu einer interaktiven und intersektoralen Zusammenarbeit entschließen würden, da dies die vielfältigen Kompetenzen miteinander vernetzen würde und dadurch die Effizienz und Effektivität der Versorgung und des Systems insgesamt und intensiv gesteigert werden könnte.

Deshalb fordert der Vorstand der DGVP die Pflicht zur Zusammenarbeit, verbunden mit Anreizsystemen in der Vergütung und Förderung und bezogen auf jeweils eine regionale Ebene. Wir fordern dazu eine zweckmäßige Delegation von Aufgaben und die Übernahme von Verantwortung zur Verbesserung der Effektivität des bestehenden Systems der Versorgung und somit automatisch zur Zukunftssicherung von allen Berufsgruppen.

Den Ausführungen des Gutachtens zu den Maßnahmen der modifizierten Ausbildung von Berufsgruppen für die Versorgung stimmt der Vorstand uneingeschränkt zu. Entscheidend für alle Berufsgruppen muss die Verbesserung des Betriebsklimas, der Partizipations- und Mitsprachemöglichkeiten sowie die Verbesserung von Vergütung und Lebensqualität sein.

Die Ausgangssituation ist nach dem Wissen des Vorstandes der DGVP schwierig: Einhergehend mit der demografischen Entwicklung steigt der Finanzbedarf des Systems erheblich. Gleichzeitig sinkt die Anzahl von Beitragszahlern, es gibt immer mehr Chroniker und multimorbide Patienten, aber auch erfreuliche Innovationen in der Technologie.

Die bestehenden Trennungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung muss genauso aufgehoben werden, wie die Trennung von medizinischer und Versorgung durch die Krankenkassen und pflegerischer Versorgung durch die Pflegekassen.

Die sektoralen Strukturen müssen aufgehoben und zusammengeführt werden. Nur so kann auch in unterversorgten Regionen wieder Versorgungssicherheit hergestellt werden. Insgesamt geht es nach Überzeugung des Vorstandes der DGVP also nicht um Wettbewerb im Gesundheitswesen sondern um effektiv wirksame Strukturreformen und auch nicht um politische Ablenkungsmanöver mit dem Ruf nach mehr Markt.

Bezugnehmend auf frühere Gutachten des Sachverständigenrat aus den Jahren 200/2011 und 2003 und den Aussagen im Sondergutachten 2012 zur Verbesserung der Patienten- und Nutzerorientierung widmet sich der Sachverständigenrat der Stärkung der Nutzerkompetenz. Die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten DGVP e.V. bemüht sich seit dem Jahr 1989 ehrenamtlich um diese Aufgabenstellung. Aufgrund dessen fällt der Kommentar zu diesem Themenkomplex ausführlicher aus.

Der Vorstand der DGVP stellt fest, dass die ökonomischen Anforderungen an die Versorgung eine Orientierung auf den Bürger eher negativ beeinflusst. Wir gehen sogar noch einen Schritt weiter: „Der Bürger wird derzeit fast ausschließlich als Kostenfaktor beurteilt.

Im Gutachten des Sachverständigenrats im Jahr 2001 wurden Forderungen zu einer Intensivierung der Prävention aufgestellt. Dies wäre ein wichtiger Teil der notwendigen Nutzerorientierung gewesen. Die Maßnahmen zur Prävention wurden erneut vernachlässigt. Für die Behandlung von Krankheit durch präventive Maßnahmen scheint es kein nachhaltiges Interesse der Selbstverwaltung, der Krankenkassen oder der Politik zu geben. Dies bedauert der Vorstand und fordert ein radikales Umdenken und eine entsprechende Prioritätensetzung.

Aufgrund der Erfahrungen des Vorstandes der DGVP hinsichtlich des Verhaltens und der Urteilsfähigkeit der Bürger zum Gesundheitswesen stellen wir fest, dass der Bürger als Nutzer aufgrund seiner Kompetenzen im Jahr 2012 in der Regel nur die Faktoren: „Lecker, warm, sauber, freundlich, gut organisiert, usw. beurteilen kann. Bezogen auf die Diagnostik, die Therapie, die Pflege, sowie zur Struktur der Versorgung ist nur eine geringe Kompetenz vorhanden. Das Urteilsvermögen ist dementsprechend stärker eingeschränkt.

Der Nutzer ist abhängig von Informationen. Diese Informationen können von ihm inhaltlich wegen seines Wissensdefizits nicht inhaltlich geprüft werden. Informationen werden allerdings von den Gruppierungen der Krankenkassen, der Politik und aller Berufsgruppen und Institutionen auch zum Scheinmarketing benutzt und führen beim Nutzer eher zu einer Verunsicherung, aber nicht zu einer Informationskompetenz.

Der Vorstand der DGVP fordert, dass es für den Bürger geprüfte und zuverlässige Informationen zu den Strukturen des Systems und den Möglichkeiten und Notwendigkeiten der Diagnostik, Therapie und Pflege geben muss und zwar um Vertrauen und somit Effektivität in der Versorgung zu etablieren.

Dabei muss das Ziel sein, unter der Berücksichtigung aller Faktoren der Versorgung die individuellen Aufgabenstellungen der Versorgung so darzulegen, dass der Nutzer diese verstehen kann. Nur dann werden wir einen mündigen Bürger als Nutzer des Gesundheitswesens haben, auch wenn dies oftmals auch unbequem sein kann.

Seit dem Jahr 2002 gibt es anhaltende Bemühungen zur besseren Berücksichtigung der Rechte der Bürger in der Versorgung im Gesundheitswesen. Leider erfolgt die Umsetzung nur halbherzig.

Das Gutachten verweist hier auf das Pflegeweiterentwicklungsgesetz des Jahres 2008, auf das Dokument aus dem Jahr 2002 zu den Patientenrechten, die Charta der Rechte der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen aus dem Jahr 2005, das 2012 verabschiedete Gesetz zur Regelung der Patientenrechte, die Einführung eines Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten, die Installation der „Unabhängigen“ Patientenberatung (mit finanzieller Abhängigkeit von den gesetzlichen Krankenkassen), der Mitwirkung von durch die Selbstverwaltung und Politik zugelassenen Patientenvertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss ohne Stimmrecht aber mit Anhörungsberechtigung.

Somit muss der unbedarfte Bundesbürger davon ausgehen, dass seine Interessen voll zu Geltung gebracht werden.

Durch ihre Arbeit in den letzten 2 Jahrzehnten weiß die DGVP, dass die Bürger als Beitragszahler sehr willkommen sind – auch bei Zuzahlungen wie der Praxisgebühr oder bei Selbsthalten. Unsere Erfahrung zeigt aber auch, dass die Leistungen der Krankenkassen in den letzten Jahren gekürzt wurden und bei Antragstellungen zu verordneten Leistungen die Bearbeitung verzögert erfolgt. All das dient auch dazu, unpopuläre Wettbewerbsaspekte wie die Erhebung von Zusatzbeiträgen zu vermeiden.

Die DGVP e.V. wundert sich, warum Verbraucherverbände oder die Verbände der Selbsthilfeorganisationen dies nicht laut und deutlich kritisieren. Erst recht müsste dies über die so genannte unabhängige Patientenberatung –UPD- erfolgen. Die Vermutung liegt nahe, dass dies nicht so ist, weil diese Organisationen abhängig sind von Finanzmitteln der Ministerien oder der GKV. Auch die stärkende Einbindung in den Gremien dient mehr dem Profil der Vertreter dieser Organisationen als den Bürgerinteressen im Gesundheitswesen.

Der Bürger hat weder bei der Gestaltung der Versorgung noch der damit in Verbindung stehenden Strukturen ein nachhaltiges Mitspracherecht. Auch bei der Festlegung der individuellen Leistungen der Krankenkassen und aller Berufsgruppen und Institutionen ist der

Bürger trotz offizieller, aber eben halbherziger Einbindung der staatlich oder versicherungstechnisch abhängigen Versicherten- und Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss, außen vor. Die Leistungen werden von Interessenvertretern der Selbstverwaltung, unter Federführung der gesetzlichen Krankenkassen, der Politik und der Ökonomie bestimmt. Die Bürger aber dürfen immer mehr zahlen und zwar auch dann wenn der Beitragssatz mit derzeit 15,5 % festgeschrieben ist. Die sich ausweitende finanzielle Belastung kommt von der von den Kassen initiierten Leistungskürzung oder Leistungsverzögerung und der Zuzahlungen zu Medikamenten und Heil- und Hilfsmitteln. Diese Beurteilung basiert auf den täglichen Erfahrungen der Vereinsarbeit der DGVP.

Hinsichtlich der im Gutachten genannten Erkenntnisse der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland e.V. und der Pflegestützpunkte muss auf die Gefahr der einseitigen Einflussnahme dieser Erkenntnisse durch die Kostenträger hingewiesen werden. Die Unabhängigkeit der UPD wird vom Vorstand der DGVP bezweifelt und zwar wegen der finanziellen Zuwendungen durch die gesetzlichen Krankenkassen.

Der Vorstand der DGVP fordert in diesem Zusammenhang die unabhängige Finanzierung der Patientenberatung und die Auflösung der Pflegestützpunkte. Ferner fordern wir die Loslösung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen von den Krankenkassen. Die dann unter dem Begriff „Medizinischer Dienst“ agierende Organisation wird als Interessenvertreter der Zahler, Bürger, Versicherten, Patienten, Pflegebedürftigen ausgebaut. Zu diesem Zweck werden bei den Kommunalwahlen je 5.000 Einwohner ein „überparteilicher Gesundheitscoach“ gewählt.

Die Finanzierung dieser ca. 40.000 Personen mit einem Gesamtaufwand von ca. 8 Milliarden Euro pro Jahr erfolgt über Sonderabgaben für besonders gesundheits-schädliche Produkte. Somit wird eine unabhängige fachlich solide Beratung für die gesamte Bevölkerung zu allen Fragen der Versorgung im Gesundheits- und auch in Teilen des Sozialwesens gebildet. Die gewählten Gesundheitscoaches unterliegen einer patientenorientierten Satzung und nicht den Weisungen der Selbstverwaltung oder der Krankenkassen und den politischen Mandatsträgern. Dies wird die notwendige Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Bevölkerung sichern, aber auch die stärkere Mitwirkung und Einbindung der gesamten Bevölkerung würde realisiert.

Eine weitere Aufgabe des MD ist die Einbindung in alle Gestaltungen der regionalen und überregionalen Regelungen der Strukturen der Versorgung und zwar als gleich- berechtigter Partner der Gruppierungen der Selbstverwaltung und als Kontrollorgan der gesetzlichen und privaten Krankenkassen. Dazu gehört auch die Festlegung des Leistungsvolumens der Krankenkassen für die unterschiedlichen Krankheiten und zwar auf der Grundlage der Kenntnisse der Diagnose, Therapie, Pflege, Rehabilitation der vorhandenen kompetenten Berufsgruppen und Institutionen ohne den restriktiven Einfluss der gesetzlichen Krankenkassen. Von den 40.000 gewählten Coaches sollten nach Meinung des Vorstandes der DGVP ca. 400 als stimmberechtigte Mitglieder in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses gewählt werden und aus diesem Personenkreis dann eine noch zu bestimmende Anzahl in die stimmberechtigte Mitarbeit im Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Dadurch wird die Beratung aller Bürger regional konzentriert. Die einseitig geprägten Informationen durch eine Vielzahl von diversen Interessenvertretern würden umgewandelt in eine unabhängige Kompetenzfabrik für alle Bürger zu Gunsten des Gesundheitssystems. Auch das Sondergutachten fordert die Sicherung der Unabhängigkeit und Neutralität der Beratung der Bürger, was der Vorstand der DGVP unterstützt.

Die Ausrichtung auf die Anforderungen der Bürger unter Beeinflussung des unabhängigen MD wird eine Wertschöpfung von 20 % des derzeit eingesetzten Finanzvolumens von 180 Milliarden ermöglichen, also eine Freisetzung von Finanzmitteln von ca. 36 Milliarden Euro zur Verbesserung der Effizienz und der Effektivität des Gesundheitswesens und somit zur Zukunftssicherung der Versorgung unter Berücksichtigung der Aspekte der demografischen Entwicklung.

Nach Auffassung des Vorstandes der DGVP könnten dann die Sozialwahlen abgeschafft werden und zwar auch aus dem Hintergrund, weil sich die Arbeitgeber seit 2 Jahrzehnten immer stärker aus der Verantwortung für ein zukunftssicheres Gesundheitswesen verabschiedet haben. Die Sozialwahlen werden nicht nur vom Vorstand der DGVP sondern auch von vielen anderen Personen und Institutionen als eine Farce beurteilt und ohne Nutzen. Der Vorstand der DGVP empfiehlt deshalb die Delegation von gewählten Vertretern des MD in das Bundesversicherungsamt und zwar mit dem Ziel der Wahrnehmung der Interessen der Versicherten.

**Stellungnahme des Vorstandes der DGVP zu Teil II des Gutachtens:
„Zu grundlegende Problem- und Lösungsansätze an der Schnittstelle zwischen
ambulantem und stationärem Sektor“**

„Die zahlreichen Schnittstellen im deutschen Gesundheitswesen bergen ein großes Risikopotenzial für Ineffizienzen und Wohlfahrtsverluste.“ Dieser Aussage kann sich der Vorstand der DGVP uneingeschränkt anschließen und geht sogar noch weiter: die Schnittstellenbrüche in der Versorgung der Bürger vernichten die Grundlagen des deutschen Gesundheitswesens. Die steigenden Kosten mit stetig steigender Rationierung in Versorgung und Vergütung gefährden die Zukunft des gesamten Gesundheitswesens.

Zur Zukunftssicherung ist nach Überzeugung des Vorstandes kein weiterer Ausbau des Wettbewerbs notwendig, sondern der Umbau in funktionierende Strukturen der Versorgung. So haben sich Selektivverträge als unzureichend erwiesen um die Forderung nach vernetzter Zusammenarbeit aller Berufsgruppen und Institutionen zu erreichen.

Das Sondergutachten verweist auf das GKV-VStG aus dem Jahr 2011 und das darin festgeschriebene Recht der Patienten auf ein Versorgungsmanagement (siehe Seite 57). Die Umsetzung dieses Gesetzes erfolgte jedoch nur zögerlich und mit unzureichender Koordination und Kommunikation der Berufsgruppen und Institutionen auf regionale Ebene. Der ständig geforderte Wettbewerb zwischen den Berufsgruppen und Institutionen ist einer der Gründe für die zögerliche Umsetzung. Der Wunsch der Besitzstandswahrung kommt als weiteres Hemmnis hinzu. Das Recht der Bürger auf eine wohnortnahe und qualitativ gute Versorgung wird dabei mit Füßen getreten.

Der Vorstand der DGVP fordert im Gegensatz zu den Ausführungen des Gutachtens eine kontinuierliche Versorgung des Patienten nicht nur durch Mediziner, sondern durch alle Berufsgruppen des Gesundheitswesens. Nur durch Vernetzung und Zusammenarbeit kann der Patient optimal versorgt werden.

Die Forderungen des Gutachtens zur Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologie zur Überwindung der Schnittstellenproblematik (siehe Seite 63/64) sind nach Beurteilung des Vorstandes der DGVP nicht weitreichend genug. Zur effektiven Versorgung

müssen Kommunikation und Koordination durch Informationstechnologien gestützt und erleichtert werden.

Der Vorschlag im Gutachten den gemeinsamen Bundesausschuss als Richtlinien-geber für Schnittstellenöffnungen einzusetzen (siehe Punkt 64/77) hält der Vorstand der DGVP für kontraproduktiv. Vielmehr bedarf es zur Realisierung verpflichtender Zusammenarbeit aller Berufsgruppen und Institutionen Anreizsysteme auf regionaler und überregionaler Ebene. Lediglich die Rahmenbedingungen für die verpflichtende Zusammenarbeit sollten durch die Politik geregelt werden.

Zur Gewährleistung einer sektorenübergreifenden Versorgung sieht das Gutachten für unerlässlich an, dass der behandelnde Arzt einen vollständigen Überblick über die Arzneimittelhistorie des jeweiligen Patienten hat (siehe Seite 59). Dem stimmt der Vorstand der DGVP zu und fordert einen Gesundheitspass, der in Form einer elektronischen Gesundheitskarte von jedem Bürger zeit seines Lebens genutzt wird.

Finanziert wird der Gesundheitspass vom Bürger, analog zum Personalausweis muss eine Ausweispflicht gelten. Die Institutionen und Berufsgruppen der Versorgung müssen dieses Instrument konsequent einfordern und für den Patienten führen.

Als Anreiz zur konsequenten Pflege des Gesundheitspasses könnten auch Abschläge auf die Prämien zur Kranken- und Pflegeversicherung gewährt werden. Wichtig ist dabei, dass alle Basisinformationen in einem Chip auf der Karte gespeichert sind und eingelesen werden können. Ein Download der Daten darf jedoch nicht möglich sein, um den Datenschutz bei der gleichzeitigen effektiven Versorgung sicherzustellen. Die an anderer Stelle des Gutachtens geforderte Pseudonymisierung (siehe Seite 67) kann ebenfalls geleistet werden: neutral hinterlegt in einer Datenbank und mit Bezug auf die Nummer des Gesundheitspasses.

Bei jeder Art des Technikeinsatzes ist jedoch zu beachten, dass es keine Schnittstellenbrüche geben darf. Isolierte Systeme haben nur begrenzten Wert. Auch wenn es derzeit noch Bestrebungen gibt, den Gesundheitslebenslauf der Bürger nicht transparent und vollständig zu dokumentieren, muss vom Vorstand der DGVP klar gesagt werden: fehlende oder unvollständige Daten bergen Gefahr für eine effektive Versorgung. Ohne Daten ist die Versorgung ein Dilemma und dies wird tagtäglich in Deutschland im Gesundheitswesen bewiesen, obwohl riesige Datenberge in den Sektoren vorhanden sind.

Der Vorstand der DGVP hält den Gesundheitspass für technologisch umsetzbar und zwar unter Wahrung der Telekommunikationsgeheimnisse und der allgemeinen Persönlichkeitsrechte.

Die Realisierung des Schnittstellen-, des Einweiser- und Entlass Managements müssen nach Ausführung des Gutachtens multi- und interdisziplinär durchgeführt werden (siehe Seite 60). Leider wird dabei nur auf die Ärzte, die Sozialarbeiter/ Sozialdienst, die Pflege hingewiesen. Diese Aufzählung der Akteure muss in anderer Reihenfolge geschehen und um die wichtige Gruppe der Therapeuten, der Mitarbeiter der Verwaltungen in allen Bereichen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ergänzt werden.

Das Gutachten verweist auf den Begriff „Transitional Care“ als Modell für die Übergangsvorsorgung und führt exemplarisch Modelle des Schnittstellen – und Entlass Managements an (siehe Seite 60/61). Der Vorstand der DGVP ist der Überzeugung dass es keiner neuen Begriffsdefinitionen bedarf. Wir fordern ein funktionierendes Schnittstellenmanagement. Die effektive Koordination und Kommunikation muss von allen Beteiligten der Versorgung verpflichtend realisiert werden, zwischen allen Berufsgruppen und Institutionen und für alle Patienten und Pflegebedürftigen.

Dazu bedarf es nach Überzeugung des Vorstandes der DGVP eines professionellen und strukturiertem Schnittstellenmanagements, nicht wie im Gutachten formuliert eines professionellen und strukturierten Entlass Managements. Es besteht zwar zunächst der Bedarf an mehr Mitarbeitern für die Realisierung dieser Maßnahmen.

Dadurch steigen auch die Kosten. Erst nach der Entwicklung der schnittstellenübergreifenden Prozess- abläufe können die in allen Bereichen der Versorgung vorhandenen Entwicklungs- und Verbesserungspotenziale frei gesetzt werden. Dazu reicht das Entlass Management nicht aus, sondern muss alle ambulanten und stationären Einrichtungen und tätigen Berufsgruppen erfassen.

Um die laut Gutachten ineffiziente Ressourcennutzung auszuschalten bedarf es nach sachlich fundierter Meinung des Vorstandes der DGVP keiner aufwändigen Versorgungsforschung (siehe Seite 62). Durch eine freiwillige Verpflichtung aller Berufsgruppen und Institutionen zu einer vernetzten Versorgung würde die Effektivität in kürzester Zeit erheblich verbessert.

Zur Sicherung einer sektorenübergreifenden Versorgungskontinuität gibt das Gutachten einige Empfehlungen (siehe Seite 62ff). Im Folgenden werden einige dieser Empfehlungen vom Vorstand der DGVP kommentiert:

Die Harmonisierung sozialrechtlicher Regelungen könnte kurzfristig in der Zusammenlegung der Kranken- und Pflegeversicherung geschehen und somit die Effektivität der Versorgung für die Patienten bzw. Pflegebedürftigen erreichen.

Die bestehenden Spannungen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung sowie zwischen ambulanter und stationärer Versorgung würden dadurch reduziert und personelle und finanzielle Ressourcen effektiver zum Einsatz gebracht.

Eine nationale Richtlinie zur Ausgestaltung des interdisziplinären Schnittstellenmanagements hemmt nach Überzeugung des Vorstandes wie alle zentralistischen Steuerungselemente die Kreativität und bremst die optimierte Versorgung aus. Vielmehr besteht die Notwendigkeit das Schnittstellenmanagement auf regionaler Ebene angepasst an die realen Bedürfnisse auszurichten.

Aus unserer Sicht müssen Kooperationen zwischen den beteiligten Gesundheitsprofessionen ergänzt werden durch Kooperationen zwischen allen Institutionen in einer Region. Dazu gehören Politik, Industrie, Handel, aber auch Kirchen, Wohlfahrtsverbände usw. Nur so werden effektive Schnittstellen zur optimierten Koordination und Kommunikation für die Zukunftssicherung der Strukturen der Versorgung geschaffen.

Die Forderung im Gutachten nach effektiver Nutzung der Informationstechnologie lässt die kompakte Bündelung der Daten und Fakten zu dem jeweiligen Bürger vermissen. Der Vorstand der DGVP fordert deshalb dass die Daten dort zur Verfügung stehen müssen, wo sich der Bürger behandeln lässt. Nur dann werden die Risiken minimiert, die Qualität verbessert und die Kosten reduziert. Dazu müssen alle relevanten Daten zum Patienten durch einen elektronischen Gesundheitspass zur Verfügung gestellt werden. Die notwendigen Rahmenbedingungen können nicht über den gemeinsamen Bundesausschuss sektorenübergreifend umgesetzt werden. Hierzu fehlen die Zeit und das Geld.

Die vom Gutachten geforderte verlässliche Kosten – Nutzen – Bewertung bei der Förderung des sektorenübergreifenden Informationsaustauschs soll durch die Versorgungsforschung erbracht werden (siehe Seite 64). Der Vorstand der DGVP fordert in diesem Zusammenhang die Umsetzung der vorliegenden Fakten zur optimierten Nutzung der Daten und die konkrete Umsetzung der Datenerfassung in den Gesundheitspass.

Alle im Gutachten aufgestellten Forderungen nach mehr Studien, Pilotprojekten usw. führen erneut zur Verzögerung in der unabdingbar notwendigen Nutzung der persönlichen Gesundheitsdaten der Bürger.

5 Sektorenübergreifender und populationsorientierter Qualitätswettbewerb

Das Gutachten führt aus, dass der Wettbewerb an der Schnittstelle nicht nur vom Preis, sondern auch von der Qualität der Versorgung bestimmt wird (siehe Seite 65). Der Vorstand der DGVP spitzt dies noch zu: die Effektivität der Versorgung muss vergütet werden und der Preis muss hinten anstehen.

Entsprechend dem Inhalt des Gutachtens wird die Qualität der gesundheitlichen Versorgung in drei Teilbereiche gegliedert (siehe Seite 65):

- Technische Qualität
- Qualität der persönlichen Beziehung
- Umgebungsqualität.

Unerwähnt bleibt dabei die Tatsache, dass aktuell die technische Qualität im Vordergrund der Versorgung und Vergütung steht.

Dagegen ist die Qualität der persönlichen Beziehungen in der Regel zu schwach bewertet und unzureichend vergütet. Dies belastet nachhaltig das System der Versorgung durch die mangelhafte Patientencompliance.

Der Hinweis im Gutachten auf die Internetportale zu Qualitätsmerkmalen und den Pflegenoten wird vom Vorstand der DGVP sehr kritisch beurteilt. Im Rahmen der Qualitätsmessung verweist das Sondergutachten auf eine externe Qualitätssicherung. Viele der verwendeten Qualitätsindikatoren im stationären Sektor sind über das Internet zugänglich (siehe Seite 65). Nach Beurteilung des Vorstandes der DGVP sind diese Informationen für den Bürger nur von beschränktem Nutzen. Das notwendige Verständnis zu den Kennziffern fehlt beim überwiegenden Teil der Bevölkerung. Die selektive Auswahl der Kennziffern erscheint dem Vorstand undurchsichtig und damit schwer verständlich. Gleichzeitig ist der Bürger auch überfrachtet von schön gefärbten Aussagen im Allgemeinen.

Der Vorstand der DGVP fordert eine individualisierte Medizin, Therapie und Pflege für den gesamten Prozess der Versorgung eines Bürgers. Dies kann in jeder ambulanten oder stationären Einrichtung erfolgen und muss sich nicht konzentrieren auf Menge und Fallzahlen oder Größe der Einrichtung, geschweige denn dem Träger also Besitzer einer Institution. Wichtig und unabdingbar ist die durchgängige Koordination und Kommunikation zwischen den Berufsgruppen und Institutionen um eine bestmögliche Effektivität zu erreichen. Die Bürger sollten dabei von den Gruppierungen der Versorgung nicht als Konsumenten eingestuft werden.

Die Ausführungen des Gutachtens definiert sektorenübergreifende Verfahren als solche, bei denen zwei Sektoren an der Behandlung des gleichen Patienten beteiligt sind (siehe Seite 69). Dies ist nach Überzeugung des Vorstandes der DGVP unzureichend. Alle mit der Versorgung beauftragten oder beteiligten Berufsgruppen und Institutionen müssen in den sektorenübergreifenden Verfahren eingebunden werden.

Die selektiven Qualitätsmessungen des AQUA Instituts sind nach unserem Wissen unzureichend, da in der Regel fokussiert auf die Qualität einer Einrichtung.

Uns sind keine Ansätze des Instituts zu einer qualitativen Bewertung von sektorenübergreifenden Verfahren bekannt und sollten solche Verfahren auch von mehreren Anbietern zum

Qualitätsmanagement entwickelt und angeboten werden. Einseitige Ausrichtungen sind gefährlich für eine transparente Messung der Qualität der Versorgung.

Nach Aussagen des Gutachtens bieten Krankenhäuser und Facharztpraxen im spezialärztlichen Bereich gleiche Leistungen an (siehe Seite 69/70). In der Beurteilung des Vorstandes der DGVP gibt es in diesem spezialfachärztlichen Bereich aber keinen fairen Wettbewerb um sektorengleiche Leistungen. Die stationären Einrichtungen werden mit Steuermitteln für die Investitionen unterstützt. Ferner werden diese Einrichtungen durch die regionalen politischen Mandatsträger stärker unterstützt als die Fachärzte. Die Bemühungen einiger Gesundheitsminister sind zur Umsetzung der Maßnahme „ambulant vor stationär“ in den letzten Legislaturperioden an diesem Tatbestand gescheitert und werden auch in der Zukunft scheitern, wenn nicht die Rahmenbedingungen zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zügig modifiziert werden.

Die Forderung des Gutachtens die Gesamtanzahl der Todesfälle und Krankenhaus-einweisungen durch gute Behandlung zu verringern (siehe Seite 71ff) ist zwar von der Zielvorgabe korrekt, scheitert aber an den im Wettbewerb befindlichen Berufsgruppen und Institutionen der ambulanten und stationären Versorgung. Hinzu kommen die unterschiedlichen Vergütungssysteme für die stationäre und ambulante Versorgung. Nur durch Prozessoptimierung in allen Bereichen und durch die Beseitigung der Schnittstellenbrüche kann die Behandlung in den ambulanten und stationären Sektoren optimiert und effektiv werden. Dies würde gleichzeitig die Anzahl der Behandlungsfehler minimieren.

Die Forderung des Gutachtens nach Primärprävention (siehe Seite 71) wird vom Vorstand der DGVP voll unterstützt. Bezogen auf die notwendigen Gesundheitsreformen steht nach unserer Überzeugung die Prävention zur Vermeidung von Krankheiten an erster Stelle. Dies kann zur Absenkung der Sterblichkeitsraten beitragen, aber unserer Meinung nach werden durch die Prävention auch die Kosten in der Versorgung gesenkt. Hinzu kommen durch eine konsequente Umsetzung auch weniger Ausfalltage der Arbeitnehmer durch Krankheit und damit weniger Arbeitsausfall, was die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands dann positiv beeinflussen würde.

Des Weiteren fordert das Gutachten die Realisierung von praxisübergreifenden Qualitätszirkeln (siehe Seite 72/73). Dies kann nach Meinung des Vorstandes der DGVP nur ein Teil vom Ganzen sein. Eine durchgängige sektorenübergreifende Versorgung unter individueller Beteiligung der vorhandenen ambulanten und stationären Berufsgruppen und Einrichtungen muss die Basis der zukünftigen Struktur sein. Dabei geht es in der Hauptsache nicht um die geeigneten Messwerte der Ergebnisqualität, sondern um die Bewertung des gesamten sektorenübergreifenden Prozesses der Versorgung des einzelnen Bürgers.

Die Koordination der Versorgung darf nicht aus der Sicht einer Einrichtung erfolgen, sondern muss immer aus der Patientenperspektive betrachtet und gemessen werden (siehe Seite 73). Dieser Aussage des Sachverständigenrats schließt sich der Vorstand der DGVP an und fordert dies seit mehr als zwei Jahrzehnten. Genauso lange scheitern wir mit unserer Forderung an den Widerständen der Gruppierungen im Gesundheitssystem. Zusätzlich müssen wir verstärkt eine Gegenströmung feststellen. Der Bürger wird immer mehr nur als Kostenfaktor gesehen, seine Perspektive wird dem Diktat der jeweiligen Berufsgruppe oder Einrichtung geopfert.

Wir müssen als Interessenvertreter der Bürger jedoch darauf hinweisen, dass dies nicht am Versagen der Berufsgruppen liegt, sondern an dem seit Jahren anhaltenden willkürlichen

Kosten- und Vergütungsdruck durch die gesetzlichen Krankenkassen mit Duldung und Unterstützung der politischen Mandatsträger und dem willkürlich durch die Ökonomie geschürten Wettbewerb.

Um die ambulante Versorgung in den Vordergrund zu stellen, bedarf es modifizierter Öffnungszeiten der ambulanten Berufsgruppen und Institutionen, einer intensiven Vernetzung sowie optimierter Koordination und Kommunikation unter Nutzung der Informationstechnologie und der Telemedizin sowie des Monitorings. Nur so können Krankenhauseinweisungen reduziert und die ambulante Versorgung effektiver werden.

Das Gutachten verweist auf die Tatsache dass rund 5 % der Krankenhauseinweisungen verursacht wird durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen (siehe Seite 74). Dieser Prozentsatz dürfte nach Überzeugung des Vorstandes der DGVP noch höher liegen und zwar bedingt durch die Auswirkungen der Rabatt- und Selektivverträge und dadurch abnehmende medikamentöse Patientencompliance. Wir fordern eine durchgängige Vernetzung zwischen Apotheker, Mediziner, Therapeuten, Pflegemitarbeitern unter Nutzung der Informationstechnologie um die Fehlmedikation zu minimieren und damit auch die Krankenhauseinweisungen.

Im Gutachten wird ferner darauf hingewiesen, dass für einen sinnvoll funktionierenden Qualitätswettbewerb die Daten nicht nur nach Alter und Geschlecht, sondern auch nach sozialer Schicht (Einkommen, Bildung, Beruf) adjustiert werden müssen (siehe Seite 74). Diese Klassifizierung im so genannten Qualitätswettbewerb sieht der Vorstand der DGVP eher als Diskriminierung von Bevölkerungsschichten. Wünschenswert und sicherlich machbar ist nach unserer Überzeugung eine Dokumentation der gesamten Versorgung mit den unterschiedlichen prozessualen Aufwänden und somit eine Bestimmung des Gesamtaufwands der Versorgung für den jeweiligen Bürger. Daraus ergeben sich dann Steuerungsinstrumente für den gesamten Ablauf der Versorgung in den jeweiligen medizinisch-therapeutisch-pflegerischen prozessualen Abläufen.

Im Gutachten wird auf die sektorenübergreifende Qualitätsverantwortung hingewiesen (siehe Seite 74). Aus der Beurteilung des Vorstandes der DGVP ist es zusätzlich wichtig die sektorenübergreifende Prozessgestaltung bezogen auf die gesamten Behandlungskette effektiv zu gestalten. Diesbezüglich bedarf es keines Qualitätswettbewerbs, sondern eines Wettbewerbs der bestmöglichen Prozessgestaltung ohne Schnittstellenbrüche und mit dem Fokus die Anforderungen des Bürgers zu erfüllen. Die derzeit und seit Jahren eingesetzten Ansätze des Qualitätsmanagements sind genauso wie die Abwicklungen der Versorgung zu stark ausgeprägt auf die Dokumentation zur Rechtfertigung der erbrachten Leistung der Versorgung und der damit in Verbindung stehenden Abrechnung. Dies ist nach Überzeugung des Vorstandes der DGVP für die gesamte Prozessgestaltung destruktiv und bremst die Effektivität im gesamten Gesundheitswesen.

Der Hinweis des Gutachtens auf den Qualitätswettbewerb von Krankenkassen in Ballungsgebieten durch die Bildung entsprechender Netze vernachlässigt nach Meinung des Vorstandes den Aspekt, dass der dann geschürte Wettbewerb nach unserer Erfahrung eher auf den Preis als auf die Qualität der Versorgung setzt.

Dies ist kontraproduktiv. Weiteres Dumping in der Vergütung muss vermieden werden. Die Bildung von Landesgremien (siehe Seite 75), wie im GKV-Versorgungsstrukturgesetz vorgesehen, birgt nach Auffassung des Vorstandes die Gefahr von starker politischer und mangelhafter sachlicher Beeinflussung. Strukturelle praktische Anforderungen könnten dann wieder auf dem Altar politischer und anderer Interessengruppen geopfert werden. Somit gäbe es erneut nur wieder Gremien, aber keinen inhaltlichen Fortschritt in der Anpassung der Strukturen an die regionalen Bedürfnisse für die Versorgung der Bürger.

Als Fazit fordert das Gutachten eine stärkere Fokussierung auf patientenrelevante Ergebnisse (siehe Seite 75). Diese Aussage ist nach Beurteilung des Vorstandes der DGVP zu begrüßen. Wegen des politisch gewollten Kostendrucks verbunden mit einem verschärfenden Wettbewerb durch die Kostenträger wird dies aber momentan nicht realisiert. Es ist auch nicht abzusehen, wie dies ohne gravierende Änderungen im System erfolgen soll.

Dies gilt auch für die im Gutachten geforderte gezielte Innovation in den Versorgungsstrukturen (siehe Seite 75). Die stationären und ambulanten Berufsgruppen und Einrichtungen werden durch die Vergütungsformen sowie den bestehenden Investitionsstau an Innovation und Investition gehindert. Wettbewerb und Existenzsicherung stehen im Vordergrund – auch bei gezielten Innovationen in den Versorgungsstrukturen. Dies ist nach Überzeugung des Vorstandes der DGVP nicht positiv zu sehen.

Es gibt auch zu wenig oder keine Anreize für die Änderung von Versorgungsstrukturen durch die Kostenträger, etwa beim Nachweis einer vernetzten Versorgung der Bürger. Damit wird die Bildung von Versorgungsnetzen durch die Gesundheitsprofessionen be- und verhindert. Notwendig ist nach Überzeugung des Vorstandes der DGVP die Notwendigkeit der Ausrichtung auf regionale Versorgungsnetze unter Beteiligung aller Berufsgruppen und Institutionen. Dies muss dann in Verbindung mit einer darauf fokussierten Vergütung stehen und zwar unter Einbindung der Bürger.

Nach unserer Überzeugung ist beim Fokus auf populationsorientierte und sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren die Konzentration auf Prozessindikatoren zur effektiven Steuerung der Versorgung der Bürger ausreichend. Es geht nicht um Wettbewerb. Kooperation und Koordination zwischen den Akteuren (siehe Seite 76) kann umfassender erreicht werden. Kooperation sollte nicht nur in Arztnetzen, wie im Gutachten gefordert, sondern zwischen allen Berufsgruppen und Institutionen in einer Region bei allen Aufgaben der Versorgung angestrebt werden.

Zusätzlich brauchen wir auf der Grundlage der vorhandenen Eckdaten in den unterschiedlichen Regionen eine strukturelle Vernetzung aller Prozesse der Versorgung für alle Gruppierungen der Bevölkerung. Dazu braucht es keines Indexes Multipler Deprivation, der sozio-ökonomische Unterschiede abbildet (siehe Seite 77).

6 Wettbewerbsbedingungen an der Sektorengrenze zwischen ambulant und stationär

Der medizinisch-technische Fortschritt ermöglicht die Verlagerung ehemals stationär erbrachten Leistungen in die ambulante Versorgung (siehe Seite 79) Dazu wird jedoch nach Ansicht des Vorstandes der DGVP nicht das vom Gutachten geforderte integrierte Leistungsangebot benötigt, sondern die regionale Vernetzung aller Berufsgruppen und Institutionen der Versorgung für alle Bürger.

Der im Gutachten (siehe Seite 79/80) geforderte Wettbewerb zwischen niedergelassenem Facharzt und stationärer Einrichtung ist nach Ansicht des Vorstandes der DGVP unter den gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen nicht möglich. Dies schon alleine aus dem Hintergrund der öffentlichen direkten und indirekten Förderung der stationären Einrichtungen und der Notwendigkeit der privaten Finanzierung durch die niedergelassenen Ärzte. Der Vorstand der DGVP fordert deshalb die einheitliche Förderung von Investitionen für den niedergelassenen Facharzt und für die stationären Einrichtungen und zwar zum Nutzen der regionalen Versorgung. Dies würde erheblich dazu beitragen, dass das im Gutachten immer wieder erwähnte Effizienz- und Effektivitätspotenzial freigesetzt würde.

Die von ökonomischen, marktpolitischen geprägten Ausführungen des Gutachtens münden in der Forderung nach größeren Einheiten für die Versorgung. Diese kämen dann auch eher als Vertragspartner der Krankenkassen infrage. Der Vorstand der DGVP weiß, dass die betriebswirtschaftliche Forschung festgestellt hat, dass größere Einheiten einen vielfach höheren administrativen Aufwand verursachen und dazu auch noch unflexibel sind. Bezogen auf die regionalen Strukturen der Versorgung für die Bürger sieht der Vorstand der DGVP die Gefahr von regionalen Monopolen mit Preisdumping, Leistungskürzungen, Eingrenzungen der freien Wahl für die Bürger und ist dies eine verfehlt Zielorientierung.

Anders als im Gutachten als Vorteil genannt (siehe Seite 81), lässt sich bei größerer Patientenzahl der Arbeitsprozess keineswegs effizienter in einzelne Teilaktivitäten aufspalten. Nach Auffassung des Vorstandes der DGVP wird diese Ansicht tagtäglich widerlegt und zwar bezogen auf die Funktionen und Abläufe in Universitätskliniken und den großen Einheiten der kommunalen, freigemeinnützigen und auch einem Teil der privaten Krankenhäuser und deren Anhängsel der ambulanten Versorgung. Den Beweis für diese Aussage können wir jederzeit durch praktische Testversuche belegen.

Die im Gutachten genannten Maßnahmen führen nach Überzeugung des Vorstandes der DGVP nicht zur Verbesserung der Patientensituation oder zur Gesundung des Gesundheitssystems. Die Auswirkungen der Inhalte des Gutachtens wären vielmehr eine noch stärkere Einwirkung der gesetzlichen Krankenkassen auf den Preis der individuellen Versorgung der Bürger. Fortschreitende Rationierung wäre die Konsequenz aus den Inhalten des Gutachtens. Dies gilt es nach Auffassung des Vorstandes der DGVP zu verhindern und zwar mittels interaktiver Prozessgestaltung von kleinen und großen Gruppierungen der Berufsgruppen und Institutionen der Versorgung auf regionaler und überregionaler Ebene mit einer bestmöglichen Dokumentation der Ergebnisse für die kontinuierliche Verbesserung der Effizienz und Effektivität.

Daraus lassen sich dann automatisch konstruktive Entwicklungen gestalten und zwar durch den Nutzen eines funktionierenden und nicht willkürlichen Wettbewerbs und der Verhinderung eines fortschreitenden reinen Preiswettbewerbs.

Nach den Erhebungen des Sachverständigenrats gehen 80 % der Krankenhausverantwortlichen davon aus, dass das Potenzial ambulanter Leistungserbringung am Krankenhaus zukünftig weiter zunehmen wird (siehe Seite 88). Die in dieser Aussage basierende Gefahr der Zerschlagung von freiberuflicher Tätigkeit der niedergelassenen Ärzte wird im Gutachten nicht erwähnt.

Der Vorstand der DGVP weiß und wurde dies seit Anfang der 70er Jahre von den Ökonomen behauptet, dass eine stationäre Versorgung immer kostenaufwendiger ist. Warum sollte dann eine ambulante Versorgung in stationären Einrichtungen denn preisgünstiger sein als die Versorgung mit freiberuflich tätigen Ärzten? Hierzu nimmt das Gutachten keinerlei Stellung, deshalb vermutet der Vorstand der DGVP dass die Aussagen des Gutachtens in diesem Punkt einen politischen aber keinen sachlichen Hintergrund haben.

Nach Ansicht des Sachverständigenrats könnten die Krankenkassen durch Ausschreibungen für Arzneimittel und Medizinprodukte für alle ambulanten und stationären Einrichtungen zu einheitlichen Preisen für beide Segmente der Versorgung beitragen (siehe Seite 89). Diese Aussage kann der Vorstand der DGVP nicht mittragen.

Durch die bestehenden Rabattverträge und vertraglichen Regelungen durch Ausschreibungen gibt es bereits jetzt Engpässe der Versorgung mit Medikamenten, Impfstoffen, Hilfsmitteln. Der günstigste Preis nützt nichts, wenn dadurch die Versorgung im Allgemeinen oder im Einzelnen gefährdet wird. Somit zerschlagen der Wettbewerb und die Ökonomie bereits jetzt die

notwendige Versorgung. Selektivvertragliche Möglichkeiten, wie diese vom Gutachten gefordert werden, gilt es nach Ansicht des Vorstandes der DGVP nicht zu stärken. Diese Verträge dienen oft nur als Druckmittel zur Kostensenkung. Die Qualität der Versorgung verschlechtert sich dadurch oder wird sogar gefährdet. Dagegen sollten kollektive Verträge auf der Grundlage der vernetzten Versorgung der Bürger realisiert werden und zwar mit dem Ziel die Effizienz und Effektivität der Versorgung zu verbessern.

Auch die Vorgabe des Gutachtens zu einer Mindestversorgungsdichte (siehe Seite 91) ist keine Lösung. Nach Überzeugung des Vorstandes der DGVP muss der Versorgungsbedarf stationär und ambulant in der Vernetzung der vorhandenen Berufsgruppen und Institutionen regional bestimmt werden.

Grundlage hierfür müssen die statistischen Daten zu der Bevölkerungsstruktur einer Region, die vorhandenen Ressourcen des stationären und ambulanten Bereichs und die Ausrichtung auf den Bedarf der Bürger sein. Die bisherige Ausrichtung alleine auf die Erfüllung der Anforderungen der Berufsgruppen und Institutionen führte und führt letztendlich in die Fehl-, Über- und Unterversorgung.

Der Vorstand der DGVP fordert, dass die Organisation der stationären und ambulanten Versorgung nicht durch die gesetzlichen Krankenkassen bestimmt werden darf. Diese Aufgabe muss durch Interaktion und Vernetzung der Berufsgruppen und Institutionen mit Beteiligung der Interessenvertreter der Bürger erfolgen. Die Krankenkassen tendieren dazu das Versorgungsangebot auszudünnen und zwar mit dem Ziel der Kostensenkung zu Lasten der Qualität der Versorgung.

Auch Versorgungsverantwortung muss auf die regionale Ebene übertragen werden. Die Politik sollte sich auf die Darlegung der Rahmenbedingungen konzentrieren, nicht jedoch in die Organisation der Versorgungsstrukturen. Notwendig ist nach Überzeugung des Vorstandes der DGVP auch die Realisierung einer optimierten, effektiven regionalen Versorgung unter Nutzung aller strukturellen Möglichkeiten. Dazu gehört u.a. die Gründung von Genossenschaften für die vernetzte Zusammenarbeit in einer Region. Es gilt jedoch zu vermeiden, dass durch die Einwirkungen der Krankenkassen die freiberufliche Tätigkeit von Medizinern, Therapeuten und Pflegekräften zerschlagen oder unmöglich gemacht wird. Wir brauchen keine zentralen Steuerungen der Politik, sondern eine innovative Gestaltung der Prozesse der Versorgung für die Bürger.

7 Effizienz und Effektivitätsverbesserung durch selektive Verträge

Mit dem Ziel der Wettbewerbsintensivierung wurden seit Ende der 90er Jahre Versorgungsformen aus dem amerikanischen Konzept Managed Care übernommen (siehe Seite 99).

Dazu gehören: hausarztzentrierte Versorgung, besondere ambulante ärztliche Versorgung, integrierte Versorgungsformen, strukturierte Behandlungsprogramme, Modellvorhaben usw.

Für den Vorstand der DGVP bleibt generell unbeantwortet, warum wir Versorgungsprogramme aus einem Land übernehmen müssen, bei dem das Gesundheitswesen hochpreisig sowie unsozial und als das teuerste der Welt gilt.

Der Hintergrund war ein angeblich ökonomischer. Dass die politischen Mandatsträger diese Ideen dann übernommen und gefördert haben, ist ein typisches Zeichen mangelhafter Kenntnisse oder schlechter einseitiger Beeinflussung und die daraus resultierende strukturelle Fehlentwicklung des deutschen Gesundheitswesens. Interessant dabei ist, dass auch das Sondergutachten 2012 kein Loblied auf die Managed Care Systeme abgibt. Der Vorstand der

DGVP fordert dagegen ein effektives Management der Versorgung mit der Berücksichtigung des Bedarfs für die Versorgung in der jeweiligen geografischen Region, aber ohne Beeinflussung der gesetzlichen Krankenkassen. Alle Modelle die dem Vorstand der DGVP vorliegen und die maßgeblich von den gesetzlichen Krankenkassen initiiert oder finanziert wurden zeigen eine einseitige Tendenz der Minimierung von Kosten zu Lasten der Bürger auf.

Es ist in diesem Zusammenhang für den Vorstand der DGVP interessant festzustellen, dass selbst im Gutachten, das klar für mehr Preisorientierung, mehr Wettbewerb, mehr selektive Vertragsformen wirbt, darauf hingewiesen wird, dass es keine validen Belege für die Effizienz von Disease Management Programmen (DMP) gibt (siehe Seite 101) Sie sollten nicht mehr als Sonderweg gefördert werden, führt das Gutachten dann aus.

Die Krankenkassen besitzen laut dem Gutachten dann die Möglichkeit, Mengenbegrenzungen oder entsprechende Vergütungsabschläge in Verträgen zu vereinbaren, um auf diese Weise die unerwünschten bzw. medizinisch nicht gerechtfertigten ambulanten und stationären Leistungsausweitungen vorzubeugen.

Dem widerspricht der Vorstand der DGVP mit Nachdruck. In den letzten Jahren haben ähnliche Maßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen zu Rationierungen in der Versorgung geführt, zum Abbau von Qualität für die Bürger sowie zu Kürzungen in der Vergütung für die Berufsgruppen und Institutionen. Der Vorstand der DGVP fordert, dass die Kostenträger nicht bestimmen dürfen wie versorgt wird, dies ist die Aufgabe der kompetenten und qualifizierten Fachleute in allen Berufsgruppen der Versorgung.

Der Sachverständigenrat schlug im Gutachten des Jahres 2007 vor, das DRG System partiell für den Preiswettbewerb zu öffnen. Da die Diagnosis Related Groups (DRGs) Festpreise darstellen, besäßen Krankenhäuser nicht die Möglichkeit, die Nachfrage über den Preis ihrer Leistungen zu beeinflussen (siehe Seite 102). Die Realität beweist jedoch anderes: Das DRG System als Abrechnungssystem für Leistungen der Versorgung in stationären Einrichtungen ist geprägt von Preis- und Kostendruck, der letztendlich auf dem Rücken der Mitarbeiter aller Berufsgruppen und der Patienten ausgetragen wird.

Mit Einführung des Systems kam es zu ausuferndem Aufwand, eine sehr große Anzahl von qualifizierten Mitarbeitern wurde für die Verwaltung und Kontrolle aus der Versorgung am Bürger abgezogen. Dies hat auch zu den Leistungsverdichtungen, Wartezeiten und finanziellen Engpässen bei den stationären Einrichtungen geführt.

Gleichzeitig werden die DRG – Abrechnungen der Krankenhäuser von den Kostenträgern verstärkt als Mittel der Ablehnung von Vergütungen genutzt und zwar mit der immer zuerst willkürlichen Begründung, die Abrechnung sei falsch oder unzureichend und müsse zunächst einmal kontrolliert werden. Die schwächt die Liquidität der stationären Einrichtungen und trägt nicht zur Effizienz und Effektivität bei.

Dementsprechend bedarf es nach Überzeugung des Vorstandes der DGVP keine weiteren selektiven Verträge mit speziellen Preis- und Qualitätsvereinbarungen geben, denn dies würde die schon bestehende Gefahr des Abbaus der wohnortnahen Versorgung nochmals forcieren. Der Vorstand der DGVP fordert die Abschaffung des teuren und kontraproduktiven DRG Systems.

Die Krankenkassen konzentrieren laut den Aussagen des Gutachtens und den Umfrageergebnissen ihre Anstrengungen auf eine Ausgabenbegrenzung und

Ausgabenkontrolle, d.h. die Priorität genießen hier die Prüfungen von Krankenhausrechnungen, die Gestaltung von Rabattverträgen mit Herstellern und Händlern von Arznei- und Hilfsmitteln sowie die Vermeidung von Krankengeldansprüchen (siehe Seite 102)

Selbst wenn diese Maßnahmen Priorität genießen, so darf keineswegs dabei vernachlässigt werden, welche Auswirkungen sie konkret auf die Versorgung der Bürger haben, z.B. können sie durch die Rabattverträge die gewohnten Medikamente nicht mehr erhalten, der Anspruch auf Krankengeld wird zum Kampf.

Zudem haben nach der Erfahrung des Vorstandes der DGVP die geschilderten Verfahren und Maßnahmen zu direkten und indirekten Rationierungen und Vergütungskürzungen beigetragen und einen Stillstand in der Innovation der Versorgung herbeigeführt.

Der machtvolle und willkürliche Einfluss der auf Kostensenkung ausgerichteten Kostenträger muss gestoppt werden. Wir brauchen unabhängige Kontrollinstanzen für die Bewertung der Abrechnungen der Berufsgruppen im ambulanten und stationären Bereich unter Einbindung von frei gewählten Vertretern der Bürger. Dabei sollten nach Vorstellungen des Vorstandes der DGVP die Berufsgruppen und Institutionen die sich in eine organisierte vernetzte Versorgung in einer Region eingebunden haben besser honoriert werden, als die isoliert tätigen Berufsgruppen und Einrichtungen der ambulanten und stationären Versorgung.

Das Gutachten spricht sich dann für die Förderung von innovativen Versorgungsmodellen aus (siehe Seite 103). Der Vorstand der DGVP ist der Überzeugung dass nicht verschiedene Modelle gefördert werden sollten.

Wir benötigen eine klare Umstrukturierung auf eine regionale, interaktive, vernetzte Versorgung. Diese muss strukturell so gestaltet sein, dass die Potenziale Effizienz und Effektivität in der Versorgung der Bürger genutzt werden können um den Kollaps des Systems wegen der demografischen Entwicklung zu vermeiden.

Wir vertreten als Vorstand der DGVP den Standpunkt, dass zinsverbilligte und zinslose Darlehen für Krankenkassen zur Durchführung förderungswürdiger innovativer Versorgungsprojekte (siehe Seite 103) der vollkommen falsche Weg wäre.

Notwendig wäre die Vergabe von zinslosen Darlehen an die Gruppierungen der ambulanten und stationären Versorgung um Wertschöpfungen in der Versorgung zu realisieren, die nachweislich im System vorhanden sind.

Dies käme auch den Forderungen des Gutachtens nach, dass die Kassen durch Projektfinanzierungen nicht belastet werden dürfen. Zudem wäre so verhindert, dass die Krankenkassen mit staatlichen Darlehen noch mehr Druck auf die ambulanten und stationären Berufsgruppen und Einrichtungen ausüben.

Es ist die Ansicht des Gutachtens, dass in einem unverzerrten Wettbewerb die Versorgung immer in dem System stattfinden würde, in dem sie das günstigste Kosten- Nutzen-Verhältnis aufweist (siehe Seite 104). Der Vorstand der DGVP hält einen unverzerrten Wettbewerb für realitätsfern.

Im Wettbewerb der Berufsgruppen und Institutionen der Versorgung soll derjenige obsiegen der preiswert ist und der sich in dem Gesundheitsmarkt durch selektive Vertragsformen durchgesetzt hat. Diese auf Markt und Wettbewerb ausgerichtete Aussage des Gutachtens kann der Vorstand der DGVP nicht mittragen, da die Auswirkungen nicht im Interesse der Bürger sein können. Die Macht der Ökonomie soll durch die Macht der Kostenträger ausgeweitet werden. Vor dieser Entwicklung warnt der Vorstand der DGVP, da dadurch das noch funktionierende System der guten Versorgung letztendlich vollkommen zerschlagen würde.

Wettbewerbliche Steuerungsmechanismen dürfen die Unabhängigkeit der Berufsgruppen nicht in Frage stellen und dazu führen, dass alle Berufsgruppen sich stärker von ökonomischen als von medizinisch/therapeutisch/pflegerischen Erwägungen leiten zu lassen (siehe Seite 109). Allerdings wurde die Unabhängigkeit durch die vorhandenen Selektivverträge, die Abrechnungskriterien schon längst abgebaut. Es stellt sich aus Sicht des Vorstandes der DGVP die grundsätzliche Frage: „Inwieweit besteht noch eine Souveränität der Versorgung für die Berufsgruppen und die Bürger?“ Nach Beurteilung des Vorstandes wurde bereits durch Selektiv- und Rabattverträge vieles auf dem Altar der Ökonomie geopfert, dazu gehört u.a. die freie Wahl des Arztes, der Einrichtung, der Medikamente, der Hilfsmittel usw.

Eigentlich will sich der Bürger nicht mit dem Thema Krankenversicherungsschutz auseinandersetzen, den neuen Wahlmöglichkeiten steht der Bürger mit Verunsicherung und Skepsis bis hin zur Ablehnung gegenüber (siehe Seite 124).

Dies ist auf der Grundlage der Erfahrungen des Vorstandes der DGVP vollkommen richtig dargestellt. Ein wichtiger Zusatz fehlt jedoch: Bezogen auf die gesamten Strukturen der Versorgung besteht seitens aller Bürger kein großes Interesse an der Einmischung oder der Beschäftigung mit dieser Thematik.

Der Bürger wurde dazu erzogen, sich den Schutz der Krankenversicherung durch Beiträge zu erkaufen. Das Thema Gesundheit kommt erst dann wieder ins Bewusstsein des Einzelnen, wenn der durch Krankheit gezwungen wird. Deshalb fordert der Vorstand der DGVP als wichtigste Aufgabe der Zukunftssicherung der Versorgung im Gesundheitswesen, dass die Bevölkerung durch Bildungsmaßnahmen, Aufklärung und Prävention einbezogen wird. Hierzu sind kein Wettbewerbsinstrument nötig, sondern die Pflicht und der Wille der Politik und der Selbstverwaltung sich danach zu richten.

Dazu müssen die Bürger kontinuierlich erinnert werden, dass er die Verantwortung für seine Gesundheit hat und niemand sonst. ER muss auch erinnert werden, dass bei Störungen dieser persönlichen Gesundheit die Solidargemeinschaft bereit ist einzuspringen.

Die Zahl von 8,5 Millionen Versicherten in Wahltarifen für besondere Versorgungsformen wird im Gutachten als Zeichen für eine Präferenz für Angebote zur Steigerung der Versorgungsqualität angesehen (siehe Seite 125). Nach Überzeugung des Vorstandes der DGVP ist dies eher auf die Überzeugungskraft der Mediziner zurückzuführen und auf das gute Vertrauensverhältnis zwischen den Mitarbeitern in den Berufsgruppen und Institutionen und den Bürgern, als auf die Einsicht des individuellen Menschen zur Vorteilsnahme in seiner Versorgung. Dazu fehlen dem durchschnittlichen Bürger die Kenntnis und das Beurteilungsvermögen zu den Inhalten der Verträge zu Wahltarifen und besonderen Versorgungsformen.

Das Gutachten listet als Kategorien wettbewerblicher Handlungsmöglichkeiten aus Sicht der Versicherten (siehe Seite 125/126):

- Preis
- Qualität/Organisation der Versorgung
- Umfang des Leistungsangebots/Leistungsmenge
- Serviceaspekte

Der Vorstand der DGVP bewertet dies wie folgt. Als gesunder Bürger hat der Preis, also der Beitrag zur Krankenversicherung erste Priorität. Als Patient hat der Bürger wegen seiner Unerfahrenheit große Probleme bezüglich seiner eingeschränkten Kenntnisse zu der Qualität

der Versorgung und erst recht zu dem individuellen Spektrum der Maßnahmen zur Beseitigung und Linderung seiner gesundheitlichen Beschwerden.

Das persönliche Ziel des Bürgers ist wieder gesund zu werden. Lediglich im Bereich der Serviceaspekte sind gesunde Bürger und Patienten in der Lage zu bewerten ob die Minimalanforderungen mit freundlich, sauber, lecker, gut oder schlecht organisiert, erfüllt worden sind.

Wenn das die Entscheidungskriterien sind, dann sollte aus Sicht des Vorstandes der DGVP der Wettbewerb sich nicht darauf konzentrieren. Preiswettbewerb führt zur Rationierung, Versorgungsqualität kann nicht ausreichend beurteilt werden, also kann man hier sparen, ohne dass der Nutzer wirklich etwas merkt. Serviceunterschiede sind sicherlich gut, machen aber nicht das „Herz“ der Krankenkasse aus.

Interessant ist der Exkurs des Gutachtens zu den Wettbewerbsparametern der Krankenkassen (siehe Seite 126ff). Diese Ausführungen und Bewertungen zu den Schwerpunkten der Krankenkassen zeigen eindeutig die Ursachen der sich verschlechternden Versorgung der Bürger auf.

Danach steht laut Aussagen der Krankenkassen im Vordergrund derselben:

- die Prüfung der Krankenhausrechnungen
- die Maßnahmen der Rabattverträge
- die Kontrolle des Krankengeldmanagements
- die Prüfung der ambulanten Ärzte
- das Case-Management

Für den Vorstand der DGVP sind diese Punkte in dieser Reihenfolge der endgültige Beweis für eine strukturelle Neuausrichtung der gesetzlichen Krankenkassen und für die angespannte Versorgungs- und Vergütungssituation im Gesundheitswesen.

Der Vorstand der DGVP fordert die Konzentration der gesetzlichen Krankenkassen auf die bestmögliche Versorgung unter optimaler Nutzung der eigenen Ressourcen und der von den Bürgern zur Verfügung gestellten Finanzmittel. Hierzu ist Transparenz für die Versicherten und die aktive Beteiligung der Zahler = Bürger an den Entscheidungen zur Struktur der Krankenkassen und der Verwendung der Beiträge nötig.

Zusammenfassung der Stellungnahme des Vorstandes der DGVP.

Die DGVP fordert die sofortige Berücksichtigung der Auswirkungen der demografischen Entwicklung der kommenden drei Jahrzehnte. Dabei wird die Anzahl der Beitragszahler erheblich abnehmen, die Anzahl der Chroniker, Multimorbiden, Pflegebedürftigen wird den Bedarf an Versorgung extrem ansteigen lassen und die technologische Innovation wird zusätzliche Ressourcen benötigen.

Deshalb fordert die DGVP nicht die Thematik Wettbewerb, Markt und Preis in den Vordergrund aller Maßnahmen zu stellen, sondern sich auszurichten an die Anforderungen der Bürger an die gegenwärtige und zukünftige Versorgung.

Dazu müssen aus der Sicht des Vorstandes der DGVP die Berufsgruppen und Institutionen zur nachweisbaren Vernetzung in der Versorgung des Bürgers verpflichtet werden. Die oberste

Priorität hat dabei die optimierte Struktur der regionalen Versorgung mit der Ausrichtung auf gemeinschaftlich hergestellte Effizienz und Effektivität.

Bei dieser Realisierung werden sich dann wettbewerbliche und qualitätsorientierte Aspekte ergeben. Im Vordergrund sollte jedoch die Prozessgestaltung und die Personalentwicklung stehen und nicht der Wettbewerb und die Ökonomie sowie der Preis.

Der Vorstand der DGVP vertreten durch den Präsidenten Wolfram – Arnim Candidus

Berlin, im August 2012