

RPG

Band 18 | Heft 3/4 | 2012

3/4 | 2012

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

- **Bürokratie und die Mühen der Komplexität**
- **Bürokratie im Gesundheitswesen**
- **Brustimplantate, Gelenkersatz und Co. – Wo bleibt die Patientensicherheit?**
- **Europäische Regelungsbezüge auf das nationalstaatliche Gesundheitswesen und aktueller Bedarf**
- **Quo vadis Gesundheitswesen – Was bringt der Wettbewerb?**
- **TRANSFERIS – Leadership in Healthcare**

HERAUSGEBER

A. P. F. Ehlers
E. Deutsch
P. Oberender
E. Wille
M. Feldmann
J. Stoschek (Schriftleitung)

MITHERAUSGEBER

B. Bender
B. Brennecke
R. von Eisebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
A. Tecklenburg
V. Ulrich
A. Widmann-Mauz
Chr. Will

Autoren des Heftes

Jörg Berling
Wolfram-Arnim Candidus
Gisela Fischer
Andreas Meusch
Renate Müller
Helmut Platzer
Jürgen Stoschek

Editorial

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in den vergangenen Jahren erheblichen Einfluss auf die Entwicklungen im Gesundheitswesen gewonnen. In der breiten Öffentlichkeit wird dies jedoch bislang noch viel zu wenig beachtet. Das ist umso erstaunlicher als sich die Entscheidungen des G-BA meist unmittelbar auf die Arbeit der Ärzte und der Krankenhäuser sowie auf die Gewinnsituation der pharmazeutischen Industrie auswirken. Auch Fragen der Qualitätssicherung stehen ebenso auf der Tagesordnung des G-BA wie Entscheidungen über Art und Umfang medizinischer Leistungen oder zur Niederlassung. Dazu kann man kritisch anmerken, dass der Gesetzgeber auf diese Weise unliebsame Entscheidungen in ein Gremium verlagert, das vielen Bürgern unbekannt ist.

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) hat sich deshalb entschlossen, sich am Vortag der Mitgliederversammlung bei einem wissenschaftlichen Symposium mit der Aufgabenstellung, den Arbeitsabläufen und der Entscheidungsfindung des G-BA sowie mit seiner verfassungsrechtlichen Einordnung zu beschäftigen. Dazu haben wir als Referenten ausgewiesene Experten gewinnen können, die in den Diskussionen mit den Teilnehmern des Symposiums auch Rede und Antwort stehen werden.

Das Präsidium der GRPG würde sich daher sehr freuen, Sie am 18. Januar in Berlin beim Symposium *Der Gemeinsame Bundesausschuss im Brennpunkt gesundheitspolitischer Entscheidungen* begrüßen zu dürfen. Ein ausführliches Programm finden Sie in diesem Heft und aktuell im Internet unter www.grpg.de

Jürgen Stoschek
Josef-Jägerhuber-Str. 4
82319 Starnberg

Gesundheitsreformen und wer setzt sie um?

Bürokratie und die Mühen der Komplexität
Andreas Meusch 55

Bürokratie im Gesundheitswesen
Jörg Berling 59

Das GRPG-Gespräch

Brustimplantate, Gelenkersatz und Co. –
Wo bleibt die Patientensicherheit?
Jürgen Stoschek 61

Zur Diskussion gestellt

Europäische Regelungsbezüge auf das nationalstaatliche
Gesundheitswesen und aktueller Bedarf
Helmut Platzer 63

Quo vadis Gesundheitswesen – Was bringt der Wettbewerb?
Wolfram-Arnim Candidus 65

Mitteilungen der Gesellschaft

Symposium: Der Gemeinsame Bundesausschuss
im Brennpunkt gesundheitspolitischer Entscheidungen
Mitgliederversammlung am 19. Januar 2013 73

TRANSFERIS – Leadership in Healthcare
Gisela Fischer | Renate Müller 74

Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) hat sich die Förderung des interdisziplinären Austausches und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes aber auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zum Ziel gesetzt. Durch eine Vertiefung rechtlicher, volkswirtschaftlicher, ethischer und medizinischer Gesichtspunkte will die GRPG zu einer Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses im Gesundheitswesen beitragen.

Zu diesem Zweck hat die GRPG einen Jahrespreis in Höhe von 2500 Euro für herausragende wissenschaftliche Arbeiten ausgeschrieben, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird. Das Thema der Arbeit soll den Zielen der GRPG entsprechen. Die Annahme des Preises verpflichtet zur Erstpublikation der Arbeit oder deren Zusammenfassung in der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Sie darf in gleicher oder ähnlicher Form nicht bereits andernorts publiziert sein. Die Arbeiten müssen beim Präsidium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG), Widenmayerstraße 29, 80538 München, bis spätestens zum 31. Mai des laufenden Jahres eingegangen sein.

Recht und Politik im Gesundheitswesen

Organ der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)

Herausgeber

Prof. Dr. iur. Dr. med.
Alexander P. F. Ehlers
Widenmayerstraße 29
80538 München

Prof. Dr. Dr. iur. h.c. Dr S. med. h.c.
Erwin Deutsch
Universität Göttingen
Goßlerstraße 19
37073 Göttingen

Prof. Dr. Peter Oberender
Lehrstuhl VWL
Universität Bayreuth
Universitätsstraße 30
95447 Bayreuth

Prof. Dr. Eberhard Wille
Lehrstuhl VWL
Universität Mannheim, A5
68131 Mannheim

Dipl.-Betriebswirt Michael Feldmann
Säbener Straße 62
81547 München

Dipl.-Volkswirt Jürgen Stoschek
(Schriftleiter)
Josef-Jägerhuber-Straße 4
82319 Starnberg

Mitherausgeber

B. Bender
B. Brennecke
R. von Eisebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
A. Tecklenburg
V. Ulrich
A. Widmann-Mauz
Chr. Will

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) ist Publikationsorgan der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).

Sie versteht sich als wissenschaftliches Forum, das der umfassenden und interdisziplinären Erörterung aller Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie des Arzt-, Apotheken-, Arzneimittel-, Pharma und Gesundheitsrecht und des Rechts der assistierenden Berufe dient.

Veröffentlicht werden Beiträge aus medizinischer, juristischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und ethischer Perspektive. Jenseits von Verbands- und Parteiinteressen werden theoretische und empirische Ergebnisse zu praxisnahen Lösungskonzepten verknüpft.

Die Notwendigkeit der GRPG ergibt sich aus dem Interesse, in das das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren durch die steigenden Kosten gerückt ist. Die dadurch ausgelösten Diskussionen krankten neben einer teilweise verständlichen Interessengebundenheit vornehmlich an mangelnder medizinischer Ergebnisorientierung sowie einer zeitlich kurzfristigen und fachlich isolierten Perspektive.

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) will dazu beitragen, diese Einseitigkeiten zu überwinden, um zu besseren Lösungen zu kommen.

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Bestellungen (ISSN 0948–3209) nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Bezugspreis: 2011 (4 Hefte) Euro 170,- zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

Der Bezugspreis ist im voraus zahlbar. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen. Die Lieferung läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 30.9. eines Jahres abbestellt wird.

Bei Adressenänderungen muss neben dem Titel der Zeitschrift die neue und alte Adresse angegeben werden. Adressenänderungen sollten mindestens 6 Wochen vor Gültigkeit gemeldet werden.

Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderung des Bezieher kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

Verlag

PLANIMED
Ges. für Kommunikation GmbH
Holmblick 10
24857 Fahrdorf
Telefon 04621 39 29 951
Telefax 04621 39 29 949
E-Mail: info@planimed-online.de

Bankverbindung: Volksbank Ulm-Biberach
BLZ: 630 901 00 • Kto: 189 809 000 • Gerichtsstand: Mainz • Anzeigenpreisliste: Es gilt die Preisliste Nr. 11 • Layout und Produktion: creative vision, 44534 Lünen

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte Warenzeichen werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Weder Herausgeber noch Verlag haften für Inhalte, Informationen sowie die Richtigkeit der Aktenzeichen, die verlagsseitig mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2012 PLANIMED
Ges. für Kommunikation

Artikel aus dieser Zeitschrift werden referiert und geindext in der Online-Datenbank HECLINET (Health Care Literature Information Network) und dem **Informationsdienst Krankenhauswesen**.

Andreas Meusch

Bürokratie und die Mühen der Komplexität

Bürokratie ist ein Schimpfwort in Deutschland. Wer sich für ein bürokratisches Vorgehen ausspricht, hat in jeder Diskussion verloren. Völlig unvorstellbar, dass sich ein Politiker z. B. bei einer Hochwasserkatastrophe hinstellt und „bürokratische Hilfe“ verspricht. Aufschlussreich ist, dass es keinen Gegenbegriff gibt: Was genau ist „unbürokratische Hilfe“ im Gegensatz zur bürokratischen?

Max Weber wusste zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch, was Bürokratie im Gegensatz zu anderen Organisationsformen ist: Sie beruht auf Rationalität und Schriftlichkeit, im Gegensatz zu anderen Organisationsformen, wie das Recht des Stärkeren oder das Gewohnheitsrecht, die mündlich sind und bei denen Willkür wie die Begünstigung von Einzelnen systemimmanent sind. Für Max Weber ist Bürokratie die einzige Organisationsform jenseits der Willkür. Die Einzigen, die das heute noch zu wissen scheinen, sind Glücksritter, die ihre Stunde kommen sehen, wenn Politiker unbürokratische Hilfe versprechen. Sie nutzen die Gunst, sich zu bereichern, weil das ja systemimmanent ist und billigend in Kauf genommen wird. Die „Skandal“-Überschriften in Zeitungen mit großen Buchstaben und die Untersuchungsausschüsse, die den Missbrauch von Hilfsgeldern untersuchen sollen, sind so sicher wie das Amen in der Kirche. Ist Bürokratie also doch gut, sind ihre Kritiker Ignoranten? Das könnte man vermuten, wenn man beobachtet, wie schnell Politiker mehr bürokratische Maßnah-

men fordern, wenn etwas schiefgegangen ist. Jüngstes Beispiel: der Organspendeskandal. Das Sechs-Augen-Prinzip soll helfen. Länder wie Baden-Württemberg setzen darauf, weil sie nicht wollen, dass einer allein entscheidet. Bei der Bundesärztekammer soll die Kontrollkommission aufgestockt werden.

„Mehr Bürokratie wagen!“ scheint aber in bestimmten Situationen genauso der politischen Correctness in Deutschland zu entsprechen, wie es andere Situationen gibt, in denen unbürokratisches Vorgehen das einzig zugelassene Credo in Deutschland ist.

Genauso wie wir Dank Max Weber wissen, dass Bürokratie ein Segen ist, wissen wir dank C. Northcote Parkinson, dass Bürokratie ein Fluch ist: Schon Mitte der 50er Jahre des 20. Jahrhunderts formulierte er die Mechanismen, die Bürokratie über jedes rationale Maß wachsen lassen: Arbeit dauert immer so lange, wie Zeit dafür da ist, jeder Angestellte wünscht die Zahl seiner Untergebenen, nicht jedoch die Zahl seiner Rivalen, zu vergrößern; Angestellte schaffen sich gegenseitig Arbeit.

Bürokratie ist also Fluch wie Segen, wie die genannten Beispiele zeigen. Wir tun

uns aber schwer zu entscheiden, wann sie Fluch ist und wann Segen. Die Pharmakologenweisheit, dass die Dosis das Gift macht, ist sicher ein wichtiger Teil der Wahrheit, die Beispiele oben zeigen aber, dass dies nur ein Teil der Wahrheit sein kann. Wie bei Pharmazeuten muss man schon genau hinschauen, welches Mittel in welcher Dosis für welches Problem adäquat ist, und sei es als kleineres Übel.

Orientierung im Bürokratiedschungel mit „Bürokratiemonstern“ (GRPG) ist also wichtig. Da kommt eine Studie gerade richtig, die zu dem Ergebnis kommt, dass der Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung durch Verringerung der Bürokratie „von derzeit 15,5 auf 14,2 Prozent“ gesenkt werden könne.

„Eine Studie von A. T.“ hat dies zutage gefördert und ein breites Medienecho ausgelöst. Anders als das vom Autorenteam selbst gewählte Wort „Studie“ nahelegt, handelt es sich aber nach Selbstauskunft des Studienleiters nicht (!) um eine wissenschaftliche Studie. Diese Selbstauskunft ist wichtig bei der Beurteilung des Inhalts. Deshalb muss hier kurz darauf eingegangen werden, was wissenschaftliches Arbeiten kennzeichnet. Die Hürden sind nicht sehr hoch:

„Wissenschaftliches Arbeiten beschreibt ein methodisch-systematisches Vorgehen, bei dem die Ergebnisse der Arbeit für jeden objektiv nachvollziehbar oder wiederholbar sind.“

Das bedeutet: Die „Studie“ erhebt folgende Ansprüche also ausdrücklich nicht:

- Sie behauptet nicht, methodisch-systematisch vorzugehen;
- sie behauptet nicht, dass die Ergebnisse objektiv nachvollziehbar sind;
- sie behauptet nicht, dass die Ergebnisse wiederholbar sind.

Es ist schon ein starkes Stück, eine so weitreichende Behauptung wie die Absenkung des Krankenkassenbeitrags um 1,3 Prozentpunkte aufzustellen, dann aber klar zu machen, dass man nicht den Anspruch habe, methodisch-systematisch vorzugehen und einzuräumen, dass die Ergebnisse nicht objektiv nachvollziehbar sind.

Der Hinweis auf fehlende Wissenschaftlichkeit ist aber geboten, da die „Studie“ in der Tat diesen Kriterien nicht genügt. Sätze wie „die Richtigkeit der Selbsteinschätzung der Betroffenen unterstellt ...“ (S. 44) sind mit einer auf Quellenkritik ausgelegten Wissenschaftlichkeit nicht vereinbar. Sie wäre aber wichtig, denn die Aussage bezieht sich auf Selbsteinschätzungen, die durch Befragungen über

- facharzt.de
- hausarzt.de
- zaend.de
- Hippokraten

gewonnen wurden. Professionelle Distanz zwischen Fragern und Befragten wäre in einer wissenschaftlichen Studie notwendig. A. T. bezeichnet ihre Form der Marktforschung ausdrücklich als „Partnering-Modell“ (S. 34). Dass hier ein deutlicher Bias in den Befragungsergebnissen vermutet werden kann, hindert die Autoren der „Studie“ aber nicht daran, die Schlussfolgerungen über das Ausmaß der möglichen Beitragssatzsenkungen in erheblichem (welchem) Maße aus diesen Befragungen und ergänzende teilnehmende Beobachtungen abzuleiten.

Was will die „Studie“? Auch hier ist die Selbstauskunft des Studienleiters hilf-

reich: Sie sei ein Marketing-Instrument mit dem Ziel, die Bekanntheit der Unternehmensberatung A. T. im Vergleich zu für sie relevanten Mitbewerbern zu verbessern. Der Autor bescheinigt der Studie ausdrücklich, dass dieses Ziel erreicht wurde, A. T. hat sich ins Gespräch gebracht: Chapeau! – Was würde wohl Rudolf Augstein dazu sagen, dass sein „Sturmgeschütz der Demokratie“ sich dafür hergegeben hat, in der nachrichtenarmen Zeit zum Jahresanfang 2012 einer Marketing-Aktion eines unter fehlender Bekanntheit leidenden Unternehmens bundesweite Aufmerksamkeit zu verschaffen?

Die Feuerkraft des „Sturmgeschützes der Demokratie“ ist noch so verheerend, dass selbst schnelle Gegenreaktionen noch am Tag des Erscheinens am 3. Januar 2012 (FAZ: „A. T. verheddert sich“; G+G: „Diese Aussagen enthalten so viel an undifferenziertem Unsinn auf einmal, dass eine knappe Bewertung schwerfällt“) nicht verhindern konnten, dass ein wissenschaftliches Symposium sich damit auseinandersetzen musste. Und warum soll nicht ein schlechtes Produkt auch Gutes bewirken? Zuspitzung ist durchaus zulässig. Es soll also gefragt werden, was wir aus der „Studie“ für Lehren für das Gesundheitswesen ziehen können.

Zunächst einmal stellt sich die Frage, ob die Differenzierung zwischen „einerseits allgemeinem Verwaltungsaufwand und andererseits durch die gesetzliche Krankenkasse induziertem Verwaltungsaufwand“ (S. 34) einen Erkenntnisfortschritt bringt. Gerne würde der Autor die Frage mit ja beantworten, da aber eine Operationalisierung der „Studie“ nicht zu entnehmen ist, bleibt hier nur eine gewisse Ratlosigkeit. Um den überflüssigen von dem unvermeidlichen Teil an Bürokratie trennen zu können und dann unterschiedlichen Aufwandstreibern zuzuordnen, muss man mehr wissen, als dass die Be-

fragten subjektiv in der Lage sind, die beiden Teile sinnvoll zu unterscheiden. Wie ist der Aufwand zugeordnet, der sich aus Gerichtsurteilen oder aus forensischen Gründen ergibt? Es darf vermutet werden, dass der Einzug der Praxisgebühr den Krankenkassen zugeordnet wurde, obwohl sie der Gesetzgeber verursacht hatte, der in der Differenzierung aber so wenig vorgesehen ist (wie in der gesamten „Studie“, wo von Regierung gesprochen wird, wenn der Gesetzgeber gemeint ist (S. 13)) wie die gemeinsame Selbstverwaltung, in der Krankenkassenverbände (nicht einzelne Krankenkassen) und Leistungserbringer gemeinsam entscheiden. Schade, dass hier die Chance verpasst wurde, mit entsprechend anspruchsvollem Instrumentarium einen weiterführenden Beitrag zur Bürokratie-Diskussion zu leisten.

Weiter ist auch nichts dagegen einzuwenden, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen bei den Verwaltungskosten mit anderen Branchen verglichen werden. Jede Branche hat ihre Eigenheiten, und auch bei der Pharmaindustrie wie im Einzelhandel geht es um die Gesundheit von Menschen. Als erste Orientierung ist ein solcher Benchmark sogar zu begrüßen. Weil bei den öffentlich zugänglichen Quoten für die Verwaltungskosten (nach A. T. Kearney-Angaben (S. 38) für die gesetzliche Krankenversicherung 5,4 % und damit unter dem Durchschnitt von 6,1 %) die Krankenkassen sogar spektakulär günstig sind, geht die „Studie“ einen Schritt weiter und bezieht die erweiterten Verwaltungskosten ein. Auch dagegen ist grundsätzlich nichts einzuwenden. Allerdings ist es fragwürdig, in einer Tabelle mit der Überschrift „Branchenspezifische Verwaltungskostenquote“ ausschließlich die erweiterten Verwaltungskosten bei den Krankenversicherungen einzubeziehen, bei allen anderen Branchen nicht. Gibt es in der Chemie, im Einzelhandel

oder im Automobilbau keine Qualitäts- und Dokumentationsstandards, die ein Produzent oder Händler seinen Zulieferern auferlegt und bei diesen Kosten verursachen? Obwohl Herr Lopez schon lange nicht mehr für Automobilunternehmen tätig ist, dürfte auch für Nichtbranchenkennner klar sein, in welchem starkem Maße in der Automobilindustrie Kosten auf Subunternehmer outgesourct werden. Würde es VW akzeptieren, dass die Qualitäts- und Dokumentationsaufwände bei ihren Zulieferern den eigenen Verwaltungskosten zugeschlagen werden, bei einem Vergleich von VW mit Daimler beim Mitbewerber allerdings unberücksichtigt bleiben? Was wäre so ein Vergleich wert? Möglicherweise würde man hier Rechtsanwälte in Marsch setzen. Was ist also ein Vergleich wert, der keinen Wert auf Vergleichbarkeit legt? Hier geht es nicht mehr um fehlende Wissenschaftlichkeit, hier spielt eine Unternehmensberatung mit ihrer Seriosität.

Die Stärken der „Studie“ liegen vor allem da, wo sie offene Türen einrennt. Drei Beispiele:

- Die Zahl der Krankenkassen sei zu hoch, so die „Studie“. Als Gesundheitsministerin Ulla Schmidt im September 2005 die Auffassung vertrat, 30 bis 50 Krankenkassen seien genug, gab es noch 260 Krankenkassen. In der „Studie“ wird die Zahl von 153 Krankenkassen zum Zeitpunkt der Untersuchung genannt. Wird die „Studie“ diesen Trend beschleunigen? Im Gegenteil, wenn der unwahrscheinliche Fall einträte und man den Weg einschläge, den der Studienleiter empfiehlt: eine „gesamthaft koordinierte Reduktion der Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen“. Eine Kommission zur Reduzierung von Krankenkassen: Ein Vorschlag aus Absurdistan.
- Der bürokratische Aufwand der Praxisgebühr wird kritisiert. Dazu gibt es umfangreiche Literatur (Nachweise

s. Meusch, Andreas: Moral Hazard in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden 2011, S. 132-135).

- Über Skaleneffekte lassen sich in der gesetzlichen Krankenversicherung noch Wirtschaftlichkeitsreserven heben: unstrittig richtig, aber wenig originell.

Welches Potenzial in der Tat in der Erschließung von Skaleneffekten steckt, hatte die Techniker-Krankenkasse (TK) schon vor über zehn Jahren erkannt und ein großangelegtes Restrukturierungsprojekt durchgeführt: „TK 2010“ und dies bereits 2006 abgeschlossen:

- durchgeführt in Zeiten des Wachstums;
- 6 000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben Standort und/oder Aufgabengebiet gewechselt;
- Einsparung von 75 Millionen Euro Verwaltungskosten jährlich;
- Effizienzsteigerung durch Bündelung der Kompetenzen in themenspezifischen Servicezentren (z. B. Krankenhaus, ambulante Leistungen, Mitgliedschaft und Beiträge, telefonische Kundenberatung etc.);

- während der Projektlaufzeit Reinzugang von 700 000 Versicherten ohne zusätzliche Mitarbeiterkapazitäten;
- der Service wurde nachhaltig verbessert: 24/7/365 Erreichbarkeit mit Sozialversicherungsfachangestellten;
- die Servicequalität wurde mehrfach ausgezeichnet.

Besonders der letzte Aspekt ist relevant: Eine effizientere Organisation verbessert die Servicequalität. Die TK hat vorgemacht, dass Effizienz und Qualität keine Widersprüche sind. Zahlreiche Krankenkassen betrachten diese Organisation inzwischen als Benchmark für die Neustrukturierung der eigenen Organisation.

Die Ausrichtung der Organisation an Effizienzkriterien bei gleichzeitiger Fokussierung auf Verbesserung der Servicequalität ist ein (!) wichtiger Aspekt, um die Verwaltungskosten in der GKV weiter zu senken, wie ein Blick auf die Unterschiede in den Kostenstrukturen erkennbar macht (**Abb. 1**).

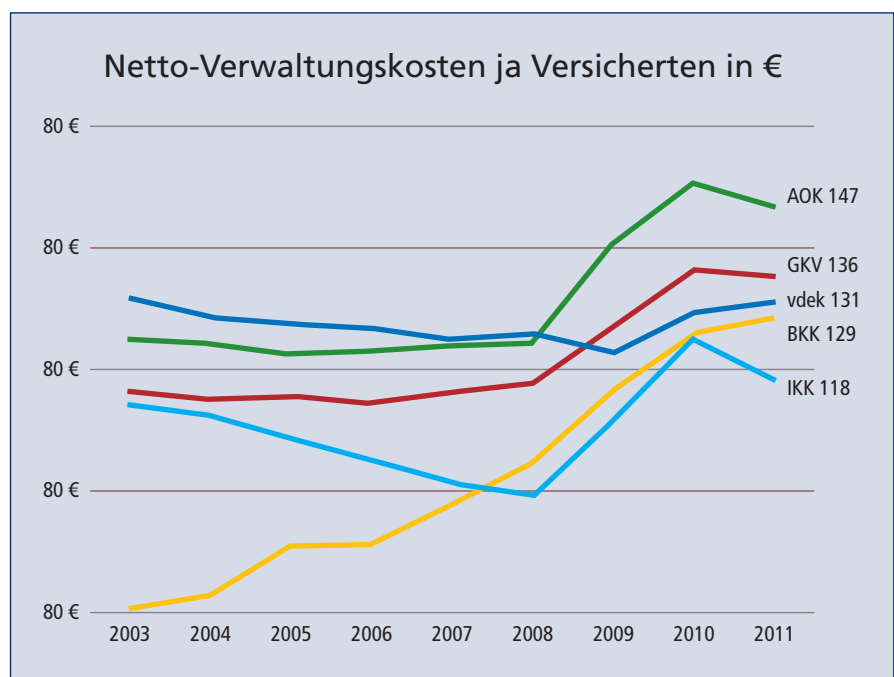


Abb. 1: Zum Vergleich: Die Netto-Verwaltungskosten je Versicherten betragen für die TK 106 Euro im Jahr 2011.

Problematisch an der A. T.-„Studie“ ist aber, dass sie sich darauf beschränkt, Veränderungen über Skaleneffekte bewirken zu wollen. Das wird der Komplexität der Thematik in vielen Fällen nicht gerecht. Dies führt zu einem weiteren Defizit der „Studie“: Das Wort „Komplexität“ ist ihr Mantra, wird aber nicht definiert. Deshalb unterscheidet sie auch nicht zwischen Aufwandstreibern und Komplexitätstreibern, sondern spricht durchgehend von Komplexitätstreibern. Weil für die „Studie“ fast alles komplex ist, sind die angebotenen Lösungen in der Regel unterkomplex:

- Wird die Komplexität des Systems wirklich geringer, wenn man die Krankenkassen z. B. auf ein Dutzend reduziert?
 - Wird die Komplexität des Systems wirklich geringer, wenn man die Zahl der zu erstattenden Hilfsmittel z. B. halbiert?
- Die bisherigen Erfahrungen sprechen nicht dafür:
- Hat der bisherige Rückgang der Zahl der Krankenkassen die Komplexität reduziert?
 - Haben bisherige Leistungsausgrenzungen wie z. B. bei Bagatell- bzw.

OTC-Arzneimitteln die Komplexität des Systems reduziert?

Natürlich reduzieren solche Maßnahmen die Aufwände, aber die Komplexität?

Was ist denn eigentlich Komplexität? Nach Mauboussin weisen komplexe adaptive Systeme eine Anzahl von grundlegenden Mechanismen und Eigenschaften auf:

- Aggregation. Aggregation ist das Entstehen komplexen Langzeitverhaltens aus den kollektiven Interaktionen vieler weniger komplexer Kräfte;
- Adaptive Entscheidungsgesetze. Agenten nehmen innerhalb eines komplexen adaptiven Systems Informationen aus der Umwelt auf, kombinieren sie mit ihrer eigenen Interaktion mit der Umwelt und leiten Entscheidungsgesetze ab; [sind also lernende Systeme, A. M.];
- Nichtlinearität. In einem linearen System entsteht das Ganze aus der Summe seiner Teile. In nichtlinearen Systemen ist das Aggregationsverhalten komplizierter als durch die Summe der Teile vorausgesagt wird.
- Rückkopplungsschleifen. Ein Rückkopplungssystem ist ein System, in dem das

Ergebnis einer Wiederholung die Vorgabe für die nächste Wiederholung ist.

„Rückkopplungsschleifen können einen Effekt verstärken oder abdämpfen.“ (Mauboussin, Michael J. (2009): Mehr, als man denkt. Finanzwissen, wo man es nicht vermutet, München, S. 211).

Warum Komplexität in der Tat eine Kostenfalle ist, lässt sich mit den Erkenntnissen der Komplexitätstheorie beschreiben, die in der Tat mehr Beachtung verdient (Lektüreempfehlung: Manfred Füllsack: Gleichzeitige Ungleichzeitigkeiten: Eine Einführung in die Komplexitätsforschung, Wiesbaden 2011). Eine Beschäftigung mit der Komplexitätstheorie würde deutlich machen, warum die A. T.-„Studie“ zur Lösung der wirklichen Probleme so wenig beitragen kann: Das Wesen des durch Komplexität geprägten Gesundheitswesens bleibt den Autoren der „Studie“ fremd.

Autor:

Dr. Andreas Meusch
Techniker Krankenkasse
Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg

Buchbesprechung

Amelung, Volker Eric: Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 5. Aufl. 2012, 368 S. Geb., Gabler Verlag / Springer Fachmedien Wiesbaden, ISBN: 978-3-8349-3359-1, 49,95 Euro

Managed Care ist keine in sich geschlossene Theorie, sondern vielmehr ein Bündel ganz unterschiedlicher Organisationsmodelle und Management-Instrumente, die in vielfältigen Kombinationen eingesetzt werden. Genau aus diesem Grund ist es auch nicht möglich, „für“ oder „gegen“ Managed Care zu sein. Dies kann ausschließlich auf der Ebene der einzelnen

Organisationsformen oder Management-Instrumente stimmen.

Managed Care hat sich in den letzten Jahren deutlich weiter entwickelt und neue Themen sind hinzugekommen. Diesen Entwicklungen hat der Autor in dieser Auflage Rechnung getragen. Neu aufgenommen hat er beispielsweise Kapitel zu Consumer Driven Health Plans (CDHP), Accountable Care Organizations (ACO), Medical Homes, Pharmaceutical Benefit Management, Bundled Payments, Pay-for-Performance, Public Reporting und Patient Coaching sowie eine Vielzahl neuer Fallstudien.

Inhaltlich gliedert sich das Buch in vier Teile, in denen es um Grundideen von Managed Care, Managed Care-Organisationen und -Produkte, Managed Care-Instrumente sowie um die Bewertung von Managed Care geht.

Das Buch wendet sich vor allem an Manager im Gesundheits- und Versicherungswesen, an ökonomisch interessierte Mediziner sowie an Studenten und Dozenten der Gesundheitsökonomie und des Gesundheitsmanagements.

Jürgen Stoschek, Starnberg

Jörg Berling

Bürokratie im Gesundheitswesen

„Das deutsche Gesundheitswesen gilt als stark reformresistent, geprägt durch Schwerfälligkeit und Immobilismus. Seine Binnenstruktur wirkt als ausgesprochener Blockadefaktor und es herrscht eine im internationalen Vergleich auffällige Strukturkonstanz.“¹ Die Bürokratie in den deutschen Praxen verdirbt vielen Ärztinnen und Ärzten die Freude an der Arbeit und stiehlt ihnen Zeit, die sie lieber ihren Patienten widmen würden. Viele Kolleginnen und Kollegen erleben die Bürokratieflut unter dem Motto „Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser“. In einem komplexen Gesundheitssystem stellt sich die Frage: Wie viel Bürokratie muss sein, und wie viel ist zu viel?

Bürokratie ist kein Selbstzweck, sondern eine unausweichliche Notwendigkeit. Dies gilt zum Beispiel für die Dokumentation von Befunden, Diagnosen und Therapien. Auch die Dokumentationen der durchgeführten Leistungen oder zur Qualitätssicherung sind notwendig. Vieles gehört einfach zum Arztberuf. Aber es gibt auch Überflüssiges und Ärgerliches.

Der Ärztemonitor der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), in dessen Rahmen rund 11 000 Niedergelassene befragt wurden, hat aktuell noch einmal deutlich gemacht, dass das größte Ärgernis in den Praxen die Bürokratie ist. Alle strukturellen Reformen werden wenig nützen, solange Ärztinnen und Ärzte das Gefühl haben, dass das, was ihnen vor allem fehlt, Zeit für ihre Patienten ist. 280 Informationspflichten, resultierend aus 65 verschiedenen Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien und Vereinbarungen. Sie verursachen Kosten von bundesweit rund 160 Millionen Euro im Jahr.

Das soll sich ändern: Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) setzt sich in allen Bereichen für einen Abbau der Bürokratie in Arztpraxen ein. Unser Ziel lautet: Entlastung der Niedergelassenen von unnötigen Verwaltungs- und Informationspflichten bei einer gleichbleibend hohen Qualität der Patientenversorgung sowie Kostenreduzierung in der Arztpraxis und in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Auslöser der Bürokratie in der Praxis sind allerdings vielfältig. Neben dem Gesetzgeber und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) gehören insbesondere die Krankenkassen dazu. Denn in vielen Fällen wird der Kostendruck der Krankenkassen an Ärztinnen und Ärzte weitergegeben, was sich in einer Flut von Anfragen niederschlägt. Aber es gibt auch hausgemachte Bürokratie von KBV und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen).

Als besonderes bürokratisches Ärgernis empfinden viele Ärztinnen und Ärzte

die zahlreichen Vordrucke in der Praxis. Wenn ein Arzt einen Antrag auf medizinische Rehabilitation eines Patienten stellt, muss er einen zweiseitigen Vorantrag ausfüllen, um den eigentlichen vierseitigen Reha-Antrag von der Rentenversicherung zu erhalten. Vor allem der Versuch, das Dickicht an Formularen – im Schnitt 60 in jeder Arztpraxis – zu lichten, ist ein sehr zäher Prozess.

Auch das Einziehen der Praxisgebühr gehört zum Bürokratieärgernis Nummer 1. Nach Angaben der KBV verschlingt der damit verbundene Verwaltungsaufwand jeden Monat zehn Arbeitsstunden pro Praxis, um die Praxisgebühr einzubehalten und zu quittieren. Die Kosten schlagen mit jährlich 360 Millionen Euro zu Buche. Pro Praxis sind dies mehr als 4 100 Euro. Enorm hoch sind auch die administrativen Zeitaufwände für die jährlich rund 156 Millionen Fälle zur Erhebung der Praxisgebühr. Hinzu kommen noch einmal rund eine Million komplexer Mahnverfahren. Diese Zeit brauchen die Kolleginnen und Kollegen dringend für die Versorgung der Patienten. Die Praxisgebühr sollte daher in der jetzigen Form abgeschafft werden. *(Der Vortrag wurde zu einem Zeitpunkt gehalten, als die Abschaffung der Praxisgebühr noch nicht beschlossen war.)*

Wir erleben zunehmend, dass das Kostenmanagement der Krankenkassen über die Schreibtische der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erfolgt. Die Kassen wollen immer mehr mitbestimmen, sei es bei Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfungen oder bei Qualitätssicherungsmaßnahmen. Es gibt kein Vertrauen der

¹ Rosewitz, Bernd/Webber, Douglas (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt a. M./New York

Krankenkassen in die ärztliche Tätigkeit. Das ist so nicht akzeptabel.

Nach einer aktuellen Erhebung der KBV verbringt ein niedergelassener Arzt durchschnittlich 26 Prozent seiner Arbeitszeit mit Bürokratie. Die Patienten beschwerten sich, dass die Ärzte keine Zeit haben, und gleichzeitig müssen diese ein Fünftel bis ein Drittel ihrer Zeit mit Bürokratie verbringen.

Wie können die Maßnahmen zum Bürokratieabbau in den Praxen aussehen?

Der Gesetzgeber gibt den Rahmen vor und ist deshalb für einen Teil der bürokratischen Vorgaben mit verantwortlich. Die Politik sollte als erste Maßnahme die Praxisgebühr abschaffen.

Insbesondere der GBA sollte überflüssige Formulare abschaffen, die Vordruckmuster auf ein notwendiges Minimum reduzieren und die Nachweis- und Dokumen-

tationspflichten verschlanken. Die KVen sollten zu einer Vereinfachung der Verfahren zur Beantragung von Leistungen und zur Verschlinkung der Nachweis- und Dokumentationspflichten kommen.

Aktuell hat die KVN alle Mitglieder aufgefordert, Auskünfte und Bescheinigungen nur im gesetzlich vorgeschriebenen oder vertraglich vereinbarten Rahmen zu erteilen. In einer der drei Gesundheitsregionen in Niedersachsen wird in Lingen mit einem Ärztenetz in Kooperation mit der AOK Niedersachsen modellhaft der Abbau von Bürokratie in den Praxen erprobt.

Das Thema Bürokratieabbau wird von der KBV und den KVen mittlerweile systematischer angepackt. Auf Initiative der KBV ist in Best Practice Workshops ein intensiver Austausch entstanden, bei dem sich die KVen darüber austauschen, wie

bestehende Bürokratie abgebaut und neue Bürokratie vermieden werden kann.

Hoffnung, dass die Ärztinnen und Ärzte mittelfristig von Verwaltungstätigkeiten entlastet werden, nährt sich eigentlich nur aus dem absehbar noch zunehmenden Ärztemangel in Klinik und Praxis. Die Frage ist: Wie lange will es sich die Gesellschaft noch leisten, kostbare ärztliche Arbeitskraft mit Verwaltungstätigkeiten zu verschwenden.

Autor:

Dr. med. Jörg Berling
stellvertretender Vorsitzender
des Vorstands der
Kassenärztlichen Vereinigung
Niedersachsen
Berliner Allee 22
30175 Hannover

Buchbesprechung

Schallen, Rolf: Kommentar zur Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Medizinische Versorgungszentren, Psychotherapeuten – Stand: Januar 2012, 8. neu bearbeitete Auflage, 803 Seiten, Verlag C. F. Müller, ISBN 978-3-8114-4451-5, 69,95 Euro.

Die Änderungen des SGB V und des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) in Bezug auf zulassungsrechtliche Aspekte wurden in diese neu bearbeitete 8. Auflage des Kommentars eingearbeitet. Dabei ist hervorzuheben, dass sogar die Änderungen, die erst zum 1. Januar 2013 in Kraft treten werden, bereits Berücksichtigung

gefunden haben. Die in den vergangenen Jahren ergangene zulassungsrelevante Rechtsprechung des Bundessozialgerichts wurde ebenso eingearbeitet und bei den relevanten Regelungen vom Verfasser entsprechend kommentiert.

Wesentliche Aspekte der Gesetzesänderungen umfassen u. a. die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung zur Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten Versorgung, den Abbau von Überversorgung in Großstädten, die Förderung der Niederlassung von Landärzten sowie die Lockerung der zeitlichen Grenzen für Nebenbeschäftigungen von Vertragsärzten. Außerdem soll die Vereinbarkeit von Familie und Beruf z. B. durch bessere Möglichkeiten der Vertre-

tung sowie die Einstellung von Entlassungsassistenten gefördert werden.

Mit dieser Auflage ist dem Verfasser eine hervorragende Aktualisierung gelungen, die die juristische und auch die ärztliche Leserschaft auf verständliche Weise, sowohl im Überblick als auch im Detail, über sämtliche zulassungsrelevanten Aspekte der Ärzte-Zulassungsverordnung informiert. Besonderheiten, die sich für Zahnärzte, Psychotherapeuten sowie für medizinische Versorgungszentren ergeben, finden ebenfalls angemessene Beachtung.

Ass. Anke Werner, München

Jürgen Stoschek

Brustimplantate, Gelenkersatz und Co. – Wo bleibt die Patientensicherheit?

Nach den Skandalen um fehlerhafte Silikonbrustimplantate und Hüftgelenksprothesen sind Medizinprodukte ins Gerede gekommen. Bei einem GRPG-Gespräch in der Deutschen Parlamentarischen Gesellschaft in Berlin wurde die Frage diskutiert, ob die bestehenden gesetzlichen Vorgaben ausreichen, um Patienten wirksam zu schützen, oder ob neue Qualitätskriterien und eine Nutzenbewertung bei der Zulassung von Medizinprodukten erforderlich sind.

Nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) sind Medizinprodukte definiert als „... alle einzeln oder miteinander verbunden verwendeten Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Software, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen oder andere Gegenstände einschließlich der vom Hersteller speziell zur Anwendung für diagnostische oder therapeutische Zwecke bestimmten und für ein einwandfreies Funktionieren des Medizinproduktes eingesetzten Software, ...“, berichtete Professor Gerd Glaeske, Universität Bremen, in seiner Einleitung. Anders als Arzneimittel seien Medizinprodukte hauptsächlich physikalisch wirkende Gegenstände. Das Bundesgesundheitsministerium gehe von schätzungsweise 400 000 verschiedenen Medizinprodukten aus, so Glaeske.

Zu den Medizinprodukten gehören

- Medicalprodukte – nicht aktive medizinische Verbrauchsartikel, wie z. B. Verbandmittel, Produkte zur Intensiv- und Krankenversorgung, medizinische Hilfsmittel und OP-Materialien, aber auch Implantate und medizinisch-technische Produkte
- Aktive implantierbare medizinische Geräte, wie z. B. Herzschrittmacher
- Elektromedizinische Geräte, wie z. B. Beatmungsgeräte, Hörgeräte etc.

- Medizinisch-technische Instrumente und Produkte, wie z. B. Skalpelle, Brillen, Rollstühle etc.
- Dentalprodukte
- In-vitro-Diagnostika und Diagnostikgeräte
- Produkte zur Empfängnisregelung
- Denaturiertes menschliches Gewebe

Eine nationale hoheitliche Zulassung von Medizinprodukten, vergleichbar der von Arzneimitteln, finde nach den Vorgaben des MPG nicht statt, erinnerte Glaeske. Vielmehr erfolge eine Konformitätsbewertung (CE-Kennzeichen) durch den Inverkehrbringer, begleitet je nach Risikoklasse (I – geringes Risiko bis III - hohes Risiko) von einer Fremdkontrolle durch die „Benannte Stelle“. Etwa 90 Prozent der GKV-finanzierten Hilfsmittel fallen in Risikogruppe I. Das bedeute, dass die Hersteller die EG-Konformitätserklärung selbst abgeben können und eine unabhängige Prüfung der Produktqualität nicht notwendig ist, erklärte Glaeske.

vzbv: Erhöhtes Risiko für Patienten

In Europa werden Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den USA im Interesse eines möglichst einfachen Marktzugangs der Hersteller deutlich höheren

Risiken durch Medizinprodukte ausgesetzt, erklärte Susanne Mauersberg vom Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv). Ein Medikament könne abgesetzt werden, wenn es zu unerwünschten Nebenwirkungen kommt. Medizinprodukte, die lange Zeit im Körper verbleiben sollen, müssten dagegen bei Problemen operativ entfernt werden. „Allein bei Hüft- und Knieersatz kommt es in Deutschland zu 37 000 Wechseloperationen pro Jahr. Da es kein verpflichtendes Register gibt, ist unklar, ob und in welchem Umfang Materialfehler zu dieser Zahl beitragen“, sagte Mauersberg.

Dennoch unterlägen auch Medizinprodukte, die hohen Risikoklassen (IIb und III) angehören und im Körper verbleiben, anders als Medikamente keiner amtlichen Zulassung, kritisierte sie. Bei der Zertifizierung, die auf der CE-Kennzeichnung beruht, würden ausschließlich die technische Funktionsfähigkeit und die prinzipielle Produktsicherheit überprüft, nicht aber der Nutzen, den Patienten aus dem Produkt ziehen können. Die Hersteller könnten sich die „Benannten Stellen“, die die Prüfung vornehmen und bei der sie sich zertifizieren und kontrollieren lassen, selber aussuchen. Es gebe EU-weit keine einheitlichen Standards.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüße unter dem Aspekt der Patientensicherheit mit Nachdruck die in den Anträgen von Bündnis 90/Die Grünen und SPD im Bundestag aufgestellten Forderungen, erklärte Mauersberg. Diese sind:

- Europaweit einheitliche amtliche Zulassung für Medizinprodukte der Risikoklassen II b und III (Reform EU-Richtlinien)

- Kostenübernahme der GKV für neue Medizinprodukte nur, wenn Patienten nutzen im Verhältnis zu den Risiken nachgewiesen ist (Regelung SGB V analog zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln)
- Unangekündigte Kontrollen zur Verbesserung der Sicherheit schon im Markt befindlicher Produkte
- Systematische Versorgungsforschung, Langzeitüberwachung und Rückverfolgbarkeit von Produkten (Studienregister, Implantateregister, Patientenverzeichnis, zentrale Meldestelle für Probleme mit Medizinprodukten)
- Verpflichtende Haftpflichtversicherung für Hersteller und Entschädigungsfonds analog zur EU-weiten KFZ-Haftpflicht (Medizinproduktegesetz/EU-RL)
- Kostenloser Austausch von Implantaten bei Serienfehlern (Medizinproduktegesetz)
- Verbesserung des Meldewesens und der Patientenaufklärung: Sanktionen; verpflichtende Aushändigung von Implantat ausweisen (Patientenrechtegesetz)

Außerdem fordere der Verbraucherzentrale Bundesverband, im Rahmen der zentralen Meldestelle zu ermöglichen, dass strukturiert Hinweise von Patienten über mangelhafte Medizinprodukte aufgenommen werden können. Erfahrungen auf EU-Ebene im Bereich der Arzneimittel zeigten, dass Betroffene wichtige Erkenntnisse beisteuern können, wenn es darum geht, frühzeitig auf systematische Probleme, zum Beispiel mit Produktserien aufmerksam zu werden. Außerdem könne auf diese Weise der Druck auf Leistungserbringer und Hersteller erhöht werden, ihrer Meldepflicht nachzukommen. Besondere Aufmerksamkeit verdiene der Bereich ästhetischer Operationen, wo innerhalb der EU eine Vielzahl von wenig geprüften Materialien zum Einsatz kommt, erklärte Mauersberg. Diese könnten schwerwiegende Nebenwirkungen haben

und Folgeoperationen nach sich ziehen. Allein bei Faltenunterspritzung seien hier 160 Produkte auf dem Markt, während in den USA nur zehn zugelassen seien.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband schließe sich der Grundforderung des GKV-Spitzenverbandes an, dass es im Bereich der Medizinprodukte weniger Markt und deutlich mehr Patientensicherheit geben muss, erklärte Mauersberg.

BVMed: Staatliche Zulassung bringt keinen Sicherheitsgewinn

Eine Zulassung von Medizinprodukten durch staatliche Stellen bringe keinen Sicherheitsgewinn und verlangsamen den Patientenzugang zu Medizinprodukten, erklärte Joachim M. Schmitt vom Bundesverband Medizintechnologie (BV-Med). Beim Skandal um fehlerhafte Brustimplantate handele es sich nicht um ein Zulassungs-, sondern um ein Überwachungsproblem. Das Vollzugsdefizit sollte daher durch bessere Kontrollen und verbesserte Koordination der Überwachungstätigkeit beseitigt werden.

Die gesetzlichen Marktzugangsregelungen, die durch die EU-Richtlinien und das Medizinproduktegesetz in Deutschland vorgeschrieben sind, seien ausreichend, betonte Schmitt. Bei Produkten der höchsten Risikoklasse III – hierzu gehören die meisten Implantate – seien die gesetzlichen Anforderungen an die CE-Zulassung vergleichbar hoch wie beim Arzneimittelrecht. Zwingend vorgeschrieben sind hier:

- eine Risikoanalyse und Risikobewertung zum Nachweis der Sicherheit,
 - die Durchführung einer klinischen Prüfung zum Nachweis der Leistungsfähigkeit und Wirksamkeit des Medizinprodukts
- sowie
- ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem.

„Eine Zulassung von Medizinprodukten durch staatliche Zulassungsbehörden würde keine höhere Sicherheit bringen“, erklärte Schmitt. Bei der Zulassung von Arzneimitteln durch staatliche Stellen würden die vom Hersteller eingereichten Dokumentationen inklusive der Bescheinigungen der Testlabore geprüft. Es finde damit ebenfalls nur eine Papierprüfung statt.

Das geltende Recht für Medizinprodukte gebe genügend Instrumentarien zum Schutz des Patienten vor fehlerhaften Medizinprodukten an die Hand. „Sie müssen nur konsequent in allen europäischen Ländern angewendet werden. Bessere Kontrollen, sowohl durch die Benannten Stellen als auch durch die zuständigen Aufsichtsbehörden, wären sicherlich sinnvoll. Schon nach den heute geltenden Vorschriften sind unangemeldete Kontrollen und Stichprobenziehungen möglich“, erklärte Schmitt.

Nach Ansicht des BVMed sollte die Überwachungstätigkeit der staatlichen Überwachungsbehörden besser koordiniert und der Informationsaustausch unter den Behörden verbessert werden. Hier habe die Bundesregierung vor kurzem richtigerweise die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des Medizinproduktegesetzes auf den Weg gebracht. Erforderlich seien auch Verbesserungen am Meldesystem. Meldungen über Vorkommnisse mit Medizinprodukten sollten in einer zentralen Datenbank europaweit erfasst und analysiert werden. Die Nachverfolgbarkeit von Implantaten sollte durch eine eindeutige Identifikation und Erfassung gewährleistet werden.

Autor:
Jürgen Stoschek
Josef-Jägerhuber-Str. 4
82319 Starnberg

Helmut Platzer

Europäische Regelungsbezüge auf das nationalstaatliche Gesundheitswesen und aktueller Bedarf

Viele politische Entscheidungen und Kodifizierungen auf europäischer Ebene haben massive Auswirkungen auch auf die Rahmenbedingungen für die Tätigkeit deutscher Krankenkassen. Dazu zählt etwa die EU-Patientenrechte-Richtlinie, ein massiver Auftrag an die nationale Gesetzgebung. Auch die Richtlinien zur Organspende bzw. zu Transplantationen finden sich bodenständig in den Aufgaben nationaler Sozialversicherungsträger abgebildet wieder.

Große Sorgen bereitet das Thema Ausbildungsstandards für Pflegeberufe. Wenn auf der Basis einer europaweiten bildungspolitischen Vereinheitlichungseuphorie Pflegekräfte künftig die Voraussetzung für eine akademische Ausbildung vorweisen müssen, dann werden wir in Deutschland schlicht und ergreifend das Personal nicht mehr finden, das wir brauchen. Von der Kinderpflege über die Krankenpflege bis zur Altenpflege wird es zu einem gnadenlosen Wettbewerb um Fachkräfte kommen, vermutlich zulasten der Altenpflege.

Die Richtlinien zur Bekämpfung von Arzneimittelfälschungen sind ebenfalls ein großes Thema. Sie zeigen, dass das entsprechende Problembewusstsein auf der europäischen Ebene offensichtlich wesentlich besser angekommen ist, als auf der nationalen Gesetzgebungsebene. Als Aufgabe steht auch die harmonisierte Vergleichsbetrachtung von europäischen Arzneimittelmärkten an. Auf Dauer wird es nicht angehen, dass die Kosten-Nutzen-Relation in jedem EU-Land anders eingeschätzt wird.

Neben den unmittelbar das Gesundheitswesen betreffenden Bezügen gibt es Re-

gelungsbereiche, die nur mittelbar das Gesundheitswesen angehen, aber nicht weniger massiv. Schon im Dezember 2010 ist ein sogenanntes Grünbuch – eine Gedankenskizze, wie sich die Mehrwertsteuerpolitik europaweit weiterentwickeln soll – durch die Kommission vorgelegt worden. Das Ziel ist völlig klar und eindeutig: Für alle privaten und öffentlichen Institutionen soll es europaweit eine einheitliche Mehrwertsteuerpraxis geben. Dafür wird sowohl die Privilegierung der Sozialversicherungsträger aufgegeben, als auch die unterschiedliche Besteuerungspraxis nach der Mehrwertsteuer-Richtlinie beendet.

Die Mehrwertsteuerbefreiung würde somit für Sozialversicherungsträger entfallen, und zwar auch in ihrem Kerngeschäft wie etwa der Leistungserbringung von Ärzten im Rahmen des Sachleistungsprinzips. Es gibt bereits sehr konkrete Vorstellungen über die weitere Umsetzung. So soll bis 2014 ein sogenanntes Weißbuch entstehen mit einer konkreten Handlungsanweisung für den europäischen Gesetzgeber zur Realisierung dieses Vorhabens. Käme es zur Umsetzung, würden mit einem Federstrich des europäischen Gesetzgebers in Deutsch-

land allein für Krankenhausleistungen etwa zehn Milliarden Euro Mehrkosten anfallen. Dies entspräche einem Zusatzbeitrag von 17 Euro im Monat je Mitglied. Das Finanzierungskonzept der deutschen GKV wäre damit zunächst vollständig zerstört.

In diesem Umfeld anzusprechen sind auch die Unterschiede zwischen nationalstaatlichen und europäischen Definitionsversuchen des Unternehmensbegriffs sowie Privatisierungstendenzen. Jüngstes Beispiel ist die achte GWB-Novelle zur Ausweitung des Anwendungsbereichs des Kartellrechts für Krankenkassen im vollen Umfang. Auch hier wird der Bezug zum Europarecht massiv deutlich. Das gegenwärtige Vorhaben der Bundesregierung, nämlich das Kartellrecht über § 4 in vollem Umfang auf Krankenkassen anzuwenden, gefährdet eindeutig politische Handlungsspielräume der Bundesrepublik. Wenn das passiert, dann wird ein großer Teil der Regelungskompetenz über das Gesundheitswesen vom nationalen Gesetzgeber weggehen und in Brüssel wieder auftauchen. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Gleichsetzung mit privaten Unternehmen, die der deutsche Gesetzgeber ganz offensichtlich vorhat, von der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) abweicht. Der EuGH hat ganz bewusst eine Privilegierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgesprochen. Für ihn sind GKV-Unternehmen keine Unternehmen im europarechtlichen Sinn, sondern es sind Institutionen eigener Art, für die ein besonderer Schutz gilt. Innerhalb

dessen hat der nationale Gesetzgeber viele Gestaltungsmöglichkeiten. Auf diese Privilegierung beabsichtigt der nationale Gesetzgeber in Deutschland zu verzichten. Bei Umsetzung der Kartellrechtspläne würde Deutschland als betroffener Staat selbst eine Möglichkeit vergeben, die ihm der Europäische Gerichtshof ausdrücklich eingeräumt hat.

Europa und seine Regelungsebene muss im Fokus der Krankenkassen, im Fokus der Gesundheitspolitik ganz generell erheblich intensiver in alle Überlegungen mit einbezogen und ernster genommen werden als bislang. Man kann in Brüssel noch sehr viel darüber lernen, wie andere Unternehmens- und Wirtschaftsbereiche sich um die Thematik wesentlich intensiver bemühen als die deutsche Krankenversicherung. Sie sollte ihre Möglichkeiten erweitern, um auf die Entscheidungsprozesse dort vermehrt Einfluss zu nehmen. Was anzustreben ist, ist am Ende ein gesellschaftlicher Konsens, wie viel Eigenständigkeit ein nationales Gesundheitswesen und seine Player brauchen und wie viel man an eine europäische Ebene abgeben kann und abgeben will, ohne dass dies am Ende zu negativen Auswirkungen für die Versicherten führt. Zur Verdeutlichung sollen hier einige Anmerkungen zur Produkthaftung erfolgen. Der Implantationsskandal, die Verwendung fehlerhafter und ungeeigneter Silikonprodukte, die bei Operationen der weiblichen Brust eingesetzt wurden, zeigt überdeutlich, dass der nationale Ordnungsrahmen in Deutschland nicht annähernd ausreicht, um Patienten vor massiven Schädigungen durch medizinische Versorgung zu schützen. Aktuelle Versuche des deutschen Gesetzgebers, dem unter anderen im sogenannten Patientenrechtegesetz Rechnung zu tragen, bleiben in Ansätzen stecken und erwecken den Eindruck einer gewissen Halbherzigkeit. Bei diesem Thema handelt es sich im

Übrigen nur um die Spitze eines gewaltigen Eisbergs – auch Defibrillatoren, Herzklappen, Gelenkersatz oder Stents haben in jüngster Zeit vergleichbare Schlagzeilen gemacht. Durchaus ebenfalls vergleichbar stellt sich die Risikolage bei Medikamenten und Impfstoffen dar und schließlich gibt auch die Entwicklung im Bereich der sogenannten personalisierten Medizin Anlass zur Sorge, dass weitere Versorgungsrisiken in beachtlichem Umfang drohen könnten. Seit 2011 ist zwar eine Richtlinie gegen Arzneimittelfälschungen in Kraft, mit der gegen die stark steigende Zahl von Fälschungen vorgegangen werden soll. Ihr Ziel ist es, zu verhindern, dass gefälschte Arzneimittel, Vorprodukte sowie einzelne Wirkstoffe in die legale Lieferkette eindringen. Beispiele für schwerstes Fehlverhalten gab es in jüngerer Zeit insbesondere bei Heparin und Krebsarzneimitteln. Dies trägt gleichermaßen einem wirtschaftlichen Anliegen der Kostenträger wie auch dem Sicherheitsinteresse der Patienten Rechnung und schützt regelgerecht handelnde Marktteilnehmer im Wettbewerb.

Folgen der Globalisierung

Ein äußerst wichtiger Teilaspekt des Problems der über diesen Bereich hinausgehenden Produkthaftung stellt die Europäisierung und Globalisierung der Märkte für Medizinprodukte dar. So erfolgte beispielsweise der genannte Einsatz fehlerhafter Implantate eines französischen Herstellers, der deutsche Silikonprodukte verarbeitet, in mehreren europäischen Ländern. Mehrere nationale Prüf- und Zertifizierungsstellen waren tätig und nicht zuletzt verteilen sich die beteiligten Haftpflichtversicherer über mehrerer Länder. Eine einheitliche Regelungsmaterie zur Produkthaftung besteht in den betroffenen Ländern ohnehin nicht.

Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs ist ganz eindeutig. Das europäische Produkthaftungsrecht betrifft nur Hersteller und Lieferanten, aber nicht Leistungserbringer. Wenn also beispielsweise eine im Ausland produzierte Herzklappe in Deutschland implantiert wird und ein mangelhaftes Ergebnis herauskommt – aus welchen Gründen auch immer – ist mit dem geltenden Produkthaftungsrecht kein interessengerechter Schadensausgleich zu erreichen. Der Leistungserbringer – also die Klinik und der Arzt –, der das auswählt und verwendet, kann letzten Endes nicht belangt werden.

Mit dem Recht, auch in anderen EU-Ländern Leistungen – wenn auch unter ganz bestimmten Kautelen – in Anspruch nehmen zu können, ist das Recht auf bestmöglichen Schutz vor Behandlungsrisiken mit einem spezifischen europäischen Aspekt ein zentrales Interesse der Patienten von mindestens vergleichbarem Gewicht.

Zwar besteht bereits eine Europäische Produkthaftungs-Richtlinie zur Konkretisierung des Patientenschutzes und der Haftung für Medizinprodukte. Laut Entscheidung des EuGH vom 21.12.2011 ist diese – wie gesagt – jedoch nur auf Hersteller und Lieferanten anzuwenden. Die Einbeziehung von Leistungserbringern (Ärzte, Krankenhäusern) obliegt dem nationalen Gesetzgeber. Zusätzlich ist die Überwachung der Produktqualität als Ausdruck des Föderalismus zahlreichen, landesweit operierenden, untereinander kaum vernetzten Institutionen anvertraut. Da in den Ländern die Praxis infolgedessen sehr unterschiedlich ausfällt, soll mit der Medizinprodukte-Durchführungsvorschrift (Zustimmung des Bundesrates am 30.3.2012) für eine bundeseinheitliche Praxis gesorgt werden.

Demgegenüber ist eine zusammenfassende EU-Normierung vorzuziehen. Als gegenständliche Materien bieten sich Zulassungsregelungen von Medizinpro-

dukten, Versorgungsqualitätsstandards und Dokumentationspflichten sowie ein spezifisches Produkthaftungsregelwerk an. Eine Ergänzung der Patientenrechte-Richtlinie wäre ein geeignetes Umfeld für eine europäische Lösung, die dieser Ausgangslage gerecht wird. Zumindest einheitliche Standards wären auf diesem Weg zu setzen und die nationalen

Gesetzgeber zu adäquaten Maßnahmen zu veranlassen. Zu diesem Zweck sollte die Entlastung der Patienten von Globalisierungsfolgen beim Einsatz von Medizinprodukten als selbstständiges Regelungskonstrukt neben die bestehenden Normierungen für den grenzüberschreitenden Leistungsverkehr treten.

Autor:
Dr. Helmut Platzer
Vorstandsvorsitzender
der AOK Bayern
Carl-Wery-Str. 28
81739 München

Wolfram-Arnim Candidus

Quo vadis Gesundheitswesen – Was bringt der Wettbewerb?

Im Gegensatz zu den Inhalten des aktuellen Sondergutachtens des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vom Juni 2012 fordert die DGVP e.V. keine wettbewerblich organisierte Versorgung, sondern ein auf Effektivität ausgerichtetes Gesundheitswesen. 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 – indem er nur nach dem niedrigsten Preis und der geringsten Leistung schaut –, ist dies nicht nur gefährlich und unverantwortlich, sondern kommt auch auf Dauer alle teuer zu stehen.¹

1. Problemstellung und Schwerpunkte des Gutachtens

Hinsichtlich der Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens zitiert das Sondergutachten zwei Haupteinschätzungen (S. 15²): Die Kosten im Gesundheitswesen im Verhältnis zum Outcome, nämlich Lebenserwartung und Lebensqualität, sind zu hoch. Doch es gibt über-

durchschnittliche Potenziale zur Steigerung der Effektivität, wodurch die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens erheblich gesteigert werden könnte.

Dieser Aussage ist aus Sicht der DGVP voll zuzustimmen. Dennoch muss bezweifelt werden, dass der universelle Krankenversicherungsschutz als Beleg für eben jenes Potenzial gesehen werden kann.

Patienten in Deutschland sind mit offenen und stillen Rationierungen durch die gesetzliche Krankenkasse (GKV) 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 genau gegensätzlich. Dies ist eindeutig falsch.

Im weiteren Verlauf (S. 17) nimmt das Sondergutachten Bezug auf Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen und greift hierzu auf die Inhalte eines Gutachtens des Sachverständigenrats von 2001 zurück. Nun nimmt das Gutachten 2012 diesen Faktor erneut auf. Muss erneut ein Jahrzehnt vergehen, ohne dass es wesentliche strukturelle Verbesserungen zum Abbau der Über-, Unter- und Fehlversorgung gibt? Gleichzeitig kommt es einer Ohrfeige

¹ Den vollständigen Text der Stellungnahme finden Sie unter www.dgvp.de zum Download (pdf). Druckversionen erhalten Sie über die Geschäftsstelle der DGVP e.V. für Gesundheit (Tel 06247-904 4990, info@dgvp.de).

² Die Seitenzahlen beziehen sich auf den Text der Kurzfassung des Sondergutachtens, erhältlich über www.svr-gesundheit.de oder über www.dgvp.de

für die Politik gleich, wenn bereits ange-mahnte Probleme in der Zwischenzeit in keiner Weise angegangen wurden.

Letztlich fordert der Sachverständigenrat den Abbau von Schnittstellenbrüchen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung. Die DGVP hingegen fordert die Herstellung von Schnittstellen zwischen allen Berufsgruppen und Institutionen der Versorgung/Behandlung/Betreuung (im Folgenden nur als Versorgung bezeichnet) im Gesundheitswesen. Effiziente Zusammenarbeit und Arbeitsteilung verhindern Brüche. Nur so können die vom Gutachten gewünschten und seit Jahrzehnten vorhandenen Potenziale zur Erhöhung der Effizienz und Effektivität in der Gesundheitsversorgung genutzt werden. Die DGVP fordert dies seit ihrer Gründung im Jahr 1989 und stößt dabei leider auf erheblichen Widerstand.

Ein Ursprung für alle Fehlentwicklungen der letzten Jahre liegt in der unzureichenden Vernetzung der Berufsgruppen und Institutionen der Versorgung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Dies ist bekannt. Hierzu bedarf es keiner gutachterlichen Stellungnahmen.

Generell fordert der Sachverständigenrat einen stärkeren Zielbezug der Gesundheitspolitik (Kap. 2). Im Zentrum der Gesundheitsversorgung müssen die Verbesserung des Gesundheitszustandes des einzelnen Bürgers und eine bedarfsge-rechte Versorgung stehen.

Diese Feststellung ist ausdrücklich zu begrüßen. Der Vorstand der DGVP mahnt jedoch an, dass eben 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. Die Politik wird beherrscht von Lobbyisten und Wirtschaftsinteressen sowie von Wahlperioden. Die DGVP fordert die Orientierung der Gesundheitspolitik auf die Interessen der Bürger/Ver-

sicherten (im Folgenden nur als Bürger bezeichnet) und deren Angehörigen.

Das Sondergutachten stellt des Weiteren die Forderung nach einem funktionsfähigen Preis- und Qualitätswettbewerb und einer wettbewerbsfähigen Gesundheitspolitik.

Dies kann die DGVP 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 GKV und die ausufernde Gestaltung von Selektiv- und Rabattverträgen sind Ausprägungen davon. Die übertriebene Bewertung von „Preiseuphorie“ in Bezug auf die Kosten und den Nutzen tut ihr Übriges. Damit ist auch die wohnortnahe Versorgung nachhaltig gefährdet.

Richtig und wichtig aus Sicht des DGVP-Vorstandes ist deshalb die sofortige Umgestaltung der Versorgungsstrukturen auf ein verpflichtendes Miteinander aller Berufsgruppen und Institutionen des Gesundheitswesens einhergehend mit dementsprechend besserer 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 der DGVP keiner weiteren Ansätze des Wettbewerbs, sondern entsprechender Rahmenbedingungen für ein erfolgreiches Miteinander.

Im Zentrum des Gutachtens steht die Frage, ob und inwieweit der Wettbewerb bzw. seine Intensivierung zum Abbau von Ineffizienzen und Ineffektivitäten beizutragen vermag (S. 17). In der Argumentation 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 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.

2 Wettbewerb als Instrument zur Realisierung einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung

Laut Sondergutachten können drei zentrale gesamtwirtschaftliche Koordinationsmechanismen die benötigte Koordination zur Ressourcenkontrolle und -allokation erfüllen (S. 21/22):

- Markt- und Preismechanismus,
- öffentliche Planung sowie
- korporative Koordination.

Markt- und Preis können nach Überzeugung der DGVP nur für einen Konsumentenmarkt als Kontrollmechanismen gelten, bspw. bei der Nachfrage nach Waschmitteln, Autos, Lebensmitteln. Er ist jedoch nicht geeignet für ethisch volkswirtschaftliche Strukturen der Versorgung wie das Gesundheitswesen. Diese Versorgung darf nicht zu einem „Markt“ verkommen. Der DGVP-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 das System anzupassen an die demografischen Herausforderungen in den kommenden Jahrzehnten und die Anforderungen der Bürger.

Die öffentliche Planung brachte aus Sicht der DGVP bisher eher Nachteile für die Versorgung und Vergütung als Vorteile.

Die strukturelle Versorgung muss so ausgelegt sein, dass die Regionalisierung der Strukturen vor Ort, also in den Städten, Kreisen und auf dem Land, erste Priorität hat. Zentralistische Planung und Steuerung sind fehl am Platz. Nur so kann die wohnortnahe Versorgung für die Bürger erhalten bleiben und gleichzeitig eine existenzsichernde 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 Versorgungsbedarfs 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 Malussysteme bei isolierter Verhaltensweise führen dagegen schnell zur Freisetzung von Effizienzen.

In der Analyse der Effizienzpotenziale greift das Gutachten auf das Konzept der Produktionseffizienz zurück (S. 23). Der DGVP-Vorstand hält diesen Begriff für ungeeignet für die Strukturen des Gesundheitswesens. Der einzelne Bürger, der versorgt wird, sollte nicht der Bewertung der Produktionseffizienz unterliegen. Auch nicht die Mitarbeiter in der Versorgung. Im Gesundheitswesen geht es nicht um die Herstellung von Waren

oder um die Erbringung von Dienstleistungen, sondern um einen ganzheitlichen Ansatz der Versorgung für Individuen mit unterschiedlichen Anforderungen, mit dem Ziel die Gesundheit wieder herzustellen bzw. Krankheit zu vermeiden. Dies kann nicht mit Produktionsziffern kalkuliert und bewertet werden.

Laut Sachverständigenrat erfolgt die gesundheitliche Leistungserstellung „vielfach an der falschen Stelle [...], ohne hinreichende sektorenübergreifende Koordination, bei mangelnder Transparenz für die Nutzer und ohne funktionsgerechte wettbewerbliche Rahmenordnung“ (S. 24).

Dieser Aussage stimmt der DGVP-Vorstand zu. Im Bereich der Versorgung gibt es bisher nur selten richtige Kooperationen zwischen den Berufsgruppen und Institutionen, dafür aber 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 darf nicht forciert, sondern muss 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.

Laut Sondergutachten trägt Wettbewerb instrumental zur Verwirklichung höherer Gesundheitsziele bei (S. 24).

Dieser Aussage widerspricht der Vorstand der DGVP eindeutig. Nach Erfahrung der DGVP senkt der Wettbewerb zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen die Qualität der Versorgung und steigert die Kosten. Das Gleiche gilt auch für die Wettbewerbssituation zwischen ambulanten Haus- und Fachärzten oder zwischen häuslicher und stationärer Pfl-

ge. Die Faktoren des Wettbewerbs tragen nicht zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung bei, sondern zerschlagen bestehende und funktionierende Versorgungssysteme.

Der Sachverständigenrat stellt die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung sowie eine bedarfsgerechte Versorgung als oberstes Ziel fest (S. 25). Darüber hinaus werden auch gesamtwirtschaftliche Ziele betrachtet, wobei die „Erzeugung von längerfristigen Kapazitäts- und Produktivitätsreserven durch Erweiterung des Produktionspotenzials und die Verbesserung des Humankapitals“ inkludiert sind.

Auch wenn die DGVP dem obersten Ziel zustimmt, muss diese Formulierung abgelehnt werden. 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 in der Versorgung muss bei allen Überlegungen und Maßnahmen erste Priorität haben, nicht ein künstlich hochgespielter und schädlicher Wettbewerb.

Unter das genannte Zielspektrum fasst das Sondergutachten auch die Steigerung des Wachstums des realen Sozialprodukts (S. 25).

Diese Formulierung lehnt der DGVP-Vorstand ebenfalls 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 gesenkt werden muss und die bestehenden Effizienzpotenziale freigesetzt werden.

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

ZUR DISKUSSION GESTELLT

- 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 mehr als 20 Jahren stellt die DGVP diese Forderungen an Politik und Selbstverwaltung. Leider vergeblich, da die Interessen der Bürger nicht gewahrt oder nur teilweise wahrgenommen werden.

Die genannten Leitbilder werden für den anstehenden Bundeswahlkampf 2013 wohl nur attraktive Slogans darstellen. Sie eignen sich hervorragend für Wahlkampfveranstaltungen. Die Absicht zur wirksamen Umsetzung von Maßnahmen zur Effizienzsteigerung wird sich aber wahrscheinlich erneut nur auf die Ausschüttung von Beiträgen erstrecken oder Fehlerzuweisung an einzelne Berufsgruppen.

Entsprechend seines Arbeitsauftrags fordert das Sondergutachten einen funktionsfähigen Wettbewerb (S. 26), der u.a. Folgendes enthält:

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

Erneut muss darauf hingewiesen werden, dass diese Mechanismen und gedank-

lichen Prinzipien nur für einen echten Konsumentenmarkt verwendet werden sollten, nicht aber für die effektive und effiziente Versorgung im Gesundheitswesen.

Das Sondergutachten gliedert das Gesundheitswesen in vier Wettbewerbsfelder (S. 26ff). Als erstes Wettbewerbsfeld gilt der private Gesundheitsmarkt. Die Berufsgruppen und Institutionen stehen im Wettbewerb um die private Nachfrage der Bürger.

Der sogenannte private Gesundheitsmarkt ist jedoch geprägt von irrationalen Entwicklungen. Dazu gehört das Überangebot an frei verkäuflichen Arzneimitteln, die von den Bürgern im Wesentlichen unkontrolliert genutzt werden. Dies kann zu Folgekosten führen.

Die individuellen Gesundheitsleistungen haben durch ihr teilweise unqualifiziertes, auf Umsatz und Gewinn gerichtetes Werben zur Bedarfsweckung an Produkten und Behandlungen sogar negativen Einfluss auf die Bürger und auf die Vertrauensbasis zwischen Mediziner und Bürger. Der Hinweis, dass dieser freie Markt auch vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen abhängt (S. 27), 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.

Hinsichtlich des zweiten Wettbewerbsfeldes, dem kollektivvertraglichen System (S. 27), sind die Tatsachen nach Ansicht des DGVP-Vorstandes falsch dargestellt. Es besteht durchaus ein Wettbewerb unter den gesetzlichen und erst recht zwischen den privaten Krankenkassen. Der Wettbewerb in der GKV ist größtenteils intransparent, wird verdeckt geführt und ist beeinflusst von Werbung in allen Medien – finanziert aus den Beiträgen der Versi-

cherten. Zudem hat der Wettbewerb untereinander auch weiterführende Auswirkungen: Die stringente und fortwährende Einflussnahme der Kassen auf die Vergütung für den Versorgungsaufwand führt zu einem nachhaltigen Wettbewerb zwischen den Berufsgruppen und Institutionen der Versorgung. Auch die immer intensiver durchgeführten Ausschreibungen der Krankenkassen für Medikamente und Hilfsmittel bedeuten einen verschärften Wettbewerb zwischen Herstellern und Händlern.

Nach Einschätzung der DGVP führt dieses Vorgehen insgesamt zu sinkender Qualität in der Versorgung, zu mehr administrativem Aufwand und zum Anstieg der Folgekosten. Der willkürliche Preis- und Qualitätswettbewerb der Kassen führt letztlich zur Zerschlagung bestehender Versorgungsstrukturen im ambulanten und stationären Bereich.

Im dritten Wettbewerbsfeld, dem Versicherungsbereich, attestiert das Sondergutachten zwar wettbewerbliche Differenzierung, aber keine Verbesserung bei Effizienz und Effektivität der Versorgung. Dies setze ein Übergreifen des Wettbewerbs zwischen den Kassen auf den Leistungsbereich voraus (S. 27).

Genau diesem Denkansatz hat der Vorstand der DGVP bereits eine Absage erteilt. Die DGVP betont seit langem, dass die vorhandenen wettbewerblichen Prozesse die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung nicht verbessern, sondern belasten. Generell gesprochen, aber auch im vierten genannten Wettbewerbsfeld, dem selektivvertraglichen System (S. 28), zerschlägt der Preiswettbewerb (S. 29) nach Ansicht der DGVP das System der Versorgung. Zur Lösung bedarf es eines wirklichen Strukturwandels mit Orientierung auf den individuellen Bedarf des Bürgers, welche in den Strukturen des Systems und für alle Institutionen und Berufsgruppen erste Priorität

tät bei allen Überlegungen und Maßnahmen haben muss.

Das Gutachten sieht die Stärkung der Nutzerkompetenz als Voraussetzung eines zielführenden Wettbewerbs (S. 29).

Die Ansicht, dass der Bürger durch eine zielorientierte Informationsgrundlage mündig und befähigt wird, ist zu unterstützen. Dies darf jedoch nicht wie bisher geschehen in Form von wettbewerblichen Informationen zu Produkten oder Leistungen, die vorher keiner unabhängigen Kontrolle unterworfen wurden. Der Bürger ist angewiesen auf objektive und unabhängige Informationen, denn aufgrund der vorhandenen Wissensasymmetrie kann er die Inhalte der Information nur sehr schwer bewerten.

Das Sondergutachten betont die wettbewerbliche Ausrichtung des Krankenversicherungsmarktes als erklärtes Ziel des Gesetzgebers (S. 29).

Es sei an dieser Stelle wiederholt: Der DGVP-Vorstand 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 GKV eher korrumpiert und zu Irritationen geführt. Die Zusatzbeiträge sind ein Beispiel dafür. Die zurückliegende Rationierungswelle hat letztendlich zu den jetzt vorhandenen finanziellen Reserven geführt, ausgetragen auf dem Rücken der Beitragszahler. Der Beitrag steht stabil bei 15,5%, während die Leistungen abgesenkt wurden. Dies kann nach Ansicht der DGVP nicht als Erfolg bezeichnet werden.

Nach Überzeugung der DGVP bedarf es keiner Anwendung des Kartellrechts für die Tätigkeit der Krankenkassen (S. 29ff.). Auch muss das Vergaberecht nicht auf die Faktoren der Versorgung ausgedehnt werden. Alle bisher realisierten Maßnahmen zur Kostensenkung über

das Vergaberecht müssen jedoch auf den Prüfstand, da es für eine hohe Qualität der Versorgung nicht nur um einen bestmöglich ausgehandelten Preis gehen darf, sondern um einen ganzheitlichen Ansatz in der Versorgung der Bürger.

3 Voraussetzungen für einen zielführenden Wettbewerb im Gesundheitswesen

Kollektive Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Verbänden der Vertragsärzte und Krankenhäuser dominieren in der GKV. Das Gutachten erklärt dadurch andere wettbewerbliche Optionen zur Ausnahme (S. 33).

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 oder modifizierte Satzungsleistungen gäbe es laut Aussage des Sachverständigenrats einige kassenspezifische Gestaltungsmöglichkeiten (S. 33).

Aus Sicht 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 (S. 34).

Dem ist voll zuzustimmen. Nicht nur wegen der demografischen Entwicklung in den kommenden Jahrzehnten wird mehr qualifiziertes Personal benötigt. Die Vernetzung unterschiedlicher Kompetenzen der Berufsgruppen und Institutionen in der Versorgung auf regionaler Ebene ist vonnöten. Diese zielführende Zusam-

menarbeit sollte aber nicht durch einen zielführenden Wettbewerb geschehen, sondern dem Mangel sachlich begegnen.

Der Sachverständigenrat stellt fest, dass u.a. eine Vielzahl von ausgebildeten Fachkräften der Medizin, Therapie und Pflege in andere Beschäftigungen wechseln (S. 35).

Unzureichend erwähnt bleiben aber die destruktiven Einwirkungen der Ökonomie auf die Berufsgruppen: der Leistungsdruck in immer kürzerer Zeit immer mehr Patienten zu betreuen, die ausufernde Dokumentationspflicht gegenüber Ökonomen, der Krankenversicherung und für die Haftpflichtversicherung. Die Abrechnungsmethoden sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich werden immer komplexer. Die Möglichkeit, Kredite für Investitionen in der freiberuflichen Arztpraxis oder der Pflegestation zu erhalten, ist durch das restriktive Verhalten der Banken erschwert. All das trägt dazu bei, dass sich motivierte und gut ausgebildete Fachkräfte durch die verfehlten politischen Entscheidungen aus der Versorgung am Patienten verabschieden. Das wirkt sich auf den zunehmenden Fachkräftemangel aus, der sich durch falsche ökonomische Anreize mit marktorientiertem Wettbewerb ergeben hat. Ändern sich die Rahmenbedingungen nicht, wird sich dieser noch weiter fortsetzen.

Hier sei auch die Entwicklung in der Pflege angeführt. Enorme Anstrengungen wurden unternommen, die Pflege stärker zu akademisieren. In einigen Bundesländern glaubt die Politik das Problem durch die Einrichtung von Pflegekammern lösen zu können. Dabei werden die unterschiedlichen Anforderungen der Gegenwart und Zukunft für diese wichtigen Berufe jedoch übersehen.

Der DGVP-Vorstand empfiehlt das Primary Nursing/die Primärpflege zur Entlastung der Mediziner. Als zweite Gliede-

rungsebene in der Qualifikation kommt dann zur Entlastung der Primärpflege die Sekundärpflege als qualifiziertes Bindeglied zwischen Patient/Angehörigen und Medizinern sowie Ökonomen hinzu. Ergänzt wird das System um die Tertiärpflege zur Betreuung und Beratung der Patienten bzw. Angehörigen und der Entlastung der Sekundärpflege. Politische Vorschläge wie der Einsatz ungelerner Kräfte oder Langzeitarbeitsloser in der Pflege sind hier nicht 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 der DGVP nicht geduldet werden. Die Qualifikationen der Pflege-Mitarbeiter dürfen nicht auf ein Minimum reduziert werden. Die Überlegungen mancher Ökonomen oder anderer Berufsgruppen, durch reduzierte Qualifikationen in der Pflege Finanzmittel einsparen zu können, also Kostensenkungen zu ermöglichen, ist völlig falsch. Dadurch wird nur die Qualität der Versorgung abgesenkt, was letztlich zur Steigerung der Kosten führt.

Wünschenswert wäre, dass sich die Berufsgruppen zu einer interaktiven und intersektoralen Zusammenarbeit entschließen. Hierdurch würden die vielfältigen Kompetenzen miteinander vernetzt, die Effizienz und Effektivität der Versorgung und des Systems dadurch insgesamt und intensiv gesteigert. Deshalb fordert der DGVP-Vorstand die Pflicht zur Zusammenarbeit, verbunden mit Anreizsystemen in Vergütung und Förderung und bezogen auf eine regionale Ebene. Notwendig sind weiter eine zweckmäßige Delegation von Aufgaben und die Übernahme von Verantwortung zwischen den Berufsgruppen und Institutionen zur Verbesserung der Effektivität des bestehen-

den Versorgungssystems. Dies dient dann auch der Zukunftssicherung aller Berufsgruppen bzw. Institutionen.

Den Ausführungen des Gutachtens zu den Maßnahmen der modifizierten Ausbildung von Berufsgruppen der Versorgung (S. 41ff) stimmt die DGVP uneingeschränkt zu. Entscheidend für alle Berufsgruppen müssen ein verbessertes Betriebsklima, mehr Partizipations- und Mitsprachemöglichkeiten sowie die Verbesserung von Vergütung und Lebensqualität sein.

Die aktuelle Ausgangssituation der Gesundheitsversorgung ist 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 bestehende Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung muss genauso aufgehoben werden wie die Trennung von medizinischer 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 muss es nach Überzeugung des DGVP-Vorstandes also nicht um Wettbewerb im Gesundheitswesen, sondern um effektiv wirksame Strukturreformen gehen - und auch nicht um falsche politische Ablenkungsmanöver mit dem Ruf nach mehr Markt.

Bezugnehmend auf seine früheren Gutachten aus den Jahren 2000/2001 und 2003 und den Aussagen im Sondergutachten 2012 zur Verbesserung der Patienten- und Nutzerorientierung widmet sich der Sachverständigenrat der Stärkung der Nutzerkompetenz (S. 45ff).

Die DGVP e.V. bemüht sich seit ihrer Gründung 1989 ehrenamtlich um diese Aufgabenstellung. Aufgrund dessen fällt der Kommentar zu diesem Themenkomplex ausführlicher aus.

Ökonomische Anforderungen an die Versorgung beeinflusst die Orientierung auf den Bürger eher negativ. Man kann sogar noch einen Schritt weiter gehen: Der Bürger wird derzeit fast ausschließlich als Kostenfaktor beurteilt. Dies gilt übrigens nicht nur im Gesundheitswesen.

Bereits in früheren Jahren stellte der Sachverständigenrat Forderungen zur Intensivierung der Prävention. Dies wäre ein wichtiger Teil der notwendigen Nutzerorientierung gewesen. Präventionsmaßnahmen wurden dennoch nicht forciert. Für die Behandlung von Krankheit durch präventive Maßnahmen scheint es kein nachhaltiges Interesse der Selbstverwaltung, der Krankenkassen oder der Politik zu geben. Dies ist bedauerlich. Nötig sind nach Beurteilung der DGVP ein radikales Umdenken und eine entsprechende Prioritätensetzung.

Die Erfahrungen der DGVP hinsichtlich Verhalten und Urteilsfähigkeit des Bürgers im Gesundheitswesen zeigen, dass er als Nutzer mit seinen Kompetenzen in der Regel nur Faktoren wie lecker, warm, sauber, freundlich, gut organisiert usw. beurteilen kann. Bezüglich der Diagnostik, Therapie, Pflege sowie zur Struktur der Versorgung ist die Kompetenz nur gering und das Urteilsvermögen dementsprechend stärker eingeschränkt.

Der Nutzer ist abhängig. Die vorhandenen Informationen können von ihm wegen seines Wissensdefizits nur schwer inhaltlich geprüft werden. Informationen werden allerdings von Krankenkassen, Politik sowie Berufsgruppen und Institutionen auch zum Scheinmarketing benutzt. Sie führen dann beim Nutzer eher zu Verunsicherung, aber nicht zur Informationskompetenz.

Der Bürger braucht glaubwürdige, vollständige und ungefilterte Informationen. Dies gilt im Übrigen auch für die Kernaussagen von Politik und Ökonomie – diese Aussagen sind meist orientiert an Partikularinteressen und nicht ausgerichtet auf die Zukunftssicherung der Strukturen des Gesundheitswesens mit mündigen Bürgern.

Für den Bürger müssen geprüfte und zuverlässige Informationen zu den Systemstrukturen, den Möglichkeiten und Notwendigkeiten der Diagnostik, Therapie und Pflege erhältlich sein. So werden Vertrauen und damit Effektivität in der Versorgung etabliert. Dabei muss das Ziel sein, unter Berücksichtigung aller Faktoren die individuellen Aufgabenstellungen der Versorgung so darzulegen, dass der Nutzer diese verstehen kann. Nur das führt zum mündigen Bürger als Nutzer des Gesundheitswesens – auch wenn dies oftmals unbequem sein mag.

Seit 2002 gibt es anhaltende Bemühungen zur besseren Berücksichtigung der Rechte der Bürger im Gesundheitswesen. Leider erfolgt die Umsetzung nur halbherzig. Das Gutachten verweist auf das Pflegeweiterentwicklungsgesetz des Jahres 2008, auf das Dokument „Patientenrechte in Deutschland“ (2002), die Charta der Rechte der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen (2005) und das 2012 im Bundestag verabschiedete Gesetz zur Regelung der Patientenrechte. Weiterhin werden genannt die Einführung eines Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten, die Installation der Unabhängigen Patientenberatung UPD (allerdings ohne expliziten Hinweis auf deren finanzielle Abhängigkeit von den gesetzlichen Krankenkassen), die Mitwirkung von durch die Selbstverwaltung und Politik zugelassenen Patientenvertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss ohne Stimmrecht, aber mit Anhörungsberechtigung (S. 47f). Somit muss der un-

bedarft Bundesbürger davon ausgehen, dass seine Interessen voll zu Geltung gebracht werden.

Die Bürger sind als Beitragszahler sehr willkommen – auch bei Zuzahlungen wie Praxisgebühr oder Selbstbehalten. Die Erfahrung der DGVP zeigt aber gleichzeitig, dass die Leistungen der Krankenkassen in den letzten Jahren gekürzt wurden und die Bearbeitung von Antragsstellungen zu verordneten Leistungen oft verzögert erfolgt. All das dient letztlich auch dazu, unpopuläre Wettbewerbsaspekte wie die Erhebung von Zusatzbeiträgen zu vermeiden.

Man kann sich wundern, dass Verbraucherverbände oder die Verbände der Selbsthilfeorganisationen dies nicht laut und deutlich kritisieren. Erst recht müsste das über die Unabhängige Patientenberatung erfolgen. Die Vermutung liegt nahe, dass dies wegen der Abhängigkeit dieser Organisationen von Finanzmitteln der Ministerien oder der GKV nicht so ist. Auch die stärkere Einbindung in den Gremien dient mehr dem Profil der Vertreter dieser Organisationen als den Bürgerinteressen im Gesundheitswesen, da der überwiegende Teil der Personen und Institutionen nicht unabhängig agieren kann oder darf.

Der Bürger hat weder bei der Gestaltung der Versorgung noch den damit in Verbindung stehenden Strukturen ein nachhaltiges Mitspracherecht. Auch bei der Festlegung der individuellen Leistungen der Krankenkassen und aller Berufsgruppen/ 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 GKV, der Politik und der Ökonomie bestimmt. Der Bürger aber darf immer mehr zahlen

– selbst wenn der Beitragssatz derzeit festgeschrieben ist. Die in der Realität aber größer werdende finanzielle Belastung ist zurückzuführen auf die von den Kassen initiierten Leistungskürzungen oder -verzögerungen, die Zuzahlungen für Medikamente sowie Heil- und Hilfsmittel. Diese Beurteilung basiert auf den täglichen Erfahrungen der gemeinnützigen Vereinsarbeit der DGVP.

Hinsichtlich der im Sondergutachten genannten Erkenntnisse der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland e.V. und der Pflegestützpunkte (S. 49) muss auf die Gefahr der einseitigen Einflussnahme dieser Erkenntnisse durch die Kostenträger hingewiesen werden. Die Unabhängigkeit der UPD wird vom DGVP-Vorstand wegen der finanziellen Zuwendungen durch die GKV bezweifelt.

In diesem Zusammenhang müssen die unabhängige Finanzierung der Patientenberatung und die Auflösung der Pflegestützpunkte gefordert werden. Ferner sollte der Medizinische Dienst der Krankenkassen von den Krankenkassen losgelöst werden. Die dann unter dem Begriff „Medizinischer Dienst“ agierende Organisation wird als Interessenvertreter der Zahler, Bürger, Versicherten, Patienten, Pflegebedürftigen ausgebaut. Hierzu wäre also keine neue Behörde notwendig, durch die Umstrukturierung wären die Ressourcen frei. Der Dienst könnte so effektiv und nicht destruktiv tätig werden.

Zur Wahrung der Interessen und zur Legitimation wird bei den Kommunalwahlen je 5 000 Einwohner ein „überparteilicher Gesundheitscoach“ gewählt. Hochgerechnet würden damit rund 40 000 Personen in der gesundheitlichen Interessensvertretung der Bürger tätig sein. Die Finanzierung dieser Personen mit einem hochgerechneten Gesamtaufwand von ca. 8 Milliarden Euro pro Jahr erfolgt über Sonderabgaben für besonders gesundheitsschädliche Produkte. Somit wird eine

ZUR DISKUSSION GESTELLT

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, nicht den Weisungen der Selbstverwaltung, der GKV oder der politischen Mandatsträger. Das sichert die notwendige Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Bevölkerung, würde aber auch die stärkere Mitwirkung und Einbindung der gesamten Bevölkerung realisieren.

Eine weitere Aufgabe des so neu ausgestalteten Medizinischen Dienstes ist die Einbindung in alle Gestaltungsregelungen auf regionaler und überregionaler Ebene bei den Versorgungsstrukturen. Er muss als gleichberechtigter Partner der Selbstverwaltung und als Kontrollorgan der gesetzlichen und privaten Krankenkassen fungieren. Dazu gehört auch die Festlegung des Leistungsvolumens der Krankenkassen für die unterschiedlichen Krankheiten auf Grundlage der Kenntnisse zu Diagnose, Therapie, Pflege, Rehabilitation der kompetenten Berufsgruppen und Institutionen, ohne

den restriktiven Einfluss der GKV. Von den gewählten Coaches sollten nach Meinung des DGVP-Vorstandes etwa 400 als stimmberechtigte Mitglieder in die Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses gewählt werden und von diesen dann eine näher zu bestimmende Anzahl in die stimmberechtigte Mitarbeit im Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Durch dieses Konzept wird die Beratung aller Bürger regional konzentriert. Die einseitig geprägten Informationen durch diverse Interessenvertreter würden umgewandelt in eine unabhängige Kompetenzfabrik für alle Bürger zugunsten des Gesundheitssystems. Auch das Sondergutachten empfiehlt die Sicherung der Unabhängigkeit und Neutralität der Beratung der Bürger, was der Vorstand der DGVP seit 1989 fordert.

Die Ausrichtung auf die Anforderungen der Bürger unter Beeinflussung des neuen, unabhängigen Medizinischen Dienstes wird eine Wertschöpfung von 20% des derzeit eingesetzten Finanzvolumens (180 Milliarden Euro) ermöglichen, also eine Freisetzung von ca. 36 Milliarden

Euro zur Verbesserung der Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen. Somit würde die Zukunft der Versorgung unter Berücksichtigung der Aspekte der demografischen Entwicklung sichergestellt.

Nach Auffassung des DGVP-Vorstandes könnten zusätzlich die Sozialwahlen abgeschafft werden, und zwar auch auf dem Hintergrund, dass sich die Arbeitgeber seit zwei Jahrzehnten immer mehr aus der Verantwortung für ein zukunftssicheres Gesundheitswesen verabschiedet haben. Die Sozialwahlen werden nicht nur von der DGVP, sondern auch von vielen anderen Personen und Institutionen als Farce ohne Nutzen beurteilt. Der Vorstand der DGVP empfiehlt deshalb die Delegation von gewählten Vertretern des neuen Medizinischen Dienstes in das Bundesversicherungsamt mit dem Ziel der Interessenswahrnehmung für die Versicherten.

Autor:

**Wolfram-Arnim Candidus
DGVP e.V. für Gesundheit
Reinhardtstr. 29
10117 Berlin**

Buchbesprechung

Mehrtens, Gerhard; Brandenburg, Stephan: Die Berufskrankheitenverordnung (BKV), ergänzbare Sammlung der Vorschriften, Merkblätter und Materialien, Handkommentar aus rechtlicher und medizinischer Sicht für Ärzte, Versicherungsträger und Sozialgerichte – Lieferung 1/12: Mai 2012, erschienen im Erich Schmidt Verlag;

Die ergänzende Lieferung vertieft mit einer wissenschaftlichen Stellungnahme des Ärztlichen Sachverständigenbeirats „Berufskrankheiten“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales den Ein-

blick in die Berufskrankheitenverordnung (BK- Nrn. 2112 und 2402). Außerdem wird eine wissenschaftliche Begründung des Ärztlichen Sachverständigenbeirats zur Berufskrankheit „Larynxcarcinom durch intensive und mehrjährige Exposition gegenüber schwefelsäurehaltigen Aerosolen“ geboten. Auch ist hervorzuheben, dass diese Lieferung eine Statistik zu den Entwicklungstrends der einzelnen Berufskrankheiten enthält, die dem Leser einen hervorragenden Überblick über die aktuelle Krankheitssituation verschaffen. Auch diese Ergänzungslieferung wahrt die klar strukturierte Form und die gut

verständliche, prägnante Art des ganzen Werkes. Sie setzt sich intensiv mit den neuen Problematiken rund um die Berufskrankheitenverordnung auseinander und berücksichtigt dabei insbesondere die aktuelle Rechtsprechung und die Literatur. Die Kommentierungen weisen einen sehr praxisnahen Bezug auf, so dass sie insbesondere für Ärzte und Sozialgerichte geeignet ist. Die ausgezeichnete Qualität der Kommentierungen stellt somit eine sehr fundierte Auslegungshilfe dar.

Marie Grüger, München

Der Gemeinsame Bundesausschuss im Brennpunkt gesundheitspolitischer Entscheidungen

Freitag, 18. Januar 2013, Gemeinsamer Bundesausschuss,
Großer Konferenzraum, Wegelystraße 8, 10623 Berlin
Veranstalter: Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e. V.,
Widenmayerstraße 29, 80538 München

Leitung und Moderation
Gerhard Schulte, München

Tagesablauf Symposion

9.30 Uhr	Registrierung der Teilnehmer	
10.00 Uhr	Die Aufgaben des G-BA – Eine kritische Bestandsaufnahme	Josef Hecken G-BA, Berlin
	Zu Entscheidungen des G-BA an der Schnittstelle ambulant/stationär sowie bei Arzneimitteln	Prof. Dr. Eberhard Wille Universität Mannheim
	Kaffeepause	
	Die verfassungsrechtliche Stellung des G-BA im System der GKV - Die Rechtsnatur der Richtlinien des G-BA - Rechtsschutz gegen die Richtlinien - Prüfung der Normsetzung des G-BA durch die Rechtsprechung	Prof. Dr. Peter Axer Universität Heidelberg
12.40 Uhr	Mittagspause	Für die Teilnehmer steht ein Imbiss bereit
13.30 Uhr	Der G-BA und die Sicherung der Qualität bei sektorgleichen und sektorenübergreifenden Verfahren - Rechtliche Rahmenbedingungen für Qualitätswettbewerb - Spezialärztliche Versorgung	Karen Pottkämper, M.A. AQUA Institut, Göttingen
	Erwartungen an den G-BA bei der Frühbewertung des Zusatznutzens von Arzneimitteln	
	- aus ärztlicher Sicht	Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig AkdÄ, Berlin
	- aus Sicht der pharmazeutischen Industrie	Hanspeter Quodt MSD Sharp & Dohme GmbH, Haar
	Die wissenschaftliche Vorbereitung der G-BA-Entscheidungen	Prof. Dr. Jürgen Windeler IQWiG, Köln
16.00 Uhr	Ende des Symposions	

Mitgliederversammlung am 19. Januar 2013 in Berlin

10.00 Uhr bis ca. 15.00 Uhr, Kempinski Hotel Bristol, Kurfürstendamm 27, 10719 Berlin.

Einladung und Tagesordnung werden den Mitgliedern der GRPG mit besonderer Post zugesandt.

Gisela Fischer | Renate Müller

TRANSFERIS – Leadership in Healthcare

Transferis – Leadership in Healthcare ist ein neues Qualifizierungs-Programm für (angehende) Führungskräfte im Gesundheitswesen: sektorübergreifend, persönlich, kooperativ und nachhaltig. Die BMW-Stiftung Herbert Quandt, der LAOH - Verband von operativ und anästhesiologisch tätigen niedergelassenen Ärzten in Deutschland und die GRPG (Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e.V.) fördern und unterstützen das 10-monatige Programm. Maßgebliche Institutionen und Unternehmen des Gesundheitssystems sind Gastgeber.

Warum das Leadership Programm?

Täglich erleben wir, dass die Interessen der verschiedenen Akteure widersprechend aufeinanderprallen und wirkliche Verständigungsprozesse im Sinne konzertierter Aktionen kaum erfolgen. Die Beweggründe, Absichten und Entwicklungstendenzen der Institutionen und auch der in der Gesundheitswirtschaft prägend beteiligten Unternehmen sind anderen Akteuren oft nicht hinreichend klar. Es wird aneinander vorbei agiert.

Das deutsche Gesundheitswesen ist durch hohe Komplexität und eine Vielfalt von Akteuren und Interessenlagen gekennzeichnet. Dies erschwert belastbare nachhaltige Lösungen oder blockiert sie sogar durch einseitige lobbyistische Zielverfolgung von Institutionen und Unternehmen. Deshalb braucht das System neue sektorenübergreifende Kommunikationsformen. Voraussetzung dafür ist, dass die Partner ein besseres Wissen voneinander besitzen und gegenseitiges Verständnis füreinander aufbringen.

Sektorübergreifendes Denken wird gebraucht

Potenzielle Führungskräfte maßgeblicher Institutionen und Unternehmen des Ge-

sundheitswesens werden durch das interdisziplinäre Verbundprojekt Transferis – Leadership in Healthcare als künftige Führungselite des Gesundheitssektors hinsichtlich einer innovativen Systemkompetenz qualifiziert. Die Teilnehmer erhalten Einblicke in die Standortbestimmung, Zukunftsorientierung, Leitgedanken, Zielsetzungen und Strategien, nicht zuletzt auch Probleme prägender Institutionen/Unternehmen des Gesundheitswesens. An konkreten Fragestellungen der Versorgungs- und Strukturgestaltung werden kooperative Urteils- und Lösungsfindung erlernt. Es erfolgt eine Erweiterung des eigenen Denkraumens, die wesentlich auch dem eigenen Hause zugutekommt.

Übungsfeld für Zusammenarbeit

Gemeinsam bearbeiten die Teilnehmer aktuelle Fragestellungen des Gesundheitswesens, wobei es sich auch um praktische Umsetzungsmodelle handeln kann (Case Study). Es werden neue Lösungs- bzw. Optimierungsvorschläge entwickelt. Die erste Case Study ist das Versorgungsmodell IV Schizophrenie, das gemeinsam mit der AOK Niedersachsen und

I3G, einer 100%-Tochter von Janssen-Cilag, entwickelt und umgesetzt wird. Die Teilnehmer analysieren mit einem methodischen Raster das Versorgungsmodell. Die Ergebnisse werden in einer wissenschaftlichen Reihe in gemeinsamer Autorenschaft der Teilnehmer publiziert. Die wissenschaftliche Beratung und Evaluation erfolgt durch Prof. Dr. Volker Ulrich, Lehrstuhlinhaber VWL und Gesundheitsökonomie der Universität Bayreuth und Präsidiumsmitglied der GRPG.

Aufbau eines Netzwerks

Aus der gemeinsamen Arbeit mit unterschiedlichen Unternehmen, Verbänden und Einrichtungen sowie unter den Teilnehmern selbst wird ein kontinuierlich wachsendes Netzwerk aufgebaut, das der qualifizieren Führungselite für ihre zukünftige Tätigkeit zur Verfügung steht. Mit der Schaffung neuer Netzwerke und Kompetenzschwerpunkte in der Peer-Gruppe der Teilnehmer entstehen nachhaltige Strukturen, die auch künftige Verständigungsprozesse erleichtern. Besonders wichtig ist hier Verbindung zu den bereits erfahrenen Netzwerken der nationalen und internationalen Young Leader Foren der BMW Stiftung Herbert Quandt.

Thema für 2013: Innovationen für das Gesundheitssystem

Der erste Programmdurchlauf in 2012/2013 widmete sich dem Thema „Widersprüchliche Steuerungsimpulse durch Staat und Markt: Blockade oder Entwicklungschance?“

Start war am 31. 8. 2012 im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin und es wird im April 2013 mit dem 5. Modul in Hannover enden.

Der nächste Programmdurchlauf startet im Frühjahr 2013 und beschäftigt sich mit Innovationen für das Gesundheitssystem: Welche Faktoren sind maßgeblich für den Erfolg systemverändernder Innovationen? Welche Innovationen sind in den letzten Jahren im Gesundheitswesen sichtbar geworden? Was zeichnet Pionierleistungen aus? Wünschen sich Gesetzgeber und die starken Kräfte des Selbstverwaltungssystems, der Industrie, der Leistungserbringer überhaupt einflussreiche Innovationen? Wie ist das Beharrungsvermögen und -bedürfnis einzuschätzen? Diese und mehr Fragen wird Transferis Leadership in Healthcare aufgreifen.

Gastgeber in 2012/13 waren BMG, AOK Bayern, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI)/KBV, Glaxo-

SmithKline und die Medizinische Hochschule in Hannover. Auch in 2013 werden wieder fünf prägende Institutionen und Unternehmen aus den Bereichen: Gesetzliche Krankenversicherung, Ministerium, Selbstverwaltung, Krankenhaus und Industrie Gastgeber sein.

Das Gastgeber-Profil

- Die Gastgeber sind wichtige Akteure des Gesundheitssektors.
- Führungskräfte und Leiter verschiedener Bereiche sind bereit, Selbstverständnis, Zielsetzungen und Strategien zu präsentieren und mit den Teilnehmern zu diskutieren.
- In einer Abendveranstaltung nimmt sich ein Leiter der Einrichtung bzw. Unternehmens Zeit, zusammen mit zwei eingeladenen Experten und den Teilnehmern nochmals aus einem anderen Blickwinkel das Thema zu diskutieren.
- Der Gastgeber hat die Möglichkeit, interne Projekte als Case Study in die interdisziplinäre Teilnehmergruppe zur Bearbeitung zu geben. Die Ergebnisse werden am Ende des Leaderships-Programms präsentiert.
- Er stellt für zwei Tage Tagungsräume im Haus (Zentral) und – wenn möglich –

die Nutzung der Kantine (Verpflegung) zur Verfügung.

Eine Teilnehmerin des ersten Transferis-Programms fasste ihre Erfahrung mit den Gastgebern kurz so zusammen: „Es ist die Möglichkeit, Institutionen auf eine ganz andere Weise kennenzulernen, hautnah und persönlich. Wir sind direkt vor Ort und sprechen mit leitenden Persönlichkeiten“.

Mehr Informationen zum Programm

Die Initiatorinnen Prof. Gisela Fischer und Dr. Renate Müller sind beide Mitglieder in der GRPG und wollen den in der Gesellschaft seit langen Jahren geprägten Geist in einem neuen und intensiven Format anbieten. Auf den Internetseiten www.transferis.de finden sich für interessierte Gastgeber und für Interessenten, die an dem Programm teilnehmen wollen, mehr Informationen.

Autoren:

Prof. Dr. Gisela Fischer
Medizinische Hochschule
Hannover

Dr. Renate Müller
Brandleague Limited
Zweibrückenstr. 8
80331 München

Die GRPG begrüßt als neue Mitglieder

Berger, Dr. Ralph
Abbott GmbH & Co. KG
EAMSP European Association
of Mail Service Pharmacies

Müssig, Jörg
Lüder, Dr. Sascha Rolf
Moser, Susanne
Rybak, Dr. Christian
Schreder, Dr. Hubertus
Stein, Norbert

Beauftragter für Gesundheitspolitik, Barmer GEK, München
vertreten durch Anita Görtz, Head of Market Access, Wiesbaden

vertreten durch Thomas Diekmann, Hamburg
Fachanwalt für Medizinrecht, pwk & Partner Rechtsanwälte, Dortmund
Justitiar DRK-Blutspendedienst West, Hagen
München

Partner Rechtsanwaltssozietät Ehlers, Ehlers & Partner, München
Head of Market Access, Stallergenes GmbH, Kamp-Lintfort
Geschäftsführer, Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik, Dortmund

Antrag auf Mitgliedschaft in der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e. V. (GRPG)

Hiermit stelle/n ich/wir Antrag auf Mitgliedschaft als

- Firma, Körperschaft oder Verband (Mitgliedsbeitrag € 1.300,- p. a.)
 Patientenverband e. V. (Mitgliedsbeitrag € 250,- p. a.)
 Individualmitgliedschaft (Mitgliedsbeitrag € 180,- p. a.)
(Mitgliedsbeitrag ohne Einzugsermächtigung € 190,- p. a.)

Die Mitgliedsbeiträge beinhalten den Bezug der Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) in Höhe von € 30,-

Name

Firma/Verband/Behörde

Position

Privatanschrift

Geschäftsanschrift

Privat: eMail/Telefon/Fax

Geschäft: eMail/Telefon/Fax

Datum, Ort

Unterschrift

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere Angaben von der GRPG gespeichert werden.
Die Daten werden ausschließlich für Zwecke der GRPG verwandt.

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Zahlungsempfänger

Gesellschaft für Recht und Politik
im Gesundheitswesen e. V.
Geschäftsstelle
Widenmayerstraße 29
80538 München

Name und Anschrift des Kontoinhabers:

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Beitragszahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unsers Kontos

Konto-Nr.

BLZ

bei der
mittels Lastschrift einzuziehen

Wenn mein/unsere Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Datum, Ort

Unterschrift