

„Gerster-Papier“

© Arbeitnehmerkammer Bremen
Stand: August 2001

Im folgenden dokumentieren wir die **>Thesen zur Gesundheitspolitik<** von **Florian Gerster** (Minister für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz) vom 24.08.2001 im Wortlaut.

Florian Gerster

Stand: 24. August 2001

Thesen zur Gesundheitspolitik

Gliederung:

- I. Ziele der Gesundheitspolitik
- II. Reformbedarf in der laufenden Legislaturperiode
- III. Fortentwicklung des Systems

I. Ziele der Gesundheitspolitik

1. Alle Reformbemühungen im Gesundheitswesen müssen darauf gerichtet sein, die gleichwertigen **Ziele**, das **magische Viereck** der Gesundheitspolitik – **Qualität, Wirtschaftlichkeit, Solidarität und Subsidiarität** – zu verwirklichen.
2. Das deutsche Gesundheitswesen ist weitgehend anbieterdominiert, die **Konsumentenautonomie eingeschränkt**. **Kostendämpfende Eingriffe** sind deshalb **Daueraufgabe** der Gesundheitspolitik, um die Überforderung vor allem der Gesetzlichen Krankenversicherung zu vermeiden.
3. Die **effiziente Bereitstellung** von hochwertigen Gesundheitsleistungen bei stabilen Beitragsätzen ist nicht in erster Linie durch eine detaillierte Regulierungspolitik zu erreichen. Vielmehr bedarf es dafür des **Wettbewerbs** zwischen den Krankenkassen und zwischen Leistungserbringern. Der Staat hat die Aufgabe, die Voraussetzungen dafür zu schaffen.
4. Deutschland verfügt im internationalen Vergleich mit einem Anteil von rund elf Prozent am Bruttoinlandsprodukt und Gesamtausgaben in Höhe von jährlich rund 410 Milliarden Mark (mit Einkommensleistungen: 530 Milliarden Mark) über das **zweitbeste Gesundheitswesen** nach den USA, aber bei weitem **nicht über das beste**. Im Gesundheitswesen gibt es immer noch **Wirtschaftlichkeitsreserven**, die es auszuschöpfen gilt. Durch eine höhere Effizienz des Gesundheitswesens kann eine zusätzliche Belastung der Versicherten und der Wirtschaft

vermieden werden. Ziel der Gesundheitspolitik ist weiterhin **eine am Bedarf orientierte, effiziente Bereitstellung** hochwertiger Gesundheitsleistungen **bei stabilen Beitragssätzen**.

Darauf weist der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem jüngsten Gutachten erneut hin.

Beispiele für **Wirtschaftlichkeitsreserven**:

- Im **Arzneiverordnungsreport 2000** wird ein **Einsparpotenzial** von 8,2 Milliarden Mark ausgemacht
- **Überangebote** an Krankenhauskapazitäten, Arztpraxen, Arzneimitteln und Medizintechnik
- Unnötige **Doppeluntersuchungen** vor allem an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung
- Invasive und **aufwendige Diagnostik** als **Massenverfahren** ohne Evaluation: Herzkatheter
- In seinem 1996er Gutachten nennt der Sachverständigenrat folgende Wirtschaftlichkeitsreserven:
 - wesentliche Teile der heute vorgenommenen **Röntgenuntersuchungen** und präoperativen Routinediagnostiken;
 - die **Knochendichtemessung** als Screeningmethode;
 - ein großer Teil der **Arthroskopien**;
 - Diagnostik und Therapie der extrem häufigen unkomplizierten **Rückschmerzepisoden**;
 - **Ruhe-EKGs** ohne ausreichende Indikation.

5. **Die Finanzierung** der im Katalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) festgelegten, notwendigen Gesundheitsleistungen muss weiterhin **hälftig durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer** erfolgen. Änderungsvorschlägen zu dieser Lastenteilung wie dem Einfrieren des Arbeitgeberanteils oder einer höheren Selbstbeteiligung in Form von verstärkten Zuzahlungen wird eine Absage erteilt. **Der Grundsatz der Solidarität** in der gesetzlichen Krankenversicherung muss gewahrt werden.

Bevor über den Ausschluss von Leistungen aus dem Katalog der GKV entschieden wird, sind die **bestehenden Beschränkungen** auch von den Krankenkassen zu **beachten**. Beim jüngsten Ärztetag in Ludwigshafen nannte die KBV die Zahl von 600 Millionen Mark, die von den Krankenkassen ohne Rechtsgrundlage im Jahr 1999 ausgegeben worden seien. Als Beispiele wurden aufgeführt: Akupunktur, Kaltlichttherapien, Eigenblutbehandlungen sowie Stoßwellentherapien.

II. Reformbedarf in der laufenden Legislaturperiode des Bundestages

6. Die **Gesundheitsreform 2000** hat trotz ihrer begrenzten Tiefenschärfe Weichenstellungen für die Zukunft vorgenommen. Mit dem Einstieg in die **Integrierte Versorgung**, dem neuen **Entgeltssystem für die Krankenhäuser** und der **Stärkung des Hausarztes** wurden Rahmenbedingungen für Innovationen geschaffen. Bei der Umsetzung dieser Weichenstellung zeigt sich jedoch, dass vorhandene Strukturen der Selbstverwaltung und gesetzliche Grundlagen angepasst werden müssen, um diesen Innovationen wirklich zum Durchbruch zu verhelfen.

Die Integrierte Versorgung läuft nur schleppend an:

- Ein Grund liegt in der notwendigen **Budgetbereinigung** zur Vergütung der Netze. Die Integration soll aber nicht zusätzlich zur herkömmlichen Versorgung aufgebaut werden, sondern diese optimieren.
- Rahmenvereinbarungen sind unnötig **bürokratisiert**.
- Der **Strukturkonservatismus** vieler Akteure erschwert Innovationen.

Der **Hausarzt** bekommt eine zentrale Koordinierungs- und Lotsenfunktion. Hausärzte erhalten eigenständige Honoraranteile in der kassenärztlichen Vergütung. Krankenkassen können finanzielle Anreize für Versicherte einsetzen, die sich für ein Hausarztmodell entscheiden. Umsetzungsschwierigkeiten:

- **Die Aufteilung des Honorartopfes** in einen haus- und fachärztlichen Teil hat zu **innerärztlichen Verteilungskämpfen** geführt.
- Die mit der frei einsetzbaren Chipkarte umgesetzte **Arztwahlfreiheit** steht Hausarztsystemen, die notwendigerweise auf eine Einschränkung der Arztwahlfreiheit beruhen, im Wege.

7. Die **Entgeltreform im stationären Sektor** wird erst zeitversetzt ihre Wirkung entfalten. Dieses fallgruppenorientierte Entgeltsystem auf der Basis von Diagnosis Related Groups (DRG's) bewirkt eine kostengerechtere Zuordnung und damit eine Umverteilung der Mittel. Leistungsfähige Krankenhäuser werden profitieren. Mittel- und langfristig ist damit eine Eindämmung der Kostenentwicklung im kostenträchtigen Segment zu erwarten. Am **Zeitplan** für die Einführung ist **festzuhalten**. Der Gesetzgeber muss so früh wie möglich den **ordnungspolitischen Rahmen für das Entgeltsystem** festlegen. Zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen ist es durch **Qualitätssicherungsmaßnahmen** zu ergänzen. Die Gestaltung des Entgeltsystems wird die **Krankenhausplanung** einbeziehen müssen, ansonsten besteht die Gefahr, dass die traditionelle Landesplanung die angestrebten Wirtschaftlichkeitsziele der Reform aushebelt.

Der mit der Entgeltreform angestrebte Wettbewerb der Krankenhäuser wird zu Schwerpunktbildung, Fusionen und der Schließung unrentabler Abteilungen führen. Diesem Anpassungsprozess darf mittelfristig keine bettenscharfe Planung entgegenstehen, die bestimmte Abteilungen und Standorte auf Jahre hinweg fest schreibt. Zukünftig werden die Länder die Aufgabe haben, mit ihrer Planung Versorgungsziele als Mindeststandards für Planungsregionen festzulegen. Mit den im DRG-Einführungsgesetz vorgesehenen Zuschlägen zum Erhalt von Strukturen muss sparsam umgegangen werden.

8. Die **Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens** muss sich an der Leistungsfähigkeit der Volkswirtschaft und der Belastbarkeit des Einzelnen orientieren. **Budgetierung** – notfalls sektoral – ist ein (vorübergehend) **notwendiges Instrument** der Kostenbegrenzung. Zu einer konsequenten Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ist es notwendig, die **sektoralen Budgets zu überwinden**, ohne die gesamten GKV-Ausgaben aus dem Blick zu verlieren.

Die mit dem Bundesgesundheitsministerium vereinbarten Steuerungsmechanismen der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen zur Kontrolle der Arznei- und Heilmittelausgaben können die Grundlage für die **Zusammenführung der Budgets für die ambulante Versorgung und für Arznei- und Heilmittel** sein. Die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln ist ein wichtiger Bestandteil der ärztlichen Therapie. Die Ärzte haben mit ihrem Rezeptblock das zentrale Steuerungsmittel in der Hand. Daher sollten die dafür vorgesehenen Finanzmittel der Gesetzlichen Krankenversicherung in das Budget für die ambulante Behandlung integriert werden.

9. Der Vorwurf, **Budgets** verhinderten den **medizinischen Fortschritt** und führten zu einer Rationierung von Leistungen, übersieht die Ergebnisse neuer Therapien und Verfahren. Der medizinische Fortschritt muss auch genutzt werden, um **Einsparpotenziale** zu eröffnen.

Beispiele (aus dem Jahresgutachten 1997 des **Sachverständigenrates** für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen):

- **Thrombosebehandlung und -prophylaxe** mit Heparinen: Das neuentwickelte, subkutan verabreichte niedermolekulare Heparin ist ebenso sicher und effektiv wie die bisherige intravenöse Gabe von unfraktioniertem Heparin. Da **kein stationärer Aufenthalt** erforderlich ist, sinken die Gesamtausgaben je Patient von 4.090 Mark auf 1.550 Mark.
- **Hämophilie**: Traditionell wurden die Konzentrate der Blutungsfaktoren VIII und IX aus Blut- und Plasmaspenden gewonnen. Neben hohen Kosten führte dies zu einem Infektionsrisiko mit blutgebundenen Krankheitserregern. Durch **rekombinante DNA-Technik** hergestellte Präparate sind nicht nur günstiger, sondern senken das Infektionsrisiko auf Null.
- **Koronare Herzkrankheiten**: Die Entwicklung der **Bypass-Operation** war schon ein bedeutender Fortschritt, da sie eine hohe Zahl akuter Infarkte vermeiden konnte. Die Möglichkeit **kathetergeführter Diagnosen und Interventionen**

(Ballondilatation) mit vergleichbarem therapeutischem Effekt führt zu weiteren Einsparungen. Die Fallpauschale für eine Bypass-Operation liegt bei 20.000 Mark, die für eine Ballondilatation bei 5.000 bis 8.000 Mark.

- Die **minimalinvasive Chirurgie** hat zu einer enormen Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus geführt. Voraussetzung für Einsparungen ist jedoch, dass sie nur bei Kranken eingesetzt werden, die diese wirklich brauchen.

10. Die **Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung** bei den Arzneimittelausgaben gibt – mit einem Zuwachs von rund zehn Prozent im ersten Halbjahr 2001 – Anlass zur Besorgnis. Hält diese Entwicklung an, drohen bei weiteren Krankenkassen Beitragssatzanhebungen.

Die Unterschiede bei den Arznei- und Heilmittelausgaben in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen können nicht mit regionalen Besonderheiten begründet werden. Offensichtlich sind verschiedene Kassenärztliche Vereinigungen unterschiedlich erfolgreich in der Steuerung der Arzneimittelverordnungen. Wichtig ist deshalb, das **Instrument einer Pflichtberatung** einzuführen.

Am Instrument der **Festbeträge** ist festzuhalten.

Die **Positivliste** dient der Verbesserung der Arzneimitteltherapie. Sie wird auch die Kostensteuerung in diesem Sektor verbessern. Die Verschiebung ihrer Einführung ist bedauerlich.

11. Der **Risikostrukturausgleich** wurde eingeführt als Rahmenbedingung für Wettbewerb und Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Kriterien Alter, Geschlecht, Zahl der Mitversicherten und Invalidität berücksichtigen die **Morbidität** jedoch unzureichend.

Dadurch profitieren die neu gegründeten oder eröffneten Betriebskrankenkassen, die vor allem junge und gesunde Versicherte aufnehmen. Morbiditätsunterschiede zwischen den Versichertengruppen verschärfen die Wettbewerbssituation.

12. Der **RSA** muss ergänzt werden durch **kurz- und mittelfristige Maßnahmen**: Ein konsequent morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich ist vor 2007 schwerlich umsetzbar.

Zur Vermeidung weiterer Risikoselektion hat das Bundesgesundheitsministerium im Konsens mit den Spitzenverbänden der GKV deshalb folgende Maßnahmen vereinbart:

- Aufhebung der **Stichtagskündigung** zum 30. September. Ab 2002 können alle Versicherten die Kasse mit einer sechswöchigen Kündigungsfrist, bei einer Bindungsfrist von 18 Monaten, wechseln. Dies wurde mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte in die Wege geleitet.
- Mittelfristig wird übergangsweise und in Vorbereitung der direkten Morbiditätsorientierung **ein Risiko-Pool** mit dem Schwellenwert von 40.000 Mark und einer Eigenbeteiligung der jeweiligen Krankenkasse von 40% eingeführt.
- Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich wird ab 2007 eingeführt.

Mit diesem Maßnahmenpaket schafft die Politik notwendige Voraussetzungen für Beitragssatzstabilität, qualitätsorientierte Gesundheitspolitik und – in Verbindung mit **organisationsrechtlichen Regelungen** (etwa für Öffnung und Schließung von Krankenkassen) – für gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen den Kassenarten.

13. Auch die Kostenentwicklung in der **Privaten Krankenversicherung** muss auf die Agenda der bundesdeutschen Gesundheitspolitik. Die öffentlichen Haushalte – vor allem in den personalintensiven Ländern – werden durch die **Beihilfebelastung** für Beamte, Pensionäre und Angehörige überfordert.

Die Beihilfeleistungen für Beamte, die neu eingestellt werden, sind anzupassen. Wahlleistungen bei Krankenhausaufenthalten für neue Beamte in Rheinland-Pfalz sind nur noch beihilfefähig, wenn die Beihilfeberechtigten eine Prämie als Gegenleistung entrichten.

14. Wir brauchen im Gesundheitswesen mehr **Transparenz**. Die gesetzlichen Regelungen müssen Evaluation ermöglichen, das Arzt-Patient-Verhältnis durchschaubar machen und der Gesundheitspolitik die benötigten Daten für ihre Entscheidungen zur Verfügung stellen.

Das **Transparenzgesetz** muss die Bündelungs- und Auswertungsmöglichkeiten der Datenströme verbessern, ohne das berechtigte **Datenschutzinteresse der Versicherten** zu vernachlässigen.

Ein **offeneres Abrechnungsverfahren** bietet den gesetzlich Versicherten die Chance, den Umfang der Behandlungen und ärztlichen Leistungen nachvollziehen zu können. Dies fördert das **Kostenbewusstsein** der Patienten und erschwert die **Manipulation** von Abrechnungen. Bis heute fehlt eine verbindliche Vereinbarung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern zur Ausführung von § 305 SGB V.

In Rheinland-Pfalz werden mehrere Modellprojekte zur Transparenz im Gesundheitswesen gestartet. Gemeinsam mit der AOK und der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinhessen wird ein Modellversuch zur Einführung einer **Patientenquittung** durchgeführt. Die Patientenquittung soll Patientinnen und Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung Aufschluss über die vom Arzt erbrachten Leistungen geben.

Darüber hinaus ist ein Modellprojekt **Chipkarte** zwischen Landesärztekammer und Ministerium in Vorbereitung, in dessen Rahmen Krankenversicherungskarten zu Patientenbüchern weiterentwickelt werden. Ziel ist es, das so genannte **Ärztelisting** zu reduzieren, die Qualität der Versorgung durch gezielte Information zu verbessern und Doppelbehandlungen zu vermeiden. Gleichzeitig wird die Funktion des **Hausarztes** als eines **Lotsen** durch das Gesundheitssystem gestärkt.

III. Fortentwicklung des Systems

15. Einen Schwerpunkt zukünftiger Landesgesundheitspolitik bilden die **Gesundheitsförderung und die Prävention**. Die Prävention bietet die Chance, insbesondere chronische Erkrankungen zu verhindern oder deren Folgeschäden zu verringern. Die Vermittlung von **Informationen**, die Förderung **persönlicher Kompetenzen** und die Stärkung der **Eigenverantwortung** sind Voraussetzungen zur Veränderung von Verhaltensweisen. **Regionale Gesundheitskonferenzen** können Gesundheitspolitik zusammen mit Partnern und Beteiligten umsetzen.

In seinem neuen Gutachten kommt der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zum Schluss, dass sich **20 - 30 v.H.** der heutigen Gesundheitsausgaben **durch langfristige Prävention vermeiden** ließen. Auch und gerade bei **älteren Menschen** seien hohe, kurzfristig zu mobilisierende, aber bisher völlig vernachlässigte präventive Potenziale. Der Rat betont auch die Bedeutung der **primärärztlichen Prävention**.

16. Prävention darf nicht auf einzelne gesundheitsfördernde Maßnahmen beschränkt bleiben, sondern muss – im Sinne von „**Volksgesundheit**“ – **Lebensweisen** und **Lebensgewohnheiten** von Menschen ganzheitlich berücksichtigen. Verhaltensorientierte Kampagnen – wie zur Förderung des Nichtrauchens – können eine wesentliche Hilfestellung leisten.

Die Gesundheitsförderung sollte die Wissenschaft drängen, nicht nur nach der **Pathogenese**, sondern in gleicher Weise nach der **Salutogenese** zu fragen; also danach, was Menschen gesund erhält, obwohl sie Krankheitsrisiken ausgesetzt sind.

17. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind Voraussetzung effizienter Versorgung und notwendiges Korrektiv eines wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitswesens. Die Entwicklung von **Qualitätsstandards** für die medizinische Versorgung ist ein **kontinuierlicher Prozess**, der sich am Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnis, aber auch an Wirtschaftlichkeitskriterien orientieren muss. Verbindliche Leitlinien für die medizinische Versorgung sind dafür unverzichtbar. Die Entwicklung von **Case Management** dient der Qualitätssicherung und Kostendämpfung.

Für Volkskrankheiten wie Diabetes oder Bluthochdruck gibt es evidenzbasierte Therapien, deren Anwendung die Behandlungsqualität und das Ergebnis positiv beeinflusst.

sen. Die ärztliche Therapiefreiheit darf dieser Qualitätssicherung durch Standardisierung nicht im Wege stehen.

18. Die **Vergütung im ambulanten Sektor** muss neu organisiert werden. Behandlungs- und Kopfpauschalen müssen die Ausweitung ineffizienter Einzelleistungen stoppen. Durch das Vergütungssystem müssen Gesundheitsvorsorge und Behandlungsqualität gefördert werden.
19. Im Rahmen der **integrierten Versorgung** müssen neue Instrumente zur Sektoren übergreifenden Behandlung und zur Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungen geschaffen werden.

Ambulante Behandlung, stationäre Versorgung und Rehabilitation müssen stärker miteinander verzahnt werden. Mittelfristig ist ein **Sektoren übergreifendes Vergütungssystem** das Ziel.

20. Das **Gesundheitswesen** in Deutschland ist durch **kartellähnliche Strukturen** auf der Seite der Leistungserbringer und der Kostenträger gekennzeichnet. Effizienz und Wettbewerbsfähigkeit können durch **direkte Verträge** zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern gestärkt werden (Einkaufsmodell). Auf diesem Weg würde aus der größeren Zahl der Mitglieder ein ökonomischer Vorteil für die Kassen.

Der **Sicherstellungsauftrag** der Kassenärztlichen Vereinigung stammt noch aus einer Zeit der Unterversorgung. Heute behindert dieser gesetzliche Auftrag neue, erfolgreich erprobte Vertragsmodelle zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern. Er muss deshalb eingeschränkt werden.

Ärztetnetze und Hausarztssysteme müssen mit einem uneingeschränkten **Kassenwahlrecht der Versicherten** verbunden werden. So kann durch den Wechsel von einer Kasse zur anderen die Präferenz der Versicherten zu unterschiedlichen Angeboten deutlich werden. Dies stärkt den Kosten- und Qualitätswettbewerb.

21. Beim Thema Leistungskatalog der GKV ist es dringend notwendig, **auf der politischen Ebene Prinzipien zur Überarbeitung des Leistungskataloges zu entwickeln** und vorzugeben. Konkrete Vorschläge, welche der aktuellen Leistungen anhand derartigen Prinzipien aus dem Katalog ausgegliedert werden können, sollten dann dem zuständigen Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen überlassen bleiben. Das echte Krankheitsrisiko muss für den Einzelnen weiter solidarisch abgesichert werden.

Beispiele für solche Prinzipien sind:

- Absicherung für akut auftretende, für schwere und lang andauernde Erkrankungen mit einem hohen Kostenaufwand auch in Zukunft.
- Der medizinische Fortschritt muss allen Versicherten unabhängig vom Einkommen zur Verfügung stehen.
- Der medizinische Nutzen der Leistungen muss nachgewiesen sein.

22. Anzahl und Einfluss der Akteure sowie die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitssektors erschweren eine optimierte Steuerung. Die **Politik** muss in diesem Interessengeflecht als „**ehrlicher Makler**“ auftreten und darf sich nicht opportunistisch auf eine Seite schlagen. Sie muss die Interessen der Patienten, der Versicherten und der Gesamtgesellschaft vertreten und dabei die **ökonomischen Partikularinteressen** von Beteiligten in die Schranken weisen.