

Pressefrühstück zu den AOK-Positionen zur Gesundheitspolitik
nach der Bundestagswahl 2017
4. Juli 2017, Berlin

Statement von Martin Litsch

Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes

Es gilt das gesprochene Wort!

Versorgung gestalten, Digitalisierung umsetzen

Mehr als zwei Dutzend Gesetze und Verordnungen sind in der auslaufenden 18. Legislatur im Bereich Gesundheit und Pflege verabschiedet worden. Das ist mit Sicherheit rekordverdächtig, zumindest aber fleißig. Mit Fleiß allein wird die nächste Regierung jedoch nicht weit kommen. Sie braucht auch Mut, wenn sie das Gesundheitswesen wirklich qualitätsbasiert, patientengerecht und beitragsstabil weiterentwickeln will. Mit den in dieser Wahlperiode verabschiedeten Gesetzen fließen zwar zig Milliarden Euro extra ins Gesundheitssystem. Aber die Versicherten und Patienten fragen sich zu Recht, was sie davon haben. Deshalb müssen wir „weiter.gehen“. Nicht mit Trippelschritten, sondern mit umfassenden und tiefgreifenden Reformen.

Lenken wir zunächst den Blick auf das größte Spielfeld der medizinischen Versorgung – die Krankenhäuser. Die dort angefangene Qualitätsoffensive darf nicht vorzeitig abgepiffen werden. Wer zukunftsfähige Strukturen und höchste Versorgungsqualität will, muss medizinische Kompetenzen konsequent zentralisieren und spezialisieren. Andere europäische Länder wie Dänemark und die Niederlande haben es vorgemacht, auch wir sollten den Mut dazu aufbringen. Dazu gehört beispielsweise, dass nachgewiesene Qualitätsmängel bei der Patientenversorgung im betroffenen Krankenhaus zu Konsequenzen führen müssen, bis hin zum Entzug der Versorgungslizenz. Gute Qualität erkennt man zum Beispiel daran, dass Mindestmengenvorgaben eingehalten werden. Bisher gibt es sie nur für sieben komplexe Behandlungen und die Richtwerte grenzen gerade einmal die Häuser aus, die diese Eingriffe besonders selten durchführen. Doch selbst diese Minimalvorgaben werden viel zu oft unterschritten. Neben einer sanktionsfähigen Umsetzung brauchen wir deshalb dringend die Ausweitung von Mindestmengen auf andere medizinische Behandlungen, zum Beispiel auf die Hüftendoprothetik, die Brustkrebs-, Herz- und Schilddrüsenchirurgie sowie die Geburtshilfe.



Ein weiteres großes Spielfeld des deutschen Gesundheitswesens ist die Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung. In der nächsten Legislaturperiode müssen die derzeit noch getrennten Strukturen der Notfallversorgung unter einem Dach zusammengeführt werden. Auch für alle anderen Behandlungsbereiche müssen wir den Wildwuchs beenden und einheitliche Rahmenbedingungen in Bezug auf Versorgungsauftrag, Bedarfsplanung, Qualitätssicherung und Vergütung schaffen. Neben den Kollektivverträgen brauchen wir in diesem Bereich deutlich umfangreichere selektivvertragliche Möglichkeiten, um die regionalen Versorgungsbedarfe qualitativ höherwertig und wirtschaftlich sinnvoller abbilden zu können.

In die Verlängerung gegangen ist die Diskussion um Hochrisiko-Medizinprodukte. Die in diesem Jahr endlich verabschiedete EU-Medizinprodukteverordnung wird frühestens ab 2020 wirksam und hat immer noch deutliche Lücken, bei denen jetzt der deutsche Gesetzgeber gefordert ist. Vor allem brauchen wir eine obligatorische Produkthaftpflichtversicherung für Hersteller, damit Patienten mit Schadensersatzansprüchen nicht finanziell ins Leere laufen. Außerdem sollten Hochrisiko-Medizinprodukte erst dann Zugang zum deutschen Markt erhalten, wenn hochwertige klinische Studien zeigen, dass sie hinsichtlich Nutzen und Risiko mindestens gleich gut sind wie die Standardtherapie. Solange keine ausreichenden Daten vorliegen, muss der Zugang auf Zentren beschränkt sein, die sich an den Studien zu diesen Medizinprodukten beteiligen.

Ebenfalls längst nicht am Ende sind wir bei den Arzneimittelreformen, denn noch immer gibt es keine Lösung für die Hochpreispolitik der Pharmaunternehmen. Sie können in Deutschland weiterhin für die ersten zwölf Monate den Preis ihres Arzneimittels frei festlegen und Mondpreise zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verlangen. Um das zu ändern, müssen die nach der Nutzenbewertung verhandelten Erstattungspreise rückwirkend ab dem ersten Tag des Marktzugangs gelten. Außerdem müssen wir die Nutzenorientierung weiter stärken. Was bedeutet, dass es auch für Arzneimittel aus dem Bestandsmarkt eine Nutzenbewertung geben muss, zumindest bei Anwendungserweiterungen und bei Präparaten mit einer besonderen Bedeutung im Marktgeschehen. Das gleiche gilt für neue Arzneimittel zur Behandlung seltener Leiden. Menschen mit seltenen Erkrankungen haben wie alle anderen ein Recht darauf, Arzneimittel zu erhalten, deren Nutzen und Unbedenklichkeit erwiesen ist.

Den Kassen sollten bei der Arzneimittelversorgung wieder mehr vertragliche Gestaltungsoptionen eingeräumt werden. Zuletzt hat die Politik den Vertragswettbewerb stark eingeschränkt, weil Leistungserbringer um ihre Margen fürchteten. Mit dem Verbot kassenindividueller Verträge für Krebsmedikamente und Impfstoffe wurde eine Chance vertan, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung zu verbessern. Erst mit den Zytostatika-Ausschreibungen ist es uns doch gelungen, hohe Anforderungen an die Ad-hoc-Belieferung, einen Notfallplan sowie feste Zeitspannen der Belieferung zu definieren. Wir fordern, dass diese Einschränkungen wieder aufgehoben werden.



Wie im Krankenhaus gilt auch für die Arzneimittelversorgung: Statt weniger ist mehr Wettbewerb um gute Versorgung angezeigt, beispielsweise durch Direktverträge der Krankenkassen mit Versandapotheken. Auch wenn es derzeit wieder etwas ruhiger um dieses Thema geworden ist, aus unserer Sicht gehören Versandapotheken zur Arzneimittelversorgung im 21. Jahrhundert dazu.

Natürlich ist der Wettbewerb der Krankenkassen kein Selbstzweck, sondern muss die Weiterentwicklung der Versorgung unterstützen. Deshalb bemühen wir uns um mehr Gestaltungsoptionen und plädieren für den Ausbau der selektiven Vertragsmöglichkeiten als gleichrangige Alternative zur sogenannten kollektiven Regelversorgung. Tatsächlich aber kann man derzeit den Eindruck gewinnen, dass die „solidarische Wettbewerbsordnung“ immer weniger Anhänger hat, auch in der Politik. Entweder fehlt das Verständnis für wettbewerbliche Steuerung, oder der Versorgungswettbewerb wird als unterentwickelt eingestuft. In dieser Situation favorisiert manch große Kasse zunehmend kollektive Versorgungslösungen und brandmarkt aktive Versorgungsgestaltung und Selektivverträge als unlauteren AOK-Wettbewerbsvorteil. Und kleinere Kassenarten erwarten vom Risikostrukturausgleich den Bestandsschutz ihres veralteten Geschäftsmodells. Mein Kollege, Jens Martin Hoyer, wird dieses Thema vertiefen.

Ich möchte zum Abschluss noch über Digitalisierung reden. Sie verspricht uns nicht weniger als eine Vernetzung und Modernisierung der Versorgungsprozesse. Schon jetzt sind digitale, telemedizinische Anwendungen auf dem Vormarsch und ergänzen die flächendeckende Vor-Ort-Versorgung. Mit ihrem Einsatz können wir der bestehenden Über- und Unterversorgung im Gesundheitswesen entgegenwirken. Das derzeit geltende Fernbehandlungsverbot ohne ärztlichen Erstkontakt hemmt aber den Ausbau telemedizinischer Leistungen und lässt viel von diesem Potential ungenutzt. Wir plädieren daher für eine Lockerung des Fernbehandlungsverbots.

Dass die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens später als rasante Fortschrittsgeschichte erzählt werden kann, ist eher unwahrscheinlich. Wir wissen aber jetzt schon, dass der Anfang gründlich verpatzt wurde. Auch das verheißungsvoll klingende E-Health-Gesetz wird die zugesagte umfassende Vernetzung von Ärzten, Apothekern und Krankenhäusern 2018 nicht hinkriegen. Wichtige Anwendungen wie die Patientenakte bleiben weiter auf der Strecke. Tatsächlich werden die Vorteile, die eine Vernetzung im Gesundheitswesen mit sich brächte, in der Telematik durch nicht funktionierende Entscheidungsstrukturen konterkariert. Während Digitalisierung in anderen Wirtschaftsbereichen zu Beschleunigung und Kosteneinsparung führt, stellt sich die Einführung der Telematik-Infrastruktur als endloser Bremsprozess und böse Kostenfalle dar.

Zwar ist man sich einig, dass eine elektronische Patientenakte zum besseren Austausch von Informationen, zu einer höheren Versorgungsqualität und einer besseren Arzt-Patienten-Kommunikation führt. Aber der Gesetzgeber setzt hierzulande nicht auf Patientensouveränität. Medizinische Daten der Behandlungsdokumentation dürfen nur in Arztpraxen, Kliniken und Apotheken eingesehen



werden. Nach unserer Ansicht sollten Versicherte aber einen direkten und einfachen Zugriff auf die geplante Patientenakte bekommen, sodass sie ihre Daten am Ort ihrer Wahl lesen und kommentieren können. Das geplante Patientenfach ist hierfür keine geeignete Lösung. Patientinnen und Patienten vor den eigenen Daten „schützen“ zu wollen, zeugt von einem seltsamen Verständnis von Datenschutz.

Vor diesem Hintergrund entwickelt die AOK gerade ein digitales Gesundheitsnetzwerk, das im ersten Schritt eine digitale Patientenakte vorsieht. Mit ihr wird es für AOK-Versicherte ganz einfach sein, beispielsweise den Entlassbrief des Krankenhauses an den Hausarzt zu übermitteln oder Informationen über Diagnosen an den behandelnden Facharzt weiterzuleiten. Bislang ist all das für Patienten und Ärzte nur mit hohem Aufwand möglich. Das Besondere an diesem Gesundheitsnetzwerk wird sein, dass die Gesundheitsinformationen nicht zentral gespeichert werden, sondern bei demjenigen bleiben, der sie erhoben hat. Damit bleibt jeder Patient zu jeder Zeit Herr über seine Daten. Das stärkt die Patienten und vereinfacht die Behandlung auch für die Ärzte. Außerdem bietet unsere Plattform durch ihre dezentrale Struktur weniger Angriffsfläche für Datendiebstahl. Sie basiert auf innovativen, internationalen IT-, Sicherheits- und Datenschutz-Standards.

Soweit der Einblick in unsere Positionen zur Bundestagswahl 2017, über die Sie sich im Übrigen auch auf unserer Aktionswebsite unter www.gesunde-wahl.de informieren können.

KONTAKT UND INFORMATION

Dr. Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 23 09 | presse@bv.aok.de

