

Statement von Dr. Doris Pfeiffer, Vorsitzende des GKV-Spitzenverbandes

- Es gilt das gesprochene Wort -

In Deutschland werden pro Jahr weit über 70 neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren in Kliniken eingeführt - von Rostock bis München. Bei all diesen neuen Verfahren schwingt die Hoffnung von Ärzten und Patienten auf Heilung oder Linderung einer Krankheit mit. Doch diese Hoffnung geht nicht immer in Erfüllung. Und damit nicht genug: Nicht selten bergen scheinbare innovative Verfahren sogar mehr Risiken als Nutzen wie die Hochdosis-Chemotherapie bei Brustkrebs, der OP-Computer Robodoc zum Einsetzen von Hüftgelenksendoprothesen oder der Herzlaser zeigten. Eine Erkenntnis, die allerdings für tausende behandelte Patienten zu spät kam. Bisher muss der patientenrelevante Nutzen vor einer flächendeckenden Einführung innovativer Verfahren nicht belegt werden.

Ein aktuelles Beispiel ist die Behandlung von Patienten mit einem Lungenemphysem, die an einer krankhaften Überblähung der Lungenbläschen leiden. Im fortgeschrittenen Stadium werden die betroffenen Lungenareale bisher operativ entfernt. Alternativ arbeiten Kliniken seit 2011 mit Polymerschaum, der die krankhaften Gewebe blockiert.

Das zugrunde liegende Produkt erhielt im September 2010 sein CE-Kennzeichen. Bisher gibt es keine belastbaren Aussagen zur Wirksamkeit und Sicherheit der Methode. Eine Studie, deren Ergebnisse für 2011 angekündigt waren, wurde bislang nicht veröffentlicht.

In den USA ist der Polymerschaum nur zu Forschungszwecken zugelassen, darf also dort außerhalb von Studien nicht angewendet werden. Für 2019 sind Ergebnisse einer vergleichenden Studie angekündigt. In Deutschland haben im letzten Jahr 54 Kliniken einen Antrag gestellt, um das Polymerschaum-Verfahren anzuwenden, in diesem Jahr waren es 68.

Meine Damen und Herren,
angesichts dieses Beispiels frage ich: Wie sicher sind also neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren, wenn sie in Kliniken angeboten werden? Was bringen Innovationen den Patienten tatsächlich im Vergleich zu bisherigen Methoden? Wie sind Nutzen und Risiken verteilt? Auf diese Fragen muss die kommende Legislaturperiode für Patienten verlässliche Antworten geben. Patientensicherheit muss endlich Vorrang bekommen. Es darf nicht länger dem Zufall überlassen bleiben, ob sich Nebenwirkungen neuer Verfahren schnell zeigen oder erst im Zeitverlauf mit tragischen Folgen für die Betroffenen.



Nimmt der Gesetzgeber Patientensicherheit ernst, muss eine Reform darauf abzielen, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Nutzen und Schaden unklar ist, vor einer flächendeckenden Einführung zuerst im Rahmen klinischer Studien eingesetzt werden. Innovative Verfahren gehören in die Hand von Experten an spezialisierten Zentren. Dies können Krankenhäuser oder (wo das möglich ist) spezialisierte Einrichtungen im ambulanten Bereich sein. Erst wenn der patientenrelevante Nutzen mit Daten belegt ist, dürfen innovative Verfahren auch in der Fläche ausgerollt werden.

Innovationen im Gesundheitswesen können sich auch in verbesserten Behandlungsprozessen und anderen Versorgungsstrukturen niederschlagen. Hier sollte der Gesetzgeber künftig Anreize zum verbesserten Schnittstellenmanagement setzen, z. B. durch die Unterstützung integrierter Versorgungsverträge.

Egal wie die Bundestagswahl im September ausgeht: Wer Prozessinnovationen als Impuls für eine gute Versorgung in Deutschland will, muss diese fördern und nicht behindern. Hier brauchen Krankenkassen und andere Investoren künftig mehr Planungssicherheit.

Sehr geehrte Damen und Herren,

die gesetzlichen Krankenkassen geben im Jahr rd. 190 Mrd. Euro für die Versorgung ihrer Versicherten aus. Viele Menschen verdienen ihren Lebensunterhalt im Gesundheitsmarkt. Viele Unternehmen leben davon, dass sie Gesundheitsdienstleistungen anbieten. Pharmaunternehmen machen Gewinne mit Medikamenten, Medizinproduktehersteller mit Herzklappen oder Kathetern und Kliniken machen Umsatz mit Operationen. Dagegen ist grundsätzlich nichts einzuwenden. Unsere Aufgabe als gesetzliche Krankenversicherung liegt jedoch unter anderem darin, dafür zu sorgen, dass die Leistungen tatsächlich nur deshalb erbracht werden, weil sie medizinisch notwendig sind und nicht deshalb, weil man mit ihnen Geld verdienen kann. Lassen Sie mich das an zwei kurzen Beispielen erläutern.

Für Medizinprodukte werden pro Jahr über 20 Mrd. Euro ausgegeben. Spätestens mit dem Skandal um die fehlerhaften Brustimplantate ist deutlich geworden, dass die rechtlichen Vorgaben, unter denen solche Produkte auf den Markt kommen, zu sehr an den wirtschaftlichen Interessen der Industrie und zu wenig an den Versorgungsinteressen der Patienten orientiert sind. Deshalb fordern wir für Medizinprodukte mit einem hohen Anwendungsrisiko, wie z. B. Gelenkimplantate, Stents oder Brustimplantate, ein zentrales und einheitliches behördliches Zulassungsverfahren, wie es heute bei Arzneimitteln bereits vorgeschrieben ist. Die Medizinprodukteskandale der

jüngsten Vergangenheit wurden auch durch die derzeitige unzureichende und inakzeptable Zulassungs- und Prüfpraxis möglich.

Die heutige Versorgungsstruktur bei den Kliniken stammt aus dem vergangenen Jahrhundert und entspricht damit in Teilen den Planungen und Versorgungsnotwendigkeiten der Vergangenheit. Wir brauchen eine Krankenhausstruktur in Deutschland, die eine flächendeckende Akutversorgung sicherstellt und gleichzeitig in spezialisierten Kliniken weitergehende und planbare Behandlungen ermöglicht. Wir brauchen nicht in jedem Stadtteil ein Krankenhaus, das neben der Akutversorgung auch noch künstliche Herzklappen einsetzt.

Es ist kein Geheimnis und die OECD hat jüngst in einer Studie bestätigt: In Deutschland gibt es mehr Klinikbetten, als für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind. Gerade in den Ballungszentren sind erhebliche Überkapazitäten vorhanden. Es kann jedoch nicht die Aufgabe der Beitragszahler sein, Kapazitäten zu finanzieren, die für die Versorgung nicht notwendig sind.

Für die Patientinnen und Patienten besteht das Kernproblem jedoch darin, dass die Überkapazitäten ein starker Anreiz für die Kliniken sind, nur aus Kostengründen zu operieren oder aufwändige und oftmals nicht risikolose Untersuchungen durchzuführen. Wirbelsäulenoperationen und Herzkatheteruntersuchungen sind dafür prominente Beispiele. Künftig muss es den Krankenkassen für bestimmte Operationen erlaubt werden, mit einzelnen Krankenhäusern Verträge abzuschließen, die hohe Qualitätsstandards zu vernünftigen Preisen festschreiben. In der nächsten Legislaturperiode brauchen wir einen Pakt für die Modernisierung der Klinikstrukturen in Deutschland, damit die Versorgung besser wird und auch in der Zukunft bezahlbar bleibt.

Wirtschaftliche Versorgung – solide Finanzierung

Trotz des unübersehbaren Reformbedarfs bei den Krankenhäusern haben deren Vertreter auch in diesem Jahr wieder erfolgreich nach zusätzlichen Geldern gerufen. Dabei haben sie unter anderem auf die gute Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung verwiesen. Ja, der gesetzlichen Krankenversicherung ging es finanziell noch nie so gut wie im Jahr 2012. Dabei sollte jedoch nicht vergessen werden, wem wir dies zu verdanken haben: den Beitragszahlern der gesetzlichen Krankenversicherung, die diese Überschüsse insbesondere in Verbindung mit der Beitragssatzerhöhung zum 1. Januar 2011 finanziert haben. Die sprudelnden Einnahmen haben überdeckt, dass es nach wie vor eine systematische Schere gibt zwischen den leicht steigenden Einnahmen und den deutlich stärker steigenden Ausgaben. Im langjährigen Mittel steigen die Ausga-

ben der Krankenkassen um rund 3,5 Prozent pro Jahr, während die beitragspflichtigen Einnahmen lediglich um rund 1,5 Prozent pro Jahr steigen.

Leider hat die Bundesregierung die historisch gute Finanzsituation nicht genutzt, um Strukturformen in den Versorgungsbereichen durchzuführen. Genau dies muss jedoch in der kommenden Legislaturperiode geschehen. Wer die Qualität der Versorgung verbessern und sie gleichzeitig wirtschaftlich weiterentwickeln will, kommt an grundlegenden Reformen nicht vorbei. Dass es geht, hat die Bundesregierung bewiesen: Im Arzneimittelbereich hat sie mit den neuen Preisverhandlungen gezeigt, dass es möglich ist, auch gegen starke Lobbyinteressen bei einer qualitativ hochwertigen Versorgung für mehr Wirtschaftlichkeit zu sorgen.

Versicherungsfremde Leistungen verlässlich finanzieren

Wenn man über wirtschaftliches Verhalten und die verlässliche Finanzierung spricht, kann das Thema Bundeszuschuss zur Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen nicht ausgespart werden.

Das Gesamtvolumen, das die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2011 für versicherungsfremde Leistungen ausgaben, betrug ca. 34 Mrd. Euro. Eine kleine Übersicht haben wir Ihnen in die Pressemappe gelegt. Dem stand ein Bundeszuschuss in Höhe von 15,3 Mrd. Euro gegenüber. Zwischenzeitlich ist der Bundeszuschuss auf 11,5 Mrd. gekürzt worden. Nur noch jeder dritte Euro an versicherungsfremden Leistungen wird vom Bundeszuschuss refinanziert. Die Höhe des Bundeszuschusses ist zur finanzpolitischen Verfügungsmasse des Bundesfinanzministers geworden. Eine verlässliche Finanzierung sieht anders aus.

Wir fordern von der neuen Bundesregierung ein klares Bekenntnis dazu, die versicherungsfremden Leistungen verlässlich und dauerhaft zu refinanzieren. Die Finanzausgaben des Bundes sollten verbindlich an die Höhe der versicherungsfremden Leistungen gekoppelt werden. Deren Definition und Abgrenzung könnte kurzfristig erfolgen. Damit würde zugleich eine sachgerechte Aufteilung zwischen Beitrags- und Steuermitteln und eine verlässliche Weiterentwicklung des Bundeszuschusses gewährleistet,

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.