

Pressekonferenz am 1. Juli 2013:
Positionen des GKV-Spitzenverbandes
für die kommende Legislaturperiode



Statement von Christian Zahn, alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates

– Es gilt das gesprochene Wort –

Sehr geehrte Damen und Herren,

hinter dem manchmal etwas sperrig klingenden Begriff der Selbstverwaltung steht kein kompliziertes bürokratisches Verfahren, wie man bei dem Wort „Verwaltung“ annehmen könnte, sondern ein Grundprinzip der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: Die Betroffenen nehmen ihre Anliegen selbst in die Hand. Sie gestalten das, was zu tun ist, selbst. In den Verwaltungsräten der Krankenkassen und des GKV-Spitzenverbandes kommen Versichertenvertreter und Arbeitgebervertreter in öffentlichen Sitzungen zusammen, um über die grundlegenden Dinge zu beraten und zu entscheiden.

Weder der Staat entscheidet darüber, welche Leistungen zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassenversicherung gehören, noch entscheiden marktwirtschaftliche Interessen darüber, ob bestimmte Leistungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden. Vielmehr sitzen in der sogenannten „gemeinsamen Selbstverwaltung“ Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen, der Ärzteschaft und der Krankenhäuser beispielsweise im Gemeinsamen Bundesausschuss zusammen, um die notwendigen Entscheidungen zu treffen oder Vereinbarungen zu schließen. Dies gelingt in der Regel einvernehmlich im Konsens. Wenn auch in der Öffentlichkeit manchmal der Eindruck entsteht, die Akteure der Selbstverwaltung seien nicht in der Lage sich zu verständigen, so sieht die Realität anders aus. Im vergangenen Jahr hat die Gemeinsame Selbstverwaltung mit Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes 79 Entscheidungen auf Grundlage von gesetzlichen Aufträgen getroffen. Lediglich in vier Fällen war ein Schiedsamtverfahren, was ja auch Teil der Selbstverwaltung ist, notwendig und nur ein einziges Mal musste das BMG entscheiden. Auch im Gemeinsamen Bundesausschuss ergibt sich ein ähnliches Bild. Von den 225 Beschlüssen des vergangenen Jahres wurden über 90 % einstimmig gefasst. Grund für diese hohe Zahl einstimmiger Beschlüsse sind die stetigen Konsensbemühungen aller Beteiligten und des unparteiischen Vorsitzenden. Die Selbstverwaltung hat sich als Steuerungsprinzip bewährt.

Wir fordern die Politik auf, in der kommenden Legislaturperiode dieses System zu stärken und auszubauen. Die Selbstverwaltung ist dabei kein Selbstzweck. Sie muss ihre herausgehobene und



zentrale Stellung in der gesetzlichen Krankenversicherung tagtäglich durch die Fähigkeit zur vernünftigen Lösung und der Erfüllung der ihr übertragenen Aufgaben legitimieren. Andere Systeme können das in dieser Qualität nicht. Während in einem staatlichen Gesundheitssystem die Versorgung darunter leidet, dass nicht die beteiligten Akteure Entscheidungen im Verhandlungsprozess treffen und die gesundheitliche Versorgung vom Staatshaushalt abhängig ist, kann ein rein marktwirtschaftliches System eine bedarfsgerechte und bezahlbare Versorgung nicht für alle Versicherten sicherstellen.

Wir wollen keine amerikanischen Verhältnisse, wo 15 Prozent der Einwohner ohne Versicherungsschutz sind und wir wollen keine britischen Verhältnisse, wo kranke Menschen z. B. im Durchschnitt über 160 Tage auf eine orthopädische Operation warten müssen.

Wie in der Vergangenheit wurden der gemeinsamen Selbstverwaltung auch in den letzten Jahren weiterhin neue Aufgaben übertragen. Erst jüngst war es die Entwicklung einheitlicher Fördervoraussetzungen für klinische Krebsregister. Zuvor beim G-BA die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln oder die Konkretisierung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Diese Beispiele zeugen davon, dass die Arbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung weiterhin geschätzt wird.

Gleichzeitig arbeitet die Politik immer wieder daran, ihren Einfluss auf die Selbstverwaltung auszubauen und sie greift in deren Rechte ein. Das aktuellste Beispiel ist die Neuregelung, dass Vorstandsverträge künftig vor dem Abschluss der Aufsicht vorgelegt werden müssen. Damit wird eine Art Präventivaufsicht eingeführt. So greift die Aufsicht letztlich in die Personalhoheit der Selbstverwaltung ein. Niemand konnte hier bislang ein strukturelles Problem erkennen. Einzelne Ausreißer bei hunderten von Vorstandsverträgen seit 1996 können solch einen massiven Eingriff nicht rechtfertigen.

Wir halten auch weiterhin die soziale Selbstverwaltung mit der Vertretung von Versicherten- und Arbeitgeberinteressen einerseits und andererseits die gemeinsame Selbstverwaltung zum Interessenausgleich zwischen den Leistungserbringern und den Kassen für das wichtigste und zugleich effektivste Instrument zur Gestaltung des Gesundheitswesens. Ziel ist und bleibt es, die gute Versorgung der Menschen wirtschaftlich zu organisieren.

Die Leistungsbilanz der Selbstverwaltung haben wir Ihnen vollständig in die Pressemappe gelegt.

Mehr Patientenorientierung in die Versorgung

Lassen Sie mich nun zu dem zweiten Punkt kommen, über den ich heute sprechen möchte: Mehr Patientenorientierung in der Versorgung.

Wenn wir über Gesundheitsversorgung sprechen, sprechen wir noch viel zu oft über Systeme, Prozesse und Abläufe. Wo aber bleiben diejenigen, um die es eigentlich geht, die Patienten? Eine moderne Gesundheitsversorgung muss sich am Bedarf von Patienten ausrichten. Das deutsche Gesundheitswesen bedarf einer stärkeren Patientenorientierung. Der Patient muss in die Lage versetzt werden, das Für und Wider einer Behandlung abzuwägen, um fundierte Entscheidungen treffen zu können. Das sind Maßstäbe, an denen sich unser Versorgungssystem messen lassen muss.

Meine Damen und Herren,
jetzt werden Sie vielleicht denken, die Worte hör ich wohl, allein mir fehlt der Glaube. Ich kann Ihnen jedoch versprechen, wir meinen es ernst.

Deshalb wollen wir z. B. das Missverhältnis in der Honorierung niedergelassener Ärzte zwischen „sprechender Medizin“ und „apparativer Diagnostik“ abbauen. Wir sind überzeugt, dass das mit einer Honorarreform möglich ist, ohne dass es zu Mehrkosten kommen muss.

Ein wichtiger Anknüpfungspunkt für moderne Versorgungsstrukturen sind integrierte Versorgungsmodelle, die die derzeitigen fragmentierten Formen der Behandlung ersetzen müssen. Dies erfordert über Sektorengrenzen und Versorgungsbereiche hinweg eine bessere Kommunikation, Koordination und Kooperation zwischen den beteiligten Gesundheitsberufen. Die notwendigen Grundlagen sind dafür vom Gesetzgeber und der gemeinsamen Selbstverwaltung zu schaffen.

Ein bekanntes Schnittstellen- und Kommunikationsproblem besteht z. B. zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten. Bisher wird der Arztbrief meistens noch in Papierform ausgefertigt. Im Zeitalter von Web 2.0 wird es sicher bald eine zeitgemäße elektronische Lösung geben. Sie muss zu der im Aufbau befindlichen Infrastruktur der gematik passen und darf keine Insellösung werden.

Vor allen Dingen müsste auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wieder so aufgestellt werden, dass sektorenübergreifende Lösungen erarbeitet werden können. Zur Erinnerung: Nach einer Gesetzesänderung in dieser Legislaturperiode gibt es mehrheitlich nur noch sektorale Beschlussfassung im G-BA. Dieses Vorgehen ist nicht geeignet, die Zusammenarbeit der Versor-

gungssektoren zu fördern. Die frühere sektoren- und einrichtungsübergreifende Struktur und Aufgabenstellung des G-BA ist deshalb wieder herzustellen.

Meine Damen und Herren,

Sie alle waren sicher schon das eine oder andere Mal auch Patient. Hand aufs Herz, haben Sie sich gut informiert gefühlt? Hatten Sie das Gefühl, Sie haben alle verfügbaren und relevanten Informationen erhalten, um selbstbestimmt eine Entscheidung für oder gegen ein Therapie treffen zu können? Ich kann für mich sagen, dass ich bisher leider viel zu selten dieses Gefühl hatte. Pflegenoten aber auch die Qualitätsberichte der Kliniken sind erste Ansatzpunkte, Qualitätsdaten öffentlich und damit auch für Patienten nutzbar zu machen. Wenn wir – wie Herr Hansen gerade ausgeführt hat – Qualitätswettbewerb in der Gesundheitsversorgung wollen, brauchen wir transparente, zuverlässige Informationen zum Leistungsgeschehen für alle Versorgungsbereiche, also auch für den niedergelassenen ärztlichen Bereich.

Auch im ambulanten Bereich sollte es künftig mehr Transparenz über Qualitätsdaten geben. Die Berichterstattung muss für Versicherte verständlich sein, sodass sie ihre Entscheidungen darauf aufbauen können. Das heute etablierte und in großen Teilen an ein closed-shop-Verfahren erinnernde Vorgehen der Ärzteorganisationen ist längst nicht mehr zeitgemäß.

Natürlich würde von dieser Transparenz auch die Ärzteschaft selbst profitieren. Sie könnte ihre eigene Leistung bundesweit im Vergleich mit anderen Leistungserbringern bewerten und zielgerichtet weiterentwickeln.

Wenn qualitativ hochwertige Versorgung von schlechter unterscheidbar gemacht werden soll, brauchen wir verlässliche und überprüfbare Daten über die Versorgungsrealität. Keine Sorge, meine Damen und Herren, wir fordern hier keine Datenfriedhöfe. Es gilt nur jene Daten zu ermitteln, die auch für Qualitätsaussagen tatsächlich gebraucht und – das ist mir besonders wichtig – auch für die Patienten genutzt werden. Daten nur der Daten wegen, ohne einen Nutzen für die Patienten, braucht niemand.

Qualitätsdaten helfen Schwachstellen zu identifizieren und Versorgungsabläufe effektiv zu verbessern. Soweit die Theorie. In der Praxis gibt es zurzeit jedoch noch große Unterschiede zwischen den Dokumentationsanforderungen in den verschiedenen Versorgungsbereichen. Um Qualitätsdaten sinnvoll vergleichen zu können, muss sichergestellt werden, dass die grundlegenden Regeln zur Kodierung und Dokumentation von Behandlungsfällen sektorenübergreifend und vertragsunabhängig gelten.

Meine Damen und Herren,

das in der letzten Legislaturperiode beschlossene Patientenrechtegesetz bietet eine Grundlage für die Weiterentwicklung der Rechte der Patientinnen und Patienten. Leider nicht mehr. Defizite treten insbesondere bei Behandlungsfehlern deutlich zu Tage. Hier bleibt als zentrales Problem für die Opfer die derzeitige Beweislastsituation. Eine echte Verbesserung wäre es, wenn Patienten künftig nur noch zu beweisen haben, dass ein Behandlungsfehler vorliegt und sie einen Schaden erlitten haben. Dass der Behandlungsfehler nicht ursächlich für den Schaden war, sollte zukünftig der betroffene Arzt oder das Krankenhaus belegen müssen.

Wir brauchen auch dringend mehr Transparenz bei Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Angesichts der deutlichen Zuwächse und bekannten Fehlentwicklungen sollten Ärzte ihre Patienten insbesondere darüber informieren, warum IGeL-Leistungen nicht von den Krankenkassen bezahlt werden und welche Risiken und Folgen mit der jeweils angebotenen Diagnostik und Therapie verbunden sind. Eine Voraussetzung hierfür hat der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes bereits geschaffen: Mit dem IGeL-Monitor findet erstmals eine neutrale Bewertung von IGeL-Leistungen statt. Ferner sollte den Patienten mit einer 24-stündigen Einwilligungs-sperrfrist eine ausreichende Bedenkzeit zur Verfügung stehen.