



WIRTSCHAFTSBEIRAT
BAYERN

Odeonsplatz 14, 80539 München,
Tel: 089/ 24 22 86 0, Fax: 089/ 29 15 18, E-Mail: info@wbu.de
Präsident: Dr. Otto Wiesheu, Generalsekretär: Dr. Jürgen Hofmann

Verbesserungen im Gesundheitswesen

Empfehlungen
der
Arbeitsgruppe Gesundheit
im Sozialpolitischen Ausschuss
des
Wirtschaftsbeirats Bayern

München, im Juni 2011

Inhaltsverzeichnis

Management Summary.....	3
Verbesserungen im Gesundheitswesen.....	4
1. Vorbemerkungen	4
2. Die Auswirkungen der Demographie und des medizinisch-technischen Fortschritts auf das Gesundheitswesen.....	5
3. Die drei Zukunftsaufgaben der Gesundheitspolitik	6
4. Werte und Gestaltungsprinzipien im Gesundheitswesen	7
5. Konkrete Anregungen und Empfehlungen für Verbesserungen im Gesundheitswesen	8
5.1. Ansatzpunkte beim Patienten/Versicherten	8
5.2. Ansatzpunkte im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung.....	10
5.3. Ansatzpunkte im Pharmabereich	13
5.4. Ansatzpunkte im Bereich der Krankenkassen	14
Teilnehmer der Arbeitsgruppe Gesundheit im Sozialpolitischen Ausschuss des Wirtschaftsbeirates Bayern.....	18

Management Summary

Das Gesundheitswesen gehört zu den Wirtschaftszweigen Deutschlands mit herausragender Bedeutung. Gesundheitswirtschaft und Gesundheitsvorsorge sind auf sehr hohem Niveau.

Aufgrund der demographischen Entwicklung und ihrer Auswirkung auf das Gesundheitswesen sowie weiter steigender Behandlungskosten, nicht zuletzt zurückzuführen auf den medizinischen Fortschritt, fällt die Finanzierbarkeit in der derzeitigen Form allerdings immer schwerer. Gleichzeitig bestehen im System jedoch noch erhebliche Optimierungspotentiale.

Vor diesem Hintergrund plädiert der Sozialpolitische Ausschuss des Wirtschaftsbeirats dafür, von wachsenden dirigistischen Eingriffen in das System Abstand zu nehmen und innerhalb eines definierten Ordnungsrahmens die Steuerung des Gesundheitswesens grundsätzlich stärker Eigenverantwortung, Markt und Wettbewerb zu überlassen.

Nachfolgend beschriebene Leitlinien und Maßnahmen können nach unserer Auffassung zu spürbaren Verbesserungen im Gesundheitswesen führen und gleichzeitig Einsparpotentiale heben:

- Stärkung der Eigenverantwortung des Versicherten für den Erhalt seiner Gesundheit
 - **aus Wissen wächst Verantwortung: Informations- und Aufklärungskampagnen**
 - **mehr Kostentransparenz im Gesundheitswesen**
- Stärkung der finanziellen Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten
 - **Einführung des Kostenerstattungsprinzips in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) analog zur Privaten Krankenversicherung (PKV)**
 - **Eigenbeteiligung der Versicherten an den Krankheitskosten**
- Einführung eines flächendeckenden Prozessmanagements im Gesundheitswesen
- Förderung der Telemedizin unter Berücksichtigung von Datenschutz und Datensicherheit
- Bewusste Steuerung und Begrenzung der Großgeräteinvestitionen
- Verbesserung der Weiterbildung der Ärzte, insbesondere bei der Facharztausbildung
- Erhöhung der Planungssicherheit und Verbesserung der Rahmenbedingungen in den Bereichen Medizintechnik und Arzneimittelforschung
- Weiterentwicklung des Gesundheitsfonds und des Haftungsrechts

- mittelfristig: nur noch Finanzierung der Basisleistungen der GKV durch den Gesundheitsfonds; darüber hinaus gehende Bedarfe werden durch den Versicherten zusätzlich versichert.
- In einem zweiten Schritt Wiederherstellung der vollen Beitragsautonomie der Krankenkassen.
- Überarbeitung des Haftungsrechts in der GKV: Abschaffung der bestehenden Solidarhaftung des GKV-Systems, statt dessen Aufbau einer Haftungsmasse analog Einlagensicherungsfonds des privaten Bankgewerbes

Konkreter, zügig umzusetzender Handlungsvorschlag:

Durchführung eines räumlich begrenzten Realtests unter wissenschaftlicher Begleitung und Evaluierung zu folgenden Punkten:

1. Geldleistung als Regelleistung (statt Sachleistung) in der GKV
2. Konsequentes „end-to-end-Processing“ in Pilotprojekten wie z.B. der Behandlung von Blutzucker und Bluthochdruck.

Verbesserungen im Gesundheitswesen

1. Vorbemerkungen

Das Gesundheitswesen gehört zu den Wirtschaftszweigen Deutschlands mit herausgehobener Bedeutung. Bereits heute arbeiten fast 5 1/2 Millionen Menschen in diesem Bereich. 10 Prozent des Bruttoinlandsprodukts werden hier erwirtschaftet. Prognosen zufolge wird die Zahl der Beschäftigten längerfristig auf 7 Millionen zunehmen, der Anteil an der gesamtwirtschaftlichen Leistung auf 13 Prozent wachsen. Schon bis zum Ende der kommenden Dekade könnte das Volumen der nationalen Gesundheitswirtschaft 450 Milliarden Euro betragen. Selbst während der Finanzkrise hat sich das Gesundheitswesen robust und wenig anfällig gezeigt.

Der Gesundheitssektor bringt in der Grundtendenz alle Voraussetzungen mit, weiter als „Jobmotor“ und Wachstumstreiber zu fungieren. Manche sehen in ihm die Quelle eines neuen Kondratieff-Zyklus. Im Inland werden vor allem die demografische Entwicklung, der medizinisch-technische Fortschritt und der außerordentlich hohe Wert, den unsere Gesellschaft dem Gut „Gesundheit“ beimisst, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen weiter steigen lassen.

Im internationalen Vergleich befinden sich die Gesundheitswirtschaft und die Gesundheitsversorgung in Deutschland auf einem sehr hohen Niveau. Daraus erwachsen wachsende Chancen, Spitzenleistungen und Spitzenprodukte der deutschen

Medizin auch im Ausland zu vermarkten. Sie lassen sich bei einer insgesamt offensiveren und gezielteren „Exportstrategie“ durchaus noch besser nutzen.

Gleichzeitig befindet sich das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland seit langem unübersehbar unter Druck. Nach Jahren des ständigen Ausbaus in der Vergangenheit hat die Gesetzgebung, getrieben von steigenden Lohnzusatzkosten und ständigen Finanzierungsproblemen zu Kapazitätsbegrenzungen und immer neuen Kostendämpfungsrunden in der Gesetzlichen Krankenversicherung geführt. Dieser Druck wird bei alternder und schrumpfender Bevölkerung und beschleunigtem medizinisch-technischem Fortschritt anhalten. Es fällt deshalb zunehmend schwerer, den erreichten hohen Versorgungsstand innerhalb des Systems zu bewahren.

Offenkundig ist der Spagat enorm, den die Gesundheitspolitik damit zu bewältigen hat. Weitere Reformen sind notwendig. Der sozialpolitische Ausschuss des Wirtschaftsrats unterbreitet dazu in diesem Papier eine Reihe von z.T. grundsätzlichen, z.T. aber auch konkreten Empfehlungen und Anregungen. Sie konzentrieren sich primär auf den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

2. Die Auswirkungen der Demographie und des medizinisch-technischen Fortschritts auf das Gesundheitswesen

Die demographische Entwicklung wirkt sich in mehrfacher Hinsicht z.T. ent-, meist aber belastend auf das Gesundheitssystem aus:

Die deutsche Gesamtbevölkerung sinkt bis 2030 voraussichtlich um ca. 2,2 Mio. Menschen. Das bedeutet weniger Beitragszahler, absolut gesehen aber auch weniger Gesundheitskosten. Daraus folgt bei einer heutigen Ärztedichte (ca. 320 Ärzte auf 100.000 Einwohner), dass auch etwa 7.000 Ärzte weniger für die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung in der Zukunft notwendig sein werden. Der Abgang vieler Ärzte in den Ruhestand in den nächsten Jahren wird dadurch etwas kompensiert.

Eine besondere Herausforderung ist die Zunahme der über 65jährigen bis 2025 um 1,5 Mio. Personen, die aufgrund altersbedingt zunehmender Multimorbidität überdurchschnittlich hohe Kosten im Gesundheitswesen auslösen. Diese Tendenz wird bereits rückblickend erkennbar: 2002 beliefen sich die Aufwendungen für die Behandlung der 65 – 85 Jährigen auf 73,9 Mrd. Euro. 2008 verursachte diese Gruppe schon Kosten in Höhe von 96,8 Mrd. Euro. Das ist eine Steigerung von fast 31 Prozent innerhalb von nur sechs Jahren, während die Altersgruppe der 45 -65jährigen lediglich eine Kostensteigerung von 7,3 Prozent im gleichen Zeitraum aufweist.¹

Das Defizit der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) ist seit 1990 von 13,8 Mrd. Euro auf heute 40 Mrd. Euro angewachsen.²

¹ Quelle: Statistisches Bundesamt Gesundheitsberichte

² Quelle: BMG

Erschwerend kommt hinzu, dass im Zeitraum bis 2030 der Anteil der erwerbsfähigen Bevölkerung von heute 61 Prozent auf 55 Prozent abnehmen wird und der bekannte Effekt eintritt, dass weniger Werktätige immer höhere Gesundheitskosten für die Rentnergeneration mitzufinanzieren haben.

Bis 2030 erfolgt ein signifikanter Rückgang des Bevölkerungsanteils der 35 – 50jährigen.³ Durch die Schrumpfung dieser Altersgruppe – der sogenannten Karriere-Generation – entsteht bei einem Durchschnittsverdienst von ca. 3.500,- Euro in den nächsten Jahren ein Beitragsverlust von ca.15 Mrd. Euro pro Jahr. Diese Negativentwicklung verhindert eine Kompensation der höheren Gesundheitskosten für die älteren Versicherten über 60 Jahren. Die finanzielle Lage verschärft sich also an beiden Fronten.

Der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund nimmt deutlich zu.⁴ Sofern die Integration dieser Mitbürger in den kommenden Jahren nicht deutlich besser gelingt, wird der Arbeitslosenanteil, vor allem bei den bildungsfernen Jugendlichen mit Migrationshintergrund, hoch bleiben. Sie würden damit als Beitragszahler zusätzlich ausfallen. Der Steuerzahler müsste auf Dauer die medizinische Behandlung eines wachsenden Anteils an der Bevölkerung übernehmen.

Auch der medizinisch-technische Fortschritt wird sich in weiter steigenden Behandlungskosten niederschlagen. Die Patienten werden Anspruch auf immer neue Hochleistungstechnik (z.B. CT oder MRT etc.), teure Medikamente und teure neuartige Behandlungsmethoden erheben, Ärzte werden sie anwenden.

Die Bundeszuschüsse zur GKV dürften nicht ausreichen, die absehbaren Defizite auszugleichen. 2011 ist ein Bundeszuschuss von 13,3 Mrd. Euro sowie ein Extrazuschuss in

Höhe von 2 Mrd. Euro geplant. Danach sollen linear in den nächsten Jahren jeweils 14 Mrd. Euro als Zuschuss in das Gesundheitswesen eingebracht werden. Auf Grund der oben skizzierten demographischen Fakten und deren Einflüssen auf das System wird dieser Betrag aller Voraussicht nach in den nächsten Jahren nicht ausreichen, das Gesundheitswesen finanziell stabil zu halten.

3. Die drei Zukunftsaufgaben der Gesundheitspolitik

Vor diesem Hintergrund sieht der Wirtschaftsbeirat die Gesundheitspolitik in den kommenden Jahren und Jahrzehnten vor drei große Aufgaben gestellt:

Erstens ist ein möglichst beschwerdefreier Gesundheitszustand der Bevölkerung anzustreben. Prävention geht dabei vor Heilung und Rehabilitation. Vor allem die (teure) Chronifizierung von Krankheiten muss, wo immer möglich, entschlossen

³ Quelle. Statistisches Jahrbuch des GDV

⁴ Quelle: 8. Bericht der Integrationsbeauftragten Böhmer

verhindert werden. Auch in Zukunft ist eine hochwertige Medizin zu gewährleisten – flächendeckend und auf dem jeweils neuesten Stand von Wissenschaft und Medizintechnik.

Zweitens muss die Medizin trotz des absehbaren demografischen Wandels und des medizinischen Fortschritts bezahlbar bleiben. Auch wenn der Arbeitgeberbeitrag zur Gesetzlichen Krankenversicherung im Interesse der Beschäftigungssicherung durch das GKV-FinG inzwischen gedeckelt ist, dürfen sich Beitragsschübe wie in der Vergangenheit nicht unbegrenzt fortsetzen. Im gesamten System müssen deshalb weitere Effizienzreserven gehoben werden.

Drittens darf die Gesundheitswirtschaft ihre Rolle als „Jobmotor“ und „Wachstumstreiberin“ im 21. Jahrhundert nicht verlieren. Aus einer „Leitbranche“ darf keine „Leidbranche“ werden. Die gesamtwirtschaftlichen Potentiale, die in ihr liegen, dürfen weder durch bürokratische Hemmnisse und Überregulierung noch durch eine falsche Finanzierungspolitik geschmälert werden. Sie sind zu nutzen. Möglich sein wird dies aber nur auf der Basis von zusätzlichen Finanzierungsbeiträgen der Nachfrager/Versicherten nach Gesundheitsdienstleistungen außerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Notwendige Reformen zur Bewältigung dieser Aufgaben sind nach Auffassung des Wirtschaftsbeirats auf der Grundlage klarer Wertvorstellungen und Gestaltungsprinzipien anzugehen und umzusetzen.

4. Werte und Gestaltungsprinzipien im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen ist Teil der Gesellschafts- und Wirtschaftsordnung der Bundesrepublik Deutschland. Der Wirtschaftsbeirat spricht sich dafür aus, auch seine Ausgestaltung an den Werten zu orientieren, die der Sozialen Marktwirtschaft zugrunde liegen und die unser politisches Handeln insgesamt bestimmen:

- **Freiheit und Eigenverantwortung** sind dabei an erster Stelle zu nennen. Erfolgreiches, verantwortungsbewusstes Handeln muss sich auszahlen. Falsche Entscheidungen und Verantwortungslosigkeit dürfen nicht folgenlos bleiben. Für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen und die Nachfrager nach Gesundheitsleistungen hat dies ebenso zu gelten wie für die Kostenträger.
- **Subsidiarität** sollte auch die Organisation im Gesundheitswesen entscheidend prägen. Das, was ortsnah besser entschieden werden kann, sollte auch auf unterer Ebene entschieden werden. Ausgreifender Zentralismus ist dezentralen Strukturen unterlegen.
- Kein Kranker darf seinem Schicksal überlassen werden. Deshalb gehört nicht zuletzt **Solidarität** zu den tragenden Säulen des Gesundheitswesens. Für den Wirtschaftsbeirat geht es dabei zunächst einmal um die Befähigung zu einem gesundheitsbewussten Leben. Dabei können auch die wachsenden Erkenntnisse

aus der Genomik hilfreich sein. Unabhängig davon ist das Risiko „Krankheit“ kollektiv finanziell abzusichern.

- Darüber hinaus muss sich die Ausgestaltung des Gesundheitswesens vom Prinzip der **Generationengerechtigkeit** leiten lassen, d.h. auf die Belastbarkeit der Jüngeren Rücksicht nehmen.

Eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens wie in Großbritannien ist mit diesen Grundwerten nicht vereinbar!

Der Wirtschaftsbeirat plädiert stattdessen dafür, soweit wie möglich auf Selbststeuerung zu setzen, d.h. auch die Steuerung des Gesundheitswesens grundsätzlich dem Markt zu überlassen und nicht immer stärker dirigistischen Eingriffen zu unterwerfen.

Völliges „Laissez-Faire“ würde nach aller Erfahrung allerdings nicht zu gesundheitspolitisch und gesellschaftlich akzeptablen Ergebnissen führen. Wir halten angesichts der Besonderheiten der Gesundheitsmärkte – u.a. bestimmt das Angebot, allen voran in der Gerätemedizin, die sich amortisieren muss, nicht unerheblich die Nachfrage – einen staatlichen Ordnungsrahmen für unabdingbar.

Dieser Ordnungsrahmen muss letztlich für einen fairen, dynamischen Leistungswettbewerb sorgen. D.h., er muss ein breites Spektrum an preiswerten Gesundheitsangeboten begünstigen. Er sollte innovative Ansätze, die nicht nur zu besseren, sondern auch zu billigeren Lösungen im Gesundheitsbereich führen, unterstützen. Nicht zuletzt hat er „moral hazard“ entgegenzuwirken und gesundheitspolitisch verantwortliches Verhalten und Handeln zu fördern. Dies gilt sowohl im Verhältnis der Anbieter und Nachfrager nach Gesundheitsleistungen als auch mit Blick auf den Wettbewerb der Kassen.

5. Konkrete Anregungen und Empfehlungen für Verbesserungen im Gesundheitswesen

Nachstehend unterbreitet der sozialpolitische Ausschuss des Wirtschaftsbeirats eine Reihe von konkreten Verbesserungsvorschlägen für den Gesundheitsbereich. Wir sind uns bewusst, dass ein Teil dieser Empfehlungen kontrovers diskutiert wird bzw. kontroverse Diskussionen auslösen dürfte. Im Interesse einer Weiterentwicklung des Systems müssen sie jedoch geführt werden.

5.1. Ansatzpunkte beim Patienten/Versicherten

Die Versicherten nutzen das Gesundheitssystem nicht als „reine Verbraucher“, sondern als verantwortungsbewusste, mündige Bürgerinnen und Bürger. Sie bemühen sich im eigenen Interesse und im Interesse der Versichertengemeinschaft aktiv um die

Erhaltung ihrer Gesundheit bzw. um die Wiederherstellung ihre Gesundheit im Krankheitsfall. Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen fördern eigenverantwortliches Handeln.

Maßnahmen im Einzelnen:

5.1.1 Aus Wissen Eigenverantwortung wachsen lassen

- Frühkindlich beginnend wird „Gesunde Lebensweise“ zum durchgängigen Bildungsinhalt.
- Die wachsenden Erkenntnisse aus der Genomik können – im Einvernehmen mit dem Einzelnen - gezielt zur Prävention genutzt werden.
- Nachhaltige Aufklärungskampagnen aller Akteure des Gesundheitswesens in Form von persönlichen Bürgeranschreiben, Werbemaßnahmen (Zeitung, Internet, TV) etc. sorgen dafür, dem Bürger das Gesundheitssystem, dessen Funktion und die Verantwortung jedes einzelnen für sich selbst und für die Gemeinschaft zu verdeutlichen. Dies wird ein zäher und schwieriger Prozess werden bzw. bleiben, an dem aber kein Weg vorbei führt.

5.1.2. Kostentransparenz herstellen

- Die Transparenz in den Kostenströmen wird spürbar erhöht. Es ist zu begrüßen, dass auch in der GKV, analog zur Privaten Krankenversicherung, eine Gebührenordnung eingeführt wurde, aus der sich die Vergütung ärztlicher Leistungen unmittelbar in Euro und Cent ablesen lässt.
- Zur weiteren Steigerung der Transparenz werden dem Versicherungsnehmer die vom ihm verursachten Rechnungen (ambulant, stationär) zur Kenntnis zugeleitet. Er wird damit in die Lage versetzt, die Höhe der von ihm durch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verursachten Kosten zu erkennen und ggfls. falschen Abrechnungen entgegenzutreten.
- Mittelfristig sollte auch in der GKV das Kostenerstattungsprinzip eingeführt werden. Es tritt anstelle des in § 13 SGB V eröffneten Wahlrechts der Krankenkasse zwischen Sachleistung oder Kostenerstattung obligatorisch wie in der PKV, aber auch in anderen Ländern wie z.B. in Frankreich, an die Stelle von Sachleistungen.

Ggf. kann ein „Realtest“ in einem begrenzten Gebiet vorgeschaltet werden, unter wissenschaftlicher Begleitung und Evaluierung während und nach Beendigung der Testphase.

5.1.3. Die finanziellen Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten stärken

- Die Krankenkassen fördern die Bereitschaft zur Prävention. Die in einem Gesundheitspass dokumentierte Teilnahme an Sportveranstaltungen, Vorsorgeuntersuchungen etc. führt schon jetzt zu Beitragsreduzierungen bzw. zur Auszahlung von Prämien. Der Wirtschaftsbeirat empfiehlt, dass Boni steuerfrei gewährt werden, um den Anreiz zu erhöhen.
- Um die im internationalen Vergleich nach wie vor weit überdurchschnittliche Zahl der Arztbesuche einzudämmen, kann in einem ersten Schritt eine pauschale Praxisgebühr auf jeden Gang zum Arzt erhoben werden, in Kombination mit einer Härtefallklausel, die insbesondere geringe Einkommen und chronische Erkrankungen berücksichtigt.
- Mittelfristig ist mit Blick auf eine spürbare Stärkung der Selbststeuerungskräfte daran zu denken, die Patienten konsequent in Höhe eines bestimmten Prozentsatzes an allen Rechnungen für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu beteiligen. Zumutbar erscheint ein Selbstbehalt in Höhe von 10 oder 15 Prozent. Der Schutz vor Überforderung wird auch hier durch eine Härtefallklausel (unter Berücksichtigung von insb. Einkommen und chronischen Erkrankungen) gewährleistet. Im Gegenzug entfällt die pauschale Praxisgebühr. Selbstbeteiligung setzt den Übergang zum Kostenerstattungsprinzip voraus. Dieses muss das vorab zu erreichende Ziel sein. (s.o.)
- Über den Gesundheitsfonds werden nur noch die Basisleistungen des Gesundheitssystems finanziert. Welche zusätzlichen Risiken er wie und bei wem versichern möchte, entscheidet jeder Bürger selbst. (s.u.) Bei der Abgrenzung der Basisleistungen wird ein neuer Anlauf unternommen.

5.2. Ansatzpunkte im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung

Dauerhafte Verbesserungen im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung können nach unserer Auffassung nur auf evolutionärem Weg und nicht mit radikalen Ansätzen erreicht werden.

5.2.1. Prozessmanagement verstärken

- Wesentlich ist die konsequente und flächendeckende Einführung eines Prozessmanagements im Gesundheitswesen. Es bedeutet zunächst, dass Ärzte Untersuchungen, Medikamente etc. in einer zwischen den verschiedenen Beteiligten abgestimmten Prozesskette ausschließlich am objektivierten Bedarf des Patienten orientiert und nach dem jeweiligen Stand der ärztlichen Kunst vornehmen bzw. einsetzen. Vor allem damit wird Geld gespart und der Patient optimal betreut.

- Den Leitlinien der verschiedenen wissenschaftlichen Gesellschaften kommt dabei große Bedeutung zu.
- Es erfolgt ein konsequentes „end-to-end processing“. Bisher eher fachabteilungsbezogene Strukturen müssen durch Organisationsformen abgelöst werden, die auf den Patienten und seinen Weg durch das Behandlungssystem ausgerichtet sind.
- Die Ergebnisse der Versorgungsforschung zur patientenorientierten Ablauforganisation sind konsequent umzusetzen.
- Ergänzend sind messbare Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung auf allen Ebenen des Gesundheitswesens unumgänglich.
- Servicegedanke und Servicecharakter in den Krankenhäusern müssen stärker an Bedeutung gewinnen.
- Als Pilotprojekte bieten sich die Behandlung des Blutzuckers und des Bluthochdrucks an; sie müssten für die ausführenden Allgemeinmediziner mit einem finanziellen Anreiz versehen und elektronisch – etwa mit Hilfe der Gesundheitskarte – begleitet und überwacht werden.

5.2.2. EDV-gestützte Behandlungskonzepte und Telemedizin stärker nutzen

- Zur Verbesserung von Diagnose und leitlinienorientierter Therapie sind die Möglichkeiten der EDV-Unterstützung stärker zu nutzen.
- Im Hinblick auf unterschiedliche Behandlungsversorgungskapazitäten und einen optimalen, effizienten Geräteeinsatz sollten die Möglichkeiten der Telemedizin unter Berücksichtigung von Datenschutz und Datensicherheit verstärkt genutzt werden.
- Bereits bestehende Lösungen sind auf Alltagstauglichkeit und Effizienz zu überprüfen. Best Practice sollte als Standard festgelegt und konsequent umgesetzt werden.
- Bei der Finanzierung sind auch Private-Public-Partnership-Modelle in Erwägung zu ziehen.

5.2.3. Großgeräteinvestitionen steuern und begrenzen – Innovationen in den Dienst von Einsparungen stellen

- Die Anschaffung teurer Großgeräte (Computertomographen, Kernspin-Geräte, Herzkatheder-Messplätze etc.) bedarf einer gewissen Steuerung und Begrenzung. Nachdem sie sich amortisieren müssen und Gewinn abwerfen

sollen, besteht die Gefahr, dass sie nicht immer indiziert eingesetzt werden. Denkbar erscheinen entsprechende Zulassungsbeschränkungen.

- Fortschritte in der Medizintechnik werden in allen Diskussionen, wie selbstverständlich, mit Kostensteigerungen verbunden. Sie sollten sich auch darauf richten, Diagnose und Therapie ohne Abstriche an der Qualität zu verbilligen. Darauf muss stärker hingewirkt werden.

5.2.4. Das Honorierungssystem partiell verändern

- Es ist zu prüfen, ob und inwieweit dem leitliniengerechten Leistungs- und Erfolgsgedanken in der Honorierung ärztlicher Leistungen stärker Rechnung getragen werden kann („pay for performance“). Dabei sind auch die internationalen Erfahrungen auszuwerten.
- Die Honorierung sollte statt der Bevorzugung der Gerätemedizin mehr die Beratungsfunktion des Arztes stärken. Dem behandelnden Arzt muss mehr Zeit für das Stellen einer präzisen Diagnose, die Festlegung einer zielführenden Therapie, Patientengespräche und eine effiziente Nachsorge eingeräumt werden.
- Das Verbot von „Kopfgeldzahlungen“ von Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken an Ärzte für die Vermittlung von Patienten ist durchzusetzen und ggfls. entsprechend zu ahnden.
- Eine neue Regressordnung ist zu entwickeln, nach der nur noch auf Pflicht- und Sorgfaltsverletzungen des Arztes abgestellt wird.

5.2.5. Arbeitszeiten weiter flexibilisieren

Um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie insbesondere für junge Ärztinnen zu erhöhen und damit die Ausübung des Arztberufs attraktiver zu machen, müssen die Arbeitszeiten in den Krankenhäusern zugunsten größerer Familienfreundlichkeit weiter flexibilisiert werden.

5.2.6. Defizite in der Fort- und Weiterbildung von Ärzten beseitigen

Defizitär ist insbesondere die Weiterbildung zum Facharzt. Nur eine strukturierte, den Inhalten der Weiterbildungsordnung entsprechende Qualifizierung bildet die Voraussetzung für eine bestmögliche Qualität ärztlicher Behandlung. Darüber hinaus muss die Bürokratie mit arztfremden Tätigkeiten abgebaut werden. Dies sind auch wesentliche Voraussetzungen für ein Verbleiben von Ärzten in Deutschland.

5.3. Ansatzpunkte im Pharmabereich

5.3.1. Planungssicherheit erhöhen und Rahmenbedingungen verbessern

- Innerhalb des komplexen deutschen Gesundheitswesens gilt es insbesondere für die pharmazeutische Industrie die Planungssicherheit zu erhöhen. Eine Gesetzeslage, die sich laufend ändert, behindert Investitionen und gefährdet damit Arbeitsplätze.
- Die interne Quersubventionierung der Produkte von Pharmafirmen geht zurück. Um auch künftig attraktive Standortbedingungen zu bieten, sollten neue Abschreibungsmodelle für investitionswillige Unternehmen geprüft werden.
- Die spezielle steuerliche Förderung von Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten könnte einen Anreiz bei der Entscheidung für den Standort Deutschland bieten. Kooperationen mit Hochschulen sind zu fördern. Unternehmen, die aus Hochschulaktivitäten bzw. in enger Zusammenarbeit mit Hochschulen gegründet werden, sollten, falls sie Gewinne machen, Steuerstundungen für die ersten zwei bis drei Jahre erhalten. Zudem könnten Fördermittel entsprechend zugunsten dieser Unternehmen umgewidmet werden.

5.3.2. Patientennutzen und -zufriedenheit stärker berücksichtigen

- Bei der Anfertigung von Studien und der Sammlung von Daten ist neben der „Ergebnisqualität“ verstärkt auch auf die Patientenzufriedenheit („Lebensqualität“) abzustellen. Über ein Scoringverfahren könnte künftig der Innovationsgrad einzelner Pharmafirmen gemessen werden. Dadurch würde deutlicher, welchen konkreten Beitrag das einzelne Unternehmen für den Behandlungs- und Therapieerfolg sowie die Lebensqualität der Patienten beisteuert. Hierzu ist es erforderlich, dass die Pharmaunternehmen ihre isolierte, auf Marketingaspekte fokussierte Arbeitsweise bei der Rahmengestaltung von Studien aufgeben und in Zusammenarbeit mit den Hochschulen neue Methoden der Direktbefragungen von Patienten in den Praxen und Kliniken entwickeln und anwenden.
- Um neue Medizinmethoden zu überprüfen, benötigt es randomisierte, zum Teil geblindete, multizentrische Studien. Ihre Ergebnisse sollten in die Leitlinien einfließen. Deutschland ist auf diesem Feld bei weitem nicht führend. Länder wie Schweden, Großbritannien oder die Niederlande sind uns voraus. In diese Studien müssen anstelle von Allgemeinmedizinern verstärkt forschungsstarke Universitätskliniken einbezogen werden.
- In einem institutionalisierten Begleitprozess sollte die Pharmabranche eine kritische Bestandsaufnahme der Umsetzung des Arzneimittelneuordnungsgesetzes (AMNOG) vornehmen. Hierzu sollten seitens des Gesetzgebers Gespräche mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

und dem Spitzenverband Bund (Spibu) der Krankenkassen zu den Auswirkungen des Gesetzes für die Unternehmenspraxis geführt werden

5.3.3. Preisfindung transparenter gestalten

- Die Preisfindung von Arzneimitteln muss nachvollziehbarer werden. Ein entsprechender Kodex, der beispielsweise über einen Beauftragten für „Ethisches Wirtschaften in der Pharmaindustrie“ überwacht wird, könnte die notwendige Konkretisierung und Transparenz schaffen. Diese Mechanismen könnten anschließend in die Unternehmensbewertung von Analysten einfließen.

5.3.4. Kooperation zwischen Pharmaindustrie und Ärzten verbessern

- Verbesserungsmöglichkeiten in der Zusammenarbeit mit Ärzten bestehen bei der Medikation, zu der die Pharmaunternehmen ihr Wissen noch effizienter zur Verfügung stellen sollten. Medikamente sollten von den Apotheken exakt nach Maßgabe der verordneten Mengen abgegeben werden. Außerdem muss der effiziente Einsatz von Arzneimitteln überdacht werden. Derzeit werden etwa 50 Prozent der verschriebenen Medikamente nicht ordnungsgemäß eingenommen. Hier könnte ein Belohnungs- statt eines Bestrafungssystem für die Ärzte zur besseren Einsatzkontrolle („compliance“) dieser Mittel zu spürbaren Einsparungen führen.
- Neue Formen der Zusammenarbeit zwischen der Pharmaindustrie und den Leistungserbringern sollten im Bereich der Integrierten Versorgung (IV-Verträge gem. § 140, SGB V) geprüft werden. Hierdurch können zum einen der Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt gestärkt und zum anderen die Qualität der Integrierten Versorgung verbessert werden. Ein Praxistest in einem regional begrenzten Gebiet mit wissenschaftlicher Begleitung könnte nähere Aufschlüsse bringen.

5.4. Ansatzpunkte im Bereich der Krankenkassen

Die Rahmengestaltung in diesem Bereich sollte Vielfalt in der Kassenlandschaft zulassen und den Wettbewerb fördern, das Selbstbestimmungsrecht der Krankenkassen stärken und Demographie und Patientenorientierung als Chance begreifen.

Im Einzelnen:

5.4.1. Konzentrationsprozess der Krankenkassen dem Wettbewerb überlassen

- Fusionen erfolgen bislang nicht immer unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten, sondern sind häufig das Ergebnis bestehender Rahmenbedingungen (z. B. Haftung).
- Der bisherige Konzentrationsprozess hat deshalb auch nicht zu einer spürbaren Verringerung der Kosten in der GKV geführt.
- Zukünftige Zusammenschlüsse sollten stärker der strategischen Marktpositionierung, der Ergänzung der Leistungsportfolios und der Stärkung der Wirtschaftlichkeit dienen.

5.4.2. Selbstbestimmung der Krankenkassen stärken

- Die gegenwärtigen Zentralisierungstendenzen entmündigen die einzelne Krankenkasse. Die Krankenkassen sind damit in einem erheblichen Maße fremdbestimmt.
- Die Zentralisierung von Aufgaben auf Bundes- oder Landesebene ist auf wenige, notwendige Felder zu beschränken. Diese Felder dürfen keinen Wettbewerbscharakter haben und müssen von allen Krankenkassen wahrgenommen werden (z. B. Infrastruktur zur Übermittlung von Daten).
- Alle anderen, wettbewerbsrelevanten Felder haben die einzelnen Krankenkassen zu bestellen. Die Zwangsmitgliedschaften der Krankenkassen in den Verbänden sind zu beenden.
- Freiwillige Zusammenschlüsse (z.B. genossenschaftsähnliche Verbände) oder politische Interessenvertretungen (z. B. BKK im Unternehmen) müssen weiterhin zulässig sein.

5.4.3. Wettbewerbliche Rahmenbedingungen verbessern

- Zu einem guten und funktionierenden Wettbewerb gehören unternehmerisch handelnde, selbständige Krankenkassen - der Wettstreit um den besten Preis, die beste Qualität, die beste Leistung, das beste Produkt zu Gunsten der Versicherten.
- Ein funktionierender Preiswettbewerb setzt die weitgehende finanzielle Selbstbestimmung der Krankenkassen voraus.
- Kollektive Verträge, die über alle Kassen hinweg gelten (z.B. mit Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern), sind auf ein zwingendes Mindestmaß – Basis der

Versorgungssicherheit der Allgemeinheit – zurückzuführen. Der Spielraum für kassenindividuelle Verträge ist soweit wie möglich auszubauen. Dabei ist auf ein entsprechendes Ausgabencontrolling zu achten.

- Der Leistungskatalog der Krankenkassen ist in einem neuen Anlauf zu überprüfen; alle versicherungsfremden Leistungen sind zu streichen(z.B. Mutterschaftsgeld; Haushaltshilfe).
- Unterschiedliche Leistungen sind unterschiedlich zu finanzieren: die Basisleistungen aus dem Gesundheitsfonds; darüber hinausgehende Leistungen im Rahmen der Finanz- und Beitragsautonomie der Krankenkasse.

5.4.4. Gesundheitsfonds weiterentwickeln

- Der Gesundheitsfonds kann den Krankenkassen die für die Gesundheitsversorgung erforderlichen Geldmittel nicht richtig zuweisen. Während auf der einen Seite Krankenkassen unabhängig von ihrer Wirtschaftlichkeit Prämien ausschütten können, weil die Zuweisungen die Kosten um ein Vielfaches übersteigen, müssen andere Krankenkassen Zusatzbeiträge erheben.
- Der Gesundheitsfonds nimmt auch offensichtliche Fehlallokationen in Kauf. Beim Krankengeld berücksichtigt er beispielsweise nicht die Höhe der Grundlöhne der einzelnen Unternehmen.
- Er sieht für Präventionsleistungen, die aufgrund der demografischen Entwicklung zwingend geboten sind, keine gesonderten Zuweisungen vor. Eine wichtige Investition in die Zukunft erfolgt nicht. Im Gegenteil: Die Krankenkasse, die in Gesundheitsvorsorge und Prävention investiert, verhindert Krankheiten und erhält somit immer weniger aus dem Gesundheitsfonds.
- Der Gesundheitsfonds ist substantiell weiterzuentwickeln. In einem ersten Schritt sollte er künftig nur noch für die Finanzierung der Basisleistungen zuständig sein; hinsichtlich der darüber hinausgehenden Leistungen sollte Beitragsautonomie für die Krankenkassen bestehen(s.o.). In einem zweiten Schritt ist die volle Beitragsautonomie der Krankenkassen im Sinne eines funktionierenden Wettbewerbs wiederherzustellen.

5.4.5. Misserfolge nicht „sozialisieren“

- Um im Wettbewerb Chancen zu nutzen, muss unternehmerisch gehandelt werden können. Das beinhaltet auch, dass Risiken getragen werden müssen und nicht auf die Allgemeinheit überwältzt werden dürfen.
- Auch Misserfolge sind im Wettbewerb möglich. Laufender Misserfolg muss zur Schließung oder zur Insolvenz führen. Die Last einer Schließung oder Insolvenz

einer Krankenkasse darf dabei nicht den anderen Krankenkassen aufgebürdet werden, die wirtschaftlich solide gearbeitet haben und deshalb kein Risiko darstellen. Die Regelungen zur Haftung sind deshalb anzupassen. In Betracht käme z. B. der Aufbau eines Haftungsfonds analog dem Einlagensicherungsfonds der Banken.

Teilnehmer der Arbeitsgruppe Gesundheit im Sozialpolitischen Ausschuss des Wirtschaftsbeirates Bayern

Heinz Laber, Mitglied des Vorstands der UniCredit Bank AG und Vorsitzender des Sozialpolitischen Ausschusses des Wirtschaftsbeirats Bayern

Matthias Asmussen, Regionalleiter, Novartis Vaccines and Diagnostics GmbH

Prof. Dr. Eva Bartels, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Zentrum für neurologische Gefäßdiagnostik

Dr. Franz Frantzen, Unternehmensberatung

Dr. Robert Gerl, German Health Care Consulting

Dr. Jürgen Hofmann, Generalsekretär des Wirtschaftsbeirats Bayern

Norbert Haberl, Leiter der BMW Betriebskrankenkasse

Professor Dr. Wolfgang Locher, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Klinikum der Universität München

Frank Meiser, Leiter Soziale Sicherung, vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V.

Claus Nowak, Dipl. Betriebswirt, Claus Nowak Unternehmensberatung

Prof. Dr. Klaus Peter, ehem. Ärztlicher Direktor und Direktor für Anästhesiologie des Klinikums der Universität München

Dr. Gerhard Rachor, Vorstand der HypoVereinsbank BKK

Roland Rapp, Partner, Institut für betriebliche Altersvorsorge

Mathias Rauwolf, Verwaltungsdirektor, Krankenhaus- und Altenheimdirektion der Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom Hl. Vinzenz von Paul

Prof. Dr. Bruno Reichart, ehem. Direktor und Leiter FOR 535 am Klinikum der Universität München

Rudolf Reichenauer, Leiter Personal Services, BMW Group

Eva Reintges, Reintges Consult

Barbara Roth, Landeshauptstadt München, Referat Bildung und Sport, Pädagogisches Institut, Leitung Fachreferat 6

Dr. Marc Tenbücken, Vorstand, Content5 AG

Heinz Veauthier, Rechtsanwalt

Silke Wolf, stv. Geschäftsführerin, Bayerischer Bankenverband