

Worüber wir im
> **Gesundheitswesen**
reden müssen



INHALT

1.	Brauchen Patienten mehr Rechte?	3
2.	Sind Patienten bei Medizinprodukte-Schäden ausreichend abgesichert?	4
3.	Verbessert die neue EU-Verordnung den Patientenschutz?	5
4.	Lässt sich die Qualität in Krankenhäusern weiter verbessern?	6
5.	Erhalten die Kliniken ausreichend Geld für das Pflegepersonal?	7
6.	Zahlen die Länder genug für die Kliniken?	8
7.	Ist die Notfallversorgung gut aufgestellt?	9
8.	Müssen Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen so teuer sein?	10
9.	Brauchen wir eine Strukturreform im Gesundheitswesen?	11
10.	Brauchen wir mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen?	12
11.	Brauchen wir mehr Digitalisierung im Gesundheitswesen?	13
12.	Bringt die Digitalisierung den Patienten Vorteile?	14
13.	Stimmt der Kurs bei Prävention und Gesundheitsförderung?	15
14.	Brauchen die Menschen mehr Wissen über Gesundheit?	16
15.	Ist die Pflegeversicherung jetzt besser aufgestellt?	17
16.	Wird das Geld der Beitragszahler gerecht verteilt?	18

1.

Brauchen Patienten mehr Rechte?

JA. Trotz des Patientenrechtegesetzes gibt es hohe Hürden, wenn Patienten ihre Rechte wahrnehmen wollen. Behandlungsfehler etwa müssen schneller und patientenorientierter reguliert werden. Dazu sind gesetzliche Änderungen bei der Hinweispflicht des Arztes auf einen Behandlungsfehler, der Qualität von Gutachten, der Zulassung von Privatgutachtern, der Verfahrensbeschleunigung sowie der Beweislastverteilung notwendig.

Als Übergangslösung sollte in einem Modellversuch erprobt werden, ob sich durch einen „Patientenenanschädigungs- und -härtefallfonds“ zumindest die finanziellen Lasten für Betroffene bis zum Verfahrensabschluss verringern lassen. Dieser Fonds ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und muss daher aus dem Bundeshaushalt finanziert werden. Auch die Regelungen zu den Informationspflichten der Ärzte gegenüber den Versicherten gilt es, nachzubessern.

Insgesamt 15.104 neue Fälle von vermuteten Behandlungs- oder Pflegefehlern gingen allein 2016 bei der AOK ein.



2.

Sind Patienten bei Medizinprodukte-Schäden ausreichend abgesichert?

NEIN.

Die aktuell beschlossene EU-Medizinprodukte-Verordnung hat offengelassen, ob die einzelnen Staaten mit eigenen Regelungen den Herstellern eine Produkthaftpflichtversicherung vorschreiben. Der deutsche Gesetzgeber hat diese bisher nicht eingeführt. Er muss jetzt rasch handeln, damit Patienten in Deutschland genauso gut abgesichert werden wie etwa in Frankreich, wo es bereits eine solche Regelung gibt.

Notwendig ist eine uneingeschränkte Nutzenbewertung für sämtliche Hochrisiko-Medizinprodukte wie Herzkatheter oder Implantate. Die derzeitigen gesetzlichen Einschränkungen müssen entfallen. Solange keine ausreichenden Daten aus hochwertigen klinischen Studien dazu vorliegen, dass ein neues Medizinprodukt hinsichtlich Nutzen und Risiko mindestens genauso gut ist wie die Standardtherapie, muss dessen Anwendung auf spezialisierte Behandlungszentren beschränkt sein.



Die Zahl der Meldungen von Zwischenfällen mit Medizinprodukten hat sich zwischen 2000 und 2015 fast verfünffacht. Sie stieg von 1.917 auf 9.470.

3.

Verbessert die neue EU-Verordnung den Patientenschutz?

JA. Es gibt Verbesserungen, aber auch weiterhin große Lücken beim Patientenschutz. Zwar können Hersteller von Hochrisiko-Medizinprodukten nicht mehr so einfach auf klinische Studien verzichten. Es fehlen aber Vorgaben, dass solche Studien die höchsten wissenschaftlichen Standards erfüllen müssen.

Zu begrüßen ist, dass Medizinprodukte eine einmalige Produktnummer bekommen sollen, so lassen sich fehlerhafte Produkte besser nachverfolgen. Die Umsetzung wird allerdings noch Jahre dauern. Deshalb müssten alle produktrelevanten Informationen zusätzlich in die Abrechnungsdaten der Ärzte und Kliniken einfließen. Nur so können Krankenkassen ihre Versicherten im Schadensfall direkt informieren. Damit die wenigen Verbesserungen im Versorgungsalltag ankommen, sind zudem wirksame Sanktionen notwendig, gerade für den Fall, dass Hersteller Melde- und Auskunftspflichten missachten. Hier muss die neue Bundesregierung nachbessern.

Zwischen 2005 und 2016 erfolgten insgesamt 7.671 Rückrufe von fehlerhaften Medizinprodukten.



4.

Lässt sich die Qualität in Krankenhäusern weiter verbessern?

JA. Das Krankenhausstrukturgesetz von 2016 ist ein erster Schritt in die richtige Richtung. Seitdem geht es in der Krankenhausversorgung deutlich mehr als früher auch um die Qualität der jeweiligen Behandlung. Nur reicht das nicht. Auch die Krankenhausplanung der Bundesländer sowie die Vergütung stationärer Leistungen müssen sich stärker an Qualitätskriterien ausrichten.

Erreicht eine Klinik nicht die gesetzlich vorgegebene Mindestmenge bei einem gut planbaren Eingriff wie dem Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks, muss das Konsequenzen für das Krankenhaus haben – bis hin zum Entzug des Versorgungsauftrags für diesen Eingriff. Nur so lassen sich die gesetzlich vorgegebenen Qualitätsrichtlinien schnell und effizient durchsetzen. Davon profitieren die Patienten: Sie erhalten die Sicherheit, bestmöglich behandelt zu werden.



Setzen Kliniken eine künstliche Hüfte besonders häufig ein, halbiert sich das Risiko einer erneuten OP im Vergleich zu Häusern, die den Eingriff sehr selten vornehmen.

5.

Erhalten die Kliniken ausreichend Geld für das Pflegepersonal?

JA. Die Kassen übernehmen nicht nur die regulären Kosten für Pflegekräfte und deren Ausbildung. Sie stellen den Kliniken zusätzliche Millionen-Beträge zur Verfügung, damit sie neue Pflegekräfte einstellen können.

So erhalten die Krankenhäuser bis einschließlich 2018 mit dem zweiten Pflegesonderprogramm stufenweise bis zu 660 Millionen Euro, um weiteres Pflegepersonal einzustellen. Ab 2019 gehen diese Mittel in den Pflegezuschlag ein, der derzeit bei 500 Millionen Euro jährlich liegt. Darüber hinaus finanzierten die Kassen bereits zwischen 2009 und 2011 mit 1,1 Milliarden Euro mehr als 13.600 zusätzliche Pflegestellen im Rahmen des ersten Pflegesonderprogramms.

Die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst der Krankenhäuser ist zwischen 2009 und 2016 um knapp sieben Prozent gestiegen – von 303.656 auf 325.119 Beschäftigte.



6.

Zahlen die Länder genug für die Kliniken?

NEIN. Die Bundesländer haben die gesetzliche Verpflichtung, eine moderne Krankenhausstruktur zu finanzieren, denn sie ist die Voraussetzung für eine hohe Versorgungsqualität. Doch die Länder kommen dieser Verpflichtung seit Jahren nicht mehr nach. Die Folge: ein erheblicher Investitionsstau in den Kliniken.

Deshalb verwenden viele Krankenhausträger für dringend notwendige Investitionen inzwischen Gelder, die sie von den Krankenkassen für die Behandlung der Patienten erhalten. Die Bundesländer müssen endlich ihren gesetzlichen Finanzierungsauftrag vollständig erfüllen und den Kliniken ausreichend Geld für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen zur Verfügung stellen. Nur so können zukunftsfähige Krankenhausstrukturen entstehen.



2015 gaben die Länder 2,79 Milliarden Euro für die Investitionsförderung ihrer Krankenhäuser aus. Das war gerade einmal die Hälfte von dem, was die Kliniken in Deutschland pro Jahr benötigen.

7.

Ist die Notfallversorgung gut aufgestellt?

NEIN. Die drei tragenden Säulen der Notfallversorgung in Deutschland – die Rettungsdienste, die vertragsärztlichen Bereitschaftsdienste und die Notaufnahmen der Krankenhäuser – arbeiten gegenwärtig nicht gut zusammen.

Mangelnde Abstimmung untereinander sowie unklare Verantwortlichkeiten binden Kapazitäten an den falschen Stellen. Das ist sowohl für die Patienten als auch für das medizinische Personal eine große Belastung. Für eine patientenorientierte und qualitativ hochwertige Versorgung müssen die derzeit vorhandenen ambulanten und stationären Strukturen der Notfallversorgung unter einem Dach zusammengeführt werden.

Ein Drittel bis knapp die Hälfte der jährlich etwa 25 Millionen Notaufnahmepatienten könnte genauso gut von niedergelassenen Ärzten versorgt werden.



8.

Müssen Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen so teuer sein?

NEIN.

Leider hat die jüngste Arzneimittelreform das heiße Eisen „Mondpreise für neue Medikamente“ nicht angepackt. Die Pharmahersteller dürfen weiterhin im ersten Jahr nach der Zulassung eines Medikaments den Preis völlig frei bestimmen – egal, ob in der anschließenden Nutzenbewertung ein zusätzlicher Nutzen festgestellt wird oder nicht. Um Mondpreise zu verhindern, müssen künftig die Erstattungsbeträge, die Krankenkassen und Pharmahersteller aushandeln, rückwirkend zum ersten Tag des Marktzugangs eines Medikaments gelten. Zudem brauchen wir bessere Kriterien, um den Zusatznutzen zielgenauer als bisher in diesen Erstattungsbeträgen abbilden zu können.

Letztlich müssen nach und nach sämtliche Medikamente auf ihren Nutzen hin überprüft werden. Das gilt sowohl für Arzneimittel, die schon auf dem Markt sind, als auch für neue Präparate zur Behandlung seltener Leiden.



40 Prozent der Arzneimittel, die seit 2011 neu auf den Markt gekommen sind, haben keinen Zusatznutzen.

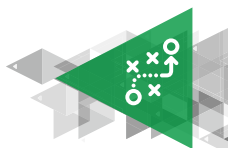
9.

Brauchen wir eine Strukturreform im Gesundheitswesen?

JA. Denn trotz zahlreicher Gesetze und Verordnungen in den vergangenen Jahren ist eine echte Strukturreform im Gesundheitswesen ausgeblieben. So gab es keine grundlegenden Veränderungen an den bestehenden Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung. Um so wichtiger ist es, nun weiterzugehen und die Qualität und den konkreten Patientennutzen zum Maßstab für sämtliche Entscheidungen rund um die medizinische Versorgung zu machen. Dafür sind in allen Versorgungsbereichen verbindliche Qualitätsvorgaben notwendig. Nur wer diese einhält, darf in Zukunft die entsprechenden Leistungen anbieten und mit den Krankenkassen abrechnen. Das wäre eine echte Strukturreform.

Zugleich muss die Zusammenarbeit von Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken und Therapeuten besser werden. Dadurch erhöht sich nicht nur die Behandlungsqualität. Eine bessere Kooperation sorgt auch für mehr Patientensicherheit und Effizienz.

**Aktuell nehmen deutschlandweit
3,5 Millionen AOK-Versicherte an
den sechs Disease-Management-
Programmen für chronisch kranke
Menschen teil.**



10.

Brauchen wir mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen?

JA. Denn der bisherige Angebots-, Service- und Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen hat positive Effekte für die Patienten und Versicherten sowie die Arbeitgeber gebracht. So haben Menschen heute mehr Wahlmöglichkeiten, wenn es um ihre Krankenversicherung geht. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen richtet sich jedoch zu wenig an der Qualität der medizinischen Versorgung aus.

Wir brauchen deshalb einen Wettbewerb um die beste medizinische Versorgung. Dazu muss die neue Bundesregierung den Kassen mehr Möglichkeiten geben, qualitätsbasierte Direktverträge mit Vertragsärzten, Krankenhäusern und Apotheken abzuschließen. Mit solchen Verträgen lässt sich beispielsweise die Kooperation der Ärzte untereinander oder mit anderen Leistungserbringern verbessern, lassen sich Wartezeiten reduzieren oder Lieferzeiten von Arzneimitteln zur Krebstherapie verkürzen.



Durch die Arzneimittelrabattverträge hat die AOK-Gemeinschaft 2016 rund 1,6 Milliarden Euro weniger für Medikamente ausgeben müssen.

11.

Brauchen wir mehr Digitalisierung im Gesundheitswesen?

JA. Die Digitalisierung bietet die Chance, Behandlungs- und Versorgungsprozesse zu modernisieren und zu vernetzen. Die Digitalisierung kann außerdem dazu beitragen, die Strukturen im Gesundheitswesen an veränderte Versorgungs- und Informationsbedarfe anzupassen. Voraussetzung dafür ist, dass einerseits Transparenz über die Daten und Prozesse, andererseits vollumfassender Datenschutz und Datensicherheit gewährleistet sind. Ziel muss eine IT-Struktur sein, die Qualität, Reichweite und Effizienz der medizinischen und pflegerischen Versorgung verbessert sowie den Informationsaustausch zwischen Ärzten, Apotheken und Krankenhäusern vereinfacht.

Für die Versicherten ist die Datenhoheit ohne Wenn und Aber das wichtigste Ziel. Die zahlreichen rechtlichen Unsicherheiten, die bisher die Vernetzung im Gesundheitswesen ausbremsen, müssen daher beseitigt werden.

Um den Informationsaustausch im Sinne der Patienten zu verbessern, gilt es, etwa 1.900 Krankenhäuser, rund 170.000 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sowie 20.250 Apotheken miteinander zu vernetzen.



12.

Bringt die Digitalisierung den Patienten Vorteile?

JA. Telemedizinische Lösungen können die Versorgung der Patienten insbesondere in ländlichen Regionen oder in der Notfallversorgung ergänzen. Mithilfe digitaler Anwendungen wie einer elektronischen Patientenakte könnten Ärzte, Apotheker und Krankenhäuser patientenbezogene Informationen einfacher austauschen. Dadurch lassen sich unnötige Doppeluntersuchungen und gefährliche Arzneimittelwechselwirkungen vermeiden. Das erhöht die Versorgungsqualität und verbessert die Arzt-Patienten-Kommunikation.

Doch anders als in anderen Ländern sollen die Patienten in Deutschland keinen direkten Zugang zu ihrer Akte erhalten. So könnten sie ihre eigenen medizinischen Daten nur in Arztpraxen, Kliniken oder Apotheken einsehen. Das ist keine akzeptable Lösung. Denn Patienten müssen auf ihre Daten jederzeit zugreifen können, um mit Ärzten die eigene Behandlung zu besprechen. Die Krankenkassen sollen sie dabei mit eigenen digitalen Angeboten unterstützen können.



Acht von zehn gesetzlich Krankenversicherten halten es für sinnvoll, medizinische Daten in einer digitalen Gesundheitsakte zu speichern.

13.

Stimmt der Kurs bei Prävention und Gesundheitsförderung?

JA. Zum Teil. Den Grundsatz, dass vorbeugen besser als heilen ist, lebt die AOK-Gemeinschaft bereits seit vielen Jahren und setzt sich mit zahlreichen innovativen Angeboten dafür ein, dass ihre Versicherten gesund bleiben und gesünder länger leben. Prävention und Gesundheitsförderung sind jedoch nicht nur Aufgabe der Krankenkassen. So müssen sich Kommunen, Länder und Bund daran stärker beteiligen. Der künftigen Bundesregierung muss es endlich gelingen, alle für Prävention und Gesundheitsförderung Verantwortlichen in die Pflicht zu nehmen.

Auch sollen Gesetzesvorhaben generell auf ihre gesundheitlichen Folgen geprüft werden, was bei Technikfolgen schon längst Praxis ist. Untaugliche Regelungen wie die Finanzierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus den Beiträgen der Versicherten – statt aus Steuergeldern – müssen korrigiert werden.

Sechs von zehn Präventionsprojekten in Deutschlands Schulen und Kindergärten führte 2016 die AOK durch.



14.

Brauchen die Menschen mehr Wissen über Gesundheit?

JA. Studien zeigen, dass die Gesundheitskompetenz in Deutschland unter dem europäischen Durchschnitt liegt. Das Wissen um die Gesundheit sowie die Fähigkeit, relevante und zuverlässige Informationen zu finden und zu verstehen, sind aber Voraussetzung für Entscheidungen über die eigene Gesundheit. Daher gilt es, die Gesundheitskompetenz so früh und umfassend wie möglich zu fördern.

Basis sind zuverlässige Gesundheitsinformationen, die auf wissenschaftlichen Studien basieren, frei zugänglich und vor allem unabhängig von wirtschaftlichen Interessen sind. Hierzu zählen leicht verständliche Informationen wie eine Lebensmittelampel genauso wie ein Verbot von Kindermarketing für Nahrungsmittel im Internet. Die AOK-Gemeinschaft ist hier Vorreiter: Ihre Faktenboxen, Entscheidungshilfen, Navigatoren und Wegweiser bieten Versicherten und Patienten Orientierung im Dschungel der Gesundheitsinformationen.



54 Prozent der Deutschen fühlen sich von der Informationsflut zu Gesundheitsthemen überfordert.

15.

Ist die Pflegeversicherung jetzt besser aufgestellt?

JA. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1. Januar 2017 war ein wichtiger Schritt, um die Pflege zukunftsicher zu machen. Jetzt haben alle Pflegebedürftigen einen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung, auch Menschen mit demenziellen Erkrankungen.

Jedoch sind noch nicht alle Hausaufgaben im Bereich Pflege erledigt. Das gilt insbesondere für die Sicherung einer hohen Qualität in der Pflege. Die sogenannten Pflegenoten müssen weiterentwickelt werden, um die Qualität in den Pflegeeinrichtungen transparenter und für die Versicherten aussagefähiger zu machen. Dazu hat der Gesetzgeber mit den Pflegestärkungsgesetzen die notwendigen Weichen gestellt. Pflegeanbieter und Pflegekassen müssen nun die gesetzlichen Aufträge zügig umsetzen.

Im ersten Halbjahr 2017 haben 3,1 Millionen Menschen in Deutschland einen der fünf Pflegegrade und die entsprechenden Pflegeleistungen erhalten.



16.

Wird das Geld der Beitragszahler gerecht verteilt?

JA. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ist ein großer Gewinn für alle Patienten und Versicherten. Ohne ihn würden die Krankenkassen weiterhin einen Wettbewerb um die Versicherten führen, die möglichst wenig kosten. Der Morbi-RSA hingegen reduziert solche Anreize zur Risikoselektion und gibt stattdessen Impulse für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche medizinische Versorgung. Er ist also der entscheidende Hebel für faire Ausgangsbedingungen im Wettbewerb der Krankenkassen um die beste Versorgung ihrer Versicherten.

Derzeit werden nur 80 Krankheiten bei der Berechnung der entsprechenden Zuweisungen an die Krankenkassen berücksichtigt. Damit der Risikostrukturausgleich noch zielgenauer wird, müssen künftig alle Krankheiten ohne Einschränkung einbezogen werden.



Würden alle Krankheiten im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden, würde die finanzielle Überdeckung der Krankenkassen bei Gesunden von 120 Prozent auf annähernd 100 Prozent sinken.

IMPRESSUM

Herausgeber:

AOK-Bundesverband GbR, Berlin
Geschäftsführungseinheit
Politik & Unternehmensentwicklung

Konzeption und Redaktion:

KomPart Verlagsgesellschaft mbh & Co. KG, Berlin
Text: Bernhard Hoffmann, Otmar Müller,
Maria Sinjakowa
Gestaltung: Sybilla Weidinger

Druck: Richter-Druck, Elkenroth

Stand: November 2017



