

Gemeinwohlorientierte Förderung von Gesundheit

Die Kommerzialisierung im Gesundheitswesen steht immer wieder in Konflikt mit einer guten medizinischen Versorgung. Während der lateinische Grundsatz “iudex non calculat”, “Der Richter rechnet nicht”, bis heute wesentlich für das Vertrauen in den Rechtsstaat ist, wird von Ärzt*innen und anderen in der Gesundheitspflege tätigen Menschen immer häufiger verlangt, Gesundheit und Geld in Beziehung zu setzen und eine Abwägung zu treffen. Das schränkt Behandlungsmöglichkeiten ein, verändert das Verhältnis zwischen Ärzt*innen und Patient*innen und lockt neue Akteure und Investoren an, die in einem ökonomisierten Gesundheitswesen neue Renditechancen wittern. Demgegenüber betont der Paritätische in seiner Dreifachrolle als Vertreter der Interessen der Selbsthilfe, als Verband von gemeinnützigen Vereinen, Einrichtungen und Diensten und als sozialanwaltschaftliche Interessenvertretung, dass die Gesundheit und Bedürfnisse der Menschen stets Maßstab und Mittelpunkt von Prävention und Gesundheitsversorgung sein müssen. Ein Gesundheitssystem, das sich in wachsendem Maße den Logiken von Rentabilität und Rendite unterwirft, verfehlt seinen Auftrag.

Gesundheit ist ein Menschenrecht

Um Gesundheit als Menschenrecht zu realisieren, bedarf es einer allgemeinen Gesundheitsabsicherung für alle (Universal Health Coverage). Der Paritätische setzt sich deshalb für eine soziale und solidarische Bürgerversicherung als Pflichtversicherungssystem für alle ein. Gesundheitsrisiken sind individuell kaum kalkulierbar, und risikoadäquate Prämienkalkulationen in der privaten Versicherungswirtschaft verhindern, dass sich gerade Menschen mit chronischen Erkrankungen und/oder geringen Einkommen private Absicherung leisten können. Eine Privatisierung medizinisch notwendiger Leistungen lehnt der Paritätische ab. Darüber hinaus ist es notwendig, über die erforderlichen Ressourcen zu verfügen, um in der Lage zu sein, sich für den Erhalt seiner eigenen Gesundheit einzusetzen. Um Krankheit vorzubeugen, sind gesundheitsgerechte Lebens- und Arbeitsbedingungen entscheidend. Staat, Wirtschaft und Zivilgesellschaft sind gemeinsam gefragt auf soziale Determinanten einzuwirken, um gleiche Gesundheitschancen für alle zu ermöglichen. Für vulnerable Gruppen, wie

beispielsweise Menschen mit Behinderungen oder wohnungslose Menschen, ist es erforderlich neue Wege zu gehen, damit eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung sichergestellt werden kann. Es gilt bestehende administrative Hürden abzubauen und aufsuchende Versorgungsangebote als Teil der Regelversorgung zu etablieren. Es bedarf engagierter Maßnahmen, damit der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen für Menschen mit Behinderungen wesentlich verbessert wird.

Ein großer Teil der Arzneimittelversorgung muss bereits heute privat finanziert werden, darunter auch medizinisch notwendige Produkte. Menschen mit geringem Einkommen stehen deshalb häufig vor der Herausforderung, zu entscheiden, ob sie Nahrung, Miete oder Arzneimittel bezahlen. Der Paritätische fordert dagegen, alle medizinisch notwendigen Leistungen solidarisch zu finanzieren. Dem Staat kommt bei der Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln eine Gewährleistungsverantwortung zu. Individuelle Gesundheitsleistungen in der medizinischen Versorgung sind ein prominenter Ausdruck der fortgeschrittenen Ökonomisierung im Gesundheitswesen. Patient*innen und Ärzt*innen agieren unter Bedingungen asymmetrischer Organisation und aus ganz unterschiedlichen Machtpositionen heraus. Patient*innen fühlen sich dadurch unter Druck gesetzt, zusätzliche Leistungen einzukaufen. Eine Verbesserung der Versorgung ist mit den gehandelten Leistungen häufig nicht verbunden, viele von ihnen sind im Gegenteil besonders umstritten. Wirksame Leistungen müssen in den Leistungskatalog einer allgemeinen Bürgerversicherung aufgenommen werden. Der Verkauf darüber hinausgehender Angebote ist einzustellen.

Der kontinuierliche Kampf gegen Über-, Unter- und Fehlversorgung

Die Unabhängigkeit von Angehörigen von Gesundheitsfachberufen in ihrer Ausübung ist zu stärken. Um eine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Behandler*innen und Patient*innen zu ermöglichen, sind Maßnahmen zu ergreifen, die vor einer angebotsinduzierten Versorgung schützen. Hierbei gilt es, die erforderlichen gesetzlichen Grundlagen dafür zu schaffen, dass staatliche Akteure eine bedarfsgerechte Planung im Krankenhausbereich realisieren können.

Patient*innen sind unterschiedliche Behandlungsoptionen transparent und verständlich darzustellen. Es sind Regelungen erforderlich, die ausschließen, dass Leistungserbringer erforderliche Leistungen aus ökonomischen Gründen nicht erbringen oder nicht anbieten. Die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung geht weit über die Frage hinaus, welche Leistungserbringer in einer Region tätig sind. Hier bedarf es neuer Mechanismen zur Beurteilung der bestehenden Versorgungssituationen. Die sprechende und konservative Medizin sind in einer Weise zu stärken, die Wahlfreiheit für Patient*innen schafft und körperliche Unversehrtheit sicherstellt.

Über-, Unter- und Fehlversorgung, die aus gewinnmotivierten Gründen erfolgt, entsteht auf vielfältige Art und Weise. Unnötige Krankenhausbehandlungen werden

durch Zuweisungen über zugehörige Medizinische Versorgungszentren oder Notfallambulanzen ermöglicht. Das bestehende DRG System führt dazu, dass erlösrelevante Komponenten Behandlungsentscheidungen wesentlich beeinflussen. Die Pharmaindustrie und Medizinproduktehersteller üben Einfluss auf Ärzt*innen, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen aus, damit Empfehlungen zu ihren Gunsten ausgesprochen werden.

Der Schutz vor Über-, Unter- oder Fehlversorgung ist eng mit Fragen der Selbstbestimmung und Menschenwürde verknüpft. Die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht stellen hierbei zentrale Elemente dar. Mit der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 132g SGB V) wurde eine wichtige Leistung geschaffen, die zu evaluieren und weiterzuentwickeln ist. Hierbei gilt es, einen Leistungsanspruch unabhängig vom Wohnort (auch im ambulanten Bereich) zu etablieren.

Unabhängige Gesundheitsinformationen für Patient*innen und Leistungserbringer

Bereits die Frage der Definition von Krankheit und Gesundheit ist interessengeleitet und unterliegt der Gefahr zum Schaden von Patient*innen abweichend von wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zweck der Gewinnmaximierung umgedeutet zu werden. Darin liegt auch begründet, warum es einer Regulierung der Werbung bedarf. Die Unabhängigkeit von Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung ist zu sichern, sowohl im nationalen als auch im internationalen Bereich. Das Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung ist zu stärken. Es wird durch die private Krankenversicherung und den Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen geschwächt.

Eine am Gemeinwohl orientierte Gesundheitsversorgung kann nur gelingen, wenn unabhängige Gesundheitsinformationen für Patient*innen und Leistungserbringer umfangreich in verständlicher Form und barrierefrei zugänglich sind und interessengeleitete Informationen ausreichend transparent gemacht werden. Hierbei kann man sich an den Beispielen aus Großbritannien, Schweden und den Niederlanden orientieren.

In Deutschland ist darüber hinaus eine Vielzahl an Maßnahmen zur Stärkung unabhängiger Patientenberatung erforderlich. Es ist gesetzlich auszuschließen, dass die unabhängige Patientenberatung gemäß § 65b SGB V zukünftig an gewerbliche Anbieter vergeben wird. Eine enge Verbindung zwischen Patientenberatung und Patientenbeteiligung ist notwendig. Die Beratungsangebote sind auszubauen, hierbei sind mehr dezentrale Beratungsstrukturen in der Fläche zu schaffen. Für eine qualitative Beratung ist es erforderlich, lokale Versorgungsstrukturen zu kennen, hierfür bedarf es einer Verankerung in den Regionen.

Zentrale Grundlage für unabhängige Gesundheitsinformationen ist eine Stärkung der Unabhängigkeit in Forschung und Weiterbildung. Über Drittmittelaktivitäten an Universitäten ist gesetzlich Transparenz herzustellen. Problematische Aktivitäten, wie

Anwendungsbeobachtungen und kostenlose pharmafinanzierte Fortbildungen, gilt es zu beenden.

Transparenz über Preise und Forschungsergebnisse sicherstellen

Die Bundesrepublik sollte darauf hinwirken, dass Transparenz über gezahlte Preise für Leistungen im Gesundheitssektor besteht. Dies ist ein entscheidendes Instrument, um den Zugang zur Gesundheitsversorgung - auch international - zu stärken. Um Forschung und Innovation im Sinne der Allgemeinheit voranzubringen, bedarf es eines neuen Umgangs mit Forschungsergebnissen. Resultate aus öffentlicher und privater Forschung gilt es - unabhängig davon ob sie positiv, negativ oder unschlüssig sind - öffentlich zugänglich zu machen. Ein transparentes Vorgehen in Hinblick auf Preise und Forschungsergebnisse stärkt Selbstverwaltung und Politik im Kampf gegen Mondpreise und Scheininnovationen. Diese Maßnahmen sind erforderlich, um dem Schutz von Patient*innen Vorrang vor wirtschaftlichen und wettbewerblichen Interessen einzuräumen.

Versorgungsverbesserungen erfordern Vorgaben zur Interoperabilität

Um Innovationen im Sinne von Patient*innen zu ermöglichen, ist es erforderlich, dass der Gesetzgeber im Zuge der Digitalisierung des Gesundheitswesens Vorgaben zur Interoperabilität sowie zur barrierefreien Nutzung für alle Patient*innen und an der Gesundheitsversorgung beteiligten Berufsgruppen trifft. Eine interoperable Ausgestaltung im Gesundheitswesen ermöglicht, dass mit Blick auf technische Schnittstellen die erforderlichen Vorgaben bestehen, um die unterschiedlichen Akteure erfolgreich miteinander zu vernetzen. Der Staat ist gefordert, hierbei die Nutzung internationaler Standards in Deutschland sicherzustellen. Hard- und Softwarehersteller werden aus wirtschaftlichen Gründen in der Regel ein Interesse an Insellösungen haben. Hier bedarf es einer steuernden Regulierung des Staates.

Versorgungsbrüche und -lücken verhindern

Im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit stellen Sektorengrenzen und Brüche zwischen unterschiedlichen Sozialleistungssystemen und ihren Angeboten regelmäßig eine Zugangsbarriere für Menschen dar. Häufig führen der reine Blick auf Einsparungen in einem einzelnen Segment und der gestiegene Kostendruck dazu, dass ganzheitlich und volkswirtschaftlich betrachtet keine bedarfsgerechte Versorgung stattfindet. Es gilt daher zu prüfen, wo im Sinne von Patient*innen Verantwortlichkeiten und Budgets zusammenzulegen sind. Hierbei ist ebenso der Bereich der Daseinsvorsorge zu berücksichtigen. Das Beispiel von Regionalbudgets in der psychiatrischen Versorgung (§ 64b SGB V) zeigt, dass solch ein Vorgehen zu Versorgungsverbesserungen führen kann. Regionalbudgets müssen offen und flexibel ausgestaltet sein, um die Vielfalt der Anbieter zu erhalten. Sie bieten die Chance, dass durch eine verstärkte Kooperation der Anbieter die Lebenssituation von Patient*innen besser berücksichtigt wird und eine stärker multidisziplinäre Versorgung angeboten wird. Wo eine Überwindung von Versorgungsbrüchen nicht möglich ist, sind Patientenlotsen erforderlich.

Für eine präventiv ausgerichtete Gesellschaft

Nicht allein in der Krankenversorgung sondern ebenso in der Krankheitsverhütung werden wirtschaftlich benachteiligte Gruppen ausgegrenzt. So waren präventive Maßnahmen der früheren Trimm-Dich-Bewegung umfassend und niederschwellig ausgerichtet und lassen sich bis heute z. B. in Angeboten des Deutschen Kneipp Bundes oder der DLRG finden. Demgegenüber wirken Angebote kommerzieller Anbieter z. B. im Fitnessbereich nur auf vermögende Gruppen, die sich diese "leisten können".

Auch hat die Nahrungsmittelindustrie kein Interesse daran, dass wirksame Maßnahmen gegen Adipositas ergriffen werden. Die Entwicklungen im Bereich der nicht übertragbaren Erkrankungen zeigen, wie wichtig es ist, die Nahrungsmittelindustrie wirksam zu regulieren. Selbstverpflichtungen von Unternehmen reichen nicht aus. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass eine gesunde Ernährung auch für wirtschaftlich benachteiligte Gruppen in unserer Gesellschaft realisierbar ist. Ernährung ist im Gesundheitswesen grundsätzlich eine bedeutsamere Rolle zuzumessen.

Analog der Rolle des Normkontrollrates, welcher die Bürokratiekosten und Erfüllungskosten zu Gesetzentwürfen darstellt, ist ein Gremium zu gründen, dass damit beauftragt wird, die Gesundheitsfolgen von Gesetzesinitiativen zu bewerten. Auf diese Weise sind die volkswirtschaftlichen Kosten und gesundheitlichen Auswirkungen von Gesetzesinitiativen sichtbar zu machen. So kann der Ansatz „Health in All Policies“ mit Leben gefüllt werden. Solch ein Gremium kann dazu beitragen, dass im Rahmen der Gesetzgebung das Wohlbefinden der Bevölkerung stärker berücksichtigt wird.

Berlin, 06. Dezember 2019

Kontakt

gesundheit@paritaet.org

Paritätischer Gesamtverband

Oranienburger Straße 13-14, 10178 Berlin, Tel: 030 24636-0, Fax: 030 24636-11
Email: info@paritaet.org, Internet: <http://www.paritaet.org>