

RESOLUTION
LANDESFACHKOMMISSION GESUNDHEITSPOLITIK
DES WIRTSCHAFTSRATES SACHSEN

Mit der Koalitionsvereinbarung, der Einsetzung einer Regierungskommission zur Finanzierungsreform der GKV und dem Eckpunktepapier zur Arzneimittelversorgung wurden aktuell wichtige Weichen für die gesundheitspolitische Zukunft gestellt. Die Aktivitäten der Regierungskoalition begrüßen wir ausdrücklich und wollen mit diesem Papier weitere Impulse zur zukünftigen Gestaltung des Gesundheitswesens geben.

Unser Ziel ist es, das international geachtete Gesundheitssystem in Deutschland bei gesicherter Finanzierung zu mehr Effizienz und Wettbewerb zu verhelfen und dabei die Versorgungsqualität in den Mittelpunkt aller Bemühungen zu stellen.

Mit dem Positionspapier soll eine offen geführte Diskussion gefördert werden.

Dafür müssen aus unserer Sicht folgende übergeordnete Themen berücksichtigt werden:

- Sicherung der Finanzierung des Gesundheitssystem.
 - Komplette Umwandlung der Einnahmezahlungen in eine Gesundheitsprämie.
 - Gerechte sozialverträgliche Verteilung der Lasten.
- Integration von mehr Wettbewerb im System mit dem Ziel der Kosteneffizienz und Qualitätssicherung.
- Schnittstellen bei sektorenübergreifenden Versorgungsfragen optimieren.
- Wandlung vom „Krankheitswesen“ zum Gesundheitswesen.
- Stärkere Eigenverantwortung der Patienten fordern.

1. Die Finanzierung des Systems muss auf eine nachhaltige, zukunftsfeste Basis gestellt werden, die in Übereinstimmung mit den Anforderungen eines modernen solidarischen Gesundheitssystems steht

- Unterstützung des Konzepts der Gesundheitsprämie
 - Berücksichtigung aller Einkommensarten.
 - Sozialverträglichen Ausgleich schaffen.
- Zugleich sollten Elemente eingeführt werden, die eine größere Verantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit stärken.
 - Selbstbeteiligung pro Arztbesuch von fünf bis zehn Euro mit Verrechnung am Jahresende, bestehende Zuzahlungen für stationäre Behandlung beibehalten
 - Einführung eines Selbstbehalts von zehn Prozent der Kosten pro Jahr, gedeckelt und sozialverträglich.

2. Die gesetzlichen Krankenkassen sollten sich zu privatrechtlichen Non-Profit-Gesundheitsunternehmen entwickeln können

- Abschaffung des Status als Körperschaft des öffentlichen Rechts und Überführung in privatrechtliche Non-Profit-Gesundheitsunternehmen.
- Ergebnisse der Versorgungsforschung in Vertragsgestaltung zeitnah integrieren, Nutzung und Bereitstellung der Kassendaten für die Versorgungsforschung.
- Freiheitliche Vertragsbeziehungen mit den Herstellern von Arzneimitteln und Medizinprodukten zur Innovationsförderung.
- Regionale Gestaltungsmöglichkeiten in und zwischen den Bundesländern berücksichtigen und den Vorrang gegenüber zentralen Regularien geben.
- Marktbeherrschende Stellung einzelner Kassen verhindern.
- Sachleistungsprinzip mit Rechnungslegung umsetzen.

3. Das Kollektivvertragssystem sollte für die Grundversorgung erhalten werden und mit Selektivverträgen sinnvolle Ergänzung finden

- Anreize für Selektivverträge optimieren.
- Förderung indikationsbezogener, sektorübergreifender und patientenorientierter Selektivverträge.
- Entwicklung von Prävention, Diagnostik und Kuration als Einheit für höhere Effizienz.
- Freiberuflichkeit des Arztes sowie Hausarzt-, inkl. ambulante Facharztversorgung erhalten.
- Präferenz ambulant vor stationär, indikationsbezogen stärkere Vernetzung verschiedener Versorgungsbereiche (Haus-/ Facharzt, Krankenhaus, Rehabilitation).
- Weiterentwicklung der Bedarfsplanung unter Berücksichtigung regionaler Entscheidungskompetenz.
- Keine generelle Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlung.
- Entkopplung Disease-Management-Programm (DMP) vom Risikostrukturausgleich (RSA).

4. Die Verantwortung der Ärzteschaft für das Gesundheitswesen ist entsprechend ihrer Kompetenz zu stärken und die Freiberuflichkeit mit ihren Verpflichtungen zu sichern

- Honorierung von Ergebnisqualität **ohne generelle Ausweitung des Gesamtbudgets.**
- Therapiefreiheit des Arztes bei Berücksichtigung von EBM und Leitlinien stärken.
- Wirtschaftlichkeitsverantwortung durch Ärzte und Kostenträger gemeinsam umsetzen.
- Das Medizinstudium reformieren, mehr Praxisnähe garantieren.
- Eine anspruchsvolle Fortbildung fordern und fördern.
- Entbürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit.
- Erhöhung der Attraktivität des Arztberufes.

5. Die Eigenverantwortung der Patienten gilt es zu stärken

- Ausbau eines effektiven Systems der Patienteninformation.
- Stärkung der Patientenorientierung.
- Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten schaffen.

6. Den Wirtschaftsstandort Deutschland gilt es für die Unternehmen der Arzneimittel- und Medizinprodukte- sowie anderer Unternehmen der Gesundheitswirtschaft auszubauen, deren Innovationskraft zu stärken und für eine qualitätsgesicherte Versorgung zu nutzen

- Zielgerichtete Einführung moderner Informations- und Kommunikationstechnik (z.B. Gesundheitskarte, elektronische Patientenakte, elektronischer Arztausweis).
- Verstärkte Beachtung des Wettbewerbs in diesen Bereichen.
- Zentrale Regulierungen auf ein Mindestmaß zurückführen.
- Cost Share, Risk Share und Mehrwertverträge als ein probates Mittel implementieren, um Effizienz über den Vertragswettbewerb in der Arzneimittelallokation zu fördern.

Dresden, 02. August 2010

(Weitere Informationen siehe Anhang: Positionspapier)

POSITIONSPAPIER
LANDESFACHKOMMISSION GESUNDHEITSPOLITIK
WIRTSCHAFTSRAT SACHSEN

(Anhang zur Resolution)

Chance für Deutschland mit der bürgerlichen Koalition eine Gesundheitsreform auf den Weg zu bringen, die ihren Namen verdient: Wachstums- und wettbewerbsorientiert, effizient, patientenzentriert, solidarisch und nachhaltig

Mit der Koalitionsvereinbarung, der Einsetzung einer Regierungskommission zur Finanzierungsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und dem Eckpunktepapier zur Arzneimittelversorgung wurden wichtige Weichen für die Zukunft gestellt. Die Aktivitäten der Regierungskoalition begrüßen wir ausdrücklich und wollen mit diesem Positionspapier weitere Impulse zu einer offen geführten Diskussion über die zukünftige Gestaltung unseres Gesundheitswesens geben.

Über alle gesellschaftlichen Gruppen hinweg besteht Konsens, unserem international anerkannten Gesundheitssystem zu noch mehr Effizienz zu verhelfen und dabei die Versorgungsqualität in den Mittelpunkt aller Bemühungen zu rücken. Dazu bedarf es gründlicher wissenschaftlicher Recherche, einer modernen Versorgungsforschung und der Beachtung der berechtigten Interessen aller Beteiligten in der Gesundheitswirtschaft. Für jede Maßnahme muss es eine realistische Folgenabschätzung geben, um letztendlich nicht nur dem Einzelinteresse, sondern dem Gemeinwohl dienen zu können und ein harmonisches in sich schlüssiges Konzept liefern zu können.

Die Analyse sollte frei von Klientelpolitik, unideologisch, auch unpopulistisch sein und eingedenk der Prinzipien unseres demokratisch-pluralistischen Staatswesens die Grundsätze unserer Sozialen Marktwirtschaft achten, gegebenenfalls auch Altbewährtes und Etabliertes in Frage stellen. Zentralismus und Planwirtschaft haben Deutschland bisher immer nur geschadet, deshalb gilt es auch im Gesundheitswesen einen angemessenen, förderlichen, wirklichen Wettbewerb zu entwickeln und die Eigenverantwortung des Bürgers beziehungsweise des Patienten für seine Gesundheit zu fördern. Nur dort, wo der Markt versagt, beziehungsweise dem Gemeinwohl zuwider läuft, ist eine zentrale regulatorische Rahmensetzung zwingend.

Nur die Kosten in den Mittelpunkt der Betrachtung zu rücken, halten wir für verfehlt. Vielmehr sollten wir einen Schritt weiter gehen und die *Effizienz von Prävention, Diagnostik und Heilung* in das Zentrum unserer Bemühungen rücken.

Eine Kostenexplosion ist zudem in Deutschland nicht zu erkennen. Deutschland bewegt sich im internationalen Vergleich der Gesundheitsausgaben mit zehn bis elf Prozent am Bruttoinlandsprodukt (BIP) auf Augenhöhe aller anderen entwickelten Länder. Sowohl die Gesundheitsausgaben insgesamt als auch die Arzneimittelkosten im Einzelnen sind in den vergangenen 15 Jahren im Anteil am BIP nahezu konstant geblieben. Dass auch die Gesundheitsversorgung Anteil an einer prosperierenden Gesellschaft nehmen muss, gehört zum Selbstverständnis unserer Gesellschaft. Die absoluten Kosten werden demnach auch in Zukunft wachsen müssen. Nicht diese überfordern unser Gesundheitssystem, sondern unser spezifisches Modell der Finanzierung. Deshalb unterstützen wir die Reformbestrebung für

ein nachhaltiges, solidarisches Einnahmesystem, das zugleich die Verantwortung des Einzelnen mit einbezieht.

Trotz der demographischen Entwicklung ist auch künftig nicht mit einem Kollaps des Gesundheitssystems bei der Ausgabenentwicklung in Deutschland zu rechnen, wenn einkalkuliert würde, dass der künftige pharmakologische, medizinische Fortschritt, sowie eine zu erwartende Veränderung des Lebensstils breiter Bevölkerungsschichten und eine effiziente nationale Präventionsstrategie Krankheiten nicht nur wirksamer und kosteneffizienter heilen, sondern auch verhindern könnten. Dafür müssen wir aber jetzt und weitsichtig die entsprechenden Rahmenbedingungen schaffen.

In allen Bereichen unseres Gesundheitssystems sind daher politisch die Schalthebel umzulegen für mehr Effizienz, Innovation, Wachstum, Verantwortung und Kompetenz.

Die Landesfachkommission Gesundheitspolitik des Wirtschaftsrats Sachsen fordert deshalb:

1. Die Finanzierung des Systems muss auf eine nachhaltige, zukunftsfeste Basis gestellt werden, die in Übereinstimmung mit den Anforderungen eines modernen solidarischen Gesundheitssystems steht

Das Bismarckmodell, im Jahr 1883 für zehn Prozent der damals ärmsten Schichten eingeführt, hat sich über 100 Jahren, vor allem aber seit Gründung der Bundesrepublik Deutschland zu einem bedeutenden Grundfeiler unseres solidarischen Gemeinwesens für inzwischen 90 Prozent der Bevölkerung entwickelt. Desto schwerer fällt es natürlich, den Blick vor den Gegebenheiten nicht zu verschließen und anzuerkennen, dass die Bismarcksche Konstruktion nicht mehr passgenau die Realität widerspiegelt. Die Frage ist nicht, ein solidarisches Modell ersatzlos zu streichen, sondern wirkliche Solidarität **unter heutigen Bedingungen** erst wieder zu ermöglichen und zukunftsfest zu machen.

- Die Landesfachkommission unterstützt den Vorschlag, eine Gesundheitsprämie für alle innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einzuführen.
- Der Sozialausgleich innerhalb der GKV sollte auf den Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken reduziert werden, dagegen der Ausgleich zwischen „arm und reich“ sowie „jung und alt“ über das Steuersystem erfolgen (etwa die Mitversicherung von Ehepartnern und Kindern).
- Die Gesundheitsprämie muss so konzipiert sein, dass dem Sozialstaatspostulat vollumfänglich genüge getan ist.
- Zugleich sollten Elemente eingeführt werden, insbesondere über Wahltarife der Krankenkassen, die eine Verantwortungsnahe des Einzelnen für seine Gesundheit stärken (durch Rechnungserstellung; Umstellung auf Praxisgebühr pro Arztbesuch - der erste Besuch sollte frei sein, jeder weitere fünf bis zehn Euro Gebühr kosten -; stärkere Beteiligung an den Kosten, mit dem Ziel eine gesündere Lebensweise zu befördern).
- Zur Vermeidung von Moral Hazard sollte ein genereller Selbstbehalt von 10 Prozent aller ambulanten Gesundheitsleistungen eingeführt werden, der am Jahresende mit der Praxisgebühr verrechnet, zudem gedeckelt und sozial abgedeckt würde. Das Sachleistungsprinzip ist beizubehalten und mit allgemeiner Rechnungslegung zu verbinden.
- Es gilt zu überprüfen, ob der Leistungskatalog der GKV sozial ausgewogen ist und die richtigen Anreize setzt.

2. Die Krankenkassen sollten sich zu privatrechtlichen Non-Profit-Gesundheitsunternehmen entwickeln können

Die Große Koalition hat in der letzten Legislaturperiode wichtige Weichen für mehr Wettbewerb gestellt. Daran gilt es anzuknüpfen und Wettbewerbselemente weiter zu stärken, aber zugleich von zentralistischer Überforderung zu befreien.

Die Kompetenzen der Krankenkassen müssen schrittweise gestärkt werden, um mehr als bisher Einfluss auf die Versorgungsrealität nehmen zu können. Dazu ist ein integratives, kooperatives Vorgehen mit den Leistungserbringern notwendig. Der mitunter sehr unterschiedlichen Spezifik der Bundesländer und Regionen ist stärkere Beachtung zu schenken.

Die Landesfachkommission fordert deshalb:

- Es ist mehr Versorgungsforschung notwendig, um Schwachstellen aufzuspüren und Veränderungen managen zu können.
- Kassen sollten vollumfänglich Vertragsbeziehungen mit der Industrie und den Leistungserbringern eingehen können.
- Es sind rechtliche Voraussetzungen zu schaffen, dass eine marktbeherrschende Stellung durch einzelne Kassen verhindert und gerechte marktwirtschaftliche Grundsätze eingehalten werden.
- Um den Nutzwert von Innovationen der Industrie aufzuspüren und ohne Zeitverzug in das Versorgungsgeschehen überführen zu können, müssen Kassen das Recht erhalten, mit Anbietern von Arzneimitteln, Medizintechnik etc. in einen vertraglich unterlegten Innovationsförderungsprozess einzusteigen, der hohe medizinische Versorgungsqualität mit fairen Preisen vereint.
- Zentrale Verträge des GKV-Spitzenverbandes mit der Industrie sollten eher die Ausnahme als die Norm sein.
- Regionalen, kassenspezifischen Lösungen ist der Vorzug gegenüber allen zentralen Regulierungsmaßnahmen zu geben, denn nur sie verbinden Planungssicherheit mit Schnelligkeit, Effizienz und Flexibilität.
- Um ein flexibles wettbewerbs- und versorgungsorientiertes Handeln zu ermöglichen, sind die Kassen aus dem Status der Körperschaft des öffentlichen Rechts zu entlassen und in privatrechtliche Non-Profit-Gesundheitsunternehmen zu überführen.

3. Das Kollektivvertragssystem sollte für die Grundversorgung erhalten werden und mit Selektivverträgen sinnvolle Ergänzung finden

Das Kollektivvertragssystem hat sich im Wesentlichen bewährt und sollte nicht mit einem Flickenteppich von Selektivverträgen ersetzt werden. Ein solcher Flickenteppich von Selektivverträgen wäre für die Ärzteschaft nicht mehr praktikabel und würde der Versorgungsqualität schaden. Als **komplementäres** Element sind Selektivverträge allerdings äußerst nützlich und können Qualität und Effizienz der Versorgung wesentlich befördern. Nicht zuletzt haben sie in der Vergangenheit auch dazu beigetragen, verkrustete, funktionärsgeprägte Strukturen aufzubrechen.

Deshalb fordert die Landesfachkommission:

- Die Rahmenbedingungen für Selektivverträge, die der Versorgung nützen, sind weiter zu optimieren.
- Es ist mehr Augenmerk darauf zu legen, indikationsbezogene, sektorübergreifende und patientenorientierte IV-Modelle, an denen sich auch mehrere Kassen beteiligen könnten, voranzutreiben.
- Prävention, Diagnostik und Kuration sind stärker als Einheit zu entwickeln, um Effizienzreserven weiter zu erschließen
- Disease-Management-(DMP)-Programme sollten vollständig in die Hand der Regionen gegeben werden, um sie an regionale Gegebenheiten besser anpassen zu können – so war etwa der Sächsische Diabetesstrukturvertrag aufgrund seiner regionalen Spezifik dem zentralistischen DMP qualitativ weit überlegen. Außerdem förderte dies den Wettbewerb um beste Qualität zwischen den Ländern.
- Um dem Sicherstellungsauftrag der Krankenversicherungen besser gerecht werden zu können, sind ihnen alle Möglichkeiten einzuräumen unter Einbeziehung aller relevanten Partner, intelligente, kreative regionale Lösungen zu finden, mit dem Ziel, eine flächendeckende, wohnortnahe, qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung zu garantieren.
- Die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen sollte das bewährte System der ambulant tätigen niedergelassenen Haus- und Fachärzte nicht beeinträchtigen. **Sondern vielmehr dort, wo notwendig, sinnvoll ergänzen. Eine ungezügelter Öffnung würde lediglich (mittels Drehtüreffekt) die Kosten mehren ohne die Versorgungsqualität anzuheben.**

4. Die Verantwortung der Ärzteschaft für das Gesundheitswesen ist entsprechend ihrer Kompetenz zu stärken und die Freiberuflichkeit mit ihren Verpflichtungen zu sichern

Es gibt derzeit kaum einen Berufsstand, der in seiner freien Berufsausübung so sehr überreguliert ist, wie der des Arztes. Statt mehr Effizienz in das Gesundheitssystem zu bringen, Strukturen zu optimieren und Verantwortung an Kompetenz zu koppeln, ist der Arzt in immer unverantwortlicher Weise zentralistisch reglementiert worden, seine Therapiefreiheit auf unangebrachte Weise ausgehöhlt worden. Dies führte zu einem Verlust an Versorgungsqualität, zur Beeinträchtigung der Arzt-Patienten-Beziehung, zu einer ungerechtfertigten Rationierung, zu einer Behinderung des Zugangs von Innovationen in die Versorgung und damit zu Unter-, Fehl- und Überversorgung und letztlich zu aufgeblähten Kosten. Wenn heute ein Mangel an Ärzten beklagt wird, bzw. ihr Wegzug in andere Länder und deren Aufnahme anderer Tätigkeiten als in der medizinischen Versorgung, dann ist es dieser fehlgeleiteten Politik geschuldet. Der Arztberuf wird immer unattraktiver und führt letztendlich durch seine ökonomische Überfrachtung und die Regulationswut des derzeitigen Systems zum Versorgungskollaps. Der Patient bleibt auf der Strecke und die Kosten werden irrational weiter steigen. Dementsprechend bedarf es auch einer **qualitativen** Umstellung der Honorierung, weg von der Mengenbewertung hin zu einer primär ergebnisorientierten Honorierung. Dies würde ebenso zu weniger Verschwendung und mehr Effizienz in der Mittelallokation beitragen.

Die Landesfachkommission fordert:

- Einführung einer ergebnisorientierten Honorierung **ohne generelle Ausweitung des Gesamtbudgets**.
- Dem Arzt sollte wieder seine freie Berufsausübung garantiert werden, indem und er seine Therapiefreiheit in voller Verantwortung zurückerhält.
- Die Verantwortung über die konkrete Therapie für den konkreten Patienten muss wieder da angesiedelt werden, wo die Kompetenz dafür vorhanden ist.
- Um diese Kompetenz zu stärken, ist das Medizinstudium zu reformieren, mehr Praxisnähe zu garantieren, die Vorbildfunktion und Zeitressourcen der Lehrkräfte wieder herzustellen, die durch ökonomische Zwänge, ein enormes Anwachsen der Administration, übermäßige Forschungsbelastung, etc. in den letzten Jahren bedenklich geschrumpft ist.
- Genauso ist Wert auf eine anspruchsvolle Fortbildung zu legen, die den Namen verdient, jenseits von reinem Aktionismus und Formalismus.
- Alles zusammen sollte dazu beitragen, dass in Deutschland mehr evidenzbasierte Medizin praktiziert werden kann. Hier ist Deutschland im internationalen Vergleich unterdurchschnittlich.
- Die primäre Wirtschaftlichkeitsverantwortung sollte von den Ärzten an die Kostenträger übergehen.
- Die **Überprüfung der** Wirtschaftlichkeitsverantwortung des Arztes **gemäß §12 SGB V** sollte, von allen **ineffizienten** Regularien befreit, sich nur noch auf die Einhaltung eines differenzierten Richtgrößensystems konzentrieren. In dem Sinne sind die jährlichen, oft beschwerlichen und ineffizienten Arzneimittelzielvereinbarungen zwischen Kassen und Krankenversicherungen abzuschaffen.
- Die Attraktivität des Arztberufs würde wieder gewinnen, wenn Strukturen, Leistungsanreize, Effizienz- und Qualitätsimpulse so verändert würden, dass der Arzt, von bürokratischer Überregulierung befreit, sich wieder ganz seiner Kernkompetenz, der optimalen Behandlung seiner Patienten widmen könnte. Das würde auch viele Probleme der Unterversorgung lösen.

5. Die Eigenverantwortung der Patienten gilt es zu stärken

Die Patientenorientiertheit hat in der Vergangenheit, von der Politik zu recht gefördert, eine immer wichtigere Funktion erhalten. Diese gilt es nun weiter auszubauen, wenn wir anerkennen, dass wir eine weniger paternalistische, sondern vielmehr eine Versorgung benötigen, die dem „share decision making“ – Prinzip folgt und Compliance/Adhärenz fördert sowie bewusst die Eigenverantwortung der Patienten mit einbezieht. Dies würde ebenso zu mehr Effizienz in allen Versorgungsprozessen führen.

Wir fordern daher:

- In allen die Versorgung betreffenden Bereichen sind die Patientenvertreter stärker einzubeziehen.
- Compliance und Adhärenz der Patienten sind von so großer Wichtigkeit für den Behandlungserfolg und die Effizienz, dass sie auch stärkere Berücksichtigung bei Kosten-Nutzen-Bewertungen von Therapien erhalten müssten.
- Um die Adhärenz der Patienten zu erhöhen, ist ein verbessertes System der Patienteninformation auf allen Kommunikationsebenen unter Einbeziehung der Kompetenz aller Beteiligten anzustreben.
- Es sind wesentlich mehr Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten zu schaffen.

6. Den Wirtschaftsstandort Deutschland gilt es für die Unternehmen der Arzneimittel- und Medizinprodukte- sowie andere Unternehmen der Gesundheitswirtschaft auszubauen, deren Innovationskraft zu stärken und für eine qualitätsgesicherte Versorgung zu nutzen

Die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft haben in Deutschland einen hohen Stellenwert. In Bezug auf Forschungsintensität, Exportkraft, Beschäftigung und Wertschöpfung genießen sie hohe Priorität.

In Kenntnis der Tatsache, dass der Gesundheitsmarkt in Teilen kein klassischer Markt ist, glaubte man in der Vergangenheit, die Branche mit immer neuen dirigistischen Maßnahmen überziehen zu müssen. Dies führte zu immenser Ineffizienz.

Die Landesfachkommission fordert deshalb:

- Anstatt erneut zentralistisch dirigistische Ansätze zu generieren, sollte dem ordnenden Element des Wettbewerbs mehr Beachtung gegeben werden.
- In Anerkennung des Prinzips der Subsidiarität ist den regionalen Gestaltungsmöglichkeiten Vorrang gegenüber zentralen Maßnahmen zu geben, weil die unmittelbaren Akteure der konkreten Versorgungsrealität näher stehen als große Verbände und Körperschaften das je könnten.
- Cost Share, Risk Share und Mehrwertverträge sind ein probates Mittel, um Effizienz über den Vertragswettbewerb in der Arzneimittelallokation zu fördern.
- Regulierungen sind nur da einzuführen, wo Preis- Qualitäts- und Vertragswettbewerb nicht stattfinden, z.B. im Segment der Arzneimittelspezialversorgung durch das Vorhandensein von Monopolen und Oligopolen.
- Im Segment der Arzneimittelgrundversorgung, in dem zumeist eine Vielzahl Wettbewerber (Analogpräparate) existiert oder sehr schnell entsteht, sind die wettbewerblichen, marktwirtschaftlichen Elemente nachweisbar sehr ausgeprägt. Hier sind zentrale Regularien, welcher Art auch immer, kontraproduktiv. Jegliche Reglementierung führt hier lediglich zur Behinderung von Innovationen, zu Qualitätseinbußen und Kostensteigerung.
- Kosten-Nutzen-Bewertungen seitens des Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sollten weiterhin punktuell stattfinden und komplementär den Preis- und Qualitätswettbewerb befördern.
- Mittels neuer Informations- und Kommunikationstechnik lassen sich Strukturen und Abläufe im Gesundheitssystem optimieren, Kosten reduzieren und die Qualität der Versorgung entschieden verbessern. Die Einführung einer flächendeckenden Gesundheitskarte o.ä. könnte wesentlich dazu beitragen, die Kenntnis des Arztes über Anamnese, Vorbehandlungen, Medikamentenstatus, erfolgte Untersuchungen und deren Ergebnisse entscheidend zu verbessern. Somit könnte die Patienten- und Arzneimittelsicherheit erhöht, Doppeluntersuchungen vermieden und die Treffsicherheit und Abgestimmtheit jeglicher Therapie erhöht werden

Resümee: Das Gesundheitswesen ist mit stärkerer Berücksichtigung von Prävention und frühzeitiger Intervention weiterzuentwickeln und auszugestalten

Unser Gesundheitssystem ist noch zu sehr als krankheitszentriertes System konzipiert. Die gesellschaftlichen Verhältnisse sind derzeit so strukturiert, dass der Verhinderung von Krankheiten durch Primärprävention nur ungenügend Rechnung getragen wird. Die Bürger werden völlig unzureichend zur Wahrnehmung ihrer eigenen Verantwortung zur Gesunderhaltung veranlasst. Vielmehr wird die Verantwortungslosigkeit innerhalb der

Gesetzlichen Krankenversicherung vergesellschaftet, das Risiko, durch ungesunde Lebensweise zu erkranken, auf alle übertragen. Dies kann nicht weiter hingenommen werden. Es müssen mehr Anreize für die eigene Gesundheit und ein gesamtgesellschaftliches Klima für gesundes Leben und Altern geschaffen werden.

Die Forderungen der Landesfachkommission:

- Wir müssen weg von einem, zudem diagnostiklastigen, Krankheits- hin zu einem tatsächlichen Gesundheitsmanagement.
- Die Eigenverantwortlichkeit aller Beteiligten gilt es zu stärken.
- Die Möglichkeiten der Kostenreduktion durch innovative Prävention gilt es zu erschließen.
- Eine frühzeitige Intervention sollte durch frühzeitige Diagnostik und sinnvolles Screening Lebenszeit verlängern und/oder die Lebensqualität verbessern und somit Kosten sparen.

Dresden, 02. August 2010