

Dokumentation:

Gesundheitshandwerker singen nicht nur das hohe Lied der Kollektiv-Verträge

(dfg 22 – 15) Die Ärzte sind keine allwissenden und herrschenden „Halbgötter in Weiß“ mehr, sondern leiden eher unter den Vorzeichen einer nachhaltigen „Götterdämmerung“. Auch wenn ihre führenden Funktionäre die angestaubte Führungsfahne noch gerne im Gesundheitswesen hochhalten möchten. Nicht nur die Existenz von über 170 medizinischen Fachgesellschaften deutet darauf hin, daß die Medizin mehr als fragmentiert und kaum mehr in der Lage ist, mit einer Stimme zu sprechen (vgl. Beitrag in dieser dfg-Ausgabe). Bei den Vertragsärzten sägen aktuell Haus- wie Fachärzte, Vertreter von Kollektiv- bzw. Selektivverträgen, Befürworter von Sachleistungssystem oder Kostenerstattung gegenseitig von allen Richtungen an dem Ast, der die Kassenärzte einst stark und mächtig machte. Kein Wunder also, wenn die Heilmittelerbringer selbstbewußt wie gemeinsam nach dem „Direct Access“ bzw. nach einer Akademisierung ihrer Berufsstände rufen. Sie wissen es halt in Einzelfällen besser, was den Patienten frommen könnte (vgl. dfg 17 – 15, S. 6ff.).

„Verachtet mir die Meister nicht, und ehrt mir ihre Kunst“ dichtete schon Richard Wagner (+) für seine „Meistersinger von Nürnberg“. Die Mediziner denken nicht daran, diese Zeile zu beherzigen. Wohl aber die Öffentlichkeit. Das mag für den Gesundheitsbereich auch daran liegen, daß der Zentralverband des deutschen Handwerks (ZDH) seit einiger Zeit die politische Arbeit der fünf Gesundheitshandwerke in einer eigenen AG koordiniert und mit Hans Peter Wollseifer (59) ein erfahrener IKK-Selbstverwalter als Präsident an der Spitze des ZDH steht. Wie auch immer, die Gesundheitshandwerker sind mittlerweile eine Konstante, an der im bundesdeutschen Gesundheitswesen niemand mehr vorbei kommt. Zumal sich die fünf Berufe mehr und mehr untereinander abstimmen und in den wichtigsten politischen Fragen Einigkeit demonstrieren! Jetzt sickerte in den gesundheitspolitischen Kreisen der Hauptstadt ein neues, gesundheitspolitisches Positionspapier durch. In diesem fassen die fünf Berufe ihre gemeinsamen „Anliegen“ zusammen. Es versteht sich von selbst, daß sie „verlässliche“ Rahmenbedingungen vom so reformfreudigen Gesetzgeber verlangen und ihren Meistervorbehalt verteidigen. Im Gegensatz zu den Medizinern gehören sie klipp und klar zu den Befürwortern des „Kollektivvertrages“, denn nur so können sie ihren 25.550, meist mittelständisch strukturierten, Mitgliedsbetrieben konkrete Wirtschaftsbedingungen verschaffen. Eine Scheu – wie in der Ärzteschaft – vor der zunehmenden Digitalisierung des Gesundheitswesens haben die Gesundheitshandwerker auch nicht. Und sie sehen sich sogar beim Stichwort „Korruption“ vom Gesetzgeber bestätigt. Der wird es mit einem zustimmenden Nicken goutiert haben.

Wir dokumentieren das Papier der Gesundheitshandwerke im vollen Wortlaut:



„Positionspapier 2015 - Anliegen der Gesundheitshandwerke

1. Stärkung kollektiv-vertraglicher Strukturen

Kollektiv-Verträge gewährleisten sowohl hohe Leistungssicherheit wie eine Vielfalt an Leistungserbringern. Sie leisten damit einen großen Beitrag zur Sicherung der Wahlfreiheit der Patienten in der wohnortnahen Versorgung. Gleichzeitig ergibt sich ein positiver Qualitäts- und Leistungswettbewerb. Dies gilt insbesondere bei der Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln, die im Wesentlichen durch den Abschluss von kollektiv-vertraglichen Rahmenvereinbarungen gemäß § 127 Abs. 2 SGB V zwischen den Krankenkassen(-Verbänden) und den Leistungserbringerverbänden sichergestellt werden und für die Systematik kollektiv-vertraglicher Preisvereinbarungen für zahntechnische Leistungen. Dieses Vorgehen hat sich für eine qualitätsorientierte Versorgung bewährt und muss grundsätzlich gestärkt werden. Eine Prüfung der Preisregulierungsvorschriften, wie etwa bestehende restriktive Bindungen an § 71 SGB V, zugunsten der Berücksichtigung branchenspezifischer Besonderheiten, ist für die Sicherung der Leistungsfähigkeit ebenfalls notwendig.

Die kleinen und mittleren Betriebe der Gesundheitshandwerke sind in der Vertragsgestaltung mit den gesetzlichen Krankenkassen auf die personelle und sachgerechte Unterstützung ihrer Leistungserbringerverbände angewiesen. Andernfalls sind sie nicht in der Lage, mit den Krankenkassen „auf Augenhöhe“ zu verhandeln. Anders als die Leistungserbringer unterfallen die Krankenkassen derzeit nur in eingeschränktem Umfang den Vorgaben des Wettbewerbs- und Kartellrechts. Zum Schutz sind daher als Pendant zur Gestaltungs- und Marktmacht der Krankenkassen zum einen ein verlässlicher gesetzlicher Rahmen und zum anderen die präventive Prüfung der Aufsichtsbehörden unerlässlich. Der Abschluss von Selektiv-Verträgen zwischen einzelnen Krankenkassen oder einem Krankenkassenverband und einzelnen Leistungserbringern hingegen droht, die Versorgungsvielfalt - und damit die Wahlfreiheit der Patienten - zu zerstören sowie auch die zeit- und wohnortnahe Versorgungssicherheit zu gefährden.

Ähnlich verhält es sich mit Ausschreibungen bei Hilfsmitteln: Die Gesundheitshandwerke lehnen Ausschreibungen im Bereich der Hilfs- und Rehamittelversorgungen ab. Für die Betriebe haben die Ausschreibungen grundsätzlich die Konsequenz, dass nur noch die Gewinner der jeweiligen Ausschreibung versorgungsberechtigt sind. Der Patient wird durch Ausschreibungen in seiner Wahlfreiheit eingeschränkt und muss oftmals, sofern er nicht eigene finanzielle Aufzahlungen leistet, eine qualitativ mindere Versorgung akzeptieren. Dieses begründet sich wie folgt:

Nach der Ausschreibung analog § 127 Abs. 1 SGB V durch die Krankenkasse ist grundsätzlich nur noch der Ausschreibungsgewinner für den vorgegebenen Zeitraum liefer- und versorgungsberechtigt. Dadurch ist die freie Leistungserbringerwahl für die Versicherten verschlossen. Durch die Ausschreibungen wird das Preisniveau so weit gesenkt, dass die Versorgungsqualität leidet. Patienten erhalten ihre bisherigen Hilfsmittel in der Regel nur noch gegen Aufzahlungen an den Ausschreibungsgewinner. Die Zweckmäßigkeit der Ausschreibung ist bei Hilfs- und Rehamitteln nicht gegeben, da den Kosteneinsparungen Mängel in der Versorgungsqualität gegenüberstehen. Dadurch bedingt entstehen weitere erhebliche Folgekosten. Gegen Ausschreibungen spricht ebenfalls, dass durch die Konzentration auf wenige Ausschreibungsgewinner die Versorgungsstruktur der kleinen und mittelständischen Handwerksbetriebe, die oftmals in der Fläche breit vertreten sind, zerstört



wird (s.o.). Nach umfassenden Ausschreibungen werden nur noch wenige Anbieter den Markt beherrschen. Eine wohnort- und zeitnahe Versorgung wird so unmöglich gemacht. Dies kann weder im Interesse von Gesundheitspolitik, Krankenkassen noch des Patienten sein.

Wir setzen uns für die Stärkung kollektiv-vertraglicher Strukturen zwischen den Verbänden der Gesundheitshandwerke und den Krankenkassenverbänden ein. Denn nur so wird ein positiver Qualitäts- und Leistungswettbewerb bei fairem Interessenausgleich gefördert und gleichzeitig eine wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung garantiert.

2. Beseitigung von Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen

Seit jeher treten die Gesundheitshandwerke für einen lautereren Wettbewerb im Gesundheitswesen ein, denn ein funktionierendes Gesundheitswesen, in dem sich alle Beteiligten in einem fairen Miteinander auf Grundlage rechtlicher Rahmenbedingungen bewegen, ist ein hohes Schutzgut. Ein fairer und leistungsfördernder Wettbewerb zwischen den Anbietern und eine bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Zusammenarbeit bedürfen eines konsequenten Ordnungsrahmens. Dazu gehört insbesondere die strikte Einhaltung des Rechtsrahmens des freien Berufes mit einer konsequenten Ablehnung der Gewinnerzielungsabsicht bei der Verordnung oder Beschaffung weiterer Leistungen Dritter. Dies bildet die ordnungspolitischen Eckpfeiler für eine qualitätsorientierte und bedarfsgerechte und aus der Sicht der Gesundheitshandwerke auch notwendigen Zusammenarbeit zwischen den Berufen. Fehlanreize, die etwa aus unklaren berufsrechtlichen Regeln entstehen oder die nicht konsequente Durchsetzung der vorgenannten Prinzipien, können in erheblichem Maße die Wettbewerbschancen einzelner Berufe der Gesundheitshandwerke systematisch beeinträchtigen. Positive Anreize für ein bedarfsgerechtes und regelkonformes Versorgungsverhalten gegenüber dem Patienten sind zu stärken, Strukturen, die leistungs- und qualitätsfeindliches Verhalten gegenseitiger Vorteilsnahmen und Vorteilsgewährungen ermöglichen, sind zu beseitigen.

Die Vereinbarung im Koalitionsvertrag zur Schaffung von Straftatbeständen im Falle von Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen im Strafgesetzbuch folgt dieser ganzheitlichen Betrachtungsweise. Als Ultima Ratio begrüßen wir die schnelle Umsetzung der Vorgaben des Koalitionsvertrags durch das zuständige Fachministerium, das Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV). Der konkrete Vorschlag zur Etablierung eines §299a StGB "Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen" ist folgerichtig und wird von den Gesundheitshandwerken unterstützt. Es wird befürwortet, dass durch die Verordnung im Strafgesetzbuch entgegen früherer Vorhaben zur Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen, nicht nur korruptives Verhalten im Rahmen der Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung erfasst wird. Aus einer Gesamtsicht der Gesundheitspolitik, die das Schutzinteresse aller Versicherten im Auge haben muss, ist es daher sachgerecht, das Korruptionsverbot und die Strafregelung für alle Leistungen zu sanktionieren, unabhängig davon, ob diese im Bereich der GKV oder PKV erbracht werden. Damit das Gesetz wirksam ist, müssen zusätzlich sämtliche im Gesundheitswesen tätige Personen von der Strafnorm erfasst sein.

Gleichzeitig plädieren wir dafür, dass bereits bestehende Regelungen zur Korruptionsvermeidung und -bekämpfung im Berufs- wie Sozialrecht nicht entkräftet werden. Hier ist insbesondere der § 128 SGB V zu nennen. Vielmehr müssen beide weiter präzisierend geprüft und ausgebaut werden,



indem Umgehungstatbestände beseitigt werden, ohne dabei eine dauerhafte und enge Zusammenarbeit zwischen den Berufen zu behindern, wenn diese für eine qualitätsgesicherte Versorgung notwendig ist.

Die Schaffung von Straftatbeständen der Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen im Strafgesetzbuch ist richtig und folgt einer seit langem erhobenen Forderung der Gesundheitshandwerke. Die bereits bestehenden berufsrechtlichen und sozialrechtlichen Vorgaben zur Korruptionsvermeidung dürfen hierbei jedoch nicht entkräftet, sondern müssen zusätzlich ausgebaut werden.

3. Weiterentwicklung der Tätigkeitsfelder der Gesundheitshandwerke fördern

Das Thema "Weiterentwicklung der Tätigkeitsfelder" ist ein seit jeher gehegtes Anliegen der Gesundheitshandwerke. Hintergrund ist, dass mit der fortwährenden fachlichen und technischen (Weiter-)Entwicklung der Gesundheitshandwerke eine umfangreiche Kompetenzerweiterung verbunden ist. Bereits in den Gesellenausbildungen der einzelnen Gesundheitshandwerke wird umfangreiches Wissen zu Anatomie, Pathophysiologie, Biologie, Physik, etc. vermittelt. Dieses setzt sich in den entsprechenden Meisterprüfungsverordnungen fort und kann durch Weiterbildungsangebote auf der Meister-Plus-Ebene sogar noch ausgebaut werden. Hinzu kommt der technische Fortschritt, der in Kombination mit dem stetig wachsenden Fachwissen und dessen Anwendung erweiterte Handlungsoptionen für die Gesundheitshandwerke mit sich bringt.

Ein weiterer Treiber der angesprochenen Entwicklung ist die gesellschaftliche Veränderung – gemeinhin als "demographischer Wandel" bezeichnet. Mit der Zunahme älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung ist auch eine Steigerung an altersbedingten Beeinträchtigungen zu erwarten. Gleichzeitig ist vor allem im ländlichen Raum mit einer Abnahme der haus- und fachärztlichen Versorgungsdichte zu rechnen. Auch hierdurch erscheint es angezeigt, dass sich die Gesundheitshandwerke mit ihrem Wissen, ihrem Können und ihrer Erfahrung umfassender in die verschiedenen Versorgungsbereiche einbringen können und sollen. Die verpflichtende Meisterpräsenz in den Betrieben der Gesundheitshandwerke gewährleistet dabei immer ein Höchstmaß an Patientensicherheit, fachgerechter Versorgung und Verbraucherschutz in den entsprechenden Versorgungsbereichen. Diese staatliche Zulassungsregel knüpft an den Nachweis von persönlichen und fachlichen Qualifikationen an und ist damit als Instrument am besten zur präventiven Gefahrenabwehr für Patienten und Verbraucher geeignet. Die Gesundheitshandwerke lehnen nicht nur deshalb sowohl nationale wie auch europäische Deregulierungsbestrebungen ab, die das Meisterprinzip im Handwerk in Frage stellen wollen.

Es muss das Ziel sein, die Versorgung an den Schnittstellen zwischen ärztlicher und handwerklicher Profession zu optimieren. Hierzu wollen die Gesundheitshandwerke ihre Stärken und Kernkompetenzen noch mehr in den Fokus rücken. Die Politik hat dies erkannt und entsprechende Bestimmungen auf den Weg gebracht. Insgesamt sind die fachlichen Kompetenzen und versorgungspolitischen Möglichkeiten der Gesundheitshandwerke jeweils gewerkspezifisch zu berücksichtigen, wobei die Kooperation aller an der Versorgung beteiligter Partner als Grundvoraussetzung gilt und wesentliche Tätigkeiten gewahrt bleiben müssen. Die Gesundheitshandwerke begrüßen es, wenn

alle involvierten berufsständischen Vertretungen die anstehenden Prozesse offen und konstruktiv begleiten, um das Gesundheitssystem zukunftsfest zu gestalten.

Wir regen eine offene gesundheitspolitische Diskussion aller an der Versorgung beteiligten Akteure zur Gestaltung der Folgen des demographischen Wandels an. Die persönliche/fachliche wie technische Weiterentwicklung in den Gesundheitshandwerken schafft hierzu jeweils gewerkspezifische Angebote von Möglichkeiten. Die verpflichtende Meisterpräsenz ist dabei jetzt und in der Zukunft ein steter Garant für höchste Versorgungsqualität und Verbraucherschutz.

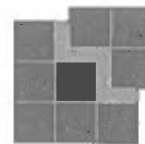
4. Chancen der Digitalisierung nutzen, fairen Wettbewerb sichern

2012 wurde in Deutschland damit begonnen, die bisherigen Krankenversichertenkarten sukzessiv durch die elektronische Gesundheitskarte (eGK) zu ersetzen. Seit Anfang 2015 gilt diese ausschließlich. Neben administrativen Funktionen sollen über die eGK auch Gesundheitsdaten verfügbar gemacht werden. Gleichzeitig bedeutet die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte die Notwendigkeit der Schaffung eines elektronischen Berufsausweises zur Authentifizierung und anschließender Nutzung sowie Editierung der Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte. Die technische Ausgestaltung ist somit ebenso von Belang wie auch datenschutzrechtliche Aspekte.

Der Gesetzgeber sah sich gezwungen, die Prozesse zur vollständigen Nutzung von eGK mittels der Telematikinfrastruktur (TI) per Gesetz zu beschleunigen bzw. überhaupt erst in Gang zu bringen. So wurde Anfang des Jahres der Entwurf eines "Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen" vorgestellt.

Doch auch hierdurch ist noch nicht geklärt, wie Patienten ihr Recht zum Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte bei den Gesundheitshandwerken realisieren können. Derzeitige Planungen der Zugriffsregelungen auf die eGK und die Einbindungen in die TI beziehen sich fast ausschließlich auf approbierte Professionen. Dies greift nach Auffassung der Gesundheitshandwerke zu kurz, denn auch diese sind für eine optimale, effiziente, sichere und schnelle Patientenversorgung ein wesentlicher Teil des Versorgungsgeschehens in Deutschland. Zwar ist der Zugriff auf ärztliche Verordnungen, welche auf der elektronischen Gesundheitskarte hinterlegt werden, per Gesetz bereits heute geregelt, aber die Gesundheitshandwerke müssen auch die medizinischen Daten des elektronischen Arztbriefs und der Patientenakte einsehen, erheben, verarbeiten und nutzen dürfen, sofern es für die Versorgung relevant ist. Dies ist bislang nicht vorgesehen, was widersprüchlich ist und den Sinn und Zweck der eGK erheblich reduziert. Denn die Vertreter der Gesundheitshandwerke können allein aufgrund der Daten, die in einer Verordnung aufgeführt sind, nicht eine Versorgung des Patienten vornehmen. Hierzu benötigen sie weitere Angaben, die sie in der Regel durch eine umfangreiche Anamnese vom Patienten erhalten.

Digitalisierung im Gesundheitswesen geht jedoch über die vorgenannte Thematik hinaus, indem sie auch die Verarbeitung von medizinischen und ökonomischen Massedaten zur Folge hat. Daher ist es zwingend notwendig, dass alle Gesundheitshandwerke, die direkt und indirekt zur Lieferung von digitalen Daten verpflichtet sind, Mitsprache-, Informations- und Vertragsrechte zur Gestaltung der Digitalisierungsprozesse erhalten.



Die Gesundheitshandwerke fordern eine stärkere Einbindung in die Prozesse rund um die elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur. Eine Fokussierung auf approbierte Professionen greift zu kurz. Im Sinne optimaler Versorgungsketten müssen die Gesundheitshandwerke Zugriffsrechte erhalten, die über die reinen Verwaltungsdaten hinausgehen. Insgesamt wird online-basierten/digitalen Verfahren ein hoher Stellenwert eingeräumt. Alle Gesundheitshandwerke, die direkt und indirekt den digitalen Netzwerkstrukturen Daten bereitstellen, müssen jedoch bei der Gestaltung dieser Strukturen Beteiligungsrechte erhalten.

5. Einsatz externer Hilfsmittelberater nicht forcieren

Immer wieder wird darüber diskutiert, inwieweit der Einsatz externer Hilfsmittelberater legitim ist. Daneben gibt es Bestrebungen, hierfür gesetzliche Grundlagen zu schaffen. Dies mit dem Ziel, bestehende Rechtsunsicherheiten bei der Beauftragung externer Hilfsmittelberater zu beseitigen.

Nach Auffassung der Gesundheitshandwerke besteht jedoch keine Notwendigkeit für die Einführung einer gesetzlichen Regelung für die Beauftragung externer Hilfsmittelgutachter. Nach § 275 Abs. 3 Ziff. 1 SGB V liegt es in der Kompetenz des MDK, die Erforderlichkeit der Hilfsmittelversorgung zu überprüfen. Gesetzliche Regelungen für den Einsatz externer Hilfsmittelgutachter würden überflüssige Doppelstrukturen zum MDK schaffen. Dies würde zu Abgrenzungsproblemen führen und unnötiger Weise in die Kompetenzen des MDK eingreifen. Ggf. würde es durch gesetzliche Regelung sogar zu einer Zunahme des Einsatzes externer Hilfsmittelgutachter führen. In Anbetracht der bereits heute festzustellenden Mängel und negativen Auswirkungen auf den Versorgungsalltag ist dies daher abzulehnen.

Anders als die von den Krankenkassen beauftragten externen Hilfsmittelberater handelt der MDK als unabhängiges Gremium und soll dadurch das notwendige Gleichgewicht zwischen Kostenträgerschaft und Versichertem herstellen. Dieses dokumentiert sich bereits im etablierten Finanzierungsverfahren für die Strukturen des MDK im Rahmen eines Umlageverfahrens, während die fallbezogene Beauftragung der Hilfsmittelberater durch einzelne Krankenkassen im Rahmen der Einzelvergütung erfolgt. Daraus ergeben sich offensichtlich leistungsbezogene Abhängigkeiten, die die Unabhängigkeit der Entscheidung zur Erforderlichkeit der Hilfsmittelversorgung in Zweifel ziehen.

Gerade die individuellen alltagsrelevanten Anforderungen an ein Hilfsmittel können und werden bereits heute durch die ärztliche Verordnung und den Versorgungsvorschlag des Leistungserbringers definiert. Diese fließen in die Begutachtung durch den MDK ein. Ergänzend kann der MDK außerdem auf die vereidigten Sachverständigen des Handwerks zurückgreifen. Aber: Nur der MDK kann beurteilen, ob darüber hinaus weiterer Bedarf für eine Beratungstätigkeit bei der Versorgung mit Hilfsmitteln besteht. Der Einsatz externer Hilfsmittelgutachter sollte aus Gründen der Versorgungsqualität daher eher zurückgefahren als ausgebaut werden. Gesetzliche Regelungen bedarf es keiner.

Die Gesundheitshandwerke lehnen den Einsatz externer Hilfsmittelgutachter grundsätzlich ab. Gesetzgeberische Vorstöße zur Legitimierung dieser fraglichen Praxis sollten nicht erfolgen.“