

HIGHLIGHTS

MAGAZIN



**GESUNDHEITSPOLITIK FÜR
DIE 19. LEGISLATURPERIODE**
Interview mit Erwin Rüdell

© GTA German Top Agency GmbH

Gesundheitspolitik für die 19. Legislaturperiode

Interview mit Erwin Rüdgel,

Pflegepolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion



© GTA German Top Agency GmbH

Herzlich willkommen, Herr Rüdgel. Bevor wir uns Ihren gesundheitspolitischen Vorstellungen zuwenden – morgen findet das Berichterstattergespräch in Sachen Pflegeberufegesetz statt.

Was war eigentlich geschehen?

Wie bewerten Sie die Vorgänge und das Ergebnis?

Es ist gut, dass wir einen Kompromiss gefunden haben. Es wäre aber noch besser gewesen, wir hätten diesen Kompromiss schon vor einem Jahr gefunden. Dann hätten wir mit mehr Zeit und in Ruhe den Gesetzgebungsprozess steuern können. Jetzt sind wir

doch stark in Zeitnot geraten, und es sind eine ganze Reihe von Schnittstellen zu definieren, die einer entsprechend ordentlichen Beratung bedürfen.

Aber ich bin froh, dass es weitergeht, und wir haben noch einige Zeit. Ich bin überzeugt davon, dass wir einen guten Gesetzentwurf einbringen können.

Warum ist das Vorhaben eigentlich in dieser Form abgelaufen? Das war doch äußerst seltsam. Erst Einigung, dann wieder nicht Einigung, die Einigung dann lange herausgezögert.

Was stand dahinter?



© GTA German Top Agency GmbH

Wir müssen eine hochqualifizierte Ausbildung für die Kinderkrankenpflege sicherstellen, aber wir haben Versorgungsprobleme in der Altenpflege. Neben einer guten fachlichen Ausbildung benötigt man auch eine entsprechende Herzensbildung. Viele, wenn nicht alle, die in der Altenpflege arbeiten, bringen diese mit. Wir haben eine gute Versorgungsstruktur, die Pflege in Deutschland ist gut,

Einige glauben, dass man den Pflegeberuf nur mit Abitur ausüben kann. Das ist aber nur eine Idealvorstellung, denn wir benötigen in den nächsten Jahren deutlich mehr Pflegekräfte als heute, mehr Pflegekräfte im Krankenhaus, viel mehr zusätzliche Pflegekräfte im Bereich Langzeitpflege für die älteren Menschen.

Wenn wir Menschen, die in der Altenpflege gern Verantwortung übernehmen, aus dem System ausschließen, dann entstehen dort riesige Versorgungsprobleme. Etwa die Hälfte derer, die heute eine Altenpflegeausbildung mit einem Examen abschließen, haben einen Hauptschulabschluss, einen vergleichbaren Abschluss wie den der Hauptschule oder sind Quereinsteiger oder Migranten.

und sie wird zu einem nicht zu unterschätzenden Anteil von Hauptschülern durchgeführt. Sie darf man nicht aus diesem System hinausdrängen. Will man 3 Berufe, die jeweils eine andere Struktur aufweisen, zusammenführen, wird es schwierig und kompliziert. Es ist eine große Herausforderung, eine Lösung zu finden, die eine fachlich qualifizierte Ausbildung sicherstellt, aber auch, dass alle diejenigen, die heute einen Abschluss absolvieren, diesen auch morgen unter einem neuen Gesetz schaffen.

Einige werfen Ihnen vor, Ihre Interessen seien in dieser Frage rein finanzielle. Es heißt, Ihre Motivation sei, dass die Arbeitskräfte nicht zu teuer für die Heime und die Pflegedienste werden dürften.



Ja, dieser Vorwurf wird erhoben, aber mir geht es um die Versorgung. Um ausreichend Pflegekräfte gewinnen zu können, ist es wichtig, dass diese Pflegekräfte ordentlich bezahlt werden. Dazu haben wir im PSG I und PSG III schon die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen. Ich bin der felsenfesten Überzeugung, dass im Altenpflegebereich in den nächsten 2 bis 4 Jahren der Tariflohn Standard sein wird. Wir brauchen mehr Hände und insgesamt mehr Zeit. Dazu haben wir auch eine Entbürokratisierung auf den Weg gebracht. Wir haben zehntausende zusätzliche Betreuungskräfte als Entlastung für die examinierten Kräfte gewonnen. Wir müssen an vielen Punkten ansetzen, um die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern und dazu gehört auch mehr Geld. Aber notwendig sind vor allem Menschen, die diese Arbeit leisten können und wollen. Die Hauptschüler, die heute nach 3 Jahren ein Examen ablegen und gute Arbeit leisten, in eine Hilfstätigkeit abzuschieben und gleichzeitig eine 50%-ige Fachkraftquote beibehalten zu wollen, führt dazu, dass Belegungsstopps in stationären Einrichtungen eingeführt werden müssen. Dann wäre die osteuropäische Hilfskraft oder die Familie wieder stärker

gefordert. Wir müssen Strukturen schaffen, damit wir die Familien entlasten können und eine Qualitätspflege anbieten können. Dies haben wir in unserem heutigen System sichergestellt, und das brauchen wir auch morgen.

Wie geht es mit der Pflege weiter? Benötigt man nicht auch zusätzliche kommunale Strukturen und Ähnliches?

Wir haben eine stärkere Kommunalisierung insbesondere für die Beratung mit dem PSG III auf den Weg gebracht. Wir brauchen die Mitverantwortung der Kommunen und deren Beratungsstrukturen.

Das ist insgesamt ein Problem in unserem Gesundheitssystem. Es gibt eigentlich alles, nur weiß nicht jeder, was ihm alles zusteht. Dementsprechend steht in unserem Wahlprogramm, dass wir ein Gesundheitsportal



© GTA German Top Agency GmbH

aufbauen wollen, damit Patienten sich besser informieren können. Wir haben gerade in der Pflege alles verändert, alles wesentlich flexibler gestaltet und Menschen mit Demenz einen neuen Zugang in die Pflegeversicherung geschaffen. Deshalb wollen wir in den Kommunen die Beratung optimieren, damit man möglichst lang zu Hause in seinen vier Wänden bleiben kann. Wir brauchen flächendeckend Betreuungsdienste. Wir haben im PSG I die Möglichkeit geschaffen, dass man 40% der Pflegesachleistungen in niederschwellige Leistungen umwandeln kann, und dort wo diese angeboten werden, funktioniert das auch. Aber solche Leistungen werden noch nicht

flächendeckend angeboten. Die Kommunen sollten ein Auge darauf werfen, dass sich diese niederschwelligen Betreuungsangebote flächendeckend entwickeln.

Bitte erläutern Sie uns doch in kurzen Worten schwerpunktmäßig das gesundheitspolitische Programm der Union, so wie Sie es Ihren Wählerinnen und Wählern in Ihrem Wahlkreis erklären würden.

Wir haben das beste Gesundheitssystem der Welt, und das wollen wir erhalten und weiterentwickeln. Ein Bereich muss in Zukunft deutlich verändert werden, das ist die ambulante ärztliche Versorgung. Junge Ärzte und Ärztinnen wollen nicht mehr so viele Stunden in der Woche arbeiten wie ihre Vorgänger. Gleichzeitig sind die Länder in der Regel nicht bereit, die Zahl der Medizinstudienplätze aufzustocken. Wir benötigen ein anderes Auswahlverfahren und eine Landarztquote für das Medizinstudium, damit die Versorgungsstrukturen flächendeckend erhalten bleiben. Wir brauchen neue Versorgungsformen mit Digitalisierung, mit Telemedizin. Wir müssen nichtmedizinische Gesundheitsberufe attraktiver gestalten, weil die Ärzte entsprechende, gut ausgebildete Fachkräfte haben müssen, um mithilfe von Delegation die medizinische Versorgung flächendeckend sicherzustellen. Digitalisierung und sektorübergreifende Versorgung bis hin zur sektorübergreifenden Bedarfsplanung sind die Herausforderungen, die in der nächsten Legislaturperiode, besonders was die ambulante medizinische Versorgung angeht, auf uns zukommen.



© GTA German Top Agency GmbH

**Gehen wir ins Detail für die Fachleute: Finanzierung GKV, Parität?**

Wir sind der Meinung, dass wir die jetzige Disparität beibehalten sollten. Bedenken Sie, dass die Arbeitgeber etwa 40 Mrd. € für Lohnfortzahlung aufbringen müssen. Auf der anderen Seite steht der Zusatzbeitrag, den die Versicherten aufbringen. Zusätzlich erhält das Gesundheitssystem Steuermittel. Die Parität muss dann angegangen werden, wenn der Zusatzbeitrag plus Steuerfinanzierung identisch sind mit diesen 40 Mrd. €, welche die Arbeitgeber allein für die Lohnfortzahlung finanzieren. Das heißt im Moment keine Veränderung, aber beobachten, wie sich dies weiterentwickelt. Wenn die Belastungen für den Arbeitnehmer, den Versicherten zu groß werden, müssen wir zur Parität zurückkehren.

**Jene berühmte Protokollnotiz wird aber von der SPD völlig anders interpretiert.**

Die SPD vertritt auch die Meinung, wir brauchten eine Bürgerversicherung.

**Sie stehen für ein duales System?**

Ich bin für die Beibehaltung des dualen Systems. Wir müssen die beiden Systeme vernetzen. Es wird sicherlich Veränderungen

geben müssen, aber insgesamt hat sich dieses duale System bewährt.

Wir haben eine ausreichende finanzielle Grundlage, Rücklagen im Fonds und Rücklagen der Krankenkassen. Diese sind allerdings nicht gleich verteilt. Wir müssen uns dem Morbi-RSA zuwenden. Wir sehen Entwicklungen im System, die durch ein gutes Management der Krankenkassen nicht mehr ausgeglichen werden können, sondern die systembedingt sind. Deshalb werden wir uns in der nächsten Legislaturperiode dem Morbi-RSA zuwenden. Ich könnte mir vorstellen, dass man sich stärker auf den stationären Bereich und die Arzneimittelversorgung konzentriert, um einen gerechteren Ausgleich im Morbi-RSA zu finden.

**Wie würden Sie die PKV zukunftsfest machen wollen?**

Wir müssen Rahmenbedingungen schaffen,



© GTA German Top Agency GmbH

damit die PKV flexible, dynamische Beitragssteigerungen umsetzen kann. Wir haben den Gürtel für die Entwicklung der PKV zu eng geschnürt. Wir müssen uns Gedanken über die Portabilität von Rückstellungen innerhalb des Systems der PKV machen. Das wird nicht einfach, aber wir müssen die PKV weiterentwickeln oder Rahmenbedingungen derart setzen, dass sich die PKV weiterentwickeln kann und sie gestärkt wird. Wir müssen alles verhindern, was dazu führt, dass die PKV aus dem System verschwindet.

der Selbstverwaltung zeitliche Horizonte setzen, damit bestimmte Veränderungsprozesse etwas schneller vonstattengehen.

Meinen Sie die gemeinsame Selbstverwaltung oder die soziale Selbstverwaltung?

Ich habe jetzt konkret die KVen im Blick. Wir haben für eine flächendeckende Versorgung bereits 2012 das Versorgungsstrukturgesetz verabschiedet. Wir haben in dieser Legislaturperiode das Versorgungsstärkungsgesetz, einen Baukasten, zur Verfügung

Sie haben schon über den Morbi-RSA gesprochen, sind weitere Reformen in der GKV notwendig?

Wir brauchen eine möglichst einheitliche Kassenaufsicht. Derzeit werden die Ersatzkassen stringent und penibel vom Bundesversicherungsamt geprüft und kontrolliert, und wir haben ein davon abweichendes, teil großzügigeres Prüfverhalten der Länder. Es gibt Länder, in denen überhaupt keine Kasse beheimatet ist, und andere Länder beaufsichtigen nur ein oder zwei kleinere Kassen. Wir benötigen eine einheitliche Aufsicht, damit AOKen und Ersatzkassen mit gleich langen Spießen kontrolliert und beaufsichtigt werden.

Sind Sie ein Vertreter von Selbstverwaltung?

Ich bin ein Befürworter der Selbstverwaltung, sie muss weiter gestärkt werden. Aber eventuell muss man



© GTA German Top Agency GmbH



© GTA German Top Agency GmbH

gestellt, um die flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Das wird meiner Meinung nach aber nicht im vollen Umfang, teilweise überhaupt nicht genutzt. Deshalb muss man Vorgaben setzen. Wenn die Selbstverwaltung ihre Chancen nicht nutzt, muss man überlegen, inwieweit die Politik eingreift.

Benötigen wir im System mehr Wettbewerb? Es ist immer vom Kassenwettbewerb um Qualität die Rede. Das ist aber bisher nicht der Fall. Brauchen wir auch Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern, Krankenhäusern und den Niedergelassenen?

In den nächsten 10, 12 Jahren wird sich das Gesundheitssystem grundlegend verändern. Wir haben mit der Krankenhausreform schon einiges auf den Weg gebracht. Der G-BA ist derzeit damit beschäftigt, einheitliche Planungsgrundlagen zu erarbeiten. Das wollen auch die Länder, damit sich die Krankenhauslandschaft mit einheitlichen Qualitätsstandards entwickeln kann. Die Länder kommen ihren Planungsaufgaben und der Investitionsfinanzierung nicht im vollen Umfang nach. Zumindest zahlen sie nicht das, was sie tatsächlich planen. Mit diesen einheitlichen Grundlagen für die Krankenhausplanung werden wir einen starken Veränderungsprozess einleiten. Wir brauchen in vielen Bundesländern die Krankenhausstandorte, die wir heute haben, auch in der Zukunft, weil in den ländlich strukturierten Bundesländern das Krankenhaus Ausgangspunkt für die medizinische Versorgung sein wird.

Muss es in diesen Gebieten für die ambulante Versorgung geöffnet werden?

Wir wollen, dass die ambulante Versorgung gestärkt wird, und dass dort, wo ambulante und stationäre Versorgung zusammenkommen, gleiche Vergütungssätze gelten. Ich bin der festen Überzeugung, dass wir in 15 Jahren nicht mehr nach ambulante und stationär fragen, sondern wie werde ich versorgt. Wir werden uns in der nächsten Legislaturperiode auch damit beschäftigen, eine sektorübergreifende Bedarfsplanung auf den Weg zu bringen. Damit werden

ambulant und stationär eng zusammenwachsen, vielleicht sogar verschmelzen.

Wollen Sie das regional oder eher zentralisiert steuern?

Das ist eine gute Frage, darauf habe ich noch keine endgültige Antwort. Auf jeden Fall muss man regionalisierte Elemente mit aufnehmen, weil die Bundesländer doch höchst unterschiedlich strukturiert sind. Mit zentralen Planungselementen wird man mit Sicherheit nicht jeder Besonderheit in den Regionen gerecht. Man muss aber vor allem auch in diesem Prozess den Patienten mitnehmen. Die Kommunalpolitik hat immer ein Auge auf das Krankenhaus vor Ort. Ich sage auf vielen Veranstaltungen in meinem Wahlkreis, dass in den nächsten 10, 15 Jahren alles anders, besser wird, und fordere die Bürgermeister, die Kommunalpolitik auf, diesen Veränderungsprozess als

Chance zu begleiten, damit möglichst gute neue Strukturen entstehen. Das, was heute ein Krankenhaus als Leistung anbietet, wird wahrscheinlich in 15 Jahren von diesem Krankenhaus in dieser Form nicht mehr angeboten werden. Was speziellere Versorgungsformen angeht, müssen wir zu bestimmten Fallzahlen kommen, denn je häufiger ich etwas mache, desto besser kann ich es. Deshalb werden wir spezialisieren müssen, aber auch die Notfallversorgung für die Menschen im Krankenhaus um die Ecke erhalten.

Die ASV war ein Versuch, die Trennung von ambulant und stationär aufzuweichen. Viele haben sie von Anfang an als totgeborenes Kind bezeichnet, und richtig erfolgreich ist sie nun wirklich nicht. Die ASV scheint demnach kein Modell für die Zukunft zu sein.

Nein, wir brauchen neue Ansätze. Der erste Ansatz wird in der nächsten Legislaturperiode sicherlich die Notfallversorgung sein. Hierzu müssen sektorübergreifend Lösungen gefunden werden.

Welche Rolle spielen dann Netze, MVZs und ähnliches?

Meine Erfahrung ist, wo sich Ärzte zu Ärztenetzen zusammenschließen, sind



© GTA German Top Agency GmbH

sie erfolgreicher als andere. Wir müssen Anreize für mehr Ärztenetze setzen. Wir haben schon viele Möglichkeiten geschaffen, damit MVZs sich entwickeln. Bei den MVZs müssen wir aber darauf achten, dass eine gute Versorgung, der Patient im Mittelpunkt stehen, und nicht nur wirtschaftliche Interessen, nicht nur das Lenken von Patientenströmen. Das wird nicht einfach. In meinem Wahlkreis erlebe ich, dass Fachärzte ihren Sitz haben, wo ein Krankenhaus angesiedelt ist. In einem Wahlkreis mit 300.000 Einwohnern hat kein Facharzt seinen Sitz, wo nicht auch am Ort ein Krankenhaus ist. Eine ähnliche Tendenz nehme ich zumindest in

Ansätzen in der hausärztlichen Versorgung wahr. Die Zukunft liegt in Ärztezentren, ob das nun ein MVZ ist, ein Ärztehaus oder ähnliches mit einem Krankenhaus in der Nähe. In der Fläche wird dann viel mit Telemedizin versorgt, die dementsprechend auch besser vergütet werden muss, mit Gemeindeschwestern in Delegation der Ärzte. 1/3 der Patienten, die heute im ländlichen Bereich oft umständlich zum Arzt fahren müssen, können dann zu Hause von einer gut ausgebildeten Gemeindeschwester versorgt werden. Bei Fragen kann der Arzt via Bildschirm zugeschaltet werden, im Zweifelsfall sogar der Facharzt. Der Patient wird dann im Konzil zu Hause optimal diagnostiziert, beraten und therapiert.



© GTA German Top Agency GmbH

Wir sind uns beinahe alle einig, dass eine Digitalisierung des Gesundheitswesens unmittelbar bevorsteht und bevorstehen muss, und dass das, was in den letzten 11, 12 Jahren gelaufen ist, eigentlich eine Katastrophe ist. Benötigen wir dazu nicht auch andere rechtliche Rahmen? Wir haben z.B. die eVisite noch nicht rechtlich geregelt, etc. Ist in der nächsten Legislaturperiode nicht auch rechtlich unendlich viel zu regeln?

Wir brauchen die digitale Patientenakte, die Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte. Viele Dinge sind in dieser Legislaturperiode in unserem e-Health-Gesetz angesprochen. Dies wird mit einer riesengroßen Dynamik in der nächsten Wahlperiode weitergehen. Nächstes Jahr werden wir die Apotheker an die Telematikinfrastruktur anschließen,



zwei Jahre danach Pflegeeinrichtungen anbinden können, mit Entlassbrief z.B. aus dem Krankenhaus an das Pflegeheim. Eine Digitalisierung ist nicht aufzuhalten. Über Startups werden eine Unmenge an neuen Versorgungsmöglichkeiten und Einsatzmöglichkeiten angeboten werden. Wir müssen darauf achten, dass sich keine Parallelwelt „Dr. Google“ entwickelt, sondern dass wir die Möglichkeiten, die die Digitalisierung bietet, nutzen. Der Ideenvielfalt der vielen jungen Leute, die GesundheitsApps entwickeln, muss man offen gegenüber stehen. Aber das alles muss in eine sichere Telematikinfrastruktur eingebunden werden. Das wird eine große Erleichterung auch für die Ärzte sein. 80% der Patienten informieren sich laut einer Untersuchung zunächst im

Internet, wenn sie Symptome bei sich feststellen, bevor sie einen Arzt aufsuchen. Sie sind oft verunsichert über die Informationen, und jetzt steht eine App zur Verfügung, die den Patienten leitet, damit der Arzt diesen nicht die Hälfte der Behandlungszeit beruhigen muss.

Die Dynamik, in der sich das Gesundheitssystem durch Digitalisierung verändern wird, nimmt von Jahr zu Jahr zu. Ich hoffe, dass wir im Gesetzgebungsverfahren das alles begleiten können, damit sich die Dinge in sicheren Strukturen entwickeln können. Ich habe heute gelesen, dass man durch eine Digitalisierung im Gesundheitssystem fast 40 Mrd. € jährlich einsparen kann. Das würde neue Möglichkeiten in den Versorgungsstrukturen eröffnen.



© GTA German Top Agency GmbH



© GTA German Top Agency GmbH

? ***Aber damit entstehen auch grundsätzlich neue Probleme. Wir haben uns der evidenzbasierten Medizin verschrieben, und dann müssen wir selbstverständlich auch Apps, die heute schon teilweise medizinische und nicht Lifestyle-Apps sind, auch bewerten. Nun laufen die Entwicklungen so schnell ab, dass wir diesen bald mit den traditionellen Pfaden der evidenzbasierten Medizin nicht mehr folgen können. Müssen wir uns nicht etwas Neues ausdenken?***

Das System muss insgesamt schneller werden. Ob es dann so gehaltvoll ist, wie es also...

? ***Rechtssicher muss es sein.***

Es muss rechtssicher sein. Ich habe noch keine Lösung, man kann dieses Problem im Grunde nur beschreiben. Aber es ist vorhanden.

Wir brauchen sichere Strukturen. Wir haben in den letzten 10, 12 Jahre erlebt, dass versucht wurde, den Digitalisierungsprozess zu

verhindern, zumindest dessen Implementierung ins Gesundheitssystem...

Wir wissen, wen wir meinen.

? Ja. Die Welt wird sich digital in einer großen Dynamik weiterentwickeln, und die Frage wird sein, ob wir es schaffen, große Teile von dem, was sich entwickelt, ohne dass wir Einfluss darauf haben, sicher in unsere Gesundheitsstruktur einbauen zu können oder nicht. Je länger man sich Entwicklungsprozessen verweigert, desto stärker wird eine Parallelwelt entstehen.

Kollektiv-/Selektivvertrag ist auch ein Thema, was in diesen Kreis hineinspielt. Wie wird sich dies entwickeln?

? Die Selektivvertragswelt wird sich weiterentwickeln. Wir müssen aber die Erfahrungen und die Erfolge aus diesen Versorgungsmodellen in die Kollektivwelt übertragen.

Ist es nicht kontradiktorisch, etwas Selektives

ins Kollektive überführen zu wollen? Es kann dann doch nicht funktionieren!?

Das ist die Frage. Wir haben den Innovationsfonds, um neue Versorgungsmodelle zu erforschen, um sie in die Standardversorgung einzubringen. In bestimmten Bereichen sind Selektivverträge höchst erfolgreich, und man muss den Zugang zu diesen Erfolgen möglichst Vielen zur Verfügung stellen.

Innovationsfonds, hochgepriesen, aber man hört, dass jede Krankenkasse versucht, den Anteil, den sie theoretisch in den Fonds gespeist hat, wieder selbst zu generieren, und die Krankenkassen haben wohl viel Verständnis füreinander. Aber das war doch wohl nicht der Sinn der Übung.

Der Innovationsfonds und die Projekte, die auf den Weg gebracht worden sind, sind gut. Wir sollten mehr Gedanken darüber anstellen, wie man den Innovationsfonds verstetigen kann. Jetzt nach der ersten Phase

hat man Erfahrungen gesammelt und man muss sehen, was sozusagen in der 2. und 3. Welle an Projekten neu hinzukommt. Ich bin ein Fan des Innovationsfonds und glaube, dass es wichtig ist, ihn zu verstetigen.

Glauben Sie nicht, dass die Kassen unter Wettbewerb selbst derart nach Innovation streben, dass der Fonds nicht völlig überflüssig ist? Betrachtet man, was z.B. einige Ersatzkassen in Sachen Telematikinfrastruktur ausprobieren, stimmt dies hoffnungsfroh. Das sind erstaunliche Projekte. Das ist doch der Sinn von Wettbewerb, oder nicht?

Ich glaube aber, dass in manchen Bereichen die Innovationen nicht derart dynamisch laufen wie in bestimmten Kernbereichen. Ich bin Pflegepolitiker, und man müsste den Pflegebereich im Innovationsfonds stärker abbilden. Das war in der ersten Welle nicht ausgeprägt. Ich hoffe, dass dies in der 2. und



© GTA German Top Agency GmbH

3. Welle deutlicher wird. Man hatte auch schon einmal den Vorschlag eines eigenen Innovationsfonds im Bereich SGB XI vorgebracht. Wenn die Pflegelandschaft und die pflegerische Versorgung im Innovationsfonds stärker berücksichtigt werden, könnten sich auch dort neue Versorgungsformen entwickeln. Wir haben auf der einen Seite Wettbewerb, aber auf der anderen Seite wird es immer Bereiche geben, in denen ein gewisser Anschub notwendig ist.

Arzneimittelversorgung, Nutzenbewertung, AMNOG. Finanziell hat dies nicht das erbracht, was man erwartet hatte. Muss nachgelegt werden? Benötigt man andere, neue Regularien?

Wir haben mit dem Pharmadialog ein mildes Verfahren gefunden, um diesen Bereich weiterzuentwickeln. Man kann sich sicherlich das eine oder andere anders vorstellen. Ich glaube, dass der Veränderungsprozess, den wir mit dem AMNOG auf den Weg gebracht haben, jetzt eine gewisse Ruhephase braucht. Ich glaube nicht, dass wir in der nächsten Wahlperiode als erstes noch einmal in einen Pharmadialog einsteigen, was nicht heißen soll, dass man das

in der 2. Hälfte der Legislaturperiode nicht wieder angehen sollte. Der Bereich der Veränderungen war in den letzten 4, 5 Jahren so stark, dass man 1, 2 Jahre abwarten sollte, wie sich der Bereich entwickelt.

Herr Rüdde, wenn die Beiträge stark ansteigen, vor allem ausgelöst dadurch, dass in dieser Legislaturperiode Fortuna ihr goldenes Horn voll mit Geld über das Gesundheitswesen ausgeschüttet hat, wird man sparen müssen. Dann stehen doch Arzneimittel wieder auf der Tagesordnung.

Wenn ich z.B. den Bereich Intensivpflege betrachte, fließen ca. 50% aller Behandlungspflegeausgaben in die Intensivversorgung von Patienten. Dort kann ich mir auch Optimierungen vorstellen, es ist nicht nur immer der Pharmabereich...

Ist aber am einfachsten.



© GTA German Top Agency GmbH

Das soll nicht heißen, dass Pharma sich frei entwickeln kann, und dass man darauf nicht mehr achten muss. Aber wir haben jetzt 5 Jahre intensiv beobachtet und haben harte Rahmenbedingungen gesetzt. Wir benötigen dringend innovative Medikamente, das ist wichtig für die Patientenversorgung. Aber ich glaube, dass man über sektorübergreifende Planung, über sektorübergreifende Versorgung, über einen deutlicheren Ambulantisierungsprozess und in Bereichen wie der intensivpflegerischen Versorgung Einsparpotenziale finden wird. In der Letzteren wird gute Arbeit geleistet, aber dort haben sich Strukturen entwickelt, in denen das Geldverdienen stärker im Vordergrund steht als die gute Versorgung von Patienten. In der nächsten Legislaturperiode wird man dort Strukturen ändern müssen, um eine Ausgabenexplosion zu verhindern. Das wird uns stärker beschäftigen als in dieser Wahlperiode.

Das ist ein starkes Wort. Muss man sich auch die Medizinprodukteverordnung noch einmal ansehen?

Letztendlich steht immer alles auf dem Prüfstand, aber wenn wir den Digitalisierungsprozess konsequent fortentwickeln, können wir Potentiale heben, die unsere Versorgung verbessern und gleichzeitig Kosten einsparen. Wenn wir die Krankenhausversorgung stärker in den Fokus nehmen, qualitätsorientiert arbeiten, sind die Wege dessen, was verändert werden muss, durch die Krankenhausreform, durch das IQTIG schon vorgezeichnet. Eine stärkere Spezialisierung wird eingeführt, so dass sich die Versorgung

verbessert bei gleichzeitig gebremster Kostensteigerung. Insgesamt werden die Kosten im Gesundheitswesen steigen. Die Frage ist nur, in welcher Dynamik sie zunehmen. Aber es gibt genügend Bereiche für Optimierungen.

Auch für Heil- und Hilfsmittel?

Dazu haben wir gerade erst ein Gesetz verabschiedet.

Ist das hinreichend?

Mir persönlich wäre es lieber gewesen, man hätte noch eine stärkere Kontrollfunktion eingebaut. Das Ausschreibungsverfahren ist ordentlich gelöst. Die Kontrollen, ob das, was ausgeschrieben ist, auch tatsächlich bei den Patienten ankommt, hätte man noch optimieren können. Man hätte die Kontrollfunktion der Pflegedienste und des MDK mehr stärken können. Das alles ist ein dynamischer Prozess. Wir werden uns in der nächsten Legislaturperiode, ähnlich wie in dieser, die einzelnen Bereiche anschauen und nachsteuern. Insgesamt haben wir in dieser Legislaturperiode vieles gängig gemacht. In der letzten Legislaturperiode hat es nach meiner Wahrnehmung in dem einen oder anderen Fall an Entscheidungsfreude gefehlt, aber die hatten wir in dieser Wahlperiode. Es sind Knoten durchschlagen worden, damit sich Veränderungsprozesse entwickeln können. In der nächsten Wahlperiode wird man dies noch dynamisieren müssen.

Vielleicht inhaltlich nachlegen? Wie sieht

es mit Patientenrechten aus? Was im Patientenrechtegesetz z.B. in Sachen IGeL z.B. geregelt ist, scheint in der Praxis nicht angekommen zu sein. Muss man noch einmal nachlegen?

Der Bereich der Information des Patienten, der mündige Patient, also wie wir es schaffen, dass der Patient weiß, was ihm an Versorgung zusteht, welche Rechte er hat, wird sich allein im Zug der Digitalisierung verändern. Ich will nicht nur immer auf dem Thema Digitalisierung herumreiten, aber ich glaube, dass man, über eine Smartphone App gesteuert, einen Patienten besser auf unser Gesundheitssystem und seine Rechte vorbereiten kann, als das heute der Fall ist.

Prävention?

Ich bin etwas zurückhaltend, wir haben über 10 Jahre an diesem Präventionsgesetz

gearbeitet. Ich glaube...

Also, dafür hätte es eigentlich gewaltiger werden müssen.

Deshalb bin ich auch eher zurückhaltend, weil es nicht das Gesetzgebungsprojekt ist, das die größte Dynamik entwickelt hat, obwohl wir dreimal so viel Geld für Prävention zur Verfügung stellen. Also, ich glaube...

Die BZgA-Regelung ist nicht glücklich.

Politik ist immer das Suchen nach Kompromissen. Das ist aber auf der anderen Seite auch die Stärke unserer Demokratie, dass wir immer kompromissbereit sind. Im Bereich Prävention werden wir in Sachen Impfen noch nachlegen müssen. Wir brauchen eine Impfpflicht für Kinder, und das Thema werden wir sicherlich im Präventionsbereich in der nächsten Legislaturperiode angehen.



© GTA German Top Agency GmbH

War die Reaktion auf das EuGH-Urteil ein Betriebsunfall?

Ich bin der festen Überzeugung, wir brauchen das Rx-Versandhandelsverbot, damit sich flächendeckende Apothekenstrukturen weiterhin erhalten, glaube aber auch, dass man einen zeitlichen Horizont benötigt, um

die Apothekenstrukturen zu verändern. Doc Morris darf nicht andere Einkaufs- und Verkaufschancen haben als der sehr stark regulierte Apothekenbereich in Deutschland. Wir brauchen dort gleich lange Spieße. Dann wären auch die Apotheken in Deutschland auf diese Herausforderungen durch den Versandhandel vorbereitet, dann müssen die Apotheken die gleichen Chancen haben. Wir müssen auf der anderen Seite aber auch bedenken, dass wir eine gute Medikamentenversorgung am Wochenende, in der Nacht und im Notfall brauchen, und das lässt sich über Versandhandel in dieser Effektivität nicht darstellen.

Auch im Katastrophenfall.

Auch im Katastrophenfall. Wir müssen uns den Bereich grundsätzlich ansehen. Ich habe auch das Gefühl, dass die Apotheken mit dem Versandhandel leben könnten, wenn sie die gleichen Möglichkeiten hätten. Wir müssen zügig eine Lösung finden. Die Rabatte gehören meiner Meinung nach demjenigen, der das Medikament bezahlt. Deshalb wird in absehbarer Zeit sicherlich eine Diskussion stattfinden, ob die Kassen Anspruch auf die Rabatte erheben – was sie auch schon in Erklärungen getan haben. Wenn das dann der Fall ist, ohne dass wir die Chancen für deutsche Apotheken

verändern, könnte es sein, dass eine Kasse z. B. auf die Idee kommt, Satzungsleistungen für den Versicherten zu definieren, wenn der bereit ist, seine Medikamente über einen Versandhandel zu beziehen. Das würde die Apotheken und sichere Versorgungslandschaft mit Medikamenten in Deutschland stark verändern. Man muss auf jeden Fall im Auge behalten, dass wir eine ordentliche, flächendeckende Struktur mit Apotheken erhalten. Das ist wichtig für die Patienten. Wie gesagt, in Ballungsräumen, in Städten wird sich das Gesundheitssystem immer als besonders robust darstellen, aber wir haben auch große ländliche Gebiete in Deutschland, die äußerst empfindlich auf die kleinsten Veränderungen reagieren.

Wer Ihnen jetzt genau zugehört hat, weiß ungefähr, wie Ihre Utopie eines Gesundheitswesens in 10, 15 Jahren aussieht. Aber jeder hat irgendein politisches Hobby.



© GTA German Top Agency GmbH



© GTA German Top Agency GmbH

dass in dieser Legislaturperiode vor einigen Wochen ein Gesetz verabschiedet worden ist, dass der Bahnlärm in Deutschland ab 2020 halbiert ist. Das ist ein Riesenschritt. Dies wird durch ein Monitoringsystem begleitet. Lärm ist auch eine Gesundheitsbelastung, das ist die Verbindung zum Gesundheitssystem. Ein Thema, mit dem ich mich mit Leib und Seele im Wahlkreis beschäftigt habe,

das für ihn besonders wichtig ist. Was ist Ihr Spezialthema?

Mein Wahlkreis beginnt im Rheintal und geht über die Höhen des Westerwaldes bis ins Siegerland. Das Rheintal ist durch Bahnlärm stark beeinträchtigt. Ich bin Vorsitzender der Parlamentsgruppe Bahnlärm, der etwa 120 Kollegen angehören. Wir sind stolz,

war die Umrüstung der Güterzüge auf leise Bremsen. Das wird in 3 Jahren abgeschlossen, und dann gibt es in Deutschland nur noch leise Güterzüge. Dazu sind 180.000 Waggons auf Flüsterbremsen umgerüstet worden und es ist sensationell, was die Politik zusammen mit den Güterunternehmen damit geschafft hat.



*Interview mit
Erwin Rüddele*

Radiobeitrag anhören



*Interviewreihe:
Gesundheitspolitik für die 19. Legislaturperiode*



*Interview mit Christine
Aschenberg-Dugnus*

[Radiobeitrag anhören](#)

[Ausgabe lesen](#)



*Interview mit
Lothar Riebsamen*

[Radiobeitrag anhören](#)

[Ausgabe lesen](#)

Interviewreihe: Gesundheitspolitik für die 19. Legislaturperiode



Interview mit
Hilde Mattheis

[Radiobeitrag anhören](#)

[Ausgabe lesen](#)



Interview mit
Harald Terpe

[Radiobeitrag anhören](#)

Impressum

ISSN 1614-029X 14. Jahrgang 2017

Herausgeber:

Prof. Dr. Andreas Lehr, Dr. Jutta Visarius

Loeschckestr. 37, 53129 Bonn,

Tel. 02 28 – 6 19 59 25, Fax. 02 28 – 6 19 59 26,

E-Mail: highlights@letv-verlag.de



LetV Verlag GmbH

Redaktion:

Prof. Dr. Andreas Lehr, Dr. Jutta Visarius, Maike Visarius M.A. – Luisenstr. 41, 10117 Berlin,

Tel. 0 30 – 22 60 56 84, Fax. 0 30 – 20 67 46 43, Mobil. 01 71 – 6 46 57 00 oder 01 71 – 4 84 77 73,

E-Mail: highlights@letv-verlag.de

Crossmedia Internetplattform:

www.letv-verlag.de

Satz und Layout:

THE BRETtinghamS GmbH,

Wielandstr. 33, 10629 Berlin,

www.brettingham.de

Audiointerview und Fotos zum Interview: GTA German Top Agency GmbH

Sämtliche Nutzungsrechte am Highlights Magazin liegen beim LetV Verlag. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung des LetV Verlags unzulässig.

Besuchen Sie unsere Crossmedia Plattform:

www.letv-verlag.de