

1 Antrag zur ASG-Bundeskonferenz am 19./20.11.2010 in Berlin  
2  
3  
4

5 Antragsteller: ASG Baden-Württemberg  
6  
7  
8  
9  
10

11 Für eine moderne Gesundheitspolitik  
12  
13

## 14 1. Grundsätzliches 15

16 Deutschland besitzt seit über 125 Jahren mit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein  
17 öffentlich-rechtliches, solidarisch und überwiegend durch Beiträge finanziertes Krankenversi-  
18 cherungssystem, das von der Gesundheitsförderung, der Früherkennung / Prävention, der  
19 Akutbehandlung (Kuration) bis zur Rehabilitation, eine durchgehende medizinische Versor-  
20 gungs- und Behandlungskette aufweist. Mehr als 70 Millionen Bürgerinnen und Bürger, das  
21 entspricht rd. 87 % der Bevölkerung, sind in diesem solidarischen Sozialversicherungssystem  
22 versichert, um das uns viele Länder und deren Bevölkerung beneiden.  
23

24 Das Grundgesetz bestimmt in seinen Artikeln 20 Abs.1, dass die Bundesrepublik Deutschland  
25 „ein demokratischer und sozialer Bundesstaat“ ist und in Art. 28. Abs. 1 heißt es, die verfas-  
26 sungsmaßige Ordnung in Deutschland muss „den Grundsätzen des republikanischen, demo-  
27 kratischen und sozialen Bundesstaates im Sinne dieses Grundgesetzes entsprechen“. Aus die-  
28 sen Artikeln des Grundgesetzes leitet sich die Staatszielbestimmung des Sozialstaatsgebots  
29 des Bundesrepublik Deutschland ab. Der Gesetzgeber ist in der Verantwortung Sorge zu tragen  
30 für soziale Gerechtigkeit und den Ausgleich sozialer Gegensätze und damit der Beseitigung von  
31 Ungleichheiten. Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sind so zu gestalten, dass allen  
32 Bürgerinnen und Bürgern ein menschenwürdiges Dasein und eine gleichberechtigte Teilhabe  
33 am gesellschaftlichen Leben ermöglicht werden. Auf die Gesundheitspolitik übertragen lautet  
34 der Auftrag des Grundgesetzes, allen Bürgerinnen und Bürgern einen gleichen Zugang zur me-  
35 dizinisch notwendigen Versorgung zu gewährleisten. Die gesetzgebenden und rechtsverord-  
36 nenden Organe sowie die jeweilige Rechtsaufsicht sind danach in der Pflicht, für die Sicherung  
37 der Gesundheit und für die Krankheitsversorgung die entsprechenden Gesetze zu beschließen,  
38 die dafür erforderlichen Rechtsverordnungen und Vorschriften zu erlassen und deren Einhal-  
39 tung sowie Umsetzung zu überwachen.  
40  
41

## 42 2. Ist Beschreibung – Deutschlands Gesundheitswesen 43

44 Die Finanzierung der GKV erfolgt überwiegend durch Beiträge der versicherten Arbeitneh-  
45 mer/Rentner und der Arbeitgeber/Rentenversicherung. Deren Höhe berechnet sich nach dem  
46 Bruttoentgelts bzw. der Lohnersatzleistungen (z.B. Krankengeld, Rente) bis zur gesetzlich fest-  
47 gelegten Beitragsbemessungsgrenze (BBG). Diese Finanzierungsregelung bietet – zumindest  
48 bisher -, die beste Gewähr dafür, nicht in „finanzielle Konkurrenz“ mit anderen notwendigen  
49 Staatsaufgaben zu geraten und damit von Finanzzwängen des Bundeshaushalts / Bundesfi-  
50 nanzministers abhängig zu sein. Diese Position hat sich mit dem GMG und dem GKV-WSG zu-  
51 nehmend geändert und gerät jetzt mit den Plänen (Referentenentwurf eines GKV-FinG) von  
52 Schwarz – Gelb in eine neue Dimension.  
53

54 Durch wiederholte Eingriffe des Gesetzgebers, wurde der solidarisch finanzierte Pflichtlei-  
55 stungskatalog erheblich eingeschränkt. Das Beitragssatzniveau hat zunehmend Priorität vor  
56 dem Versorgungsniveau. Die beschlossenen Leistungskürzungen und Leistungsausgrenzun-  
57 gen, Zu- und Aufzahlungen, ob als Praxisgebühr, bei Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, bei stationä-

58 rer Behandlungen, bei Zahnersatz, Hörgeräte oder bei vollständiger Streichung wie bspw. Seh-  
 59 hilfen und Sterbegeld, durch zusätzliche Zusatzbeiträge und voller Beitragszahlung bei Be-  
 60 tribsrenten und Versorgungsbezügen, gehen einseitig zu Lasten der Patienten/ Versicherten.  
 61 Die Folge: die paritätische Finanzierung der GKV von Arbeitnehmern und Arbeitgebern, der sich  
 62 als sozialer Interessenausgleich in den Nachkriegsjahren entwickelt hat um die Arbeitgeber an  
 63 den steigenden Krankheitskosten zu beteiligen, gehört der Vergangenheit an. Heute finanzie-  
 64 ren die Arbeitnehmer zu mindestens 60 Prozent die GKV, während sich die Arbeitgeber nur  
 65 noch 40 Prozent an der Finanzierung beteiligen müssen. Werden die Pläne von Schwarz-Gelb  
 66 Gesetz umgesetzt, wonach der Arbeitgeberbeitrag bei 7,3 v.H. „eingefroren“ und der Arbeit-  
 67 nehmerbeitrag auf 8,2 v.H. erhöht wird und werden die über der Grundlohnsumme liegenden  
 68 Ausgabenzuwächse zukünftig nur noch über den pauschalen Zusatzbeitrag finanziert, ver-  
 69 schiebt sich die Finanzierung der GKV noch weiter einseitig zu Lasten der Versicherten.

70  
 71 Die paritätische Finanzierung der Arbeitgeber ist in der Entstehungsverursachung von Erkran-  
 72 kungen aus der Arbeitswelt und der Nutznießung der Arbeitgeber durch eine hochwertige  
 73 Krankenversorgung begründet. Ein gutes Krankenversicherungssystem und das ist die GKV,  
 74 trägt entscheidend dazu bei, dass die Arbeitsfähigkeit schnell wieder hergestellt wird und da-  
 75 mit auch die Arbeitgeber daraus ihren Nutzen ziehen.

### 76 77 78 3. Zielbeschreibung und Forderungen sozialdemokratischer Gesundheitspolitik

79  
 80 Das vorrangige Ziel sozialdemokratischer Gesundheitspolitik muss es sein, gesellschaftliche  
 81 Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass die Gesundheit schichtenunabhängig durch Pri-  
 82 märprävention gefördert wird, um einerseits die Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede an  
 83 gesunden Lebensjahren und der Lebenserwartung zwischen unterer und oberer Sozialschicht  
 84 zu schließen und um nachträgliche entstehende „Reparaturkosten“ so weit wie möglich zu  
 85 reduzieren oder gar zu vermeiden. Das ist die sich aus dem Sozialstaatsgebot des GG ableitende  
 86 staatliche Daseinsvorsorge. Sozialdemokratische Gesundheitspolitik ist deshalb  
 87 Querschnittspolitik. Notwendig sind deshalb mehr „Investitionen“ in Gesundheitserziehung  
 88 und Gesundheitsförderung, beginnend im Kindergarten und in der Schule, in Prävention und  
 89 Vorsorge, in Bildung, in gesunde und nicht krankmachende Arbeitsbedingungen (Humanisie-  
 90 rung der Arbeitswelt), in ein gesundes häusliches Umfeld (urbane Kommunen). Das ist nicht  
 91 gleichzusetzen mit der konservativen – neoliberalen Ideologie einer Arbeitsplätze schaffender  
 92 und Gewinne gerierender Gesundheitswirtschaft.

93  
 94 Um der Staatszielbestimmung des Sozialstaatsgebots des GG gerecht zu werden, bedarf es  
 95 deshalb einer ständigen Weiterentwicklung und Anpassung an neue Entwicklungen unseres  
 96 Gesundheitswesens. Die umfassende medizinische Versorgung durch die finanzielle Absiche-  
 97 rung der Patienten bei Krankheit, gewährleistet am besten die solidarische Krankenversiche-  
 98 rung als Sozialversicherungssystem und als selbstverwaltete Körperschaft des öffentlichen  
 99 Rechts. Nur als mittelbare Staatsverwaltung steht den Versicherten die Möglichkeit eines kos-  
 100 tenfreien Widerspruchsverfahrens sowie Sozialgerichtsverfahrens offen. Das gilt auch für die  
 101 Beibehaltung des einheitlichen, des medizinisch umfassenden Leistungskatalog nach dem SGB  
 102 V. Nur so ist auch künftig eine optimierte, wohnortnahe und moderne Gesundheitsversorgung,  
 103 die den medizinischen Fortschritt berücksichtigt, versichertennah zu gewährleisten.

104  
 105 Die gesamtgesellschaftlichen „Verschiebebahnhöfe“ – bspw. zur Herstellung annähernd glei-  
 106 cher Lebensverhältnisse im Zuge der Deutschen Einheit, die Krankenversicherung bei Arbeitslo-  
 107 sigkeit, die familienpolitischen Leistungen wie bspw. bei Schwangerschaft und der Betreuung  
 108 bei Erkrankung des Kindes – sind, soweit die gesetzlichen Krankenversicherung dabei gesamt-  
 109 gesellschaftliche Aufgaben zu übernehmen hat, ordnungspolitisch der Finanzierung durch  
 110 Steuern zuzuordnen. Damit können die Beiträge entlastet und eine solcherart verstandene  
 111 Gesundheitspolitik kommt damit auch ihre politischen Verantwortung für die Gesundheitsver-  
 112 sorgung als öffentliche Aufgabe nach.

113

114 Ein Systemwechsel wie es Schwarz-Gelb in ihrem Koalitionsvertrag mit dem Ziel formuliert,  
 115 den prozentualen Beitragssatz durch eine einkommensunabhängige Kopfprämie (teilweise) zu  
 116 ersetzen und den Arbeitgeberbeitrag de facto „einzufrieren“, ist falsch und deshalb abzuleh-  
 117 nen. Einkommensunabhängige Versichertenbeiträge, das gilt auch für den von Schwarz-Gelb  
 118 geplanten Zusatzbeitrag, führen zu steigenden Belastungen unterer und mittlerer Einkommen,  
 119 bei gleichzeitiger Entlastung höhere Einkommen. Die ebenfalls geplante Ausweitung der Kos-  
 120 tenerstattung, als auch die Festbeträge/Mehrkostenregelung stellt eine schleichende Privati-  
 121 sierung durch die Hintertür dar. Ein solcher Paradigmenwechsel zerstört die Grundprinzipien  
 122 des Solidaritätssystems GKV und hat mit mehr Gerechtigkeit, Transparenz und Entbürokratisie-  
 123 rung nichts gemein. Das Gegenteil ist der Fall.

124  
 125

#### 126 4. Gesundheitsversorgung

127 „Sozialdemokratische Gesundheitspolitik heißt Stärkung des Systems der gesetzli-  
 128 chen Krankenversicherungen (GKV) und damit die Durchsetzung vorrangiger  
 129 gesundheitspolitischer Ziele.“

130 (\* Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger)

131

- 132 a. zur Gewährleistung einer qualitätsgesicherten, flächen- und bedarfsgerechten und  
 133 gleichmäßigen, dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung  
 134 der Kranken (§ 70 SGB V);
- 135 b. zum schichten- und bildungsunabhängiger Zugang zum Gesundheitwesen für alle Bür-  
 136 gerInnen;
- 137 c. zur Erhaltung und Stärkung des Solidaritätsprinzips\*
  - 138 • zwischen den Besserverdienenden und sozial Schwachen (sozialer Ausgleich)
  - 139 • zwischen Gesunden und Kranken (Risikoausgleich)
  - 140 • zwischen den Jungen und Alten (Generationenausgleich)
  - 141 • zwischen Kinderlosen und Familien mit Kindern (Familienlastenausgleich).

142

143

#### 144 5. Trotz medizinischem Fortschritt sinkt vielfach die Qualität der Versorgung

145

146 Ungeachtet der Fortschritte der letzten Jahre sinkt das Vertrauen der Versicherten und Patien-  
 147 ten in unser Gesundheitssystem. Das medizinische Versorgungssystem ist für viele Versiche-  
 148 rte/Patienten intransparent. Der Zugang zur Krankenversorgung und zur Pflege wird für den  
 149 einzelnen Kranken immer abhängiger von Bildung, Informationsmöglichkeit (Internet) und  
 150 Einkommen. Die zunehmende Intransparenz des Gesundheitswesens führt für den Einzelnen  
 151 dazu, dass verstärkt nur noch durchsetzungsfähige und gut informierte Bürger eine am derzei-  
 152 tigen Stand der Möglichkeiten angemessene optimierte und bestmögliche Qualität der Be-  
 153 handlung für sich und ihre Familien durchsetzen können. Die direkte und wohnortnahe Versi-  
 154 chertenberatung der Krankenkassen weicht zunehmend den Call-Centern. Das ist auch eine der  
 155 Folgen des Zusatzbeitrags und dem dadurch ausgelösten finanziellen Druck geschuldet, dem  
 156 die Krankenkassen zunehmend durch die öffentliche Wahrnehmung als dem angeblich ent-  
 157 scheidende Wettbewerbsparameter für die Wirtschaftlichkeit einer Krankenkasse ausgesetzt  
 158 sind.

159

160 Die regionalen Versorgungsstrukturen richten sich, bedingt durch den Wettbewerb, nicht mehr  
 161 nach den objektiven Versorgungsnotwendigkeiten der Bürgerinnen und Bürger, sondern zu-  
 162 nehmend nach den optimal möglichen Gewinnchancen. Diese Entwicklung wird verstärkt  
 163 durch sinkende und niedere Arbeitsentgelte insbesondere in strukturschwachen Gebieten. Das  
 164 zeigt sich auch beim gesetzlichen Pflegemindestlohn von 8,50 € im Westen und 7.50 € im Os-  
 165 ten. Während bei Ärzten und künftig auch bei den Zahnärzten es keine Honorarunterschiede  
 166 mehr, wird diese Trennung in anderen und wesentlich geringer bezahlten Gesundheitsberufen  
 167 weiterhin aufrecht erhalten. Die Folgen solcher Fehlentwicklung sind demotivierte Mitarbei-  
 168 terinnen und Mitarbeiter, sinkende Qualität und Arbeitskräftemangel.

169

170 Die Patienten treffen im Versorgungssystem auf verunsicherte, von Hierarchie, bürokratischer  
 171 Regelungswut und Überarbeitung gestresste medizinische Fachkräfte. Die Arbeitsbedingungen  
 172 in den patienten-/versichertennahen Versorgungsbereichen des Gesundheitswesens und der  
 173 Krankenkassen haben sich durch die Kombination aus Kostendruck und Wettbewerb ver-  
 174 schlechert. Die insbesondere von Ärztefunktionären immer wieder beklagte Abwanderung  
 175 eines Teil des qualifizierten Nachwuchses in andere Berufssparten bspw. in die Industrie,  
 176 MDK/MDS, Verbände, Verwaltung oder in das Ausland, ist auch in anderen Berufen festzustel-  
 177 len. Im Kassenarztsystem kommt die Besonderheit hinzu, dass ein Arztsitz auf die gesamt Ber-  
 178 Berufszeit vergeben wird und deshalb ist eine Niederlassung so lange gesperrt bis der Arztsitz  
 179 durch Ruhesstand, Tod, Erwerbsunfähigkeit oder andere Gründe frei gegeben wird.

180  
 181 Was die Versicherten betrifft, so wurde der solidarisch finanzierte Leistungskatalog nach dem  
 182 Sozialgesetzbuch (SGB V) in den letzten Jahren, insbesondere mit dem Gesundheitsmoderni-  
 183 sierungs-Gesetz (GMG) von 2004, immer weiter ausgedünnt. So wird bspw. bei Zahnersatz,  
 184 Hörgeräten, Hilfsmittel nur noch ein Festzuschuss gewährt. Die Folge davon ist, dass die Versi-  
 185 cherten in der Regel erhebliche Aufzahlungen leisten müssen, wenn sie eine moderne und den  
 186 medizinischen-technischen Fortschritt berücksichtigende Versorgung benötigen. Nicht-  
 187 verschreibungspflichtige Medikamente (OTC`s) werden, von wenigen und einzelnen Ausnah-  
 188 men abgesehen, nicht mehr erstattet. Auch Sehhilfen (Brillen) zahlt der Versicherte selbst. Ne-  
 189 ben dem zu entrichtenden einheitlichen Beitragssatz von 7,9 % (seit 1.7.2009) und künftig von  
 190 8,2 %, wird zusätzlich der Arbeitnehmersonderbeitrag von 0,9 Beitragssatzpunkten erhoben.  
 191 Im Krankheitsfall kommt für die Patienten/Versicherten eine Eigenbeteiligung bis zu 2 Prozent  
 192 (bei Chronikern 1 %) des Haushaltseinkommens (Praxisgebühr, bei stationärer Behandlung,  
 193 Heil- und Hilfsmittel, etc.) hinzu. Ebenso wurde das Sterbegeld gestrichen und auf Betriebsren-  
 194 ten / Versorgungsbezüge wird der volle Beitragssatz erhoben.

195  
 196 Während einerseits bei Patienten eine schleichende und von Ärzten zu exekutierende Rationie-  
 197 rung bei Gesundheitsgütern zunimmt, werden andererseits und gleichzeitig die exklusiven  
 198 Gewinne einzelner Leistungsträger in einem immer stärker marktwirtschaftliches und wett-  
 199 bewerblich ausgerichtetes System nicht wirksam bekämpft, sondern wie das Beispiel der  
 200 pharmazeutischen Industrie zeigt, sogar nachhaltig gefördert.

201  
 202

## 203 6. Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung

204

205 Sozialdemokratische Gesundheitspolitik muss eine Verbesserung der Qualität der Patienten-  
 206 versorgung erreichen. Ziele sind daher:

207

- 208 - Humane und attraktive Arbeitsbedingungen für alle medizinischen und techni-  
 209 schen Fach- und Hilfskräfte sowie kaufmännischen Kräfte.
- 210 - Die Stärkung des Hausarztprinzips, durch kleinere regionale nicht mehr an Kreis-  
 211 grenzen festgemachte, versichertennahe Planungsbereiche. Hierzu sind die Versor-  
 212 gungsgebiete nicht mehr statisch nach Landkreisgrenzen sondern nach Patienten-  
 213 bedürfnissen unter Berücksichtigung der Altersstruktur, kleinräumiger auszuwei-  
 214 sen. Kommt die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung (KV) ihrem Sicherstellungs-  
 215 auftrag nicht nach, geht dieser unmittelbar auf die Krankenkassen (gemeinsam) für  
 216 das jeweilige Bundesland über. Eine versichertennahe Versorgung ist unabdingbar  
 217 für die medizinische Versorgung einer älter werdenden Gesellschaft, wenn gleich-  
 218 zeitig den Erwerbstätigen immer mehr Mobilität und Flexibilität bei Aufgabe ge-  
 219 wachsener Bindungen abverlangt werden.
- 220 - Pflege, hausärztliche Versorgung sowie hochqualifizierte ambulante oder stationä-  
 221 re Betreuung müssen gleichberechtigt aber gestaffelt an der Versorgung beteiligt  
 222 werden. Dazu gehört, dass Bund, Länder und Kommunen ihrem verfassungsmäßi-  
 223 gem Sicherstellungsauftrag für die Gesundheitsfürsorge durch direktes – auch – fi-  
 224 nanzielles Engagement, bspw. was die notwendigen Krankenhausinvestitionen der  
 225 Bundesländer betrifft, nachkommen.

- 226 - Erhaltung und Ausbau eines strikt an der Effektivität der Behandlungsmaßnahmen  
227 und der Arzneimittel orientierten Leistungskatalogs.
- 228 - Die ASG lehnt jedwede Art der Rationierung ab. Die Politik ist in der Verantwortung  
229 einen gesellschaftlichen Prozess zu organisieren und einen Konsens darüber herbei-  
230 zuführen, welche Gesundheitsleistungen medizinisch notwendig und solidarisch  
231 zu finanzieren sind. D. h. was muss der Pflichtleistungskatalog des SGB V enthalten.  
232 In diesem Sinne ist eine offene Debatte über Effektivität und Effizienz zu führen, die  
233 sowohl Evidenzbasiertheit als auch den Nutzen für den Patienten berücksichtigt.  
234 Eine Rationierung im Sinne einer Ausgrenzung medizinisch notwendiger Maßnah-  
235 men schließt dies aus. Eine Rationierung unwirksamer oder nur im Grenznutzenbe-  
236 reich wirksamer Leistungen schließt dies ausdrücklich ein (Leistungen, die mit ein-  
237 nem unverhältnismäßig hohen finanziellen Aufwand nur eine minimale Verbesse-  
238 rung der Versorgung erreichen können, können in einem solidarisch finanzierten  
239 Gesundheitswesen mit begrenzten Finanzmitteln nicht finanziert werden).
- 240 - Eine vom Gesetzgeber legitimierte verpflichtende Kosten-Nutzen-Bewertung aller  
241 Methoden und Arzneimittel, die die Krankenkassen zu erstatten haben, ist notwen-  
242 diger Bestandteil eines effizienten Gesundheitswesens. Dazu gehört auch die Wei-  
243 terentwicklung der Disease-Management-Programme (DMP).
- 244 - Die Honorarsysteme im ambulant-stationären Sektor müssen nachhaltige Anreize  
245 für eine Versorgung der Patientenprobleme auf der jeweils angemessenen Stufe der  
246 Versorgung bieten, insbesondere die Honorierung von Pflege- und hausärztlicher  
247 Versorgung sollten für eine möglichst umfassende Betreuung der Patienten auf die-  
248 ser Versorgungsstufe Anreiz geben.
- 249 - Eine unabhängige regionale und überregionale Gesundheitsberichterstattung muss  
250 eine qualifizierte regionale, unter politischer Kontrolle stehende, Versorgungspla-  
251 nung ermöglichen.
- 252 - Krankenhaus-Hierarchien müssen zu Gunsten funktions- und qualitätsdefinierter  
253 Teamarbeit abgelöst werden. Medizinische Fachkräfte sind von fachfremder Büro-  
254 kratie, Organisationsarbeit und Überstunden zu entlasten und entsprechend ihrer  
255 Qualifikation zu bezahlen.
- 256 - Die Politik - Bundestag und Bundesregierung – sind in der Verpflichtung, industrie-  
257 unabhängige Versorgungsziele zu bestimmen, diese festzulegen und dort auch  
258 (teil-) zu finanzieren, wo gesundheitspolitischer Bedarf besteht, dem jedoch die In-  
259 dustrie nicht nachkommt. Das gilt bspw. für seltene Erkrankungen, wo keine Block-  
260 buster zu erwarten sind und wo die Umsatz- und Gewinnerwartungen nicht hoch  
261 sind. Bei diesem Prozess kommt der Versorgungsforschung eine herausgehobene  
262 Stellung zu, um zu einer fundierten Ist-Soll-Analyse zu gelangen.
- 263 - Die Preisgestaltung der pharmazeutischen Industrie und der Arzneimitteldistributi-  
264 on muss neu reguliert werden. Die ASG fordert deshalb als weiteren Schritt zur Ver-  
265 besserung der Effizienz und Effektivität der durch das GKV-WSG eingeführten Kos-  
266 ten-Nutzen-Bewertung des IQWiG, die Einführung der vierten Hürde bei der Arz-  
267 neimittelerstattung: alle neu zugelassenen Medikamente bekommen nur eine vor-  
268 läufige Erstattungsfähigkeit, bis die Prüfung des tatsächlichen Arzneimittel-  
269 Mehrnutzens erfolgt ist und nur diese ist – auch nachträglich – zu erstatten.
- 270 - Für den stationären Bereich fordert die ASG eine zweijährige Überprüfung der Ent-  
271 gelte (Fallpauschalen) mit Hilfe eines analytischen Personalbemessungsverfahrens  
272 durch das InEK-Institut G-DRG System, dem der tatsächliche Bedarf an medizinisch-  
273 pflegerischen Leistungen zugrunde zu legen ist.
- 274 - Die mit dem GMG eingeführte Regelung des befundorientierten Zahnersatzes ist  
275 durch eine ZE – Regelung abzulösen mit der Zielsetzung, dass der Eigenanteil der  
276 Versicherten wieder auf die Höhe vor dem GMG zurückgeführt wird.
- 277 - Heilmittel wie Ergotherapie, Krankengymnastik, Massagen, Logopädie sind unver-  
278 zichtbare Therapien und stehen sowohl in der Rehabilitation als auch in der Akut-  
279 behandlung hinter keiner Therapieform zurück. Voraussetzung ist die richtige Indi-

280 kation und qualifizierte Ausbildung. Die ASG fordert die wissenschaftliche Siche-  
 281 rung der Methoden durch Untersuchungen zu Wirksamkeit und Nutzen der ange-  
 282 wandten Heilmittel, die Verpflichtung der Ärzte zur Fortbildung in differenzierten  
 283 Erkenntnissen in der Heilmitteltherapie und Verordnung sowie die Aufnahme der  
 284 Heilmittelversorgung in die Gesundheitsberichterstattung.

285  
 286 Die Behandlung vieler Krankheiten wie z. B. koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus oder  
 287 auch die Versorgung mit Endoprothesen wurde in den letzten Jahren, basierend auf der welt-  
 288 weiten medizinischen Entwicklung, deutlich verbessert. Insbesondere die Behandlung und Be-  
 289 treuung der chronisch Kranken hat sich durch die Einführung der Disease-Management-  
 290 Programme (DMP) nachhaltig verbessert.

291  
 292 Die ASG fordert deshalb, aufbauend auf den bisherigen positiven Erfahrungen, für weitere  
 293 chronische Krankheiten DMPs, die den Kranken mit strukturierten, evidenz basierten Behand-  
 294 lungsprogrammen, eine bessere Versorgung gewährleisten.

295  
 296  
 297 **7. Für eine Weiterentwicklung der Zahnmedizin**  
 298 Das Leitbild der zahnmedizinischen Versorgung heißt: „Vorsorgen ist besser als heilen“. Eingetre-  
 299 tene Zahnschäden sind im frühestmöglichen Stadium zu diagnostizieren und zu beseitigen.  
 300 Es gilt Zahnschäden durch Vorsorgeprogramme und Prävention möglichst zu vermeiden. Dazu  
 301 ist neben der professionellen Zahnmedizin, auch die Mitarbeit und Eigenvorsorge der Versi-  
 302 cherten erforderlich.

303  
 304 Die Mundgesundheit in Deutschland hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert.  
 305 Dazu hat die Gruppen- und Individualprophylaxe erheblich beigetragen. Das zeigt sich bspw.  
 306 bei den kariesfreien Gebissen der 3- bis 6 Jährigen, die sich von rd. 10 % auf 65 % erhöht hat.  
 307 Die Zahngesundheit 12-Jähriger übertrifft die einstmals führenden Länder – Schweiz, Schweden,  
 308 Dänemark, Niederlande, Australien -, die Präventionsprogramme viel früher als Deutschland  
 309 eingeführt haben. (\* Quelle: „Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland“-Bauer, Neu-  
 310 mann, Saeckel).

311  
 312 Allerdings werden manche Bevölkerungsgruppen mit Prophylaxe nur begrenzt erreicht. Des-  
 313 halb ist die Gruppenprophylaxe sehr wichtig, weil damit diese Kinder und Jugendlichen erreicht  
 314 werden. Allerdings nehmen erst 4,5 Prozent aller Kindergärten und 17 Prozent der Grundschu-  
 315 len das Angebot der Fluoridierung - das Auftragen von Fluorlack auf die Zähne – in Anspruch.  
 316 (Bauer in G+G 2/2010). Ebenso ist Deutschland vom WHO-Ziel bei den über 65-Jährigen den  
 317 Anteil der Zahnlosigkeit auf maximal 15 Prozent zu senken, noch weit entfernt (Deutsche  
 318 Mundgesundheitsstudie 2005). Pflegebedürftige, Demenzkranke und Heimbewohner werden  
 319 zahnmedizinisch nur unzureichend versorgt.

320  
 321 Auch die Bilanz der Bekämpfung von bösartigen Neubildungen im Mund- und Rachenraum ist  
 322 nicht zufriedenstellend. Noch immer erkranken jährlich über 10.000 Menschen an diesen  
 323 Krebsformen. Die Hauptrisikofaktoren sind übermäßiger Tabak- und Alkoholkonsum. Würden  
 324 diese Tumore frühzeitig entdeckt, bestünde eine Überlebensrate in den ersten fünf Jahren von  
 325 80 %.

326  
 327 Was die Evidenz der professionellen Zahnheilkunde angeht, hat Deutschland noch erheblichen  
 328 Nachholbedarf. So gibt es gegenwärtig nur drei Behandlungsleitlinien für die Bereiche  
 329 Fisurenversiegelung, Fluoridierung und operative Entfernung von Weisheitszähnen, die eine  
 330 differenzierte Indikationsstellung erleichtern. Für die zahnärztlichen Kernbereiche – konservie-  
 331 rende Zahnheilkunde (Füllungen), Paradontologie, Endodontie, Prothetik – fehlen Leitlinien, die  
 332 Indikationsvorgaben, Behandlungsstandards und Angaben zur durchschnittlichen Haltbarkeit  
 333 verschiedener Versorgungsarten umfassen. Dies zeigt, dass die Zahnheilkunde erhebliche De-  
 334 fizite aufweist, um die Prozess- und Ergebnisqualität zahnärztlichen Handelns beurteilbar zu  
 335 machen. Qualitätsstandards haben keinen bzw. kaum Eingang in Leit- oder Richtlinien gefun-  
 336 den. Es fehlt in der Zahnheilkunde an Versorgungsforschung, die festlegt wann eine Füllung

337 gelegt, wann eine Krone notwendig ist, wann ein Zahn extrahiert werden muss oder welche  
 338 ZE-Versorgung angezeigt ist.

339  
 340 Die fehlende Evidenz zeigt sich auch in der Implantologie. Es besteht eine eklatante Diskrepanz  
 341 zwischen den Aussagen zur Machbarkeit und der Unbedenklichkeit einerseits und dem  
 342 evidenzbasierten Wissen über Langzeitverhalten, Risiken und Nebenwirkungen von Implan-  
 343 ten und dem eingesetzten Knochenersatz- und Membranmaterial andererseits. (Quelle: ebda  
 344 Bauer, Neumann, Saeckel).

345  
 346 Deshalb fordert die ASG zur Modernisierung der Zahnheilkunde:

- 347
- 348 - Die Ausweitung der Gruppenprophylaxe. Länder und Kommunen werden aufgefor-  
 349 dert, dafür den ÖGD dafür personell und finanziell stärken.
- 350 - Die Landesarbeitsgemeinschaft Krankenkassen und KZVen erstellen ein Programm,  
 351 zur flächendeckenden zahnärztlichen Versorgung von Heimbewohnern, Pflegebe-  
 352 dürftigen und Demenzerkrankten.
- 353 - Die Erarbeitung von Früherkennungsmethoden bösartiger Neubildungen durch das  
 354 IQWiG und Leitlinien durch den GBA mit Erstattungspflicht durch die Krankenkas-  
 355 sen. Die Früherkennung muss auch Teil der universitären Ausbildung sowie der  
 356 zahnärztlichen Weiter- und Fortbildung durch ZÄK werden.
- 357 - Die Verbesserung der internen Qualitätssicherung zahnärztlicher Leitlinien.
- 358 - Die ZE Versorgung wird in das Sachleistungsprinzip aufgenommen.
- 359
- 360

## 361 8. Für eine bessere Versorgung psychisch Kranker

362  
 363 Im Laufe eines jeden Jahres erleiden 27% der EU-Bevölkerung oder 83 Millionen Menschen  
 364 mindestens eine psychische Störung wie z. B. eine Depression, bipolare Störung, Schizophrenie,  
 365 Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, Angst- und Zwangsstörung, somatoforme Störung oder  
 366 Demenz. Ausmaß und Folgen sind dabei höchst variable: Einige erkranken nur episodisch kurz-  
 367 zeitig über Wochen und Monate, andere längerfristiger. Ca. 40% sind chronisch, dass heißt  
 368 über Jahre oder gar von der Adoleszenz bis an ihr Lebensende, betroffen.

369  
 370 Die Reformen im Anschluss an die Psychiatrie-Enquête von 1975 haben zu durchgreifenden  
 371 Verbesserungen im Bereich der psychiatrischen Versorgung geführt. Jedoch bleiben noch wich-  
 372 tige Forderungen bestehen:

- 373
- 374 - Das Prinzip „ambulant vor stationär“ ist auch heute noch nicht ausreichend umgesetzt.  
 375 Um die Gleichstellung psychisch Kranker gegenüber körperlich Kranken weiter zu ver-  
 376 bessern, muss insbesondere der Anteil teilstationärer und ambulanter Hilfen als ambu-  
 377 lante Komplexleistungen sowohl in der Akutbehandlung als auch in der Rehabilitation  
 378 weiter erhöht werden. Da die konkrete Umsetzung der Reformziele oftmals Ländersache  
 379 ist, sind Länder und Gemeinden gefordert, den Grundgedanken der Enquête „Integration  
 380 und Teilhabe“ weiter umzusetzen. Den psychiatrischen Institutsambulanzen kommt  
 381 hierbei bei der Versorgung schwer Kranker eine herausgehobene Stellung zu. Ihre flä-  
 382 chendeckende Finanzierung muss gesichert werden.
- 383 - Als ein besonders gravierendes Problem hat sich die unzureichende Früherkennung psy-  
 384 chotischer Erkrankungen bei jungen Menschen erwiesen. Mangelnde Information und  
 385 noch im Bereich der Grundlagenforschung steckendes Wissen um Präventionsmöglich-  
 386 keiten weisen auf einen verstärkten Bedarf an Ausbau spezifisch gesundheitspolitischer  
 387 Kompetenz in der psychiatrischen Versorgung hin. Die Selbstverwaltung, die Forschung  
 388 und das öffentliche Gesundheitswesen sind in besonderer Weise aufgefordert, sich die-  
 389 sem Bereich der Unterversorgung von jungen chronisch Kranken zu widmen.
- 390 - In den am 1. Januar 2002 in Kraft getretenen Richtlinien zur Soziotherapie ist der an-  
 391 spruchsberechtigte Personenkreis restriktiv definiert. Es ist fraglich, ob in der jetzigen

392 Form die Soziotherapie den ursprünglichen Anspruch erfüllen kann, integrierter Be-  
 393 standteil eines komplexen ambulanten Hilfsangebotes zu sein und schwer kranke Pati-  
 394 enten bei der Inanspruchnahme ihnen zustehender ambulanter Hilfen zu unterstützen.  
 395 Soziotherapie darf keine weitere isolierte Einzelleistung darstellen.

396 - Ambulante und stationäre Hilfen müssen enger verzahnt werden. Dies kann über Mo-  
 397 delle Integrierter Versorgung und gemeindepsychiatrische Verbünde geschehen. Hierbei  
 398 kommt der ambulanten psychiatrischen Behandlungspflege eine wichtige Rolle zu. Die  
 399 Finanzierung sozialpsychiatrischer Dienste muss auf eine sichere finanzielle Basis ge-  
 400 stellt werden.

401 - Im stationären Bereich hat die Personal-Psychiatrie-Verordnung (Psych-PV) quantitativ  
 402 und qualitativ wichtige Verbesserungen gebracht. Die Psych-PV regelt die Personalaus-  
 403 stattung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkrankenhäuser und Fachabtei-  
 404 lungen. Doch durch die Koppelung der Psych-PV an die Bundespflegegesetzverordnung  
 405 konnte die gesetzlich garantierte Personalausstattung seit 1996 immer weniger reali-  
 406 siert werden, da die tariflich bedingten Personalkostensteigerungen jeweils über der  
 407 maximal verhandelbaren Veränderungsrate lagen. Mit der durch ein breites öffentliches  
 408 Protestbündnis ermöglichten Reform der Krankenhausfinanzierung 2009 wurde der  
 409 rechtliche Rahmen für eine Angleichung der tatsächlichen Stellen an die Vorgaben der  
 410 Psych-PV gesetzt. Vorgesehen ist ein System tagesgleicher Fallpauschalen. Es ist darauf  
 411 hinzuwirken, dass die Umsetzung der Reform bis 2013 nicht zu einer verkappten Ein-  
 412 führung DRG-ähnlicher Entgeltsysteme führt, sondern dass den besonderen Erfordernis-  
 413 sen psychisch Kranker Rechnung getragen wird, deren Behandlungserfolge mehr als  
 414 sonst noch im Gesundheitswesen von einer qualifizierten „man power“, nicht von ein-  
 415 zelnem Prozeduren oder Apparaten abhängt.

416 - Psychisch Kranke sind trotz des häufig chronischen bzw. chronisch-rezidivierenden Ver-  
 417 laufs vieler psychischer Erkrankungen bei der Rehabilitation im Vergleich zu somatisch  
 418 Kranken erheblich benachteiligt. Spezifische Rehabilitationseinrichtungen („RPK“) exis-  
 419 tieren bisher nur in Ansätzen und keinesfalls flächendeckend. Der Ausbau der Rehabili-  
 420 tation unter Einbeziehung teilstationärer und ambulanter Strukturen ist dringend gebo-  
 421 ten. Von den Leistungsträgern wird die Umsetzung von Konzepten gefordert, die eine  
 422 Flexibilisierung bisher stationärer medizinischer Rehabilitation psychisch Kranker er-  
 423 möglichen und Möglichkeiten ambulanter Rehabilitation auf eine breitere Basis stellen.

424 - Ebenso sind Angebote integrierter medizinisch-beruflicher Rehabilitation gemeindenah  
 425 zu etablieren.

426 - Die Bundespolitik darf sich nicht aus der Unterstützung der Belange schwer und chro-  
 427 nisch psychisch kranker Menschen zurückziehen. Es ist notwendig, finanzielle Mittel  
 428 insbesondere für die Evaluations- und Versorgungsforschung bereitzustellen.  
 429

430 Im Bereich der pharmazeutischen Forschung haben Studien aus jüngerer Zeit mit Bezug auf die  
 431 Wirkungen von Psychopharmaka gezeigt, wie verzerrt industrieabhängige Forschung ihre Er-  
 432 gebnisse publiziert.

433  
 434 Insgesamt müssen weitere Reformschritte im Bereich der psychiatrischen Versorgung – wie es  
 435 auch die Aktion Psychisch Kranke fordert –

- 436 - eher personen- als institutionszentriert,
- 437 - eher bedarfs- als angebotsorientiert
- 438 - und eher mehrdimensional als berufspraxispezifisch ausgerichtet sein.

440  
 441 Die ASG warnt vor Plänen, analog wie im Krankenhaus, Fallpauschalen für psychiatrische und  
 442 psychosomatische Krankheiten einzuführen und lehnt dies ab. Für psychiatrische und psycho-  
 443 somatische Diagnosen ist eine Abrechnung nach DRGs nicht indiziert, da hier einzelfallbezoge-  
 444 ne Differenzierungen ein großes Gewicht in der Behandlung zukommt.  
 445  
 446



## 447 9. Für eine moderne und menschenwürdige Pflege – für eine Bürgerpflegeversicherung

448

449 Auch für die Pflegeversicherung gelten die unter Ziffer 3 des Antrags beschriebene Zielbe-  
 450 schreibung und die Forderungen sozialdemokratischer Gesundheitspolitik. In der Pflegeversi-  
 451 cherung gelten gleichfalls die Prinzipien des Solidaritätssystems. Wir lehnen daher einkom-  
 452 mensunabhängige Versichertenbeiträge (Kopfpauschale) auch hier ab. Die Systemveränderung  
 453 von der Umlagefinanzierung zu einer teilweisen oder vollständigen Kapitaldeckung wird von  
 454 der ASG ebenfalls abgelehnt.

455

456 Die Zahl der von Pflegebedürftigkeit betroffenen Personen wird bis 2020 weiter ansteigen.  
 457 Ausgehend vom Jahr 2005 wird bis zum Jahr 2030 aufgrund vorliegender Untersuchungen mit  
 458 einem Anstieg der Pflegebedürftigen um 58 % prognostiziert.

459

460 Deshalb gilt es auch in der Pflegepolitik umzusteuern auf Prävention und medizinische Rehabi-  
 461 litation, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuschieben. Es gilt,  
 462 die vorhandenen Ressourcen beim Einzelnen zu erkennen und zu fördern, um eine möglichst  
 463 lange selbständige Lebensführung bzw. eine qualifizierte häusliche Pflege vor einer stationären  
 464 Pflege zu erreichen. Hierbei sind vor allem die Hausärzte als wichtige Ansprechperson bei dro-  
 465 hender körperlicher Pflegebedürftigkeit und demenzieller Erkrankung in der Pflicht. Sie haben  
 466 geeignete Maßnahmen mit den Betroffenen, den Angehörigen, den Krankenkassen-  
 467 Sozialdiensten, ggfs. den Pflegeberatern der Pflegekassen und den Pflegestützpunkten zu be-  
 468 reden und Versorgungsprogramme vorzuschlagen.

469

470 Die Kranken- bzw. Pflegekassen sind in der Verantwortung, geeignete Maßnahmen der Präven-  
 471 tion und der Rehabilitation zu entwickeln. Wie in der Rentenversicherung der Grundsatz „Re-  
 472 habilitation vor Rente“ gilt, muss auch in der Pflege der Grundsatz gelten, „Prävention und Re-  
 473 habilitation vor Pflegebedürftigkeit“. Dazu sind strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)  
 474 notwendig zur Vermeidung bzw. Reduktion der Pflegebedürftigkeit. Die Tatsache, dass die  
 475 Aufwendungen von den Krankenkassen geleistet werden müssen, andererseits die Einsparun-  
 476 gen einseitig den Pflegekassen zufließen, darf bei der in Deutschland vorhandenen Kassen-  
 477 struktur kein Problem sein. Gerade deshalb, weil die Pflegekassen bei den Krankenkassen er-  
 478 richtet worden sind, kann der Gesetzgeber hier ohne größere Probleme einen finanziellen  
 479 Transfer herstellen. Auch hier ist – wie inzwischen in allen Bereichen der Sozialversicherungs-  
 480 und Sozialleistungsträger eine ganzheitliche Sichtweise erforderlich. Aus betriebswirtschaftli-  
 481 chen Gründen und zur Sicherung der Lebensqualität der Versicherten ist es notwendig, dass  
 482 eine bessere Verzahnung zwischen Pflegeversicherung und Krankenversicherung geschaffen  
 483 wird.

484

485 Der Perspektivwechsel, der durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz eingeleitet worden ist,  
 486 geht in die richtige Richtung. Der Individualanspruch auf Pflegeberatung und die Schaffung  
 487 von Pflegestützpunkten sowie die Ausweitung von Leistungen insbesondere für Demenzkranke  
 488 waren wichtige Schritte zum Ausbau der Pflegeversicherung.

489

490 Bei der Pflegeberatung handelt es sich um eine umfassende Beratung über alle Bereiche, die  
 491 vom Eintritt einer Pflegebedürftigkeit betroffen sein können. Hier ist eine entsprechende Zu-  
 492 satzqualifikation erforderlich. Dabei handelt es sich um Kenntnisse aus der Sozialarbeit, weiter  
 493 um Kenntnisse über die pflegerischen Tätigkeiten bei verschiedenen Krankheitsbildern und um  
 494 Kenntnisse der verschiedenen Leistungen der Sozialversicherungs- und der Sozialleistungsträ-  
 495 ger. Bei der individuellen Pflegeberatung wird durch ein Fallmanagement situationsadäquat  
 496 und ressourcenbezogen ein auf den Einzelfall bezogener „Hilfemix“ zusammengestellt. Hier  
 497 muss für die Pflegeberater ein einheitliches Berufsbild mit festgelegten Qualitätsmerkmalen  
 498 geschaffen werden. Gleiches gilt für die Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in  
 499 den Pflegestützpunkten.

500

501 Im Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes wird die zu enge De-  
 502 finition dieses Begriffes kritisiert. Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff soll nicht den „zeitli-  
 503 chen Pflegeaufwand“ sondern den Grad der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivität-

504 ten oder der Gestaltung von Lebensbereichen umfassen. Das Stichwort „zeitlicher Pflegeauf-  
 505 wand“ umfasst das berüchtigte „Minutenzählen“, das in der Öffentlichkeit zunehmend in die  
 506 Kritik gerät. Bei der Ermittlung eines „Bedarfsgrades“ liegt der Unterschied zu der seitherigen  
 507 Betrachtungsweise in der Darstellung der vorhandenen Ressourcen statt der bestehenden De-  
 508 fizite. Die Unterteilung ist so angelegt, dass auch solche Pflegebedürftigen einem Bedarfsgrad  
 509 zugeordnet werden, die relativ geringe Beeinträchtigungen aufweisen und nach den jetzigen  
 510 Regelungen keine Leistungen erhalten.

511  
 512 Diese Abkehr vom Maßstab des zeitlichen Pflegeaufwands ist jedoch nicht zum „Nulltarif“ zu  
 513 erhalten. Es bedarf einer Präventions- und Rehabilitationsoffensive, durch die – wie bereits  
 514 erwähnt – der Eintritt der Pflegebedürftigkeit verhindert oder wenigstens hinausgezögert  
 515 werden kann. Durch individuelle Leistungskombinationen und eine auf den Einzelfall bezoge-  
 516 ne Beratung können finanzielle Ressourcen zielgerechter eingesetzt werden.

517  
 518 Eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ist nur erfolgreich, wenn sie eingebettet ist in  
 519 ein ganzes Bündel weiterer Maßnahmen:

- 520
- 521 - Eine Präventions- und Rehabilitationsoffensive der Krankenkassen,
- 522 - Eine engeres Zusammenwirken zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Sozialleis-
- 523 tungsträgern. Dies kann durch eine stärkere „Verzahnung“ im SGB erfolgen,
- 524 - Eine kontinuierliche Veränderung der kommunalen Infrastruktur. Wir müssen uns früher auf
- 525 die Folgen einer zunehmend älter werdenden Gesellschaft einstellen,
- 526 - Das Solidaritätsprinzip muss auch innerhalb der Pflegeversicherung (gesetzliche und private
- 527 Pflegeversicherung) gelten.

528  
 529 Nur durch solche Aktivitäten kann verhindert werden, dass bei einer Erweiterung des Begriffes  
 530 der Pflegebedürftigkeit die Kosten nicht aus dem Ruder laufen. Der Umsetzungsbericht des  
 531 Beirats des BMG hat verschiedene Szenarien durch seriöse Zahlen hinterlegt.

532  
 533 Die Schaffung vielgestaltiger Hilfemöglichkeiten und Kombinationslösungen dürfen jedoch  
 534 nicht auf Kosten der Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung gehen. Deshalb  
 535 lehnen wir z.B. bei der Bewertung von Pflegeheimen oder von der Leistung der Pflegekräfte die  
 536 „Aufrechnung“ anderer Bereiche mit den Bereichen der medizinischen und pflegerischen Lei-  
 537 stungen strikt ab.

538  
 539 Dringendst notwendig ist eine Überarbeitung der Prüfkriterien nach dem „Pflege-TÜV“. Dazu  
 540 bedarf es einer anderen Gewichtung: ein schöner Garten des Pflegeheims oder eine gut lesbare  
 541 Speisekarte kann mit gravierenden Defiziten in den zentralen Bereichen verrechnet werden.  
 542 Die Folge: eklatante Pflegemängel können mit guten Noten für Nebensächlichkeiten ausgegli-  
 543 chen werden. Sog. Risikokriterien, wie z. B. Gabe von Flüssigkeit und Arzneien, Schutz vor  
 544 Druckgeschwüren (Dekubitus), müssen eine stärkere Gewichtung bei der Bewertung erhalten.  
 545 Nur so kann den „Schwarzen Schafen“ das Handwerk gelegt werden und eine Verbesserung  
 546 der Pflege erreicht werden.

547  
 548 Eine weitere Reform der Pflegeversicherung wird nur dann erfolgreich sein, wenn der Grund-  
 549 satz „ambulant vor stationär“ nicht nur im Gesetz steht, sondern auch die Wirklichkeit in  
 550 Deutschland darstellen wird.

551  
 552 Deshalb fordert die ASG:

- 553
- 554 - in Analogie zu den DMPs für chronische Erkrankungen, an der Schnittstelle von Krankenbe-
- 555 handlung und Pflege strukturierte Behandlungsprogramme (DMPs) zu entwickeln, um
- 556 Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Dies wird allerdings nur Erfolg bringen, wenn diese auch
- 557 finanzielle Anreize für die Krankenkassen beinhalten, damit es sich für sie „lohnt“ in Prä-
- 558 vention zu investieren. In diesem Zusammenhang sollte auch geprüft werden, ob zur Ver-

559 besserung der Nahtlosigkeit von Krankenbehandlung und Pflege die Pflegeversicherung in  
560 das SGB V zu integrieren ist.

561 - eine Verlängerung der Anschubfinanzierung von Pflegestützpunkten über den 30.06.2011  
562 hinaus (Zuschussbetrag von bis zu 45.000 Euro/Projekt sowie zusätzlich 5.000 Euro, wenn  
563 ehrenamtlich Tätige und Selbsthilfegruppen nachhaltig in die Tätigkeit des Pflegestütz-  
564 punktes einbezogen werden)

565 - eine Überarbeitung des sog. „Pflege-TÜV“ mit dem Ziel einer anderen Gewichtung in den  
566 zentralen Kernbereichen

567 - Die zu erwartende Kosten- und Ausgabensteigerung auf Grund der demographischen  
568 Entwicklung einschl. der Zunahme der prognostizierten demenziellen Erkrankungen sowie  
569 der Erweiterung des Pflegebegriffs darf nicht zu einer Einschränkung des bisherigen Leis-  
570 tungsumfangs führen, sondern ist durch eine entsprechende Erhöhung des Beitragssatzes  
571 zu finanzieren.

572 - Die ungleiche Verteilung von Morbiditäten der sozialen Schichten und der daraus erwach-  
573 senen geringeren Ausgaben der privaten Pflegeversicherung gegenüber der gesetzlichen  
574 Pflegeversicherung, erfordern die Trennung von gesetzlicher und privater Pflegeversiche-  
575 rung zu beenden. Die ASG fordert deshalb die Bürgerpflegeversicherung mit einem Leis-  
576 tungskatalog, wie von der Kommission zur Entwicklung eine neuen Pflegebegriffs vorge-  
577 schlagen, mit einer einheitlichen und solidarischen Beitragssatzerhebung.  
578

579

580 **10. Die soziale Selbstverwaltung als ein urdemokratisches Prinzip ist weiterzuentwickeln und**  
581 **zu stärken**

582

583 Seit Jahrzehnten ist in Deutschland das System der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Kran-  
584 kenversicherung etabliert. Die soziale Selbstverwaltung von Arbeitnehmer und Arbeitgeber  
585 (ARBEIT UND Kapital) dient zugleich der Mitbestimmung der Versicherten, der Qualitätsver-  
586 besserung, Stärkung der Bedarfsgerechtigkeit und der wirtschaftlichen Mittelverwendung.  
587 Voraussetzung ist, dass die Mitglieder der Selbstverwaltung ein gewisses Maß an Gestal-  
588 tungsmöglichkeiten nutzen – neben den Aufgaben der Kontrolle, der Entlastung, etc. des So-  
589 zialversicherungsträgers – um z.B. zusätzliche Verträge, zusätzliche Services, u.a. den Versiche-  
590 rten angedeihen zu lassen. Eine starke Steuerung durch die soziale Selbstverwaltung ist eine  
591 breit akzeptierte Alternative zu einer zentralen staatlichen Steuerung einerseits und zu Markt-  
592 wirtschaft und Wettbewerb andererseits. Dabei ist es wichtig, dass die vertretenen Versiche-  
593 rten sich durch die Selbstverwaltung ausreichend repräsentiert fühlen können. Eine gesetzliche  
594 Krankenkasse versichert nicht ausschließlich Arbeitnehmer auf Versichertenseite, sondern  
595 auch Rentner, Auszubildende, Studierende, Arbeitslose, etc. Sie versichert Frauen und Männer  
596 jeden Alters. Diese unterschiedlichen Personengruppen sollten sich in der Zusammensetzung  
597 der Selbstverwaltung entsprechend ihres Anteils wieder finden. Die Form der Wahlhandlung  
598 und der Kandidatenaufstellung sollten diese Zusammensetzung ermöglichen und transparent  
599 gegenüber den Versicherten sein.  
600

601

602 Eine Abkehr von der sog. Friedenswahl bei den Sozialversicherungsträgern hin zu einer tatsäch-  
603 lichen Wahlhandlung mit einer Wahlbeteiligung von rund 30% wäre nicht ausreichend. In der  
604 Praxis zeigt sich, dass die Selbstverwalter ihre Aufgabe – egal durch welche Wahlform – sehr  
605 ernst nehmen.

606

607 Vielmehr ist die Selbstverwaltung zu stärken, in dem der Mitbestimmungsbereich der Selbst-  
608 verwaltung erhöht wird, z.B. in dem Selbstverwaltung über bestimmte Vertragsformen, über  
609 bestimmte Versorgungskonzepte und deren Ausgestaltung seine Mitbestimmung auszuüben  
610 hat. Nur so wird es auch zukünftig einen interessanten (für alle Versichertengruppen) Leis-  
611 tungskatalog der Kassen geben, der auch die Bedürfnisse unter dem Gesichtspunkt der Demo-  
612 graphie berücksichtigt.

613 Die gesetzliche Zementierung kann dabei weiter auf erforderliche Rahmenvorgaben zurückge-  
 614 fahren werden, um so Selbstverwaltung für die Versicherten interessanter zu machen und das  
 615 Interesse für eine Beteiligung an den Sozialversicherungswahlen für alle zu erhöhen.

616  
 617

## 618 11. Stärkung der Patientenrechte – für ein Patientenrechte -Gesetz

619

620 Die Rechte der Patienten bei Verdacht auf mögliche Behandlungsfehler und Schadensersatz  
 621 und Schmerzensgeld, sind in einem eigenständigen Patientenrechte-Gesetz zusammenzufas-  
 622 sen. Dazu gehört das uneingeschränkte Recht des Patienten bzw. seines von ihr/ihm Beauf-  
 623 tragten zur Akteneinsicht und die ärztliche Pflicht bzw. die des Krankenhauses zur lückenlosen  
 624 Dokumentation der Behandlung.

625

626 Die sich in der Regel über Jahre hinziehenden Verfahren zur Geltendmachung von möglichem  
 627 Schadensersatz und Schmerzensgeld, bis es - wenn überhaupt - zu einem Gerichtsprozess  
 628 kommt, sind zur Durchsetzung der Rechte der Patienten die Verfahren in zeitlich vorgegebener  
 629 Frist abzuschließen. Dafür sind bei allen dafür zuständigen Sozialgerichten Spezialkammern  
 630 einzurichten, die mit ausreichend Richtern zu besetzen sind, um unzumutbar lange Verfah-  
 631 rensdauern abzukürzen.

632

633 Für Schadensersatzprozesse soll bei begründetem Verdacht eines „grobe Behandlungsfehler“,  
 634 die Beweislast der kausalen Zusammenhänge zugunsten der Patienten über die gegenwärtige  
 635 Rechtsprechung hinaus weiterentwickelt werden. Die Beweislastumkehr gilt generell bei IGEL-  
 636 Leistungen, die nicht vom Leistungskatalog der GKV erfasst sind.

637

638 die Mitbestimmungsrechte der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA)  
 639 sind weiterzuentwickeln. Dazu ist das bestehende Antrags- und Mitberatungsrecht in Verfah-  
 640 rensfragen zu einem Mitbestimmungsrecht fortzuentwickeln. Es ist sicherzustellen, dass die  
 641 Patienten medizinisch notwendige Regelleistungen (der GKV) unabhängig von bürokratischen  
 642 Details erhalten und diese von den Krankenkassen nach Ausräumung bürokratischer Differen-  
 643 zen dann auch erstattet werden.

644

645

## 646 12. Notwendigkeit einer GKV-Finanzreform – für die solidarische Bürgerversicherung

647

648 Deutschland ist das einzige Land in Europa, das sich den „Luxus“ ein zweigeteiltes Krankenver-  
 649 sicherungssystem der Vollversorgung von Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater  
 650 Versicherung (PKV) leistet. Dieses Nebeneinander von GKV und PKV wird der Gewährleistung  
 651 einer umfassenden und gerecht finanzierten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, als ein  
 652 vorrangiger Auftrag des Sozialstaatsgebots nicht gerecht. Es führt zu Gerechtigkeitslücken bei  
 653 der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Zwei Aspekte stehen dabei im Vor-  
 654 dergrund: Zum einen gestattet die Existenz einer privaten Krankenversicherung Besserverdie-  
 655 nenden (oberhalb der Versicherungspflichtgrenze verdienender) sowie bestimmten Berufs-  
 656 gruppen (Beamte, Selbständige, Freiberufler) sich dem Solidarausgleich zu entziehen, obwohl  
 657 sie im Durchschnitt über höhere Einkommen verfügen und zum anderen auch noch ein durch-  
 658 schnittlich deutlich geringeres Krankheitsrisiko (Morbidity), als GKV-Versicherte aufweisen.  
 659 Zweitens wird bei der Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge nur die Arbeitseinkom-  
 660 men/Rente, etc., nicht aber andere Einkunftsarten wie Kapital-, Zins- und Mieteinkünfte her-  
 661 angezogen. Dies führt zu nicht vertretbaren finanziellen Beitragsverzerrungen.

662

663 Die Forderung heißt also: Das gegenwärtige Krankenversicherungssystem des Nebeneinanders  
 664 von GKV und PKV durch eine solidarische Bürgerversicherung zu ersetzen. In diesem einheitli-  
 665 chen Kranken-Versicherungssystem, sind alle Bürgerinnen und Bürger auf der Basis eines um-  
 666 fassenden Leistungskatalogs nach dem SGB V zu einheitlichen Konditionen gegen das Risiko  
 667 Krankheit zu versichern. Die Versicherungspflichtgrenze und damit die Entsolidarisierungs-  
 668 Option für Besserverdienende entfällt dabei ebenso, wie die Sonderzugangsrechte für Beamte,  
 669 Freiberufler und Selbständige in die PKV. Aus Bestandsschutzgründen sind bei Inkrafttreten

670 der BV in der PKV nur noch diejenigen Personen versichert, die zuvor bereits dort versichert  
 671 waren oder weiterhin dort versichert sein wollen. Nimmt von diesem Wechselrecht bis zum 55.  
 672 Lebensjahr ein bisher privat Versicherter Gebrauch, hat seine private Krankenversicherung die  
 673 für ihn gebildete Altersrückstellung an die BV zu überweisen. Das Ziel der Bürgerversicherung  
 674 ist, ein einheitliches, öffentlich-rechtliches Krankenversicherungssystem mit einem umfassenden  
 675 Leistungskatalog der das medizinisch notwendige absichert und das bisherige Nebenei-  
 676 nander von privater Krankenvollversicherung (PKV) und Gesetzlicher Krankenversicherung  
 677 (GKV) beendet.

678  
 679 Die Forderung der PKV, dass Verträge der gesetzlichen Krankenkassen bspw. bei Rabattverträ-  
 680 gen von Arzneimittel auch für sie zu gelten hätten (siehe Positionspapier der Koa-  
 681 Gesundheitspolitiker), zeigt einmal mehr, dass die Trennung von GKV und PKV antiquiert und  
 682 damit überholt ist.

- 683
- 684 ➤ In einem ersten Schritt ist deshalb zur Herstellung der solidarischen Lastenteilung der  
 685 Krankheitskosten, die PKV in vollem Umfang in den Finanzkraft- und Risikostrukturaus-  
 686 gleich (MRSA) der GKV einzubeziehen. Hierdurch kann dem Ziel, die finanziellen Belastun-  
 687 gen der Bevölkerung insgesamt sozial gerechter auszutarieren, besser als bisher entspro-  
 688 chen werden. Das bedeutet aber auch, die Unterschiede in der Honorierung von Leistungen  
 689 für gesetzlich und privat Versicherte endlich zu beseitigen. Gegenwärtig erhalten Ärztin-  
 690 nen und Ärzte für privat Versicherte eine wesentlich höhere Vergütung wie für gesetzlich  
 691 Versicherte. Damit besteht ein natürlicher Anreiz, privat Versicherte bevorzugt zu behan-  
 692 deln.
  - 693 ➤ Die Unterschiede in der Honorierung von Leistungen für gesetzlich und privat Versicherte  
 694 sind zu beseitigen. Gegenwärtig erhalten Ärztinnen und Ärzte für privat Versicherte eine  
 695 wesentlich höhere Vergütung wie für gesetzlich Versicherte. Damit besteht ein natürlicher  
 696 Anreiz, privat Versicherte bevorzugt zu behandeln. Die ASG fordert deshalb, auch um die  
 697 notwendige Akzeptanz für die Bürgerversicherung bei den Leistungserbringer (z. B. Ärzte)  
 698 zu erreichen, die einkommensneutrale Zusammenführung der Vergütungssysteme von  
 699 GKV und PKV. Jede medizinische Leistung soll in Zukunft einheitlich vergütet werden. Da-  
 700 mit ist die heute schon festzustellende Zwei- oder Mehr-Klassenmedizin am ehesten zu  
 701 verhindern.
  - 702 ➤ In einem danach folgen weiteren Schritt, ist zur finanziellen Stärkung der Solidargemein-  
 703 schaft der GKV ist durch die Einbeziehung von Kapitalerträgen und Einkünfte aus Vermie-  
 704 tung und Verpachtung in die Beitragspflicht die Bemessungsgrundlage zu verbreitern. Ihre  
 705 Einbeziehung trägt zu einer sozial gerechteren Beitragserhebung bei. Bei kleineren Spargut-  
 706 haben sind, um die Versicherten nicht über Gebühr zu belasten, deshalb Freibeträge vorzu-  
 707 sehen. Dabei ist darauf zu achten, dass die Verbreiterung des beitragspflichtigen Einkom-  
 708 mens auf Seiten der Versicherten insgesamt nicht zu einer stärkeren finanziellen Belastung  
 709 gegenüber den Arbeitgebern führt. Dieses zusätzliche Beitragsaufkommen muss bei der  
 710 Festsetzung der paritätischen Beitragsfinanzierung des allgemeinen Beitragssatzes, durch  
 711 unterschiedliche Beitragssatzhöhen bei Arbeitnehmern einerseits und den Arbeitgebern an-  
 712 dererseits, berücksichtigt werden.
  - 713 ➤ Danach ist in weiteren Einzelschritten die Beitragsbemessungsgrenze in der Sozialversiche-  
 714 rung zu vereinheitlichen. Ziel sollte sein, diese auf die Höhe der gesetzlichen Renten- und  
 715 Arbeitslosenversicherung anzuheben.
  - 716 ➤ Zur Entlastung des Faktors Arbeit bei lohnintensiven Betrieben / Unternehmen, fordert die  
 717 ASG eine aufkommensneutrale Ergänzung / Umstellung des lohnbezogenen Arbeitgeber-  
 718 beitrags durch eine Bemessung an der Bruttowertschöpfung des Betriebs / Unternehmens.  
 719 Damit sollen um kapitalintensive Unternehmen stärker an der Finanzierung beteiligt wer-  
 720 den, die auch ihre wirtschaftliche Leistungskraft besser abbildet, wie ihre Lohnsumme.
  - 721 ➤ Da eine solche Reform, wie alle Erfahrung zeigt, nur gegenheftigste Widerstände nur mit-  
 722 telfristig umgesetzt werden kann, sind die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die  
 723 Krankenkassen jährlich so anzupassen, dass diese die Ausgaben der Krankenkassen zu  
 724 hundert Prozent decken. Dies ist ausschließlich und vollständig aus dem wieder herzustel-

725 lenden paritätischen Beitragsaufkommen von Arbeitnehmer und Arbeitgeber sowie aus  
 726 Steuermitteln für die versicherungsfremden und eindeutig abzugrenzenden gesamtgesell-  
 727 schaftlichen Leistungen die die GKV zu erbringen hat, zu finanzieren. Einseitige Belastun-  
 728 gen, wie z. B. Sonder- und Zusatzbeiträge, sind als Fremdkörper in einem Solidarsystem  
 729 ebenso abzuschaffen wie bspw. die Wahltarife zur Beitragsrückerstattung oder Selbstbetei-  
 730 ligung. Das Sachleistungsprinzip gilt als Regelprinzip.

731  
 732 Die Zielsetzung der Krankenversicherungs-Finanzreform zu einer allgemeinen Versicherungs-  
 733 pflicht für alle Bürgerinnen und Bürger, ist die sozial gerechte Anpassung der finanziellen Res-  
 734 sourcen an den Bedarf eines modernen und damit nachhaltige Gesundheitswesens:

- 735
- 736 • Wettbewerb um Gesundheitsgüter, für die der Einzelne – sobald er erkrankt ist – keine  
 737 echte Präferenz bilden kann, ist nur eingeschränkt möglich. Dort wo er erlaubt wird,  
 738 muss dies im Rahmen einer strikten Wettbewerbsordnung stattfinden. Monopole und  
 739 exzessive Gewinne zu Lasten der Versichertengemeinschaft oder des einzelnen Kranken  
 740 müssen verhindert werden.
  - 741 • Dazu gehört die Beachtung des verfassungsrechtlichen Gebots der Sicherstellung der  
 742 Vorsorge des Staates für die Gesundheit seiner Bürger durch regional gesicherte  
 743 Gesundheitspolitik.

744  
 745 Fazit: Die ASG fordert, alle Reformen zur Fortentwicklung des Gesundheitssystems danach aus-  
 746 zurichten, für alle Bürgerinnen und Bürger eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung  
 747 auf der Grundlage gleicher Zugangsvoraussetzungen zu schaffen. Nur eine solch gestaltete  
 748 Reform verdient den Namen Reform.

749