



***Für eine solidarische Krankenversicherung
„Konzept der KAB für ein
solidarisches Gesundheitssystem
mit Zukunft“***

Beschlossen vom Bundesausschuss im März 2005

Gesundheit fördern statt Krankheit bezahlen!

Die Solidarität ist für die Katholische Arbeitnehmer-Bewegung der Grundgedanke für das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland. Alle Anstrengungen zur Zukunftssicherung der Krankenversicherung sollten sich darauf konzentrieren, den Solidar-Gedanken zu stärken. Es geht uns dabei in erster Linie um soziale Gerechtigkeit, wo die Gesunden für die Kranken einstehen und die Leistungsstarken die Einkommensschwachen in der Finanzierung mittragen. Die KAB Deutschlands hat bereits im Frühjahr 2005 erste Vorstellungen für eine solidarische Krankenversicherung beschlossen und veröffentlicht. Unsere Kernforderung lautet:

- ***Jede/r Einwohner/in ist pflichtversichert in der Gesetzlichen Krankenversicherung und steht somit für das gesundheitliche Risiko aller Mitmenschen ein.***

In der Zwischenzeit gab es viele Diskussionen über die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei stand die Forderung nach einer Entlastung des Faktors Arbeit im Mittelpunkt. Faktisch wurde durch gesetzliche Vorgaben die Parität zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber aufgehoben. Seit Juli 2005 zahlen Arbeitnehmer allein die Beiträge fürs Krankengeld.

Die Überlegungen der KAB gehen in Richtung einer Bürgerversicherung. Im Kern geht es darum, alle Einkunftsarten heranzuziehen für die solidarische Finanzierung unseres Gesundheitssystems. Die in der Politik diskutierte Alternative einer „Gesundheitsprämie“ verlässt den Gedanken der Solidarität.

Die KAB-Bundesleitung hat im Gespräch mit Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel Anfang März in Berlin über Lösungen zur Finanzierungsfrage im Gesundheitssystem diskutiert. Dabei hat Bundeskanzlerin Merkel zugesagt, an einer solidarischen Versicherung festzuhalten. In die nun beginnende öffentliche Debatte können wir uns anhand der vorliegenden Positionen fundiert einmischen.

Wie Solidarität im System erreicht wird, darüber will die KAB auf allen Ebenen mit ihrem „Konzept für ein solidarisches Gesundheitssystem mit Zukunft“ diskutieren. In Ergänzung zu den elf Optionen hilft diese „Orientierung und Arbeitshilfe“ den Mitgliedern der KAB, sich kompetent in die Debatte vor Ort einbringen zu können. Sie erläutert und begründet entlang der Optionen die notwendigen Schritte zur Reform des deutschen Gesundheitssystems. Dabei macht die KAB insbesondere darauf aufmerksam, dass Gesundheitsvorsorge, also Prävention, ausgebaut werden muss. Gesundheit fördern statt Krankheit bezahlen!

Wir wünschen uns spannende Diskussionen in der KAB und mit allen Interessierten. Über Rückmeldungen der Ergebnisse der Arbeit freuen wir uns!

Im Internet finden Sie unter www.gutes-leben-fuer-alle.de Hintergrundinformationen, Aktions- und Anschauungsmaterial zum Thema Gesundheitspolitik.

Für die KAB Deutschlands

Bundesvorsitzender

Konzept des KAB Deutschlands e.V.

Die Gesamtausgaben des Gesundheitssystems in Deutschland belaufen sich nach OECD-Erhebungen (2001) auf einen Anteil von 10,7 Prozent am Bruttoinlandsprodukt (Zum Vergleich: Finnland 7 Prozent, Spanien, Großbritannien und Japan circa 7,5 Prozent, Frankreich 9,6 Prozent). Der Arbeitgeberanteil an den gesamten Gesundheitskosten ist mittlerweile bei nur noch 38 Prozent angelangt.

Deutschland nimmt nach einer WHO-Studie (2001) nur den 25. Platz weltweit ein, was die im Verhältnis zum Einsatz der Mittel erbrachte Leistung des Gesundheitswesens anbelangt. So hat Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern mit vergleichbaren sozio-ökonomischen Bedingungen wie Finnland, Frankreich, Niederlande, Schweiz und Großbritannien die höchste Sterblichkeit bei Diabetes, die zweithöchste Sterblichkeit bei Schlaganfällen und die vierthöchste Sterblichkeit bei Herzkrankheiten. Auch die durchschnittliche Lebenserwartung liegt unter dem EU-Durchschnitt. Erhebliche Defizite bestehen insbesondere in der Prävention, der Behandlung chronischer Krankheiten sowie generell in der Verzahnung der einzelnen Versorgungsbereiche (integrierte Versorgung), dem Qualitätsmanagement und der Leistungstransparenz.

Die systematische Schwächung der Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch die Politik der letzten Jahrzehnte hat allein in den Jahren 1995 bis 2002 zu Mindereinnahmen in Höhe von rund 25,3 Milliarden Euro geführt. Hinzu kommen Überkapazitäten auf Seiten der Leistungserbringer sowie Ausgaben, die auf Innovationen ohne medizinischen Zusatznutzen beruhen. Hier spielen die unterschiedlichsten Lobbygruppen eine sehr unrühmliche Rolle: So könnten alleine bei Medikamenten, die den Blutdruck senken sollen, durch eine vernünftige Arzneimittelwahl in Deutschland pro Jahr 600 Millionen Euro eingespart werden. Bei einer Senkung des Blutdrucks bei Diabetikern um nur 10 mm Hg fällt die Rate der für Diabetes typischen Komplikationen um 12 Prozent, die diabetesbedingte Sterblichkeit um 15 Prozent und die Herzinfarktrate um 11 Prozent.

Selbst der gutverdienende, heute privat krankenversicherte Ingenieur oder Manager kann morgen arbeitslos werden. Findet er einen Arbeitsplatz mit einem Einkommen, das unter der Beitragsbemessungsgrenze liegt, darf er in die GKV wechseln, ohne je hier eingezahlt zu haben. Diese Möglichkeit wäre ihm nur versperrt, wenn er älter als 55 Jahre ist.

Die Zahl derjenigen, die ohne jeden Krankenversicherungsschutz sind, wird auf 150.000 bis 300.000 geschätzt. Keine Randerscheinung, sondern ein sozialer Brennpunkt. Daher muss dringend eine soziale und gerechte gesamtgesellschaftliche Lösung gefunden werden.

Auch Beamte können unproblematisch in eine Bürgerversicherung einbezogen werden. Die Beihilfe wird nicht zu den hergebrachten Grundsätzen des Berufsbeamtentums gerechnet, die das Grundgesetz gewährleistet (Art. 33 Absatz 5 GG). Die Verfassung belässt dem Dienstherrn hier einen Spielraum, wie er seiner Fürsorgepflicht für die Beamten nachkommen kann.

In der Pflegeversicherung sind Beamte übrigens bereits miteinbezogen worden.

Ein Kernelement des Konzeptes der KAB ist die Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage auf alle Einkunftsarten. Bereits unter Status-quo-Bedingungen in Bezug auf den GKV-versicherten Personenkreis und die Beitragsbemessungsgrenze wird der kurzfristig realisierbare Entlastungseffekt beim mittleren GKV-Beitragssatz auf 0,5 Prozentpunkte geschätzt. Mindestens ebenso wichtig sind jedoch weitere Wirkungen: Die Einbeziehung weiterer Einkommensarten bedeutet die grundsätzliche Abkehr von der rein lohn- (und lohnersatz-)bezogenen Beitragsbemessung und führt – selbst bei unveränderter Ausgestaltung des Arbeitgeberbeitrags – zu einer unmittelbaren Entlastung der Arbeitskosten. Zudem wird die intergenerative Umverteilung vermindert, weil ältere Menschen überproportional über erhöhte Zinseinkommen und Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung verfügen. Der Einwand, eine derartige Reformmaßnahme würde eine gigantische zu-

sätzliche Verwaltungsbürokratie erfordern, ist ungerechtfertigt. Bereits jetzt verfügen die Krankenkassen über ausreichend Erfahrungen zur Erhebung der über das Arbeitseinkommen hinausgehenden Einkunftsarten, denn die freiwillig Versicherten müssen auch heute schon Beiträge aus allen ihren Einkünften entrichten.

Leitbild: Eigenverantwortung und Solidarität

- 1.1. *Damit Menschen für ihre Gesundheit Mitverantwortung übernehmen können, ist es notwendig, sie als mündige Subjekte im Gesundheitssystem zu stärken.*
- 1.2. *Leitbild einer Reform muss deshalb der mündige Mensch sein, der sich kritisch und verantwortungsvoll mit seinem Leben auseinandersetzt und dazu durch Bildung und Information in die Lage versetzt wird.*
- 1.3. *Das Prinzip der Solidarität hat oberste Priorität im Gesundheitssystem.*
- 1.4. *Jedes Konzept zur Reform muss sich daran messen lassen, ob und inwieweit es die Solidarität zwischen Kranken und Gesunden, Starken und Schwachen, Armen und Reichen stärkt. Daher lehnen wir eine Aufteilung in Grund- und Wahlleistungen ab.*
- 1.5. *Solidarität bedeutet für uns aber auch, dass die Verursacher von krankmachenden Lebens- und Arbeitsbedingungen an den Kosten für die Wiederherstellung der Gesundheit angemessen beteiligt werden und die damit verbundenen Lasten nicht allein der Solidargemeinschaft auferlegt werden.*
- 1.6. *Im Gesundheitswesen müssen die Auswirkungen auf die Geschlechter berücksichtigt werden (Gender Mainstreaming). Ziel ist die Geschlechtergerechtigkeit insbesondere in Forschung, Diagnostik und Therapie, in den Versorgungsstrukturen und in der sozialen Absicherung bis hin zu den Karriereverläufen von Frauen und Männern im Gesundheitssystem.*
- 1.7. *Ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem erfordert eine nachhaltige Politik, die die vielfältigen Veränderungen und Umbrüche wahrnimmt und danach handelt unter Berücksichtigung des ‚Gemeinsames Wortes zur wirtschaftlichen und sozialen Lage in Deutschland‘: „Auch in Zukunft müssen eine vollwertige medizinische Versorgung für jedermann und ein freier, von der Einkommenssituation unabhängiger Zugang aller zur Gesundheitsfürsorge unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Bedürfnisse gewährleistet sein. Die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und die Versorgung auf einem hohen medizinischem und pflegerischem Niveau dürfen nicht preisgegeben werden.“*

1. These: Solidarische Finanzierung

- *Jede/r Einwohner/in ist pflichtversichert in der Gesetzlichen Krankenversicherung und steht somit für das gesundheitliche Risiko aller Mitmenschen ein.*
- *Der Beitrag ist für alle Mitglieder bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze der gleiche prozentuale Anteil von den Einkünften (Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuergesetzes).*
- *Die Beitragsbemessungsgrenze entspricht mindestens der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (2005: 5.200 Euro).*

- *Für weitere positive Einkünfte neben denen aus nichtselbständiger Arbeit, wird der volle Beitragssatz erhoben (keine Parität).*
- *Die Beiträge zur GKV sind in voller Höhe sonderabzugsfähig.*
- *Es wird ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen eingeführt.*

Einbeziehung aller Einwohner und Einwohnerinnen in den Versichertenkreis

Die Einbeziehung aller Einwohner und Einwohnerinnen soll gewährleisten, dass alle Bevölkerungsgruppen in den Versichertenkreis einbezogen werden, also auch Gutverdienende, Selbständige, Freiberufler, Beamte sowie Abgeordnete und Minister.

Die Versicherten sollen sich gemäß ihrer Leistungsfähigkeit an der Finanzierung dieser Krankenversicherung beteiligen. Daher setzen wir uns dafür ein, dass alle den gleichen prozentualen Anteil von ihren gesamten Einkünften einzahlen.

Die Heranziehung der positiven Einkünfte soll verhindern, dass verschiedene Einkunftsarten untereinander verrechnet werden können.

Beitragsbemessungsgrenze

Die Lohnbezogenheit der Versicherungsbeiträge in der Krankenversicherung entsprach ursprünglich durchaus dem Prinzip der Beitragsäquivalenz. Die gesetzliche Krankenversicherung diente im ausgehenden 19. Jahrhundert in erster Linie dazu, das Risiko des Lohnausfalls abzusichern. Die Höhe der Lohnersatzleistungen stand in direktem Zusammenhang mit der Höhe des ausbleibenden Lohns.

Im Laufe der Zeit hat das Element der Umverteilung, das in der ursprünglichen Konzeption der GKV eine eher untergeordnete Rolle spielte, mit jeder Leistungsausweitung an Bedeutung gewonnen. Im Jahr 1885 betrug der Anteil des Krankengeldes an den gesamten Leistungen der Krankenversicherung noch 50,3 Prozent. Im Jahre 1950 waren dagegen die Lohnersatzleistungen (Krankengeld) als prozentualer Anteil der Ausgaben durch die Ausdehnung des Ausgabevolumens für Heilbehandlungen auf 22,4 Prozent der Gesamtausgaben gefallen. Dieser Prozess setzte sich über die folgenden Jahrzehnte fort. Zudem wurden die Lohnersatzleistungen durch das Lohnfortzahlungsgesetz ab 1970 weitgehend aus der GKV herausgenommen und auf die Arbeitgeber verlagert. Bis 2002 ist der Anteil der Lohnersatzleistungen auf 5,3 Prozent gesunken.

Ab 2006 wird die paritätische Finanzierung der Lohnersatzleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgehoben und durch die alleinige Finanzierung durch die Versicherten ersetzt. Die heutige gesetzliche Krankenversicherung dient also nur noch der Absicherung des Risikos Krankheit und der Vorsorge, nicht mehr der Absicherung von Lohnausfall. Ein Äquivalenzprinzip (wie z.B. in der gesetzlichen Rentenversicherung) kann es dabei nicht bzw. nur eingeschränkt geben, denn in der gesetzlichen Krankenversicherung führen höhere Beiträge nicht zu höheren Leistungen.

Daher kann die Beitragsbemessungsgrenze heute nur noch die Funktion der Absicherung einer übermäßigen finanziellen Belastung haben, die nicht mehr verhältnismäßig wäre aufgrund der angebotenen Leistung. Des Weiteren werden hier immer wieder Akzeptanzprobleme in der Bevölkerung angegeben, wenn die Beitragsbemessungsgrenze aufgehoben oder zu stark angehoben würde.

Pflichtversicherungsgrenze entfällt

Mit der Aufhebung der Pflichtversicherungsgrenze wird eine Abwanderung von Gutverdienenden in die PKV vermieden.

Das Bundesverfassungsgericht hat keine Bedenken, eine planmäßige Zurückdrängung der privaten Krankenversicherung zugunsten der gesetzlichen Krankenkassen zuzulassen. Die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze hält das Gericht nicht einmal für einen Eingriff in den grundrechtlichen Schutzbereich der privaten Krankenversicherung. Es bestehe kein Konkurrenzverhältnis, in

dem die Sozialversicherung einen Bereich monopolisiere, vielmehr handele es sich um verschiedene Systeme, die unter ganz unterschiedlichen Gesichtspunkten Krankheitskosten abdecken.

Parität/keine Parität

Einkünfte aus unselbständiger Arbeit sind paritätisch von Arbeitnehmer und Arbeitgeber zu finanzieren. Die Arbeitgeber stehen in der Mitverantwortung für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter. Die angeblich hohe finanzielle Belastung der Arbeitgeberseite wird durch die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten abgedeckt, so dass eine deutliche Reduzierung der Lohnkosten möglich ist.

Neubestimmung des Verhältnisses von GKV und PKV

Die Ausgestaltung der GKV als Regelversicherung für alle bedeutet für die KAB gleichzeitig, dass sich die PKV künftig vorrangig auf Zusatzversicherungen konzentrieren soll.

Des Weiteren kann sich die KAB vorstellen, dass die PKV als Anbieter zu den gleichen (und nicht zu privilegierten) Bedingungen auf dem Gesundheitsmarkt auftreten kann.

Für die Mitglieder der PKV, die ihren gesundheitlichen Schutz vollständig privat abgesichert haben müssen Übergangs- und Wahlmöglichkeiten ermöglicht werden.

Die Überführung von langjährigen PKV-Bestandskunden (Vollversicherte) in eine Bürgerversicherung wäre aus Sicht der KAB sinnvoll, um bleibende unterschiedliche Versorgungsniveaus zu beseitigen. Ihr Beitragsanteil sollte wie der aller anderen Versicherten in die Bürgerversicherung eingehen. Zugleich geht es darum, vernünftige Lösungen dafür zu finden, wie von diesem Personenkreis erworbene Rechte und Ansprüche erhalten werden können (z. B. bei den Altersrückstellungen). Der Vertrauensschutz muss gewährleistet bleiben.

Dabei sollte in der Diskussion allerdings die Verhältnismäßigkeit gewahrt bleiben: Nur etwa 8 Prozent aller Bürger sind ausschließlich PKV-Versicherte (Vollversicherung). Etwa die Hälfte aller privaten Krankenversicherungen sind Zusatzversicherungen – gegenwärtig vor allem im Krankenhausbereich, z. B. Chefarztbehandlung, Einzelzimmer etc.

2. These: Paritätische Finanzierung:

Für Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit zahlen Arbeitnehmer/-innen und Arbeitgeber/-innen je die Hälfte des Beitrages. Diese Regelung gilt analog für Beamte/innen.

3. These: Beitragsfreie Mitversicherung in der Krankenversicherung

Ehegatten und Kinder ohne eigenes bzw. mit nur geringfügigen Einkommen, für die die Versicherten unterhaltspflichtig sind, sind beitragsfrei mitzuversichern.

4. These: Sachleistungsprinzip und leistungsnahe Abrechnung

Die Versicherten erhalten direkt – ohne Vorauszahlung – die erforderliche Leistung unter Beachtung einer Kosten-Leistungs-Transparenz. Alle Leistungserbringer rechnen ihre Kosten mit den zuständigen Kassen ab.

Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse erhalten Behandlungen, Untersuchungen und Medikamente als Sachleistung. Privat Versicherte hingegen zahlen die Kosten für Behandlung und Medikamente zunächst selbst und erhalten sie später von ihrer Versicherung erstattet (Kostenerstattungsprinzip).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen arbeiten offensichtlich nicht effektiv und wenig kostentransparent. Daher unterstützen wir, dass die Krankenkassen auch Einzelverträge mit Ärzten abschließen können.

5. These: Bedarfsgerechtigkeit

Jede/r Versicherte erhält die medizinische Leistung, die der Wiederherstellung der Gesundheit, der Linderung oder Vorbeugung einer Erkrankung dient.

Es muss gewährleistet bleiben, dass den Versicherten bei Krankheit, Behinderung oder Unfällen unabhängig von Einkommen, Alter oder sozialer Schicht die bestmögliche gesundheitliche Versorgung zuteil wird. Die Ausgrenzung von elementaren Risiken lehnen wir ab (z.B. Zahnersatz, Krankengeld usw.).

Die Grundlage für eine solidarische Krankenversicherung ist ein einheitlicher Leistungskatalog, der auch in Zukunft die Gewähr für die Teilhabe der gesamten Bevölkerung am medizinischen Fortschritt bietet und eine nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin gute und notwendige Versorgung enthält.

Krankheitsrisiken sind weiterhin solidarisch in einer Wertegemeinschaft zu tragen. Insbesondere eine Risikoselektion, wie es in der privaten Krankenversicherung üblich ist, lehnen wir strikt ab. Der Zugang zu medizinischen Leistungen ist nicht mehr allen Menschen gleich möglich. Vor allem Empfänger staatlicher Sozialleistungen scheuen sich aufgrund der eingeführten Praxisgebühr und immer neuen Zuzahlungen, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Eine Aufteilung in Grund- und Wahlleistungen lehnen wir ebenso ab wie die neue gesetzliche Regelung, dass Zahnersatz und Krankengeld von den Versicherten selber zu zahlen sind.

Unter evidenzbasierter Medizin oder evidenzbasierter Praxis im engeren Sinne versteht man eine Vorgehensweise des medizinischen Handelns, jeden Patienten auf der Basis der besten zur Verfügung stehenden Daten zu versorgen. Die evidenzbasierte Medizin ist ein Paradigmenwechsel in der Medizin und beruht auf der Anwendung wissenschaftlicher Methoden, die das ganze Spektrum medizinischer Tätigkeit beinhalten und auch lang etablierte medizinische Traditionen, die noch nie systematisch hinterfragt wurden, kritisch werten.

6. These: Entlastung der Krankenversicherung von Finanzierung von Fremdleistungen

Als gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind über Steuern zu finanzieren: U.a. Schwangerschafts-, Mutterschutzleistungen, Haushaltshilfen. Sie sind weiterhin Bestandteil der GKV.

Versicherungsfremde Leistungen sind Leistungen, die in erster Linie im allgemeinen Interesse des Staates liegen. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz werden diese Leistungen (z.B. Leistungen rund um die Schwangerschaft, Mutterschaftsgeld oder Krankengeld bei Betreuung eines erkrankten Kindes) nicht mehr wie bisher von der Gemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten aus deren Beiträgen, sondern durch eine Erhöhung der Tabaksteuer finanziert. So erhält die gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2004 vom Bund pauschal eine Milliarde Euro, 2005 2,5 Milliarden Euro und ab 2006 jeweils 4,2 Milliarden Euro (§ 221 SGB V).

7. These: Stärkung der Prävention

- *Als Grundsatz in unserem Gesundheitssystem gilt: Prävention hat immer Vorrang vor kurativer Medizin. Es müssen alle Anstrengungen unternommen werden, damit Menschen in einem ge-*

sunden Lebensumfeld leben können. Das schließt auch ihre Eigenverantwortung für ein gesundheitsbewusstes Leben ein.

- *Ein eigenes Präventionsgesetz ist zu schaffen. Ein solches Gesetz muss alle Bereiche, in denen Prävention betrieben werden kann, mit einbeziehen. Dazu gehören neben Kindergärten, Schulen und Erwachsenenbildung auch die Medien und eine betriebliche Gesundheitsförderung.*
- *Zur Stärkung der Prävention ist es nötig, sie als eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe in gemeinsamer Verantwortung aller zuständigen und verantwortlichen Organisationen und der Politik ressort- und ebenenübergreifend wahrzunehmen und zu finanzieren.*

Nicht weniger als 70 Prozent aller Krankheiten werden durch Arbeits- und Umweltbelastung hervorgerufen. Daher ist Prävention mehr als der vernünftige und eigenverantwortliche Umgang jedes Einzelnen mit seinem Körper durch ein gesundheitsbewusstes Leben. Zum Beispiel Arbeitswelt: Arbeitsbedingte Erkrankungen kosten die Kassen jährlich 28 Milliarden Euro. Hier sind nach Meinung von Experten durch die Vermeidung von Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz Kosteneinsparungen von mindestens 20 Prozent möglich, ganz davon abgesehen, welchen hohen Wert die Vermeidung einer Erkrankung oder Verletzung aus menschlicher Sicht hat.

8. These: Starke Selbstverwaltung

- *Die Selbstverwaltung in einer solidarischen Krankenversicherung ist so auszugestalten, dass sie die Rechte der Versicherten einfordern kann.*
- *Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben ist sie zuständig für Qualität und Sicherheit der angebotenen Leistungen.*
- *Die gesetzlichen Rahmenbedingungen müssen den Selbstverwaltungsorganen genügend Spielräume zur eigenen Gestaltung schaffen. Deshalb ist es wichtig, den Einfluss des Staates zu vermindern und die Entscheidungskompetenz der sozialen Selbstverwaltung zu stärken.*

9. These: Kooperation unter Leistungserbringern

- *Kooperation zwischen den Leistungserbringern und übergreifende Versorgung sind zu gewährleisten.*
- *Dazu müssen Behandlungsleitlinien und Kooperationsnetze geschaffen werden: (z. B. Hausarztmodelle).*

Aufgrund der Vielzahl von Schnittstellen im Versorgungsprozess (allgemeinärztlich/ fachärztlich, ambulant/stationär, akut-medizinisch/rehabilitativ, sprechende/technikorientierte Medizin) ist eine integrierte Versorgung einzuführen. Alle Leistungsträger müssen die Möglichkeit erhalten, eine abgestimmte Versorgung anzubieten, bei der Hausarzt- und Fachärzte, ärztliche und nicht-ärztliche Leistungserbringer, ambulanter und stationärer Bereich unter Einbeziehung u. a. auch von Psychotherapeuten und Heilpraktikern zusammenwirken. Dazu gehört auch die Aufhebung der strikten Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung.

Die Qualifizierung aller Leistungserbringer ist auf die Vorgaben der evidenzbasierten Medizin abzustimmen und verpflichtend. Durch ein funktionierendes Qualitätsmanagement wird automatisch ein positiver Wettbewerb zwischen den einzelnen Leistungserbringern erzeugt, da die Patienten beispielweise einen qualitativ guten Arzt oder Heilpraktiker vorziehen werden.

10. These: Wirtschaftlichkeit und Einsparpotentiale

- *Solidarität schließt eine strikte Beachtung von Wirtschaftlichkeit ein. Alle im System bestehenden Rationalisierungsreserven müssen deshalb konsequent ausgeschöpft werden (z.B. Positivliste).*
- *Es sind Steuerungsanreize für Einsparverhalten sowohl bei Versicherten wie auch bei Leistungsanbietern zu verstärken.*

Die Einführung einer Positivliste bei Medikamenten führt zu einer deutlichen Kostensenkung im Gesundheitswesen und ist darüber hinaus ein Beitrag zur Verbesserung von Qualität und Transparenz. Gerade die Pharmaindustrie profitiert von der jetzigen Ausgestaltung unseres Gesundheitssystems. Es sind über 45 000 Fertig-Arzneimittel auf dem deutschen Markt, davon viele, die nicht endgültig auf Qualität und Unbedenklichkeit geprüft wurde.

Sämtliche Verschiebebahnhöfe zwischen den Sozialversicherungen müssen gestoppt werden. Eindeutige Zuordnungen der einzelnen Leistungen der Sozialversicherungen verhindern die Möglichkeit, Kosten immer wieder nach Kassenlage zu verschieben.

Um eine Über-, Fehl- und Unterversorgung zu vermeiden, bedarf es auch der Einführung von Steuerungsanreizen für Einsparverhalten.

Eine medizinisch erprobte (evidenzbasierte) Behandlung muss der Regelfall werden, Doppeluntersuchungen und Fehlbehandlungen, um das System zur eigenen Gewinnmaximierung zu nutzen, müssen unterbleiben. Versicherten müssten beispielsweise sämtliche vernünftigen Vorsorgeuntersuchungen von der Krankenversicherung bezahlt werden.

11. These: Stärkung von Patienteninformation und rechten

- *Patienteninformation und -rechte müssen gestärkt und wesentlich verbessert werden.*
- *Der Patient muss erfahren und verständlich erklärt bekommen, welche Diagnosen gestellt wurden und Behandlungsleitlinien vorgeschlagen werden und welche Kosten durch die Behandlung entstehen.*
- *Daher muss eine allgemein verständliche Patientenquittung unaufgefordert und kostenlos dem Patienten / der Patientin übergeben werden.*
- *Die Einführung einer intelligenten Patientenkarte befürworten wir.*
- *Patienten sollten sich über die Häufigkeit und Qualität von Operationen, aber auch über Behandlungsfehler kompetent und neutral informieren können. Daher fordern wir die Einrichtung von unabhängigen Ombuds- und Sachverständigenstellen zur Patientenberatung und zur Klärung von medizinischen und juristischen Zweifelsfällen.*

Der Patient und die Patientin sind bei der medizinischen Beratung durch den Arzt oder die Ärztin in einem Wissensdefizit. Er/sie kann in der Regel nicht souverän mit den Leistungsanbietern diskutieren. Als Empfänger von Sachleistungen ist er/sie darüber hinaus oft Objekt der Behandlungen und weniger aktives Subjekt in der Arzt-Patienten-Beziehung. Bürger sind also in ihrer Nachfrage- und Nutzerrolle von Gesundheitsdienstleistungen häufig in einer sehr unterlegenen Situation. Sozialrecht, Behandlungs- und Krankenhausaufnahmeverträge, Pflegeverträge und das einschlägige Verbraucherschutzrecht bieten zwar eine gewisse Information und Sicherheit. Es fehlt jedoch an Transparenz und Übersichtlichkeit, die ein selbstbestimmtes Handeln ermöglichen würden. Ein zentrales Problem sind Behandlungsfehler und der medizinische und juristische Umgang damit.

Für die elektronische Gesundheitskarte muss ein korrekter Datenschutz oberste Priorität haben. Diese Gesundheitskarte darf lediglich dazu dienen, dass Befunde, die in Arztpraxen unterschiedlicher Fachrichtungen, in Krankenhäusern hier gespeichert werden, um Doppeluntersuchungen

und falsche Medikamentenwahl zu vermeiden und Ärzten eine bessere Übersicht und damit die richtige Behandlung zu erleichtern.