

Makrothesen zum Gesundheitswesen

Dieses Thesenpapier wurde vom ehrenamtlichen Vorstand der Bürgerinitiative Gesundheit DGVP e.V. erarbeitet und verabschiedet. Neueste Studienergebnisse sind hierbei ebenso berücksichtigt wie Forderungen, die wir und unsere Kompetenzpartner seit langem erheben.

Die Bürgerinitiative Gesundheit teilt mit Ärzten, Angehörigen anderer Gesundheitsberufe und Institutionen im Gesundheitswesen die Sorge, dass das Versorgungsniveau der Bevölkerung wegen der aktuellen Rahmenbedingungen sowie der politischen Denk- und Handlungsansätze immer weiter sinkt und es denen, die die Versorgung/ Behandlung/ Betreuung der Patienten leisten, zunehmend erschwert wird, diese Leistungen zu erbringen.

Dieses Thesenpapier will die Notwendigkeiten und Möglichkeiten wirksamer struktureller Veränderungen aufzeigen. Auf Grundlage dieser Thesen suchen wir den Dialog mit allen Kräften unseres Landes, die an der Gestaltung unseres Gesundheits- und Sozialsystems mitwirken. Zur Umsetzung dieser Vorschläge/ Lösungsansätze schließen wir mit allen Bereichen unseres Gesellschaftssystems Kompetenzpartnerschaften.

Bestandsaufnahme

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gehört weltweit zu den leistungsfähigsten Gesundheitssystemen. Ihre besondere Stärke liegt darin, dass sie den Patientinnen und Patienten ohne Rücksicht auf ihre Finanzmittel den Zugang zu den medizinisch notwendigen Leistungen und die uneingeschränkte Teilhabe am medizinisch-technischen Fortschritt ermöglicht.

Gleichwohl weist die GKV gravierende Qualitäts- und Effizienzdefizite auf. Überkapazitäten v.a. in Ballungsräumen stehen fehlenden Versorgungskapazitäten in strukturschwachen Gebieten und sozialen Brennpunkten in den Ballungsräumen und Städten gegenüber. Noch immer gibt es auf breiter Front Über-, Unter- und Fehlversorgungen.

Die Politik hat in den letzten drei Jahrzehnten in dichter Folge Gesundheitsreformen verabschiedet, in deren Zentrum in erster Linie Maßnahmen zur Ausgabendämpfung bzw. zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung standen. Dabei hat sie zum einen Leistungen ausgegrenzt, die die Patientinnen und Patienten nun mehr privat bezahlen müssen. Zum anderen hat sie das Gesundheitswesen mit einem wild wuchernden, inhärenten Gestrüpp von Regulierungsmaßnahmen überzogen, das nicht nur für Außenstehende kaum durchschaubar ist.

Die GKV ist dadurch zu einem hoch komplexen, hoch komplizierten, extrem bürokratischen und intransparenten System geworden, das überdies eine Vielzahl von Fehlanreizen und widersprüchlichen Zielen enthält und die Grenze seiner Steuerungsfähigkeit mittlerweile erreicht, wenn nicht sogar bereits überschritten hat.

Die von der Politik allenthalben angestrebte Effizienzsteigerung geht vielfach zu Lasten der Versorgungsqualität. So bewirkten nicht-leistungsgerechte Vergütungen Unterfinanzierungen in der ambulanten und stationären Versorgung. Das führte nicht nur zur Demotivation bei den Ärzten, dem Pflegepersonal und den Angehörigen der anderen nicht-ärztlichen Medizinberufen, sondern verschlechterte auch die medizinische Behandlung und pflegerische Betreuung der

Patientinnen und Patienten nachhaltig. Einige Steuerungsinstrumente (bspw. Arznei- und Heilmittelrichtgrößen) veranlassten mehr als die Hälfte der Ärzte nach eigenen Bekundungen sogar dazu, ihren Patienten medizinisch erforderliche Leistungen vorzuenthalten bzw. solche Leistungen auf Privatrezept zu verordnen.

Der von der Politik als Wettstreit um Qualität und Preis von Leistungen angelegte Wettbewerb im Gesundheitswesen (der so genannte selektive Vertragswettbewerb) hatte in der Realität aber andere Effekte: Wegen der individualrationalen Sachzwänge der Krankenkassen (Vermeidung der Erhebung eines Zusatzbeitrags) entpuppte er sich vielfach als Wettbewerb, in dem es primär um den Preis der Leistungen geht, während die Leistungsqualität auf der Strecke bleibt. Wenn Krankenkassen – wie bei Verträgen über eine hausarztzentrierte Versorgung – Qualitätsverbesserungen mit Vergütungserhöhungen für die betreffenden Leistungserbringer kombinieren, sollen die dadurch bedingten Mehrausgaben durch Einsparungen in anderen Leistungssektoren (Krankenhausweisungen, Arzneimittelverordnungen) gegenfinanziert werden.

Die Aktivierung von Wirtschaftlichkeitsreserven, angeschoben und forciert von der Politik, hat also in weiten Bereichen zu einer Ökonomisierung der Versorgung geführt, die offene und verdeckte Rationierungen von Gesundheitsleistungen ausgelöst und die Qualität der Versorgung nachhaltig beeinträchtigt hat.

Aktuelle und künftige Herausforderungen an unser Gesundheitssystem

Die Gesundheitspolitik unterschätzt noch immer den Druck auf die Gesundheitsausgaben, der von der unabwendbaren demografischen Entwicklung der nächsten Jahrzehnte und dem medizinischen-technischen Fortschritt ausgeht. Diese Entwicklung ist für das Gesundheitssystem und die künftige Versorgung/ Behandlung/ Betreuung der Bürgerinnen und Bürger gefährlich.

Wenn das derzeitige Leistungsniveau der GKV erhalten und die Teilhabe der GKV-Versicherten am medizinisch-technischen Fortschritt auch künftig gewährleistet werden soll, müssen sich die Bürger dauerhaft auf steigende Gesundheitskosten einrichten. Vor allem die Politik ist dazu aufgerufen, (auch) in diesem Punkt wahrheitsgemäß zu informieren.

Die Gesundheitsausgaben werden selbst dann wachsen, wenn es gelingen sollte, alle Effizienzpotentiale in der GKV auszuschöpfen. Diese in der Gesundheitsökonomie unumstrittene Einschätzung ist im Wesentlichen folgenden Faktoren geschuldet:

- Der medizinisch-technische Fortschritt, an dem alle Versicherten auch in Zukunft teilhaben sollen, fordert seinen Preis. Er verschlingt immer mehr finanzielle Ressourcen und ist und bleibt der primäre Ausgabentreiber.
- Die demografische Entwicklung („alternde Gesellschaft“) ist der zweitwichtigste Faktor. Die Gesamtbevölkerung wird Prognosen des Statistischen Bundesamtes zufolge von 82 Mio. Personen im Jahre 2009 auf nur noch etwa 65 Mio. Personen im Jahr 2050 schrumpfen. Davon werden rund 23 Mio. Personen (33,3%) über 65 Jahre alt sein. Derzeit gehören rund 25% Bürger zu dieser Altersgruppe. Die demografische Umschichtung hat bereits dazu geführt, dass eine stetig sinkende Anzahl Erwerbstätiger mit kontinuierlich steigenden Beiträgen die Unterdeckung in der Krankenversicherung

der Rentner (KVdR) ausgleichen muss. Mit ihren eigenen Beiträgen finanzieren die Rentnerinnen und Rentner nämlich nur rund 40% ihrer Gesundheitskosten. 2050 wird je ein Erwerbstätiger für die Gesundheitsausgaben eines noch nicht bzw. nicht mehr Erwerbstätigen aufkommen müssen. Derzeit tragen je drei Erwerbstätige diese finanzielle Bürde. Die Anzahl chronisch kranker Menschen, die noch dazu an mehreren Krankheiten leiden, wird erheblich steigen. Da die Gesundheitsausgaben bei Rentnern ca. dreimal so hoch sind wie die Gesundheitskosten je Versicherten in der Allgemeinen Krankenversicherung, läuft die GKV seit geraumer Zeit in eine doppelte demografische Falle hinein: Die steigende Anzahl an Rentnern generiert wachsende Gesundheitsausgaben, die von einer abnehmenden Anzahl Erwerbstätiger finanziert werden müssen.

- Die weitere Steigerung des Bundeszuschusses aus Steuermitteln (2011:14,3 Mrd. Euro) stellt kein Patentrezept für die nachhaltige Finanzierung der GKV dar. Dieser Zuschuss konkurriert ebenso wie die staatlichen Aufwendungen für andere Zweige der Sozialversicherung mit sonstigen wichtigen Aufgabenstellungen. Aktuell fordert das Bundesministerium für Finanzen (BMF), den zur Durchführung des Sozialausgleichs beim Zusatzbeitrag bestimmten, fixen Bundeszuschuss ggf. dazu zu benutzen, die Mehrausgaben zu finanzieren, die über die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) prognostizierten Aufwendungen für die Verbesserung der ambulanten Versorgung in strukturschwachen Gebieten hinausgehen. Das wirft ein grelles Schlaglicht auf künftige Verteilungskämpfe. Die Gesundheitspolitik und die Akteure im Gesundheitswesen sollten sich darauf einstellen, dass die generelle Mittelknappheit und die ab 2016 greifende Schuldenbremse den Spielräumen für die Finanzierung der GKV aus dem Steueraufkommen enge Grenzen setzen werden.
- Die Frage der Finanzierung der Gesundheitsausgaben wird sich nach alledem immer wieder neu stellen. In Politik und Gesellschaft besteht kein Konsens darüber, wie die Finanzierungsbasis der GKV nachhaltig gesichert werden kann. Solange diese grundsätzliche Einigung fehlt, stehen alle von der jeweiligen parlamentarischen Mehrheit beschlossenen Finanzierungsreformen nach jeder Bundestagswahl wieder zur Disposition.

Ausgehend von der bisherigen Bestandsanalyse hat die Bürgerinitiative Gesundheit DGVP Leitideen zu den Bereichen Prävention, Gesundheitssystem und Versorgungszielen entwickelt.

Leitideen zur Prävention

Die behandlungs- und kostenintensiven Zivilisationskrankheiten verschlingen einen beträchtlichen Anteil der finanziellen Ressourcen unseres Gesundheitswesens. Ihrer Prävention muss daher ebenso wie der Verbesserung ihrer Behandlung verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Das Gesundheitsbewusstsein der Bürgerinnen und Bürger muss systematisch verbessert und ausgebaut werden. Jeder ist in erster Linie selbst für seine Gesundheit verantwortlich. Zumal chronische Erkrankungen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung vermieden, zumindest aber hinausgezögert werden können. Gesundheitsbewusstes Verhalten bewahrt die Lebensqualität. Prävention sollte daher völlig unabhängig von etwaigen

gesundheitsökonomischen Auswirkungen schon aus dem eigenem Interesse jedes Einzelnen betrieben werden. Politik, Akteure im Gesundheitswesen und andere Institutionen, die dem Präventionsgedanken verpflichtet sind, sind dazu aufgerufen, die Bevölkerung über die Bedeutung der Prophylaxe aufzuklären und intensiv und mit allem Nachdruck dafür zu werben, bspw. von den Impfangeboten in der GKV Gebrauch zu machen.

Wir wollen,

- dass die Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger umfassend entwickelt und gestärkt wird. Gesundheitsbewusstes Verhalten zu vermitteln und vorzuleben, ist zunächst einmal Sache der Familien. Gesundheitsbewusstes Verhalten sollte jedoch auch Bestandteil der Erziehung in Kindergärten und Schulen sein. Da die Gesundheitschancen eng mit der sozialen Schicht, Bildung und Einkommen verbunden sind, ist auf die Gesundheitserziehung von Kindern aus den unteren Bevölkerungsschichten besonderes zu achten. Zudem ist der derzeit vernachlässigte Schulsport auszubauen und zu fördern.
- dass die Bürger objektive Informationen über industriell hergestellte Nahrungsmittel erhalten, damit sie sich gesundheitsbewusst ernähren können. Dazu gehört unter anderem, den Fett- und Zuckergehalt von Produkten deutlich sichtbar auszuweisen und Warnsignale auf der Packung anzubringen, falls das Produkt ernährungsphysiologische Grenzwerte überschreitet.
- dass die Präventionsausgaben wegen ihres gesamtgesellschaftlichen Charakters aus Steuermitteln finanziert werden (Ausnahme: Präventionsmaßnahmen in der gesetzlichen Unfallversicherung).
- dass der Einzelne und die Gemeinschaft wieder besser durch Impfungen vor gefährlichen Infektionskrankheiten geschützt sind. Das „aufsuchende Impfen“ in Kindergärten und Schulen sollte wieder eingeführt werden. Dafür sind die personellen Kapazitäten des öffentlichen Gesundheitsdienstes wieder aufzustocken, die in den letzten Jahrzehnten bundesweit stark reduziert wurden.

Leitideen zur Ausgestaltung des Gesundheitssystems

Alle Bürgerinnen und Bürger haben einen Anspruch auf eine hochwertige, bezahlbare, bedarfsgerechte und (möglichst) wohnortnahe Versorgung mit Gesundheitsleistungen.

Wir wollen,

- dass die Vorgaben des §12 Abs. 1 SGB V sowohl bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) als auch im Versorgungsalltag konsequent umgesetzt werden: *Ausreichend* ist eine Versorgung, die gut ist nach den Grundsätzen der Good Clinical Practice. *Zweckmäßig* ist eine Versorgung, die in einer dem Behandlungsziel angemessenen Qualität erbracht wird. *Wirtschaftlich* ist eine Versorgung, die für das konkrete Behandlungsziel effektiv ist. Stehen gleichwertige Therapiealternativen zur Verfügung, ist die kostengünstigere Option zu wählen. *Notwendig* ist eine Versorgung, die nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin sachlich richtig und korrekt und an die Spezifika des kranken Individuums angepasst ist.

- dass der GKV-Leistungskatalog auch künftig sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen umfasst. Medizinisch wünschbare, aber nicht notwendige Leistungen sind entweder aus eigener Tasche zu bezahlen oder privat zu versichern.
- dass sowohl auf Bundes- als auch auf Landes- und Kommunalebene zuerst für die behandlungs- und kostenintensiven chronischen Volkskrankheiten ganzheitlich orientierte Gesundheitsziele und Konzeptionen zu ihrer Umsetzung beschlossen werden und die Realisierung der vereinbarten Ziele überwacht und sichergestellt wird (bspw. Senkung des Anteils der Neuerkrankungen an Diabetes mellitus um einen bestimmten Prozentsatz in einem bestimmten Zeitraum).
- dass das Gesundheitssystem konsequent auf den regionalen Bedarf und die individuellen Bedürfnisse der Versicherten und Patienten ausgerichtet wird, wobei die Bevölkerung in die Diskussionsprozesse eingebunden werden soll, die der Entwicklung der Versorgungsstrukturen vorzuschalten sind.
- dass jede Person und jede Institution, die sich an der Versorgung beteiligt, stets eine hohe Versorgungsqualität gewährleistet. Kapitalgesellschaften, die diese Voraussetzung erfüllen, dürfen nicht von der Versorgung ausgeschlossen werden.
- dass in der ambulanten Versorgung einerseits Überkapazitäten verfassungskonform abgebaut und andererseits Kapazitätsdefizite kompensiert werden. Die Bedarfsplanung muss generell auf aktuellen empirischen Versorgungsdaten beruhen. Die überbürokratisierten Ambulanten Kodierrichtlinien sollten in vereinfachter Form beibehalten werden. Die Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung sollte auch in Zukunft in erster Linie Sache der Ärzte und Krankenkassen sein, die Bürgerinnen und Bürger, deren medizinische Versorgung Gegenstand der regionalen Bedarfsplanung ist, sind jedoch in die Planungsprozesse einzubinden.
 Zum Ausgleich struktureller Unterversorgungen auf dem Land oder in sozialen Brennpunkten der Städte und Ballungsräume muss ein breites Spektrum von Maßnahmen zur Verfügung stehen. Dort, wo Lockerungen des Vertragsarztrechts (Aufhebung der Residenzpflicht, Zweigpraxen) und finanzielle Anreize (z.B. Honorarzuschläge) nicht ausreichen, eine wohnortnahe Versorgung durch „Präsenzärzte“ zu gewährleisten, müssen weitere Flexibilisierungen der Versorgung möglich sein (bspw. regelmäßige Sprechstunden von Haus- und Fachärzten in Praxen, die die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenkassen oder die Kommune/ der Landkreis finanzieren). Darüber hinaus sollte die Option einer „aufsuchenden Medizin“ geschaffen werden, bei der der Arzt mit einem Medi-Mobil, in einer „rollenden Praxis“ zum Patienten kommt.
- dass der lang anhaltende Investitionsstau in der stationären Versorgung durch die monistische Finanzierung der Krankenhäuser beseitigt wird. Die Investitionen der Krankenhäuser sind dann nicht mehr von den Ländern, sondern von den Krankenkassen zu finanzieren. Die Gegenfinanzierung könnte systemkonform dadurch erfolgen, dass die Krankenkassen eine gesetzlich festgeschriebene Zuweisung aus dem Steueraufkommen der Länder erhalten.
- dass die Regelversorgung aller Patientinnen und Patienten weiterhin kollektivvertraglich geregelt wird und der selektive Vertragswettbewerb auf die Ergänzung der Kollektivverträge beschränkt bleibt. So wird ein Flickenteppich in der Versorgung vermieden und die rechtliche Gleichbehandlung aller Patienten sichergestellt.

- dass Politik, Ärzte, Apotheken, Krankenkassen und Patientenverbände gemeinsam darauf hinwirken, die vielfach unzureichende Therapietreue (Compliance/ Adhärenz) chronisch Kranker spürbar und nachhaltig zu verbessern. Davon profitierten zunächst einmal die Patienten selbst. Ihre Lebensqualität würde verbessert bzw. im Rahmen des medizinisch Möglichen erhalten, Folgeerkrankungen entweder ganz vermieden oder deren Eintritt zumindest hinausgezögert. Complianceverbesserungen kämen aber auch den Krankenkassen zugute. Sie könnten z.B. Ausgaben für die Behandlung von Folgeerkrankungen, stationäre Einweisungen sowie Heil- und Hilfsmittelversorgungen einsparen. Die Kosten unzulänglicher Therapietreue werden auf bis zu 25 Mrd. Euro jährlich geschätzt.
- dass die Versorgungsqualität Vorrang vor Kostendämpfungsaspekten hat. Für ergänzende Selektivverträge ist daher kein Raum, wenn und soweit sie die jeweiligen Leistungserbringer zu Preiszugeständnissen zwingen, die unter betriebswirtschaftlichen Aspekten auf Dauer nur durch Abstriche an der Versorgungsqualität finanzierbar sind. Rabattverträge über generikafähige Arzneimittel können insbesondere bei älteren Menschen die Therapietreue (Compliance/ Adhärenz) und die Therapiesicherheit beeinträchtigen und dadurch nicht nur ihre Lebensqualität verschlechtern, sondern auch höhere Gesundheitskosten in anderen Leistungssektoren verursachen. Sie sind deshalb gesetzlich zu verbieten.
- dass Patienten neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden so schnell wie möglich zugutekommen, die den bisherigen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden therapeutisch überlegen sind. Vor überbewerteten „Scheininnovationen“ sind Patienten und Beitragszahler zu schützen. Dasselbe gilt für Arznei- und Hilfsmittel sowie medizintechnische Produkte.
- dass die Patienten im G-BA ein Stimmrecht erhalten. Ihre gleichberechtigte Mitwirkung in diesem Gremium setzt allerdings voraus, dass sie anders als bisher von den Versicherten gewählt werden. Die Patientenvertreter im G-BA dürfen finanziell weder von Leistungserbringern noch den Krankenkassen, weder von der pharmazeutischen noch der medizintechnischen Industrie abhängig sein.
- dass die Versorgungsforschung unter Berücksichtigung der technologischen Entwicklung und nationaler wie internationaler Erkenntnisse ausgebaut wird. Ihre Ergebnisse fließen in evidenzbasierte Behandlungsleitlinien ein und stehen damit bundesweit für die Verbesserung Versorgung zur Verfügung.
- dass der Gesundheitsfonds aufgelöst und den Krankenkassen die volle Beitragsautonomie zurückgegeben wird. Der Einheitsbeitrag und ein etwaiger Zusatzbeitrag zwingen die Krankenkassen zurzeit individualrational dazu, kein zusätzliches Geld in die Hand zu nehmen, um Projekte zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu finanzieren, die sich für sie erst auf mittlere oder längere Sicht auszahlen. Das aktuelle Finanzierungssystem hemmt zudem kollektivrationale zielführende Investitionen zur Qualitätssteigerung. Damit konterkariert es aber das Ziel des aus System-sicht vorrangigen Kassenwettbewerbs um die Qualität der Versorgung. Ein vom Arbeitgeber/ Rentenversicherungsträger abzuführender kassenindividueller Beitrag bietet bessere Chancen für diesen Wettbewerb.
- dass die ordnungspolitisch systemfremden Wahltarife in der GKV wieder abgeschafft werden. Wahltarife, die Prämienzahlungen vorsehen, entziehen der GKV überdies Mittel, die dringend für die Versorgung benötigt werden. Den Krankenkassen sollte aber die Möglichkeit erhalten bleiben, mit Unternehmen der Privaten Krankenversicherung

(PKV) zu kooperieren und ihre Versicherten auf die dort angebotenen Zusatztarife aufmerksam zu machen.

- dass das BMG die wichtigsten Kennzahlen jeder Krankenkasse im Interesse der Transparenz veröffentlicht, damit jedes GKV-Mitglied seine Kassenwahlentscheidung auf einer möglichst breiten Informationsgrundlage treffen kann.
- dass der ressourcenverzehrende, strukturkonservative, morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) mit dem Ziel seiner Abschaffung vereinfacht und zurückgeführt wird.
- dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) so umstrukturiert wird, dass die sachliche Unabhängigkeit des MDK hergestellt und gesichert wird, die in der öffentlichen Diskussion um gravierende Fehleinschätzungen des bislang von den Krankenkassen allein gelenkten MDK nicht von ungefähr angezweifelt wird.
- dass der Zusatzbeitrag abgeschafft wird. Damit würden die Kosten des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts nicht mehr allein den GKV-Mitgliedern aufgebürdet. Zugleich entfällt der aufwändige und bürokratische Sozialausgleich.
- dass die Parität bei der Beitragszahlung von Arbeitnehmern und Rentnern einerseits und Arbeitgebern/ Trägern der Rentenversicherung andererseits wieder hergestellt wird. Der Sonderbeitrag der Versicherten (0,9 Beitragssatzpunkte) ist abzuschaffen.
- dass Praxisgebühr und Zuzahlungen (2010: 5 Mrd. Euro – 0,5 Beitragssatzpunkte) aufgehoben werden. Es handelt es sich hierbei um reine Finanzierungsinstrumente, die das Solidarprinzip zu Lasten der Kranken und zu Gunsten der Gesunden durchbrechen. Die Praxisgebühr besitzt die ihr ursprünglich zugeordnete Steuerungswirkung bei durchschnittlich ca. 18 Arztkontakten pro Jahr und Versicherten nicht. Der Wegfall von Praxisgebühr und Zuzahlungen trägt zudem bei den Leistungserbringern und den Krankenkassen zum Bürokratieabbau bei.
- dass die Regelungen schrittweise rückgängig gemacht werden, durch die die Politik den Staat und andere Zweige der Sozialversicherung auf Kosten der GKV und ihrer Beitragszahler entlastet hat („Verschiebebahnhöfe“). Dadurch fließen den Krankenkassen jährlich Mehreinnahmen von etwa 5 Mrd. Euro zu. Dies entspricht 0,5 Beitragssatzpunkten.
- dass die Mehrwertsteuer auf Humanarzneimittel (19%) nach dem Muster der Mehrwertsteuer auf Tierarzneimittel auf den ermäßigten Satz (7%) gesenkt wird. Deutschland gehört zu den wenigen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, die Humanarzneimittel mit dem Höchstsatz der Mehrwertsteuer belasten. Beitragszahler und Patienten würden dadurch jährlich um 2,9 Mrd. Euro (0,3 Beitragssatzpunkte, Basis des Jahres 2010) entlastet.
- dass die PKV als eigenständige Vollkostenversicherung erhalten bleibt. Die PKV darf wegen ihrer risikoadjustierten Finanzierung nicht in den Morbi-RSA einbezogen werden.
- dass jeder Bürger die freie Wahl zwischen einer Versicherung entweder in der GKV oder in der PKV hat. Dies bedingt die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze.
- dass die soziale Pflegeversicherung in die GKV integriert wird. Dadurch werden Schnittstellenprobleme (bspw. geriatrische Rehabilitation) behoben und die Versorgungsqualität verbessert.

- dass die Förderung von Patienten- und Verbraucherorganisationen erleichtert und verbessert wird, um die dort vorhandenen Kompetenzen besser nutzen und ihre Aktivitäten verstärken zu können. Im Interesse der finanziellen und sachlichen Unabhängigkeit dieser Vereinigungen ist die Verpflichtung der GKV wieder aufzuheben, „unabhängige“ Einrichtungen der Patienten- und Verbraucherberatung zu fördern.
- dass der Gesetzgeber ganzheitliche, realistische, valide, widerspruchsfreie und verlässliche Rahmenbedingungen schafft, die den Akteuren im Gesundheitswesen einerseits Handlungsspielräume eröffnen und andererseits ein hohes Maß an Berechenbarkeit und Planungssicherheit gewährleisten. Nur punktuelle politische Eingriffe in das Gesundheitswesen müssen unterbunden werden.
- dass die Folgenabschätzungen gesundheitspolitischer Gesetze professionalisiert und politische Wunschvorstellungen der jeweiligen Bundesregierung/ Koalition durch realitätsnahe Daten ersetzt werden.
- dass für die Versorgung bedeutsame Gesetze nach wissenschaftlichen Kriterien von unabhängigen Institutionen objektiv und neutral evaluiert und ggf. die aus dieser Evaluation resultierenden politischen Konsequenzen von der Nachbesserung bis hin zur Aufhebung von Regelungen gezogen werden.
- dass Gesundheits-, Wirtschafts-, Sozial-, Standort-, Verbraucher- und Forschungspolitik in dem Sinne aus einer Hand gemacht werden, so dass durch ressortübergreifendes Handeln eine ganzheitliche, schlüssige und stimmige Konzeption für den wichtigsten Wirtschaftszweig unseres Landes, die Gesundheitswirtschaft, entwickelt, aktualisiert und umgesetzt wird.

Leitideen zur Ausgestaltung von Versorgungszielen

Alle Bürgerinnen und Bürger haben den Anspruch, nach dem allgemein anerkannten aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse behandelt zu werden. Medizinisch notwendige Leistungen dürfen ihnen nicht vorenthalten werden.

Wir wollen,

- dass der G-BA auf einer gesicherten empirischen Grundlage möglichst rasch Entscheidungen über die Anerkennung bzw. den Ausschluss neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden trifft. Im Zweifel sollte er neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden befristet anerkennen und die Auflage machen, ihren therapeutischen (Mehr-)Nutzen durch Versorgungsstudien zu belegen.
- dass die Akteure auf der regionalen und lokalen Ebene integrierte und vernetzte Versorgungsstrukturen entwickeln und implementieren, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Pflege sektorenübergreifend bündeln und rund um die Uhr für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung zur Verfügung stehen. Versorgungskonzepte und Behandlungspfade sind unter den beteiligten Leistungserbringern im Detail abzustimmen. Sie sind auf der Grundlage der jeweils aktuellen Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin zu erarbeiten und anzupassen.
- dass eine wohnortnahe fachärztliche Versorgung auch durch niedergelassene Ärzte angeboten wird. Es ist ggf. Sache der Patienten zu entscheiden, ob sie sich von

einem Vertragsarzt oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum behandeln lassen wollen.

- dass Patienten den behandelnden Arzt oder ihr Krankenhaus frei wählen können. Dazu erhalten sie die Daten über die Leistungsprofile der regionalen Leistungserbringer zur Verfügung gestellt.
- dass die Patienten, die eine Versorgung wählen, die über den Leistungsstandard der GKV hinausgeht ihren Versorgungsanspruch gegen ihre Krankenkasse behalten. Daraus resultierende Mehrkosten zahlen die Patienten selbst (generelle Mehrkostenregelung).
- dass Leistungserbringer eine leistungsgerechte, kalkulierbare Vergütung erhalten. Für eine besonders hohe Ergebnisqualität sollte ein Leistungszuschlag gezahlt werden („Pay for performance“).
- dass für Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können, dasselbe Entgelt zu entrichten ist. Nur dann besteht zwischen Vertragsärzten und Kliniken in puncto Refinanzierung ihrer Investitionen betriebswirtschaftlich die Chancengleichheit, die für einen fairen Wettbewerb unabdingbar ist.
- dass die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten spürbar und nachhaltig intensiviert wird. Dadurch kann die Diagnostik verbessert werden. Außerdem besitzen die Patienten den Anspruch gegen ihren behandelnden Arzt, ihnen sämtliche Informationen zu vermitteln, die sie brauchen, um eine souveräne und eigenverantwortliche Entscheidung über ihre Behandlung treffen zu können („der mündige Patient“/ „Shared Decision-Making“). Der für den Behandlungserfolg eminent wichtige Dialog mit den Patienten sollte bereits im Medizinstudium geübt und trainiert werden.
- dass die Informationstechnologie (IT) im Gesundheitswesen flächendeckend eingesetzt wird. Der IT-Einsatz ist eine notwendige Bedingung für hohe Versorgungsqualität wie auch für die Generierung dringend notwendiger Effizienzgewinne.
- dass die elektronische Gesundheitskarte (eGK) in modifizierter Form im Interesse der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung so rasch wie möglich eingeführt wird. Die höchst sensiblen Gesundheitsdaten müssen allerdings besonders streng geschützt werden. Einzig und allein der Patient bestimmt, wer Zugriff auf welche Gesundheitsdaten erhält. Die eGK darf nur dann eingeführt werden, wenn sichergestellt ist, dass der Versicherte Herr seiner Gesundheitsdaten ist. Einzige Ausnahme: medizinische Notfalldaten, die autorisierten Institutionen jederzeit zugänglich sein müssen.
- dass auf Wunsch oder mit Zustimmung der Patienten elektronische Patientenakten (ePA) angelegt werden können, die wie die eGK die Qualität und Effizienz der Versorgung verbessern können. Für die ePA müssen dieselben strengen Datenschutzkriterien gelten wie für die eGK. Über den Zugriff auch auf die ePA entscheidet ausschließlich der Patient.

Der Vorstand der
 Bürgerinitiative Gesundheit DGVP e.V.
 August 2011