

Herausgeber:
Bundesvorstand
Vorstandsbereich III
Stellv. Bundesvorsitzender
Senioren
Olof-Palme-Straße 19
60349 Frankfurt

15.09.2003

Stellungnahme des BundesseniorInnenvorstandes zur Gesundheitspolitik der Bundesregierung.

Vorbemerkungen:

Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik, bedarf einer grundsätzlichen Reform. Diese Reform muss unabhängig von parteipolitischem Egoismus durchgeführt werden. Es darf bei einer solchen Reform keine Tabus geben. Ziel muss es sein, die flächendeckende Absicherung der gesundheitlichen Versorgung sicherzustellen. Dabei darf es keine Klassenunterschiede geben sondern ein solidarisches Gesundheitssystem. Das erfordert im Rahmen der Solidarität alle Gruppen der Gesellschaft, als Beitragszahler in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) einzubeziehen.

Die paritätische Beitragsfinanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber, die Erweiterung des versicherungspflichtigen Personenkreises und einheitlicher Leistungskatalog sind die Voraussetzungen, dass allen Menschen - unabhängig von ihrem Einkommen - die medizinische Behandlung zukommt, die sie im Krankheitsfall brauchen.

Prävention und Gesundheitsförderung müssen dringend ausgebaut werden. Die Qualität der Versorgung insbesondere chronisch kranker Menschen muss verbessert werden.

Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen sind das Ergebnis eines fehlgeleiteten Wettbewerbs und veralteten Organisationsstrukturen. Diese Situation zwingt zu folgenden konkreten Maßnahmen.

Organisatorische Voraussetzung für eine optimale Versorgung.



Wir fordern die Schaffung einer einheitlichen GKV. Leistungen über den Rahmen der GKV hinaus müssen privat und zusätzlich abgesichert werden. Die Gesamtzuständigkeit obliegt in der GKV dem Gesetzgeber. Deshalb setzt sich die GKV als Verwaltung wie folgt zusammen. Sie bestellt aus der GKV Mitglieder in die Geschäftsführung. Die GKV überprüft Therapie und meldet an den Versichertenrat. Die GKV empfiehlt Sonderleistungen über den Leistungskatalog hinaus. Dazu gehört die Möglichkeit, Zusatzleistungen wie Ein- und Zweibettzimmer oder Auslandskrankenschutz ihren Mitgliedern preisgünstig anzubieten.

Die Geschäftsführung besteht aus Vertretern der Gesetzgeber, des Versichertenrates, und des Verwaltungsrates.

Der Gesetzgeber kontrolliert die Geschäftsführung. Der Gesetzgeber hat die Pflicht, die medizinischen Leistungen auf das jeweils qualifizierteste Niveau anzuheben.

Der Verwaltungsrat hat die Aufgabe, durch Mitglieder den Kontakt zur Geschäftsführung zu schaffen und Sonderleistungen auf finanzielle Fragestellung zu kontrollieren. Er setzt sich zusammen aus Vertretern des Gesetzgebers, Wirtschaftsvertreter, Vertreter von Ärzten, Pharmaindustrie zusätzliche medizinische und wirtschaftliche Fachberater (Gutachter mit spez. Fachkenntnisse).

Der Versichertenrat hat die Aufgabe, durch Mitglieder den Kontakt zur Geschäftsführung zu schaffen. Der Versichertenrat setzt sich zusammen aus Versicherten, mit Fachwissen ausgestattete Vertreter von Arbeitnehmerorganisationen (Gewerkschaften, kirchliche Verbände, Berufgenossenschaften). Der Versichertenrat empfiehlt Sonderleistungen über den Leistungskatalog hinaus.

Der Bezirksversichertenrat wird in seiner regionalen Zuständigkeit vom Gesetzgeber festgelegt. Der Bezirksversichertenrat kontrolliert und bearbeitet Genehmigungsverfahren zu Sonderleistungen auch auf Basis Therapieüberprüfung durch GKV.

Mitglieder des Bezirksversichertenrates sind im Versichertenrat vertreten. Er bearbeitet und genehmigt beantragte Sonderleistungen der GKV.

Maßnahmen für eine medizinisch optimale Patientenbehandlung.



Ohne eine effiziente Reformierung des Gesundheitssystems, das unter anderem durch eine der Pharmaindustrie zuzuschreibende Kostenexplosion leidet. Sowie durch organisatorische Fehlentwicklungen in Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft, Krankenhäusern und Rehaeinrichtungen, hervorgerufen wird. Auch die Vergütung der ärztlichen Leistungen müssen auf den finanziellen Prüfstand. Ärzte die sich nicht ständig fortbilden, sollten ihre Kassenzulassung verlieren. Ärzte mit besonderen Qualifikationen, sollten damit auch werben dürfen. Für den Patienten wäre eine Behandlung auch optimaler zu organisieren, wenn mehr Ärztezentren, auch mit alternativen Behandlungsmethoden eingerichtet werden. Versorgungsnetze unter Einschluss von Krankenhäusern müssen die Regel werden. Die Ärztezentren würden auch die heutige Praxis der unkontrollierten Facharztbesuche auf das notwendige Maß einschränken. Hinzu kommt, dass der Patient stärker in das finanzielle System der Kosten für seine persönliche Behandlung eingebunden wird. Er hat einen Nachweis des behandelnden Arztes vor Abrechnung bei der Krankenkasse zu erhalten und muss diesen abzeichnen. Ein Hausarzt darf grundsätzlich nur einmal im Quartal gewechselt werden, es sei denn es entsteht ein begründetes Misstrauen zwischen Patient und Arzt oder ein Wohnungswechsel, der den Besuch des Hausarzt nicht mehr möglich macht. Ein Arztwechsel, kann grundsätzlich nur durch eine Überweisung zum Facharzt erfolgen dies kann auch auf Wunsch des Patienten geschehen. Die Vertragsgestaltung zwischen Leistungserbringern und den Kostenträgern, ist zu optimieren.

Eine Effektive Prävention in der Arbeitswelt senkt die Kosten im Gesundheitswesen.

Die Stärkung der Prävention, insbesondere im betrieblichen Alltag, kann ein wirksamer Beitrag zur Reform des Gesundheitssystems sein. Deshalb müssen krankmachenden Arbeitsbedingungen beseitigt werden. Deshalb sollte auch die Berufsgenossenschaft bei der Prävention stärker in die Pflicht genommen werden. Die Ermittlung der auf die nachgelagerten Sozialversicherungssysteme verschobenen Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen ist von hoher sozialpolitischer Brisanz. Aus einer genaueren Abschätzung der arbeitsbedingten Anteile ließen sich zugleich wichtige Potentiale für eine Präventionspolitik und somit auch für eine Kostenvermeidung bzw. Kostensenkung für die Sozialversicherungssysteme erschließen.

Beim Umbau des Gesundheitssystems ist durch eine gezielte und



effektivere Behandlung eine Kostensenkung möglich.

Eine bessere Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, mit dem Ziel, der Kostensenkung für alle Behandlungsmethoden.

Überprüfung der „richtigen“ Arzneimittel (AZM)-Verordnung z. B. über Evidence Based Medicine, Einführung allgemeingültiger und damit verbindlicher Therapierichtlinien inklusive alternativer Therapien mit Kosten Nutzen Abwägung unter starker Berücksichtigung des Therapieerfolges am Patienten. Viele der in diesem Bereich fallenden Verbesserungen, werden bereits in diesem Papier oben beschrieben (Maßnahmen für eine medizinisch optimale Patientenbehandlung).

Die Versorgung in der Ambulanten- und Heimpflege muss gesichert sein.

Aufgrund des zu erwartenden Anstiegs der Zahl der älteren Menschen (60 Jahre und älter) ist mit einem weiteren Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen und der entsprechenden Leistungsausgaben zu rechnen. Mit dem Gleichzeitigen Rückgang der Kinderzahlen und der Zunahme von Singlehaushalten wird der Kreis der als Pflegepersonen in Frage kommenden Familienangehörigen kleiner. Auswirkungen hat auch die Tatsache, dass die pflegenden Familienangehörigen ebenfalls durchschnittlich älter werden und in vielen Fällen früher an ihre körperlichen Grenzen kommen.

Es ist in vielen Fällen so, dass insbesondere ältere Menschen, die zu stationärer Krankenbehandlung aufgenommen worden sind, an einem bestimmten Punkt in ein Pflegeheim gedrängt werden. Die bestehenden gesetzlichen Regelungen zur tages- und Nachtpflege sowie zur Kurzzeitpflege sind nicht flexibel genug, den Betroffenen Versicherten und ihren Angehörigen Zeit zur Überprüfung aller Möglichkeiten zu lassen, eine Pflege im häuslichen Umfeld zu gewährleisten.

Die Pflegeversicherung muss gewährleisten, dass jeder zu pflegende Patient, die für seine Erkrankung qualifizierteste Pflege bekommt.

1. Vorrang hat den Pflegebedürftigen in seiner vertrauten Umgebung und mit möglichst weitgehender Teilhabe am gesellschaftlichen Leben die erforderliche Betreuung zu gewähren. In diesem Bereich muss sicher gestellt werden, dass die Patienten die ärztlich verordnete Pflege unverzüglich und vollständig erhalten.



2. Wenn die oben bezeichneten Voraussetzungen nicht mehr vorhanden sind, muss die Möglichkeit der Teilstationären und / oder der Stationären Pflege gesichert sein.

Die Pflegebedürftigkeit bedarf einer Neudefinition. Das gesamte Begutachtungs- und Bemessungsinstrumentarium muss neu ausgerichtet werden. Bei der Bewertung der Pflegebedürftigkeit, ist auf höchste Professionalität (Arzt), zu achten.

