Erlangen
SPD

Zum Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Beschlossen auf der Kreismitgliederversammlung am 22.07.2004

Weiterzuleiten an den Parteivorstand, die Bundestagsfraktion, den Parteivorstand, das Partei-Präsidium und den Parteirat weiterleiten.

Das auf Initiative der Ministerin für Gesundheit und soziale Sicherung vom Bundestag im November 2003 beschlossene und am 01.01.2004 in Kraft getretene Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV - Modernisierungsgesetz)“ enthält eine Reihe von Regelungen, die sich nach Ablauf eines halben Jahres als teilweise nicht praktikabel, kostenaufwändig auf Grund hohen Verwaltungsaufwandes und als sozial ungerecht erwiesen haben.

Wegen der grundsätzlichen Kritik an der Gesundheitsreform, fordert die Erlanger SPD einige Sofortkorrekturen und mittelfristig den Systemwechsel hin zur Bürgerversicherung.

Aus diesen Gründen sind in folgenden Bereichen Korrekturen bzw. Ergänzungen unbedingt erforderlich, wenn das Gesundheitssystem in Deutschland insgesamt funktionsfähig und finanzierbar bleiben soll.

1. Im Einzelnen sind folgende Korrekturen/Ergänzungen erforderlich:

1.1 notwendige Korrekturen bei der Finanzierung

a) Die möglichst schnelle Einführung einer Bürgerversicherung unter Einbeziehung aller Einkommensarten.

1.2 notwendige Korrekturen aus Sicht der niedergelassenen Ärzte

a) Weitere Reformschritte im Gesundheitssystem müssen zu einer signifikanten Entbürokratisierung führen. Ziele sind klare, einfache und dauerhaft verbindliche Regelungen für alle Beteiligten sein. Verwaltungsabläufe bei Krankenkassen und KVen müssen radikal vereinfacht werden. Dabei darf auch eine Einheitskrankenkasse im Rahmen einer Bürgerversicherung kein Tabu sein.

b) Nur eine ausreichende Transparenz der Gesundheitsdaten für PatientInnen und ÄrztInnen kann unnötige Doppeluntersuchungen verhindern (z.B. per Chipkarte, individuelle Leistungsabrechnung etc.).

c) Es müssen kreative und innovative Anreize gesetzt werden gesund zu bleiben und sich gesund zu erhalten.

1.3 notwendige Korrekturen aus Sicht der Krankenhäuser

a) Minimierung der Verwaltungsarbeit für das ärztliche und Pflegepersonal

b) Die Kontrollsysteme der Kassen sind auf das notwendige Maß zurückzuführen; das gilt in besonderem Maße für die DRGs (Diagnose Related Groups = Diagnosebezogene Fallgruppen), sonst verfehlen sie ihren eigentlichen Zweck, nämlich Transparenz bei gleich guter Qualität zu schaffen.

Wenn die DRGs greifen, müssen im ambulanten Bereich die Strukturen zur Verfügung stehen, um die zu früh entlassenen Patienten gut bzw. wenigs-

tens ausreichend betreuen zu können. Gerade für ältere Patienten ist dies eine absolute Notwendigkeit, ebenso für Behinderte.

c) Die Verzahnung ambulant/stationär muss ernsthaft betrieben werden und darf nicht nur wie z. Zt. noch die Ausnahme sein. Hierzu müssen die Krankenhäuser personell und finanziell entsprechend ausgestattet werden.

d) Bestimmte Patientengruppen dürfen durch die Kassen nicht von einer notwendigen stationären Behandlung ausgeschlossen werden.

e) Die Zuständigkeiten der verschiedenen Kostenträger im Gesundheitswesen (Krankenkassen, Rentenversicherungen, Berufsgenossenschaften usw.) müssen klar strukturiert und klar voneinander abgegrenzt werden.

f) Die KH müssen personell und finanziell in die Lage versetzt werden, das Arbeitszeitgesetz einzuhalten.

g) Bei der Zusammensetzung von Kommissionen müssen die unmittelbar Betroffenen (Ärzte und Pflegepersonal) angemessen repräsentiert sein.

1.4 notwendige Korrekturen aus Sicht der Zahnärzte

a) Abschaffung Praxisgebühr, Einziehung mit dem KK-Beitrag

b) Die zahnmedizinischen Behandlungs-Richtlinien müssen neu und sozialverträglich und medizinisch vertretbar überarbeitet werden; hierbei ist insbesondere darauf zu achten, dass

- Die konservierende Behandlung ganz im Leistungsumfang der KK verbleibt
- und die prothetische Behandlung für alle Bevölkerungsgruppen bezahlbar bleibt.
- Die Kostenerstattung muss für die zahnärztliche Therapie allein beansprucht werden können.

1.5 notwendige Korrekturen aus Sicht der Versicherten:

a) Die Zuzahlung von 2% (bzw. 1% bei chronisch Kranken und Behinderten) des Jahresbruttoeinkommens der Krankenkosten muss für Einkommensschwache ganz entfallen, zumindest aber muss die Zuzahlung auf entsprechende monatliche (1/12 des Jahresbetrages) und nicht jährliche Höchstbeträge begrenzt werden.

b) Die Krankenkassen müssen verpflichtet werden, ein einheitliches und vereinfachtes Antragsverfahren zur Befreiung von der Zuzahlung zu verwenden.

c) Die Kosten für Prophylaxe müssen von den KK generell übernommen werden.

c) Zahnersatz muss im bisherigen Umfang in der Leistung der GKV verbleiben, auch wenn dies bedeutet, dass die KK-Beiträge langsamer sinken. Die Auslagerung in private oder andere Versicherungen darf nicht erfolgen.

1.6. Pharmaindustrie

a) Die Pharmaindustrie darf sich nicht aus dem Gesundheitskompromiss verabschieden und muss ihren vollen Beitrag von einer Milliarde Euro

leisten. In Zukunft ist darauf zu achten, dass die Pharmaindustrie einen eigenen signifikanten Beitrag zur Reform des Gesundheitswesens leistet.

2. Begründungen:

Begründung zu 1.1

a) *Die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung liegen nicht in erster Linie im Ausgabenbereich. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt liegt – trotz absoluter Ausgabensteigerung - seit Mitte der 70er Jahre konstant bei 6 Prozent.*

Die gesetzliche Krankenversicherung hat aber ein Einnahmeproblem.

Der Anteil der Bruttoeinkommen aus unselbstständiger Tätigkeit am Bruttoinlandsprodukt, die sogenannte Lohnquote sinkt seit Anfang der 80er Jahre (unterbrochen durch die deutsche Einheit). Dies ist auf eine relative Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einkommen zurückzuführen. Dies ist vor allem auf eine sehr moderate Lohnentwicklung in den 80er und besonders in den 90er Jahren zurückzuführen, was eine Umverteilung des erwirtschafteten Reichtums zu Gunsten der Arbeitgeber bedeutet. Zusätzlich reduziert die hohe Arbeitslosigkeit das verfügbare Einkommen der Bevölkerung. In der Reduzierung der Arbeitslosigkeit liegt auch ein Schlüssel zur Lösung des Einnahmeproblems.

Die Finanzierungsbasis der GKV hat sich also Schritt für Schritt verkleinert. Da das Einkommen im Vergleich zum BIP sinkt, muss für gleiche Ausgaben der Anteil – also der Beitragssatz –, der dieses geringere Einkommen beiträgt entsprechend steigen.

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung leidet weiterhin darunter, dass die Beiträge nur auf Löhne und Gehälter erhoben werden, und die Bürger mit den höchsten Einkommen und der besten Gesundheit zu einem großen Anteil nicht in dem solidarischen System mit versichert sind. Da die Gesundheit in Deutschland wie in allen anderen Industrieländern mit dem Einkommen und der Bildung zusammenhängt, verliert das gesetzliche Krankenversicherungssystem insbesondere die Mitglieder, die gleichzeitig einkommensstärker und gesünder als der Durchschnitt sind. Jedes Jahr gehen dem System der GKV dadurch zusätzlich mehr als 1 Mrd. Euro an Einnahmen verloren.

Eine Bürgerversicherung in der alle Einkommensarten einbezogen wären, würde daher die Einnahmeprobleme beseitigen. Sie schließt zukünftig auch die Gutverdienenden, Beamten und Selbstständigen in das solidarische System der Krankenversicherung ein. Außerdem würden auch Beiträge auf Miet-, Zins- und Kapitaleinkünfte erhoben. Dadurch wird außerdem die einseitige Belastung der Arbeitskosten durch weiter wachsende Sozialabgaben überwunden.

Begründung zu 1.2

a) *Das jetzige System kombiniert die Nachteile aus Planwirtschaft und Marktwirtschaft, hier ist eine Neuorientierung nötig hin zu einer gerechten und solidarischen Gesundheitsversorgung. Ob dieses Ziel dann das gesamte Leis-*

tungsspektrum der ambulanten Versorgung umfassen kann, hängt von an der Finanzierungsgrundlage ab

Wer Unterversorgung verhindern will muss Überversorgung abbauen und die Leistungen, die notwendigerweise erbracht wurden, leistungsgerecht entlohnen. (Der zunehmende ÄrztInnenmangel ist eine Gefahr für unser Gesundheitssystem !) Weder betriebswirtschaftliche Interessen noch subjektive Befindlichkeit dürfen als Rechtfertigung für verschwenderischen Umgang mit Ressourcen dienen.

b: *Krimineller Umgang mit individuellen Gesundheitsdaten ist zu unterbinden, die Gefahr dieses Missbrauchs darf jedoch nicht nötige Veränderungen blockieren. Beispielsweise muss der illegale Zugriff von Arbeitgebern auf die Gesundheitsdaten von Mitarbeitern mit empfindlichen Strafen bedroht sein. Trotzdem dürfen hier nicht – wie bisher – übertriebene Bedenken von Datenschützern den sinnvollen Einsatz von Daten-Speichertechnologie blockieren.*

c) *Eigenverantwortung und verantwortlicher Umgang mit dem Anderen müssen oberste Prämissen im Gesundheitssystem und in der Gesundheitspolitik sein. Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe, die unverzüglich mit mutigen Schritten begonnen werden muss.*

Begründung zu 1.3

a) *Die zur Verfügung stehende Zeit für und am Patienten wird immer weniger, für Verwaltung und Dokumentation hingegen extrem unangemessen höher*

b) *Es ist jetzt schon vielfach üblich, JEDEN Patienten dem MdK zuzuführen. Auch hier wäre Transparenz notwendig: wieviel kosten MdK und die vielen "Doppelberatungen" durch verschiedenste "Berater" der Kassen (dies wird alles von den Versicherten bezahlt, ohne dass diese genau Bescheid wissen, ob diese Unzahl an Kontrollen sie gesünder macht, bzw. ob nicht eigentlich ihr Arzt oder Schwester, der sie kennt, die Beratung am besten durchführen könnte.)*

d) *Beispiel: Suchtkranke bei manchen Kassen, oder Selbstverantwortung gleich Selbstverschuldung*

e) *Das "Kirchturmdenken" der verschiedenen Kostenträger mit exorbitantem Antrags- und Verwaltungsaufwand muss nach nunmehr jahrzehntelangem aber völlig frustranem Bemühen endlich aufhören, wenn der Patient tatsächlich im Mittelpunkt stehen soll (Beispiel: die sinnlose Hin- und Herschieberei zwischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung).*

f) *Wenn das Arbeitszeitgesetz im Krankenhaus angewendet werden soll, geht es nicht ohne Vermehrung des ärztlichen und pflegerischen Personals. Die bisherigen Versuche führen zu exzessiven Überstunden, die nicht durch Freizeit ausgeglichen werden können. Hier wurde von der Politik überhaupt noch keine Lösung angeboten.*

g) *Die Quadratur des Kreises im stationären Bereich: d.h. mehr Qualität, sinkende Kosten bei gleichzeitiger Tarifsteigerung ohne Budgeterhöhung ist ausgeschlossen. Es sollten von der Bundesregierung einmal Patienten und die Ärzte, Schwestern und Pfleger an der Basis befragt werden, statt nur Gesundheitsökonomen als Berater zu wählen.*

Fazit:
Das GMG sieht überwiegend nur Einsparungen vor ohne wirksame Strukturänderungen. Medizinischer Fortschritt und Qualitätsverbesserung für die Patientenversorgung werden so nicht erreicht.

Begründung zu 1.4

a) *Die bisher funktionierende Prophylaxe bei der Zahngesundheit ist stark gefährdet, denn die Praxisgebühr übt eine abschreckende Wirkung aus. Auch wenn für Vorsorgeuntersuchungen keine Praxisgebühr berechnet werden darf, ist doch eine Vorsorge immer mit einer Beratung und/oder Behandlung verbunden, die ihrerseits jedoch gebührenpflichtig sind, und für die die Praxisgebühr fällig ist.*

   Weiter sind in den ersten 4 Monaten seit der Einführung der Praxisgebühr die Vorsorgeuntersuchungen in bayerischen Praxen alarmierend zurückgegangen. Dies wird für die Zukunft sicher die Behandlungskosten erhöhen, die weit über den vermeintlichen Einspareffekt liegen werden.

   Die Einführung der Praxisgebühr bringt einen unnötigen Bürokratismus in die Praxen. Sie kommt nur den Kassen zu Gute und soll auch von ihnen eingetrieben werden. Es kann nicht sein, dass die Arztpraxen tagtäglich mit der überflüssigen Verwaltung, wie kassieren, überwachen und weiterleiten zusätzlich belastet werden.

   Nach Berechnungen von Fachleuten bleiben von den einkassierten 10. - Euro zum Schluss nur noch 6. - übrig, denn 4. -Euro sickern in die Verwaltung.

   Die Degression und Budgetierung sorgen bereits heute für Engpässe in verschiedenen Behandlungsbereichen.

b) *Bei manchen Behandlungsmaßnahmen wie z.B. bei einer Wurzelbehandlung an einem hinteren Backenzahn übernehmen die GKV die Kosten in Ausnahmefällen, die Patienten müssen in diesem Fall ca. 300 € aus eigener Tasche bezahlen. So müssen die sozial Schwächeren nicht selten auf die Zähne verzichten, also mehr Mut zur Lücke zeigen, als sozial Stärkere.*

   Was die Versorgung mit Zahnersatz anbelangt ist es noch dramatischer. Die sozial Schwächeren, wo die Kostenübernahme von GKV 100% beträgt, bekommen allereinfachste bzw. allerbilligste Versorgung bezahlt. Obwohl diese Versicherten manchmal viel mehr und viel länger in die Kassen der GKV einbezahlt haben, als neuversicherte Mitglieder.

d) *Die Kostenerstattung ist ein Instrument für eine bessere Therapie auf Wunsch des einzelnen nach entsprechender Beratung.*

e) *Die Zahnbehandlungen im Ausland werden nach Kostenerstattung bezahlt.*

Begründung zu 1.5

Bei Erkrankung sind Einkommensschwache (z.B. bei Bezug von Kleinrenten, Sozialhilfe, Arbeitslosenhilfe/Arbeitslosengeld II) gezwungen den Jahresbetrag für die Zuzahlung zu Medikamenten, die Praxisgebühr, das Tagegeld bei stationärere Behandlung innerhalb weniger Wochen oder Monate aufzubringen, was sozial völlig ungerecht und unzumutbar ist.

Die Antragsverfahren sind uneinheitlich und werden noch schwieriger bei Ehepaaren in unterschiedlichen KK.

Bestimmte prophylaktische Maßnahmen (z.B. Augeninnendruckmessung zur Früherkennung des Glaukoms - Grünen Stars) sind aus der Erstattung der GKV gestrichen worden. Weniger Prophylaxe bedeutet steigende Erkrankungen mit erheblichen Folgekosten.

Gerade ältere Menschen benötigen erfahrungsgemäß Zahnersatz. Bisher bekannt gewordene Berechnungen Versicherungsprämien (z.B. 7 bis 9 € mtl.) zur Erstattung von Zahnersatz gehen von Patienten im Alter von 30 Jahren aus, bei den meisten Versicherungen liegt die Altersgrenze bei 65 Jahren, wobei außerdem noch Wartezeiten von 3 Jahren hinzukommen. Solche Versicherungsbedingungen sind sittenwidrig und dürfen nicht zulässig sein. Fehlender

Zusammenfassung der Begründungen

Durch die aktuelle Gesundheitsreform ist der Wandel in der ambulanten Versorgungsstruktur fortgesetzt worden. Im ambulanten Bereich besteht im Gesundheitssystem in Deutschland ein 2 Klassenunterschied zwischen gesetzlich und privat Versicherten.

Durch Praxisgebühr und Zuzahlungsregelungen ist Gesundheit für sozial Schwache und chronisch Kranke in ungerechter Weise deutlich verteuert und teilweise nicht mehr bezahlbar geworden.

PatientInnen und ÄrztInnen werden mit weiterer Bürokratie belastet, gutgemeinte Ausnahmeregelungen verschlimmbessern dies noch weiter.

Mangelhafte zahnärztliche Versorgung (Zahnerhaltung und Zahnersatz) führt zu ernsthaften Folgeerkrankungen wie Magen- Darmerkrankungen, Herzfehlern, Krebsbildungen im Mund- und Rachenraum. Die Folgekosten sind also mit Sicherheit höher als die Behandlungskosten.

„Bürokratiedschungel“ und „Regelungswust“ werden zum zunehmenden Hindernis für die Volksgesundheit.

Notwendige und nötige Steuerungseffekte (Hausarztmodell, Prävention, Eigenvorsorge, Eindämmung der Pharma-Ausgaben, Qualitätssicherung etc.) werden derzeit auf dem Rücken der Betroffenen (ÄrztInnen und PatientInnen) ausgetragen.

Die Abkehr vom Solidarprinzip im Bereich der Finanzierung von Zahnersatz und Krankengeld ist zutiefst unsozial