

Beschluss

Zugang, Teilhabe, Prävention: Grüne Gesundheitspolitik erhält und stärkt die Solidarität

Eine gute Gesundheitsversorgung ist für uns GRÜNE neben gleichen Bildungschancen und der Sicherung des soziokulturellen Existenzminimums der Maßstab für die Stärke unseres Gemeinwesens, das gleiche Chancen und gleiche Teilhabe für alle garantieren muss. Ein gerechter Zugang zu qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung und Prävention für alle Menschen ungeachtet von Herkunft, Geschlecht, sozialer Lage oder Alter sind dafür zentrale Voraussetzungen. Es darf nicht vom eigenen Geldbeutel abhängen, welche Gesundheitsversorgung man erhält.

Die schwarz-gelbe Bundesregierung hat mit ihrer so genannten Gesundheitsreform aber genau das beschlossen: Das Ende des Solidarprinzips in der Gesundheitsversorgung, die krasse Benachteiligung von Millionen von Versicherten.

Nach monatelangem Hauen und Stechen zwischen CSU und FDP beschloss Schwarz-Gelb die Erhöhung der Kassenbeiträge bei gleichzeitiger Deckelung für ArbeitgeberInnen sowie die Einführung einer Kopfpauschale unter dem Namen Zusatzbeitrag, die beliebig weit nach oben steigen kann. Damit legten Union und FDP fest, wer in Zukunft die Zeche der wachsenden Kosten im Gesundheitswesen zahlen wird: alleine die gesetzlich Versicherten. Die ArbeitgeberInnen dagegen werden nun noch weniger Anreiz haben, sich in die Debatte um die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einzumischen. Ihnen wird es egal sein, wie viel wofür im Gesundheitswesen ausgegeben wird, da ihr Anteil fix bleibt.

Gewinner sind wieder einmal Privatversicherte, die häufig überdurchschnittlich gesund und gut verdienen sind.

So sollen die Übergänge von einer gesetzlichen in eine private Versicherung deutlich erleichtert werden. Mit dem Ausbau der Kostenerstattung als – vorerst freiwilligem – Wahltarif nimmt Minister Rösler die nächste Stufe zur Abschaffung des Solidarsystems in Angriff. Perspektivisch will er die GKV auf eine Grundversorgung reduzieren, die jeder individuell durch Zusatzversicherungen aufstocken muss, wenn er die bestmögliche Gesundheitsversorgung erhalten will. Für viele werden diese Zusatzversicherungen unbezahlbar sein.

Im Pharmabereich soll bei der vorgesehenen Bewertung von neuen Medikamenten nicht etwa der Nutzen für die PatientInnen im Mittelpunkt stehen, sondern es sollen die Gewinne der Pharmaindustrie gesichert werden. Und von einer Prüfung bereits angewandter Arzneimittel soll die Pharmaindustrie faktisch ganz verschont bleiben – ein Freibrief für überbezahlte und nutzlose Pillen. Vom so genannten Arzneimittelsparpaket bleibt so nicht viel mehr als pure Lobbypolitik übrig.

Für die wirklich dringenden Aufgaben der Gesundheitspolitik dagegen haben Union und FDP keine Ideen. Die Patientenberatungsstellen werden nicht ausreichend ausgebaut, die Prävention

spielt keine Rolle, und Stillstand herrscht bei echten Strukturveränderungen wie neuen Versorgungsformen.

Die Bilanz nach einem Jahr schwarz-gelber Gesundheitspolitik lautet: Weniger Solidarität, weniger Gerechtigkeit, die gesetzlich Versicherten sind die Zahlmeister des Systems, aber für bestimmte Lobbygruppen ist laufend Bescherung. Nach den Hoteliers und der Atomlobby dürfen sich nun Pharmaunternehmen und die Private Krankenversicherung ihre Geschenke abholen.

Dieser Politik treten wir mit einer solidarischen Gesundheitspolitik entgegen, in welcher der Mensch im Mittelpunkt steht, die eine qualitativ hochwertige und nachhaltige Gesundheitsversorgung für alle garantiert, auf Prävention setzt, die Schwächsten entlastet und starke Schultern stärker in die Pflicht nimmt.

Grüne Wege in der Gesundheitspolitik – Solidarität und Qualität

Wir wollen die Gesundheitspolitik vom Kopf auf die Füße stellen. Es geht grüner Gesundheitspolitik um Grundsätzliches. Qualität spielt für uns eine entscheidende Rolle und wir betrachten sie als ein zentrales Steuerungskriterium für die Gesundheitsversorgung. Eine möglichst gute Versorgung, bei der alle Beteiligten sinnvoll, koordiniert und unbürokratisch zusammenwirken, ist unser Ziel.

In kaum einem anderen Bereich ist das Verständnis der BürgerInnen für Solidarität und ihr Hoffen darauf so ausgeprägt wie in der Krankenversicherung. Gesunde stehen für Kranke ein, einkommensstarke für einkommensschwache Personen. Diesen Solidaritätsgedanken wollen wir festigen und ausbauen. Dafür steht das Konzept der Grünen Bürgerversicherung.

Die 20 Prozent der Bevölkerung, die an der unteren Einkommensskala leben, haben heute ein doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken oder früher zu sterben wie die 20 Prozent am oberen Ende. Wir wollen den ungerechten Zustand im Gesundheitswesen beenden, wonach der Zugang zur bestmöglichen gesundheitlichen Versorgung und Behandlung vom Einkommen abhängt. Auch Prävention muss gerade die Menschen erreichen, die besonders gefährdet sind und zu einer starken Säule des Gesundheitswesens werden. Prävention ist deshalb auch ein soziales Projekt.

Eine nachhaltige Gesundheitsversorgung bedeutet für uns, Gesundheitspolitik als Querschnittsthema zu betrachten und gesundheitliches Denken und Handeln in allen Politikfeldern zu verankern.

Den Patient und die Patientin in den Mittelpunkt, Qualität als Orientierungsmarke, mehr Prävention und mehr Beteiligung der Menschen, zugängliche und vernetzte Versorgungsstrukturen, eine Finanzierung auf breiter Basis – das sind die zentralen Elemente grüner Gesundheitspolitik.

1) Qualität für alle – Der Mensch in den Mittelpunkt

Gewinnstreben darf in der Krankenversorgung nicht die Oberhand gewinnen über professionelle Qualitätsstandards. Einer Ökonomisierung des Gesundheitswesens in diesem Sinne erteilen wir eine klare Absage. Deutschland nimmt zwar bei den Gesundheitsausgaben einen Spitzenplatz ein, ist aber bei der Versorgung längst nicht immer Spitze. Es kommt darauf an, dass das Geld der Versicherten an der richtigen Stelle ausgegeben wird und dass Kosten und Leistungen im richtigen Verhältnis stehen. So erhalten wir den Spielraum, die bestmögliche Versorgung für alle zu finanzieren. Dazu gehört die Orientierung an den Bedürfnissen

verschiedener Patientengruppen ebenso wie eine effiziente Arzneimittelversorgung und gute Arbeitsbedingungen in den Gesundheitsberufen.

Hochwertige Gesundheitsversorgung für alle garantieren

Wir wollen, dass wer krank ist, sich darauf verlassen können muss, alle notwendigen medizinischen und gesundheitlichen Leistungen qualitativ hochwertig zu erhalten – unabhängig von Einkommen, Geschlecht, Herkunft, sozialer Lage und Wohnort. Das Recht auf Gesundheitsversorgung ist ein grundlegendes Menschenrecht. Auch Menschen, die ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland leben, müssen gesundheitliche Versorgung in Anspruch nehmen können, ohne die Aufdeckung ihrer Identität fürchten zu müssen. Wir setzen uns dafür ein, dass hierzu flächendeckend geeignete Modelle mit niedrigen Zugangsbarrieren erarbeitet und eingeführt werden. Die medizinische Versorgung und Gesundheitsprävention vor Ort muss auf die Lebenssituation und das Wohnumfeld der Menschen ausgerichtet werden. Die Sicherung der wohnortnahen gesundheitlichen Versorgung ist eine der zentralen Herausforderungen zukünftiger Gesundheitspolitik und insbesondere für weniger mobile Personengruppen wie ältere Menschen und Kinder von Bedeutung. Dabei kommt bei sozial benachteiligten Gruppen auch dem Abbau von Zugangshemmnissen und finanziellen Hürden wie der Praxisgebühr eine besondere Bedeutung zu. Auch aufsuchende Dienste sind wichtig, damit die gesundheitlichen Hilfen die Menschen auch erreichen.

Die Gesundheitschancen von Kindern sind immer noch sehr ungleich verteilt. Wir wollen, dass ein gesundes Leben im Alltag für alle Kinder selbstverständlich wird. Gute Gesundheitsversorgung für alle Kinder heißt, Kinderarmut und soziale Benachteiligung zu reduzieren, Angebote wie Gesundheits- und Familienhilfen oder Familienhebammen auszubauen und mehr Aufklärung über gesunde Lebensweise in Kitas, Schulen und Horten zu ermöglichen.

Die Kommunen als wichtige Akteure einer gerechten ganzheitlichen Gesundheitspolitik

Armut und Krankheit stehen im engen Zusammenhang: Armut macht krank und Krankheit erhöht das Armutsrisiko. Diesen Teufelskreis gilt es zu durchbrechen. Gesundheitsförderung und optimale Versorgung im Krankheitsfall beginnen dort, wo die Menschen zusammenleben und arbeiten: in den Städten, Gemeinden und Landkreisen. Bessere Kooperation und Vernetzung von Gesundheitsdienstleistungen mit sozialen Angeboten, wie der Familien-, Jugend- und Altenhilfe, die (Wieder-)Herstellung der Versorgung in unterversorgten Gebieten wie dem ländlichen Raum und sozial benachteiligten Stadtteilen, die zielgerichtete Unterstützung von besonderen Gruppen, wie Kindern, die stärkere Nutzung interkultureller Kompetenz, das Zusammenwirken von Bildungseinrichtungen sowie Unternehmen mit gesundheitlichen und sozialen Präventionsangeboten vor Ort können am besten in den Kommunen verwirklicht werden. Wir wollen sie darin bestärken, sich die Kooperation und Vernetzung der vielfältigen Angebote auf die Fahnen schreiben mit dem Ziel des Zugangs zu Gesundheitsförderung und optimaler Versorgung im Krankheitsfall – unabhängig von Einkommen, Herkunft, Alter und Geschlecht.

Barrierefreiheit im Gesundheitssystem notwendig

Gesundheitseinrichtungen menschlich gestalten heißt vor dem Hintergrund einer älter werdenden Gesellschaft die Verankerung von geriatrischer Kompetenz in der gesamten Versorgung. Hierzu gehört aber auch, die Struktur und die Abläufe in den Gesundheitseinrichtungen so zu gestalten, dass sie den Bedürfnissen der älteren Menschen gerecht werden und überschaubar, ortsnah und barrierefrei sind. Nicht zuletzt die UN-Behindertenrechtskonvention fordert die gemeindenahe gesundheitliche Versorgung für alle

Menschen mit Behinderungen. Die Gestaltung des Gesundheitswesens muss im Sinne eines „Disability Mainstreaming“ auf ihre Auswirkungen auf Menschen mit Behinderungen, chronisch Kranke und ältere Menschen überprüft werden. Die Prinzipien der UN-Behindertenrechtskonvention müssen in der medizinischen Ausbildung verankert werden.

Zugangsbarrieren für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte abbauen heißt, im Gesundheitswesen Sprach-, aber auch kulturelle Barrieren abzubauen. Hierzu ist es notwendig, Gesundheits- und Aufklärungsprogramme für Menschen mit Migrationshintergrund zu fördern sowie die Gesundheitseinrichtungen bei ihrer Öffnung hin zu mehr interkultureller Kompetenz zu stärken. Hierzu gehören auch entsprechende Sprachkompetenzen und multikulturelle Behandlungsteams in den Gesundheitseinrichtungen, die in der Lage sind, besondere herkunftsspezifische Symptome zu erkennen und auf diese einzugehen.

Gender Mainstreaming muss zum Qualitätsindikator im Gesundheitswesen werden

Geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung heißt, die zwischen den Geschlechtern differierenden Krankheitsursachen, -symptome und -verläufe anzuerkennen und die Gesundheitsversorgung entsprechend auszurichten. Die Angebote in Beratung, Therapie und gesundheitlichen Hilfen müssen auf die Bedarfe und Lebenslagen von Frauen und Männern ausgerichtet und die Zugangswege zum Hilfesystem geschlechtergerecht gestaltet werden. Deshalb ist auch eine gendersensible und herkunfts-differenzierte Gesundheitsberichterstattung notwendig. Auch die Gesundheitsforschung muss die geschlechterspezifischen Unterschiede stärker mit einbeziehen, diese müssen aber auch in der medizinischen Ausbildung Beachtung finden.

Mehr Qualität, mehr Transparenz und faire Preise in der Arzneimittelversorgung

In Deutschland kosten viele Arzneimittel deutlich mehr als in anderen europäischen Ländern, da die Pharmaindustrie bei patentgeschützten Medikamenten die Preise frei festlegen kann. Jedes neu zugelassene Medikament muss von der Krankenkasse bezahlt werden. Dies führt dazu, dass massiven Preissteigerungen sehr oft kein (Zusatz)Nutzen gegenüber steht. Profiteure sind die Pharmaindustrie und deren Gewinnmargen. Die Versicherten haben das Nachsehen.

Wir GRÜNE wollen das in Europa einmalige Privileg der freien Preisfestsetzung durch die Pharmaindustrie abschaffen und bei der Preisfestlegung den Nutzen für die PatientInnen und die damit verbundenen Kosten berücksichtigen. Die Preise sollen auf der Basis einer ersten Nutzenbewertung sofort zwischen Herstellern und Kassen verhandelt werden; ein später als überhöht erwiesener Preis muss zu Rückzahlungen an die Krankenkassen führen. Die Schnellbewertung des Nutzens von Arzneimitteln muss standardisiert, transparent und von unabhängiger Seite, dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, erstellt werden. Auch für wichtige, bereits auf dem Markt befindliche Arzneimittel ist eine Bewertung vorzunehmen. Eine ausführliche Bewertung von Nutzen und Kosten sollte nach den Ergebnissen der Versorgungsforschung unter Alltagsbedingungen erfolgen.

Mit der Positivliste wollen wir ein Steuerungsinstrument einführen, das für mehr Transparenz sorgt und die Qualität der Behandlung verbessert. Ziel ist, dass die PatientInnen die Medikamente mit erwiesenem (Zusatz)Nutzen erhalten und nicht unnötig Geld für teure, aber nicht bessere Arzneimittel ausgegeben wird.

Eine tragfähige Bewertung des Nutzens und der Kosten setzt voraus, dass alle Informationen zu diesem Medikament einbezogen werden und nicht, wie bisher, unliebsame Studienergebnisse in den Schubladen verschwinden. Pharmaunternehmen sollen verpflichtet werden, alle Arzneimittelstudien registrieren zu lassen und deren Resultate zu veröffentlichen.

Arbeitszufriedenheit im Gesundheitswesen – ein Gewinn für alle!

Der Druck zum effizienten und wirtschaftlichen Agieren hat in den Einrichtungen des Gesundheitswesens in den letzten Jahren zunehmend zu hohen Arbeitsverdichtungen geführt und damit die Arbeitsbelastung erheblich erhöht. Eine gute und qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung ist aber zumeist nicht zu trennen von der Arbeitszufriedenheit und den Arbeitsbedingungen des Personals. Notwendig sind daher neue Formen der Arbeitsorganisation und -verteilung, etwa berufsgruppenübergreifende Vernetzung und Teambildung.

Gerade in den Gesundheitsberufen ist die körperliche und psychische Belastung oft sehr hoch, was vielfach zu einem verfrühten Ausstieg aus dem Beruf führt. Neben der Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln und arbeitsentlastenden Organisationsstrukturen müssen auch gezielte Gesundheitsprogramme angeboten werden. Besonderes Augenmerk gilt hier älteren ArbeitnehmerInnen. Wertschätzung gegenüber dem Personal bedeutet auch, die MitarbeiterInnen als Fundament für die Weiterentwicklung der Unternehmen und Einrichtungen zu betrachten und deren Mitbestimmung zuzulassen und zu fördern.

Es werden neue Strategien der Personalentwicklung benötigt, die auch darauf zielen, Personal individuell zu fördern und hierbei auch auf geschlechterspezifische Unterschiede eingehen. Dafür notwendig sind Anreize zur Fort- und Weiterqualifizierung in durchlässigen Bildungsstrukturen, die unbürokratisch Aufstiegsmöglichkeiten eröffnen. Neben vielen anderen Aspekten ist vor allem aber dafür zu sorgen, dass die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen so zu organisieren sind, dass sie die Vereinbarkeit von Familie, Kindererziehung oder Pflege und Beruf ermöglichen.

Nicht hinnehmbar ist eine Entwicklung, bei der Dienstleistungen, pflegerische und gesundheitliche Leistungen über Personaldienstgesellschaften und Zeitarbeitsfirmen erbracht und damit die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen weiter verschlechtert werden. Wir setzen uns dafür ein, dass der Krankenpflege wieder mehr Bedeutung zugemessen und die Arbeitsbedingungen im Gesundheitsbereich maßgeblich verbessert werden. Auch muss allen Schwangeren Unterstützung möglich sein, und Hebammen müssen dafür eine angemessene Vergütung erhalten. Normale Geburten nehmen Zeit in Anspruch und sind nicht planbar. Dies muss bei der Kalkulation der Honorare für Hebammen und Krankenhäuser berücksichtigt werden.

2) Grüne Gesundheitsförderung: gesundheitliche Chancengerechtigkeit für alle

Ein gesundes und langes Leben wünschen wir uns alle. Die medizinische Versorgung ist dafür nicht der einzige Garant. Unser Lebensumfeld, die Arbeitsbedingungen sowie soziale Teilhabe tragen einen großen Anteil an einem gesunden Leben. Negative Einflüsse auf die Gesundheit nehmen zu durch Hektik und Leistungsdruck, zunehmende Existenzsorgen und Zukunftsängste, Feinstaub in der Luft und schädliche Chemikalien in der Nahrung, Spielzeug, Kleidung und Baumaterialien. Daher reicht es nicht aus, wenn jede und jeder versucht, sich so gut wie möglich um die eigene Gesundheit zu kümmern, sich gut zu ernähren und Sport zu treiben.

Wenn gesundheitliche Prävention Wirkung zeigen soll, dann muss sie in allen Politikbereichen, insbesondere in der Arbeitswelt, in Bildung und Betreuung, in der Kinder- und Jugendhilfe und in der Stadtentwicklung als Querschnittsaufgabe verankert werden. Eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik muss konsequent für gesundheitliche Chancengerechtigkeit sorgen. Sie muss berücksichtigen, dass sozial Benachteiligte, viele MigrantInnen, Behinderte und Ältere nicht nur stärkeren Belastungen ausgesetzt sind, sondern gleichzeitig durch finanzielle, mobile oder sprachliche Barrieren weniger von den bestehenden Angeboten erreicht werden. Um das zu

ändern, sind mehr Präventionsmaßnahmen erforderlich, die dort ansetzen, wo die Menschen zusammen lernen, arbeiten, spielen und sich erholen.

Prävention darf nicht als primär medizinische Aufgabe betrachtet und nicht auf Früherkennung und Bonusheft verkürzt werden – Prävention heißt auch, Aspekte von Bildung und sozialer Benachteiligung einzubeziehen, an persönliche Stärken anzuknüpfen und die Möglichkeit zur Eigenverantwortung zu stärken. Sowie den gesundheitlichen Verbraucherschutz zu stärken.

Präventionsgesetz endlich einführen!

Gesundheitsförderung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die am besten gemeinsam durch die Krankenkassen und durch Bund, Länder und Kommunen bewältigt werden kann. Deshalb setzen wir Grüne uns für ein Präventionsgesetz ein, das sowohl die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure verbindlich regelt als auch eine verbindliche und klare Finanzierung für die Prävention schafft und diese auf eine breitere Finanzierungsbasis unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger und der privaten Kranken- und Pflegeversicherung stellt.

Unter den derzeitigen Flickenteppich der Projektlandschaft, den vielen zeitlich befristeten und dann folgenlos auslaufenden Projektförderungen und den Improvisationen im Zuständigkeitsdschungel wollen wir einen Schlussstrich ziehen. Aufgrund der Finanznot der Kommunen und der Länder stehen zumeist keine hinreichenden Mittel und Unterstützungsstrukturen für eine wirkungsvolle Umsetzung zur Verfügung. Viele Projekte müssen in ihrer Arbeit zum großen Teil ohne staatliche Unterstützung auskommen. Zu oft hängt es vom Engagement Einzelner ab, inwieweit Gesundheitsförderung und eine entsprechende Kooperation der Akteure stattfindet.

Die Kommunen müssen für die Erreichung von Gesundheitszielen besser ausgestattet werden. Gerade in wirtschaftlich prekären Zeiten müssen die Gelder für die zusätzlichen Anstrengungen der Kommunen zweckgebunden zur Verfügung gestellt werden. Wir wollen eine Dauerförderung für gute Projekte erreichen. Diese brauchen eine sichere Arbeitsgrundlage und dauerhaftes Personal, das für Kontinuität sorgt. Zudem wollen wir Gesundheitsförderung direkt in den Regelsystemen verankern. Bereits im Curriculum der Kindertagesstätten und Schulen muss gesundes Leben fester Bestandteil werden. Zur Unterstützung benötigen wir eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung, aus der gesundheitsschädigende Einflüsse und vermeidbare Gesundheitsrisiken ableitbar sind. Dort, wo schon umfassendes und aufbereitetes Datenmaterial für Regionen und Zielgruppen vorliegt, müssen daraus die notwendigen Schlussfolgerungen gezogen werden.

Gesundheitliche Belastungen in der Arbeitswelt abbauen

Psychisch bedingte Krankschreibungen haben in den letzten zehn Jahren um 40 Prozent zugenommen. Die häufigsten Diagnosen sind depressive Erkrankungen oder Belastungsstörungen, die vor allem im Dienstleistungssektor, im Gesundheits- und Sozialwesen, in Erziehung und Unterricht sowie in der Leiharbeitsbranche besonders häufig sind. Die Zunahme von atypischer und prekärer Beschäftigung, die höhere Arbeitsintensität und die „Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit“ durch moderne Kommunikationsmittel, die immer seltener einen selbstbestimmten Arbeitsrhythmus zulassen, gehen an den Menschen nicht spurlos vorbei – sie reagieren mit seelischen Belastungserscheinungen, langen Fehlzeiten, Burnout und im Extremfall mit Erwerbsunfähigkeit. Wir brauchen eine Kultur des Älterwerdens im Beruf. Betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz müssen in allen Betrieben mehr als heute den Schutz vor Stress und psychischer Überlastung sicherstellen. Hier müssen auch die Berufsgenossenschaften stärker in die Pflicht genommen werden.

Arbeitslose sind überdurchschnittlich von Depressionen, psychosomatischen Beschwerden und Störungen des Wohlbefindens betroffen. Ohne Unterstützung und Behandlungsangebote drohen diese zu schweren chronischen Erkrankungen und psychischen Störungen zu werden. Krankenkassen, Jobcenter und die Bundesagentur für Arbeit müssen dies anerkennen und gezielte Angebote zur Gesundheitsförderung von Erwerbslosen machen.

3) Grenzen überwinden und neue Strukturen fürs System: Gesundheitsversorgung an den PatientInnen orientieren

Das deutsche Gesundheitswesen ist ein System der starren Grenzen. Grenzen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor und zwischen den unterschiedlichen Gesundheitsberufen. Dabei sind die PatientInnen häufig die Leidtragenden. In unserem Gesundheitssystem gibt es falsche Anreize und unnötige Doppeluntersuchungen. Es mangelt an Abstimmung zwischen den behandelnden Akteuren. Eine gute und wirtschaftliche Versorgung wird so erschwert. Der demografische Wandel mit mehr chronisch kranken und multimorbiden PatientInnen verlangt zudem künftig eine andere Art der Versorgung: weg von der Fokussierung auf die einzelne Erkrankung hin zur Betrachtung der gesamten Person. Wir wollen diese Grenzen überwinden und durch echte Strukturreformen mehr Kooperation und Zusammenarbeit ermöglichen. Notwendig ist eine Kooperation auch über die Sektoren hinweg und nicht ein Verdrängungswettbewerb, der keine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung hervorbringt. Ergebnisse der Versorgungsforschung zeigen, dass auch ökonomische Anreize dienlich sein können, um bessere Leistungen und eine effizientere Versorgung zu ermöglichen.

Sektorübergreifende Versorgung

Als Schlüssel für die Überwindung der sektoralen Grenzen sehen wir die integrierte vernetzte Versorgung. Wir wollen Anreize schaffen für eine verstärkte Zusammenarbeit etwa zwischen Krankenhäusern, niedergelassenen ÄrztInnen sowie weiteren Gesundheitsberufen. So wird Versorgungssteuerung aus einer Hand möglich, Informationsdefizite und Versorgungsbrüche können vermieden werden. Im Idealfall wollen wir damit die gesundheitliche Versorgung nicht nur einzelner Patientengruppen, sondern ganzer Regionen verbessern. Diese neue Versorgungsform schafft auch Anreize, damit vor Ort mehr Verantwortung für die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung, für mehr Prävention und Gesundheitsförderung übernommen werden kann. Anders als bislang wollen wir erreichen, dass solche Versorgungsinnovationen künftig nicht an den Grenzen bestimmter Kassen halt machen und alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen von diesen profitieren können.

Ein weiterer wichtiger Baustein zur Überwindung sektoraler Grenzen ist die Reform der Bedarfsplanung. Wir wollen sie von der reinen Arztplanung zu einem Instrument der alle Sektoren und Gesundheitsberufe umfassenden regionalen Versorgungsplanung ausbauen, bei der auch die Länder und Kommunen stärker einbezogen werden. Dabei sollen auch die Sozialstruktur und die gesundheitliche Situation in der Region berücksichtigt werden. Bezogen auf die fachärztliche Versorgung müssen auch vorhandene Krankenhäuser einbezogen werden.

Bedarfsgerechte Versorgung für Palliativpatienten

Ein selbstbestimmtes Leben mit einer schweren Krankheit und ein Sterben in Würde erfordert auch für Patienten und ihre Angehörigen grundsätzlich eine freie Wahl zwischen stationärer und häuslicher Versorgung und Pflege bei der Palliativversorgung. Dies setzt voraus, dass es eine belastbare und rund um die Uhr zuverlässige Versorgungsstruktur gibt. In Deutschland werden

Palliativpatienten aber häufig zu medizinisch nicht notwendigen Krankenhausaufenthalten gezwungen, weil es Lücken bei der fachärztlichen Betreuung zu Hause, bei der häuslichen Pflege und der Versorgung mit Materialien gibt. Frankreich zeigt mit der "Hospitalisation à domicile", dass eine solche Versorgungsstruktur möglich und wirtschaftlich ist. Wir wollen eine Stärkung der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung gem. §37b SGB V (SAPV) durch Qualitätssicherung und eine organisierte Qualitätskontrolle mittels eines einheitlichen Kriterienkatalogs, der in Erweiterung der SAPV-Richtlinie vom Gemeinsamen Bundesausschuss erarbeitet werden kann. Die Richtlinie sollte darüber hinaus künftig auch konkrete Regelungen zur Koordinierung der medizinischen, pflegerischen und pharmazeutischen Versorgungsstruktur im Rahmen der SAPV vorsehen.

Zunächst müssen zügig flächendeckend Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern geschlossen werden. Dabei müssen die bereits entstandenen örtlichen Netzwerkiniciativen endlich eine verlässliche Arbeitsgrundlage erhalten und aufgegriffen werden.

Bedarfsgerechte Versorgung – auch in ländlichen Regionen

Es gibt eine Ungleichverteilung und hohe Qualitätsunterschiede in der Gesundheitsversorgung. Vor allem im ländlichen Raum fehlt es perspektivisch – und in vielen Gebieten heute schon – an Haus- und bisweilen auch an FachärztInnen. Wir wollen eine bedarfsgerechte und patientenorientierte Versorgung auch in ländlichen Regionen sicherstellen. Dies erfordert neues Denken und die Bereitschaft aller Akteure im Gesundheitswesen, sich auf Veränderungen einzulassen, mehr Zusammenarbeit zu wagen und gewohnte Hierarchien infrage zu stellen. Nicht das Festhalten an starren Strukturen, sondern die im Interesse der PatientInnen bestmögliche Versorgung müssen im Vordergrund stehen. Dazu gehört gleichermaßen der schrittweise Abbau der ärztlichen Unter- wie der Überversorgung in manchen Regionen.

Unser Ziel ist eine vernetzte Gesundheitsversorgung, bei der Einzel- und Gemeinschaftspraxen, Gesundheitszentren, ambulante Pflegedienste sowie ländliche Krankenhäuser zusammenarbeiten, die durch flexible und dezentrale Angebote wie etwa mobile Praxisteams und Fahrdienste ergänzt werden. Auch telemedizinische Verfahren und neue Informationstechnologien können die Behandlungsqualität gerade älterer Menschen verbessern.

Von zentraler Bedeutung ist für uns die Aufwertung und Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung bzw. der Primärversorgung. Dabei können Hausarztverträge ein Beitrag sein, um eine wohnortnahe Primärversorgung zu gewährleisten und die Qualität der Versorgung zu verbessern. In der Primärversorgung können verschiedene ärztliche und nichtärztliche Gesundheitsberufe durch verstärkte Zusammenarbeit und geänderte Arbeitsteilung zu einer abgestimmten Versorgung beitragen. Eine solche Aufwertung der Primärversorgung muss aus unserer Sicht auch mit einer Reform der Vergütung einhergehen. Nicht mehr die einzelne Leistung soll belohnt werden, sondern der langfristige Erfolg, die Gesundheit der PatientInnen. So lassen sich auch Anreize setzen, um die Arzt-Patienten-Beziehung zu verbessern.

Wir sehen Krankenhäuser als wichtigen Teil einer bedarfsgerechten und vernetzten Versorgung. Dabei stehen die kommunalen Krankenhäuser in einer besonderen Verantwortung. Wichtig ist eine gute Verzahnung und Vernetzung der Krankenhäuser mit den ambulanten Strukturen vor Ort sowie mit anderen kommunalen oder freigemeinnützigen Krankenhäusern. Aus unserer Sicht müssen im übrigen Pflegeleistungen und Sozialdienste künftig stärker in die Berechnung der Vergütungen einbezogen werden.

Wir wollen, dass die Pflege als wichtiger Teil eines vernetzten Versorgungssystems einen größeren Stellenwert als bislang bekommt. Wir wollen sie zu einem eigenständigen Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung weiterentwickeln. Besonders hierfür

qualifizierte Pflegekräfte sollen künftig mehr Verantwortung übernehmen können, so dass sie in bestimmtem Umfang auch das Recht zur Erkennung und Therapie von Erkrankung sowie zur Verschreibung von Leistungen erhalten. Nicht nur zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen, auch innerhalb der Pflegeberufe müssen die Aufgaben neu austariert werden. So ergeben sich auch neue Aufgabenfelder, die nicht medizinischer Natur sind wie etwa die Beratung, Befähigung und häusliche Unterstützung der PatientInnen.

Unser Ziel ist es, die Versorgungssituation ländlicher Räume künftig stärker in der Aus- und Weiterbildung der ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufe zu verankern. Dies erfordert etwa eine Stärkung der Allgemeinmedizin im Medizinstudium durch eine größere Anzahl entsprechender Lehrstühle. Nötig ist indes auch, dass alle Gesundheitsberufe bereits in ihrer Ausbildung verstärkt Zusammenarbeit und Kooperation in multiprofessionellen Teams trainieren können.

Qualität zum Maßstab der Versorgung machen

Qualität soll in der gesundheitlichen Versorgung stärker sichtbar und bei der Honorierung berücksichtigt werden. Durch Informationen zur Behandlungsqualität werden die PatientInnen besser in die Lage versetzt, den für sie geeigneten medizinischen Dienst auszuwählen. Durch neue Vergütungsstrukturen im Zuge einer Honorarreform können zudem mehr Anreize für Qualitätsverbesserungen und eine bessere Versorgung in strukturschwachen Regionen geschaffen werden. Dabei sollen nicht einzelne medizinische Werte, sondern der gesamte Gesundheitsnutzen für die PatientInnen stärker honoriert werden. Mehr als heute müssen die Zeit für das persönliche Gespräch und der Hausbesuch honorarrelevant werden. Das erfordert auch den Ausbau und die stetigere Finanzierung der Versorgungsforschung. Dazu müssen künftig auch die anonymisierten Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen herangezogen werden können. Zertifizierte ärztliche Fortbildungsveranstaltungen, die verpflichtend sind, müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein. Es darf bei diesen Fortbildungen weder eine finanzielle Unterstützung noch ein Sponsoring durch die Industrie geben. Die VeranstalterInnen haben zur Zertifizierung ihrer Fortbildung durch die Landesärztekammer einen Finanzierungsplan dieser Fortbildung vorzulegen. Die Landesärztekammern müssen die Unabhängigkeit der Fortbildung vor Zertifizierung überprüfen. Die Entflechtung des Fortbildungswesens von der Industrie soll zur Kostendämpfung beitragen.

Psychische Gesundheit als neue Herausforderung

Seit einigen Jahren nehmen psychische Störungen stetig zu. Bisher werden die damit verbundenen Probleme überwiegend medikamentös behandelt. Trotz umfangreichen Wissens über erfolgreiche Pflege, Behandlung und Prävention bei psychischen Störungen erhalten viele nur wenig, gar keine oder eine ungeeignete Behandlung. Insbesondere die Menschen mit Migrationshintergrund werden oftmals nicht angemessen versorgt, da weder sprachliche Barrieren noch kulturelle Unterschiede ausreichend berücksichtigt werden. Erhebliche Versorgungslücken gibt es auch bei Kindern und Jugendlichen vor allem im Psychiatriebereich und ganz besonders bei denen aus sozial benachteiligten Schichten.

Bei vielen leichten psychischen Störungen wäre ambulante Psychotherapie die angemessene Antwort. In vielen Regionen müssen PatientInnen aber viel zu lange auf ein Therapieangebot warten. Wir unterstützen Strategien, die zum Abbau von langen Wartezeiten beitragen. Dank unserer grünen Initiative ist es bereits gelungen, die Versorgungsquote mit Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen deutlich zu erhöhen - auch wenn dies für die Versorgung in einigen Regionen noch nicht ausreichend ist. Einen wertvollen Beitrag dazu können regionale Netzwerke zwischen unterschiedlichen Anbietern in der psychosozialen Versorgung leisten. Von der Bundespolitik fordern wir in Kooperation mit den Ländern einen Aktionsplan zur Erhaltung

der psychischen Gesundheit und zur Prävention sowie gesetzliche Rahmenbedingungen, die vernetzte regionale Angebote befördern.

Die Psychiatriepolitik muss grundlegend überdacht werden. Wir brauchen eine Überprüfung der Behandlungsprinzipien, mehr umfassende ambulante Angebote, eine Stärkung der ambulanten Krisenbewältigung, bessere Angebote zur integrierten Versorgung sowie eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, Gesundheits- und Sozialberufen.

Wir treten im Geist der UN-Behindertenrechtskonvention für Behandlungsformen ein, die auf Freiwilligkeit und nicht auf Zwang setzen. Wir unterstützen die engagierte Arbeit der Selbsthilfe und setzen uns für einen vorurteilsfreien Dialog zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und professionell in der Psychiatrie Tätigen ein. Wir unterstützen neue Modelle, mit denen ambulante, krankenhauseretzende Behandlungsformen auch für chronisch psychisch Kranke möglich werden, die auf eine psychiatrische bzw. neurologische Behandlung angewiesen sind.

Rund ein Drittel der Bevölkerung über 65 Jahre leidet an mindestens einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung. Wir sehen in der vernetzten psychiatrischen Gesundheitsversorgung für Ältere einen wichtigen Schlüssel, um auch im Falle der psychischen Erkrankung eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Unser Ziel ist es, das Wissen über die Gerontopsychiatrie zu verbreitern und ein Unterstützungsnetzwerk zur bestmöglichen Versorgung zu knüpfen unter Berücksichtigung der Interdisziplinarität, des ambulanten Versorgungsgrundsatzes sowie einer sachgerechten und optimierten Beratungsstruktur.

PatientInnen stärken und unabhängige Beratungsstrukturen ausbauen

PatientInnen müssen in die Lage versetzt werden, selbstbestimmt über ihre gesundheitlichen Belange zu entscheiden und sich unabhängig von Leistungsanbietern und Kostenträgern informieren zu können. Deshalb treten wir für den weiteren Ausbau der Unabhängigen Patientenberatung, über die bereits existierenden 22 Beratungsstellen hinaus, ein. Grundlage der Unabhängigen Patientenberatung sind Beratungsstandards und gesundheitliche, rechtliche und psychosoziale Beratung, wie sie sich bereits bewährt haben. Gleichzeitig soll die Kooperation mit den Angeboten der Selbsthilfe, der Verbraucherberatung, den Beratungsangeboten der Krankenkassen und der Ärztekammern weiter ausgebaut werden. Der Zugang zu den Leistungen soll kostenfrei sein und möglichst niederschwellig auch für sozial und kulturell benachteiligte Bevölkerungsgruppen angeboten werden. Anders als bisher wollen wir die Private Krankenversicherung an den Kosten der Unabhängigen Patientenberatung verbindlich beteiligen.

PatientInnen brauchen mehr Rechte

Wir wollen eine Stärkung der individuellen PatientInnenrechte gegenüber Leistungserbringern und Krankenkassen in einem Patientenrechtegesetz festschreiben und so alle Rechte der PatientInnen und die Pflichten der Behandelnden in einem Gesetz übersichtlich zusammenfassen. Muttersprachliche Beratung und barrierefreie Gebäude sind Voraussetzungen, damit für alle PatientInnen Wahlfreiheit entsteht. Geschädigte PatientInnen müssen bei Behandlungsfehlern und bei der Regelung der Beweislast besser gestellt werden. Wir benötigen eine ausreichende Zahl von unabhängigen medizinischen GutachterInnen, die die PatientInnen bei eingetretenem Schaden unterstützen. Wir wollen den Aufbau eines bundesweiten Fehlerregisters für Behandlungsfehler, Medizinprodukte und die Nebenwirkungen von Arzneimitteln, in die PatientInnen Einsicht nehmen können. Wir wollen aber auch den Schutz sensibler, individueller Gesundheitsdaten vor unkontrollierter Weitergabe durch Unternehmen der Gesundheitswirtschaft oder vor massenhafter Speicherung im Internet sicherstellen.

Die Beteiligung von Patientenvertretern in wichtigen Entscheidungsgremien der Gesundheitspolitik ist eine Errungenschaft grüner Gesundheitspolitik und ist Bestandteil der kollektiven Patientenrechte. Jetzt gilt es, die Patientenvertretungen in zentralen Steuerungsgremien wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss zu stärken. Wir wollen ein Antrags- und Abstimmungsrecht in Verfahrensfragen einräumen und eine personelle Unterstützung der Patientenvertretung, damit sie ihre Aufgaben qualifiziert bewältigen können.

Wir GRÜNE machen uns für die Komplementärmedizin stark

Die Komplementärmedizin, wie Homöopathie, folgt dem Bedürfnis vieler Menschen nach einem umfassenden Gesundheitsbegriff, danach, dass die Gesamtpersönlichkeit wahrgenommen und die Selbstheilungskräfte angesprochen werden.

PatientInnen sollten daher Wahlmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Behandlungsformen haben. Wir Grünen setzen uns dafür ein, dass Naturheilmedizin und komplementärmedizinische Angebote einen gleichberechtigten Stellenwert in der gesundheitlichen Versorgung erhalten.

Auch die Komplementärmedizin muss den Nachweis der Wirksamkeit erbringen, um im Solidarsystem neben den schulmedizinischen Verfahren bestehen zu können. Daher setzen wir uns dafür ein, geeignete Methoden zum Wirksamkeitsnachweis für die Komplementärmedizin zu entwickeln.

4) Fundament für ein solidarisches und nachhaltiges Krankenversicherungssystem – die Grüne Bürgerversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist ein leistungsfähiges und in ihren Grundprinzipien bewährtes System. Das Solidaritätsprinzip gewährleistet den Zugang zur medizinisch notwendigen Gesundheitsversorgung auch für Geringverdienende und in Phasen der Arbeitslosigkeit, der Pflege Angehöriger oder der Kindererziehung. Die paritätische Beitragsteilung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern und die Beteiligung beider an der Selbstverwaltung der GKV machen die Finanzierung und die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe. Durch die Einkommensabhängigkeit der Beiträge ist der Solidarausgleich tief in die GKV eingebettet. Das gibt ihm Stabilität und hält die Verwaltungskosten vergleichsweise niedrig. Und nicht zuletzt leistet die GKV einen Beitrag zum sozialen Zusammenhalt. Damit geht ihre Bedeutung weit über den Gesundheitssektor und die Gesundheitspolitik im engeren Sinne hinaus.

Trotz dieser großen Stärken weisen die GKV und das Krankenversicherungssystem auch erhebliche Defizite auf: An der Finanzierung des Solidarausgleichs sind ausgerechnet die 10 Prozent der Bevölkerung nicht beteiligt, unter denen viele wirtschaftlich am leistungsstärksten und in der Regel auch gesündesten sind. Viele gut verdienende Angestellte, die meisten Selbstständigen, Abgeordnete sowie BeamtInnen sind in der privaten Krankenversicherung (PKV) versichert bzw. werden über die Beihilfe und damit die öffentlichen Haushalte abgesichert. Beiträge werden fast ausschließlich auf Löhne, Gehälter und Renten erhoben. Kapital- und Mieteinkommen sowie Gewinne bleiben beitragsfrei. Das ist ungerecht, weil damit die Beitragsbelastung eines Krankenversicherten nicht von der Höhe seines Einkommens, sondern von seinen Einkommensquellen abhängig ist.

Vor allem aber erodiert so die Finanzierungsbasis der GKV. Die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen ist seit Beginn der 1980er Jahre deutlich hinter der Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts zurückgeblieben. Die wachsende berufliche Selbstständigkeit, der steigende Anteil von RentnerInnen und die zunehmende Bedeutung von Kapitaleinkommen für

die Alterssicherung werden dazu führen, dass dieser Trend in den kommenden Jahrzehnten weiter anhält. Die steigenden Anforderungen an das Gesundheitswesen müssen damit durch einen immer geringer werdenden Anteil des gesellschaftlichen Einkommens finanziert werden. Diese Scherenentwicklung hat entscheidend – unabhängig von Ausgabensteigerungen in einzelnen Leistungsbereichen – zu den erheblichen Beitragssatzsteigerungen in den letzten drei Jahrzehnten geführt. Außerdem war die politische Festsetzung eines einheitlichen, aber nicht kostendeckenden Beitragssatzes durch den Gesundheitsfonds der Einstieg in die Kopfpauschale und hat zu einem Druck auf die Krankenkassen geführt, ihren Versicherten notwendige Leistungen vorzuenthalten. Der Gesundheitsfonds muss deshalb zügig wieder abgewickelt werden.

Und nicht zuletzt führt die Zweiteilung des Krankenversicherungssystems in GKV und PKV nicht nur zur Gefährdung des Solidarausgleichs, da sich ihm viele Gesunde und Gutverdienende entziehen können. Sie legt auch die Grundlage für eine Zweiklassenmedizin. Allzu oft sind die Wartezeit auf einen Arzttermin und auch die Therapieentscheidungen in Arztpraxen und Krankenhäusern von der Art des Krankenversicherungsschutzes der jeweiligen PatientInnen abhängig – und nicht von deren Erkrankung. Über-, Unter- und Fehlversorgung der PatientInnen sind vielfach die Folge.

Diese Strukturprobleme und Gerechtigkeitsdefizite sind für das Solidarsystem ein dreifaches Problem. Sie stellen seine dauerhafte Finanzierung in Frage. Sie führen zu Sicherungslücken. Und sie gefährden die Solidaritätsbereitschaft insbesondere unter den Gutverdienenden und Gesunden.

Die Grüne Bürgerversicherung – eine Krankenversicherung von allen für alle

Wir wollen den Schwächen des Solidarsystems begegnen, ohne seine Stärken preiszugeben. Anders als Schwarz-Gelb, die die wachsenden Anforderungen an das Gesundheitswesen als Alibi für einen Rückbau des Solidaritätsprinzips, den Ausstieg aus der Parität und die Schwächung der GKV gegenüber der PKV nutzen, wollen wir die Grundprinzipien des Solidarsystems konsequent weiterentwickeln und Solidaritätslücken schließen. Um diese Ziele zu erreichen, wollen wir die Grüne Bürgerversicherung einführen. Die durch die Verbreiterung der Beitragsbasis entstehenden finanziellen Spielräume sollen insbesondere für die Senkung des Beitragssatzes eingesetzt werden. Für die Grüne Bürgerversicherung gelten für uns die folgenden Eckpfeiler:

Die Bürgerversicherung versichert grundsätzlich alle BürgerInnen. Auch gut verdienende Angestellte, Selbstständige, Abgeordnete sowie BeamtInnen werden einbezogen.

Gegründet als Arbeiterversicherung wurden in der Geschichte der GKV immer größere Teile der Gesellschaft einbezogen. Inzwischen gehören dem Solidarsystem rund 90 Prozent der Bevölkerung an. Die Bürgerversicherung ist der letzte Schritt auf diesem Weg zu einer Krankenversicherung von allen für alle. Das deutsche Krankenversicherungssystem nähert sich damit dem europäischen Standard an.

Bei der Einbeziehung der privat Krankenversicherten sind deren verfassungsrechtlich geschützte Ansprüche zu beachten. Übergangsmodelle sind zu entwickeln. Dabei werden wir darauf achten, dass möglichst umgehend eine Beteiligung aller BürgerInnen am Solidarausgleich stattfindet.

Bei der Einführung der Bürgerversicherung ist ferner zu beachten, dass heute für einzelne Beschäftigtengruppen krankenversicherungsrechtliche Sondersysteme existieren, die in ihren beitrags- und leistungsrechtlichen Grundzügen stark auf die besondere Arbeits- und

Lebenssituation ihrer jeweiligen Mitglieder zugeschnitten sind. Dazu gehören zum Beispiel die landwirtschaftliche Krankenversicherung und die Künstlersozialversicherung. Diese Systeme werden sich nur langfristig in eine Bürgerversicherung integrieren lassen.

An der Finanzierung der Bürgerversicherung werden alle Einkommen beteiligt – neben den Einkommen aus abhängiger Beschäftigung auch die Einkommen aus Kapitalanlagen, Vermietung und Verpachtung sowie Gewinne.

In der Bürgerversicherung werden mit Kapitaleinkommen, Mieteinnahmen und Gewinnen auch die Einkommensarten in die Beitragspflicht einbezogen, deren Anteil am Bruttoinlandsprodukt wächst. Die einseitige Belastung von Löhnen und Gehältern sowie gesetzlichen Renten wird beendet. Wir verbreitern damit die Berechnungsbasis zur Finanzierung der Gesundheitskosten und wollen so die Krankenkassenbeiträge im Griff behalten. Die Finanzierung des Solidarausgleichs wird gerechter, beschäftigungsfreundlicher und nachhaltiger. Hierzu zählt auch die Entlastung geringverdienender Selbständiger. Sie zahlen in der Bürgerversicherung nur noch einen prozentualen Beitrag auf ihr Einkommen. Die in der GKV heute bestehende überproportionale Belastung durch den Mindestbeitrag wird abgeschafft. Wir wollen auf Kapitalerträge wie im Steuerrecht einen Freibetrag einräumen.

Die Beitragsbemessungsgrenze wird angehoben und damit die Solidarität gestärkt.

In der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es mit Ausnahme des Krankengeldes keinen Zusammenhang zwischen der Höhe der gezahlten Beiträge und dem Anspruch auf Gesundheitsleistungen. Sie ist damit das Sozialversicherungssystem mit dem stärksten Solidarausgleich. Trotzdem gibt es große Solidaritätslücken. Diese wollen wir mit der Einbeziehung aller BürgerInnen und der Einbeziehung aller Einkommensarten schließen. Allerdings kann der Solidarausgleich nicht grenzenlos ausgeweitet werden, ohne die Akzeptanz der solidarischen Krankenversicherung und ihren Charakter als selbst verwaltetes Sozialversicherungssystem, das nicht vom Bundeshaushalt abhängig ist, zu gefährden. Deshalb halten wir eine Obergrenze, bis zu der prozentuale Beiträge auf das Einkommen entrichtet werden müssen, grundsätzlich für gerechtfertigt. Allerdings wollen wir diese Beitragsbemessungsgrenze, die derzeit in der GKV bei 3.750,- Euro liegt, auf das Niveau der heutigen Beitragsbemessungsgrenze (West) der gesetzlichen Rentenversicherung (2010: 5.500 Euro) anheben.

Durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze werden auch höhere Einkommen an der Solidarität beteiligt, ohne dass es für die Betroffenen zu extremen Belastungssprüngen kommt. Die jährliche Fortschreibung der Beitragsbemessungsgrenze in der Bürgerversicherung orientiert sich an der generellen Einkommensentwicklung.

Das Prinzip der paritätischen Beitragsteilung zwischen ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen wird vollständig wieder hergestellt. Beiträge auf Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung werden von ihnen je zur Hälfte aufgebracht.

Die paritätische Finanzierung gewährleistet, dass die mit dem demografischen Wandel steigenden Anforderungen an das Gesundheitswesen nicht alleine auf die ArbeitnehmerInnen abgewälzt werden. Außerdem wird durch die Parität sichergestellt, dass auch die Arbeitgeber ein Interesse an der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung haben. Sonderbeiträge, die nur die Arbeitnehmerseite betreffen, sind mit diesem Prinzip nicht zu vereinbaren. Die von der Großen Koalition geschaffenen Zusatzbeiträge werden deshalb genauso abgeschafft wie der Sonderbeitrag von 0,9 Prozent, den die Versicherten seit 2004 zu entrichten haben.

Die Finanzierung der Bürgerversicherung erfolgt über die einkommensabhängigen Beiträge und den Bundeszuschuss – nicht über Selbstbeteiligungen der PatientInnen.

Praxisgebühren, Arzneimittelzuzahlungen und andere Selbstbeteiligungen belasten einseitig die Kranken und sind deshalb kein geeignetes Finanzierungsinstrument für ein Solidarsystem. Und auch als Steuerungsinstrument für eine vernünftige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sind sie nur von begrenztem Wert. Wenn Menschen auf Behandlung verzichten, um finanzielle Belastungen zu vermeiden, kann dies zur Verschleppung von Krankheiten führen mit schwerwiegenden Folgen. Die Selbstbeteiligungen werden deshalb abgeschafft. Damit ist keine Absage an die notwendige Eigenverantwortung der Versicherten verbunden. Doch diese ist nur mit einer Stärkung der Gesundheitskompetenz der BürgerInnen zu erreichen. Wir setzen uns deshalb für eine Stärkung der Gesundheitsförderung ein, an deren Finanzierung und Organisation sich neben der Bürgerversicherung auch die anderen Sozialversicherungsträger sowie Bund, Länder und Gemeinden zu beteiligen haben.

Der Einheitsbeitrag zur GKV wird abgeschafft. Stattdessen legen die Krankenversicherer die Höhe der einkommensabhängigen Beiträge jeweils selbst fest.

Innerhalb von nicht einmal zwei Jahren hat die mit der letzten Gesundheitsreform beschlossene jährliche Beitragssatzfestsetzung durch die Bundesregierung die GKV in ein milliardenschweres Defizit geführt. Große Finanzierungslücken, eine Rekordverschuldung und die Ausbreitung von Zusatzbeiträgen waren die Folge. Vielen Kassen steht mittlerweile das Wasser bis zum Hals. Da die Kassen einer Kassenart untereinander zur Haftung verpflichtet sind, drohen insolvente Kassen andere mit in den Abgrund zu ziehen.

In der Grünen Bürgerversicherung erhalten die Kassen wieder ihre Beitragsautonomie zurück. Durch die unterschiedlich hohen Beitragssätze entsteht ein Beitragssatzwettbewerb, der die Kassen zu mehr Qualität, Wirtschaftlichkeit und Versichertenorientierung anspricht, ohne das gesamte Solidarsystem in Gefahr zu bringen. Neben dem Beitragssatzwettbewerb muss auch eine Senkung der Verwaltungskosten von Krankenkassen Bestandteil einer leistungsfähigen und finanzierbaren Gesundheitspolitik sein.

Kinder werden kostenlos versichert, zeitlich begrenzt auch Ehegatten bzw. LebenspartnerInnen, die nicht erwerbstätig sind, aber Kinder erziehen oder Pflegeleistungen erbringen. Für alle anderen Ehepaare und für Eingetragene Lebensgemeinschaften wird ein Beitragssplitting eingeführt.

Der Familienausgleich in der GKV ist in seiner heutigen Ausgestaltung ein sozialrechtlicher Anachronismus. Bei der Beitragsermittlung werden gut verdienende Einverdienerpaare gegenüber Doppelverdienerpaaren bevorzugt. Die nicht erwerbstätigen Ehe- bzw. Lebenspartner sind „mitversichert“. Anders in der Grünen Bürgerversicherung. In ihr wird bei Paaren ein Beitragssplitting durchgeführt. Dabei wird das beitragspflichtige Haushaltseinkommen halbiert und auf beide Teile bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherungsbeitrag erhoben. Damit werden auch die nicht erwerbstätigen Ehegatten bzw. LebenspartnerInnen zu Vollmitgliedern. Die Beitragsprivilegien gut verdienender Einverdienerpaare entfallen. Ausgenommen vom Beitragssplitting werden Paare für einen eng begrenzten Zeitraum, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner viel Zeit für die Erziehung von Kindern, die Betreuung von Menschen mit Behinderung oder die Pflege von Angehörigen aufwendet und deshalb nicht erwerbstätig ist. Damit sich die betroffenen Personen auf die neue Rechtslage einstellen können, wird es für eine Übergangszeit einen Vertrauens- und Bestandsschutz geben. Bei der Kindererziehung gilt die Befreiung vom Splitting bis zum Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz. Bei der Angehörigenpflege gilt die Befreiung bei einem wöchentlichen Pflegeaufwand von wenigstens 14 Stunden. Ab dieser Grenze werden Pflegepersonen von den Pflegekassen rentenversichert. Diese Grenzen werden durch den Bundestag nach mehreren Jahren überprüft.

Die Bürgerversicherung ist keine Einheitsversicherung. Krankenversicherer unterschiedlicher Rechtsformen konkurrieren innerhalb des gleichen Rechtsrahmens miteinander.

Anders als heute gelten in der Grünen Bürgerversicherung für gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherungsunternehmen dieselben Regeln. Dazu gehören Aufnahmezwang, einkommensbezogene Beiträge, Diskriminierungsverbot, Angebot des obligatorischen Leistungskatalogs und die Teilnahme am morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Dies stärkt den Wettbewerb um Qualität, Wirtschaftlichkeit und Patientenorientierung. Die Grüne Bürgerversicherung deckt wie bisher die gesetzliche Krankenversicherung die medizinisch notwendigen Leistungen ab. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dabei dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

Wechselwirkungen mit dem Steuersystem berücksichtigen

Die Gesetzliche Krankenversicherung und das Steuersystem hängen unmittelbar zusammen, weil die Krankenversicherungsbeiträge von der Bemessungsgrundlage der Einkommensteuer abgezogen werden können. Deswegen denken wir die Effekte einer Einführung der Bürgerversicherung auf das Steuersystem mit. Wir berücksichtigen die Wechselwirkungen in Bezug auf die Verteilung, vermeiden unnötige bürokratische Belastungen und prüfen die bestmögliche Abstimmung zwischen Steuer- und Beitragsrecht.

Die Grüne Bürgerversicherung – von der Idee zum Reformprojekt

Die Bürgerversicherung ist ein grünes Kind. Die Beteiligung aller am Solidarausgleich, die Ausweitung seiner Finanzierungsbasis, die Reform der Familienmitversicherung – diese und weitere Reformideen werden seit langem debattiert. Es waren BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, die diese Bausteine 2002 unter dem Begriff der Bürgerversicherung zu einem Reformmodell gebündelt haben. Seitdem hat die Bürgerversicherung eine steile Karriere gemacht. Andere Parteien haben den Begriff übernommen. In der gesundheitspolitischen Debatte steht die Bürgerversicherung für eine Stärkung des Solidarsystems – jenseits der Abbaupläne von Union und FDP. Deutliche Bevölkerungsmehrheiten sprechen sich für sie aus. Doch Rössler und Co. missachten die große Zustimmung zu einer Krankenversicherung von allen für alle. Sie wollen den Ausstieg aus der Solidarität. Angesichts dieser Bedrohung werden wir die Grüne Bürgerversicherung weiterentwickeln. Im Dialog mit den anderen Oppositionsparteien, den Gewerkschaften, Patientenverbänden und WissenschaftlerInnen werden wir bis zur nächsten Bundestagswahl ein detailliertes Umsetzungskonzept für die Grüne Bürgerversicherung erarbeiten.