

Unsere Thesen für Gesundheitsreformen

These 1: Prävention

Nach heutigem wissenschaftlichem Erkenntnisstand werden die Kosten der Versorgung – Behandlung – Betreuung im Gesundheits- und Sozialsystem wegen des medizinisch-technischen Fortschritts und der demografischen Entwicklung kontinuierlich steigen.

Nicht zuletzt wird die prognostizierte Zunahme chronischer Krankheiten, die auf einer ungesunden Lebensführung beruhen, dazu beitragen, den Versorgungsbedarf zu erhöhen. Hinzu kommt der sehr erfreuliche Tatbestand dass die Bürger immer älter werden und die Prävention zur Verhinderung von Krankheiten unabdingbar ist. Präventionsmaßnahmen können dazu beitragen, verhaltensbedingte Zivilisationskrankheiten entweder gänzlich zu vermeiden oder ihren Eintritt zumindest hinauszuschieben.

Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, deren Kosten nicht allein der Sozialversicherung aufgebürdet werden dürfen. Vielmehr müssen auch Bund, Länder, Kommunen und Arbeitgeber die Aktivitäten der Verhaltensprävention finanzieren. Ferner könnten Abgaben auf Genuss- und Nahrungsmittel sowie auf Tabakwaren erhoben werden, die die Gesundheit schädigen oder gefährden können.

These 2: Vermittlung und Ausbau gesundheitlicher Kompetenzen

Bildung, Einkommen und soziale Schichtung einerseits stehen in einer engen Wechselbeziehung mit dem Gesundheitsbewusstsein andererseits. Die Gesundheitschancen steigen mit dem Bildungsgrad, dem Einkommen und der Zugehörigkeit zu den mittleren und oberen Bevölkerungsschichten. Dies steht fest.

Die Vermittlung gesundheitlicher Kompetenzen muss in der Familie beginnen. Eltern müssen ihren Kindern vor allem einen gesundheitsbewussten Lebensstil vorleben. Die Gesundheitserziehung und -aufklärung muss in den Bildungseinrichtungen fortgesetzt werden.

In den beruflichen und sonstigen Lebenswelten sind Ansätze für eine gesundheitsbewusste Lebensführung zu entwickeln und zu fördern. Hervorragend genutzt werden können hierzu die Informationstechnologie und die neuen Medien. Auch die Arbeitgeber sollten nachhaltig in diese Aufgabenstellung eingebunden werden.

These 3: Verpflichtende Vernetzung der Akteure

Wie in allen Industrienationen besteht in Deutschland ein ungeheurer Kosten- und Leistungsdruck. Die Ursachen sind neben der immer stärker werdenden finanziellen Belastung durch die demografische Entwicklung auch die gleichzeitige Zunahme der Chroniker und Multimorbiden, einhergehend mit kostenintensiven und innovativen Technologien.

In vielen Ländern Europas wird die Versorgung im Gesundheitswesen zentralisiert gesteuert mit all den bewiesenen Nachteilen des Zentralismus. Durch übertriebene föderalistische Einflüsse zur Nutzung der Finanzmittel auf regionaler Ebene hat das System einen Komplexitätsgrad erlangt, der zu einer immer größeren Ressourcenverschwendung führt.

Noch immer gibt es am Übergang zwischen den verschiedenen Leistungssektoren erhebliche Schnittstellenprobleme, die gemeinsam mit der ausufernden Bürokratie Defizite der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit Gesundheitsgütern und Sozialleistungen verursachen.

Die Abstimmung der Behandlungsprozesse aufeinander, die Verschlinkung unterstützender Prozesse und Anreize für eine ergebnisorientierte und patientenzentrierte Versorgung sind zentrale Erfolgsfaktoren. Diese zu fördernden Netzwerke schaffen die besten Voraussetzungen für eine wohnortnahe, bedarfsgerechte und flexible Versorgung. Durch die Effizienzsteigerung der vernetzten Versorgung – Behandlung – Betreuung können dann auch die den erbrachten Leistungen der Berufsgruppen und Institutionen angepassten Vergütungen geschaffen und erhalten werden.

These 4: Nutzung der vorhandenen Daten

In den Industrienationen werden von den Organisationen der stationären, ambulanten, medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung Daten erhoben und verbreitet. Meist jedoch aus dem eingeschränkten Blickfeld der jeweiligen Institution. Ein ganzheitlicher auf den Bürger ausgerichteter individueller Datentransfer ist jedoch notwendig. Mit Hilfe der vorhandenen Informationstechnologie müssen die Versorgungsstrukturen mit einem ganzheitlichen Ansatz gestaltet werden. Die Berufsgruppen und Institutionen der Versorgung müssen mit Bonus- und Malus-Anreizen zur Einbindung bewegt werden.

Die deutsche Versorgungsforschung hinkt nach wie vor ein gutes Stück hinter der internationalen Entwicklung hinterher. Sie muss unter Berücksichtigung der Erkenntnisse und Ergebnisse ausgebaut werden, die auch in anderen Gesundheitssystemen gewonnen worden sind. Da Versorgungsforschung Bürgern und Akteuren im Gesundheitswesen gleichermaßen zu Gute kommt, sollte sie vom Staat, den Krankenkassen, den Krankenhäusern und Vertragsärzten sowie der Pharma- und Medizinprodukte-Industrie finanziert werden.

These 5: Fachkompetente Beratung und Transparenz in der Politik

Politische Mandatsträger im Bund, den Ländern und Kommunen haben nachhaltigen Einfluss auf die Versorgungsstrukturen im Gesundheits- und Sozialsystem. Die bestehende Struktur der Beratung der Politik und die dazu beauftragten Institutionen wie Gemeinsamer Bundesausschuss, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) muss modifiziert werden. Es bedarf mehr Transparenz und einer Beschleunigung der Einzelentscheidung in diesen Gremien mit nachhaltiger effektiver Berücksichtigung der Anforderungen der Bürger und der Berufsgruppen, Institutionen.

Die Politik muss die Rahmenbedingungen für mehr Gesundheit der Bevölkerung schaffen. Den Erfolg kann eine jährliche Gesundheitsbilanz dokumentieren, aus der ersichtlich wird wie sich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Gesundheitswirtschaft im Sinne des Patienten verändert hat.

Mehrdimensionale Scores tragen zur fortlaufenden Entwicklung und Bewertung einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung bei. Letztendlich fordert die Politik von allen Berufsgruppen und Institutionen im Gesundheitswesen den Nachweis eines nachhaltig wirkenden Qualitätsmanagements. Wir fordern den Qualitätsnachweis kurz-, mittel- und langfristig auch von der Politik im Bund, den Ländern und den Kommunen.

These 6: Beseitigung qualitätsfeindlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen

Die machtvolle Einflussnahme der Kostenträger bestimmt in erheblichem Maße die Gesundheitsversorgung. Die nur auf ein Haushaltsjahr planbare Mittelzuweisung macht dabei eine langfristige Orientierung nahezu unmöglich oder wird durch stringente ökonomische Reglementierung destruktiv beeinflusst.

Die für Krankenkassen existenzbedrohenden Zusatzbeträge haben einen Kosten-Vermeidungs-Wettbewerb ausgelöst, der alle Investitionen in Modelle zur Verbesserung der Versorgungsqualität blockiert, die sich monetär erst längerfristig auszahlen. Außerdem haben die Zusatzbeiträge Krankenkassen dazu verleitet, zu Lasten kranker Versicherter Strategien zur Leistungsverweigerung zu erarbeiten und zu praktizieren. Der Zusatzbeitrag hat sich als ein Steuerungsinstrument entpuppt, das den von der Politik gewollten Qualitätswettbewerb konterkariert. Es muss deshalb umgehend wieder abgeschafft werden. Die gesetzlichen Krankenkassen, die Renten-, die private Krankenversicherungen und die Pflegekassen benötigen Anreize, mit denen die Einführung mittel- und langfristig sinnvoller Versorgungsmodelle gefördert wird.

Die Orientierung muss dabei nicht auf Kostensenkung liegen, sondern auf der größtmöglichen effektiven Versorgung des individuellen Menschen und einer wohnortnahen Versorgung sowie einer dem Aufwand entsprechenden Vergütung der Berufsgruppen und Institutionen der Versorgung – Behandlung – Betreuung.

Es besteht unmittelbarer Handlungsbedarf, die Inhalte dieser sechs Thesen anzupacken, damit die bestehenden Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen nicht völlig zerschlagen werden. Es geht dabei auch um den Erhalt internationaler Wettbewerbsfähigkeit.

Zusammenfassung:

Im „Zukunftsrat Souveränität im Gesundheitswesen“ erarbeiten wir derzeit weitere Thesen, die wir im Verlauf des ersten Vierteljahres 2014 zur verstärkten Einflussnahme auf die Entwicklung des Gesundheitswesens öffentlich darlegen werden. Wir freuen uns über jeden Bürger, der sich an der Gestaltung beteiligen will und zwar durch eine aktive Mitgliedschaft in unserer unabhängig agierenden Organisation.

Die Bürger und die jeweiligen Interessenvertreter werden von uns in der



eingebunden und zwar mit dem Ziel, **Vorschläge und Lösungen** zur Zukunftssicherung der Versorgung – Behandlung – Betreuung und Vergütung im Gesundheits- und Sozialsystem zu erarbeiten. Wir bringen uns gemeinsam mit unserem Wissen und einem ganzheitlichen Ansatz ein.

Nach Beurteilung einer Vielzahl von Experten ist die aktive Zusammenarbeit in einer eigenständig agierenden Initiative für Gesundheit aktuell wichtig und notwendig.

Berlin / Augsburg im Januar 2014

Der Vorstand der
Bürger Initiative Gesundheit e.V.