

SPD-Programm Gesundheit und Pflege

BürgerInnen- und PatientInnenorientierung in der Gesundheits- und Pflegepolitik

Von Mechthild Rawert MdB

Unser Gesundheitssystem befindet sich in ständiger Anpassung und Veränderung. Der medizinisch-technische Fortschritt schreitet voran und ebenso der demographische Wandel. Auf Seiten der Bevölkerung steigen die Bedarfe nach einem wohnortnahen und altersgerechten Gesundheitswesen. Die fachlichen Anforderungen an alle ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe steigen ebenso, wie der Bedarf, interdisziplinär zu arbeiten und die Grenzen der stationären und ambulanten Versorgungsinstitutionen zu überbrücken. Zeitgleich wird ein zunehmender Fachkräftemangel beklagt.

Die politischen Prioritäten und Leitprojekte der SPD-GesundheitspolitikerInnen sind geprägt durch unser Engagement gegen die Entsolidarisierung und die soziale Spaltung in den für uns alle existentiellen Feldern der Gesundheit und Pflege. Wir stehen zum Sozialvertrag einer solidarischen Gesundheitsversorgung für alle.

Ein Leitbild der Gesundheitspolitik der SPD-Bundestagsfraktion ist die an gleichen Bürgerinnen- und Bürgerrechten orientierte Gesundheitsversorgung. In unserem Positionspapier „Entscheidend ist die Patientenperspektive“ haben wir diese dargelegt. Wir machen Vorschläge, mit denen ein gut entwickeltes und leistungsfähiges System der Gesundheitsversorgung gerade in ländlichen und strukturschwachen Regionen geschaffen bzw. erhalten werden kann. Wir wollen Vorsorge und Prävention stärken. Wir wollen ein Gesundheitswesen, in dem alle Menschen unabhängig von Erwerbsstatus, Wohnort, Alter, Geschlecht und Behinderung Zugang zu einer optimalen patienten- und qualitätsorientierten Versorgung haben. Jede und jeder soll am Fortschritt im Gesundheitswesen teilhaben. Dabei stellen wir die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt. Die alleinige Betrachtung von Gesundheitsausgaben als Kostenfaktor greift zu kurz.

Wir wollen darüber hinaus, dass die Branchen Gesundheit und Pflege „Gute Arbeit“ anbieten und attraktiv für Beschäftigte sind. Eine nachhaltige und

solidarische Finanzierung von Gesundheit und Pflege ist auch die Voraussetzung, damit gute und sichere Arbeitsplätze im Bereich der Dienstleistungen von Menschen für Menschen existieren und neue entstehen können.

Einige der aktuellen Projekte sozialdemokratischer Gesundheitspolitik möchte ich aufzeigen.

Zukunftsmodell solidarische Bürgerversicherung

Die SPD will mit der Bürgerversicherung einen grundsätzlich neuen Weg im Gesundheitswesen und in der Pflege gehen. Ziel ist es, gegen ein zunehmendes Zwei-Klassen-System in Medizin und Pflege vorzugehen. Es soll nicht länger von der Versicherungskarte (privat oder gesetzlich) abhängen, wie jemand behandelt wird. Die Bürgersozialversicherung gewährleistet Gleichbehandlung und verhindert einen massiven Kostenanstieg für gesetzlich und privat Versicherte.

Bürgersozialversicherung im Gesundheitssystem bedeutet: Nach unserem in der SPD-Bundestagsfraktion intensiv erarbeitetem Konzept gibt es nur noch ein Versicherungssystem für alle Bürgerinnen und Bürger. Die Bürgersozialversicherung kann sowohl von der öffentlich-rechtlichen Krankenversicherung (GKV) als auch von den privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV) angeboten werden. Damit wird die Bevorzugung von privat Versicherten beendet. Allein die Krankheit ist künftig ausschlaggebend, wie und wann jemand behandelt wird. So werden auch die privat Versicherten vor massivem Beitragsanstieg geschützt, weil es zukünftig keine überhöhte Abrechnung für Behandlungen bzw. eine Überversorgung gibt.

Die Finanzierung der Bürgerversicherung wird sich aus drei Beitragssäulen (Bürgerbeitrag, Arbeitgeberbeitrag und dynamisierter Steuerbeitrag) zusammensetzen. Wir werden damit die paritätische Finanzierung wieder einführen, Arbeitgeber müssen sich wieder zur Hälfte an den Kosten des Gesundheitssy-

stems beteiligen. Die Beiträge der ArbeitnehmerInnen sinken. Für sie und die RentnerInnen wird es keine einseitigen Zusatzbeiträge wie die Kopfpauschalen geben. Auch die Praxisgebühr entfällt, da sie ihre Steuerungsfunktion nicht erfüllt hat.

Mit Einführung der Bürgerversicherung werden alle neu zu versichernden BürgerInnen in diese aufgenommen, die Wahl der Kasse bleibt dabei jeder und jedem frei. Die Monatsbeiträge sind einkommensabhängig. Selbständigen mit kleinem Einkommen kommt entgegen, dass die Mindestbeitragsbemessungsgrenze abgesenkt und bei der Geringfügigkeitsgrenze, zurzeit bei 400,01 Euro, liegen wird.

Hauptursache einer Zwei-Klassen-Medizin ist die unterschiedliche Vergütung für die ambulante Versorgung von gesetzlich und privat Krankenversicherten. Eine einheitliche Honorarordnung wird die medizinisch unbegründete, verstärkte Ansiedlung von Haus- und FachärztInnen in Regionen mit einem hohen Anteil an privat Versicherten abbauen helfen.

Wir schaffen mit der Bürgersozialversicherung aber auch Anreize für Qualitätssteigerungen und mehr integrierte Versorgung (IV). So können die starren stationären und ambulanten Sektorengrenzen überwunden werden. In Zukunft sollen diejenigen belohnt werden, die beispielsweise durch Kooperation und Qualifikation ein mehr an Behandlungsqualität für die Patientinnen und Patienten erreichen. Wir wollen die Bildung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) fördern.

Solidarische Finanzierung der Pflege – Umfassende Pflegereform

Die SPD-Bundestagsfraktion ist am 29. Juni mit eigenen Vorschlägen in die abschließende Beratung des schwarz-gelben Pflegereformchens „Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung“ gegangen. Hauptzweck dieses von ExpertInnen, Wohlfahrtsverbänden und Gewerkschaften scharf kritisierten Gesetzes ist die Einführung des „Pflege-Bahr“, einer von Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten strikt abgelehnten privaten Pflege-Zusatzversicherung.

Wir benennen in unserem Antrag „Für eine umfassende Pflegereform – Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe stärken“ (Drs. 17/9977) die vielen drängenden Maßnahmen in der Pflege, um die Schwarz-Gelb

einen Bogen schlägt. So besteht dringender Handlungsbedarf in der Sicherung der sozialen Pflegefinanzierung, die vorhandenen Mittel reichen nur bis 2014/2015. Die Kommunen müssen für den Ausbau der kommunalen Pflegeinfrastruktur eine bessere Finanzausstattung erhalten. Hier bedarf es nicht nur pflege- sondern vor allem auch steuerpolitischer Entscheidungen. Deshalb treiben wir eine Weiterentwicklung der Gewerbesteuer und weitere Entlastungen bei den Sozialausgaben voran.

Bürgerversicherung in der Pflege bedeutet: Das SPD-Konzept der Bürgerversicherung soll auch für die Pflege gelten. Die SPD-Bundestagsfraktion beabsichtigt, Grundprinzipien des Bürgerversicherungsmodells in der Krankenversicherung auf die Pflegeversicherung zu übertragen, wie z.B. eine paritätische Umlagefinanzierung oder einkommensabhängige Beiträge. Um den Vertrauensschutz zu gewährleisten, wird den bisher privat Versicherten eine Option einräumt. Privatversicherte können – unabhängig von Alter und Gesundheitszustand – während eines Jahres wählen, ob sie in die Bürgerversicherung wechseln oder in ihren bestehenden Verträgen verbleiben wollen. Die Versicherten dürfen nicht durch zu hohe Beitragssätze für die als Teilkaskoversicherung organisierte Pflegeversicherung belastet werden.

Derzeit sind die Pflegerisiken zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung höchst ungleich verteilt: So beliefen sich die Leistungsausgaben 2009 in der sozialen Pflegeversicherung pro Versichertem auf rund 276 Euro, in der privaten Pflegeversicherung nur bei rund 104 Euro. Deshalb wird mittels eines neu eingeführten gemeinsamen Ausgleichsmechanismus ein Risikoausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung erfolgen. Die bisherigen gesetzlichen und privaten Pflegekassen bieten eine Bürgerpflegeversicherung zu exakt gleichen Wettbewerbsbedingungen an. Obligatorische, ergänzende, kapitalgedeckte Zusatzversicherungen oder Kopfpauschalen wird es nicht geben.

Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Grundlage der Pflegereform der SPD-Bundestagsfraktion sind die seit Januar 2009 vorliegenden Empfehlungen des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Der derzeitige Pflegebedürftigkeitsbegriff ist ausschließlich somatisch aus-

gerichtet und stark verrichtungsbezogen. Dies hat zur kritisierten „Pflege im Minutentakt“ geführt. Unsere Pflegereform ist auch auf die Bedürfnisse der psychisch Kranken, der pflegebedürftigen Kinder sowie auf die Bedürfnisse der immer zahlreicher werdenden Menschen mit demenziellen Erkrankungen ausgerichtet. Sie stärkt die Möglichkeit der ambulanten Versorgung sowie Prävention und Rehabilitation.

Der Beirat geht davon aus, dass mit den Leistungsverbesserungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff Kosten von rund 4,2 Milliarden Euro verbunden sind. Aber auch hier gilt der Bestandsschutz für diejenigen, die ihre Leistungen nach den alten Regelungen bekommen.

Beim neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff stehen die Bedarfe zur Förderung der Selbständigkeit im Mittelpunkt. Maßstab der Begutachtung ist der Grad der Hilfebedürftigkeit aufgrund körperlicher und auch kognitiver oder psychischer Einschränkungen bei den täglichen Verrichtungen. Diese Beurteilung der Alltagskompetenz soll durch ein neues Begutachtungsverfahren (acht Module) und die Unterteilung in fünf Bedarfsgrade statt bisher drei Pflegestufen erfolgen.

Ziel muss es sein, den Personenkreis, für den der Pflegebedürftigkeitsbegriff gilt, im Ersten Sozialgesetzbuch zu verankern. Damit wird nicht nur die Anspruchsvoraussetzung bei Pflegebedürftigkeit im SGB I definiert, sondern auch die speziellen Leistungsvoraussetzungen bei Pflegebedürftigkeit in den nachfolgenden einzelnen Sozialgesetzbüchern zur Ausbildung, Krankenversicherung, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Pflegeversicherung und die Sozialhilfe geregelt. Vorhandene Schnittstellenproblematiken sind noch zu klären.

Qualität in die Pflege

Nach Meinung der SPD-Bundestagsfraktion muss sich eine Pflegereform daran messen (lassen), in wie weit sie tatsächlich zur Unterstützung und Sicherung der Teilhabe für Pflegebedürftige und deren Angehörigen beiträgt. Wir messen unsere Pflegereform daran, ob sie alle Bürgerinnen und Bürger gleichberechtigt erreicht, beispielsweise ob sie ausreichend kultursensibel ist bzw. den Bedürfnissen von Menschen mit Handicaps entspricht. Wir fördern den Ausbau der wohnortnahen Pflegeberatung. Diese soll stärker als bisher auch zur Prävention und Gesundheits-

förderung, zu Wohnanpassungsmaßnahmen bis hin zu technischen Assistenzsystemen beraten. Wir wollen die Weiterentwicklung der Prüfung ambulanter und stationärer Pflegequalität, wollen entsprechende Transparenzberichte, fordern mehr Pflegewissenschaft.

Pflegende Angehörige und andere Pflegepersonen leisten eine herausragende Arbeit. Bestandteil unserer Pflegereform ist auch ihre Entlastung. Wir werden einen Rechtsanspruch auf bezahlte Freistellung bis zu zehn Tagen bei plötzlich auftretender Pflegebedürftigkeit einführen, ebenso einen Rechtsanspruch für gewisse Zeitkontingente mit Lohnersatzleistungsanspruch für den zumeist länger andauernden Pflegeprozess. Wir wollen Pflegezeiten rentenrechtlich höher bewerten. Wir forcieren den Ausbau der Kurzzeit- und Verhinderungspflege und verstärken die Beratung und Anleitung zur Bewältigung der Betreuungs- und Pflegeaufgaben bis zum Tod. Wir stärken das bürgerschaftliche Engagement in der Pflege durch Förderung ehrenamtlicher Strukturen und die der Selbsthilfe.

Mit der UN-Behindertenrechtskonvention Chancen für ein inklusives Gesundheitswesen schaffen

Eine weitere gesellschaftspolitisch wichtige Aufgabe ist die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK). Menschen mit Behinderung fordern Empowerment und Partizipation, fordern „Nichts ohne uns über uns“. Schon jetzt haben 12,7 Millionen Menschen einen Schwerbehindertenausweis – Tendenz steigend. Sie alle haben ein Recht auf die Schaffung angemessener Vorkehrungen zugunsten behinderter Menschen.

Auch um diesen Forderungen Nachdruck zu verleihen, wurde in einer eigens zusammengestellten Begleitgruppe mit den ExpertInnen in eigener Sache und VertreterInnen aller SPD-Facharbeitsgruppen unser Antrag „UN-Konvention jetzt umsetzen – Chancen für eine inklusive Gesellschaft nutzen“ (Drs. 17/7942) zusammen erarbeitet. Wir stellen diesen dem ungenügenden „Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung“ als sozialdemokratisches Alternativprogramm entgegen. Wir forcieren ein Teilhabesicherungsgesetz.

Es ist viel zu tun. Defizite bei der Umsetzung der UN-BRK gibt es auch in den Bereichen Gesundheit,

Pflege und medizinische Rehabilitation. Als zuständige Berichterstatteerin arbeite ich in enger Kooperation mit Akteuren des Gesundheitswesens sowohl im ambulanten als auch im stationären Gesundheitsbereich unter anderem an folgenden Themen:

- Das Recht auf freie Arztwahl gilt für alle – ist aber nicht von allen einlösbar. Bauliche Barrierefreiheit soll – insbesondere bei Neuzulassungen – zum Zulassungskriterium für LeistungserbringerInnen in der Gesundheitswirtschaft werden. Die SPD-Bundestagsfraktion plant ein umfangreiches Programm zum barrierefreien Umbau von Arzt- und Physiotherapiepraxen, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen aufzulegen.
- Viele Familien mit Migrationserfahrung und einem behinderten Angehörigen sind mehrfachen schwierigen Belastungen ausgesetzt. Eine kultursensible und muttersprachliche Beratung und Begleitung im Schnittfeld Behinderung und Migration ist eine wichtige Voraussetzung zur gleichberechtigten Teilhabe am gesundheitlichen und sozialen Hilfesystem in Deutschland.
- Spezieller Handlungsdruck besteht in der zahnärztlichen Behandlung von Menschen mit Behinderung, der gynäkologischen Behandlung von behinderten Frauen sowie der oft ungenügenden augenärztlichen und podologischen Behandlung.
- Die ärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr ist in Spezialärztlichen Versorgungszentren sehr gut etabliert. Ähnliche Angebote fehlen aber in der Erwachsenenversorgung. Deshalb wollen wir Modellprojekte von Medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (MZEB) möglichst in die Regelversorgung übernehmen.
- Der Grundsatz „Reha vor und bei Pflege“ ist konsequent umzusetzen. Angebote für mobile und frühe Rehabilitation, ambulante Strukturen und häusliche Pflege für Menschen mit Behinderung sind auszuweiten.
- Zur Steigerung der medizinischen Kompetenzen für die Behandlung von Menschen mit Handicaps müssen die Ausbildungsinhalte der Pflege- und Gesundheitsberufe entsprechend überarbeitet werden. Diesbezügliche Weiterbildungen sind für Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte verpflichtend zu ma-

chen. Insbesondere hat eine Sensibilisierung zur Gewaltproblematik gegenüber Frauen mit Behinderung zu erfolgen.

„Gute Arbeit“ für Pflegefachkräfte

Das Gesundheitswesen und die Pflege gehören zu den zukunftssicheren Beschäftigungsbranchen. Dennoch prognostiziert das Statistische Bundesamt für 2025 einen Mangel an 152.000 Pflegefachkräften. Diese Entwicklung ist Folge eines über Jahre hinweg in der Öffentlichkeit negativ gezeichneten Berufsfeldes. Die Arbeit der zumeist weiblichen Alten-, Kinderkranken- und KrankenpflegerInnen wird nicht mit „Guter Arbeit“ verbunden.

Im Gegenteil: belastende Arbeitsbedingungen, geringe Entlohnung, unbefriedigende Entwicklungs- und Karrieremöglichkeiten, Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie werden immer wieder als Negativkriterien genannt. Die Berufsverweildauer sinkt. Demgegenüber steht eine hohe Identifikation der Beschäftigten in der Pflege mit ihrem Beruf und ihren Tätigkeiten. Nur ein ganzes Bündel von Maßnahmen kann dazu führen, dass die Attraktivität des Pflegeberufes wieder steigt.

Reform der Pflegeausbildung

Ein Schritt in die richtige Richtung ist für die SPD-Bundestagsfraktion die Neuordnung der Pflegeausbildung unter folgenden Prämissen:

- Wir plädieren für eine generalistische Ausbildung von Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege mit einem gemeinsamen Berufsabschluss. Die Ausbildung muss gebührenfrei werden. Das von Auszubildenden selbst zu tragende Schulgeld gehört abgeschafft.
- Wir wollen Wettbewerbsvorteile für nicht-ausbildende Unternehmen gegenüber Ausbildungsbetrieben stoppen. Nicht-ausbildende Einrichtungen sollen künftig durch eine bundeseinheitliche Ausbildungsplatzumlage und durch eine Umlagefinanzierung an der Finanzierung der Ausbildung und der Ausbildungsvergütung beteiligt werden.
- Wir wollen zur Förderung des dritten Ausbildungsjahres für die berufliche Weiterbildung in der Alten-

und Krankenpflege zusammen mit den Bundesländern eine nachhaltige Grundlage für die Finanzierung erarbeiten. Umschulungsmaßnahmen in der Pflege werden immer wichtiger.

Ein Eckpunktepapier für eine modernisierte – sowohl berufsorientierte als auch akademisierte – Ausbildung hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ vorgelegt. Es ruht derweil. In wenigen Wochen gibt es seitens der Europäischen Union ein Eckpunktepapier zur Berufsanerkenntnisrichtlinie 2005/36/EG. Diese beabsichtigt, die Zugangsvoraussetzungen zu Kranken- und Altenpflegeberufen europaweit auf 12 Schuljahre anzugleichen. Während einige für Deutschland verheerende Folgen befürchten, begrüßen andere die Bewegung in der Bildungslandschaft Pflege. Auch um auf Augenhöhe mit den ÄrztInnen agieren zu können, sei eine Akademisierung der Pflege zu begrüßen.

Individuelle Gesundheitsleistungen eindämmen

„Wir sind keine Kaufleute, und die Patienten sind keine Kunden“, so der verstorbene Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, auf dem 114. Deutschen Ärztetag in Kiel 2011. MedizinerInnen als Kaufleute, PatientInnen als KundInnen – diesen Eindruck haben aber immer mehr Bürgerinnen und Bürger in Arztpraxen. Sie fragen sich, ob wirklich alle Maßnahmen vorrangig ihrem Patientenwohl oder der Einkommenssteigerung des Arztes dienen. Häufig werden PatientInnen schon bei der Anmeldung von Praxisangestellten mit Hinweisen auf die privat zu zahlenden Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) „überfallen“. Das so bedeutsame „Arzt-Patienten-Verhältnis“ ist gestört. Das IGeL-Geschäft ist mittlerweile auf 1,5 Milliarden Euro pro Jahr angewachsen – Tendenz stark steigend.

Vor diesem Hintergrund habe ich den Antrag „Individuelle Gesundheitsleistungen eindämmen“ (Drs. 17/9061) geschrieben. Er wurde im Juni in 1. Lesung im Plenum debattiert. Meine Initiative wurde innerhalb der Ärzteschaft stark wahrgenommen, die Rückmeldungen gehen von Dank bis Ablehnung. Für den Herbst ist eine öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss geplant. Einige der Forderungen der SPD-Bundestagsfraktion an die Bundesregierung sind:

- Wenn ein Arzt oder eine Ärztin eine IGe-Leistung erbracht hat, darf sie oder er für diese PatientIn am selben Tag keine Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen. Ein Zuwiderhandeln wird sanktioniert. Dieses Zeitfenster dient den PatientInnen, abgewogen zu entscheiden.
- Vor dem Verkauf einer IGe-Leistung muss ein persönliches Aufklärungsgespräch durch die ÄrztIn erfolgen. Es muss ein schriftlicher Behandlungsvertrag abgeschlossen und eine schriftliche Rechnung gestellt werden.
- Der Markt der IGe-Leistungen soll regierungsseitig stärker evaluiert werden, um zu mehr Transparenz und Qualität zu gelangen.

Als Gesundheitspolitikerin habe ich die „Gender-Brille“ auf. Es ist erstaunlich, wie konservativ Deutschland bei der sexuellen und reproduktiven Selbstbestimmung von Frauen ist. Ich arbeite derzeit daran, dass wir die „Rezeptfreiheit von Notfallkontrazeptiva (Pille danach)“ durchsetzen und habe einen diesbezüglichen Antrag ins parlamentarische Verfahren eingebracht. Geschlechtergerechtigkeit im Gesundheitswesen ist das Ziel.