Mechthild Rawert

Dauerbaustelle Gesundheit und Pflege – Gesunderhaltende Reformen oder krankmachende Reformitis

Das Ziel dieser Tagung „Gesichter der Frauengesundheit – Diskussionen und Standpunkte“ ist es, Frauen, Patientinnen und Professionelle und ihre Vertretungen zu informieren und damit zu stärken. Dazu gehören Wissensvermittlung und Transparenz – über bestehende Strukturen, die Qualität und den Charakter von Versorgungsangeboten, über politische Entscheidungsfindungen und gegebenenfalls Neuorientierungen.

Ist unser Gesundheitssektor, unser Gesundheitswesen, unsere Gesundheitswirtschaft Wachstumsmotor oder Milliardengrab?

Wird dieser als Wirtschaft-, und Beschäftigungssektor so bedeutsame Bereich der Privatisierung anheim gegeben oder als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge verstanden, verteidigt und ausgebaut?

Der Vortrag von Christina von Braun beschäftigte sich mit dem modernen Wirtschaftsleben, dem Geld und der Angst, der von Dr. Christine Leidinger mit gesundheitspolitischen Akteurinnen und Akteuren auf Mikro-, Meso- und Makroebene im Gesundheitswesen und deren Einflussnahmen: Als Feministin und Gesundheitspolitikerin begrüße ich es außerordentlich, dass Frauen sich in die strukturellen Deutungs- und Machtebenen einmischen (wollen) – meiner Meinung nach noch nicht ausreichend. Frauen sollten sich mit den Wirtschaftsprozessen auskennen, um unter anderem auch den Wertschöpfungsansatz des Gesundheitswesens verdeutlichen zu können. Das Gesundheitswesen ist nicht nur Kostenfaktor, ist nur ein Kostentreiber der Lohnnebenkosten zu Lasten von Arbeitgebern, wie uns Schwarz-Gelb weiß machen will. Zur Einordnung einige Zahlen. Es geht um viel, das sagt uns auch das Statistische Bundesamt – für das Jahr 2009:

Beschäftigte: In diesem Wirtschaftsbereich unserer Volkswirtschaft sind rund dreizehn Prozent aller Beschäftigten tätig.

Ausgabenhöhen: Die Gesundheitswirtschaft trägt mit einem Volumen in Höhe von 278,3 Milliarden Euro über elf Prozent zum Bruttoinlandsprodukt bei. Auf jede/n EinwohnerIn entfielen im Jahr 2009 damit Aufwendungen in Höhe von rund 3 400 Euro (2008: 3 220 Euro). Größter Ausgabenträger ist die gesetzliche Krankenversicherung. Sie trug mit 160,9 Milliarden Euro rund 57,8 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben. (Anstieg zu 2008: 9,4 Milliarden Euro beziehungsweise 6,2 Prozent) Ähnlich stark ist der prozentuale Anstieg bei der sozialen Pflegeversicherung: Ausgaben auf 20,3 Milliarden Euro (Anstieg zu 2008 um rund 1,2 Milliarden Euro beziehungsweise 6,0 Prozent). Ausgabenanstieg bei der privaten Krankenversicherung auf 26 Milliarden Euro (Anstieg zu 2008: um 1,1 Milliarden Euro beziehungsweise rund 4,3 Prozent), Ausgabenanstieg bei den privaten Haushalten und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck auf 37,5 Milliarden Euro (Anstieg zu 2008 um1,3 Milliarden Euro beziehungsweise rund 3,7 Prozent.

Ausgabenstruktur im ambulanten Bereich: Fast die Hälfte der Ausgaben für Güter und Dienstleistungen im Gesundheitswesen wurde in ambulanten Einrichtungen erbracht (138,2 Milliarden Euro beziehungsweise 49,7 Prozent, Ausgabenanstieg zu 2008 um 4,9 Prozent), am bedeutsamsten ambulanten Einrichtungen die Arztpraxen mit 42,8 Milliarden Euro und die Apotheken mit 40,1 Milliarden Euro, die ambulanten Pflegeeinrichtungen 9,3 Milliarden (dabei zu 2008 stärkster prozentualen Anstieg mit plus 9,5 Prozent beziehungsweise 800 Millionen Euro). Dieser Anstieg ist bedingt durch die Leistungsverbesserungen im von SPD-Gesundheitsministerin Ulla Schmidt durchgesetzten Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, aber auch auf den Zuwachs der Ausgaben für Behandlungspflege (wie zum Beispiel Verbandwechsel oder Medikamentengaben) im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Auch die Ausgaben in Arztpraxen sind mit + 6,1 Prozent (+ 2,5 Milliarden Euro) überdurchschnittlich stark angestiegen. Dies ist zum Großteil auf Honorarverbesserungen bei den niedergelassenen Ärzten zurückzuführen, die im Jahr 2009 wirksam wurden.

Ausgabenstruktur im (teil-)stationären Sektor: Aufwendungen 100,2 Milliarden Euro (Anstieg von 5,8 Prozent), davon Krankenhäuser: 71,0 Milliarden Euro, die Einrichtungen der (teil-)stationären Pflege: 21,0 Milliarden Euro, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen: 8,2 Milliarden Euro. Insbesondere die Krankenhäuser trugen mit einem Ausgabenwachstum von 6,4 Prozent beziehungsweise 4,3 Milliarden Euro zum überdurchschnittlich starken Anstieg

des (teil-) stationären Sektors bei. Der Ausgabenanstieg im Krankenhausbereich ist dabei auch vor dem Hintergrund des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes zu sehen, welches im Jahr 2009 unter anderem eine anteilige Finanzierung der Tariflohnerhöhungen und ein Förderprogramm zur Verbesserung der Stellensituation beim Pflegepersonal , welches zu neunzig Prozent von den Krankenkassen finanziert wird, vorsah.

Es ist von einer Zunahme des volkswirtschaftlichen Sektors Gesundheit auszugehen: Erstens wirkt die Alterung der Bevölkerung Ausgabensteigernd; zweitens führt der medizinisch-technische Fortschritt zu steigender Nachfrage nach Gesundheitsleistungen; drittens ist bei einem weiter wachsenden Wohlstand davon auszugehen, dass vom individuellen Einkommen relativ mehr für Gesundheitsleistungen – unter anderem im Wellnessbereich, der aber nicht GKV-relevant ist – ausgegeben wird.

Die grundlegende Frage von Gegenwart und Zukunft lautet: Wie kann das Gesundheitswesen so weiterentwickelt werden, dass Gerechtigkeitslücken geschlossen werden und für die Zukunft gilt: Gleichberechtigter Zugang zu Gesundheit und Lebensqualität für alle? Denn eines ist sicher: Die soziale Ungleichheit in unserem Lande ist gewachsen – finanziell und auch regional

Eine soziale Gesundheitswirtschaft. Von der Anbieter- zur Patientenorientierung

Wir vertreten die Meinung: Wir wollen eine Soziale Gesundheitswirtschaft. Das Ziel unseres Konzeptes ist es, die derzeit dominierende Anbieterorientierung durch eine konsequente PatientInnenorientierung abzulösen. Dieser Paradigmenwechsel bedeutet: Im Zentrum konzeptioneller Überlegungen müssen die Bedarfe der Bevölkerung an medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen stehen. Zu diesen Leistungen müssen alle gleichberechtigt Zugang haben. Dies macht das "Soziale" und damit den Kern unseres Konzeptes aus und unterscheidet es von allen anderen Ansätzen zur Zukunft des Gesundheitswesens.

Die stärkste Nachfrage wird vorrangig im Bereich Pflege entstehen. Warum sage ich dieses: Heute trifft sich erneut im Kanzleramt die CDU/CSU und FDP-Spitze, unter anderem zu den Themen Pflegereform und Steuersenkung. Es geht also um die Frage: Welche Steuern, welche Steuerhöhen verbleiben beim Staat und damit bei der Ermöglichung einer öffentlichen Daseinsvorsorge? Und es geht um Leistungen, die aus Beiträgen von uns Versicherten zu zahlen sind.

Thema *Steuersenkung*: Die FDP will liefern, will durchsetzen, dass Einkommensteuerabsenkungen noch vor dem nächsten Bundestagswahltermin durchgesetzt werden. Ich sage als

Sozialdemokratin: Wer jetzt Steuern senkt, handelt unverantwortlich! Steuersenkungen nehmen uns die Mittel für Investitionen in Bildung, ins Gesundheitswesen, in die Absicherung der Kommunen - und tragen dazu bei, dass jetzig und vor allem künftig eine gesundheitliche und pflegerische Infrastruktur vor Ort gefährdet ist. Wir Bürgerinnen und Bürger werden dann durch unsere privaten Abgaben den Abbau öffentlicher Leistungen zahlen müssen – und das bedeutet eine gravierende Ungerechtigkeit, eine Schlechterstellung insbesondere der mittleren und unteren Einkommen.

Thema *Pflegereform*: Aus dem propagierten „Jahr der Pflege“ von Ex-Gesundheitsminister Rösler wird nichts. Noch liegen nicht einmal abgestimmte Eckpunkte vor. Eine Pflegereform findet dieses Jahr auf keinen Fall statt – ein verlorenes Jahr. FDP und CSU-Spitze hätten die Pflegereform am liebsten beitragsneutral – aber das scheint angesichts der dicken Wunschliste nicht sehr realistisch. Von einer Beitragssteigerung von 0,3 Prozentpunkten ist die Rede. Von einer den drängenden Herausforderungen angemessenen Reform kann wohl keineswegs mehr die Rede sein. Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ist eh schon auf das nächste Jahr – und ich sage voraus: das wird diese Legislaturperiode nichts mehr – verschoben.

Verbessert werden soll die Situation für zwei Personengruppen: die Demenzkranken und die pflegenden Angehörigen. Die Kostenschätzungen allein dafür bewegen sich zwischen drei und sechs Milliarden Euro. Als nicht hilfreich erlebe ich das Familienpflegezeitgesetz, von einer Verbesserung der Beschäftigtensituation höre ich nichts ebenso wie eine Stärkung der Infrastruktur der Kommunen – hier ist der Ort, an dem vieles ansetzen muss. Beim schwierigsten Streitpunkt, dem vereinbarten Kapitalstock für künftige Pflegefälle, zeichnet sich keine Annäherung ab. Die FDP pocht auf die im Koalitionsvertrag vereinbarte Pflicht zu „individualisierter“ Privatvorsorge. In der Union favorisieren sie eine kollektive Rücklage – und einige, wie Fraktionschef Kauder, wollen beim Ansparen auch die Arbeitgeber nicht außen vor lassen.

Wohl nicht auf der Agenda stehen wird die Forderung nach einem Mindestlohn – der wäre nun wieder für die Frauen und eine eigenständige existentielle Lebensführung sehr ausschlaggebend – siebzig Prozent der im Niedriglohnsektor Tätigen sind Frauen. Später gehe ich auf die Pflege- und Gesundheitsberufe noch ein.

Falsche Anreize im Bereich Gesundheit & Pflege

Philipp Rösler versprach zu Beginn seiner Amtszeit als Gesundheitsminister ein robustes Gesundheitssystem, „das nicht alle zwei, drei Jahre reformiert werden muss”. Besser und

dabei nicht teurer sollte es werden. „Die Versicherten“, so versprach er, „werden keine höheren Beiträge zahlen”. Versprochen, gebrochen: Stattdessen wurde das Solidarprinzip im Feld der Gesundheit ausgehebelt, die Bürgerinnen haben *weniger* netto vom brutto, das Gesundheitssystem wird für siebzig Millionen gesetzlich Versicherte keinen Deut besser, dafür aber massiv ungerechter und teurer. Während SpitzenverdienerInnen mit hohen Einkommen kaum belastet wurden, zahlen vor allem GeringverdienerInnen und BezieherInnen mittlerer Einkommen sowie Familien mit Kindern und Rentnerinnen und Rentner kräftig drauf. Da vor allem Frauen immer noch im Schnitt 23 Prozent weniger als Männer verdienen und in großer Mehrheit (zu über achtzig Prozent) in den sozialen Gesundheits- und Pflegeberufen arbeiten, treffen diese Regelungen zuerst die Frauen hart.

Finanzierung Das „Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der GKV“ (GKV-FinG) der Bundesregierung von 2010 hat geführt zu

a) ungleich verteilten *Kostensteigerungen*

Steigende Beiträge für die Versicherten: Die *Beitragssätze* sind für die GKV erhöht worden von 14,9 auf 15,5 Prozent.
Ungerechte und einseitige Belastung der ArbeitnehmerInnen/RentnerInnen: Während diese 8,2 Prozent zu zahlen haben, ist der Arbeitgeberanteil bei 7,3 Prozent eingefroren. Dieses Einfrieren aus Arbeitgeberseite entbindet diese von ihrer Verantwortung für „gesundheitliche Strukturen“ und bewirkt, dass alle künftigen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen von den Versicherten durch einheitliche Zusatzbeiträge vollständig selbst zu tragen sind. Dass die Arbeitgeber so außen vor bleiben, ist für unsere Gesellschaft schädlich. Nach Angaben einer CDU-Kollegin aus dem Gesundheitsausschuss verliert die deutsche Volkswirtschaft jährlich etwa 225 Milliarden Euro, das ist rund ein Zwanzigstel des BIP, durch kranke Arbeitnehmer. Und trotzdem wird daraus keine Konsequenz gezogen: Statt endlich ein Präventionsgesetz aufzulegen, dass auch Arbeitgeber zu betrieblichen Präventions- und Gesundheitsmaßnahmen verpflichtet, bleibt es hier beim Appellieren, für ein gutes Arbeitsklima zu sorgen.
Eingeführt wurde neben der ungerechten Beitragsbelastung die einseitig Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, Rentnerinnen und Rentner belastende Kopfpauschale – gemeint sind die von einigen Kassen erhobenen Zusatzbeiträge in der Regel von acht Euro im Monat. Die Bürgerinnen werden mit zwei Prozent mehr belastet. Denn erst ab dieser Grenze greift der

vollmundig angekündigte „Sozialausgleich“. Dieses so vollmundig angekündigte Gerechtigkeitsprinzip wurde längst als Umverteilungsinstrument von unten nach oben entlarvt. Dieser beschriebene Sozialausgleich ist eine Nullnummer im wahrsten Sinne des Wortes. Der „durchschnittliche Solidarausgleich“ wird vom Ministerium festgelegt und beträgt für 2011 wirklich *null* Euro. Niemand kann also einen Ausgleich verlangen. Es findet auch hier eine Umverteilung von unten nach oben statt – statt umgekehrt.

b) Das GKV-FinG ist auch Ausdruck einer Bevorzugung der Privaten Krankenversicherungen, die „gepampert“ werden zu Lasten der GKV:

Durch den erleichterten Wechsel in die private Krankenversicherung bereits nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze gehen der GKV einkommensstarke Versicherte verloren. Die PKV profitiert vom Preisabschlag für GKV-Kassen bei Arzneimitteln – ein Konjunkturprogramm von Schwarz-Gelb für private Krankenversicherer. Allerdings sind auch Privatversicherte längst nicht mehr nur Privilegierte im Gesundheitssystem: Es gibt eine wachsende Zahl vor allem älterer privat Versicherter, die von drastischen Beitragssprüngen überfordert werden. Zudem übernehmen Versicherungen zunehmend Teile ihrer Behandlungskosten nicht mehr. Viele Betroffene sind Beamte oder Selbständige mit normalen Einkommen. Sie bedürfen unserer Unterstützung gegen die Willkür von Versicherungskonzernen und Leistungserbringern im Gesundheitssystem. Hinter der Einführung der Kopfpauschale und dem Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages steht die Idee eines mehr und mehr privatisierten Gesundheitssystems. Eines System der „privaten einseitigen Belastung von GeringverdienerInnen und des Ausbaus der „Individuellen Gesundheitsleistungen“ (diese IGeL werden leider vor allem auch von FrauenärztInnen oft angeboten). Mittlerweile gibt es eine regelrechte „IGeL-Industrie“ und Arzthelferinnen werden bspw. zu IGeL-VerkäuferInnen „geschult“.

c) Als Folge des GKV-Finanzierungsgesetzes müssen die Krankenhäuser Mehrleistungsabschläge und eine weitere Anbindung an die Grundlohnsumme hinnehmen.

Im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz 2009 hatte die Große Koalition einen Orientierungswert ab 2011 angekündigt, an dem sich die Verhandlungen der Landesbasisfallwerte ausrichten und die Anbindung an die Grundlohnrate ersetzen sollten. Hintergrund war die Erkenntnis, dass mit der Krankenhausfinanzierung etwas schief läuft – insbesondere auch

hinsichtlich der Situation der Beschäftigten dort: Zum einen die Themen Monistik und Dualistik – laufende Versorgungskosten; Grund, die Kassen; für die Investitionen die Bundesländer. Die Einführung der DRG, die vorrangig die ärztlichen Leistungen abbilden, aber nicht die der Pflege – hier besteht sowieso noch massiver Nachholbedarf.
Kein einheitlicher Bundesfallwert wird angestrebt. Daniel Bahr verweigert eine bedarfsgerechte Finanzausstattung. Trotz anhaltender Überlastung des Personals in den Krankenhäusern hat Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr, wie auch schon sein Vorgänger Philipp Rösler, die vorgesehene Ablösung der Budgetierung in den Krankenhäusern durch einen Orientierungswert nicht vorgenommen. Zwar wurde wie bereits vor einem Jahr auch zum 30. Juni 2011 vom Statischen Bundesamt der Wert ermittelt, jedoch vom Bundesgesundheitsminister nicht veröffentlicht. Damit droht die erneute Verschiebung einer bedarfsgerechten Finanzausstattung der Krankenhäuser. Bereits 2009 war nach massiven Protesten das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz dahingehend verändert worden, dass die an den Beitragseinnahmen orientierte Budgetierung schrittweise durch einen Orientierungswert (Krankenhauswarenkorb) ersetzt wird. Dieser Gesetzesauftrag wurde von beiden FDP-Ministern ignoriert.

Die erneute Verschiebung geht zu Lasten der Patient/innen und der Beschäftigten. Die Krankenhäuser sparen auf deren Kosten. Das sei ein völlig falsches Signal an junge Menschen, die sich überlegen, den Pflegeberuf oder einen anderen Gesundheitsberuf zu ergreifen, heißt es bei ver.di. Ver.di fordert, dass der gesetzlich vorgesehene Orientierungswert jetzt umgesetzt wird. (ver.di newsletter gesundheitspolitik). Der Orientierungswert sollte vom Statistischen Bundesamt anhand der tatsächlichen Kostenentwicklung im stationären Sektor errechnet werden. „Mit dem versprochenen Orientierungswert wäre endlich eine Abkehr von der Grundlohnrate eingeläutet worden, die mit der Kostenentwicklung bei Krankenhäusern gar nichts zu tun hat“, betont Heins. Die Grundlohnrate orientiere sich an der Einnahmesituation der GKV des vergangenen Jahres, in der der aktuelle wirtschaftliche Aufschwung nicht abgebildet sei. Die anstehenden Tarifverhandlungen würden hingegen in Zeiten der wirtschaftlichen Konsolidierung des Landes geführt werden müssen. Mit dem GKV-FinG wird die Einführung dieses Werts nun auf das Jahr 2013 verschoben. Diese Maßnahme ist mehr als eine Kostendämpfungsmaßnahme: Es schnürt insbesondere den kommunalen, den öffentlich betriebenen Krankenhäusern die Luft ab. Mit der Verschiebung / des Aussetzens des Orientierungswertes forciert die schwarz-gelbe Bundesregierung eine zunehmende Privatisierung der Krankenhauslandschaft.

Außerdem wird dadurch die Beschäftigtensituation in den Krankenhäusern immer angespannter. Es ist eine Spirale nach unten – das merken vor allem diejenigen, die im Krankenausbereich in der Pflege tätig sind. Mit dem GKV-FinG verabschiedet sich die Bundesregierung auch von dem angestrebten Ziel, einen einheitlichen Bundesbasisfallwert für alle Bundesländer einzuführen. Um einen „gewissen Preiswettbewerb" zwischen den Ländern zu eröffnen, wird die Konvergenz zu bundeseinheitlichen Krankenhauspreisen aufgehoben.
Die SPD steht für ein Modell der leistungsorientierten Investitionspauschale und ein Infrastrukturpauschale – mit der letzeren wollen wir sicherstellen, dass dem grundgesetzlichen Auftrag der wohnortnahmen Versorgung auch Rechnung getragen wird.

Unser Modell der Bürgerversicherung. Soziale Auswirkungen für die Versicherten

Die Wirkungen dieser Gesundheitspolitik sind für die Versicherten, für – in der Mehrzahl weiblichen GeringverdienerInnen – fatal. In meiner Bürgerpraxis erlebe ich derzeit, dass sich viele – vor allem RentnerInnen – den Weg zum Arzt nicht mehr leisten können. Der Zusatzbeitrag einiger Krankenkassen trifft diese besonders hart: Gesundheit = Gerechtigkeit. Unsere gerechtere Alternative heißt solidarische Bürgerversicherung, heißt Orientierung an den Patientenbedürfnissen, den Bedürfnissen behinderter, chronisch Kranker, heißt Aufwertung von Gesundheits- und Pflegeberufen (Delegation/Substitution), heißt geschlechtergerechtere Gesundheitsversorgung! Bürgerversicherung bedeutet: Die Bürgerversicherung ist keine Einheitsversicherung, sondern meint einheitliche und solidarische Rahmenbedingungen, nach denen Versicherungen ihre Leistungen anbieten können und jeder und jede in freier Wahl eine Krankenkasse für sich wählen kann.

Krankenkassen bestimmen wieder selbst ihren Beitragssatz, allerdings ohne Zusatzbeiträge erheben zu dürfen. Damit ist ein Wettbewerb zwischen den Kassen möglich, aber nicht auf Kosten der medizinischen Leistungen für die Versicherten. Zusatzversicherungen, wie es sie heute schon für Zahnersatz oder gehobenen Service im Krankenhaus gibt, bleiben möglich.

Finanzierung Auch die Bürgerversicherung muss Wege finden, den medizinischen Fortschritt und den demografischen Wandel, die beide große Kostenblöcke im Gesundheitswesen darstellt, weiter zu finanzieren, damit alle profitieren. Das heißt: Die Arzt-Honorare der priva-

ten und gesetzlichen Kassen sollen vereinheitlicht werden in einer Honorarordnung: gleiches Honorar für gleiche Leistung. Eine unterschiedliche Behandlungsleistung aufgrund verschiedener Versicherungsformen ist damit unterbunden, die 2-Klassen-Medizin wird abgebaut. Auch die Anreize für verstärkte Ansiedlung von Ärzten in Regionen mit hohem Privatversicherungsanteil fallen damit fort und sorgen für eine gleichmäßigere flächendeckende Versorgung.

Die Finanzierung wird gerechter: sie wird zu (nominal) gleichen Teilen von ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen getragen, über einen dritten Finanzierungsteil auf Steuerbasis werden auch andere Einkünfte zum Beispiel aus Kapitalerträgen (über eine erhöhte Kapitalertragssteuer) einbezogen. Das soll die Einnahmebasis verbreitern und so für mehr finanzielle Stabilität sorgen. Die Regelungen von Schwarz-Gelb zur einseitigen Abwälzung von Kostensteigerungen auf die ArbeitnehmerInnenseite und Kopfpauschalen werden aufgehoben und durch die Finanzierung auf drei Säulen ersetzt. Mit Einführung der Bürgerversicherung werden alle neu zu versichernden Bürgerinnen und Bürger in diese aufgenommen – die Wahl der Kasse bleibt dabei beim Einzelnen. Die Monatsbeiträge sind einkommensabhängig, die Mindestbeitragsbemessungs-Grenze wird bei der Geringfügigkeitsgrenze liegen, zurzeit bei 400,01 Euro. Das kommt zum Beispiel Selbständigen mit kleinem Einkommen entgegen.

Was ändert sich nicht? Das Gesundheitssystem in Deutschland ist im internationalen Vergleich hervorragend – und soll es bleiben. Erhalten bleiben in unserem Bürgerversicherungssystem: die freie Arztwahl der Patientinnen und Patienten; die freie Kassenwahl der Versicherten; die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Ehepartnern ohne eigenes Einkommen.

Strategien für die Gestaltung von Arbeit und Qualifikationen in Gesundheitsberufen

Um „gute Arbeit und Qualifizierung in der sozialen Gesundheitswirtschaft“ zu forcieren, ist eine neue Humanzentrierung und ein erweiterter „Nutzer“begriff notwendig, dessen Grundlagen die gesundheitlichen Bedürfnisse und Bedarfe der Bürgerinnen und Bürger sind. Ausgehend von diesem neuen Versorgungsansatz ergäben sich folgende Strategieansätze für die Gestaltung von Arbeit und Qualifikation, unter anderem:

1. Förderung des Zugangs auch für neue, bisher unterrepräsentierte Zielgruppen, Sicherung der Durchlässigkeit der Qualifizierungswege.
2. Zügige Reformen der Aus-, Fort und Weiterbildung.
3. Mit der Zunahme von neuen Berufen im Gesundheitswesen ständen die Arbeitgeber vor zunehmenden Herausforderungen für einen qualifikationsgerechten Arbeitseinsatz und vor allem eine nachhaltige Beschäftigungsperspektive.
4. Im Zusammenhang von Arbeit, Organisation, Qualifikation und Technikeinsatz müssen neue Gestaltungsoptionen gesucht werden, um einen Mehrwert für Patientinnen und Patienten als auch für die Beschäftigten zu generieren.
5. Die Betriebe, Krankenhäuser, ambulante Dienste, Reha-Einrichtungen, etc. müssen innovationsorientierte Personalentwicklungskonzepte und -instrumente entwickeln. Es brauche Antworten auf lebensphasenspezifische, geschlechts- und kulturspezifische Herausforderungen der individuellen Berufsbiographien. Neuregelungen hinsichtlich des Zugangs zu den pflegerischen und gesundheitlichen Berufen, die Bedeutung von Delegation/Substitution zwischen den Berufen, der Gebührenfreiheit von Ausbildung, nach der Neugestaltung der Ausbildungsfinanzierung unter anderem durch einen Ausbildungs- beziehungsweise Umlagefonds.

Das Versorgungsstrukturgesetz wird die Probleme nicht lösen. Wir sehen für eine teilhabeorientierte, geschlechtersensible Gesundheitsversorgung für alle einen Handlungsbedarf vor allem in den folgenden Bereichen:

1. Bedarfsplanung und sektorübergreifende Versorgung
2. Vertragsarztrecht
3. Hausärztliche Versorgung
4. Einheitliche Vergütung von Leistungen
5. Medizinerausbildung und Weiterbildung
6. Vereinbarkeit von Beruf und Familie
7. Weiterentwicklung des RSA

Rolle der Pflegeberufe

- Pflegeausbildung
- Pflegefinanzierung

Zu beklagen: Kein Präventionsgesetz. Einige weitere wichtige Schritte zur Sicherung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung möchte ich skizzieren.

1. *Aufwertung von Gesundheits- und Pflegeberufen* (Delegation/Substitution): Medizin und Pflege sind und werden mehr und mehr weiblich. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat bereits 2007 in seinem Gutachten „Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ auf die Wichtigkeit der Zusammenarbeit und die Aufwertung von Gesundheitsberufen hingewiesen. Nach den Empfehlungen sollen nicht-ärztliche Gesundheitsberufe stärker in die Versorgung und Verantwortung einbezogen und die Kooperation zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen verbessert werden, um eine effizientere und effektivere gesundheitliche Leistungserteilung zu erzielen. Die Politik aber auch die Tarifpartner müssen Lösungen finden für bessere Arbeitsbedingungen, bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie, für eine Reform der Ausbildung in der Pflege.

2. *Reform der Pflegeausbildungen*: Um die – zu über achtzig Prozent – Frauen in der Pflege am Bett zu halten, neue motivierte Fachkräfte zu gewinnen und die bald über vier Millionen Pflegebedürftigen gut zu pflegen, bedarf es einer Vielzahl von Maßnahmen. Exemplarisch seien genannt: Sicherung der Pflegefinanzierung – auch hier steht das Kopfprämienmodell der FDP gegen das solidarische Umlageverfahren der SPD, Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zur besseren Versorgung des Demenzkranken und Zusammenlegung der Pflegeausbildungen. Nur so kann, nach meiner Überzeugung, eine zukunftsorientierte Gestaltung der sich dynamisch verändernden Rahmenbedingungen des Berufsfeldes Pflege erfolgen. Eine Veränderung ist erforderlich, da sich das Pflegeverständnis und das Selbstverständnis der beruflich Pflegenden nachhaltig verändert und interdisziplinäre Kooperationen zwischen vielfältigen Professionen ausgebaut werden. Eckpunkte sind für die SPD-Bundestagsfraktion dabei: Die Schaffung eines bundeseinheitlichen Berufsgesetzes für Pflegeberufe und damit die Zusammenführung der bisherigen Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege in einem modular gestalteten, generalistisch konzipierten Fachberuf; die Sicherstellung einer umfassenden (horizontalen wie vertikalen) Durchlässigkeit im Bildungswesen. Durchlässigkeit ist auch unter anderem durch den Erwerb der Fachhochschulreife für fachbezogene Studiengänge mit Bestehen der generalistischen Ausbildung zu gewährleisten. Mit jedem Abschluss muss der Zugang zur nächsthöheren Ebene möglich sein; der Erhalt der dualen Ausbildung; die Kostenfreiheit der Ausbildung. Die Zahlung von Schulgeldern wirkt auf an einer Pflegeausbildung Interessierte unattraktiv. Ausbildende Einrichtungen sollen nicht den Mehraufwand einer Ausbildung allein tragen müssen, das heißt nichtausbildende Einrichtungen werden

künftig an der Finanzierung der Ausbildung und Ausbildungsvergütung beteiligt; verlässliche, zukunftssichere und nachvollziehbare Umschulungsfinanzierung durch die Bundesagentur für Arbeit. Dazu gehört auch die vollständige Kostenübernahme für das dritte Jahr der Umschulung.

Mit einer Reform der Pflegeausbildung ist auch die Anpassung des neu zu entwickelnden Berufsbildes an den Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) nötig. Mit der Umsetzung der verbindlichen Vorgaben des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) im DQR ab 2012 werden einheitliche Qualitätsmaßstäbe und einheitliche Kompetenzniveaus in den unterschiedlichen Bundesländern unabdingbar. Das Berufs- und Wissenschaftsfeld Pflege braucht auch zehn bis zwanzig Prozent grundständig an Hochschulen ausgebildete Akademiker/innen. „Druckpunkte“ derzeit bei der Pflege: die Zusammenlegung der drei Berufe; EU-Berufsanerkennungsrichtlinie; EQF / DQF; Delegation / Substitution – GBA; BQFG – Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse.

3. *Neue Kooperationsformen der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe* Der Arzt/ die Ärztin als Einzelkämpfer ist heute weniger gefragt als in der Vergangenheit. Neue Kooperationsformen müssen – aus verschiedensten Gründen – her: Junge Medizinstudentinnen, junge Ärztinnen, junge Pflegerinnen wollen heute Beruf und Familie verbinden können, wollen nicht in „konservativen“ Hierarchien in Krankenhäusern arbeiten, sind nicht bereit Kredite in Höhe von mehreren hundertausenden Euro für den Ankauf einer ärztlichen Praxis zu finanzieren. Deshalb werden Kooperationen wichtiger. Exemplarisch seien dafür genannt:

3.1. *Medizinische Versorgungszentren* (MVZ) Die Möglichkeit zur Einrichtung von MVZ wurde 2004 geschaffen. Seitdem hat die Zahl der MVZ und der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte rasant zugenommen. Die Erfahrungen zeigen bisher, dass diese Versorgungsform sowohl von PatientInnen als auch von Ärztinnen sehr gut angenommen wird. Die Vorzüge liegen unter anderem in einer engen Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten und einer gemeinsamen Verständigung über Krankheitsverlauf, Behandlungsziele und Therapie. Die Bündelung medizinischer Kompetenz führt zu einer effizienten und qualitativ besseren Therapie und Medikation, gerade auch bei komplexeren Krankheitsbildern. Die von der Bundesregierung mit dem Versorgungsstrukturgesetz nun geplanten Einschränkungen für die Gründung und die Führung von MVZ lehnen wir als SPD-Bundestagsfraktion ab.

3.2 *HVZ* Wir fordern in unserem Papier „Entscheidend ist die Patientenperspektive“ Möglichkeiten zur Errichtung Hausärztlicher Versorgungszentren (HVZ). Dabei soll die Ausrichtung

auf chronische Erkrankungen verstärkt werden. Dementsprechend ist die Organisation der Praxen und die Aus- und Weiterbildung der Ärzte und nichtärztlichen Mitarbeiter auszurichten (räumliche Ausstattung, IT-Infrastruktur, Case- Management).

3.3 Schwester AGnES

Bestehende wie neue Niederlassungsverhältnisse in unterversorgten Gebieten sind mit arbeitsentlastenden Maßnahmen für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte zu flankieren. Unser Ziel ist die flächendeckende Etablierung der Delegation ärztlicher Leistungen auf speziell geschultes nichtärztliches medizinisches Fachpersonal. Hierzu gehört die Möglichkeit der geförderten Anstellung von derartigen PraxismitarbeiterInnen insbesondere bei HausärztInnen, die in der Praxiserprobung nachweislich zu einer deutlichen Entlastung der Mediziner beigetragen hat. Das Fazit dabei: Modellprojekte AGnES (Arztentlastende, Gemeinde-nahe, E-Health gestützte, Systemische Intervention) in den neuen Bundesländern beziehungsweise AGnES zwei in Brandenburg. Und einen weiteren wichtigen Schritt zur Sicherung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung möchte ich darstellen:

4. Geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung Hier hat auch das sogenannte Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) – seit 2011 Gesetz – leider keine Fortschritte gebracht. Hier gibt es weiter eklatante Mängel, die in der Öffentlichkeit nicht richtig wahrgenommen oder mit Absicht kleingeredet werden. Frauen und Männer unterscheiden sich in vielen Bereichen. Sie kennen alle wahrscheinlich den Klassiker, Männer sind vom Mars und Frauen von der Venus. Da ist viel dran – es muss für Frauen in einem geschlechtergerechten Gesundheitswesen andere Angebote, andere Produkte und eine andere Vorsorge und eben auch eine andere Arzneimittelforschung als für Männer geben!

Warum? Unterschiede: Höherer Fettgehalt des weiblichen Körpers. oft geringeres Körpergewicht, Umfang der Arzneimittelaufnahme – Frauen nehmen im Schnitt mehr Medikamente als Männer, zum Beispiel bei Frauen häufigere unerwünschte Nebenwirkungen beim Einsatz von Betablockern; Beispiel Aspirin – dadurch unterschiedliches Risiko für Schlaganfall und Herzinfarkt bei Männern und Frauen. Frauen scheinen auf Medikamente gegen Herzrhythmusstörungen stärker und mit mehr Nebenwirkungen zu reagieren, zum Beispiel Wirkstoff Digitalis zur Behandlung chronischer Herzschwäche – bei Männer oft hilfreich – führt bei Frauen zu erhöhter Sterblichkeit. Was tun?

Klinische Studien – Forschung generell – umstellen. Frauen sind in randomisierten Studien teilweise noch immer unterrepräsentiert, bisher Studien meist nur an jungen Männern, das heißt Ansprache der StudienteilnehmerInnen (Werbung etc.) verändern, Studienergebnis-

se geschlechtsspezifisch publizieren. Beispiel: Auswertungen der Europäischen Zulassungsbehörde, wonach Frauen bei Indikationsgebieten wie Hypertonie oder Diabetes zu geringerem Anteil in den Prüfungen eingeschlossen sind.
Informierte PatientenInnen erhalten neueste Therapien. Beispiel: Amerikanische Wissenschaftler (Dana-Farber-Institut) haben Zusammenhang zwischen Kenntnisstand und Therapieentscheidung herausgefunden: DarmkrebspatientInnen, die alles über die Krankheit wissen wollten, kannten neue Wirkstoffe 2,8mal häufiger und bekamen 3,2mal häufiger die neuesten Mittel.[118]

Abschließend: Ich möchte die Gelegenheit, vor Ihnen zu reden heute nicht verstreichen lassen, ohne kurz auf die Tagung des Nationalen Netzwerks Frauen und Gesundheit anlässlich des zehnjährigen Jubiläums des ersten Frauengesundheitsberichts hinzuweisen. Unser heutiges Wissen über die Zusammenhänge von Gesundheit und Geschlecht wurde durch den Frauengesundheitsbericht entscheidend geprägt.

Auch wenn einige der Forderungen aus dem ersten Frauengesundheitsbericht umgesetzt wurden, zeigt sich doch, dass Politik weiter gefordert ist. Durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) soll ein Forschungsrahmenprogramm mit dem Schwerpunkt Gewalt und Gesundheit aufgelegt werden. Nicht ausreichend und differenziert genug scheinen in diesem Zusammenhang die Berichte und Fortschreibungen des Robert-Koch-Instituts zur Frauengesundheit.

Mein Fazit: Ein zweiter, aktueller Frauengesundheitsbericht muss her und die Bundesregierung ist aufgefordert, ExpertInnen mit der Vorbereitung und Durchführung zu beauftragen.

[118] Berliner Ärzteblatt, 05. Mai 2009, S. 4.