

# Parteien zur Gesundheitspolitik:

## WIR BEFRAGEN DIE GESUNDHEITSPOLITISCHEN SPRECHER DER PARTEIEN ZU IHREN PROGRAMMEN

Nur wenige Wochen trennen uns von der Bundestagswahl am 24. September. Grund genug, um sich mit den gesundheitspolitischen Programmen derjenigen Parteien zu befassen, die Aussicht auf Einzug in den neuen Bundestag haben. Zwar sind

Programme kein zuverlässiger Gradmesser für die folgende Realpolitik, weil diese oftmals angeblichen oder tatsächlichen Koalitionswängen folgt, aber sie gewähren Einblicke in die grundlegende Denkrichtung der Parteien.

Auf den folgenden Seiten erhalten die gesundheitspolitischen Sprecher der Parteien, die mit uns in den Dialog getreten sind, Gelegenheit zur Beantwortung der Fragen, die für uns als Freiberufler von besonderem Interesse sind. Die SPD möchte ihre Antworten nicht personalisiert sehen, sondern verweist auf die Meinung des gesamten Vorstandes. Die NZB-Redaktion bedankt sich für die Kooperationsbereitschaft der Parteien.

Machen Sie sich aus der Gesamtheit der Antworten ein eigenes Bild – und vergessen Sie bitte nicht, am 24. September die richtige Wahl zu treffen. ■ \_\_\_\_\_ Ihre NZB-Redaktion



Maria Klein-Schmeink, MdB  
Gesundheitspolitische Sprecherin  
Bündnis 90/Die Grünen

Foto: Bündnis 90/Die Grünen



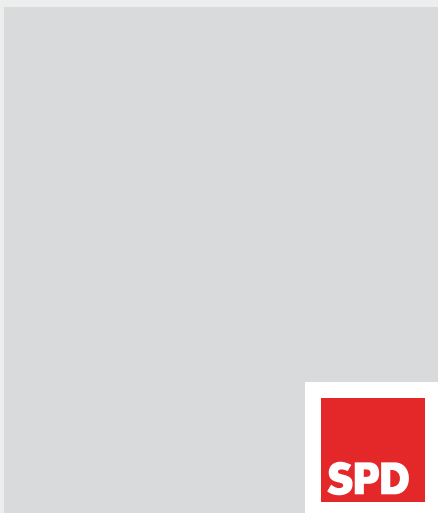
Kathrin Vogler, MdB  
Gesundheitspolitische Sprecherin der  
Fraktion DIE LINKE

Foto: DIE LINKE



Maria Michalk, MdB  
Gesundheitspolitische Sprecherin der  
CDU/CSU-Bundestagsfraktion

Foto: Laurence Chaperon

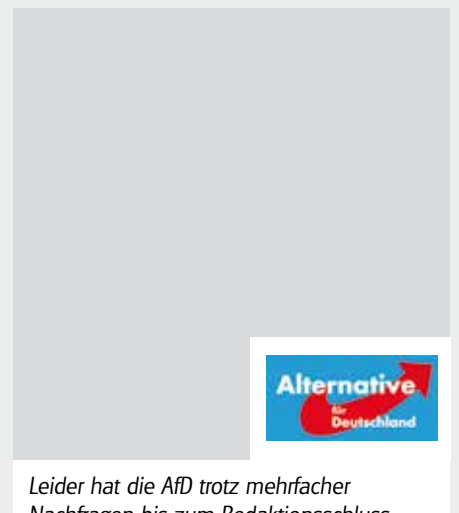


Der Vorstand der Sozialdemokratischen  
Partei Deutschlands (SPD)



Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann,  
Stellvertretende FDP-Bundeschefin

Foto: FDP



Leider hat die AfD trotz mehrfacher  
Nachfragen bis zum Redaktionsschluss  
dieser NZB-Ausgabe keine entsprechenden  
Antworten gegeben.

\_\_\_\_\_ Ihre NZB-Redaktion

Das deutsche Gesundheitssystem zählt unbestritten zu den besten der Welt. Wo sehen Sie im internationalen Vergleich einen Nachholbedarf für das deutsche System – und gibt es aus Ihrer Sicht ein Land, dessen Gesundheitssystem uns als Vorbild dienen könnte?

Ihre grundsätzlich positive Sicht auf das deutsche Gesundheitswesen teilen wir. Wir sehen aber Verbesserungsbedarf vor allem in drei Punkten: 1. Unser Gesundheitswesen benötigt eine stabilere und gerechtere finanzielle Basis, damit auch in der Zukunft alle Menschen gut versorgt werden. 2. Die Versorgung muss stärker Sektor übergreifend organisiert werden. 3. Die Digitalisierung darf nicht länger verschlafen werden. Die Gesundheitssysteme sind zu verschieden als, um einander in Gänze als Vorbild zu dienen. Bei Aspekten wie der Digitalisierung kann Deutschland beispielsweise von Dänemark lernen. Bei der Primärversorgung und der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe lohnt z.B. ein Blick nach Finnland oder nach Großbritannien.



Ja, das deutsche Gesundheitssystem ist im weltweiten Vergleich sehr gut. Auch hinter ökonomisch vergleichbaren Ländern muss es sich nicht verstecken. Dennoch gibt es einige Punkte, die woanders besser geregelt sind oder besser funktionieren. So ist in den Niederlanden die Krankenhaushygiene wesentlich besser, weil dort konsequent gegen Krankenhauskeime vorgegangen wird. Das liegt nicht nur an fehlendem Hygienepersonal, sondern auch an den in Deutschland enorm schlechten Verhältniszahlen von Pflegekraft pro Patient. Hier ist Deutschland Schlusslicht in Europa. In der Frage der Finanzierung ist uns nahezu jedes Land insofern voraus, als dass es dort keine private Vollversicherung (mehr) gibt. Im Bereich der Zahnbehandlung und des Zahnersatz mögen die Leistungen der GKV im internationalen Vergleich recht gut sein. Dennoch kritisieren wir, dass in keinem anderen Bereich der gesundheitlichen Versorgung für notwendige Behandlungen so viele Eigenanteile zu leisten sind. Hier müssen wir die GKV-Leistungen deutlich verbessern.



Ja, das deutsche Gesundheitssystem ist eines der besten in der Welt. In vielen Jahren der Weiterentwicklung in der ambulanten und stationären Versorgung und Ausbau des gegliederten Krankenversicherungssystems sowie Stärkung des Gesundheitsbewusstseins ist ein leistungsstarkes Versorgungssystem entstanden. Damit das so bleibt und wir entsprechend den Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts weiter die künftigen Herausforderungen gestalten können, haben wir in dieser Wahlperiode besonders viele, aus der Sicht der Versichertengemeinschaft wichtige Gesetze beschlossen. In allen Leistungsbereichen wurde die Qualität in den Mittelpunkt gerückt, so z.B. in der Krankenhausbettenplanung, im Kostenausgleich sowie in der Diagnostik und Festlegung der Therapie durch den Rechtsanspruch auf eine Zweitmeinung. Ich sehe kein Vorbildland. Allerdings müssen wir bei der Digitalisierung zulegen.



In der Tat gehört die medizinische Versorgung in Deutschland zu den Besten. Wir stehen jedoch auch vor spezifischen Herausforderungen, wie etwa der Alterung der Gesellschaft, der Sicherung der Versorgung in strukturschwachen Räumen oder dem medizinisch-technischen Fortschritt, der letztlich allen in unserer Gesellschaft zugänglich sein muss. All jene Veränderungen zwingen uns zu anhaltenden Reformanstrengungen. Dies wird sich auch in der 19. Wahlperiode fortsetzen. Als Vorbilder können und werden uns vielfältige Praxiserfahrungen auch anderer Länder dienen, die sich mit ähnlichen Herausforderungen konfrontiert sehen.



Auch wenn unser Gesundheitssystem im weltweiten Vergleich eines der besten ist, so besteht auch hier deutlicher Verbesserungsbedarf. Die Situation im Gesundheitswesen schränkt die Eigenverantwortung und Wahlfreiheit allerdings deutlich ein: Zwangsrationierung durch Budgetierung, Ärztemangel auf dem Land, lange Wartelisten für Facharzttermine, unterfinanzierte Krankenhäuser mit wirtschaftlichen Fehlanreizen bei der Patientenversorgung und überbordende Bürokratie sind Beispiele. Viele Menschen zweifeln deshalb, ob ihr Wohl noch im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung steht. Wir Freie Demokraten wollen das ändern. Leitbild unserer Gesundheitspolitik sind mündige Patientinnen und Patienten. Deshalb treten wir weiter für die freie Arzt-, Krankenhaus-, Therapie- und Krankenkassenwahl ein und wollen allen Menschen eine wohnortnahe und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung sichern. Dabei setzen wir auf die Möglichkeiten der Selbstverwaltung und des Wettbewerbs für effektive Lösungen. Zudem wollen wir die Chancen des medizinischen und digitalen Fortschritts nutzen und das Gesundheitssystem an die demografische Entwicklung anpassen. Hier kann man sich beispielsweise die Niederlande in vielen Punkten zum Vorbild nehmen.



Keine Antwort



Welche Aspekte sind es im Besonderen, die aus Sicht Ihrer Partei im deutschen Gesundheitssystem einer Änderung oder der Abschaffung bedürfen? Und inwieweit würden sich aus Sicht Ihrer Partei dadurch Verbesserungen für alle Beteiligten am Gesundheitssystem ergeben?



Großen Reformbedarf sehen wir neben einer gerechteren und stabileren Finanzierung bei der Organisation und Steuerung der Versorgung. Durch den zunehmenden Anteil älterer, chronisch und mehrfach erkrankter Patientinnen und Patienten kommt es in Zukunft auf eine stärkere Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe und eine stärkere Integration der Versorgung an. Durch unterschiedliche Budgets und die nach Sektoren getrennte Sicherstellung werden Akteure jedoch bislang dazu verführt, nur auf den eigenen Ertrag und den eigenen Anteil an der Versorgung abzielen. Außerdem sind die ökonomischen Anreize in unserem Gesundheitswesen falsch gesetzt. Nicht die Menschen und ihre Gesundheit stehen im Mittelpunkt. Belohnt wird, wer viele Leistungen zu möglichst geringen Kosten erbringt. Das wollen wir ändern. Davon profitieren alle: Beschäftigte im Gesundheitswesen genauso wie die Patientinnen und Patienten.



Zuzahlungen benachteiligen Menschen mit Krankheiten, insbesondere Menschen mit chronischen Krankheiten. Sie sind sozial ungerecht, sorgen für jede Menge verzichtbare Bürokratie, belasten Menschen mit geringen finanziellen Mitteln besonders stark und verschlechtern die Adhärenz in der Therapie. Allen Beteiligten wäre mit einer Abschaffung geholfen. Geändert werden muss die Krankenhausfinanzierung, denn die DRGs als kostenblindes Preissystem decken nicht die notwendigen Kosten, sondern sorgen für Defizite einerseits und Gewinnabschöpfung andererseits. Sie setzen außerdem falsche Anreize. In der ambulanten Bedarfsplanung müssen wir weg von der Fortschreibung des status quo und hin zu mehr Bedarfsgerechtigkeit, damit Versorgungsangebote dort sind, wo sie gebraucht werden. Und wir brauchen in allen Politikbereichen ein Bewusstsein dafür, dass die Lebensverhältnisse der Menschen einen riesigen Einfluss auf ihre Gesundheit haben.



In der Bevölkerung wird immer wieder gefragt: was ist für meine Situation die beste Krankenkasse, wo finde ich Informationen für eine geplante Operation, welcher Hausarzt nimmt mich bei Schließung der bisherigen Praxis auf und vieles mehr. Das zeigt, wie wichtig Transparenz ist, wie wichtig Beratung ist, ob online oder persönlich.

In einem Notfall wenden sich Versicherte routinemäßig an die Notfallversorgung im Krankenhaus, statt zunächst die ambulante Bereitschaft zu konsultieren. Hier haben wir Änderungsbedarf.

Uns ist wichtig, dass ein rascher Zugang zu innovativen Arzneimitteln und neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für jedermann ermöglicht wird.

Ein weiterer Schwerpunkt ist, Chronifizierungen von Krankheiten zu vermeiden und Behandlungszeiten zu verkürzen.

In jedem Alter ist Rehabilitation ein Erfolgsfaktor. Und Prävention sowieso. Wir brauchen eine konsequente Umsetzung.



Wir wollen in der nächsten Legislaturperiode die Sicherung der Gesundheitsversorgung in Stadt und Land erreichen und vor allem, die Kosten der Gesundheitsversorgung gerechter verteilen. Deshalb wirbt die SPD weiter für die Einführung eines einheitlichen Versicherungsmarktes unter Einbeziehung aller Bürgerinnen und Bürger. Maßgeblich bei der Finanzierung ist dabei die individuelle Leistungsfähigkeit. Die paritätische Bürgerversicherung muss aus unserer Sicht wieder zwingend zu gleichen Teilen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern finanziert werden.



Wir wollen die Budgetierung im Gesundheitswesen abschaffen. Sie hat zu einer Unterfinanzierung der medizinischen Versorgung sowie zu einem Ausbluten der gesundheitlichen Versorgung in den ländlichen Regionen und sozialen Brennpunkten geführt. Derzeit leisten die Bürgerinnen und Bürger Zusatzbeiträge, ohne damit direkt Einfluss auf Art und Qualität der Behandlung nehmen zu können. Gleichzeitig werden ihnen Untersuchungen und Therapien durch Budgetierung und versteckte Zwangsrationierung vorenthalten. Das schafft bei Patientinnen und Patienten Unzufriedenheit und Unsicherheit und ist eine drastische Form von Ungerechtigkeit. Wir wollen, dass die Bürgerinnen und Bürger über ihre Behandlung mitentscheiden können und Leistungen sowie Kosten transparent werden. Nur so haben die Patientinnen und Patienten die Chance, die erbrachten Leistungen auf ihre Notwendigkeit hin kontrollieren zu können. Dazu sollen sie die freie Wahl zwischen verschiedenen Tarifen und Selbstbeteiligungen haben. Dabei sind klare Härtefall- und Überforderungsregelungen aufzustellen, damit die Kosten für Gesundheit niemanden überlasten.



Keine Antwort

Einige der Parteien, die sich zur Wahl stellen, streben eine „Bürgerversicherung“ in ihrem Wahlprogramm an. Gehört Ihre Partei zu den Befürwortern? Welches sind aus Ihrer Sichtweise die konkreten Vor- oder Nachteile einer „Bürgerversicherung“?

Bereits heute können relevante Bevölkerungsgruppen wie zum Beispiel kleine Selbständige nicht mehr auf eine verlässliche und bezahlbare Absicherung vertrauen. Das duale Krankenversicherungssystem kann damit ein zentrales Versprechen nicht mehr einhalten. Wir schlagen daher eine Bürgerversicherung vor. Zentraler Vorteil der grünen Bürgerversicherung ist die Aufhebung der international nahezu einmaligen Trennung zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Alle sollen sich an der Finanzierung unseres solidarischen Gesundheitswesens beteiligen. Damit wollen wir Solidarität und Zusammenhalt stärken, mehr Wahlfreiheit für die Versicherten schaffen, mehr Wettbewerb für gute Qualität ermöglichen sowie eine gute Versorgung aller Patientinnen und Patienten unabhängig vom Einkommen ermöglichen. Die Bürgerversicherung stellt keine Revolution dar, denn bereits heute sind gut 86 % der Bevölkerung gesetzlich versichert.



Selbstverständlich. Mit unserem Konzept einer Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung wollen wir Beitragsgerechtigkeit herstellen. Alle Menschen sollen nach ihrem Einkommen einzahlen und alle sollen einen Anspruch auf die notwendige Versorgung auf einem qualitativ hohen Niveau haben. Deshalb fordern wir die Einbeziehung aller Menschen mit allen Einkommensarten, die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze sowie die paritätische Beteiligung der Arbeitgeber. Mit diesen Maßnahmen könnte der Beitragssatz von derzeit 15,7 auf unter 12 Prozent gesenkt werden, wie eine Studie kürzlich ergab. Positiv sind außerdem die gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen, da über eine Belebung der Binnenkonjunktur bis zu einer Million neue Arbeitsplätze entstehen können. Alle Erwerbseinkommen bis rund 6250 Euro im Monat würden entlastet. Nachteile haben diejenigen, die höhere Einkommen haben und dann einen gerechteren Anteil tragen müssten.



Wir in der Union lehnen die Bürgerversicherung und den damit verbundenen Weg in die Einheitsversicherung ab. Der Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen und zwischen privater Krankenversicherung hat sich bewährt. Das sichert Innovationen und fördert Transparenz. Wir können auf den Vergleichsmaßstab für die Weiterentwicklung des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenkasse nicht verzichten. Das wäre ein Rückschritt, nämlich allmählich hin zu einer minimalen Grundversorgung. Wir halten es nicht für richtig, wenn sich Versicherte zwangsweise medizinische Leistungen über eine Zusatzversicherung sichern müssen. Das wäre für einkommensschwache Bevölkerungsgruppen ungerecht. Freiwillig ist das möglich und soll auch so bleiben. Dies gehört zum Grundwesen unseres solidarischen Versicherungssystems. Welches Konzept einer Bürgerversicherung auch immer gemeint ist, in jedem Fall wird es teurer.



Die SPD ist der festen Überzeugung, dass unser Gesundheitssystem nur mit mehr Solidarität zukunftsfähig gemacht werden kann. Die bereits skizzierten Herausforderungen für unser Gesundheitswesen werden wir nur meistern, wenn die Lasten gerechter verteilt werden. D. h. alle Bürgerinnen und Bürger zahlen in ein Versicherungssystem ein, in dem die Beiträge nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip erhoben werden.



Wir Freie Demokraten stehen für Eigenverantwortung und Solidarität im Gesundheitssystem, in dem die Wahlfreiheit des Versicherten durch Kassenvielfalt gewährleistet ist. Dazu setzen wir uns neben einer starken privaten Krankenversicherung (PKV) auch für eine freiheitliche gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ein. Einer als „Bürgerversicherung“ getarnten staatlichen Zwangskasse erteilen wir eine klare Absage. Staatlich organisierte und rationierte Zuteilungsmedizin führt langfristig zu einer drastischen Verschlechterung der Versorgung der Bevölkerung und verschärft die demografischen Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung. Jede Bürgerin und jeder Bürger soll frei und unabhängig vom Einkommen wählen können, ob sie oder er sich für den Versicherungsschutz bei der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem Anbieter der privaten Krankenversicherung entscheidet. Wir Freie Demokraten wollen die Möglichkeiten vereinfachen, zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu wechseln. Hierbei wollen wir die Angebote beider Systeme erhalten und so sicherstellen, dass jeder Mensch die Möglichkeit hat, das für sich und seine Lebensform am besten geeignete Modell zu wählen. Wir wollen außerdem die Möglichkeiten vereinfachen, zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu wechseln. Beide Krankenversicherungen müssen zukunftsfest weiterentwickelt werden.



Keine Antwort





Falls Ihre Partei zu den Befürwortern einer „Bürgerversicherung“ zählt; haben Sie zumindest überschlägig errechnen lassen, oder verfügen Sie über Zahlenmaterial, aus dem hervorgeht, in welcher Höhe und für welchen Personenkreis sich Mehr- oder Minderbelastungen ergeben würden? Schildern Sie bitte kurz einige Eckdaten dieser Zahlen.



Die konkreten Verteilungswirkungen einer Bürgerversicherung sind von deren konkreter Ausgestaltung abhängig. Wir haben in der Vergangenheit wiederholt renommierte Institute wie das IGES-Institut oder das Bremer Institut für Sozialpolitik mit umfangreichen Modellrechnungen beauftragt. Die Gutachten haben gezeigt, dass die grüne Bürgerversicherung zu einer Entlastung der meisten gesetzlich und privat Versicherten führt. Untersuchungen im Auftrag anderer Institutionen bestätigen die möglichen Entlastungswirkungen einer Bürgerversicherung.



Wie bereits in der Frage zuvor ausgeführt, liegt die Grenze bei etwa 6250 Euro brutto für Erwerbseinkommen. Der Beitragsatz in unserem Modell würde 11,7 Prozent betragen, wie Prof. Dr. Rothgang im Auftrag unserer Fraktion errechnet hat. Dabei sind positive wirtschaftliche Auswirkungen noch nicht rückkoppelnd mit eingerechnet; es handelt sich um eine eher konservative Rechnung. Aus dem derzeitigen und dem künftigen Beitragssatz ergibt sich bei Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze dieser Wert. Prof. Dr. Rothgang hat auch berechnet, dass lediglich die 10 Prozent der Bevölkerung mit den höchsten Nettoeinkommen durch unser Modell belastet würden, die übrigen 90 Prozent würden entlastet.



Wie gesagt, wir halten die Bürgerversicherung, in welcher Variante auch immer, in der Sache nicht zielführend. Deshalb gibt es unsererseits auch keine Berechnungen.



Die SPD hat mehrfach betont, dass die Einführung einer paritätisch finanzierten Bürgerversicherung nicht von heute auf morgen, sondern in mehreren Schritten erfolgen wird. Dies wird voraussichtlich mehr als eine Legislaturperiode in Anspruch nehmen. Verwiesen sei hier beispielsweise auf die Integrierung neuer Versichertengruppen wie beispielsweise der Beamtinnen und Beamten oder die Konvergenz der bisherigen Gebührenordnungen für gesetzlich und privat versicherte Patientinnen und Patienten ohne monetäre Verluste für die Leistungserbringer. Wir werden darauf achten, dass alle Bürgerinnen und Bürger langfristig von der Einführung der paritätischen Bürgerversicherung profitieren und wir gemeinsam die Zukunftsfähigkeit unseres Versorgungssystems sicherstellen.



s. Punkt 3



Keine Antwort



Sehen Sie die Notwendigkeit einer „Harmonisierung“ oder besser gesagt, einer Angleichung der Gesundheitssysteme innerhalb der Europäischen Union und falls ja, warum und auf welchen Gebieten?

Die EU hat sich den Wettbewerb nebst einer „Marktöffnung“ innerhalb des Binnenmarktes auf ihre Fahnen geschrieben. Wo sehen Sie darin ggf. Gefahren für unser Gesundheitssystem, beispielsweise durch die Beteiligung von Kapitalgesellschaften, oder wo Chancen für das System sowie für Patienten und/oder deren Behandler?

Eine Angleichung der Gesundheitssysteme steht für uns aufgrund der zum Teil völlig unterschiedlichen Ausgestaltung etwa der Sozialversicherungen nicht auf der Agenda. Bei einzelnen Gebieten gibt es bereits eine vertiefte Zusammenarbeit wie etwa der Arzneimittelzulassung oder der Medizinprodukteüberwachung. Auch kann eine stärkere Zusammenarbeit zum Beispiel dazu dienen, gute sektor übergreifende Versorgungslösungen europaweit zu etablieren. Wir sind für Wettbewerb in unserem Gesundheitswesen, um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Interesse der Patienten und Versicherten zu erreichen. Allerdings darf durch den Wettbewerb das Sozialstaatsprinzip nicht ausgehebelt werden. Es muss sichergestellt werden, dass Gesundheit als Teil der Daseinsvorsorge nicht ungezügelter Markt Kräften ausgesetzt wird.



DIE LINKE ist die einzige Partei, die sich konsequent gegen mehr Markt im Gesundheitssystem stellt. Wir wollen auf keinen Fall die in der nationalen Zuständigkeit liegenden Gesundheitssysteme für einen einheitlichen Markt nach EU-Recht aufgeben. Wir befürworten selbstverständlich die Angleichung der Gesundheitssysteme nach oben, lehnen aber die Absenkung nationaler Standards ab. Leistungsansprüche der Versicherten außerhalb der Länder, in denen sie versichert sind, sind grundsätzlich positiv zu bewerten, allerdings dürfen sie nicht dazu führen, dass Krankenversicherungen oder die Versorgungssysteme eines Mitglieds oder einer Region überfordert werden. Wir sehen bei einer Marktöffnung Risiken, dass sozialstaatliche Systeme durch EU-Wettbewerbsrecht kollabieren und durch privatwirtschaftliche ersetzt werden können. Das wäre weder im Interesse der Patientinnen und Patienten, noch der Leistungserbringenden.



Der europäische Binnenmarkt ist kein Grund, das Prinzip der nationalen Hoheit aller Regelungen im Gesundheitswesen eines jeden Landes aufzugeben.

Die Zulassung von Medizinprodukten z. B. ist innerhalb der Mitgliedsstaaten geregelt, um einen einheitlichen Marktzugang zu gewährleisten. Dennoch hat jedes Mitgliedsland das Recht, weitere Einzelregelungen für sich zu beschließen. Deutschland hat es z. B. mit der Kosten-Nutzen-Bewertung für Medizinprodukte getan. Hintergrund sind normierte Qualitätsansprüche. Wir regeln selbst, welche Produkte, Medikamente und Dienstleistungen von den Versicherten zu Lasten der Solidargemeinschaft in Anspruch genommen werden können. Und wir halten am Selbstverwaltungsprinzip unter Einbeziehung der breiten medizinischen Fachwelt fest – ein Prinzip, das die Mitgliedsstaaten kaum kennen, das aber Qualität sichert, auch gegenüber Kapitalgesellschaften.



Zunächst liegt die Verantwortung für die Sozial- und Gesundheitssysteme ausdrücklich bei den Mitgliedstaaten der Europäischen Union. Ein Verständnis von Wettbewerb, wie wir es für Waren und Dienstleistungen in der EU kennen, lehnen wir für den Bereich der Gesundheitsversorgung ab. Wie in Deutschland müsste auch hier die Qualität der Versorgung im Vordergrund eines Wettbewerbs stehen. Nichtsdestotrotz sind wir der festen Überzeugung, dass das Projekt der europäischen Einigung und Integration nur gelingen kann, wenn auch der Zugang zur Gesundheitsversorgung in ganz Europa gesichert und an den Bedürfnissen der Menschen ausgerichtet ist.



Wir sehen die bisher laufende Harmonisierung in der EU kritisch. Sie stellte bisher ökonomische Überlegungen über das Wohl der Patienten. Die gesundheitspolitischen Kompetenzen der Mitgliedsstaaten müssen weiter bewahrt bleiben.



Keine Antwort



Wie stehen Sie zum Erhalt der Freiberuflichkeit mit Gemeinwohlverpflichtung und zum Fortbestand der sog. „verkammerten“ Berufe (z. B. Zahnärzte und Ärzte) sowie zum Subsidiaritätsprinzip in Deutschland? Bitte begründen Sie kurz Ihre Haltung.



Für uns steht die ärztliche Freiberuflichkeit nicht zur Disposition, sie muss vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Veränderungen weiterentwickelt werden. Freiberufliche Berufsausübung bedeutet in diesem Sinne nicht nur die Selbständigkeit in der eigenen Praxis. Wir verstehen Freiberuflichkeit vor allem so, dass Ärztinnen und Ärzte ihr medizinisches Können unabhängig von falschen ökonomischen Anreizen in den Dienst der Patientinnen und Patienten stellen können und dabei auch eine Verpflichtung gegenüber dem Gemeinwohl haben.



Freie Berufe sind durch ein besonderes Vertrauensverhältnis zu ihren Auftraggebern geprägt. Die Freiheit (zahn-)ärztlicher Entscheidungen muss politisch gewährleistet werden, unabhängig davon, ob die Ärztin oder der Arzt freiberuflich oder angestellt arbeitet. Es ist der LINKEN besonders wichtig, dass das Vertrauensverhältnis gerade im Gesundheitsbereich geschützt und etwa zahnärztliche Behandlungen frei von der Einflussnahme Dritter und damit im Patienteninteresse erfolgen kann. Aber grundsätzlich können auch angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte ebenso wie freiberufliche Behandlungen lege artis durchführen.

Was wir aber nicht wollen, ist ein Konzentrations- und Kommerzialisierungsprozess, bei dem privatwirtschaftliche Ketten entstehen. An den verkammerten Berufen planen wir keine Änderung. Am Subsidiaritätsprinzip halten wir fest.



Die Freiberuflichkeit der Leistungserbringer ist ein unverzichtbares Element der flächendeckenden medizinischen Versorgung. Im gleichen Atemzug muss die Therapiefreiheit erwähnt werden. Darauf fußt das erfolgreiche deutsche Gesundheitssystem. Zur Freiberuflichkeit gehört die Niederlassungsfreiheit in der eigenen Praxis wie auch die Entscheidung, in Praxisgemeinschaften zu arbeiten. Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten sind dem Gemeinwohl verpflichtet und unterliegen einer ständigen Weiterbildungsverpflichtung. Dafür hat sich das Kammernsystem bewährt, wie auch für weitere berufsrechtliche Regelungen. Um bei veränderter Niederlassungswilligkeit und neuen Arbeitszeitmodellen mit Blick auf Vereinbarkeit von Familie und Beruf allen Erwartungen gerecht zu werden, ist das Delegationsprinzip sehr aktuell. Darauf sind die nichtärztlichen Berufe vorzubereiten.



Die freie Berufsausübung und die selbstverwalteten Strukturen in vielen Berufen sind eine Erfolgsgeschichte und wesentlicher Bestandteil unseres Gemein- und auch Gesundheitswesens. Gerade selbstverwaltete Strukturen tragen dazu bei, den Staat bei seinem administrativen Handeln zu entlasten und diejenigen bei der Entscheidungsfindung einzubeziehen, die über den notwendigen Sachverstand im Detail verfügen.



Wir stehen zur Freiberuflichkeit der Ärzte und für die freie Arztwahl der Patienten. Damit Ärzte mehr Zeit für ihre Patienten haben, wollen wir die Bürokratie im Gesundheitswesen auf allen Ebenen abbauen, etwa die überbordenden Dokumentationspflichten. Ebenso muss das Subsidiaritätsprinzip verteidigt werden. Dass die Subsidiarität jedoch in vielen Bereichen mit Verweis auf den freien Binnenmarkt ausgehöhlt wird, muss unterbunden werden.



Keine Antwort

Steht Ihre Partei hinter der Forderung nach Abschaffung der Privaten Krankenversicherung (PKV) als Vollversicherung oder befürwortet sie die Beibehaltung der dualen Krankenversicherung? Schildern Sie bitte kurz Ihre Gründe.

Sofern Ihre Partei über Daten zu den finanziellen Auswirkungen bei den Systembeteiligten im Falle einer Abschaffung der PKV verfügt: Welche Schlüsse lassen diese Daten zu? Wer sind die finanziellen Gewinner, wer die Verlierer?

Und wie schätzen Sie die rechtliche und (grund)gesetzliche Durchsetzbarkeit ein, auch im Hinblick auf die angesparten Altersrückstellungen der PKV?

Eine Abschaffung der PKV ist nicht unser Ziel, auch die PKV soll die Bürgerversicherung anbieten können und damit in einen Wettbewerb mit den gesetzlichen Krankenkassen um gute Versorgung treten. Wir wollen so die Spaltung des gesetzlichen und privaten Versicherungsmarktes überwinden. Bei einem gemeinsamen Vergütungssystem wollen wir erreichen, dass die bislang in der PKV gezahlte Honorarsumme auch in der Zukunft für die Versorgung zur Verfügung steht und nicht verloren geht. Die angestrebte Reform ist zweifellos anspruchsvoll. Überzeugende (verfassungs-)rechtliche Argumente gegen einzelne Bestandteile einer Reform beispielsweise gegen die Portabilität von Altersrückstellungen für Versicherte, die gerne ihr Krankenversicherungsunternehmen wechseln möchten, sind uns jedoch nicht bekannt.



Wir wollen die PKV als Vollversicherung zu einem Stichtag abschaffen. Ihre Existenz ist nur historisch zu erklären, bedeutet für die Gegenwart aber eine Reihe von Nachteilen, wie etwa Anreize für Behandlung nach Versicherungsstatus, die auch den meisten Zahnmedizinerinnen und Zahnmedizinern bekannt sind. Alle Menschen haben das gleiche Recht auf Gesundheitsversorgung, unterschiedliche Versicherungssysteme stehen dem entgegen. Auf der Seite der Leistungserbringer werden diejenigen finanzielle Gewinner sein, die bislang wenig Privatversicherte behandelten und umgekehrt diejenigen verlieren, die bislang zu einem großen Teil Einnahmen aus privater Behandlung hatten. Wir können uns gut vorstellen, bei einer Angleichung von GOZ und BEMA die Honorarsumme unterm Strich gleich zu belassen. Rechtlich ist das durchsetzbar, weil die Funktionsfähigkeit der Sozialversicherung ein überragendes Rechtsgut ist und die Alterungsrückstellungen weiterhin für den Zweck eingesetzt werden können, für den sie angespart wurden.

**DIE LINKE.**

Wie bereits erwähnt, hält die Union am bewährten dualen System von GKV und PKV fest. Der Wegfall der PKV als Vollversicherung hätte zur Folge, dass dem deutschen Gesundheitssystem 12 Mrd. Euro weniger zur Verfügung stehen. Die PKV trägt zur Transparenz und damit zum Kostenbewusstsein bei – ein Punkt, der sich generell in Deutschland verbessern muss. Erkrankungen zu vermeiden, um Leistungsansprüche zu senken, ist ein gemeinsames Erfordernis des dualen Systems. Dennoch ist Gesetzgebung niemals allein von ökonomischen Theorien geprägt.

Die Abschaffung der PKV wird von vielen als banal und machbar erklärt. Eine Antwort, wie mit den grundgesetzlich verbrieften Rückstellungen und letztlich Eigentumsrechten zu verfahren ist, hat es bisher verlässlich nicht gegeben. Die Abschaffung der PKV wäre mit sehr langen Übergangszeiten verbunden, was die Sache zusätzlich kompliziert macht.



Die SPD wirbt wie gesagt für die Einführung der paritätisch finanzierten Bürgerversicherung und damit für die Einführung eines einheitlichen Versicherungsmarktes, in dem jede und jeder nach seiner Leistungsfähigkeit Beiträge zahlt. (Wir verweisen auf die Antworten zu den Fragen 1-4)



Wir lehnen die Abschaffung der PKV als Vollversicherung strikt ab und stehen voll und ganz hinter der Beibehaltung der dualen Krankenversicherung. Jede Bürgerin und jeder Bürger muss frei und unabhängig vom Einkommen wählen können, ob sie oder er sich für den Versicherungsschutz bei der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem Anbieter der privaten Krankenversicherung entscheidet. Dies fördert den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und fördert mehr Innovationen im Gesundheitssektor.



Keine Antwort





Einige Parteien fordern die Angleichung der beiden bestehenden Gebührenordnungen (GKV/PKV). Da sich die zahnärztlichen Praxiseinnahmen zu etwa 50 Prozent aus privat erzielten Honoraren generieren, wäre bei einer Angleichung ohne finanziellen Ausgleich mit erheblichen Einbußen für die Praxen zu rechnen. Hielten Sie einen solchen Einnahmeverlust für hinnehmbar, oder würde sich Ihre Partei für einen Ausgleich einsetzen – und wie würde dieser erfolgen?



Die bislang unterschiedlichen Vergütungssysteme begünstigen eine unterschiedliche Behandlung von privat und gesetzlich Versicherten. Durch ein gemeinsames Vergütungssystem lassen sich diese Fehlanreize beseitigen. Die von Ihnen dargestellten Befürchtungen können wir nachvollziehen. Wir werden daher in einer Bürgerversicherung sicherstellen, dass die bislang über die GOZ gezahlten höheren Honorare für zahnärztliche Leistungen nicht verloren gehen, sondern auch in der Zukunft für die Versorgung zur Verfügung stehen.



Die Angleichung der Gebührenordnungen ist erforderlich, denn es soll für dieselben Leistungen bei unterschiedlichen Patienten gleich viel Honorar geben. Alles andere bedeutet Anreize für unterschiedliche Versorgung und damit Unter-, Über- und Fehlversorgung. Mit dieser Maßnahme verfolgen wir aber nicht, wie befürchtet, das Ziel, die Einkommen der Zahnärzteschaft zu senken. Selbstverständlich werden wir uns mit den finanziellen Auswirkungen in detail und mit Ihnen zusammen beschäftigen. Außerdem wollen wir zur Gewährleistung eines gleichen Zugangs, sämtliche Eigenbeteiligungen für notwendige Behandlungen abschaffen und werden alleine deswegen mehr Geld in die Hand nehmen müssen. Für die Zahnärzteschaft bedeutet das auch die Erschließung neuer und nicht kleiner Patientengruppen, die bisher aus Kostengründen den Gang in die Praxis gescheut haben.



Die Gebührenordnungen sind ein hochkomplexes, genauestens ausgetüfteltes System. Wir setzen auf die Vernunft und den Realitätssinn aller Beteiligten.

Dass in der zahnmedizinischen Versorgung die privat erzielten Honorare 50 Prozent der Praxiseinnahmen ausmachen, trifft sicherlich nicht für jede Zahnarztpraxis zu. Richtig aber ist, dass durch den Festbetragszuschuss jeder Versicherte wählen kann, welche Leistungen er in Anspruch nimmt und wie hoch sein Eigenanteil ist. Dieses Prinzip ist gekoppelt mit der halbjährlichen Vorsorgeuntersuchung, die bei Vollzug oder nicht zu Bonus-/Malusregelungen führt. Die Zahngesundheit, vor allem bei Kindern, hat sich verbessert. Es ist also ein wirksames Prinzip, das Schule machen sollte.

Im Übrigen kompensiert sich manche aufgeworfene Frage durch die stärkere Nutzung der Digitalisierung, die stärker in den Gebührenordnungen abgebildet werden muss.



Die SPD sieht ausdrücklich die Notwendigkeit der Zusammenführung von BEMA und GOZ für die zahnärztliche Vergütung. In diesem Zusammenhang haben wir wiederholt betont, dass eine Zusammenführung von gesetzlichem und privatem Honorar ausdrücklich nicht zu Einkommenseinbußen für die Leistungserbringer führen soll. Für uns Sozialdemokraten ist diese Frage wichtig für die Akzeptanz einer Reform zur Einführung einer paritätischen Bürgerversicherung.



Die Liberalen

Wir stehen zu den bisher existierenden Gebührenordnungen von GKV und PKV und lehnen eine Angleichung ab.



Keine Antwort

Sicherlich haben Sie die Klagen der Ärzteschaft über permanent zunehmende Bürokratisierung registriert. Halten Sie diese Klagen für übertrieben? Und können Sie sich vorstellen, dass der Bürokratieaufwand gegenwärtig bereits ca. 52 Millionen Jahresarbeitsstunden (\*) beansprucht? Gibt es Ihrerseits konkrete Gedanken zu einer Entlastung der Praxen und darüber, wie weiter zunehmender Bürokratisierung entgegengewirkt werden kann?

Ehrlicherweise muss man zugestehen, dass es bei den Akteuren im Gesundheitswesen unterschiedliche Ansichten darüber gibt, welche Regeln und Vorgaben zwingend notwendig und welche als überflüssige Bürokratie verzichtbar sind. Klar ist aber, dass mit unnützer Bürokratie viel Zeit verplempert wird, die für die Patientinnen und Patienten fehlt. So muss zum Beispiel bei der Qualitätssicherung darauf geachtet werden, dass diese zu mehr Qualität und nicht zu mehr Bürokratie führt. Auch unnötiger Dokumentationsaufwand und das Formular(un)wesen müssen angegangen werden. Hier sind jedoch vor allem die Partner der Selbstverwaltung gefordert.



Durch die umfassende Übernahme von Kosten durch die gesetzliche Krankenversicherung bzw. die Solidarische Gesundheitsversicherung würde viel Bürokratie bezüglich Aufklärung der Patientinnen und Patienten über Zusatzkosten, Rechnungsstellung und Forderungseinzug im Rahmen einer Privatliquidation wegfallen. Auch sind wir offen dafür, wie unnötige Bürokratie vermieden werden kann. Eine gute Dokumentation ist allerdings immanenter Teil der zahnärztlichen Tätigkeit.

**DIE LINKE.**

Bürokratie ist in der Tat ein Problem. Eine Zahl wage ich nicht zu nennen. Allerdings – je mehr Haftungsansprüche gestellt und je mehr Statistiken abgefordert werden, umso umfangreicher wird die Dokumentation. Im Gesundheitsbereich dient die Dokumentation aber auch der Patientensicherheit. Und sie soll über die Versorgungsforschung neue Erkenntnisse für strukturelle Behandlungspfade liefern. Vor- und Nachteile liegen hier also dicht beieinander. Um Entlassung zu schaffen, ohne auf Daten zu verzichten, wird vieles erprobt. Das neue Arztinformationssystem ist z. B. eine solche Möglichkeit. Und wenn wir endlich die elektronische Gesundheitsakte hätten, den Medikationsplan in vollendeter digitaler Form, den Impf- und Organspendeausweis auf der Gesundheitskarte und die Systeme verlässlich miteinander kommunizieren können, dann erhoffen wir Besserung und Zeitreserven.



Mit Blick auf die notwendige Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Versorgungsgeschehens ist ein Mindestmaß an bürokratischem Aufwand unabdingbar. Die Transparenz bei der Leistungserbringung trägt außerdem dazu bei, dass Patientinnen und Patienten die für sie erbrachten Leistungen nachvollziehen und gegebenenfalls auch sachkundig hinterfragen können. Das ist aus unserer Sicht eine Voraussetzung für ein positives Arzt-Patienten-Verhältnis. Bei allem ordnungspolitischen Eingreifen ist die Frage des bürokratischen Aufwandes zwingend zu berücksichtigen. Auch wir Sozialdemokraten nehmen dies ernst und wägen die Interessen aller Betroffenen in diesem Zusammenhang stets ab.



Wir Freie Demokraten wollen, dass bei Heil- und Pflegeberufen die Patientinnen und Patienten im Vordergrund stehen und nicht die Bürokratie, die bisher tatsächlich eine noch effektivere Behandlung der Patienten verhindert bzw. verzögert. Daher wollen wir den Aufwand für Bürokratie und Dokumentation vermindern, damit mehr Zeit für Zuwendung zu pflegebedürftigen Menschen zur Verfügung steht. Ein Lösungsansatz ist unter anderem die verstärkte Nutzung von IT- und Assistenzsystemen. So stellen wir eine menschenwürdige Begleitung sicher.



Keine Antwort



(\*) Quelle: Der Bürokratieindex für die vertragsärztliche Versorgung: [http://www.kbv.de/media/sp/BIX\\_Projektbericht\\_2016\\_web.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/BIX_Projektbericht_2016_web.pdf)