

Bundestagswahl 2005 – Richtungswahl in Sachen Gesundheit

Die gesundheitspolitischen Vorstellungen der Bundestagsfraktionen

Vorgezogene Neuwahlen zum Bundestag am 18. September 2005

Noch während Bundespräsident und Verfassungsgericht prüften, ob die Voraussetzungen, den Bundestag aufzulösen, überhaupt erfüllt waren, haben Grüne, Liberale, SPD und Union bereits eifrig an ihren Wahlprogrammen gestrickt und diese dann noch vor der Sommerpause vorgelegt. Gerade in Sachen Gesundheits-, Pflege- und Rentenpolitik scheint sich zu bestätigen, was Experten prophezeit hatten: viele Phrasen und Worthülsen.

Die Wahlprogramme bleiben weitgehend plakativ, vage und leer, sowohl was die Finanzierung der Krankenversicherung vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der hohen Arbeitslosenquote angeht als auch in Bezug auf eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung. Programmatisch ist einiges nachzulesen, konkrete Aussagen sind jedoch oft Mangelware. Daher bat das *Bayerische Ärzteblatt* die vier im Bundestag vertretenen Fraktionen um eine knappe Darstellung des jeweiligen gesundheitspolitischen Programms und insbesondere um die Beantwortung der beiden Fragen:

1. Mit welchen Maßnahmen möchten Sie die medizinische Qualität unserer Gesundheitsversorgung erhalten bzw. weiterentwickeln?
2. Wie wollen Sie auch künftig die Finanzierung unseres Gesundheitswesens sichern?



Annette Widmann-Mauz, MdB,
Gesundheitspolitische Sprecherin,
CDU/CSU

Regelleistungsvolumina und Gesundheitsprämie

Das deutsche Gesundheitswesen ist aus Sicht vieler Bundesbürger den Gesundheitssystemen der benachbarten EU-Länder überlegen. Deshalb rate ich dazu, es nicht schlecht zu reden. Wir sollten alles daran setzen, dass eine qualitativ hochwertige Versorgung erhalten bleibt. Die Ärzte sind hier aufgerufen, ihren Beitrag zu leisten, insbesondere eine industrieunabhängige Fort- und Weiterbildung – wie sie mit dem GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) angestrebt wird – wahrzunehmen. Die Politik ihrerseits sollte das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht mit weiteren Vorschriften belasten. Pars pro Toto stehen für eine derart ungünstige Entwicklung die Disease-Management-Programme (DMP).

Bislang ist noch nicht bewiesen, dass diese die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern und Kosten senken. Erwiesen ist aber, dass sie mit einem unglaublich hohen Dokumentations- und Verwaltungsaufwand einhergehen. Deshalb wird die Union nach einem Regierungswechsel die DMP vom Risikostrukturausgleich entkoppeln.

In den zurückliegenden Verhandlungen zum GMG hat die Union im Übrigen durchgesetzt, dass die Budgetierung der ärztlichen Honorare mit dem Jahr 2006 beendet wird. Die Ärzte erhalten dann für ihre medizinischen Leistungen im Rahmen von Regelleistungsvolumina feste Preise. Damit auch Ärzte für ihre medizinischen Leistungen auf Dauer eine sachgerechte Vergütung erhalten können, bedarf es eines stabilen finanziellen Fundaments der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Union will mit der solidarischen Gesundheitsprämie die Finanzierungsgrundlagen der GKV stabilisieren, sie vor den Belastungen der Alterung unserer Gesellschaft weitgehend schützen, den Faktor Arbeit von den Gesundheitskosten entlasten und damit wieder Anreize für die Schaffung von Arbeitsplätzen setzen. Die Krankenkas-

sen erhalten in unserem Modell für jeden Versicherten eine Gesundheitsprämie als kostendeckenden Beitrag. Dadurch wird sowohl die Konjunkturanfälligkeit, als auch die Demographieanfälligkeit der GKV-Einnahmen beseitigt.

Die Gesundheitsprämie setzt sich aus einer persönlichen Prämie und einer Arbeitgeberprämie zusammen. Für die persönliche Gesundheitsprämie jedes Versicherten mit niedrigem Einkommen greift automatisch ein sozialer Ausgleich. Niemand soll bei Einführung der solidarischen Gesundheitsprämie mehr als bisher zahlen.

Der Arbeitgeberanteil wird festgeschrieben. Er bleibt zwar dauerhaft begrenzt und damit von der Entwicklung der Krankheitskosten abgekoppelt, aber nicht von der allgemeinen Lohnentwicklung. Bei Rentnern zahlen die Rentenversicherungsträger den Arbeitgeberanteil.

Kinder sind auch in Zukunft beitragsfrei mit-versichert. Die für sie erforderlichen Beträge werden aber erstmals nicht mehr aus lohnabhängiger Beschäftigung aufgebracht, sondern aus Steuermitteln finanziert. Das ist sozial gerecht. Denn die größte und gerechteste Solidargemeinschaft ist die Steuergemeinschaft.

Wir lassen darüber hinaus die Versicherungspflichtgrenze bestehen und wollen, dass innerhalb der privaten Krankenversicherung von einer privaten Krankenkasse zu einer anderen gewechselt werden kann. Dazu sollen die Altersrückstellungen transportabel gestaltet werden.

Wir sind überzeugt, dass mit unserem Konzept einer solidarischen Gesundheitsprämie die GKV wieder auf ein stabiles finanzielles Fundament gestellt werden kann. Ohne diese grundlegenden Reformen drohen weitere Leistungseinschränkungen oder Beitragssatzsteigerungen. Beides ist für uns nicht akzeptabel.



Dr. Heinrich L. Kolb,
MdB, Sozialpoli-
tischer Sprecher, FDP

Freie Arztwahl und Therapiefreiheit

Die medizinische Qualität unserer Gesundheitsversorgung ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Eine qualitätsorientierte Aus-, Fort- und Weiterbildung gehört hierzu ebenso wie gute Arbeitsbedingungen für die Ärztinnen und Ärzte, damit sie ihren Beruf qualifiziert ausüben können und wollen. Die FDP geht dabei davon aus, dass der freiberuflich tätige Arzt am besten geeignet ist, eine flächendeckende Gesundheitsversorgung zu garantieren. Verbunden sein muss das mit der freien Arztwahl für die Patienten sowie der Bewahrung der Therapiefreiheit. Entscheidend wird es sein, die Patienten dabei umfassend über alle Sektoren hinweg zu betreuen. Der größte Hinderungsfaktor hierfür, die Budgetierung, muss deshalb schnellstmöglich durch leistungsgerechte Vergütungssysteme ersetzt werden. Ärztinnen und Ärzte brauchen Transparenz und Planungssicherheit für ihre Arbeit. Sie müssen sich wieder auf ihre eigentliche Aufgabe konzentrieren können, die Versorgung kranker Menschen. Sie müssen wieder Spaß an ihrer Arbeit gewinnen und dürfen nicht in einem Wust bürokratischer Vorschriften ersticken. Das heißt: Abbau von überflüssigen bürokratischen Vorschriften und Kostenerstattung zu festen Preisen, die Arzt und Patient kennen. Andernfalls wird es schwierig werden, den drohenden Ärztemangel abzuwenden.

Gleichermaßen geht es darum, die Vorteile des medizinischen Fortschritts nutzen zu können, ohne dabei die nachwachsenden Generationen über Gebühr zu belasten. Wer erreichen will, dass das Gesundheitswesen auch in Zukunft noch finanzierbar ist, muss zu einem grundlegenden Umsteuern bereit sein. Ohne einen Systemwechsel werden spätestens ab dem Jahr 2020 entweder sehr hohe Beitragssätze zu zahlen sein, die zum einen die Lohnzusatzkosten hochschnellen lassen und damit den Erhalt von Arbeitsplätzen gefährden sowie die meisten Bürger überfordern dürften. Und/Oder es wird zu drastischen Rationalisierungsmaßnahmen kommen müssen. Wer beides vermeiden will, muss heute Vorsorge für die Zukunft treffen. Die FDP spricht sich deshalb für eine Finanzierung

aus, die auf leistungsgerechten Prämien mit Altersrückstellungen zur gleichmäßigen Verteilung der Gesundheitsausgaben über den Lebenszyklus hinweg beruht. Abgesehen von der Verpflichtung zur Absicherung der vom Gesetzgeber zu definierenden medizinisch unbedingt notwendigen Leistungen soll der Versicherungsschutz nach den eigenen Präferenzen zusammengestellt werden können mit einer Auswahl unter diversen Tarifen mit zum Beispiel unterschiedlichen Selbsthalten und Leistungspaketen sowie mit unterschiedlichen Leistungsangeboten wie der Erstinanspruchnahme von Hausärzten, einer Beschränkung auf Vertragsärzte und – Einrichtungen oder völlig freier Wahl sämtlicher Gesundheitsinstitutionen. Bürger, die aus eige-

nen Kräften nicht in der Lage sind, die medizinisch notwendigen Leistungen abzusichern, erhalten Unterstützung durch das Steuer- und Transfersystem. Im liberalen Bürgergeldkonzept ist ein entsprechender Pauschalbeitrag vorgesehen. Die Prämien für Kinder übernimmt der Staat ganz. Der heutige Arbeitgeberbeitrag soll zu einem Bestandteil des Lohnes werden. Ergänzt werden muss die Umstellung der Finanzierung durch eine wettbewerbliche Ausrichtung des Gesamtsystems, bei der bürokratische Hemmnisse abgebaut werden und Transparenz geschaffen wird. Der Staat soll lediglich einen Rahmen setzen und für die soziale Absicherung sorgen. Er soll aber nicht mehr alles bis ins Kleinste regeln.



Birgitt Bender, MdB,
Gesundheits- und
drogenpolitische
Sprecherin, Bünd-
nis 90/Die Grünen

Bürgerversicherung und Strukturveränderungen

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist ein leistungsfähiges und in der Bevölkerung breit akzeptiertes Sozialsystem. Kranke erhalten unabhängig von der Höhe ihrer eingezahlten Beiträge die medizinisch notwendigen Gesundheitsleistungen. Sie gewährleistet auch bei Arbeitslosigkeit, in Phasen der Familienarbeit, bei wechselhaften Berufskarrieren oder im Alter zuverlässigen Schutz. Damit passt sie auch und gerade zu veränderten und unsteter gewordenen Lebensverläufen. Die Einkommensabhängigkeit der Beiträge – und der damit verbundene Solidarausgleich zwischen höheren und niedrigeren Einkommen – steht für den gesellschaftlichen Zusammenhalt und sorgt für die Teilhabe aller am medizinischen Fortschritt. Wir wollen die GKV erhalten und fortentwickeln. Reformmodelle, die auf die Zerschlagung der solidarischen Krankenversicherung hinauslaufen und ihre Privatisierung vorsehen, lehnen wir strikt ab.

Damit die GKV trotz steigender Anforderungen leistungsfähig bleibt, ist eine Reform ihrer Finanzierungsseite erforderlich. Durch ihre Weiterentwicklung zu einer Bürgerversicherung wollen wir ihr eine nachhaltigere Finanzierungsgrundlage geben, sie effizienter machen und bestehende Gerechtigkeitslücken schließen.

Konkret streben wir eine Ausweitung der Versicherungspflicht auf alle Bürgerinnen und Bürger an. Dass bisher ausgerechnet die Bevölkerungsgruppen mit den höchsten Einkommen und der durchschnittlich auch besten Gesundheit nicht an der Finanzierung der solidarischen Krankenversicherung beteiligt sind, halten wir für falsch. Außerdem wollen wir die Beitragspflicht auf alle Einkunftsarten ausweiten. Bisher müssen die ganzen Solidarlasten nur über die Erwerbseinkommen finanziert werden. Steigende Beiträge und zu hohe Lohnnebenkosten sind die Folge. Durch die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage würden auch die Einkunftsarten in die Finanzierung einbezogen, deren Anteil am Sozialprodukt wächst.

Darüber hinaus sind aber auch weitere Strukturveränderungen in unserem Gesundheitswesen erforderlich. Ohne eine gerechte und nachhaltige Finanzierung, wird der Zugang aller zu den medizinisch notwendigen Leistungen nicht aufrechterhalten sein. Ohne effiziente und effektive Strukturen auf der Leistungsseite, wird aber auch jede Finanzreform wirkungslos verpuffen.

Für besonders wichtig halten wir dabei, dass mehr Zusammenarbeit auch über Sektorengrenzen hinweg stattfindet. Dies ist auch deshalb wichtig, weil die Zahl chronisch und mehrfach Erkrankter, die gut aufeinander abgestimmte Versorgungsketten benötigen, weiter wachsen wird. Mit der Gesundheitsreform 2004 haben wir die Rahmenbedingungen für mehr Zusammenarbeit in unserem Gesundheitswesen deutlich verbessert. Durch die Förderung der Integrationsversorgung, die Verbreitung von Hausarztssystemen und die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren zur Regelversorgung, haben wir

wichtige Impulse für die Weiterentwicklung kooperativer Versorgungsstrukturen gesetzt. Diesen Weg wollen wir weiter verfolgen.

Einen weiteren Schwerpunkt wollen wir auf die Prävention legen. Wir werden unser Ziel weiter verfolgen, die Prävention neben der Akutmedizin, der Rehabilitation und der Pflege zu einer eigenständigen Säule unseres Gesundheitswesens zu machen. Eine gute Gesundheitspolitik setzt ein, bevor Krankheiten beginnen. Wir werden uns weiter dafür einsetzen, dass Prävention und Gesundheitsförderung endlich eine gesetzliche Grundlage erhalten.



Erika Lotz, MdB,
Gesundheits- und
Sozialpolitische
Sprecherin, SPD

Steigerung der (Versorgungs-)Qualität

Aus Sicht von Patientinnen und Patienten gehört das deutsche Gesundheitssystem zu den Spitzenreitern im Hinblick auf Transparenz, Service und Qualität in Europa. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie des unabhängigen schwedischen Unternehmens Health Consumer Powerhouse (zitiert im *Deutschen Ärzteblatt* online vom 17. Juni 2005).

Dieses hohe Versorgungsniveau zu erhalten und weiter zu verbessern, ist ein zentrales Ziel unserer Politik. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) haben wir einen wichtigen Beitrag dazu geleistet, indem wir strukturelle Veränderungen ermöglicht und die Ausgabenseite der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zukunftsfähig gemacht haben. Beispielhaft möchte ich hier die Möglichkeit zum Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung oder zur hausärztlichen Versorgung nennen.

Die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der medizinischen Versorgung ist uns dabei ein besonderes Anliegen. Deshalb haben wir die Verbesserung der Versorgungsqualität zur umfassenden Pflicht für alle Beteiligten gemacht. Wir leisten uns im internationalen Vergleich nicht nur ein sehr gutes, sondern auch ein sehr teures Gesundheitswesen und haben gegenüber den Beitragszah-

rinnen und Beitragszahlern die Verpflichtung dafür zu sorgen, dass dieses Geld so effizient wie möglich eingesetzt wird. Neben der Fortbildungspflicht für alle Ärztinnen und Ärzte spielt dabei das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen eine Schlüsselrolle in Sachen Qualitätssteigerung.

Die Instrumente des GMG stellen eine fundierte Basis zur Sicherung und Verbesserung der medizinischen Qualität unserer Gesundheitsversorgung dar. Deren kontinuierliche Umsetzung und Weiterentwicklung wird ein zentraler Bestandteil unserer Politik bleiben.

Nachdem wir in dieser Wahlperiode wichtige Weichenstellungen auf der Ausgabenseite der GKV vorgenommen haben, steht nach der Bundestagswahl die Reform der Einnahmenseite auf der Agenda. Eine Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme alleine auf der Basis von Erwerbseinkommen und Renten wird für die Zukunft nicht tragfähig sein, da der Anteil dieser Einkommen am Bruttoinlandsprodukt seit Jahren rückläufig ist. Gleichzeitig bleiben die Ausgaben in der GKV gemessen am Bruttoinlandsprodukt konstant. Es ist offensichtlich, dass sich dabei auf lange Sicht eine Finanzierungslücke aufbaut. Dazu kommt, dass infolge der demografischen Entwicklung der Anteil der Renten an allen beitragspflichtigen Einkommen zunimmt und die Höhe der Renten durchschnittlich unter der Höhe der Erwerbseinkommen liegt.

Die demografische Entwicklung sowie der medizinisch-technische Fortschritt erfordern eine Stärkung der Solidarität in der GKV. Nur so können wir langfristig die medizinisch notwendige Versorgung auf qualitativ hohem Niveau für alle Bürgerinnen und Bürger gewährleisten.

Die SPD spricht sich deshalb für die Einführung einer Bürgerversicherung aus. Angesichts der beschriebenen Situation ist es nahe liegend, die Beitragsbasis zu verbreitern und alle Einkommen einzubeziehen. Alle Einkommensarten ebenso wie die Einkommen aller Bevölkerungsgruppen, die Einkommen der Beamten ebenso wie die der Selbstständigen und der abhängig Beschäftigten, die Einkommen aus Kapitalerträgen ebenso wie die Einkommen aus Erwerbsarbeit. Nur so kann die Beitragsbasis stabilisiert und die Solidarität gestärkt werden.

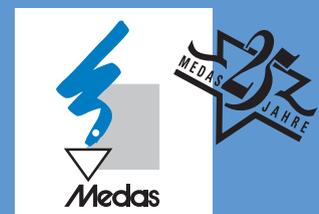


Und was machen Sie in Ihrer Freizeit?

Privatärztliche Abrechnung?

Das erledigen wir für Sie!

- ◆ Individuelle Betreuung
- ◆ Vorfinanzierung
- ◆ 3 Monate Null-Risiko-Test
- ◆ Spezialisten für jede Fachrichtung
- ◆ 25 Jahre Abrechnungserfahrung
- ◆ Erstklassige Referenzen



Medas GmbH

Treuhandgesellschaft für Wirtschaftsinkasso und medizinische Abrechnungen
Messerschmittstraße 4
80992 München
www.medas.de

Fordern Sie einfach unsere Unterlagen an!



089 14310-108

Fax 089 14310-200
info@medas.de