

Fragenkatalog und Antworten der CDU

Organisation und Finanzierung des Versicherungssystems

1. Das Solidaritätsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) war schon immer eingeschränkt durch

- Beitragsbefreiung und private Versicherungsmöglichkeiten und
- Beitragsbemessungsgrenzen für Besserverdienende.

In den letzten Jahren ist die GKV immer unsolidarischer geworden durch

- Zuzahlungen der Versicherten (z. B. durch Praxisgebühr und Medikamentenzuzahlungen) und
- Aushöhlung der Parität durch Begrenzung der Arbeitgeberbeiträge.

Im Ergebnis laufen alle Einschränkungen des Solidaritätsprinzips darauf hinaus, Schwächere finanziell stärker zu belasten und hohe Einkommen zu entlasten. Diese Tendenzen ließen sich durch die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung oder eines einheitlichen steuerfinanzierten Gesundheitsfonds umkehren.

Werden Sie in der kommenden Legislaturperiode eine solidarische Bürgerversicherung oder einen steuerfinanzierten Gesundheitsfonds für alle einführen bzw. folgende Schritte in diese Richtung unternehmen:

- **Abschaffung von Beitragsbefreiung und Beitragsbemessungsgrenzen**
- **Abschaffung der privaten Zuzahlungen?**

Unser Ziel ist es, die Finanzierbarkeit der gesundheitlichen Versorgung zu sichern und die gesetzliche Krankenversicherung mittelfristig auch im Hinblick auf mehr Generationengerechtigkeit konsequent weiterzuentwickeln. Wir wollen für die Versicherten zusätzliche Belastungen in Grenzen halten und Entlastungsspielräume nutzen. Die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen ist dabei ein wichtiges Element. Hohe Qualitätsstandards müssen auch in Zukunft in allen Versorgungsbereichen gewährleistet bleiben. Hinzukommen müssen mehr Transparenz und echte Wahlfreiheit für Versicherte.

Wir bekennen uns zu leistungsfähigen privaten Krankenversicherungen, die zu einem freiheitlichen Gesundheitssystem in Zukunft als Voll- und Zusatzversicherung gehören. Wir wollen, dass die gesetzlichen Möglichkeiten der Zusammenarbeit von gesetzlicher und privater Krankenversicherung beim Angebot von Wahl- und Zusatzleistungen stärker als bisher genutzt und erweitert werden. Eine staatliche Einheitsversicherung lehnen wir ab.

Ein stabiles finanzielles Fundament, wie es die CDU-geführte Bundesregierung mit der Gesundheitsreform 2007 geschaffen hat, versetzt die Krankenversicherung in die Lage, die notwendige medizinische Versorgung für kranke Menschen, vor allem chronisch Kranke

sicherzustellen. Aber klar ist auch, dass wir zukünftig weiterhin auf eine sozialverträgliche und damit begrenzte Selbstbeteiligung nicht verzichten können.

*

2. Die GKVen haben in den letzten 15 Jahren erhebliche Einnahmeausfälle durch hohe Arbeitslosigkeit und sinkendes Lohnniveau in Relation zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hinnehmen müssen. Obwohl der Anteil des Gesundheitssektors am BIP über Jahrzehnte relativ gleich geblieben ist, leidet das System deswegen unter Unterfinanzierung. Eine Erhöhung der Einnahmen wäre möglich, wenn nicht nur die Einkünfte aus unselbständiger Arbeit, sondern i. S. einer solidarischen Versicherungspflicht alle Einkunftsarten zur Finanzierung der Gesundheitskosten herangezogen würden.

**Planen Sie für die nächste Legislaturperiode entsprechende Initiativen?
Welche konkreten Vorschläge haben Sie entwickelt?**

„Aufgrund des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts und des demografischen Wandels müssen Struktur, Organisation und Finanzierung sowohl der gesetzlichen als auch der privaten Krankenversicherung ständig weiterentwickelt werden. Wir brauchen mehr Transparenz und Wettbewerb und weniger Bürokratie im Gesundheitswesen, damit die Qualität weiter steigt und die Mittel effizienter eingesetzt werden. Im konstruktiven Dialog werden wir die erforderlichen Kurskorrekturen festlegen, damit unser Gesundheitswesen zukunfts- und tragfähig bleibt.“

*

3. Der 1993 eingeführte „Wettbewerb“ unter den gesetzlichen Krankenkassen hat nicht zu einer Verbesserung der Leistungen oder zu einem Abbau von Verwaltungskosten geführt, sondern im Gegenteil zu einem Werbeaufwand in Milliardenhöhe (u.a. um Patienten mit „guten“ Risiken) geführt, der die Kosten des Systems insgesamt erhöht hat.

Auch der Gesundheitsfonds, der durch den morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich und einen zunächst einheitlichen Beitragssatz solidarische Elemente enthält,

- verschärft den Wettbewerb der Kassen um risikoarme Mitglieder durch die Ermöglichung von Beitragsrückgewähr und Wahltarife, die weitgehend nur von Jungen und Gesunden genutzt werden
- ergänzt ihn durch einen Wettbewerb um solche chronisch kranken PatientInnen, die in den Morbiditäts-Risikostrukturausgleich einbezogen sind.

Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich verursachen zudem einen weiteren Aufwand an Bürokratie und Kosten, der bei einer einheitlichen Krankenversicherung wie in Frankreich oder einem steuerfinanzierten Gesundheitsfonds für alle wie in den skandinavischen Ländern entfallen würde.

Werden Sie Schritte unternehmen, um den unsinnigen und kostenträchtigen Wettbewerb um risikoarme und/oder chronisch kranke Versicherte abzuschaffen?

Wir brauchen mehr Transparenz und Wettbewerb und weniger Bürokratie im Gesundheitswesen, damit die Qualität weiter steigt und die Mittel effizienter eingesetzt werden. Aufgrund des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts und des demografischen Wandels müssen Struktur, Organisation und Finanzierung sowohl der gesetzlichen als auch der privaten Krankenversicherung ständig weiterentwickelt werden. Wir wollen, dass die gesetzlichen Möglichkeiten der Zusammenarbeit von gesetzlicher und privater Krankenversicherung beim Angebot von Wahl- und Zusatzleistungen stärker als bisher genutzt und erweitert werden.

*

4. Die umlagefinanzierte Rentenversicherung ist durch eine kapitalgedeckte private Versicherung („Riester-Rente“) ergänzt worden. Dieses System hat sich nicht bewährt, weil

- es keine höheren Renten sichert als die bisherige gesetzliche Versicherung, sondern lediglich den Anteilseignern der privaten Versicherungen zusätzliche steuerfinanzierte Renditen verschafft und
- private Rentenfonds für die existenzsichernde Daseinsvorsorge den Unwägbarkeiten des Kapitalmarktes ausgesetzt sind und ja auch wesentlich zur gegenwärtigen Finanzkrise beigetragen haben.. Damit sind existentielle Risiken besonders für einkommensschwache Bevölkerungsschichten ohne Vermögensrücklagen geradezu vorprogrammiert!

Es bestehen Befürchtungen, dass ähnliche Finanzierungsmodelle auch in die GKV übernommen werden sollen.

Beabsichtigt Ihre Partei, Elemente von Kapitaldeckung in die GKV aufzunehmen oder werden Sie Tendenzen entgegentreten, die GKV zugunsten kapitalgedeckter Krankenversicherungen abzuschaffen oder einzuschränken?

Die Union vertritt die Auffassung, dass die durch die Bevölkerungsentwicklung mit einer kleiner werdenden Gesamtbevölkerung und einem steigendem Anteil an älteren Menschen entstehenden Belastungen der Sozialsysteme nur dadurch aufgefangen werden können, dass das Umlageverfahren durch ein kapitalgedecktes Verfahren ergänzt werden soll, wo immer dies möglich und sinnvoll ist.

*

Privatisierung der Gesundheitsversorgung

5. Mit der im März 2000 von der EU beschlossenen „Lissabon-Strategie“ und daraus abgeleiteten Initiativen (z. B. die sog. Dienstleistungsrichtlinie) wird ein nahezu ausschließlich an wettbewerbsorientierten Gesichtspunkten ausgerichteter Umbau öffentlicher Dienstleistungen zugunsten von privatwirtschaftlichen Anbieterstrukturen und Gesundheitskonzernen angestrebt. Im Gesundheitsbereich betrifft das ganz besonders jetzt schon den Bereich der Krankenhausbetreiber und in schleichendem, aber zunehmendem Maße auch die ambulante medizinische Versorgung (z.B. über den Zugriff der privaten Gesundheitskonzerne auf die sog. „integrierte Versorgung und den Betrieb von medizinischen Versorgungszentren (MVZ)). Dies führt u. a. – wie an dem so ausgerichteten Gesundheitsversorgungssystem in den USA feststellbar - zu:

- völliger Entsolidarisierung der Gesundheitsversorgung mit Spitzenmedizin für wenige Wohlhabende und Einkommensstarke und „Notversorgung“ für diejenigen, die sich die hohen Versicherungsprämien oder Zuzahlungen nicht leisten können
- Verschärfung der Arbeitsbedingungen (Arbeitsverdichtung, Personalabbau) und Lohndumping für die Beschäftigten zur Erzielung möglichst hoher Kapitalrenditen der Investoren
- einer erheblichen Verschlechterung der Qualität der medizinischen Versorgung bei gleichzeitiger Verteuerung der Gesundheitskosten

Wird sich Ihre Partei für den Erhalt eines Gesundheitssystems einsetzen, in dem die Versorgungsstrukturen in öffentlich-rechtlichen oder genossenschaftlichen Trägerschaften verbleiben bzw. betrieben werden und Maßnahmen zur Rücknahmen der Privatisierungselemente ergreifen?

Wir werden die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Kassen und Leistungserbringer mehr Möglichkeiten für passgenaue und einzelvertragliche Regelungen erhalten. So können auf die jeweiligen Versorgungserfordernisse in den Regionen individuell zugeschnittene Versorgungskonzepte entstehen, die den regionalen Besonderheiten ebenso Rechnung tragen wie den aus unterschiedlichen Versichertenstrukturen der Kassen erwachsenden differenzierten Anforderungen an die Vertragsgestaltung. Unabdingbar ist für uns auch künftig eine kollektivvertragliche Regelung zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum. Besonderen Qualitätsanforderungen genügende hausarztzentrierte Versorgung hat für uns dabei eine hohe Priorität. Einen ebenso hohen Stellenwert hat für uns in Zukunft aber auch die Erhaltung eines breiten Spektrums an freiberuflichen niedergelassenen Fachärzten. Der Sicherung einer wohnortnahen Versorgung vor allem in ländlichen Regionen werden wir besondere Aufmerksamkeit widmen.

Medizinische Versorgungszentren sollen nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden. Wesentlich ist dabei vor allem, dass diese nur von Ärzten und Krankenhäusern als Träger verantwortlich geführt werden.

6. Die zunehmende Privatisierung von Behandlungskosten und Versicherungsformen in den GKV Ven birgt das Risiko, dass der Europäische Gerichtshof letztere nicht mehr als soziale Organisationen, die auf dem Prinzip der Solidarität beruhen, sondern als wirtschaftliche Unternehmen betrachtet, die dem europäischen Wettbewerbsrecht unterliegen. Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Leistungserbringern könnten dann als „wettbewerbswidrige Kartelle“ eingestuft werden. Die Festsetzung von Arzneimittelfestbeträgen z. B. könnte den Krankenkassen dann verboten werden, was zu einer erheblichen Verteuerung der Arzneimittelkosten führen würde.

Mit welchen Maßnahmen werden Sie dieser Gefahr der Aberkennung des besonderen Schutzes der Gesundheitsversorgung entgegenwirken?

Aufgrund des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts und des demografischen Wandels müssen Struktur, Organisation und Finanzierung sowohl der gesetzlichen als auch der privaten Krankenversicherung ständig weiterentwickelt werden. Wir brauchen mehr Transparenz und Wettbewerb und weniger Bürokratie im Gesundheitswesen, damit die Qualität weiter steigt und die Mittel effizienter eingesetzt werden. Grundlage einer umfassenden und sicheren Gesundheitsversorgung ist dabei der verlässliche gesetzliche Rahmen und nicht die Organisationsform der Anbieter.

*

Regelung der ambulanten Versorgung

7. In der öffentlichen Diskussion um die Weiterentwicklung der Gesundheitsfinanzierung werden Einschränkungen und Rationierungen von Leistungen für gesetzlich Versicherte gefordert (u.a. Einschränkung der freien Arztwahl, Beschränkung der Behandlungen auf (über-)lebensnotwendige Maßnahmen), die durch den Abschluss von Zusatztarifen aufgehoben werden können. Dadurch wird auch innerhalb der GKV Ven das Zwei-Klassen-System verschärft, weil Arme diese Tarife nicht bezahlen können.

Werden Sie Tendenzen entgegentreten, die Leistungen der GKV Ven einzuschränken und zu rationieren?

Wie wollen Sie sicherstellen, dass alle Versicherten ohne Zuzahlungen den behandelnden Arzt frei wählen können?

Wir wollen, dass auch in Zukunft jeder in Deutschland – unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft oder gesundheitlichem Risiko – eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe medizinische Versorgung erhält und alle am medizinischen Fortschritt teilhaben können. Im Mittelpunkt unserer Gesundheitspolitik stehen die Patienten und Versicherten. Gerade im Umgang mit Kranken, Älteren und Schwachen zeigt die Gesellschaft ihr soziales Gesicht und ihr Wertefundament.

Therapiefreiheit, freie Arzt- und Krankenhauswahl gehören für uns zum Kern eines freiheitlichen Gesundheitswesens.

*

Regelung der stationären Versorgung

8. Zahlreiche Krankenhäuser sind bereits geschlossen worden, weiteren droht durch Ökonomisierung und ruinösen Wettbewerb das „Aus“, weil die Politik u.a. durch Einführung des DRG-Systems einseitig große und spezialisierte Einrichtungen gefördert hat. Dadurch werden vor allem wenig mobile Menschen in ländlichen Regionen, zunehmend aber auch schon in Ballungsräumen benachteiligt. Die flächendeckende medizinische Grundversorgung droht verloren zu gehen.

Mit welchen Maßnahmen wollen Sie den Erhalt einer flächendeckenden stationären Versorgung sicherstellen?

CDU

Mit den Reformen im Bereich der Krankenhäuser haben wir die Grundlage für einen neuen ordnungspolitischen Rahmen geschaffen. Diesen Rahmen werden wir insbesondere im Hinblick auf die regionalen Besonderheiten weiterentwickeln. Die bestehende Krankenhausfinanzierung hat sich bewährt. Einen bundesweiten Einheitspreis lehnen wir ab. Das Recht der Länder, eigenständig zwischen der Förderung durch Investitionszuschüsse und der Einzelförderung von Investitionen zu entscheiden, bleibt erhalten. Zur stärkeren Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren wollen wir die integrierte Versorgung weiterentwickeln. Um Synergieeffekte zu erschließen, werden wir durch bessere Versorgungsmodelle die Sektorengrenzen durchlässiger machen.

Die Einführung der DRG-Fallpauschalen hat dazu geführt, dass

- Verweildauern der Patienten im Krankenhaus weiter verkürzt wurden
- Patienten nicht aus medizinischen, sondern aus betriebswirtschaftlichen Gründen entlassen werden, weil viele medizinische Entscheidungen nicht mehr vom behandelnden Facharzt im Krankenhaus, sondern nach Aktenlage am Schreibtisch des MdK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) getroffen werden
- die Entlassung alter Menschen in Pflegeheime zunimmt
- medizinische Behandlung auf mehrere Aufenthalte gesplittet wird, weil im Fallpauschalensystem nur so die Behandlungskosten gedeckt werden können
- die Krankenkassen systematisch die Krankenhausärzte zwingen, Patienten zu früh zu entlassen

Die Fallpauschalen haben nicht verhindert, dass die Kosten für die

stationäre Behandlung insgesamt weiter gestiegen sind.

Was wollen Sie unternehmen, um diese politisch verursachte Fehlentwicklung wieder rückgängig zu machen?

Die auf Veranlassung der CDU/CSU-Bundestagsfraktion im Vermittlungsverfahren zum 2. Fallpauschalen-Änderungsgesetz im November 2004 durchgesetzten Nachbesserungen bei der Einführung des Finanzierungssystems für Krankenhausleistungen haben sich als richtig und zielführend erwiesen. Darüber hinaus ist die Weiterentwicklung des Systems der diagnosebezogenen Fallpauschalen, den so genannten Diagnosis Related Groups (DRGs), in den vergangenen Jahren gut vorangeschritten. Die Einführung von Fallpauschalen zur Vergütung von Behandlungs- und Pflegeleistungen im Krankenhaus hat nicht zu den vielfach befürchteten Versorgungsproblemen und Qualitätsverlusten geführt. Nach einer Studie des Zentrums für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (ZQ), an der 30 repräsentativ ausgewählte Kliniken in Niedersachsen beteiligt waren, ist eindeutig erwiesen, dass das DRG-System:

- nicht dazu verleitet, möglichst nur noch die lukrativen Behandlungsfälle aufzunehmen („Rosinenpickerei“),
- keine Anhaltspunkte dafür liefert, dass es zu drastischen Verkürzungen der Verweildauer kommt, indem Patienten nicht zu Ende behandelt und viel zu früh entlassen werden (Stichwort: „blutige Entlassung“) und somit
- auch nicht für häufige Wiederaufnahmen zum gleichen Krankheitsbild verantwortlich zu machen ist (so genannter Drehtür-Effekt).

Die Studie macht darüber hinaus auch deutlich, dass viele Krankenhäuser auf der Höhe der Zeit sind und den Anforderungen an ein zeitgemäßes Versorgungsmanagement entsprechen. Viele Kliniken haben vorbildliche Konzepte entwickelt, die sowohl die krankenhausinternen Prozessabläufe betreffen als auch die patientenfreundliche Umsetzung sektorenübergreifender Versorgungsansätze unter Einschluss der niedergelassenen Ärzte, Pflegedienste und Rehakliniken. Sie belegt des Weiteren, dass gute Behandlungsqualität oder -defizite nicht das Ergebnis von Vergütungssystemen, sondern Ausdruck guter beziehungsweise weniger optimaler Strukturen und Prozesse sind.

*

Regulierung der Pharmaindustrie

10. Arzneimittel desselben Herstellers sind in Deutschland teilweise erheblich teurer als im

europäischen Ausland.

Was werden Sie tun, um diese nicht gerechtfertigten exorbitanten Gewinne der Pharmaunternehmen auf dem deutschen Markt zu begrenzen?

Unverzichtbare Anforderungen an die Arzneimittelversorgung sind für uns unabhängige Information, Beratung und Betreuung, Sicherheit und Verfügbarkeit sowie Innovation, Vielfalt und Wirtschaftlichkeit. Daher werden wir Auswüchse im Versandhandel eindämmen, den gesetzlichen Rahmen für Rabattverträge im Interesse der Wettbewerbs- und Verbraucherfreundlichkeit überarbeiten und die Vielzahl der zum Teil gegensätzlichen Instrumentarien zur Preisfindung und -festsetzung auf ihre Wirksamkeit und Sinnhaftigkeit hin überprüfen.

*

11. Die in Deutschland in den letzten 30 Jahren zugelassenen Medikamente waren nur etwa zur Hälfte echte Neuerungen. Häufig werden für minimal veränderte alte Medikamente (Scheininnovationen) neue Patente vergeben, die dann zu weit überhöhten Preisen als Ergebnisse neuer Forschung vertrieben werden. Die pharmazeutische Forschung der Herstellerfirmen orientiert sich an deren Gewinnerwartung. In diesem System fehlen Anreize für die Forschung an seltenen Erkrankungen oder solchen, für die es keine zahlungskräftigen Kunden gibt wie z.B. Tropenkrankheiten.

Werden Sie Initiativen ergreifen, um eine von der Pharmaindustrie unabhängige Forschung zu fördern?

Werden Sie sich dafür einsetzen, dass Medikamente nur dann zugelassen werden, wenn der Nachweis erbracht wird, dass sie besser wirken als schon zugelassene?

Wir halten das System der Festbeträge und der Kosten-Nutzen-Bewertung grundsätzlich für ein geeignetes Instrument, um dem Zielkonflikt „Wirtschaftlichkeit versus allgemeiner Zugang zu qualitativ hochwertiger Arzneimittelversorgung“, gerecht zu werden. Bei der Kosten-Nutzen-Bewertung ist es uns besonders wichtig, dass Bewertungen und der Bezug auf Studien transparent und fachlich ausgewogen getroffen werden. Hier gilt es, Verfahren so zu gestalten, dass eine klare Trennung von medizinischen Bewertungen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten gewährleistet ist.

*

12. Die Pharmaindustrie gibt immense Summen für Werbung aus. Dabei bedient sie sich z.T. fragwürdiger Praktiken wie direkter und indirekter Werbegeschenke für ÄrztInnen. Neuerdings versucht sie auch, über Sponsoring von Selbsthilfegruppen PatientInnen zur Einnahme bestimmter Medikamente zu veranlassen bzw. deren Verschreibung zu verlangen. Alle diese Werbemaßnahmen

werden letztlich durch die Beiträge der gesetzlich und privat Versicherten finanziert.

Werden Sie Schritte unternehmen, um diese Ausgaben zu begrenzen und fragwürdige Werbepraktiken gänzlich zu unterbinden?

Man sollte die Pharmaunternehmen nicht an den Vertriebskandalen der Vergangenheit messen, sondern an den selbstauferlegten Standards, die sich die Branche inzwischen gegeben hat. Die Pharmaunternehmen richten ihre Aktivitäten inzwischen auf der Grundlage nationaler und internationaler Verbandskodizes aus, die in den vergangenen Jahren kontinuierlich verschärft worden sind. Die Selbstregulierung betrifft heute nicht nur die Zusammenarbeit mit Ärzten, sondern auch die Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen und die Offenlegung von klinischen und nicht-interventionellen Studien unter Einschluss von Anwendungsbeobachtungen. Wir erwarten, dass die Pharmaindustrie diesen Prozess konsequent fortsetzt und gemeinsam mit allen Partnern im Gesundheitswesen, insbesondere mit der Ärzteschaft, die Standards für eine ethisch vertretbare Zusammenarbeit kontinuierlich fortentwickelt.

*

13. In Deutschland wird auf Arzneimittel der reguläre Mehrwertsteuersatz von 19% erhoben. Dies gilt auch für lebensnotwendige Medikamente. Im europäischen Ausland liegen die Steuersätze sehr viel niedriger, z.T. sogar bei 0 %.

Werden Sie sich in der kommenden Legislaturperiode für eine Senkung der Steuersätze auf Medikamente einsetzen?

Wir wollen eine strukturelle Überprüfung der Vorschriften zur Mehrwertsteuerbelastung mit dem Ziel, nicht mehr zeitgemäße und für die Bürger nicht nachvollziehbare Belastungswirkungen zu korrigieren und insbesondere die europäische Wettbewerbssituation bestimmter Bereiche zu berücksichtigen.

*

Innovation und Prävention

14. Das gegenwärtige Recht für geistiges Eigentum und Patente verhindert eine schnelle und kostengünstige Nutzung neuer Erfindungen und Entdeckungen. Dies führt nicht nur in sog. Entwicklungsländern dazu, dass lebensnotwendige Medikamente nicht finanzierbar sind, sondern verteuert diese auch bei uns.

Werden Sie sich für eine Änderung des Rechtes für geistiges Eigentum und des Patentrechtes einsetzen, damit ErfinderInnen zwar für ihren Aufwand entschädigt werden, die Verwertung der Forschungsergebnisse aber frei verfügbar ist?

Wir haben das Urheberrecht novelliert und hierbei EU-Richtlinien umgesetzt. Das Urheber- und Patentrecht muss geeignet sein, einen vernünftigen Ausgleich zwischen den Interessen der Rechteinhaber, die ihre Arbeit und Kreativität investiert haben, und dem Interesse der Allgemeinheit an der Nutzung solcher Innovationen herstellen. Gerade für den pharmazeutischen Bereich bedeutet dies, dass ohne einen gewissen Schutz der Patentrechte Forschung und Entwicklungsarbeit für pharmazeutische Unternehmen nicht rentabel bzw. gar nicht mehr finanzierbar wären und damit von diesen nicht mehr geleistet werden könnte. Von daher sehen wir gegenwärtig keine Möglichkeiten, eine Verbesserung der Versorgung der Menschen in Entwicklungsländern mit lebensnotwendigen Medikamenten über den Weg einer Änderung des Urheber- oder Patentrechts zu erreichen. Hier müssen andere Wege beschritten werden, um den Menschen die lebensnotwendigen Medikamente zur Verfügung zu stellen.

*

15. Prävention im Gesundheitsbereich erhöht nicht nur die Lebensqualität, sie spart auch bis zu 25% der Kosten. Da Investitionen in Prävention in der Regel nur langfristige Wirkungen zeigen, Versicherte jedoch kurzfristig die Versicherungen wechseln können, werden diejenigen Versicherungen bestraft, die nennenswerte Beträge für Prävention ausgeben, weil sie dafür die Beiträge erhöhen müssten und Nachteile in der Konkurrenz erleiden würden.

Planen Sie für die nächste Legislaturperiode Schritte, um Prävention nachhaltig im Leistungsspektrum der GKV zu verankern?

Die Union bekennt sich nachdrücklich zu einer Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung im deutschen Gesundheitswesen. Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, denn deren Ausbau verbessert nicht nur Gesundheit, Lebensqualität und Leistungsfähigkeit der Menschen, sondern kann auch die künftigen finanziellen Belastungen unserer Sozialsysteme mindern. Deshalb wollen wir die Prävention aufwerten ohne dabei eine neue Bürokratie zu schaffen. Prävention braucht keine zentralistische Steuerung sondern klare Regelungen der Zuständigkeiten und Finanzierung nach subsidiären Prinzipien. Vor allem auf kommunaler und regionaler Ebene wollen wir die Kooperation zwischen den gesellschaftlichen Akteuren verstärken, gemeinsame Ziele definieren, vorhandene Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit und Effizienz hin prüfen sowie vorhandene Strukturen nutzen. Ein wichtiger Schritt zur Stärkung von Eigenverantwortung, Prävention und Gesundheitsförderung ist die Weiterentwicklung von Bonus-Modellen, Wahl- und Selbstbehalttarifen.

*

Lobbyismus und „Politikberatung“

16. Die geplante Gesundheitskarte wird voraussichtlich weit mehr als die offiziell veranschlagten 19 Milliarden Euro kosten und damit zu einer erheblichen Mehrbelastung für die BeitragszahlerInnen der GKV führen. Datenschutzrechtliche Bedenken konnten bisher ebenso wenig ausgeräumt werden.

Werden Sie sich für eine Stornierung dieses Vorhabens einsetzen?

Für die Union steht die Datensicherheit bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte an erster Stelle. Von daher ist sicherzustellen, dass die Verfahren, die derzeit im Rahmen von Modellvorhaben getestet werden, sicher sind und den datenschutzrechtlichen Anforderungen entsprechen. Bei allen Bedenken, die immer wieder bezüglich der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte angesprochen werden, sind die erwarteten Vorteile für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens nicht außer Acht zu lassen. Zu nennen sind hier die verbesserte Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungserbringer bei Behandlungsprozessen und die Qualitätsförderung der Behandlung sowie administrative Einsparungen.

*

17. Der Einfluss von privaten Lobbyisten auf politische Entscheidungen wie z.B. der „Bertelsmann Stiftung“ hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Ziel dieser „Stiftung“ ist es, in allen gesellschaftlichen Bereichen die neoliberale Ideologie von Privatisierung, Ökonomisierung und Wettbewerb durchzusetzen. Die Aktivitäten der „Stiftung“ sind dabei eng mit den wirtschaftlichen Interessen des Bertelsmann-Konzerns verknüpft. „Reformvorschläge“ aus dem Hause Bertelsmann lauten z.B. „Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte und Qualitätsmanagement (QM)“, an deren Realisierung der Konzern u. a. über sein Unternehmen „Avarto“ (Gesundheitskarte) mit einem geschätzten Volumen von 1,9 Milliarden Euro und „AQUA (QM)“ beteiligt ist.

**Werden Sie in der kommenden Legislaturperiode Schritte unternehmen, um den demokratisch nicht legitimierten Einfluss sog. „Politikberater“ zu beenden?
Werden Sie sich dafür einsetzen, der „Bertelsmann Stiftung“ wegen ihrer Verflechtung mit privatwirtschaftlichen Interessen den gemeinnützigen Charakter abzuerkennen?**

Die Meinungsfreiheit ist eines der höchsten Güter für eine Demokratie und daher nach Artikel 5 Grundgesetz nicht einschränkbar. Die Meinungsfreiheit und damit die Freiheit, sich auch durch Stellungnahmen am politischen

Diskurs zu beteiligen, steht jedermann uneingeschränkt zu, auch Stiftungen.

Politische Entscheidungen treffen in Deutschland die Parlamentarier als gewählte Volksvertreter im Bundestag und den Landtagen. Dies garantiert, dass der Entscheidungs-findungsprozess öffentlich und damit transparent abläuft sowie dass die verschiedenen Positionen in diesem Prozess Beachtung finden.

Die Anerkennung bzw. Aberkennung der Gemeinnützigkeit ist ein rein steuerrechtlicher Tatbestand und erfolgt durch die zuständigen Finanzbehörden der Länder.

*