

# Fragenkatalog und Antworten der Grünen

## 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?**

Wir wollen eine Bürgerversicherung einführen, in deren Rahmen sich alle BürgerInnen am Solidarausgleich beteiligen. Vermögens- und Gewinneinkommen sollen in die Finanzierung einbezogen werden. Die beitragsfreie Versicherung von EhepartnerInnen wollen wir auf Zeiten der Kindererziehung und der Übernahme von Pflege beschränken. In allen anderen Fällen setzen wir auf ein Beitragssplitting. Damit würden endlich Ehepaare mit gleichen Einkommen, aber unterschiedlichen Einkommensverteilungen gleich behandelt.

Wir planen, die Beitragsbemessungsgrenze anzuheben. Mit einem Wegfall würde faktisch eine zweite Einkommenssteuer eingeführt und die Bindung der Mittel für die Krankenversicherung in Frage gestellt. Steuerfinanzierte Gesundheitssysteme, wie z.B. Großbritannien, sind meist finanziell schlechter ausgestattet und in höherem Maße Spielball der Politik. Daher setzen wir Grünen auf mehr Solidarität im Beitragssystem.

Praxisgebühr und Medikamentenzuzahlungen wollen wir ebenso wie den Gesundheitsfonds und die dort vorgesehenen Zusatzbeiträge abschaffen.

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?**

Wir Grünen haben bereits vor der letzten Bundestagswahl ein detailliertes solidarisches Bürgerversicherungsmodell vorgelegt. Dieses enthält u.a. die Einbeziehung aller Einkommensarten in die Finanzierung der Krankenversicherung. Mehr dazu und zu den damals in Auftrag gegebenen Gutachten der Bundestagsfraktion siehe unter: [http://www.gruene-bundestag.de/cms/gesundheit/dok/212/212303.eine\\_fuer\\_alle.html](http://www.gruene-bundestag.de/cms/gesundheit/dok/212/212303.eine_fuer_alle.html)

Das aktuelle Bundestagswahlprogramm sieht vor, dass für diese zusätzlichen Einkommensarten Freigrenzen eingeräumt werden sollen. Beschlüsse über eine konkrete Höhe existieren jedoch nicht.

Aus grüner Sicht ist eine Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge, die für EmpfängerInnen von ALG II oder Sozialhilfe von den Leistungsträgern an die Krankenkassen abgeführt werden, sinnvoll.

\*

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 Grünen wollen einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und keinen um Gesunde oder die „richtigen“ Kranken. Die grüne Lösung heißt weder steuerfinanziertes Gesundheitssystem noch Einheitskasse. Die Begrenzung der im „Morbi-RSA“ zu berücksichtigenden Krankheiten auf 80 ist ausschließlich mit einer politischen Gesichtswahrung für die Union zu erklären. Diese Begrenzung, die zu Krankheiten erster und zweiter Klasse führt, muss abgeschafft werden.

Das deutsche Gesundheitssystem ist stark verkrustet. Ein Wettbewerb zwischen Krankenkassen (deren Zahl mit Sicherheit noch deutlich abnehmen wird), in dem innovative Versorgungsformen erprobt und Qualität verbessert wird, kann ein Instrument gegen das Festhalten am Status quo sein und kommt den Versicherten zugute. Der Gesundheitsfonds verhindert dies jedoch und wird so zur Innovationsbremse. Daher gehört er wieder abgeschafft.

\*

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 entgegnetreten, die GKV zugunsten kapitalgedeckter Krankenversicherungen abzuschaffen oder einzuschränken?**

Wir Grünen haben nicht vor, Elemente der Kapitaldeckung in die gesetzliche Krankenvversicherung zu integrieren. Wir lehnen Überlegungen der FDP und von Teilen der Union ab, die den Weg in Richtung Kapitaldeckung à la privater Krankenversicherung gehen wollen. Die grüne Bürgerversicherung basiert auf dem bestehenden Umlageverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung.

\*

## **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 gehen nicht davon aus, dass ausschließlich Kapitalgesellschaften monetäre Interessen verfolgen. Dies gilt genauso für ÄrztInnen oder für ärztliche Genossenschaften und ist auch bei Kommunen anzutreffen, wenn diese Maßnahmen zur Deckung von Haushaltsdefiziten ergreifen. So haben sehr viele kommunale Krankenhäuser notwendige Entwicklungen sowohl im Management als auch im Blick auf notwendige Investitionen, z.B. in für die Versorgung adäquate Gebäude, versäumt.

Für uns Grüne haben mehr Integration und Kooperation in der Gesundheitsversorgung einen hohen Stellenwert. Dazu können Medizinische Versorgungszentren (MVZ) einen wichtigen Beitrag leisten. Neben ÄrztInnen oder Krankenhäusern können auch Kapitalgesellschaften Träger sein. Das halten wir nicht per se für ein Problem. Allerdings müssen faire Wettbewerbsbedingungen zwischen allen Anbietern herrschen. Dazu gehört, dass von Krankenhäusern getragene MVZ nicht durch steuerfinanzierte Investitionshilfen querfinanziert werden. Eine Krankenhausfinanzierung „aus einer Hand“ würde diese Gefahr ein- für allemal beheben.

6. Die zunehmende Privatisierung von Behandlungskosten und Versicherungsformen in den GKV'en 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?**

Wir wollen die Solidarität im Gesundheitssystem stärken und den von Ihnen kritisierten Tendenzen entgegenwirken. Erreichen wollen wir dies mit der Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung, der Abschaffung der Praxisgebühr, der Medikamentenzuzahlungen sowie der mit dem Gesundheitsfonds verbundenen Zusatzbeiträge

\*

## **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'en das Zwei-Klassen-System verschärft, weil Arme diese Tarife nicht bezahlen können.

**Werden Sie Tendenzen entgegentreten, die Leistungen der GKV'en einzuschränken und zu rationieren?**

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

Die Priorisierungsdebatte ist im Kern zutiefst strukturkonservativ und lenkt eher von den zentralen gesundheitspolitischen Fragen ab. Viel zentraler ist eine Debatte darüber, wie unser Gesundheitswesen organisiert werden muss, damit trotz steigender Anforderungen Jeder und Jede die medizinisch notwendige Versorgung erhält. Die Antworten und Handlungsfelder sind dabei vielfältig: Die Finanzierung ist langfristig zu sichern (Bürgerversicherung), wir müssen uns stärker an Prävention und Gesundheitsförderung orientieren (Präventionsgesetz), Versorgungsstrukturen vernetzen und eine echte Zusammenarbeit von

ärztlichen und nichtärztlichen Berufen verwirklichen sowie die im Gesundheitssystem bestehende Verschwendung von Ressourcen beenden.

\*

## **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?**

Vor allem in ländlichen Regionen ist eine flächendeckende medizinische Versorgung von großer Bedeutung. Wir wollen daher die Kooperation der ambulanten und stationären Leistungsanbieter fördern und verbessern. Nötig ist auch eine Reform der Krankenhausplanung auf Landesebene. Damit erhalten vor allem kleinere Krankenhäuser in ländlichen Räumen mehr Flexibilität und können so besser mit großen Krankenhäusern zusammenarbeiten. Um die finanziellen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser zu verbessern, ist eine Reform der Investitionsfinanzierung notwendig. So können die Krankenhäuser selbst über die richtige Verwendung der Mittel entscheiden.

\*

9. 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 durchschnittliche Verweildauer pro Fall ist nicht erst seit der Einführung der DRGs, sondern bereits seit Mitte der neunziger Jahre stark rückläufig. Gleichzeitig sind die Fallzahlen angestiegen. Der demographische Wandel dürfte sicher eine Ursache hierfür sein. Bislang gibt es keine gesicherten Erkenntnisse über die Auswirkungen der DRG-Fallpauschalen. Die gesetzlich eigentlich vorgeschriebene Evaluierung liegt bis heute nicht vor. Sollten sich Fehlentwicklungen oder Fehlanreize offenbaren, muss gegengesteuert werden. Wir plädieren in jedem Fall für eine Weiterentwicklung des Fallpauschalen-Systems. Insbesondere eine stärkere Berücksichtigung des Pflegeaufwands halten wir für wichtig.

\*

## **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?**

Im Arzneimittelbereich existiert ein RegelungsDickicht, bei dem die Wirkung einzelner Maßnahmen immer unklarer wird. Eine Steuerung der Arzneimittelausgaben ist jedoch unverzichtbar. Wir wollen uns auf wenige wirksame Instrumente beschränken. Dabei stehen für uns eine Positivliste für verordnungsfähige Arzneimittel, Rabattverträge und die Kosten-Nutzen-Bewertung im Vordergrund.

Scheininnovationen, die keinen Zusatznutzen gegenüber bereits vorhandenen Arzneimitteln haben, sollten nicht von den Krankenkassen erstattet werden. Ebenso stehen wir einer „vierten Hürde“, d.h. eine Kosten-Nutzen-Bewertung vor der Zulassung des Medikamentes (wie sie z.B. in Großbritannien Praxis ist), positiv gegenüber.

\*

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?**

Unsere zentrale Forderung in diesem Kontext ist, dass ein Arzneimittelstudienregister eingeführt wird. Dort müssen verpflichtend Angaben über geplante, in Durchführung befindliche und abgeschlossene pharmazeutische Studien verbunden mit einer Kurzdarstellung des Studiendesigns und der Ergebnisse eingestellt werden. Dann kann die Pharmaindustrie nicht mehr so leicht Studien mit aus ihrer Sicht negativen Ergebnissen unterdrücken. Mit der Zugänglichkeit dieser Studien wäre bereits viel erreicht.

Wir Grünen setzen uns dafür ein, dass nicht nur Grundlagen-, sondern auch Versorgungsforschung durch den Bund gefördert wird.

Wir stehen einer „vierten Hürde“, d.h. eine Kosten-Nutzen-Bewertung vor der Zulassung des Medikamentes (wie sie z.B. in Großbritannien Praxis ist), positiv gegenüber. Damit würde jedoch nicht die Zulassung verweigert, sondern entschieden, ob diese Medikamente von den Krankenkassen erstattet würden, und falls ja, welcher Preis maximal dafür gerechtfertigt wäre.

\*

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?**

Die Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel ist verboten und sollte es aus gutem Grunde bleiben. Eine klare Trennung zwischen Information und Werbung ist so gut wie nicht möglich. Daher ist zentral, den Vorschlag der EU-Kommission zu verhindern, der die Information der Patienten durch Hersteller erlauben will und damit das Werbeverbot durch

die Hintertür aufweichen würde.

Die Unabhängigkeit der Selbsthilfe ist ein zentrales Anliegen der Grünen. Die für die Förderung durch die Krankenkassen notwendige „Erklärung zur Neutralität und Unabhängigkeit“ sollte zumindest stichprobenartig überprüft werden. Wir begrüßen die Anstrengungen der BAG Selbsthilfe und des Forums „Leitsätze zur Zusammenarbeit mit Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitswesen“ des Paritätischen.

Die Ausgabensteigerungen im Arzneimittelbereich sind z.T. auch durch Mengenausweitungen bedingt, die vielfach medizinisch nicht zu begründen sind. Kassenärztliche Vereinigungen und Kassen können diese durch Informations- und Beratungsangebote erheblich reduzieren und ein Gegengewicht zu den interessengeleiteten „Beratungen“ durch die Pharmaindustrie schaffen. Hier existieren positive Beispiele, die auf andere Regionen übertragen werden sollten.

\*

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?**

Nein, da wir befürchten, dass diese Senkung nie bei den Krankenkassen und damit bei den Versicherten ankommen wird. Wenn Arzneimittelherstellern diese Senkung zu Preiserhöhungen nutzen, hätten die Patientinnen und Patienten doppelt zu zahlen: für die nach wie vor hohen Arzneimittelpreise und über höhere Steuern für die entstandenen Steuerausfälle.

\*

## **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?**

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sehen den Interessenskonflikt, den der rechtliche Schutz des geistigen Eigentums ausbalancieren muss: Die materielle Verwertbarkeit muss dem Erfinder/ der Erfinderin einen Anreiz für die Forschungstätigkeit geben. Die dafür notwendige Ausschließlichkeit der Verwertung darf wiederum kein Hindernis für weitere Forschung und Entwicklung in einem Bereich sein.

Wir wollen beide Aspekte austarieren und lehnen deshalb eine generelle Lockerung des Patentschutzes ab. Nach unserer Auffassung muss immer sehr genau geprüft werden, welches Schutzniveau optimal ist. Patente auf Leben lehnen wir allerdings entschieden ab.

Im Fall öffentlich finanzierter Forschung plädieren wir dafür, dass deren Ergebnisse öffentlich zugänglich gemacht werden. Eine weitere Möglichkeit besteht in Modellen des „equitable licensing“.

Im besonderen Fall des Zugangs zu lebensnotwendigen Medikamenten für Menschen in Entwicklungsländern treten wir mit Nachdruck dafür ein, solche Ansätze zu unterstützen. Ein Beispiel ist der erfolgversprechende Tuberkulose-Impfstoff VPM1002. Dazu haben wir Ende 2008 eine Kleine Anfrage gestellt (Drs. 16/11491).

\*

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 langfristig 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?**

Wir wollen einen Richtungswechsel. Weg vom Gesundheitswesen als bloßen Reparaturbetrieb hin zu einem Gesundheitswesen mit mehr Prävention und Gesundheitsförderung. Dabei sind die Bedürfnisse und Lebenslagen sozial Benachteiligter besonders zu berücksichtigen. Diese erkranken im Durchschnitt häufiger und sterben früher. Wir wollen Präventionsangebote, die die Menschen in ihrem Alltag erreichen und dazu beitragen - unabhängig von Einkommen und Herkunft -, gesundheitliche Chancengerechtigkeit herzustellen. Eine Prävention, die rund um die Geburt anfängt, Kinder und Jugendliche schon in Kindergarten und Schule zu einer

gesundheitsbewussten und selbstbestimmten Lebensweise befähigt und sie im Arbeitsleben und im Alter begleitet. Um für diese Art der Primärprävention die notwendigen finanziellen und strukturellen Grundlagen zu schaffen, wollen wir ein Präventionsgesetz.

Wir Grünen setzen uns seit Jahren für die Stärkung und Implementierung der Prävention und Gesundheitsförderung ein. Vor zu hohen Erwartungen an mögliche Einsparungen warnen wir jedoch.

\*

## **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?**

Nein, jedoch für eine kritische Begleitung und einer ständigen Überprüfung, ob Korrekturen notwendig sind. Datenschutzrechtliche Bedenken haben wir insbesondere bei den bereits heute existierenden internetbasierten Patientenakten. Die elektronische Gesundheitskarte soll solchen Auswüchsen einen Riegel vorschieben. Mit ihr müssen umfassende datenschutzrechtliche Anforderungen, wie z.B. die bestmögliche Verschlüsselungstechnologie bei der Speicherung von Patientendaten, umgesetzt werden. Unabdingbar ist für uns Grüne, dass die PatientInnen die Hoheit über ihre Daten behalten und selbst entscheiden können, was gespeichert und was von wem gelesen werden darf. Eine Weitergabe von Daten an andere muss ausgeschlossen werden. Auffällig ist, dass gerade die Datenschutzbeauftragten, die bei vielen Datenschutzproblemen oft einsame Rufer und Mahner sind, dieses Projekt unterstützen. Wir begrüßen, dass diese mit ihren Kompetenzen intensiv in die Entwicklung eingebunden sind und erwarten, dass hierdurch dem Datenschutz umfassend Rechnung getragen wird.

\*

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?**

Uns Grünen geht es in erster Linie um Transparenz: Die Bürgerinnen und Bürger sollen besser nachvollziehen können, welche Verbände und Unternehmen möglicherweise Einfluss auf ein Gesetz genommen haben. Gleichzeitig sollen auch Wirtschaftsvertreter, die sich an die Regeln halten, keine Sorge mehr haben müssen, als schwarze Schafe in den Verdacht zu geraten, unzulässigen Einfluss auf Abgeordnete oder Beamtinnen und Beamte genommen zu haben.

Daher haben wir hierzu eine Reihe von Anträgen ins Parlament eingebracht. Zuletzt haben wir eine Initiative für ein Lobbyistenregister gestartet (vgl. BT-Ds. 16/13174 und 16/8762). Wir werden in dieser Frage auch in der kommenden Legislaturperiode aktiv bleiben.

In der Gesundheitspolitik haben wir es fast ausschließlich mit Organisationen und Gruppen zu tun, die ein eigenes finanzielles Interesse an diesem Wachstumsmarkt haben. Eine kritische Distanz gegenüber all diesen Organisationen ist notwendig und wird von uns Grünen geübt. Sich bei der Kritik auf eine einzige Organisation zu konzentrieren, erscheint uns nicht sinnvoll. Hinzu kommt, dass die jeweiligen Projekte der Bertelsmannstiftung gesondert betrachtet werden sollten. So begrüßen wir z.B. deren Kooperation z.B. mit der Verbraucherzentrale Bundesverband, der BAG Selbsthilfe und weiteren Organisationen aus diesem Kontext bei der Erstellung des Internetportals [www.weisse-liste.de](http://www.weisse-liste.de).

\*