

Fragekatalog und Antworten der SPD

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?**

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?**

Die SPD ist davon überzeugt, dass wir eine umfassende Solidargemeinschaft aller Bürgerinnen und Bürger brauchen, wenn wir die Absicherung von Gesundheit und Pflege auf Dauer sicherstellen wollen. Deshalb wollen wir die Bürgersozialversicherung, die alle Bürgerinnen und Bürger bei der Absicherung von Gesundheit und Pflege, in die Solidarität einbezieht.

Mit der Versicherungspflicht für alle, einem gerechten Ausgleich der unterschiedlich verteilten sozialen Risiken und der Krankheitsrisiken und dem Einstieg in die Steuerfinanzierung haben wir wichtige Schritte zu einem solidarischen Gesundheitswesen für alle Bürgerinnen und Bürger getan. Im nächsten Schritt wird es darum gehen, alle Einkommen zur Finanzierung der Gesundheitsaufgaben heranzuziehen und deshalb den Steueranteil für die gesetzliche Krankenversicherung zu erhöhen.

Ein besonderes Anliegen für die SPD ist es, dass der Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung wieder paritätisch von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen wird. Dazu wollen wir den Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Beitragssatzpunkten abschaffen.

Im Rahmen des Gesundheitsfonds wollen wir den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich weiterentwickeln und die private Krankenversicherung einbeziehen. Auch in der Pflegeversicherung wollen wir einen Risikoausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung einführen. Wenn sich alle Bürgerinnen und Bürger zu gleichen Bedingungen beteiligen, ist die Finanzierung der Pflegeversicherung einschließlich der notwendigen zusätzlichen Pflege- und Betreuungskräfte ohne Beitragsanhebung auch längerfristig gesichert.

*

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?

Mehr Wettbewerb zwischen Krankenkassen um intelligente Versorgungskonzepte nützt den Patientinnen und Patienten. Allerdings muss der Markt so geregelt sein, dass es nicht zu falschen Anreizen, wie z.B. Risikoselektion, kommt. Der weiterentwickelte Risikostrukturausgleich schafft Bedingungen, unter denen es für die Krankenkassen nicht mehr attraktiv ist, sich aus Wettbewerbsgründen um junge, gesunde und gut verdienende Mitglieder zu bemühen. Durch den vollständigen Ausgleich der unterschiedlichen Finanzkraft und die Berücksichtigung des tatsächlichen Krankheitsgeschehens bei der Zuweisung der Finanzmittel an die einzelne Krankenkasse, haben wir Anreize gesetzt, damit die Versicherten gut und wirtschaftliche versorgt werden, statt Risikoselektion zu betreiben. Wir halten die Beschränkung auf 80 Krankheiten im Risikostrukturausgleich für

überarbeitungsbedürftig. Eine weitergehende Regelung war mit der Union jedoch nicht durchzusetzen.

Mehr Wettbewerb muss es auch zwischen den Leistungserbringern geben, damit die Menschen dort versorgt werden, wo qualitativ hochwertige Leistungen wirtschaftlich erbracht werden. Markt und Wettbewerb haben aber ihre Grenzen, wie das Versagen der deregulierten Finanzmärkte gezeigt hat. In der Gesundheitsversorgung wird die SPD dafür eintreten, dass Markt und Wettbewerb nicht zu einer Zwei-Klassen-Versorgung führen.

*

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 SPD ist strikt gegen eine kapitalgedeckte gesetzliche Krankenversicherung und für die Beibehaltung der Umlagefinanzierung. Die Umlagefinanzierung hat sich auch in den größten Krisenzeiten immer wieder bewährt und den Versicherten ihre Leistungen garantiert. Dagegen sind in Wirtschaftskrisen immer wieder riesige Kapitalstöcke vernichtet worden, so auch in der derzeitigen globalen Finanzkrise. Damit sind jedes Mal auch Renten- und Krankenversicherungsansprüche vernichtet worden. Wir wollen die soziale Sicherheit in Deutschland nicht den globalen Finanzmärkten ausliefern.

*

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?

Es ist eine völlige Fehleinschätzung, dass im Rahmen der stationären Versorgung private Krankenhausträger neu auf den Markt kommen und damit ein Umbau der Versorgungsstrukturen angestrebt wird. Ein Zusammenhang mit der Lissabon-Strategie ist ebenfalls nicht gegeben. Tatsache ist, dass an der Krankenhausversorgung öffentliche, freigemeinnützige und private Träger beteiligt sind. Der Anteil der Träger an den Versorgungsangeboten differiert sehr stark zwischen den Ländern. Die Länder sind für die Sicherstellung der stationären Versorgung der Bevölkerung zuständig und haben die nötigen Regelungen in den jeweiligen Krankenhausgesetzen getroffen. Dort heißt es in der Regel sinngemäß, dass Aufgabe der Krankenhauspolitik auch die Aufrechterhaltung einer Trägervielfalt ist. Die Privatisierungen von kommunalen Krankenhäusern, die in der jüngsten Vergangenheit zu beobachten waren, sind keine Folgen einer bundesweiten Strategie der Bundesregierung.

Die Ursachen für die Verkaufsentscheidungen liegen häufig in den schlechten Wettbewerbsbedingungen einzelner Häuser als Folge einer unzureichenden Investitionskostenfinanzierung durch die Länder.

Auch in anderen Versorgungsbereichen sind die Anbieter von Gesundheitsleistungen in den allermeisten Fällen privatwirtschaftlich organisiert. Im ambulanten Bereich fast zu 100 %. Von einer Privatisierungswelle kann also insgesamt keine Rede sein. Eine Rücknahme von angeblichen Privatisierungselementen ist deshalb ebenfalls nicht möglich.

Völlig haltlos sind aus unserer Sicht die Behauptungen, dass eine Beteiligung privater Anbieter zu einer Entsolidarisierung, zu schlechteren Arbeitsbedingungen oder einer Verschlechterung der Versorgungsqualität führt.

Unabhängig von den aus unserer Sicht haltlosen Thesen, die in der Frage enthalten sind, setzt sich die SPD dafür ein, dass Qualität und Wirtschaftlichkeit in der gesundheitlichen Versorgung im Interesse der Patientinnen und Patienten stetig verbessert werden. Dazu braucht es klare und transparente Regeln, die es den Anbietern von Gesundheitsleistungen unabhängig von der Trägerschaft erlauben, gute Versorgungskonzepte einzuführen.

*

6. Die zunehmende Privatisierung von Behandlungskosten und Versicherungsformen in den GKVen 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?

Das Urteil des EuGH vom 11. Juni 2009 hat noch einmal bestätigt, dass Gesetzliche Krankenversicherungen öffentliche Auftraggeber sind.

Der [EuGH](#) sah in der Rechtssache C-300/07, die über Mitgliedsbeiträge erfolgende Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als hinreichend an, um von einer überwiegenden Finanzierung von staatlicher Seite sprechen zu können ([§ 98 Nr. 2 GWB](#)). Damit bestätigte der EuGH eine Vielzahl nationaler Entscheidungen, welche die Auftraggebereigenschaft der Krankenkassen bereits angenommen hatten. In seiner Begründung führt der EuGH an, dass eine überwiegende Finanzierung durch den Staat vorliegt, wenn die Tätigkeiten der gesetzlichen Krankenkassen hauptsächlich durch Mitgliedsbeiträge finanziert werden, die nach öffentlich-rechtlichen Regeln, wie sie im Ausgangsverfahren in Rede stehen, auferlegt, berechnet und erhoben werden. Derartige Krankenkassen sind für die Anwendung der Vorschriften dieser Richtlinie als Einrichtungen des öffentlichen Rechts und damit als öffentliche Auftraggeber anzusehen.

*

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 GKVen das Zwei-Klassen-System verschärft, weil Arme diese Tarife nicht bezahlen können.

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

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

Die SPD spricht sich gegen Rationierungen und Leistungsausgrenzungen aus. Heute erhalten gesetzlich Krankenversicherte alle medizinisch erforderlichen Leistungen, auch wenn es um besondere, qualitativ hoch stehende Angebote geht. Wir werden nicht dulden, dass gesetzlich Versicherte über unzumutbare Wartezeiten faktisch von bestimmten Leistungen ausgegrenzt werden. Hier sind auch die Krankenkassen gefordert, intelligente Verträge zu schließen und ihren Versicherten den Zugang zu den Leistungen zu eröffnen.

Aus Sicht der SPD gibt es keinen Grund für zwei getrennte Krankenversicherungsmärkte, die nach unterschiedlichen Regeln funktionieren. Für eine effiziente, solidarische und hochwertige Gesundheitsversorgung brauchen wir faire, einheitliche Bedingungen und Regeln für alle Versicherungen, egal ob privat oder gesetzlich, damit die Versicherten möglichst viele Wahlmöglichkeiten haben.

Wir wollen auch in Zukunft keine Zwei-Klassen-Medizin. Im Rahmen des Gesundheitsfonds wollen wir den neuen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, der die unterschiedlichen Krankheitsrisiken berücksichtigt, weiterentwickeln und die private Krankenversicherung einbeziehen.

*

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?

Die Einführung der diagnoseorientierten Fallpauschalen im Krankenhaus hat zu einer erheblichen Erhöhung der Transparenz bei der Vergütung für Krankenhausleistungen geführt. Gleichzeitig konnte die Verweildauer im Krankenhaus erheblich gesenkt werden und entspricht nach dem Wegfall der falschen Anreize für Fehlbelegungen mittlerweile dem Niveau in vergleichbaren Ländern. Von einer Ökonomisierung kann keine Rede sein. Vielmehr gibt es gerade im Krankenhausbereich immer noch erhebliche Möglichkeiten zur Steigerung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit. Die Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern – aber auch zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten – ist aus unserer Sicht ein wirksames Instrument zur Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit.

In der nächsten Wahlperiode werden wir das Thema Sicherstellung intensiv diskutieren müssen. Aus der Patientenperspektive betrachtet, müssen selbstverständlich alle Versorgungsbereiche – nicht nur der stationäre Bereich - und auch die Versorgungs- und Investitionsplanung berücksichtigt werden. Dabei müssen auch die Rollen der Länder und der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Sicherstellung der stationären und der ambulanten Versorgung diskutiert werden.

*

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 Einführung der Fallpauschalen ist aus unserer Sicht erfolgreich verlaufen und hat die positiven Erwartungen erfüllt. Mittlerweile hat das deutsche DRG-System international viel Anerkennung gefunden und wird – insbesondere in Bezug auf die Verfahren zur stetigen Verbesserung und Weiterentwicklung unter Einbezug der Beteiligten - als vorbildlich

angesehen. Auch bei den Krankenhäusern und den Trägern, sowie den für die stationäre Versorgung verantwortlichen Ländern gilt das System als ausgereift und zukunftssicher.

*

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?

Eine unmittelbare Einflussnahme der Politik auf die Gestaltung der Abgabepreise der Hersteller ist in Deutschland nicht vorgesehen.

Durch gesetzliche Regelungen für die vom pharmazeutischen Großhandel und den Apotheken erhobenen Zuschläge auf den Herstellerpreis wird sichergestellt, dass die Patienten bundesweit die gleichen Preise für verordnete Arzneimittel zahlen.

Das tatsächliche Niveau der zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abzurechnenden Preise wird zudem durch eine Vielzahl gesetzlicher Regelungen bestimmt, die in ihrer Summe preisregulierende Wirkungen haben. Den Krankenkassen stehen dazu mit den Möglichkeiten zum Abschluss von Rabattverträgen, durch Festbetrags- und Aut-Idem-Regelungen sowie weitere Optionen ein sehr flexibel handhabbares und politisch zielgerichtet nachjustierbares Instrumentarium zur Dämpfung der Arzneimittelausgaben zur Verfügung.

*

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?

Gerade in Bezug auf die Erforschung seltener Erkrankungen wurden in den letzten Jahren in Deutschland umfangreiche staatliche Fördermaßnahmen und Anreizsysteme zur Entwicklung diagnostischer und therapeutischer

Maßnahmen ins Leben gerufen. Auch auf EU-Ebene stehen im Rahmen des Gesundheitsaktionsprogramms und des 7. Rahmenforschungsprogramms Fördermittel für seltene Krankheiten zur Verfügung. Zudem wird in Pilotprojekten der Aufbau europäischer Referenznetze für seltene Erkrankungen erprobt, die den Austausch gewonnener Erkenntnisse erleichtern sollen. Ein Großteil dieser Initiativen geht auf die deutsche EU-Präsidentschaft 2007 zurück. Die SPD wird diese Forschungsförderung weiter unterstützen.

Grundsätzlich müssen sich Arzneimittel an ihrem Nutzen und an ihren Kosten messen lassen.

Die Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung wurde bereits durch zahlreiche Regelungen an den Nachweis des Nutzens geknüpft.

Bereits mit der Gesundheitsreform 2004 wurden Strukturen für eine stärkere Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln geschaffen. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz kamen 2007 Möglichkeiten für die Bewertung der Kosten-Nutzen-Relation hinzu. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) kann seitdem das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit einer solchen Bewertung beauftragen. Die SPD begrüßt, dass Fragen des therapeutischen Zusatznutzens sowie Fragen nach den damit verbundenen Zusatzkosten bei der Entscheidung der Selbstverwaltung über die Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung eine zunehmende Rolle spielen. Die Kosten-Nutzen-Analyse ergänzt zudem sinnvoll das durch Regelungen zu Rabattverträgen, Aut-Idem sowie Festbetragsregelungen breite Instrumentarium der Krankenkassen zur Durchsetzung von Kosteneffizienz im Arzneimittelbereich.

*

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?

Gerade in Bezug auf die Erforschung seltener Erkrankungen wurden in den letzten Jahren in Deutschland umfangreiche staatliche Fördermaßnahmen und Anreizsysteme zur Entwicklung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen ins Leben gerufen. Auch auf EU-Ebene stehen im Rahmen des Gesundheitsaktionsprogramms und des 7. Rahmenforschungsprogramms Fördermittel für seltene Krankheiten zur Verfügung. Zudem wird in Pilotprojekten der Aufbau europäischer Referenznetze für seltene Erkrankungen erprobt, die den Austausch gewonnener Erkenntnisse erleichtern sollen. Ein Großteil dieser Initiativen geht auf die deutsche EU-

Präsidentschaft 2007 zurück. Die SPD wird diese Forschungsförderung weiter unterstützen.

Grundsätzlich müssen sich Arzneimittel an ihrem Nutzen und an ihren Kosten messen lassen.

Die Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung wurde bereits durch zahlreiche Regelungen an den Nachweis des Nutzens geknüpft.

Bereits mit der Gesundheitsreform 2004 wurden Strukturen für eine stärkere Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln geschaffen. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz kamen 2007 Möglichkeiten für die Bewertung der Kosten-Nutzen-Relation hinzu. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) kann seitdem das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit einer solchen Bewertung beauftragen. Die SPD begrüßt, dass Fragen des therapeutischen Zusatznutzens sowie Fragen nach den damit verbundenen Zusatzkosten bei der Entscheidung der Selbstverwaltung über die Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung eine zunehmende Rolle spielen. Die Kosten-Nutzen-Analyse ergänzt zudem sinnvoll das durch Regelungen zu Rabattverträgen, Aut-Idem sowie Festbetragsregelungen breite Instrumentarium der Krankenkassen zur Durchsetzung von Kosteneffizienz im Arzneimittelbereich.

*

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?

Eine Senkung des Mehrwertsteuersatzes für ärztlich verordnete Medikamente, Hilfsmittel und Pflegedienstleistungen führt zu keinen nachhaltigen Spareffekten. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass die dadurch erhofften Einsparungen durch Preisgestaltungsspielräume der Hersteller und Leistungserbringer weitgehend kompensiert würden – und damit schnell verpuffen. Rabattverträge der Krankenkassen mit pharmazeutischen Herstellern und Leistungserbringern im

Hilfsmittelbereich und in der Pflege, Festbetragsregelungen und andere bereits heute vorhandene Instrumente zur Steuerung der Preise und Ausgaben sind erheblich effizienter und wirken langfristiger als eine einmalige Absenkung des Mehrwertsteuersatzes. Zudem würde ein unterschiedlicher Mehrwertsteuersatz auf lebensnotwendige und nicht lebensnotwendige oder auf verordnete und nicht verordnete Medikamente nur zu weiteren Diskussionen und Abgrenzungsproblemen führen.

*

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?

Das geltende Patentrecht stellt insgesamt einen fairen Ausgleich dar zwischen der Belohnung der Erfinderleistung und dem gesamtgesellschaftlichen Interesse an der Förderung der technischen Entwicklung durch anspruchsvolle Innovationen. Für eine umfassende Reform des Patentrechts besteht daher momentan kein Anlass. Das Patentsystem muss jedoch - wie jedes andere gesellschaftliche System auch - von der Politik immer wieder nachjustiert werden, wenn in Einzelbereichen Fehlentwicklungen auftauchen. So hat der Bundestag im Mai 2009 das Patentrechtsmodernisierungsgesetz beschlossen. Es tritt am 1. Oktober 2009 in Kraft und wird insbesondere die Dauer der gerichtlichen Verfahren zur Feststellung der Nichtigkeit oder Gültigkeit eines Patents stark verkürzen.

*

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?

Die SPD hat sich in der Vergangenheit immer wieder dafür eingesetzt, dass wir endlich ein Präventionsgesetz bekommen, mit dem Prävention zu einer eigenständigen Säule der Gesundheitsversorgung gemacht wird. Wir sind überzeugt davon, dass wir die kommenden Herausforderungen im

Zusammenhang mit dem demografischen Wandel, der Zunahme chronischer Erkrankungen und dem medizinischen Fortschritt nur bewältigen können, wenn wir es schaffen unser Gesundheitswesen grundlegend neu auszurichten. Wir müssen weg kommen vom Reparaturbetrieb, hin zu einer echten Vorsorgeorientierung. Die Gesetzentwürfe, die wir vorgelegt haben, basierten immer darauf, dass Projekte, die in den Lebenswelten (Kindergärten, Schulen, Betriebe, Krankenhäuser) ansetzen, einfacher realisiert werden sollten. Kernbestandteil sollte sein, dass die Sozialversicherungsträger gemeinsam finanzielle Mittel für gesundheitsfördernde Projekte in den Lebenswelten zur Verfügung stellen sollten. Leider hat die Union unsere Vorschläge zweimal aus taktischen Gründen blockiert. Die SPD wird trotzdem weiter auf ein Präventionsgesetz drängen.

*

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?

Wir begrüßen Einführung und Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte, weil damit der Datenschutz und die Datensicherheit im Vergleich zum heutigen Stand erheblich verbessert werden. Die Behauptung, dass dabei Patientendaten auf zentralen Datenspeichern gehalten oder unbefugt an dritte weitergegeben werden, ist jedoch falsch. Auch in Zukunft bleiben die vom Arzt erhobenen Patientendaten – wie auch bisher schon – beim Arzt oder im Krankenhaus. Sie unterliegen auch weiterhin der ärztlichen Schweigepflicht. Der Patient kann aber, wenn er das möchte, wichtige medizinische Informationen, wie z.B. Diagnosen, Allergien oder Arzneimittelverordnungen, zusätzlich speichern lassen. Er alleine entscheidet, wem er diese Informationen zugänglich macht.

Der Zugang ist nur möglich mit der elektronischen Gesundheitskarte des Patienten und einem elektronischen Heilberufsausweis als zweitem Schlüssel. Auch diese Daten werden nicht auf einem zentralen Datenspeicher abgelegt.

*

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?

Auf Initiative der SPD-Fraktion hat der Haushaltsausschuss die Zusammenarbeit der Bundesregierung mit externen Beratern transparenter gestaltet. Nach einem Beschluss des Ausschusses hat die Bundesregierung am 18.6. 2008 eine Richtlinie verabschiedet, die den Einsatz externer Berater in der Bundesverwaltung genau regelt. Darüber hinaus muss die Bundesregierung nun halbjährlich dem Parlament einen Bericht vorlegen, aus dem hervorgeht, wie viele externe Berater zum Einsatz kommen, wer sie entsendet und für welche Dauer. Ebenso muss der Einsatzbereich in der Verwaltung und die genaue Tätigkeit sowie die vorherige Tätigkeit veröffentlicht werden und wer für die Vergütung aufkommt. Durch die Transparenz wird eine wirksame Kontrolle ermöglicht und eine öffentliche Debatte angestoßen. Grundsätzlich ist der befristete Einsatz Externer zum gegenseitigen Austausch und zur Beratung der Bundesverwaltung erwünscht.

Körperschaften, Personenvereinigungen und Vermögensmassen im Sinne des Körperschaftsteuergesetzes, die ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige, mildtätige oder kirchliche Zwecke verfolgen, gewährt das deutsche Steuerrecht Vergünstigungen. Im Rahmen des regelmäßigen Besteuerungsverfahrens ist festzustellen, ob eine Körperschaft die Voraussetzungen der §§ 51 ff. AO erfüllt. Die Zuständigkeit für diese Prüfung obliegt im föderalen System nicht dem Gesetzgeber, sondern – auch angesichts des Steuergeheimnisses – allein den Landesfinanzbehörden.