

Die gesundheitspolitischen Vorstellungen der im Bundestag vertretenen Parteien

	CDU/CSU	SPD	FDP	DIE LINKE	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN
Finanzierung					
Ist der Fonds Ihrer Meinung nach ein geeignetes Instrument und würden Sie ihn beibehalten?	Die Union steht zur Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit auch in den sozialen Sicherungssystemen. Für die zukunftsfähige Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens ist eine solide Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung von zentraler Bedeutung. Die Reformen müssen ihre positive Wirkung während einer Konsolidierungsphase entfalten können. Unerlässlich sind für die Zukunft des Gesundheitswesens Planbarkeit und Verlässlichkeit.	Der Gesundheitsfonds ist gerade in der derzeitigen Wirtschaftskrise ein wichtiges Stabilisierungsinstrument für die gesetzliche Krankenversicherung, weil er das Risiko sinkender oder im Jahresverlauf schwankender Einnahmen von den Krankenkassen auf den Fonds überträgt.	Die FDP will den weiteren Marsch in Richtung Staatsmedizin und Einheitskasse verhindern. Der Gesundheitsfonds muss schnellstmöglich abgeschafft werden. Der Beitragssatz ist trotz massiv angehobenen Steuerzuschusses auf ein Rekordniveau gestiegen, ohne dass sich die Versorgung verbessert hat oder Vorsorge für die Alterung der Bevölkerung getroffen worden wäre. Der bundesweit einheitliche Beitragssatz ist politisch festgelegt. Er führt zur Unterfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und damit zu Warteschlangen und Rationierung.	Der Fonds ist ein geeignetes Instrument zur Angleichung der Krankenkassenbeiträge. Ein Wettbewerb über den Beitragssatz würde weiterhin nur um die besten Risiken geführt werden.	BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordern, den Gesundheitsfonds wieder abzuwickeln. Für seine Beibehaltung in der jetzigen Ausgestaltung gibt es keinen guten Grund. Für die Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ist er nicht erforderlich.
Ist die Begrenzung der Fondsausstattung auf 95 Prozent der Gesundheitsausgaben angemessen? Wollen Sie diese beibehalten?	Der Gesundheitsfonds bildet den Grundstein für ein neues, transparentes, gerechteres und nachhaltigeres Finanzierungssystem in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ausgehend vom Gesundheitsfonds lässt sich die gesetzliche Krankenversicherung zu einem tragfähigen Finanzierungssystem auch im Hinblick auf mehr Wettbewerb, Solidarität und Generationengerechtigkeit konsequent weiterentwickeln.	Wir wollen Zusatzbeiträge vermeiden. Der Gesundheitsfonds soll nach Möglichkeit zu 100 % gefüllt sein. Keinesfalls darf die Untergrenze von 95% der Gesundheitsausgaben abgesenkt werden.	Der Gesundheitsfonds lädt zu Manipulationen ein und schafft neue Ungerechtigkeiten. Die Angst vor dem Zusatzbeitrag bewirkt, dass die Krankenkassen gute und sinnvolle Verträge kündigen und innovative Ideen auf der Strecke bleiben. Der Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen muss in ein einfaches, transparentes und manipulationsunanfälliges Verfahren überführt werden. All das gewährleistet der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich nicht.	Die Begrenzung auf 95 Prozent der Gesundheitsausgaben lehnen wir ab. Der Fonds muss zu 100 Prozent ausfinanziert sein, um Zusatzbeiträge zu vermeiden.	Nein, wir lehnen die Einführung von Zusatzbeiträgen ab.
Nach welcher Regel sollte der einheitliche Beitragssatz angepasst werden?	Die im Gesundheitsfonds vorgesehene Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages ist ein erster Schritt zu einer Abkoppelung der Sozial- von den Arbeitskosten. Dies ist essentiell, um die Herausforderungen der Zukunft ohne Beeinträchtigung der Wettbewerbsfähigkeit der Arbeitsplätze meistern zu können. Der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen über Steuern und kassenindividuellen Wettbewerbsbeiträgen kommen wachsende Bedeutung zu. Durch den	Im Herbst wird der Schätzerkreis beim BVA* über die dann verfügbaren Daten über die Einnahmen und Ausgaben der Kassen für das nächste Jahr beraten. Wir sollten uns vor Schnellschüssen hüten und keineswegs jetzt schon über den Beitragssatz im nächsten Jahr spekulieren. *Bundesversicherungsamt		Auf der Grundlage der Basisdaten des Schätzerkreises ist der Beitragssatz jährlich anzupassen.	Die Festsetzung des Beitragssatzes durch den Staat ist falsch. Wir wollen wieder zu den individuellen Beitragssätzen der Kassen zurückkehren. Sollte dieses Ziel nicht zu erreichen sein, ist der Beitrag wenigstens so zu bemessen, dass zusätzliche Belastungen der Versicherten ausgeschlossen sind. Dazu muss er zusammen mit den anderen Einnahmen der GKV die durchschnittlichen Leistungsausgaben der Krankenkassen abdecken.
Sollten für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich mehr oder weniger Krankheiten als zum jetzigen Zeitpunkt zu Grunde gelegt werden?		Wir sind am 1.1.2009 mit 80 Krankheiten in den neuen Finanzausgleich gestartet. Die Auswahl und die Zahl der Krankheiten müssen kontinuierlich überprüft werden. Wir sollten uns dabei auch in		Die Festlegung auf bis zu 80 Krankheiten ist eine rein politische Entscheidung gewesen. Aus unserer Sicht sollte der Morbi-RSA nach wissenschaftlichen Erkenntnissen weiter ausgebaut werden,	Die Begrenzung des „Morbi-RSA“ auf 80 Krankheiten ist willkürlich. Damit wird zwischen Krankheiten erster und zweiter Klasse unterschieden. Außerdem entstehen überflüssige Abgrenzungsprobleme. Wir wollen

	CDU/CSU	SPD	FDP	DIE LINKE	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN
Wie sollten sich die Anteile von Arbeitgebern und Arbeitnehmern am Versicherungsbeitrag entwickeln? Halten Sie den von den Versicherten zu zahlenden Sonderbeitrag von 0,9 Prozentpunkten für angemessen?	<p>Gesundheitsfonds haben die Krankenkassen in konjunkturellen Krisen - bezogen auf Ihre Einnahmen - mehr Sicherheit und mehr Verlässlichkeit als heute.</p> <p>Unterjährige Einnahmeschwankungen werden von der Liquiditätsreserve im Fonds und in letzter Konsequenz, wenn diese nicht ausreicht, vorübergehend über den Bundeshaushalt getragen. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich ist z.B. auf seine Steuerungswirkung im Verhältnis zu Bürokratie und Manipulationsanfälligkeit zu überprüfen.</p>	<p>Zukunft auf die Expertise des wissenschaftlichen Beirats stützen.</p> <p>Wir wollen den von den Mitgliedern allein zu zahlenden Sonderbeitrag von 0,9 Prozentpunkten abschaffen und zur paritätischen Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge zurückkehren.</p>	<p>Die FDP will, dass der Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung zu einem Bestandteil des Lohnes wird. Eine Unterscheidung zwischen hälftig von Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu tragendem Beitrag und allein vom Arbeitnehmer zu finanzierenden Anteil gibt es dann nicht mehr. Auf diese Weise wird deutlich, wie viel der Krankenversicherungsschutz insgesamt tatsächlich kostet. Das erhöht den Druck zu wirtschaftlichem Handeln. In einem Prämiensystem mit sozialer Unterstützung wie es die FDP anstrebt, gibt es keinen Zusatzbeitrag, der bürokratieaufwändig erhoben werden muss. Jeder Bürger zahlt eine Prämie, die die Krankenversicherer im Wettbewerb zueinander selbst festlegen. Ist er nicht in der Lage, den Betrag für die medizinisch notwendige Basisversorgung zu bezahlen, erhält er Unterstützung von der Gesellschaft. Selbstbeteiligungen und Zuzahlungen sind als Anreize für sparsames Verhalten ein wichtiges Instrument. Wie sie im Einzelnen ausgestaltet sind, ist eine Sache der jeweiligen Tarife.</p>	<p>um die unterschiedlichen Risiken der einzelnen Kassen auszugleichen. Nur mit umfassenden Ausgleichsmechanismen kann ein einheitlicher Beitragssatz gewährleistet werden.</p> <p>DIE LINKE will eine paritätische Finanzierung der Kosten im Gesundheitssystem. Kostensteigerungen müssen von Arbeitgebern und Versicherten zu gleichen Teilen finanziert werden. Der Sonderbeitrag ist nicht angemessen und muss zurückgenommen werden.</p>	<p>den „Morbi-RSA“ auf alle Krankheiten anwenden.</p> <p>Wir plädieren für die Beibehaltung des Status Quo. Bei den Versicherten ist die Grenze der Belastbarkeit erreicht. Aber auch die Arbeitgeberbeiträge sollten mit Blick auf die Situation auf den Arbeitsmarkt nicht angehoben werden.</p>
Soll der Zusatzbeitrag weiterhin begrenzt bleiben und wie stellen Sie sich die Entwicklung der Selbstbeteiligung und von Zuzahlungen der Versicherten in Zukunft vor?	<p>Die Union will die Ausweitung der individuellen Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsspielräume der Versicherten, d.h. unterschiedliche Versorgungsangebote, die den Wünschen der Versicherten entsprechen, wobei zusätzliche Belastungen für Versicherte in Grenzen zu halten sind. Eigenverantwortung, Vorsorge und Prävention müssen weiter gestärkt werden.</p>	<p>Eine Begrenzung des Zusatzbeitrages muss es geben, damit die Beitragszahler vor einer Überforderung geschützt werden. Vor allem aber müssen auch die Arbeitgeber in Zukunft die Finanzierungsrisiken in der gesetzlichen Krankenversicherung über paritätische finanzierte Beiträge mittragen.</p> <p>Bei Selbstbeteiligungen und Zuzahlungen haben wir die Grenze der zumutbaren Belastung erreicht. Weitere Lasten für die Versicherten darf es nicht geben.</p>		<p>DIE LINKE lehnt einen Zusatzbeitrag kategorisch ab. Gleiches gilt für Zuzahlungen. Wir wollen die solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung. Mit 10 Prozent Beitragssatz auf alle Einkommensarten und Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze wäre eine umfassende Gesundheitsversorgung zu finanzieren.</p>	<p>Wir lehnen den Zusatzbeitrag ab. Praxisgebühren und Arzneimittelzuzahlungen wollen wir abschaffen. Sie haben keine positive Steuerungswirkung gezeigt.</p>
Kann die Finanzierung der Gesundheitsversorgung eher mit einem umlagefinanzierten oder einem kapitalgedeckten System dauerhaft gesichert werden und		<p>Die Umlagefinanzierung hat sich auch in den größten Krisenzeiten immer wieder bewährt und den Versicherten ihre Leistungen garantiert.</p>	<p>Im Hinblick auf die explosive Mischung aus demografischer Entwicklung und medizinischem Fortschritt ist Kapitaldeckung mit Bildung von Reserven für</p>	<p>Zur Umlagefinanzierung gibt es keine Alternative. Aber die Einnahmehasis muss verbreitert werden, indem alle Einkommen (Erwerbs-, Zins- und</p>	<p>Die Finanzierung der GKV sollte auch weiterhin umlagefinanziert erfolgen. Kapitalgedeckte Systeme sind zu anfällig gegenüber Krisen auf den Finanzmärkten. Zudem</p>

	CDU/CSU	SPD	FDP	DIE LINKE	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN
wie sollte sich der Steueranteil an den Gesundheitsausgaben entwickeln?		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. Mit einem wachsenden Steueranteil an den Gesundheitsausgaben werden alle Einkommensarten zur Finanzierung herangezogen. Deshalb muss der Steueranteil für die gesetzliche Krankenversicherung weiter wachsen.	steigende Gesundheitsausgaben im Alter unverzichtbar. Andernfalls steigen die Beiträge in ungeahnte Höhen während gleichzeitig die Rationierung zunimmt. Steuerzuschüsse sind sinnvoll, wenn sie streng zweckgebunden für versicherungsfremde Leistungen gewährt und wenn sie gezielt zur Unterstützung finanziell schwacher Bürger eingesetzt werden.	Kapitaleinkommen) zur Beitragserhebung herangezogen werden. Die GKV muss sich aus Beiträgen ihrer Versicherten finanzieren. Steuermittel sollten dagegen nur für versicherungsfremde Leistungen zur Verfügung stehen.	führt die Umstellung von Umlagefinanzierung auf Kapitaldeckung in den ersten Jahrzehnten zur Doppelbelastung der jüngeren Generationen. Diese müssen Rückstellungen für das eigene Alter bilden und gleichzeitig die Leistungen für die Älteren (mit-) finanzieren, die noch keine Altersrückstellungen haben bilden können.

Leistungsumfang in der GKV					
Immer wieder wird der Umfang der von der gesetzlichen Krankenversicherung getragenen Leistungen diskutiert. Halten Sie den derzeitigen Leistungsumfang für angemessen oder sollte er verändert werden?	Wir wollen den bestehenden Leistungskatalog erhalten. Angesichts des steigenden Versorgungsbedarfs brauchen wir dazu mehr Transparenz für die Versicherten, echten Wettbewerb um die bessere Versorgung und weniger Bürokratie im Gesundheitswesen. Ganz wichtig sind verlässliche Instrumente und Kriterien wie z.B. Kosten-Nutzen-Bewertungen, damit die Mittel zielgerichtet eingesetzt werden und alle am medizinischen Fortschritt teilhaben können. Planbarkeit, Verlässlichkeit und eine leistungsgerechte Vergütung sind notwendige Voraussetzung für motivierte und leistungsbereite Ärztinnen und Ärzte und andere nicht-ärztliche Gesundheitsberufe. Ohne dieses hohe Engagement lässt sich keine flächendeckende medizinische Versorgung, - insbesondere im ländlichen Raum, sichern.	Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung muss ständig überprüft und angepasst werden. Der gesetzliche Rahmen steht dabei weitgehend fest. Die Konkretisierung ist Sache der Selbstverwaltung im Gemeinsamen Bundesausschuss, der dabei durch das IQWiG* unterstützt wird. Diese Aufgabenteilung zwischen Politik und Selbstverwaltung halten wir für eine sehr gute Lösung. <i>* Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen</i>	Der Leistungsumfang ist in den letzten Jahren im Hinblick auf die Art der Leistungen immer stärker ausgeweitet worden. Gleichzeitig wird er durch stille Rationierung wiederum eingeschränkt. Das nimmt Versicherten die Möglichkeit, solche Leistungen zusätzlich abzusichern. Da ist es besser und ehrlicher, bei bestimmten Leistungskomplexen zu überlegen, ob wir uns nicht ein Beispiel an unseren europäischen Nachbarn nehmen sollten. Nach Vorstellung der FDP wird es keine Unterscheidung zwischen GKV und PKV mehr geben. Jeder Bürger hat Anspruch auf die notwendigen medizinischen Leistungen. Dazu gehören auch sinnvolle medizinische Innovationen.	Mit den letzten Gesundheitsreformen ist der Leistungsumfang der GKV weiter beschnitten worden. Mehr und mehr Leistungen müssen entweder vom Patienten ganz oder teilweise bezahlt werden. DIE LINKE fordert die Rücknahme aller Zuzahlungsregelungen, damit auch Menschen mit geringem Einkommen medizinische Hilfe in Anspruch nehmen können.	Der derzeitige Leistungsumfang der GKV ist grundsätzlich angemessen. Die Ausgliederung von Leistungsbereichen lehnen wir ab. Für den Arzneimittelbereich wäre zu erörtern, Zulassungen nur noch befristet auszusprechen, um Platz für therapeutische Innovationen zu schaffen.
Wie soll sichergestellt werden, dass jeder, ohne Unterscheidung nach gesetzlichem oder privatem Versichertenstatus, gleichen Zugang zu einer qualitativ hoch stehenden Versorgung - einschließlich medizinischer Innovationen - bekommt?		Auch heute schon erhalten gesetzlich Krankenversicherte alle medizinisch erforderlichen Leistungen, auch wenn es um besondere, qualitativ hoch stehende Angebote geht. Wir werden aber nicht dulden, dass gesetzlich Versicherte über unzumutbare Wartezeiten faktisch von bestimmten Leistungen ausgegrenzt werden.		Eine Finanzierung des Gesundheitssystems ist eine Aufgabe für alle! DIE LINKE will mit der solidarischen Bürgerversicherung Angestellte, Selbstständige, Beamte und Politiker daran beteiligen. Der Beitrag ist ohne Beitragsbemessungsgrenze von allen Einkommensarten zu erheben.	Durch die Zusammenführung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu einer Bürgerversicherung. Damit würde die „Zwei-Klassen-Medizin“ endlich ein Ende haben.

	CDU/CSU	SPD	FDP	DIE LINKE	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN
		Hier sind auch die Krankenkassen gefordert, intelligente Verträge zu schließen und ihren Versicherten den Zugang zu den Leistungen zu eröffnen.			
Versorgung					
Den Krankenkassen wurde ermöglicht, direkte Verträge mit Leistungsanbietern wie Ärzten und Krankenhäusern abzuschließen. Wie kann ihrer Meinung nach eine flächendeckende ambulant-ärztliche Versorgung am besten sicher gestellt werden?	Im Mittelpunkt unserer Gesundheitspolitik stehen die Versorgung der Patienten und Versicherten. Wir wollen, dass auch in Zukunft jeder - unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft oder gesundheitlichem Risiko - eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe medizinische Versorgung erhält und alle am medizinischen Fortschritt teilhaben können. Daher lehnen wir sowohl eine Staats- als auch eine reine Kassenmedizin ab.	In der nächsten Wahlperiode werden wir das Thema Sicherstellung intensiv diskutieren müssen. Aus der Patientenperspektive betrachtet, müssen selbstverständlich alle Versorgungsbereiche und auch Versorgungsplanung und Investitionen berücksichtigt werden.	Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) haben entscheidend dazu beigetragen, eine gute und flächendeckende Gesundheitsversorgung zu sichern. Wer diese Organisationen abschaffen will, muss sicherstellen, dass dieser hohe Standard auch weiterhin erhalten bleibt. Viele, die die Abschaffung der KVen fordern, haben etwas ganz anderes im Sinn als eine Verbesserung durch mehr Wettbewerb wie ihn sich die FDP mit ihrem Konzept für ein privates System mit sozialer Verantwortung vorstellt, das eine grundlegende Umorientierung in Richtung Wahlfreiheit und Wettbewerb vorsieht. Eine konsequente Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts muss den Missbrauch von Marktmacht verhindern und dafür sorgen, dass Verträge auf gleicher Augenhöhe geschlossen werden können, wenn beide Seiten das für richtig halten. In einem solchen Rahmen, der allen Beteiligten neue Möglichkeiten gibt, muss auch die Rolle der einzelnen Institutionen neu überdacht werden. Wichtig ist auf jeden Fall, dass die Patienten hiervon profitieren.	Wir brauchen eine wohnortnahe hausärztliche Versorgung und Facharztzentren für die spezialisierte Behandlung der Patienten. Dazu sollten neben inhabergeführten Einrichtungen die kommunalen und freigemeinnützigen Krankenhäuser eigene MVZ* aufbauen, um ihre Kapazitäten auch für ambulante Behandlungen anbieten zu können. <i>*Medizinische Versorgungszentren</i>	Durch den Ausbau der Integrierten Versorgung. Von der engeren Zusammenarbeit von Arztpraxen, Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen profitieren insbesondere chronisch kranke Patientinnen und Patienten. Außerdem können regionale Versorgungslücken besser geschlossen werden.
Welche Rolle spielen dabei die Kassenärztlichen Vereinigungen und kollektivvertragliche Vereinbarungen? Welche Rolle spielen Einzelverträge?	Wir stehen klar zu einem selbstverwalteten System mit freier Arzt- und Krankenhauswahl. Dies umfasst eine gute Kooperation und Abstimmung zwischen Haus- und Fachärzten in Praxis und Krankenhaus. Eine eigenständige fachärztliche Versorgung in der Praxis und die Wahrnehmung ärztlicher Aufgaben durch Ärzte und die Schaffung von Freiräumen über Delegation ist ein wichtiger Bestandteil in der ambulanten Versorgung, denn sie macht eine qualitativ hochwertige Versorgung in ganz Deutschland aus.	Wir haben die Tür geöffnet für Einzelverträge. Diese Tür werden wir nicht wieder zuschlagen. In der Praxis wird sich zeigen, was Einzel- und Kollektivverträge jeweils leisten können. Aufgabe der Politik ist es, die Bedingungen für alle gleich und gerecht zu gestalten.		Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen sollte nicht leichtfertig verspielt werden. Zwar sind strukturelle und organisatorische Mängel in der ärztlichen Selbstverwaltung festzustellen, diese lassen sich aber nicht über Einzelverträge mit privaten Vereinen beheben.	Wir befürworten den Ausbau von Selektivverträgen. Kollektivverträge behindern den Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenkassen und schließen ihn zwischen den Anbietern von Gesundheitsleistungen fast vollständig aus.
Soll die Hausarztzentrierte Versorgung verpflichtend oder freiwillig geregelt werden? Befürworten Sie dabei eine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen oder andere Vertragspartner?	Im Nebeneinander der Kollektiv- und Selektivverträge darf es nicht zu einer Aushöhlung der Verträge, die für alle Vertragsärzte gelten, kommen. Wichtig erscheint uns eine Evaluierung der Rechtspraxis. Für uns ist es wichtig, allen Bürgern und Bürgerinnen eine flächendeckende Gesundheitsversorgung bieten zu	Ohne Verpflichtung wird es keine flächendeckenden Angebote für die Versicherten geben. Bisher fehlte ein gesetzlich fixierter Termin, was dazu führte, dass Verträge nicht geschlossen wurden. Wer letztlich die bessere hausärztliche Versorgung organisiert, wird sich in der Praxis erweisen. Von Monopolen halten wir nichts.		Grundlage sollte die freiwillige hausarztzentrierte Versorgung sein. Dabei ist der Hausarzt der Lotse im System. Damit ärztlicher Notdienst stattfindet, die Abrechnung der Patientendaten funktioniert und die Sicherstellung gewährleistet werden kann, brauchen wir einheitliche Verträge und die Kassenärztlichen Vereinigungen. Wer die Kassenärztlichen Vereinigungen abschaffen will, müsste dazu eine Alternative schaffen.	Wir sind dagegen, die Krankenkassen zu Hausarztverträgen zu verpflichten. Wenn bei den Versicherten die Nachfrage nach solchen Versorgungsformen wächst, werden die Krankenkassen ganz von selbst solche Angebote machen.

	CDU/CSU	SPD	FDP	DIE LINKE	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN
Was halten Sie vom "Schwester-AGNES"-Modell?	können. Daher sind in unterversorgten ländlichen Regionen auch neue Wege der Kooperationen zu erproben.	Gerade in dünn besiedelten strukturschwachen Regionen brauchen wir intelligente Lösungen, damit die Versorgung der Bevölkerung dort sicher gestellt werden kann. Arztentlastende Angebote, wie z.B. Schwester AGNES können dazu beitragen.		Im Vergleich zu europäischen Nachbarländern ist das Gesundheitssystem bei uns sehr arztzentriert. Ein Teil der jetzt noch ärztlichen Aufgaben kann ohne Qualitätsverlust von anderen Berufsgruppen erfüllt werden. Deshalb unterstützen wir Gemeindeschwesterprojekte.	Solche Modelle halten wir dann für sinnvoll, wenn durch die Aus- und Weiterbildung der Pflegekräfte die qualitätsgerechte Erbringung der Aufgabe sichergestellt ist. Grundsätzlich vertreten wir die Auffassung, dass Pflegekräfte diese Aufgaben auch ohne ärztliche Delegation erbringen können sollen.
Kassenorganisation und Wettbewerb					
Wie soll die Krankenkassenlandschaft in 5 Jahren aussehen?	Sowohl die gesetzliche als auch die private Krankenversicherung sind hinsichtlich ihrer Struktur, Organisation und Finanzierung kontinuierlich weiter zu entwickeln, damit der demographische Wandel bewältigt wird und die Teilhabe am medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritt weiter möglich ist. Für den Wettbewerb im Gesundheitswesen ist eine Vielfalt an Kassen förderlich. Die Union will keine Einheitskasse, Monopole oder Kartelle, da sie innovationsfeindlich sind und letzten Endes die Versorgung nur verteuern.	Die Politik sollte hier keine Vorgaben machen. Wer kann sich ein Urteil darüber erlauben, wie viele oder wie große Kassen es geben soll? Auch hier gilt: Wir müssen gleiche und gerechte Bedingungen für alle Kassen schaffen. Die Versicherten sollen durch ihre Kassenwahl entscheiden, wie die Kassenlandschaft aussehen soll.	Die Krankenkassen sind dann keine Körperschaften öffentlichen Rechts mehr, sondern Unternehmen mit sozialer Verantwortung, die sich an den Bedürfnissen ihrer Versicherten ausrichten und unterschiedliche Tarife zu leistungsgerechten Prämien anbieten. Das können Tarife sein, in denen alle Arzneimittel bezahlt werden, in denen die Kosten für Heilpraktiker übernommen werden oder in denen der Versicherte immer zuerst einen Hausarzt aufsucht, sich auf bestimmte Vertragskrankenhäuser beschränkt oder bevorzugt integrierte Versorgungseinrichtungen aufsucht. Selbstbehalte, Zuzahlungen und Beitragsrückgewähr können eine Rolle spielen. Zwingend vorgegeben ist lediglich die Absicherung eines Basiskataloges medizinisch notwendiger Leistungen. Der Wettbewerb bestimmt darüber, wie viele Krankenversicherer in welcher Größe es gibt. Eine einheitliche Aufsicht sorgt dafür, dass überall die gleichen Kriterien zugrunde gelegt werden.	Es müsste eine stärkere Konzentration und Fusionen von Kassen geben.	Die Zahl der Kassen wird weiter zurückgehen. Das Angebot an unterschiedlichen Versorgungsformen wird vielfältiger werden. Kooperationen mit privaten Krankenversicherungsunternehmen entstehen.
Wie viele Kassen wird es noch geben und wie groß sollten sie sein?				Von den jetzt noch gut 200 Kassen werden viele der kleineren, aber auch der finanzschwachen größeren Kassen fusionieren müssen. Am Ende sollten zumindest zehn große Kassen verbleiben mit starker örtlicher Entscheidungskompetenz.	Die Versicherten werden mit ihren Wahlentscheidungen bestimmen, wie viele Krankenkassen übrig bleiben und wie groß sie sein werden. Absehbar ist, dass ihre Zahl sinkt und ihre durchschnittliche Größe wächst.
Welches sind in Zukunft die entscheidenden Wettbewerbsfelder der Kassen?		Die Kassen werden sich noch stärker als bisher als kundenorientierte Dienstleister profilieren müssen. Dazu gehören maßgeschneiderte Angebote an die Versicherten aber auch Service, Information und Unterstützung von Patientinnen und Patienten. Daneben haben die Kassen die Aufgabe, intelligente Verträge zu schließen und die Freiräume, die sie durch die jüngsten Reformen erhalten haben, für ihre Versicherten zu nutzen.		Kassen, die ihre Versicherten wieder in den Mittelpunkt stellen und sie beteiligen, werden sich durchsetzen. Wahltarife widersprechen dem Grundgedanken der Solidarität. DIE LINKE lehnt diese Form von Wettbewerb ab.	Geht es nach der Großen Koalition, wird die Höhe des Zusatzbeitrages der entscheidende Wettbewerbsparameter. Geht es nach uns, so ist es das jeweilige Angebot von Versorgungsformen.
Sollen die Krankenkassen öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisiert werden?		Der Status der Kassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts hat sich bewährt. Aus Sicht der SPD gibt es keinen Grund, daran etwas zu ändern.		Die Gesundheitsversorgung ist öffentliche Daseinsvorsorge. Eine Privatisierung der gesetzlichen Krankenkassen lehnen wir ab.	Beides ist möglich. Denn wichtiger als die Rechtsform einer Krankenkasse ist der umgebende Rechtsrahmen. Ausländische Beispiele zeigen, dass

	CDU/CSU	SPD	FDP	DIE LINKE	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN
					Solidarsysteme auch durch private Krankenversicherungsunternehmen getragen werden können.
Sollen sie Ihrer Meinung nach einer bundesweiten oder einer regionalen Aufsicht unterstellt werden?		Die aufsichtsrechtlichen Regelungen müssen dringend auf den Prüfstand. Allein durch die bereits vollzogenen und die noch kommenden Fusionen und Öffnungen verlieren die Länderaufsichten kontinuierlich Kassen. Zudem gibt es nach wie vor, auch in wettbewerblich relevanten Fragen, keine einheitliche Vorgehensweise bei Bundes- und Landesaufsichten.		Bei einer Konzentration auf zehn Kassen kann es nur eine bundesweite Aufsicht geben.	Wir befürworten eine Bundesaufsicht. Die unterschiedliche Aufsichtspraxis verschiedener Länderaufsichten verzerrt den Kassenwettbewerb.

Pflege					
Die Pflegereform hat notwendige Verbesserungen für die Versorgung Pflegebedürftiger gebracht. Welche weiteren Reformschritte sind notwendig und wie kann die Finanzierung der Pflege gesichert werden?	Die von der Union eingeführte Pflegeversicherung hat sich in der Versorgung bewährt. Ziel der Union ist es, ein hohes Niveau der Pflegeleistung auch künftig sicherzustellen und einen steigenden Zuzahlungsbedarf zu Lasten der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der Sozialhilfeträger zu verhindern. Unter der Regierung von Dr. Angela Merkel sind erstmalig finanzielle Hilfen für Demenzkranke und ihre Angehörigen in die Pflegeversicherung einbezogen worden.	Durch die Reform im Jahr 2008 hat es wirksame Verbesserungen für Pflegebedürftige, Angehörige und Heimbetreiber gegeben. In der Pflegereform sind auch weitere notwendige Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Pflege in den Heimen getroffen worden. Ein wichtiger Schritt ist die Transparenz, die durch die Offenlegung der Prüfergebnisse des Medizinischen Dienstes erreicht werden soll. Die Regelungen zum Heimarzt sollen die Versorgung der Bewohner sicherstellen.	Die gesetzliche Pflegeversicherung muss zukunfts- und generationengerecht ausgestaltet werden. Mit einem Übergang in ein kapitalgedecktes Versicherungssystem muss unverzüglich begonnen werden. Jede Generation trägt dann die Lasten, die sie selbst verursacht. Um Reserven zu schaffen, werden Altersrückstellungen gebildet. Der Übergang in dieses zukunftssichere System muss mit einem steuerfinanzierten sozialen Ausgleich verbunden werden.	Wir brauchen eine Neudefinition des Pflegebegriffs und entsprechende Leistungsanpassungen. Wer Teilhabe und Assistenz in der Pflege ernst nimmt, muss dafür mehr Mittel zur Verfügung stellen. Die Mehrkosten sollten über eine Bürgerversicherung Pflege finanziert werden	Wir wollen an der Umlagefinanzierung in der Pflegeversicherung festhalten. Alle Bürgerinnen und Bürger sollen gemäß ihrer Leistungsfähigkeit in die Versicherung einzahlen und alle Einkommensarten werden zur Beitragsbemessung herangezogen.
Wie kann die medizinische Versorgung in Pflegeheimen sichergestellt werden?	In einem weiteren Schritt muss der besondere Betreuungsbedarf im Pflegebegriff verankert und im Pflegestufensystem umgesetzt werden. Zur weiteren Entlastung wollen wir den Arbeitsplatz "Haushalt" insgesamt attraktiver gestalten. Dazu muss die steuerliche Berücksichtigung von haushaltsnahen Dienstleistungen weiter verbessert werden. Jeder Bürger, auch die Bewohner von Pflegeheimen, hat Anspruch auf freie Arztwahl. Durch entsprechende Anreize ist die medizinische Versorgung in den Pflegeheimen zu stärken.	Ein zentrales Projekt ist die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes in der nächsten Wahlperiode. Dazu ist schon jetzt eine intensive öffentliche Diskussion zu den Vorschlägen des dazu von einem Expertengremium erarbeiteten Gutachtens wünschenswert und notwendig.	Die FDP spricht sich für eine enge Kooperation von niedergelassenen Ärzten mit Pflegeheimen aus, die eine Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit und regelmäßige Visite umfasst. Statt die Kompetenzen des MDK* im Rahmen der Qualitätssicherung auszuweiten, muss sichergestellt werden, dass die Unternehmen für die Sicherung der Qualität verantwortlich sind und über ein möglichst nah an der Ergebnisqualität orientiertes	Viele Heimbewohner werden nur sehr unregelmäßig von einem Arzt gesehen. Die freie Arztwahl ist kein Argument, um nicht fest angestellte Ärzte in den Heimen zu beschäftigen. Wo möglich und gewünscht, sollten Pflegeheime eigene Heimbärzte einstellen.	Um die medizinische Versorgung alter Menschen in Pflegeeinrichtungen sicherstellen zu können, braucht es mehr inhaltliche und finanzielle Anreize. Deshalb müssen Pflegeeinrichtungen viel stärker als bisher in Verträge zur integrierten Versorgung einbezogen werden.
Wie kann die Qualität der Pflege in Heimen gewährleistet werden?		Die langfristige Finanzierung der Pflegeversicherung ist im Rahmen einer solidarischen Fortentwicklung und eines		Neben den unangekündigten Kontrollen des MDK und der Heimaufsicht brauchen wir qualifiziertes, motiviertes und gut bezahltes Personal. Heute werden in der Altenpflege völlig unzureichende Löhne gezahlt. Um Lohnkosten zu sparen, steigt der Anteil an ungelernten Kräften in den Einrichtungen zu Lasten der Bewohner und der Qualität.	Für uns Grüne ist bei der Qualitätssicherung - auch in Heimen - zentral, dass nicht nur Arbeitsabläufe optimiert werden, sondern Qualität vor allem an der Zufriedenheit und dem geistigen und körperlichen Wohlbefinden der Bewohner gemessen wird. Wir Grüne plädieren zudem schon lange für eine verbindliche Umsetzung der Charta der Rechte

CDU/CSU	SPD	FDP	DIE LINKE	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN
Die Qualitätsbewertung von Pflegeheimen muss von allen nachvollziehbar sein, daher brauchen wir Transparenz und allgemeine Verständlichkeit.	angemessenen Verhältnisses der finanziellen Belastungen der sozialen und der privaten Pflegeversicherung sicher zu stellen.	Benchmarking nach bundeseinheitlichen Kriterien für die nötige Transparenz sorgen. <i>*Medizinischer Dienst der Krankenkassen</i>		für hilfe- und pflegebedürftige Menschen.