

Antworten der CDU Hessen auf die Wahlprüfsteine des Hausärzteverband Hessen und des Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Arbeitsbedingungen

1. Medikamenten- und Heilmittelregresse

Eines der größten Ärgernisse für die vertragsärztliche Tätigkeit besteht in den Medikamenten- und Heilmittelregressen (wobei das Wort „Regress“ ein Euphemismus für das Wort „Strafzahlung“ ist). Bei Umfragen geben junge Kolleginnen und Kollegen diese ständige Bedrohung ihres Privatvermögens als eines der größten Hindernisse für den Schritt in die Selbständigkeit an.

Wie sehen Sie die Chance, dass dieses Nachwuchsverhinderungsinstrument abgeschafft wird, z. B. durch den Einsatz einer Positivliste?

Die Regelungskompetenz für Angelegenheiten der Vergütung und damit auch die Regelung zu den Medikamenten- und Heilmittelregressen obliegt dem Gesetzgeber im Bund.

Es ist sehr verständlich, dass die derzeitige Regelung von Ärztinnen und Ärzten als äußerst problematisch empfunden wird. Wir unterstützen daher nachdrücklich Vorschläge zur Reform dieser Regelung, die die Behandlungs- und Therapiefreiheit der Mediziner stärkt und dabei das berechtigte Ziel einer effizienten Mittelverwendung der Beitragszahlungen berücksichtigt.

Ob eine solche Reform eine „Positivliste“ beinhalten kann, sollte mit Blick auf die damit verbundene Einschränkung der Therapiefreiheit mit Vorsicht geprüft werden. Gegebenenfalls kann ein Modellprojekt weitere Erkenntnisse zur Abwägung zwischen diesen Problemen und der Bedrohung von Regressen liefern. Bei einem solchen ist die Freiwilligkeit der teilnehmenden Ärzte sicherzustellen.

2. Selbstständigkeit

In der Vergangenheit wurde die vertragsärztliche Tätigkeit durch immer neue Vorschriften erschwert und zunehmend einschränkt. Nicht zuletzt führen auch die überbordenden bürokratischen Rahmenbedingungen dazu, dass sich immer weniger junge Kolleginnen und Kollegen eine Tätigkeit in eigener Praxis vorstellen können.

Wie sehen Sie unter diesen Bedingungen die Zukunft der ärztlichen Selbstständigkeit?

Wir setzen auf eine Vielfalt und Wahlfreiheit hinsichtlich der konkreten Niederlassungsform. Wir erkennen den Trend, dass sich – sicher auch auf Grund der von Ihnen angesprochenen Hürden und bürokratischen Hemmnissen – weniger junge Ärztinnen und Ärzte dafür entscheiden, eine eigene Praxis zu gründen bzw. eine Praxis zu übernehmen.

Dieser Tatsache begegnen wir im Sinne einer flächendeckenden Versorgung mit besseren Angeboten und mit vielfältigen Maßnahmen.

Die Freiberuflichkeit soll auch weiter ein starker Stützpfeiler der medizinischen Versorgung bleiben. Dafür ist es nötig, freiberuflich arbeitende Mediziner von bürokratischen Auflagen zu entlasten. Die Ärztinnen und Ärzte

brauchen die Zeit für die Patienten – nicht für das Büro. Die wesentlichen Bürokratie- und Dokumentationsauflagen entstammen bundespolitischen Regelungen. Daher setzen wir uns auf Bundesebene dafür ein, Bürokratie wo immer möglich zu reduzieren und attraktive Rahmenbedingungen für niedergelassene Ärzte – gerade im ländlichen Raum – zu schaffen.

Im Zuge der Einführung der Landarztquote haben wir das Studienprogramm von Prof. Gerlach implementiert und geben damit Studierenden mit dem Schwerpunktcurriculum und durch Mentoren- und Praxisprogramme die Möglichkeit sich gezielt auf die selbständige Tätigkeit in einer Praxis vorzubereiten. Selbstverständlich können auch andere Medizinstudierende an diesem Programm teilnehmen. Darüber hinaus bietet die Kassenärztliche Vereinigung zahlreiche Beratungs- und Fortbildungsangebote an.

In Ergänzung zu dieser gewachsenen Struktur, die wir weiterhin erhalten und stärken wollen, bedarf es alternativer Angebote für Mediziner, die nicht selbstständig tätig sein wollen. Dafür bedarf es weiterer Säulen für die Versorgung. Deshalb sehen wir in kommunal getragenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) eine gute Möglichkeit, jungen Ärzten ein attraktives Arbeitsumfeld zu bieten. MVZ tragen durch die Ansiedlung mehrerer medizinischer Berufsgruppen an einer zentralen Anlaufstelle mit zumeist kommunalen Betreibern zur Versorgungssicherheit der Patienten und Patientinnen bei. Ärztinnen und Ärzten können hierbei u.a. von flexiblen Arbeitszeitmodellen profitieren und werden häufig durch spezialisierte Kräfte von bürokratischen Auflagen entlastet. Wir wollen MVZ, insbesondere im ländlichen Raum als Ergänzung zur medizinischen Grundversorgung weiter fördern und ausbauen.

3. Fachkräftemangel beim Praxispersonal

Als Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber spüren auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte den Mangel an Fachkräften, denn in den Praxen fehlen immer mehr medizinische Fachangestellte (MFA). Dabei leisten sie einen entscheidenden Beitrag: Sie koordinieren die Terminplanung, geben telefonische Auskünfte, organisieren das Praxismanagement, assistieren bei Diagnostik und Therapie und sie sind eine wichtige Säule in der Prävention und Prophylaxe. Durch den Mangel an MFA kommt es unter anderem zu einer Verlängerung von Prozessen und weniger Terminen für die Patientinnen und Patienten. Eine Online-Umfrage des Verbandes der medizinischen Fachberufe (VMF) im Jahr 2022 hat ergeben, dass rund 46 Prozent der MFA überlegen, den Beruf zu verlassen – auch aufgrund hoher Stressbelastung und fehlender Wertschätzung durch die Verantwortlichen in der Politik.

Mit welchen Strategien wollen Sie dem Mangel an Personal in den Gesundheitsberufen in Hessen begegnen?

Alle Beschäftigten im Gesundheitswesen – von den Ärztinnen und Ärzten über die verschiedenen Pflegeberufen bis zu den Zahnmedizinischen und Medizinischen Fachangestellten – verdienen mehr Wertschätzung und Respekt. Sie leisten unverzichtbare Arbeit an den und für die Menschen und kümmern sich um unsere Gesundheit als wichtigstes Gut.

Gerade die MFA werden dabei bei den gesundheitspolitischen Debatten viel zu oft vergessen – so wurden die (Zahn-)Medizinischen Fachangestellten bei den Corona-Bonuszahlungen 2022 nicht berücksichtigt. Wir halten daher als Zeichen der Wertschätzung einen Inflationsausgleich für Medizinische Fachangestellte für erforderlich und fordern den Bund auf, diesen Zuschuss bundesweit zu übernehmen und hier für Fairness zu sorgen.

Der Fachkräftemangel besteht im gesamten Bereich der Gesundheitsfachberufe. Um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, müssen wir mehr Fachkräfte in Gesundheitsberufen ausbilden. Hierzu werden wir unter anderem schulische Ausbildungsangebote durch eine angemessene Vergütung attraktiver machen und duale Studiengänge in diesem Bereich fördern.

Wir wollen gemeinsam mit der Bundesagentur für Arbeit Umschulungs- und Qualifizierungsprogramme noch intensiver nutzen, um Fachkräfte zu qualifizieren. Die von der Ampel-Regierung im Bund angekündigten Kürzungen an den Qualifizierungsprogrammen in der Arbeitsvermittlung lehnen wir daher entschieden ab.

Außerdem wollen wir mehr pflegerische Fachkräfte aus dem Ausland gewinnen und Abschlüsse leichter anerkennen. Dies werden wir im Rahmen der allgemeinen Fachkraftoffensive besonders vorantreiben. Mit dem deutschlandweit einmaligen Pflegequalifizierungszentrum leistet Hessen Pionierarbeit, indem wir eine Unterstützungsstruktur bereitstellen, die internationale Pflege- und Gesundheitsfachkräfte findet, sie für den Standort Hessen interessiert und bei Bedarf weiterqualifiziert.

Um ausländischen Arbeitskräften einen besseren Einstieg in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen, haben wir u.a. das Hessische Welcome-Center aufgebaut. Wir wollen eine echte "Fast Lane" für Fachkräfte in Hessen schaffen, von denen insbesondere Fachkräfte aus dem medizinischen Bereich profitieren könnten. Durch eine klare Trennung der Fachkräfteeinwanderung von der Migration Schutzsuchender wollen wir Verfahren beschleunigen. Diese Maßnahmen wollen wir fortführen und bedarfsgerecht ausbauen. Für die Anwerbung von Fachkräften fordern wir vom Bund die Schaffung einer neuen Agentur für Einwanderung („Work-and-Stay-Agentur“). Diese Agentur soll aktiv um ausländische Fachkräfte für den deutschen Arbeitsmarkt werben, wo besondere Bedarfe bestehen. Der

medizinische Bereich muss hierbei einen Schwerpunkt bilden. Ihren Aufbau wollen wir aktiv unterstützen und mit hessischen Initiativen verzahnen.

Honorar

1. „Angemessene Vergütung“

Im § 72 SGB V wird eine angemessene Vergütung für ärztliche Leistungen gesetzlich vorgeschrieben. Ein Hausbesuch, der mit An- und Abreise zwischen 20 und 40 Minuten Zeit benötigt, wird derzeit mit 24,36 € (zzgl. 3,07€ Anreisepauschale) vergütet.

Entsprechen die derzeitigen Honorarhöhen generell aus Ihrer Sicht dieser gesetzlichen Weisung?

2. Honorarsteigerung im EBM

Der Orientierungspunktwert, das heißt die Honorarsteigerung im Rahmen des so genannten einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM, Gebührenordnung für Kassenpatienten), ist in den vergangenen fünf Jahren um folgende Prozentzahlen gestiegen: 2019: 1,58%, 2020: 1,52%, 2021: 1,25%, 2022: 1,275%, 2023: 2,00%. Die Krankenkassen verhandeln sogar jährlich über eine 0%-„Anpassung“ des Honorars.

Halten Sie diese niedrigen Steigerungsraten angesichts massiv gestiegener Praxiskosten für angemessen?

Die Frage 1. und 2. werden gemeinsam beantwortet:

Die Honorarfindung obliegt im wesentlichen der Selbstverwaltung der Akteure der gesundheitlichen Versorgung und dabei in erster Linie der Ärzte. Die Steigerungsraten sind das Ergebnis der Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und der Ärzteschaft. Wie bei der Tarifautonomie sollte sich hier die Politik nicht über Gebühr einmischen.

Es ist aber nachvollziehbar, dass die Inflation, welche seit dem letzten Jahr beträchtlich gestiegen ist, auch bei den Honorarsteigerungen der Ärztinnen und Ärzte angemessen berücksichtigt werden sollte. Eine angemessene und auskömmliche Vergütung ist für eine gute medizinische Versorgung unverzichtbar und damit im allgemeinen gesellschaftlichen Interesse. Wir erwarten daher, dass die Verhandlungspartner zu einem Ergebnis kommen, das diesen Anforderungen angemessen ist. Dafür müssen innerhalb der Selbstverwaltung Regelungen gefunden werden, durch die die Honorare regelmäßig überprüft und entsprechend angepasst werden. Dabei ist im Besonderen zu berücksichtigen, dass die Regelleistungsvolumina und die Hausbesuche zu niedrig bewertet werden.

3. Gebührenordnung für Ärzte

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), das ist die Abrechnungsordnung für privatärztliche Leistungen, ist seit dem Jahr 1996 nicht mehr erhöht worden. Sämtliche Leistungen für Privatpatienten stehen also weiter auf dem Honorarstand von 1996. Bei der GOÄ handelt es sich um eine Rechtsverordnung, deren Änderung nur durch die Politik beschlossen werden kann.

Wie stehen Sie dazu und inwiefern sind Sie bereit, diesem Zustand Abhilfe zu schaffen?

Die GOÄ muss angepasst werden – sowohl hinsichtlich der Honorarbeträge der Einzelleistungen als auch hinsichtlich der Erweiterung um neue diagnostische und therapeutische Verfahren.

Dieses Versäumnis muss auf Bundesebene schnellstmöglich behoben werden.

Zukunft der ambulanten ärztlichen Versorgung

1. Nachbesetzung von Praxen

Die Bevölkerung altert, die Gesamtmorbidität hat zugenommen. Gleichzeitig ist die junge Ärztegeneration mit Blick auf die „work-life-balance“ nicht mehr bereit, sich in dem Maße wie es früher üblich war, selbst auszubeuten. Das bedeutet, die zukünftige Versorgung ist nur mit mehr Ärztinnen und Ärzten zu sichern.

Wie wollen Sie dafür sorgen, genügend Nachfolgerinnen und Nachfolger für die bestehenden Arztpraxen zu finden, insbesondere unter dem Gesichtspunkt, dass ca. 50% aller hessischen Hausärztinnen und Hausärzte in den kommenden 10 Jahren in Rente gehen werden?

Eine erreichbare Gesundheitsversorgung gehört zur Daseinsvorsorge. Niemand darf von einer qualifizierten Beratung und einer umfassenden medizinischen Versorgung abgekoppelt werden. Wir werden uns daher für eine flächendeckende haus- und fachärztliche Versorgung stark machen.

Für uns stellt die Einführung der Landarztquote einen wichtigen Baustein dar, um eine zukunftsfeste Versorgung zu sichern. Mit diesem Programm werden Studierende von Beginn an finanziell unterstützt und gezielt darauf

vorbereitet, später eine Praxis im ländlichen Raum zu führen. Um ärztliche Versorgung in der Fläche zu gewährleisten, werden wir die Plätze im Rahmen der Landarztquote erhöhen und dabei auch weitere Fachrichtungen mit einbeziehen. Außerdem werden wir weitere unterversorgte Gebiete in die Landarztquote berücksichtigen, um die so ausgebildeten Mediziner in alle unterversorgten Gebiete zu bringen.

Im Zusammenhang mit der Einführung der Landarztquote wurde ein Schwerpunktcurriculum in den hessischen Universitäten eingeführt („Landarztquote – der hessische Weg“) an dem selbstverständlich auch Medizinstudenten teilnehmen können, die nicht über die Landarztquote Medizin studieren. Das Schwerpunktcurriculum beinhaltet u.a. Praktika in 1:1-Betreuung in ländlich gelegenen Praxen, Seminarreihen zur Vorbereitung der hausärztlichen Tätigkeit, ein Mentoringprogramm, allgemeinmedizinischen Unterricht oder vergleichbare Lehrveranstaltungen in ländlich gelegenen Praxen oder einen jährlichen Ausflug zu innovativen Gesundheitsmodellen. Damit erhoffen wir uns, noch mehr junge Mediziner für den Beruf des Hausarztes zu begeistern und entsprechend vorzubereiten.

Unabhängig von diesem Sonderprogramm werden wir die Zahl der Medizinstudienplätze in Hessen nochmals erhöhen und an den Bedarf der Zukunft anpassen.

Darüber hinaus werden wir Medizinische Versorgungszentren (MVZ) fördern, da sie durch die Ansiedlung mehrerer medizinischer Berufsgruppen an einer zentralen Anlaufstelle mit zumeist kommunalen Betreibern zur Versorgungssicherheit der Patienten und Patientinnen beitragen. Ärztinnen und Ärzten können hierbei u.a. von flexiblen Arbeitszeitmodellen profitieren. Wir wollen Medizinische Versorgungszentren, insbesondere im ländlichen Raum, als Ergänzung zur medizinischen Grundversorgung weiter fördern und ausbauen. Darüber hinaus werden wir auch Gemeinschaftspraxen fördern.

2. Medizinstudium

In den vergangenen 30 Jahren ist die bundesweite Zahl der Medizinstudienplätze von ca. 16.000 auf ca. 11.000 reduziert worden. In Hessen standen im Wintersemester 2022/23 an den Standorten Marburg, Gießen und Frankfurt 1149 Plätze für Erstsemester zur Verfügung.

Die Studienkapazitäten im Fach Humanmedizin an den hessischen Universitäten sollten erweitert werden. Denn es müssen deutlich mehr Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden, um die Kolleginnen und Kollegen zu ersetzen, die in den kommenden Jahren in den Ruhestand gehen werden.

Wie stehen Sie zu einer Ausweitung der Zahl der Medizinstudienplätze?

Halten Sie es für sinnvoll, den Zugang zum Medizinstudium niedrighschwelliger anzusetzen, als dies mit der alleinigen Ausrichtung am Numerus Clausus der Fall ist?

Könnten Sie sich vorstellen, die Universitäten zu veranlassen, Anwärter zum Medizinstudium künftig auch über eine Eignungsprüfung auszuwählen?

Die Fragen werden auf Grund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Auf Bestreben der CDU Hessen wurden in den vergangenen Jahren die Zahl der Studienplätze für junge Mediziner deutlich erhöht. Hessen bildet daher im Ländervergleich überdurchschnittlich viele Mediziner aus. Aber wir erkennen den wachsenden Nachwuchsbedarf und wollen hier noch weitere Schritte gehen. Wir wollen – gemeinsam mit den Hochschulen – die Zahl der Medizinstudienplätze in Hessen weiter erhöhen, um sie an den künftigen Bedarf anzupassen.

Wir wollen die besten Köpfe und engagiertesten jungen Menschen als Mediziner gewinnen. Dafür müssen wir mehr in den Blick nehmen, als die Abiturnote allein. Schon heute werden nur noch 30% der Plätze allein auf Grund des NC vergeben. Wir wollen den Anteil der Studienplätze, die über den Numerus clausus vergeben werden, zugunsten höherer Anteile für die Landarztquote und für Abiturienten mit medizinischer oder sozialer Vorbildung weiter reduzieren. Damit wollen wir einen Beitrag leisten, dass auch in Zukunft möglichst viele kompetente und engagierte junge Menschen die Medizinausbildung absolvieren und sich im Anschluss um die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger kümmern.

3. Notaufnahmen

Die Notaufnahmen der Krankenhäuser werden zunehmend mit Bagatellfällen (z. B. Ohrschmalz, Rückenschmerz seit vier Wochen etc.) geflutet. Und das obwohl tagsüber die Praxen geöffnet haben und nachts der ärztliche Bereitschaftsdienst zur Verfügung steht.

Wie wollen Sie versuchen, derart missbräuchlicher Ressourcenbindung Einhalt zu gebieten?

Wir müssen die Notaufnahmen entlasten, damit sie ihrer im wahrsten Sinne des Wortes „lebenswichtigen“ Aufgabe angemessen nachkommen können. Nur dann kann in den Notaufnahmen auch in Zukunft effizient „in der Not“ geholfen und Leben gerettet werden. Es braucht mehr Verständnis dafür, dass die Notaufnahme keine rund um die Uhr geöffnete Arztpraxis ist. Ziel muss es sein, dass die Patientinnen und Patienten je nach ihrem Behandlungsbedarf noch zielgerichteter an die richtige Stelle geleitet werden.

Einen wichtigen Ansatz hierzu sehen wir im Modellprojekt der „Sektorenübergreifenden ambulanten Notfallversorgung“ (SaN), das aktuell in drei hessischen Landkreisen erprobt wird und zukünftig in ganz Hessen ausrollt werden soll. Hier wird bereits in der Rettungsleitstelle eingeschätzt wie schwer der Notfall ist und entsprechende Transportwagen ausgeschickt. Dadurch werden Ressourcen sinnvoller eingesetzt.

Ein ebenso wichtiger Baustein ist die laufende Planung eines landesweiten Telenotarztsystems, bei dem telemedizinisch angebundene Telenotärztinnen und -notärzte durch das Rettungsdienstpersonal am Einsatzort hinzugezogen werden können, um einfache ärztlich delegierte Maßnahmen umzusetzen oder sich bei der Ersteinschätzung unterstützen zu lassen. Dies wird bei minderdringlichen Notfällen für eine Entlastung und Ergänzung des Notarztsystems sorgen.

Zudem wollen wir prüfen, wie wir die Ausbildungskapazitäten für Notfallsanitäter ausweiten können, bspw. indem wir die Kopplung an die Verfügbarkeit der Rettungswagen entzerren. Auch wollen wir Gemeindenotfallsanitäter etablieren, die Fälle behandeln können, die keinen Rettungssanitäter oder Notarzt benötigen.

Wie stehen Sie insbesondere zur Einführung einer durch die Patienten bei Aufsuchen einer Notaufnahme zu bezahlenden Unzeitpauschale?

Diesen Vorschlag lehnen wir ab. Die Erfahrungen mit der Praxiseintrittsgebühr hat vor Jahren gezeigt, dass damit keine wirkliche Lenkungswirkung verbunden ist – dafür aber noch mehr Bürokratie entsteht und zudem eine sozial insbesondere im Bereich der Nothilfe nicht vertretbare Ausschlusswirkung verbunden sein kann.

4. Notfallversorgung

Die Vorschläge, mit der Reform von Notaufnahmen und Rettungsdiensten Integrierte Notfallzentren zu schaffen, sind inakzeptabel. Es ist unpraktikabel, neben der bestehenden Primärversorgung zusätzliche, rund um die Uhr erreichbare Bereitschaftsdienste und Notfallzentralen zu schaffen. Zudem ist es völlig inakzeptabel, dass die Arbeit in diesen Zentren von Hausärztinnen und Hausärzten erledigt werden sollten - zusätzlich zu ihrer eigentlichen Tätigkeit in ihren Praxen und im Ärztlichen Bereitschaftsdienst.

Wie stehen Sie zu den Plänen, Integrierte Notfallzentren zu schaffen?

Für uns steht die wohnortnahe medizinische Notfallversorgung im Mittelpunkt unserer Bemühungen, die auch im ländlichen Raum gewährleistet sein muss. Besonders im Notfall muss schnell und kompetent geholfen werden. Dass dies in Hessen in so hervorragender Art und Weise gelingt, ist ein großer Verdienst vieler Beteiligten in der gesamten Kette der Notfallversorgung, für den wir als CDU Hessen sehr dankbar sind.

Die wesentlichen Rahmenbedingungen muss der Bund schaffen. Wir erwarten, dass mit dem angekündigten Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung die Grundlagen geschaffen werden, um in diesem Vorhaben deutlich voranzukommen.

Wir haben in Hessen wichtige Grundlagen gelegt. Mit dem SaN-Konzept, das das Land Hessen aktuell in drei Landkreisen erprobt, verbessern wir die ambulant-medizinische Infrastruktur erheblich. Dazu werden niedergelassene Ärzte in die Notfallversorgung von ambulanten Notfällen über den Anschluss an das IVENA-System mit eingebunden. Damit erreichen wir einen Schulterschluss zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten, wodurch jeder Patient dort behandelt wird, wo er am besten aufgehoben ist. Im Zuge des Modellprojektes haben wir gute Erfahrungen

gesammelt, die wir auch auf Bundesebene einbringen wollen. Das deutschlandweit einzigartige Pilotprojekt, auf das wir sehr stolz sind, werden wir in der neuen Legislaturperiode auf ganz Hessen ausrollen. Wir unterstützen die Pläne der Regierungskommission, zumal die CDU-geführte Landesregierung hierzu bereits wichtige Grundlagen initiiert hat.

Zudem haben wir uns für das Höchster-Modell ausgesprochen, welches die sektorenübergreifende Notfallversorgung in Hessen voranbringen sollte.

5. Patientensteuerung

Nicht wenige Patientinnen und Patienten nutzen ihre Versicherungskarte als Freifahrtschein, mit dem sie unbegrenzt fachärztliche Kolleginnen und Kollegen frequentieren können. Dabei kommt es aufgrund naturgemäß mangelnder Kompetenz immer wieder zu Fehlsteuerungen und Doppeltuntersuchungen.

Wie stehen Sie zur Einführung eines Primärarztsystems, bei dem die jeweilige hausärztliche Praxis die Patientensteuerung übernimmt?

Wir halten die Koordinierung der ärztlichen Versorgung durch den Primärarzt (Hausarzt/Allgemeinmediziner) grundsätzlich für sinnvoll. Die Freiheit der Arztwahl muss dabei aber erhalten bleiben.

6. Investorengeführte MVZ

In immer mehr Bereichen der ambulanten Medizin werden Praxen durch investorengeführte medizinische Versorgungszentren (MVZ) aufgekauft, deren primäres Geschäftsziel in der Gewinnerzielung ihrer Anteilseigner

besteht. Das bedeutet, dass Dritte - nicht an der medizinischen Versorgung teilnehmende Kapitalanleger - Geld aus den Sozialkassen ziehen.

Halten Sie Fortsetzung dieser Entwicklung für wünschenswert?

Wie stehen Sie zum Verbot investorenbetriebener medizinischer Einrichtungen?

Den stetig wachsenden Versorgungsanteil von investorengetragenen Medizinischen Versorgungszentren und die mit der Ausbildung von Monopolstrukturen dieser Träger einhergehenden Gefahren für Qualität, Integrität und Sicherstellung einer umfassenden und flächendeckenden vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung sehen wir durchaus mit wachsender Sorge.

MVZ sind ein wichtiger Beitrag für die Zukunftsfähigkeit der flächendeckenden medizinischen Versorgung. Sie sollten aber deutlich bevorzugt in kommunaler Trägerschaft und nicht investorengetragen sein.

Die CDU-geführte Landesregierung hat sich bereits auf Ebene der Gesundheitsministerkonferenz für eine Regulierung der investorengetragenen MVZ eingesetzt. Hier steht der Bund in der Pflicht. Wir werden uns weiterhin dafür einsetzen, hier ein Regelwerk zu schaffen, das die Interessen der Patienten und der Mediziner und Angestellten gleichermaßen berücksichtigt.

7. Versorgungsengpässe in ländlichen Gebieten

Der wirtschaftliche Druck auf inhabergeführte Arztpraxen führt dazu, dass immer größere Arztpraxen und Medizinische Versorgungszentren

entstehen. Dies wird zwangsläufig zu einer Verminderung der Standorte führen, was wiederum die Versorgung in ländlichen Gebieten weiter verschlechtern wird.

Wie würden Sie diesem Versorgungsengpass entgegenwirken?

Eine erreichbare Gesundheitsversorgung gehört zur Daseinsvorsorge. Niemand darf von einer qualifizierten Beratung und einer umfassenden medizinischen Versorgung abgekoppelt werden. Wir werden uns daher für eine flächendeckende haus- und fachärztliche Versorgung stark machen.

Wie bereits dargestellt halten wir die MVZ in kommunaler Trägerschaft für einen wichtigen Baustein für dieses Ziel.

Auch halten wir die Fortsetzung und Erweiterung des Gesundheitspaktes für notwendig, um niederlassungswilligen Ärzten einen Investitionszuschuss und Umsatzgarantien in der Starphase der Praxis zu garantieren.

Zudem halten wir die Verkleinerung der Zulassungsbezirke für erstrebenswert, um einer Zentralisierung der Versorgungsstrukturen bei Praxisinhaberwechsel entgegenzuwirken.

8. Gesundheitskioske

Der Bund will mit rund 1.000 neuen Gesundheitskiosken die gesundheitliche Versorgung in sozial benachteiligten Gebieten verbessern und Menschen in prekären Lebenssituationen sozialmedizinischen Hilfe und medizinische Beratung zukommen lassen. Diesen Bedarf sehen wir grundsätzlich auch und es gibt dafür schon langjährige und erfolgreiche Lösungen, wie z. B. die Sozialberatung in Arztpraxen. Nur mit der Einrichtung von Gesundheitskiosken werden die

eigentlichen Versorgungsprobleme aber nicht gelöst. Hier wird eine teure Parallelstruktur aufgebaut, die von den eigentlichen Herausforderungen ablenken soll – es ist zu befürchten, dass Gelder aus der medizinischen Versorgung abgezogen werden, um die Gesundheitskioske zu finanzieren. Abgesehen davon gibt es schon jetzt zu wenig medizinisches und pflegerisches Personal.

Wie stehen Sie zur Einrichtung von Gesundheitskiosken?

Wir als CDU Hessen sehen die von der Ampel-Regierung geplante Einrichtung von Gesundheitskiosken sehr kritisch. Viele Fragen sind noch unbeantwortet. Nach Aussagen der Bundesregierung sollen die Mitarbeiter in den Kiosken keine medizinischen Leistungen anbieten, sondern nur beratend tätig sein. Aktuell können wir in diesen zusätzlichen Strukturen, die durch die ohnehin finanziell belasteten Krankenkassen zu finanzieren wären, keinen wirklichen Mehrwert für die Patientinnen und Patienten erkennen.

9. Gesetzliche Krankenversorgung

Derzeit gibt es 96 gesetzliche Krankenkassen in Deutschland.

Halten Sie diese hohe Zahl von Parallelstrukturen angesichts eines gesetzlich vorgeschriebenen identischen Leistungsumfangs und einer ebenfalls weitestgehend gesetzlich vorgeschriebenen Beitragshöhe für erforderlich?

Würde eine deutlich niedrigere Zahl nicht zu einer finanziellen Entlastung des Gesundheitswesens ohne Qualitätsverlust für die Bevölkerung führen?

Die Fragen werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die hohe Zahl der Krankenkassen ist in erster Linie durch die zahlreichen Betriebskrankenkassen zu erklären. Diese arbeiten aber in Verbänden sehr eng zusammen. Die Potenziale von Einsparungen bei einer zwangsweisen Reduktion der Krankenkassen werden in unseren Augen überschätzt.

Insofern sehen wir derzeit keinen Anlass, hier gesetzlich einzugreifen.

Wie stehen Sie zu der Einrichtung einer Einheitskrankenkasse?

Wir stehen ohne Wenn und Aber zum bestehenden System aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Eine Einheitsversicherung und alle Schritte, die zu einer solchen Zwangseinheitskasse führen sollen, lehnen wir ab.

Die Abschaffung der privaten Krankenkassen wäre nicht nur für die Versicherten problematisch und würde dem Gedanken der Vertrags- und Gewerbefreiheit widersprechen. Sie würde auch zu erheblichen Einnahmeverlusten der niedergelassenen Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken führen, die durch eine deutliche Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes ausgeglichen werden müssten.