

WAHLPRÜFSTEINE

mit Fragen an die Parteien zur Landtagswahl

am 08.10.2023 in Hessen

DIE LINKE HESSEN

Wahlprüfsteine Hausärzterverband Hessen e.V.

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

Wir wollen, dass allen Menschen in Deutschland unabhängig vom Wohnort eine gute Gesundheitsversorgung zur Verfügung steht. Die heutige Bedarfsplanung erfüllt diese Anforderung nur unzureichend. Wir fordern dafür eine grundlegende Reform der Bedarfsplanung, der den tatsächlichen Versorgungsbedarf in den Blick nimmt und etwa die Sozialstruktur in der Region mehr berücksichtigt. Die Budgetierung sehen wir grundsätzlich kritisch. Es darf keine medizinisch angezeigte Behandlung unterbleiben, weil Ärzt*innen Angst vor Regressen haben müssen. Daher fordern wir die Ersetzung der Budgetierung durch qualitätsorientierte Kriterien. Ein gutes Beispiel bietet hier die Arzneimittelinitiative Sachsen/Thüringen (ARMIN), die ein Konzept von KBV und ABDA umsetzt. Hier wird zum Beispiel erprobt, ob durch Wirkstoffverordnungen und Berücksichtigung eines Medikationskatalogs eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit entfallen kann.

2. Selbstständigkeit: In der Vergangenheit wurde die vertragsärztliche Tätigkeit durch immer neue Vorschriften erschwert und zunehmend eingeschränkt. 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?

Ärztinnen und Ärzte müssen sich wieder mehr auf die Medizin und weniger um die Bürokratie kümmern müssen. Viele Auflagen u.a. der Budgetierung gängeln mehr, als dass sie zu tatsächlichen Versorgungsverbesserungen führen. Hier sind insbesondere im Bund die entsprechenden Weichen zu stellen. Das Land muss insbesondere die Umfeldbedingungen verbessern, den Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken und gemeindepsychiatrische und -medizinische Ansätze fördern. Hier muss gerade im ländlichen Raum durch attraktive Rahmenbedingungen und Anstellungsverhältnisse in kommunalen und genossenschaftlichen Gesundheitszentren die Lücke gefüllt werden.

3. Fachkräftemangel beim Praxispersonal: Mit welchen Strategien wollen Sie dem Mangel an Personal in den Gesundheitsberufen in Hessen begegnen?

Wesentlich zur Sicherung des Fachkräfteangebots sind hervorragende Standards und ausreichende Kapazitäten in der Ausbildung, die angemessene Vergütung der Beschäftigten und deren tarifliche Absicherung, sowie eine deutliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen.

Zurecht hat die Politik in den letzten Jahren – wie auch von uns sehr stark gefordert – ihren Fokus auf die Situation der Pflegekräfte in Krankenhaus und Altenpflege gerichtet. Erste Erfolge, wenn auch überhaupt nicht ausreichend, sind hier zu verzeichnen. Wenn man sich allerdings die Gehaltsdifferenz zu den MFA anschaut, dann zeigt dies gerade in den Arzt- und Zahnarztpraxen den Handlungsbedarf auf. Im Rhein-Main-Gebiet lässt sich von diesem Einkommen nicht leben. Bisher hat die Politik sich bei der Findung der Gehälter der MFA im Wesentlichen herausgehalten und das Feld den Tarifpartnern überlassen. Selbstverständlich hat die Politik auch hier Handlungsmöglichkeiten, z.B. die Schaffung einer gesetzlichen Vorgabe für K(Z)BV und GKV-SV zur zweckgebundenen Verwendung einer Erhöhung der (zahn-)ärztlichen Honorare und durch die Berücksichtigung gestiegener Personalkosten in den Praxen.

Auf Landesebene wollen wir uns unter anderem dafür einsetzen, dass die Ausbildungsbedingungen auch für MFA besser werden, Schulstandorte erhalten und modernisiert werden.

4. „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?

Die Vergütungssätze werden einheitlich auf Bundesebene geregelt. Auch mit dem Blick auf den demografischen Wandel und der zunehmenden Erfordernisse einer funktionierenden geriatrischen Versorgung werden Hausbesuche unweigerlich an Bedeutung gewinnen müssen. Deshalb unterstützt DIE LINKE eine bessere Vergütung von Hausbesuchen, um attraktive Anreize zu setzen. Zudem wollen wir die Delegation von medizinischen Aufgaben erleichtern, um mehr medizinisches Personal für diese wichtigen Aufgaben zu gewinnen.

5. Honorarsteigerungen 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%. Halten Sie diese niedrigen Steigerungsraten angesichts massiv gestiegener Praxiskosten für angemessen?

Nein, diese Steigerungen spiegeln nicht die realen Kostensteigerungen wider. Allerdings erfolgt die Festlegung nicht (landes-)politisch, sondern im Bewertungsausschuss, der sich paritätisch aus je drei Vertretern des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zusammensetzt. Hier muss demzufolge auch eine Lösung erzielt werden.

6. 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 verschaffen?

Sowohl pauschalierende als auch Einzelleistung-Vergütung geben erwünschte und unerwünschte Anreize. DIE LINKE will eine Vergütungsform, die ökonomische Erwägungen möglichst von den medizinischen Entscheidungen trennen. Weder ökonomische Zielgrößen/Budgets, noch diagnose- oder zeitabhängige Pauschalen erfüllen diesen Zweck gut. DIE LINKE fordert, dass nach der angekündigten Reform der Krankenhausfinanzierung die erwünschten und unerwünschten Auswirkungen des ambulanten Vergütungsmodells auf den Prüfstand gestellt werden. Wir wollen dabei erreichen, dass medizinische Entscheidungen unter Qualitätsgesichtspunkten frei getroffen werden können. Dabei sind wir uns bewusst, dass Qualität nicht wirksam aufgrund von Honorierungsanreizen hergestellt werden kann. Pay4Performance-Modelle lehnen wir daher ab.

7. Nachbesetzung von Praxen: 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?

Insbesondere in der Allgemeinmedizin werden in den kommenden Jahren viele Ärzt*innen in den Ruhestand gehen. Junge Ärzt*innen haben jedoch vielfach andere Erwartungen an das Berufsleben. Teilzeitarbeit von Frauen und Männern nimmt zu, Teamarbeit nimmt einen höheren Stellenwert auch für die eigene Zufriedenheit ein, der klassische Ein-Verdiener-Haushalt verliert glücklicherweise an Bedeutung. Die lange Bindung an einen Ort ist für viele weniger attraktiv. In attraktiven Regionen schrecken auch die horrenden Kosten für den Kauf einer Praxis mit Kassensitz ab. DIE LINKE. Hessen möchte mit kommunalen Gesundheitszentren die ärztliche ambulante Tätigkeit weiterhin attraktiv halten und an die Wünsche junger Ärzt*innen anpassen.

Zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Versorgung wollen wir unter anderem mit der Stärkung des ländlichen Raums die Bedingungen für junge Ärzt*innen verbessern. Wir wollen die Hochschulmedizin und deren Ausbildungsbestandteile im ländlichen Raum deutlich ausbauen und für mehr Fachrichtungen öffnen. Wir unterstützen die Kommunen

dabei, medizinische Versorgungszentren zu etablieren, Ärzt*innen anzustellen und so von Niederlassungsdruck und Bürokratie zu entlasten.

8. Wie stehen Sie zu einer Ausweitung der Zahl der Medizinstudienplätze?

Hessen muss mehr Medizinstudienplätze bereitstellen, da nachweislich die anstehenden altersbedingten Berufsaustritte aktuell nicht abgefangen werden können. Wesentlich ist aber im Studium dafür zu sorgen mehr Studierende für die Facharztausbildung in Allgemeinmedizin, Kinderheilkunde und Psychiatrie zu gewinnen. Mit entsprechenden Curricula und Hilfen bei der Praxis-Ausbildung ist einiges gewonnen, manche bürokratische Hindernisse müssen abgebaut werden.

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

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

Die Fragen 9 und 10 werden wegen des Sachzusammenhangs zusammenbeantwortet.

Die vorrangige Fokussierung auf den NC hält DIE LINKE. Hessen für falsch. Wir unterstützen eine stärkere Beachtung von beruflicher Vorerfahrung im medizinischen Bereich und soziale/kommunikative Eignung. Entsprechend neu aufgestellte Zulassungsverfahren wollen wir in Hessen umsetzen.

11. Notaufnahmen: Die Notaufnahmen der Krankenhäuser werden zunehmend mit Bagatell-Fällen 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?

Die notfall- und akutmedizinische Versorgung ist in Deutschland nicht ressourcenorientiert aufgestellt, Doppelstrukturen, für Patient*innen unklare Zuständigkeiten machen das System unübersichtlich. Die sektorale Trennung macht hier besonders wenig Sinn. DIE LINKE fordert seit Langem, die Versorgung hier zusammenzuführen und die Patient*innen durch den „gemeinsamen Tresen“ und intelligente Behandlungspfade schnell der individuell richtigen und notwendigen Behandlung zuzuführen.

Es braucht dringend eine klare Struktur und eine Versorgung aus einer Hand, die das Nebeneinander von ärztlichem Bereitschaftsdienst, der auf deutliche Kritik bezüglich Qualität und Geschwindigkeit stößt, den überlasteten Notfallambulanzen der Kliniken und den Rettungsdienstleitstellen beendet.

Hessen muss mehr Geld in die Hand nehmen, um Rettungskapazitäten auszubauen, die Arbeitsbedingungen der Kolleg*innen im Rettungsdienst müssen dringend verbessert, Ausbildungskapazitäten erhöht werden. Um bei Notfällen eine bessere Vernetzung von Rettenden und Kliniken zu erzielen, müssen deutlich mehr Mittel in Digitalisierung fließen.

Die im SaN- Projekt erprobte Verzahnung der Rettungsdienste mit niedergelassenen Ärzt*innen wollen wir flächendeckend in Hessen umsetzen.

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

Wir halten es nicht für sinnvoll, die Versäumnisse in der Gesundheitsversorgung auf die Patient*innen abzuwälzen. Neben Patient*innen, die das Nebeneinander wissentlich ausnutzen, gibt es genügend andere, die aufgrund von Unkenntnis und Angst in einer akuten Situation die Notaufnahme aufsuchen. Die Landesregierung muss hier die unter 11. genannten Maßnahmen umsetzen, um eine angemessene Versorgung zu gewährleisten.

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

Die Idee der Integrierten Notfallzentren geht in die richtige Richtung. Sie muss aber für die Menschen möglichst barrierearm gestaltet und für Patient*innen leicht verständlich und nachvollziehbar sein.

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

Prinzipiell haben Hausärzt*innen schon heute eine koordinierende und empfehlende Funktion. Diese sollte verstärkt werden. Wir erachten davon unbenommen das Recht auf eine freie Arztwahl als ein wichtiges gesundheitspolitisches Gut.

15. Investorengeführte MVZ: In immer mehr Bereichen der ambulanten Medizin werden Praxen durch investorengeführte medizinische Versorgungszentren aufgekauft, deren primäres Geschäftsziel in der Gewinnerzielung ihrer Anteilsgegner besteht. Das bedeutet, dass Dritte – nicht an der medizinischen Versorgung teilnehmende Kapitalanleger – Geld aus den Sozialkassen ziehen. Halten Sie die Fortsetzung dieser Entwicklung für wünschenswert? Wie stehen Sie zum Verbot investorenbetriebener medizinischer Einrichtungen?

Die LINKE Hessen setzt sich gegen renditeorientierte medizinische Einrichtungen und Privatisierungen zur Wehr. Es braucht eine Rückkehr der stationären Gesundheitsversorgung in die öffentliche und gemeinnützige Hand. Medizinische Versorgungszentren wollen wir kommunal oder genossenschaftlich organisieren, die Aneignung durch (Finanz-)Investoren verbieten.

Wir beobachten die Geschäftspraktiken von privaten Großinvestoren seit Jahren intensiv und sehr kritisch. Sowohl im human- und zahnärztlichen Bereich, als auch in der stationären Pflege versuchen Private-Equity-Unternehmen hohe Gewinne zu erzielen und gesetzliche Schutzregelungen zu umgehen. Wir sehen durch die Zunahme an privaten Investitionen im ambulanten Bereich über das Betreiben von profitorientierten Medizinischen

Versorgungszentren (MVZ) eine Gefährdung der ärztlichen Weisungsfreiheit in medizinischen Fragen und der persönlichen Prägung der ambulanten Versorgung. Außerdem suchen sich die Investor*innen nur lukrative Zweige heraus und blockieren damit Arztstühle. Wir fordern deshalb als ersten Schritt ein Transparenzregister, das die Inhaberstrukturen bei MVZ offenlegt. Denn oftmals ist selbst für die Überwachungsbehörden nicht zu durchschauen, wer hinter einem bestimmten Investor steckt. Wir fordern die weitere Begrenzung von möglichen MVZ-Betreibern. So wollen wir etwa die Möglichkeiten für Krankenhausbetreiber, MVZ zu betreiben, sowohl räumlich, als auch fachlich begrenzen.

16. 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?

Wir brauchen eine Gesundheitsplanung von den Kommunen über die Gesundheitsregionen bis zum Land. Unser [„Gesundheitsplan für Hessen“](#) zeigt, wie wir die Versorgung mit Kliniken und Krankenhäusern an qualitativen Kriterien bemessen und zugleich für jede*n die Erreichbarkeit der stationären Grund- und Notfallversorgung in 30 Minuten mit Bus und Bahn sicherstellen. Dazu schaffen wir abgestimmte und gestufte Angebote, natürlich in öffentlicher, genossenschaftlicher oder gemeinnütziger Hand. Medizinische Versorgungszentren sind auch mit kommunaler Unterstützung besser in der Lage Sprechstunden in kleineren Ortschaften anzubieten, auch Telemedizin kann bei entsprechender Bandbreite und in geeigneten Fällen eine Möglichkeit sein.

Zudem müssen wir – insbesondere im ländlichen Raum – die Arbeitsbedingungen so gestalten, dass junge Ärzt*innen sich angesprochen fühlen. In kommunalen oder genossenschaftlichen Gesundheitszentren können feste Arbeitszeiten, das Arbeiten im Team und Anstellung statt Niederlassung die Attraktivität erhöhen. Bürokratie kann zentralisiert und praxenübergreifend organisiert werden. In solchen ambulanten Gesundheitszentren können weitere Angebote gebündelt werden: neben Allgemeinmediziner*innen auch Psycholog*innen, Heilmittelerbringer*innen, Rehabilitation, Pflegeangebote etc. Räume für regelmäßige fachärztliche Sprechstunden sind vorzuhalten und diese sind vertraglich hierfür zu binden.

17. Gesundheitskioske: Der Bund will mit rund 1.000 neuen Gesundheitskiosken die gesundheitliche Versorgung in sozial benachteiligten Gebieten verbessern und Menschen in prekären Lebenssituationen sozialmedizinische 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?

Gesundheitspolitik ist mehr als Krankenbehandlung. Präventive Angebote müssen deutlich und flächendeckend ausgebaut werden. Im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes wissen wir um die soziale Dimension von Gesundheit.

Um Gesundheitsversorgung in allen Regionen in Hessen für alle Menschen sicherzustellen, braucht es eine Gesundheitsplanung, welche die reale Versorgungssituation und Erreichbarkeit in den jeweiligen Regionen berücksichtigt. Wohnortnahe Strukturen sind essenziell.

Wir wissen, dass benachteiligte Wohnquartiere oft auch ärztlich unterversorgt sind. Inwieweit ein Gesundheitskiosk dazu dienen kann, dass der niedrigschwellige Zugang zu medizinischen Leistungen gelingen kann, hängt aus unserer Sicht sehr von der Ausgestaltung vor Ort ab. Als Lotse, Anlaufstelle für Menschen ohne (ausreichenden) Krankenversicherungsschutz und illegalisierte Personen oder auch gesundheitlich-präventiver Ansatz der Stadtteilarbeit können Gesundheitskioske auch Menschen erreichen, die gegebenenfalls nicht den Weg in eine Arztpraxis finden.

18. Gesetzliche Krankenversorgung: Derzeit gibt es 96 gesetzliche Krankenkassen in Deutschland. Halten Sie die hohe Zahl von Parallelstrukturen angesichts eines gesetzlich vorgeschriebenen identischen Leistungsumfangs und einer ebenfalls weitestgehend gesetzlich vorgeschriebenen Beitragshöhe für erforderlich?

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

20. Wie stehen Sie zu der Einrichtung einer Einheitskrankenkasse?

Die Fragen 18, 19 und 20 werden zusammen beantwortet.

Das duale Versicherungssystem ist aus unserer Sicht nur historisch zu erklären, nicht aber aus Sicht eines effizienten, patientenorientierten und gerechten Systems. Für eine gute Gesundheitsversorgung für alle brauchen wir auf Bundesebene die Bürger*innenversicherung, in die alle einzahlen und aus der alle Leistungen getragen werden – ohne Zuzahlungspflichten. Die private Krankenversicherung wollen wir als Vollversicherung abschaffen: Die private Krankenversicherung wird auf medizinisch nicht notwendige Zusatzversicherungen beschränkt. Dies wollen wir im Bund durchsetzen.

Um die finanzielle Stabilität besser als heute zu sichern und an reale wirtschaftliche Entwicklungen anzupassen, wollen wir nicht nur Lohn- und Gehaltseinkommen, sondern alle Einkommensarten einbeziehen. Die Beitragsbemessungsgrenze wollen wir an- und perspektivisch aufheben, damit alle Menschen den gleichen Anteil ihres Einkommens zur Finanzierung des solidarischen Gesundheitssystems beitragen. Ebenso wird die Mindestbemessung für geringverdienende freiwillig Versicherte abgeschafft, damit die Ärmsten nicht den höchsten Beitragssatz zahlen. Die Beitragssätze können so in der Gesundheitsversicherung erheblich gesenkt und in der Pflegeversicherung bei besseren

Leistungen und besserer Bezahlung von Personal stabil gehalten werden. Zur Einheitskrankenkasse ist die Meinungsbildung in der LINKEN noch nicht abgeschlossen.