

## Leitlinien zur Gesundheitspolitik

443

### 444 1. Gesetzliche und Private Krankenversicherung (GKV und PKV) stabilisie- 445 ren

446 Das derzeitige „Duale System“ aus Gesetzlicher (GKV) und Privater (PKV) Krankenversiche-  
447 rung muss erhalten bleiben. Die Versicherung über die PKV ist ein privatwirtschaftlicher Ver-  
448 trag zwischen zwei Parteien, der aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht einfach aufgehoben  
449 werden kann. Der Wettbewerb zwischen GKV und PKV um Versicherte mit einem Ein-  
450 kommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze ist sinnvoll. Will die GKV nämlich verhin-  
451 dern, dass diese „Besserverdienenden“ durch attraktive Angebote zur PKV abwandern, darf  
452 das Leistungsangebot der GKV nicht allzu sehr von der PKV abweichen. Das Leistungsangebot  
453 der GKV kommt aber allen Versicherten zugute, weshalb auch alle von diesem Wettbewerb  
454 profitieren. Ohne Wettbewerb besteht die Gefahr, dass das Leistungsangebot der GKV bei fi-  
455 nanziellen Schief lagen nach unten angepasst wird. Es würde sich in einer „Einheitskasse“ zur  
456 „Holzklasse“ entwickeln.

### 457 2. Prüfwesen verbessern: Medizinischer Dienst im Gesundheitswesen MDG 458 ersetzt MD

459 Wir wollen den Prüfdienst der ambulanten Versorgung und den MD („Medizinischer Dienst  
460 der Krankenkassen“) in einem neu zu schaffenden MDG auf Länderebene zusammenfassen  
461 und mit erweiterten Kompetenzen versehen. Ziel dieses neuen MDGs ist die Gewährleistung  
462 von Versorgungsqualität UND Kostenkontrolle. Der MDG soll unabhängig von Kostenträgern  
463 und Leistungserbringern sein. Diese Unabhängigkeit muss durch eine organisatorische Selbst-  
464 ständigkeit sowie durch eine paritätische Finanzierung, Organisation und Verwaltung (Kos-  
465 tenträger und Leistungserbringer) sichergestellt sein.

### 466 3. Ambulante Versorgung effektiver gestalten

#### 467 **Patientenversorgung verbessern – Wartezeiten verkürzen – Budgetierung been-** 468 **den**

469 Die Probleme einer alternden Gesellschaft, die mehr medizinische Betreuung braucht, darf  
470 man nicht durch eine Begrenzung von Behandlungskapazitäten lösen. Vor allem, wenn die  
471 Wartezeiten auf ambulante Behandlungen schon heute unzumutbar lang sind. Die Aufhebung  
472 dieser Budgetierung und die Einführung einer Einzelleistungsvergütung in der GKV sind des-  
473 halb unerlässlich. Um einer nicht medizinisch notwendigen Behandlungsausweitung entgegen-  
474 zuwirken, setzen wir auf folgende Maßnahmen:

- 475 - Angebot von "Gleitenden Bonussystemen" für Patienten mit gestaffelten Beitrags-Rückver-  
476 gütungen.
- 477 - Prüfungen durch den neu zu schaffenden Medizinischen Dienst im Gesundheitswesen -  
478 MDG

479 Zur Gegenfinanzierung des übrigen finanziellen Mehrbedarfs wollen wir:

- 480 - Überversorgung beseitigen: Z.B. durch Zielvereinbarungen zwischen Kassen und KVen  
481 Medikamentenüberversorgungen verringern.
- 482 - Den finanziellen Mehrbedarf durch Übergangsregelungen stufenweise anpassen.

## 483 4. Stationäre Versorgung sichern

### 484 4.1 Das unflexible Abrechnungssystem „DRG-Fallpauschalen“ sinnvoll ersetzen

485 Die Verweildauern der Patienten wurden durch das DRG-Abrechnungssystem zwar deutlich  
486 gesenkt. Es verursacht aber Ungleichgewichte, die insbesondere die Krankenhäuser in der Flä-  
487 che und die Universitätskliniken in wirtschaftliche Bedrängnis bringen. Wir fordern, das DRG-  
488 System durch Klinik-Individualvereinbarungen zu ersetzen. Diese Individualvereinbarungen  
489 zwischen Kliniken und den Krankenkassen-Verbänden eines Bundeslandes werden auf der Ba-  
490 sis folgender Kriterien getroffen: Der klinischen Leistungen, der Prüfungsergebnisse des MDG,  
491 dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung (insbesondere auch auf dem Land) und der wirt-  
492 schaftlichen Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses.

### 493 4.2 Stationäre medizinische Versorgung im ländlichen Raum erhalten

494 Aus Kostengründen werden immer mehr Krankenhäuser in ländlichen Gebieten geschlossen,  
495 insbesondere Geburtshilfestationen und Kinderstationen abgebaut. Wir fordern den Erhalt ei-  
496 ner flächendeckenden Versorgung auch nach dem objektiven Bedarf und nicht nur nach Kos-  
497 ten-Nutzen-Aspekten.

### 498 4.3. Privatisierungen von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen begrenzen

499 Die zunehmende Privatisierung von Akutkrankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtun-  
500 gen sehen wir kritisch. Eine leistungsfähige stationärmedizinische Infrastruktur muss primär  
501 Aufgabe der öffentlichen Hand bleiben. Ab einem bestimmten Privatisierungsgrad (z.B. ab  
502 40%) in einem Bundesland muss der Gesetzgeber regulierend einschreiten.

## 503 5. Arzneimittelversorgung verbessern

### 504 5.1 Verfügbarkeit und Sicherheit von Arzneimitteln in Deutschland gewährleisten

505 Lieferengpässe, Versorgungslücken und Arzneimittelskandale in Deutschland bedürfen drin-  
506 gend einer Beseitigung. Sie sind durch systembedingte Fehlentwicklungen bedingt, denen die  
507 AfD mit folgenden Forderungen begegnet:

- 508 - Die zuständigen Überwachungsbehörden müssen ihrer Verantwortung gerecht werden.
- 509 - Bei der Auswahl der nach Deutschland exportierenden Länder müssen rechtliche, organi-  
510 satorische und medizinische Standards garantiert sein.
- 511 - Die für Apotheken verpflichtende Importquote für Arzneimittel wird umgehend ersatzlos  
512 gestrichen.
- 513 - Der Arzneimittelgroßhandel wird verpflichtet, versorgungsrelevante Arzneimittel mindes-  
514 tens für einen Zwei-Monatsbedarf vorrätig zu halten.
- 515 - Monopole in der Arzneimittelherstellung verursachen erhebliche Risiken für die Arznei-  
516 mittelqualität und die -verfügbarkeit. Da Rabattverträge dafür Mitursache sind, sind sie  
517 abzuschaffen und durch Ausweitungen des Festbetragsmarktes, der auch  
518 rückwirkenden Erweiterung der Nutzenbewertung von Medikamenten auch des  
519 Bestandsmarktes und durch Anpassungen der Herstellerrabatte zu ersetzen.

### 520 5.2 Mehrwertsteuer auf Arzneimittel absenken

521 Zur zusätzlichen Gegenfinanzierung fordern wir die Absenkung der Mehrwertsteuer von 19%  
522 auf 7%. Wir wollen die Wertigkeit der Arzneimittel an die der Lebensmittel angleichen (wie in  
523 25 der 27 EU-Staaten üblich).

## 524 6. Pflegeversicherung sozialverträglicher gestalten

### 525 **Soziale Pflegeversicherung und Gesetzliche Krankenversicherung zusammenlegen** 526

527 Die Soziale Pflegeversicherung (SPV) gibt lediglich einen definierten Zuschuss zu den Pflege-  
528 kosten. Bei Pflegebedürftigen und deren Angehörigen verbleiben beträchtliche Eigenleistun-  
529 gen, die viele an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit führen. Deshalb wollen wir in der Pflege-  
530 versicherung einen Steuerzuschuss analog dem der GKV einführen, um eine 50%ige Entlas-  
531 tung der Eigenbeteiligung der betroffenen Angehörigen zu erreichen. Wir befürworten eine  
532 Zusammenlegung von GKV und SPV, auch um Schnittstellenprobleme zu beheben.

## 533 7. Ambulante und stationäre Pflege aus der Krise führen

### 534 7.1 Pflegenotstand – Den Kollaps verhindern

535 Die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus ist erheblich gesunken. Gleichzeitig ist der  
536 Kostendruck in Kliniken, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen gestiegen. Dies führt im  
537 Pflegebereich zu deutlicher Überlastung, zu Bürokratie, zu Demotivation, zu Kündigungen, in  
538 Folge zu Personalnot und weiteren Kündigungen. Ein Kollaps bahnt sich an.  
539 Die AfD will diese Entwicklung mit folgenden Lösungen aufhalten:

- 540 - Aufwertung des Berufsbildes der examinierten Pflegekraft durch eine angemessene Bezah-  
541 lung über einen Flächentarifvertrag mit steuerfreien Nacht-, Sonn-, und Feiertagszuschlä-  
542 gen.
- 543 - Entlastung bei fachfremden Tätigkeiten, wie z.B. Dokumentationspflichten.
- 544 - Eine verbindliche, bundeseinheitliche, gesetzliche Personalbemessung für alle Pflegeberei-  
545 che mit entsprechenden Personaluntergrenzen.
- 546 - Regelmäßige Überprüfungen der Ergebnisqualität und der Abrechnungen in Pflegeeinrich-  
547 tungen.
- 548 - Förderung der Ausbildung zur examinierten Pflegefachkraft durch das Jobcenter, insbe-  
549 sondere für Pflegehelfer.
- 550 - Einführung eines „Gemeinschaftsdienst-Jahres“ für alle Schulabgänger, welches im Pfl-  
551 egebereich, im Technischen Hilfswerk, bei der Feuerwehr oder der Bundeswehr absolviert  
552 werden kann.

### 553 7.2 Pflegekammer ablehnen

554 Da kein Mehrwert für die Pflegenden vorhanden ist, lehnen wir die Zwangsmitgliedschaft in  
555 Pflegekammern ab.

### 556 7.3 Häusliche Pflege fördern

557 75% der Pflegebedürftigen bevorzugen die häusliche Unterbringung. Sie ist nicht nur aus sozi-  
558 alen, sondern auch aus finanziellen Gründen weitaus günstiger. Die stationäre Pflegebedürf-  
559 tigkeit ist so weit als möglich hinauszuschieben. Die Unterstützung von pflegenden Angehöri-  
560 gen ist moralisch und wirtschaftlich geboten durch die weitgehende Angleichung des Pflege-  
561 geldes an die Pflegesachleistungen. Tagespflegeplätze oder Urlaubshilfen bieten organisatori-  
562 sche Unterstützung. Zu fördern sind Mehrgenerationen-Wohnformen.

#### 563 7.4 Kurzzeit-Pflegeplätze in Krankenhäusern schaffen

564 Im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung fehlen oft Kurzzeit-Pflegeplätze, so dass Pati-  
565 enten länger als notwendig in Krankenhäusern verbleiben. Dieser Aufwand wird aber bei der  
566 fehlenden stationären Behandlungsbedürftigkeit nicht vergütet. Wir wollen die gesetzliche  
567 Grundlage für Kurzzeitpflegeplätze in Krankenhäusern schaffen.

#### 568 8. Kompetenz von ausländischem Personal für das Gesundheitswesen ge- 569 währleisten

570 Die Beschäftigung von ausländischem Personal, das sprachliche oder fachliche Defizite auf-  
571 weist, kann die Patientensicherheit beeinträchtigen. Ärzte, Apotheker, Pflegekräfte und Thera-  
572apeuten aus dem Ausland müssen über gute Sprachkenntnisse (C1) verfügen. Es muss sicher-  
573 gestellt werden, dass die fachliche Qualifikation uneingeschränkt dem deutschen Standard ge-  
574 nügt. Immigranten von außerhalb der EU haben die vorhandenen deutschen Examina bzw.  
575 Staatsprüfungen zu absolvieren (z.B. Ärzte das 3. medizinische Staatsexamen).

#### 576 9. Infektionsschutz verbessern und Epidemien verhindern

577 Mit Beginn der Flüchtlingskrise 2015 ist ein deutlicher Anstieg meldepflichtiger Infektions-  
578 krankheiten, auch mit resistenten Erregern, zu verzeichnen: Von 4.900 Tuberkulose-Neuin-  
579 fektionen pro Jahr entfallen ca. 1.300 auf Migranten. Bis heute gibt es in der EU keine einheit-  
580 lichen, obligaten Untersuchungen für Migranten. Zum Schutz der Migranten, des medizini-  
581 schen Personals und der einheimischen Bevölkerung wollen wir ein einheitliches Gesundheits-  
582 schutzprogramm, für das der EU-Zutrittsstaat zuständig ist. Es umfasst alle meldepflichtigen  
583 Erkrankungen, wie z.B. TBC, HIV, Hepatitis, parasitäre Darmerkrankungen, Lues, anste-  
584 ckende Hauterkrankungen, Masern, Polio und wird nach Aktualität angepasst. Untersu-  
585 chungsergebnisse sowie der aktuelle Gesundheitsstatus werden auf einem biometrischen Ge-  
586 sundheitspass dokumentiert. Der freie Zugang zu Veröffentlichungen des Robert-Koch-Insti-  
587 tuts zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten, der 2018 ausgesetzt wurden, ist zu gewähr-  
588 leisten.