

Beschluss des CSU-Parteivorstandes am 3./4. April 2009 in Kloster Banz

Patienten und Ärzte stärken

Für eine solidarische und menschliche Medizin

gegen Bürokratie und Staatsmedizin

Das deutsche Gesundheitswesen ist in Gefahr:

Die Gesundheitspolitik ist die **gesellschaftliche Herausforderung** eines modernen Sozialstaats. Die Bürger erwarten effektiven Gesundheitsschutz, Gesundheitsvorsorge und im Krankheitsfalle eine hochwertige und ortsnahe medizinische Versorgung. Gerade im Umgang mit den Kranken, den Älteren und den Schwachen zeigt die Gesellschaft ihr soziales Gesicht und ihr ethisches Wertefundament. Im Mittelpunkt steht der Patient. Es kommt darauf an, für seine medizinische Versorgung verlässliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine menschenwürdige und hochwertige Behandlung gewährleisten. Dabei sind auch die gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Entwicklungen zu berücksichtigen. Erfreulicherweise steigt die Lebenserwartung in Deutschland weiter an. Zugleich ermöglichen der medizinische und der medizinisch-technische Fortschritt eine bessere Behandlung von Krankheiten. Es ist klar, dass eine hochwertige medizinische Versorgung ihren Preis hat. Der Gesellschaft muss es aber Wert sein, alle Bürger daran teilhaben zu lassen.

Die Patientenversorgung bestimmt zu einem wesentlichen Teil die **Gesundheitswirtschaft** in Deutschland. Mit einem Gesamtumsatz von rund 245 Mrd. € pro Jahr (etwa 10,6 % des Bruttoinlandsprodukts) gehört sie zu den Zukunftsbranchen. Dies gilt auch für Bayern mit einem Jahresumsatz von knapp 40 Mrd. €. Zudem verfügt Bayern mit 47 hoch ausgezeichneten Heilbädern und Kurorten über ein einzigartiges Angebot in der ganzheitlichen Medizin und stellt damit gut 16 % des gesamtdeutschen Angebots. Bereits heute ist die Gesundheitswirtschaft Arbeitgeber Nummer 1 mit 4,4 Mio. Beschäftigten (Bayern: rd. 600.000). Als Dienstleistungsmarkt ist sie gegenüber der Konjunktur relativ krisenfest. Die weitere Förderung des Gesundheitsmarktes ist daher eine große Chance für die Volkswirtschaft in einer älter werdenden Gesellschaft.

Qualität und Umfang der Gesundheitsversorgung in Deutschland sind weltweit führend. Dies beruht vor allem auf der sehr guten persönlichen Qualifikation und hohen Leistungsbereitschaft der in der gesundheitlichen Versorgung der Menschen in Deutschland Beschäftigten.

Trotz dieser positiven Rahmenbedingungen ist das weltweit anerkannte **deutsche Gesundheitssystem** in **Gefahr!** Permanente staatliche Eingriffe haben in über 25 Jahren zu Budgetierung und einem Übermaß an Reglementierung geführt. Auch wenn jede einzelne Maßnahme für sich begründet gewesen sein mag, so zwingt doch die Summe der Eingriffe heute zu einem Neuanfang. Der von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt eingeschlagene Weg führt in eine zentralistisch gesteuerte Staatsmedizin mit Einheitskrankenkasse, Einheitsversorgung und Einheitsvergütungen. Dieser Weg verunsichert die Patienten, aber auch die Krankenkassen und die Leistungserbringer, insbesondere die Ärzte, Psychotherapeuten, Zahnärzte, Pflegekräfte, Apotheker und Physiotherapeuten. Dies wird am Beispiel der vertragsärztlichen Honorarreform besonders deutlich. Diese Regelungen sind intransparent und bürokratisch, sie benachteiligen gerade die bayerischen Patienten und Ärzte. Im Ergebnis führen sie zu „Billig- und Fließbandmedizin“, weil in vielen Fällen für einfache Routinetherapien die gleichen Pauschalen wie für aufwändige Leistungen gezahlt werden. Vor allem aber benachteiligt die Honorarreform Ärzte, die für die Behandlung der Patienten viel Zeit brauchen. Zugleich wächst die Sorge vor der wachsenden Anzahl Medizinischer Versorgungszentren, die nur von großen Kapitalgesellschaften abhängig sind. Dort steht anstelle einer humanen medizinischen Versorgung allein die maximale Gewinnabschöpfung im Vordergrund. Außerdem kann es aufgrund des relativ hohen Altersdurchschnitts bei praktizierenden Medizinern gerade im ländlichen Raum mittelfristig zu Versorgungsengpässen kommen.

Grundprinzipien eines bürgerlich-föderalen Gesundheitsmodells:

In der deutschen Gesundheitspolitik ist ein Neustart erforderlich. An die Stelle einer zentralistisch gesteuerten Staatsmedizin muss ein bürgerlich-föderales Gesundheitsmodell treten. Oberstes Ziel ist es, die medizinisch erforderliche Versorgung, einschließlich Spitzenmedizin, für jeden Patienten in Deutschland zu gewährleisten, und zwar unabhängig von Einkommen, Alter und Herkunft. Grundlage sind die Regeln einer sozialen Medizinwirtschaft und nicht der zentralistische Ansatz einer Planwirtschaft. Das bürgerlich-föderale Gesundheitsmodell geht von der aktuellen Versorgungsrealität aus und verfolgt vor allem folgende Prinzipien:

– Therapie statt Bürokratie:

Im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung steht der Patient mit seinem Recht auf eine freie Arztwahl. Im Krankheitsfall muss er die Möglichkeit haben, sich vom Arzt seines Vertrauens behandeln zu lassen. Im Gegenzug braucht der Arzt die Therapie-

freiheit, d. h. er muss die Möglichkeit haben, dem Patienten die medizinisch erforderliche Therapie verordnen zu können. Von besonderer Bedeutung ist dabei das vertrauensvolle Gespräch zwischen Arzt und Patient („sprechende Medizin“), für das genügend Zeit in der Behandlung bleiben muss. Es ist nicht akzeptabel, dass für den durchschnittlichen Patientenkontakt rund 7 Minuten zur Verfügung stehen, während der damit verbundene Bürokratieaufwand fast doppelt soviel Zeit beansprucht. Besonders die verschiedenen Dokumentationspflichten erzeugen einen hohen Verwaltungsaufwand. Es müssen daher therapiefreundliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die Haus- und Fachärzten und allen anderen Gesundheitsberufen eine optimale medizinische Versorgung der Patienten ermöglichen.

– **Regionalität statt Zentralismus:**

Die Gesundheitsversorgung muss auf die regionalen Bedürfnisse eingehen und darf nicht weiter durch zentralistische Vorgaben vereinheitlicht werden. Zu einem regionalen Gesundheitswesen gehören vor allem die wohnortnahe Versorgung mit niedergelassenen Ärzten, Apothekern und anderen Leistungserbringern, leistungsstarke Krankenhäuser und regionale Krankenkassen. Bei den Leistungsvergütungen sind die regionalen Kostenstrukturen zu berücksichtigen. So hat zum Beispiel ein Arzt in Süddeutschland höhere Praxis- und Lebenshaltungskosten. Gleiches gilt für die Vergütungen im Krankenhausbereich. Für die Akzeptanz in der Bevölkerung ist es wichtig, dass den von ihnen erwirtschafteten Krankenkassenbeiträgen auch adäquate Leistungen gegenüberstehen. Die bayerischen Versicherten zahlen zum Beispiel aufgrund ihrer höheren Löhne mehr für ihre Krankenkasse. Ihnen kann daher nicht vermittelt werden, dass wegen der Umverteilung von Beitragsmitteln das gewohnte Versorgungsniveau nicht aufrecht erhalten werden kann. Von besonderer Bedeutung sind regionale Krankenkassen, weil diese sich leichter an den örtlichen Bedürfnissen ausrichten können. Im Übrigen sind die bundesweiten Regelungen im Krankenversicherungsrecht daraufhin zu überprüfen, ob sie die regionalen Besonderheiten angemessen berücksichtigen.

– **Freiberuflichkeit statt Staatsmedizin:**

Zum Erfolg des deutschen Gesundheitswesens haben vor allem die freien Berufe beigetragen. Sie stehen für die Humanität in der medizinischen Versorgung und müssen daher weiterhin der Eckpfeiler bei der Behandlung von Patienten sein. Arzt und Patient bilden eine Einheit und die Basis der medizinischen Versorgung. Daher muss der Grundsatz gelten: „Freiheit für die freien Berufe“ statt bürokratischen Gängelungen und

staatsmedizinischer Bevormundung. Dies gilt insbesondere für die freiberuflich tätigen Haus- und Fachärzte sowie Zahnärzte, Apotheker und Psychotherapeuten. Dem Patienten wird die freie Arztwahl garantiert. Damit kann er selbst entscheiden, von welchem Arzt er behandelt werden möchte. Den Ärzten wird die Diagnose- und Therapiefreiheit gewährleistet, damit sie die Patienten auch bestmöglich behandeln können. An den geltenden Regelungen zur hausarztzentrierten Versorgung wird ebenso festgehalten wie an der qualifizierten ambulanten und stationären fachärztlichen Versorgung. Medizinische Versorgungszentren, die nur von großen Kapitalgesellschaften abhängig sind, werden abgelehnt, weil sie den Grundsätzen einer humanen Medizin widersprechen.

– **Entideologisierung der Krankenversicherung:**

Die Finanzierung der Krankenversicherung muss entideologisiert werden. Die Diskussionen der Vergangenheit um „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“ haben den Gesundheitsstandort Deutschland nicht vorangebracht. Als Beweis dient die aktuelle Diskussion um die Honorarreform. Obwohl sich seit 1. Januar 2009 mehr Geld im System befindet, gibt es Versorgungsprobleme in den Arztpraxen. Daraus folgt: Es kommt nicht allein darauf an, wie viel Geld im System ist, sondern wie es verteilt wird. Daher sind weder „Bürgerversicherung“ noch „Kopfpauschale“ verlässliche Modelle, um die anstehenden Probleme zukunftsfest zu lösen. Zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben ist ein ausgewogener Mix aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen, sozialverträglichen Selbstbeteiligungen und Steuermitteln nötig. Die Steuermittel sollen Aufwendungen der Krankenkassen für gesamtgesellschaftliche Aufgaben ausgleichen. Dies gilt vor allem für die Familien- und für die Seniorenmedizin. Auf der Ausgabenseite sollen an die Stelle von staatlicher Budgetierung und Rationierung Transparenz, hohe Qualitätsstandards und Wettbewerb treten.

Forderungen:

1. **Keine Benachteiligung von bayerischen Patienten und Ärzten:**

Der Gesundheitsfonds wurde konzipiert, um die Entscheidung zwischen „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“ zu vermeiden. Dabei wurde den Bürgern versprochen, dass nach der Einführung des Gesundheitsfonds kein Patient schlechter versorgt wird und kein Arzt weniger Geld bekommt. Diese Versprechungen werden derzeit nicht ein-

gehalten. Wenn dies so bleibt, müsste der Gesundheitsfonds ersetzt werden. Als Alternative könnten künftig die Krankenkassen wieder die Autonomie erhalten, eigene Beiträge festzusetzen und zu erheben. Die Pluralität bei den gesetzlichen Krankenkassen, die Auswahl von Zusatzversicherungen und die private Krankenvollversicherung könnten dabei erhalten bleiben. Ferner muss der Morbi-RSA durch die Einführung eines manipulationsfreien Ausgleichssystems unter den gesetzlichen Krankenkassen verändert und vereinfacht werden, weil er ein falsches Anreizsystem zu Grunde legt. Bei einer Neuregelung ist sicherzustellen, dass die notwendige Solidarität zwischen den Krankenkassen gewahrt bleibt.

2. Transparente Vertragsgebührenordnung statt zentralistischer Honorarordnung:

Die geltende Honorarordnung ist gescheitert, weil ihre zentralistische Ausrichtung die Interessen von Patienten und Ärzten missachtet. Die Vorgabe eines bundesweiten Einheitspreises nimmt keine Rücksicht auf die regionale Kostenstruktur und führt zu Qualitätsverlusten in der Patientenversorgung. Obwohl mehr finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, kommt das Honorarplus nicht bei allen Ärzten an. Gerade viele Facharztgruppen in Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein erleiden empfindliche Einbußen. Die geltende Honorarordnung muss daher durch eine neue Gebührenordnung für Vertragsärzte ersetzt werden, die sich an die private Gebührenordnung für Ärzte anlehnt. Ziel ist es, eine regionale, leistungsgerechte und qualitätsorientierte vertragsärztliche Vergütung zu festen Europreisen einzuführen. Am Sachleistungsprinzip wird grundsätzlich festgehalten. Die Transparenz der Abrechnung gegenüber den Patienten ist herzustellen. Zudem wird die vollständige Aufhebung der Budgetierung angestrebt. Die hausarztzentrierte Versorgung bleibt so bestehen, wie sie derzeit in § 73b SGB V geregelt ist. Im Rahmen von § 73c SGB V sollen insbesondere die Fachärzte weitere Versorgungsverträge mit den Krankenkassen abschließen.

3. Kassenärztliche Vereinigungen als Dienstleister weiterentwickeln:

Die Selbstverwaltung ist an sich ein hohes Gut. Aber aufgrund der ihr zentralistisch vorgegebenen ordnungspolitischen Aufgaben und der zahlreichen Einzelweisungen des Bundesgesundheitsministeriums verliert sie auf Bundesebene die Unabhängigkeit und damit die Akzeptanz bei der Basis der Ärzteschaft. Durch eine Neuregelung der vertragsärztlichen Vergütung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen daher die Chance, sich als Interessensvertreter für die Ärzteschaft neu zu etablieren. Als Dienstleister können sie insbesondere Qualitätsstandards weiter definieren, Ärzte qua-

lifizieren und für Beratungen zur Verfügung stehen. Die Zwangsmitgliedschaft und der Status als öffentlich-rechtliche Körperschaft müssen daher auf den Prüfstand gestellt werden.

4. Patientengerechte solidarische Finanzierung:

Um Rationierungen zu vermeiden, ist zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben ein ausgewogener Mix aus Beiträgen, sozialverträglichen Selbstbeteiligungen und Steuermitteln nötig. Die Steuermittel zum Ausgleich für gesamtgesellschaftliche Aufgaben müssen auf Dauer weiter erhöht werden. Dabei sind vor allem auch die gesellschaftlichen Veränderungen zu berücksichtigen. Kinder, ältere Menschen und chronisch Kranke bedürfen der besonderen Fürsorge. Eine hochwertige Familien- und Seniorenmedizin kann daher nicht allein aus Beitragsmitteln finanziert werden. Bereits heute wird vor allem die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und nicht berufstätigen Ehegatten zunehmend über Steuermittel finanziert. Im Endausbau sollen dafür jährlich 14 Mrd. € zur Verfügung stehen. In einer älter werdenden Gesellschaft ist aber auch eine „demographische Dividende“ aus Steuermitteln erforderlich. Damit wird auch ein Beitrag geleistet, um die seniorenmmedizinischen Angebote und Hilfestellungen (z.B. Haushaltshilfen für kranke Senioren) auszubauen. Diesen Erfordernissen muss auch der Leistungskatalog angepasst werden. Es ist nicht akzeptabel, dass Krankenkassen älteren Patienten bei schweren Erkrankungen eine Haushaltshilfe verweigern, aber nicht qualitätsgesicherte Wellnessangebote bezuschussen. Die Krankenkassen müssen die Einsparmöglichkeiten im Bereich der Medikamente konsequent ausnutzen. Dazu sollen auch die Vielzahl der gesetzlichen Steuerungselemente vereinfacht und effizienter ausgestaltet werden. Die Versicherten sollen stärker als bislang in die Wahl ihrer Versicherungsleistungen eingebunden werden. Die private Krankenvollversicherung bleibt erhalten. Auf der Ausgabenseite sollen an die Stelle von staatlicher Budgetierung und Rationierung Transparenz, hohe Qualitätsstandards und Wettbewerb treten.

5. Wohnortnahe Patientenversorgung in Stadt und Land:

Die ambulante medizinische Versorgung muss auch künftig möglichst am Wohnort des Patienten erfolgen. Diese ist vor allem durch niedergelassene Haus- und Fachärzte, Apotheker und andere Leistungserbringer sicherzustellen. Für eine wohnortnahe Patientenversorgung ist daher eine ausreichende Anzahl von Ärzten erforderlich. Für die Nachwuchsförderung sind geeignete Förderinstrumente zu entwickeln (zum Beispiel:

Studienbeihilfen bei gleichzeitiger Verpflichtung zu einer späteren Tätigkeit als niedergelassener Arzt). Dabei ist auch die erfreuliche Entwicklung zu berücksichtigen, dass der Frauenanteil in der Ärzteschaft ansteigt. Dies erfordert hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Außerdem ist die Ansiedelung von Ärzten in unterversorgten Gebieten durch weitere Anreize und Mobilitätshilfen besonders zu fördern. Medizinische Versorgungszentren sollen nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden. Wesentlich ist dabei vor allem, dass diese von Ärzten als Träger verantwortlich geführt werden.

Eine wohnortnahe Patientenversorgung muss auch verschiedene Behandlungsangebote umfassen. Hausbesuche, die auch angemessen honoriert werden müssen, sind gerade für die Versorgung von Kindern und älteren Patienten unverzichtbar. Niedergelassene Ärzte erhalten die Möglichkeit, eine geringe Bettenanzahl für Patienten vorzuhalten, die zwar nicht in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssen, aber dennoch nicht zu Hause bleiben können („betreutes Schlafen“). Zusätzliche Versorgungsangebote können durch eine stärkere Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern eröffnet werden. Dazu gehören der weitere Ausbau des Belegarztsystems und die Notfallversorgung im Bereitschaftsdienst. Ebenso haben sich die verschiedenen Formen der integrierten Versorgung bewährt. Sie sollen daher weiter ausgebaut werden. Durch die Vernetzung von Haus- und Fachärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern bieten sie dem Patienten eine auf seine Krankheit abgestimmte Behandlungsmöglichkeit.

Zu einer wohnortnahen Patientenversorgung gehört auch der freiberuflich tätige Apotheker. Von ihm erhalten Patienten eine fachkundige Beratung und hochwertige Medikamente. Im Interesse des Patientenschutzes müssen der Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Medikamenten verboten sowie das geltende Mehrbesitz- und Fremdbesitzverbot erhalten werden.

6. Leistungsstarke Krankenhäuser in Stadt und Land:

Leistungsstarke Krankenhäuser darf es nicht nur in Ballungsgebieten geben. Gerade in einem Flächenland wie Bayern ist eine qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung auch im ländlichen Raum von großer Bedeutung. Aus diesem Grund ist die Krankenhausplanung auf Landesebene unverzichtbar. Ebenso ist über den gezielten Einsatz von Steuermitteln auf Landesebene zu entscheiden (duale Krankenhausfinanzierung).

Ein bundesweiter Einheitspreis wird auch im Krankenhausbereich den regionalen Besonderheiten nicht gerecht und ist daher abzulehnen. Die gesetzlichen Regelungen über ambulante Behandlungen im Krankenhaus müssen neu gefasst werden. Dabei ist in § 116b SGB V sicherzustellen, dass sich die ambulanten Behandlungen im Krankenhaus nur auf hoch spezialisierte Leistungen für wirklich seltene Erkrankungen beschränken. Ebenfalls sollen ambulante Operationen im Krankenhaus auf besondere Fälle reduziert werden. Dadurch wird vermieden, dass niedergelassene Fachärzte verdrängt werden.

7. Fairer Wettbewerb um Qualität:

Der Staat hat dafür Sorge zu tragen, dass der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern unter fairen Rahmenbedingungen abläuft, die im Ergebnis zu mehr Qualität führen. Es müssen daher transparente Qualitätskriterien festgelegt und veröffentlicht werden, die den Versicherten die Auswahl der Leistungserbringer erleichtern. Die Vergütung ist an hohe Qualitätsstandards gebunden.

8. Patientenrechte stärken - unabhängige Patientenbeauftragte:

Im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung steht das Wohl der Patienten. Gerade ältere und schwerkranke Menschen brauchen häufig eine kurzfristige Beratung oder eine Hilfestellung. Aus diesem Grund soll die unabhängige Patientenberatung ausgebaut werden, die die Patienten bei der Wahrnehmung ihrer Interessen unterstützt. Außerdem soll das Amt des Beauftragten der Bundesregierung für Patientenbelange eigenständig und unabhängig ausgestaltet werden. In allen Ländern sollen eigene unabhängige Patientenbeauftragte eingerichtet werden. Die Patientenrechte werden durch ein eigenes Patientenschutzgesetz gestärkt. Darin sind die bisher in verschiedenen Gesetzen enthaltenen Patientenrechte und die durch das Richterrecht entwickelten Grundsätze zusammenzufassen und weiter zu entwickeln. Das Patientenschutzgesetz soll in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten am Gesundheitswesen erarbeitet werden.

9. Weiterer Ausbau der Palliativmedizin:

Das ethische Wertefundament einer Gesellschaft zeigt sich gerade darin, wie sie mit schwerstkranken Menschen am Ende ihres Lebensweges umgeht. Die so genannte „Aktive Sterbehilfe“ ist mit der Menschenwürde unvereinbar. Das Herbeiführen des Todes durch sie lehnen wir entschieden ab. Ziel ist vielmehr, schwerstkranken Menschen an ihr Lebensende zu begleiten und ihnen ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Dazu

werden die palliativmedizinischen Versorgungsangebote weiter ausgebaut. Von großer Bedeutung für schwerkranke und sterbende Kinder ist vor allem der weitere Ausbau der häuslichen palliativmedizinischen Versorgungsangebote. Auf diese Weise kann der Wunsch vieler sterbender Kinder und ihrer Familien erfüllt werden, möglichst viel verbleibende Zeit in der vertrauten Umgebung zu verbringen. Für besondere Fälle sind kinderpalliativmedizinische Zentren zu schaffen.

10. Förderung der Prävention:

Die Gesundheitsförderung und die Prävention tragen dazu bei, die Zunahme weitverbreiteter Krankheiten zu stoppen, Krankheiten zu verhindern und die Lebensqualität der Bevölkerung zu steigern. Dabei geht es um die gezielte Förderung des verantwortungsvollen Umgangs mit der eigenen Gesundheit. So kann zum Beispiel durch eine qualifizierte Anleitung zur gesundheitsbewussten Ernährung und zur ausreichenden Bewegung Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorgebeugt werden. Impfungen zählen zu den wirksamsten Präventionsmaßnahmen. Durch eine verbesserte Aufklärung und durch ein spezielles Anreizsystem soll die Impfrate in Deutschland ansteigen. Gesundheitsbewusstes Verhalten muss sich künftig für die Versicherten auszahlen. Die bestehenden Präventionsangebote sind vor allem auf regionaler Ebene weiterzuentwickeln. Der öffentliche Gesundheitsdienst kann dabei koordinierend wirken. Auf jeden Fall gilt es eine zentralistische Bundesbürokratie zu verhindern.

Fazit:

Die deutsche Gesundheitspolitik steht vor einer grundlegenden Weichenstellung: Entweder setzt sie den Weg in eine zentralistisch gesteuerte Einheitsversorgung fort oder sie kehrt wieder zu einer Medizinstruktur zurück, die das Wohl der Patienten in den Mittelpunkt stellt. Dabei kommt es nicht so sehr auf die formale, sondern vor allem auf die inhaltliche Ausgestaltung an. Entscheidend ist, dass wieder ein echtes Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt ermöglicht, die Gesundheitsversorgung regionalisiert, die Freiberuflichkeit garantiert und die Finanzierung der Krankenversicherung verlässlich organisiert werden. Dafür braucht es ein bürgerlich-föderales Gesundheitsmodell, das alle inhaltlichen Voraussetzungen für eine humane medizinische Versorgung erfüllt.