

Gesundheitspolitisches Programm

Bündnis C – Christen für Deutschland

Entwurf

Inhaltsverzeichnis

1. Menschenbild	2
2. Krankheit, Gesundheit, Heilung und Pflege	2
3. Eigen- und Mitverantwortung	4
4. Finanzen	4
5. Europa und weltweit	6
6. Strukturelle Ziele, medizinethische Schwerpunkte und erste 10 Schritte	8
6.1 Strukturelle Ziele	8
6.2 Medizinethische Schwerpunkte	9
a. Bioethische Grundlagen (Menschenbild)	9
b. Abtreibung	9
c. Genforschung / Gen-Editing	9
d. Reproduktionsmedizin	10
e. Organspende	11
f. Prävention und Gesundheitsförderung	12
g. Palliativmedizin	13
h. Altenpflege	14
i. Betreuung behinderter Menschen	16
6.3 Die ersten 10 Schritte	16
7. Beziehung und Abgrenzung zu anderen Parteien / USP	17

Anmerkung: Schnittstellen zu anderen Politikfeldern sind rot markiert, Schlüsselwörter des Programms grün.

1. Menschenbild

- a. Jede Handlung eines Teilnehmers des Gesundheitswesens ist geprägt von dem Menschenbild dieses Teilnehmers oder seines Auftraggebers. Dieser Grundsatz gilt sowohl für die Politik, die Krankenkassen und andere Organe der Verwaltung als auch für Ärzte, Therapeuten und Patienten.
- b. Daher ist es notwendig, das diesem gesundheitspolitischen Programm zugrundeliegende Menschenbild zu benennen:
Der Mensch ist kein Zufallsprodukt der Natur, sondern ein gewolltes Geschöpf Gottes. Der Mensch bezieht seine Identität als Person aus der Ebenbildlichkeit Gottes. Er ist eine Einheit von Körper, Seele und Geist. Er ist beauftragt, in der Schöpfungsordnung Gottes sein Leben zu entfalten. Der Mensch steht dabei in Beziehung zu Gott, zu sich selber, zum Mitmenschen und zur Umwelt.
- c. Die Überprüfung heutiger Handlungen im Gesundheitswesen sowie die Suche nach Antworten auf zukünftige Herausforderungen erfolgt an dem unverrückbaren Fundament des **Christlichen Menschenbildes**: alle Menschen sind gleich wertvoll, unabhängig von Ihrer kulturellen Zugehörigkeit, Ihrer Religion, Hautfarbe, Nationalität und Abstammung, sowie ihres Alters und Geschlechts.
- d. In der ethischen Ausrichtung sehen wir den Menschen nicht als autonomes Wesen, sondern in seiner **Beziehung zu Gott, dem Mitmenschen und der Umwelt**. In allen drei Dimensionen ist er zugleich angewiesen und verantwortlich. Die Liebe ist die grundlegende Dimension des Menschseins. Der menschlichen Fürsorge geht die liebende Fürsorge Gottes voraus. Bündnis C setzt sich dafür ein, dass eine Ethik der Fürsorge den Umgang mit gesundem und krankem, mit unheilbarem oder vermeintlich sinn- oder wertlosem menschlichen Leben in und außerhalb des Gesundheitswesens und der Pflege bestimmt.
- e. Krankheit gehört zu der von Gott abgefallenen Schöpfung (Gen 3) und ist ein Vorzeichen der Sterblichkeit des Menschen (2Kor 4,16). Jede Medizin und jedes Gesundheitssystem ist begrenzt und wird den Tod auf Dauer nicht verhindern. Wir sollen unseren Körper aber pfleglich behandeln (1Kor 6,19). Daraus ergibt sich auch die Konsequenz, gesundheitsschädigende Faktoren zu meiden (Eph 5,18).

2. Krankheit, Gesundheit, Heilung und Pflege

- a. Krankheit und Tod sind Teil der durch den Menschen verletzten Schöpfungsordnung.
- b. Pflege, Medizin und Therapie verstehen sich daher als barmherzige Linderung der Not des Menschen im Geiste und nach dem Vorbild Jesu Christi.

- c. Der Begriff der Heilung bzw. des Heilwerdens beschreibt über den klassischen physischen Heilungsprozess hinaus einen geistig-seelisch-leiblichen Wachstumsprozess, der schlussendlich zu einem ganzheitlich gesunden Lebensstil führt und herausfordert. So gesehen ist Heilung durch Einzelne oder Gruppen nicht einforderbar.
- d. Krankheit wird zu einem hohen Anteil durch Eigen- oder Fremdschuld verursacht und stellt damit ein Beziehungsgeschehen dar, das den Verursacher nicht völlig aus seiner Verantwortung für sich selbst und seinen Nächsten entlassen darf, wie es im heutigen Gesundheitswesen häufig geschieht.
- e. **Bindungssicherheit** wurde als stärkster Resilienzfaktor für psychische Gesundheit nachgewiesen, eine unsichere Bindung als größter Risikofaktor. Gesundheits- und **familienpolitische Maßnahmen müssen hier ineinandergreifen**. Dabei sollen von diesem Programm Impulse zur Wiederherstellung und Förderung der **Vater-Mutter-Kind-Familie** ausgehen.
- f. Als zweite Säule tragfähiger Beziehungen soll eine Förderung der Entwicklung nachbarschaftlicher Vernetzung und gegenseitiger Unterstützung zur Bewältigung zukünftiger Herausforderungen des Gesundheitswesens entstehen. Dies umfasst die **Wiederbelebung nachbarschaftlicher Beziehungen** der Menschen in einer Straße, Stadtviertel oder Dorf mit dem Ziel der gegenseitigen Unterstützung, Betreuung und Integration der Schwächsten und Hilfsbedürftigen in die Gesellschaft. Dazu gehört auch die **Förderung der häuslichen Pflege** in Verbindung mit Familienangehörigen, Freunden, Hilfskräften oder Nachbarn.
- g. Auch andere gesellschaftliche Gruppen, die sich dazu berufen fühlen, insbesondere die Christlichen Kirchen und Christlichen Vereinigungen im Heilungsdienst werden neu eingeladen. Ziel ist ein gesellschaftspolitischer Diskurs über die verschiedenen Umgangsformen mit Krankheit und Pflege, aber auch die konkrete Mithilfe an Kranken und pflegebedürftigen Personen in enger Zusammenarbeit mit den staatlichen Stellen: **Kirche und Staat - Hand in Hand** – zum Wohle der Menschen, die sich dafür offen zeigen.
- h. Eine besondere Rolle im Gesundheitswesen der Zukunft kommt auch den Firmen und Institutionen zu, die mehrere Mitarbeiter beschäftigen. Die **Förderung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM)** in seinen verschiedenen Ausprägungen liegt im originären Interesse des Arbeitgebers und kann ein wesentlicher gesellschaftspolitischer Erfolgsfaktor vor allem in der Prävention von Krankheiten werden.
- i. Gemeinsam soll ein neues Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Pflege entwickelt werden, weg von der heutigen ökonomisierten Prämisse. Ein Arztbesuch darf nicht auf das Niveau einer Autoreparaturwerkstatt, in dem die Operation zur Reparatur degeneriert, reduziert werden. Therapie muss umfassender sein als die Tablette, die als schnellstmögliche Lösung eines Problems fungiert, ohne dass der Mensch nach etwaigen Ursachen der

Erkrankung forschert und dieser ggf. durch die oftmals viel schwierigere Änderung des Lebensstils begegnet. Ein weiterer Auswuchs dieser Entwicklung ist der Irrtum, dass der Mensch einen Rechtsanspruch auf Gesundheit zu haben glaubt.

3. Eigen- und Mitverantwortung

- a. Ungesunde Ernährung, riskante Lebensstile und Suchterkrankungen liegen insbesondere in der Eigenverantwortung eines jeden Menschen. Mitverantwortlich dafür sind jedoch auch die Produzenten gesundheitsschädigender und suchtfördernder Produkte wie Drogen, Nikotin, Alkohol und Zucker. Denn obwohl der Mensch grundsätzlich frei ist in seinen Entscheidungen, so ist er doch täglich nahezu ununterbrochen einem **Werbebombardement** ausgesetzt, durch das er stetig in Versuchung geführt wird. Durch Geschmacksverstärker und sonstige Zusatzstoffe wird ein maßvoller Konsum gezielt erschwert.
- b. Die Art und Weise der Produktion von Lebensmitteln und der gesunden Ernährung kann als eine Beziehung des Menschen zur Schöpfung verstanden werden und bildet somit eine **Schnittstelle Umweltpolitik**.
- c. Die Stärkung der Eigenverantwortung und die **finanzielle Beteiligung der Mitverantwortlichen** machen das Gesundheitssystem eher zukunftsfähig als die heute geforderte einfache Vergemeinschaftung allen Fehlverhaltens in einer sogenannten Bürgerversicherung.
- d. **Auch der Staat trägt eine erhebliche Mitverantwortung**, dort wo er Wahrheiten verschleiert, geeignete Kennzahlen und Realitäten nicht erfasst und die Menschen bewusst in die Irre führt (Beispiel Abtreibung, zu frühe Fremdbetreuung von Kleinstkindern oder das Verbot von Therapien konflikthaft empfundener sexueller Präferenz). Oder dort wo er es versäumt, städtebauliche Konzepte oder verkehrstechnische Infrastrukturen zu schaffen, die es den Menschen ermöglichen, in nur wenig von Lärm oder Schadstoffen belasteten Räumen zu leben (**Schnittstelle Verkehrspolitik / Städtebau**).

4. Finanzen

Das Gesundheitssystem soll in der Form krisenfest transformiert werden, dass es sich **aus den Beiträgen der Versicherten finanzieren** kann, und im begrenzten Umfang Gewinne erwirtschaftet. Aus diesen Gewinnen soll ein **Sozialfonds** refinanziert werden, über den zukünftig Härtefälle abgewickelt werden sollen. Die jahrzehntelange geübte Praxis der Subventionierung aus dem laufenden Bundeshaushalt soll mittelfristig beendet werden. Bevor der Beitragszahler dadurch jedoch belastet wird, müssen Über- und

Fehlversorgungen und Bürokratieabbau als Einsparpotentiale genutzt worden sein.

Um dies zu ermöglichen, sind aus heutiger Sicht folgende Veränderungen bei allen Beteiligten des gesundheitspolitischen Systems erforderlich:

- a. Komplexitätsreduzierung und Bürokratieabbau in der Struktur und den Entscheidungsprozessen des deutschen Gesundheitswesens.
- b. Prüfung von Einsparpotentialen bei Überversorgungen (z.B. MRT, Katheter-OPs)
- e. Findung einer gerechten und fairen Preispolitik gemeinsam mit der Pharmaindustrie. (z.B. bei der Festsetzung der Medikamentenpreise vor Markteinführung, Preisbindung) Es soll der Grundsatz gelten, dass ein neues Medikament maximal zum Preis seines am meist vergleichbaren Vorgängermedikamentes angeboten werden darf. Ausnahme hiervon bilden lediglich Medikamente, bei denen in unabhängigen Studien ein so außergewöhnlicher Zusatznutzen nachgewiesen wurde, dass ein höherer Preis gerechtfertigt scheint. Unter anderem ist für die Preisfindung ein Vergleich zum Verkaufspreis im Ausland hinzuzuziehen.
- f. Zur Reduktion der überbordenden Medikamentenvernichtung soll die Entwicklung eines sogenannten „Medika-Tafel-Systems“ zur Vermarktung unbenutzter aber nicht abgelaufener Medikamente geprüft werden.
- g. Verstärkung der Qualitätskontrollen beim Import von im Ausland produzierten Medikamenten, alternativ Rückholung der Medikamentenproduktion ins Inland bzw. nach Europa.
- h. Verstärkung des Miteinanders und gleichzeitigen Wettbewerbs sowohl zwischen gesetzlichen Krankenkassen als auch zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungsträgern. Neben der Stärkung des Wettbewerbs sollten beide Systeme voneinander lernen. So sollte z.B. für die privaten Krankenversicherer ein Aufnahmewang gelten bei erschwinglichen Beiträgen, und die gesetzlichen Krankenkassen sollten Belohnungselemente wie Beitragsrückgewähr und Tarife mit Selbstbehalten und Beitragsrückgewähr auch ohne 3-jährige Vertragsbindung einführen dürfen. Der Wechsel von einem System in das Andere soll in beide Richtungen erleichtert werden. Die Schließung von gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsgesellschaften unabhängig von Ihrer Größe ist bei unzureichender Wettbewerbsfähigkeit in Kauf zu nehmen. Die Übernahme der Versicherten in andere Gesellschaften wird in beiden Systemen garantiert.
- i. Erhöhung der Transparenz für den Patienten in allen Wirkungsmechanismen des Gesundheitssystems, z.B. durch Übersendung der bei den GKV gespeicherten Patientenakte wie auch von verständlich lesbaren Arztrechnungen auf Anforderung des Patienten.

- j. Mittelfristige Abschaffung von Fehlanreizen für die Kassen wie dem Morbi-RSA (Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich).
- k. Erhöhung der Inanspruchnahme der Verursacher und Beteiligten von Verletzungen, Krankheiten, Mangelercheinungen, Fehl- und Überernährung, Drogensucht mittels Vereinfachung der juristischen Belangung dieser (z. B. Erleichterung von Regressforderungen für die Krankenkassen und Krankenversicherer - **Schnittstelle zum Justizministerium**). Verstärkte steuerliche Inanspruchnahme der alkohol-, nikotin- und zuckerverarbeitenden Industrien, die vollständig in die Refinanzierung des Gesundheitswesens fließen. (Zuckersteuer - **Schnittstelle Finanzpolitik**)
- l. Die beiden besten Förderwege zur Gewinnung junger Menschen in den Arztberuf und Gesundheitsfachberufe wie Krankenpfleger sind einerseits ein erleichterter Zugang (Senkung des NC für Landärzte) und die wirksame Verbesserung der Bezahlung. Langfristig wird wieder angestrebt, dass z. B. ein Pfleger oder eine Pflegerin in Deutschland alleine seine/ ihre Familie ernähren können muss. Um Mediziner und Pflegekräfte im Beruf zu halten, müssen die Arbeitsbedingungen verbessert und familienfreundlicher gestaltet werden.
- m. Abschaffung der Budgetierung, da nicht einsehbar ist, warum Ärzte ohne Entlohnung arbeiten sollten. Hier liegen auch mögliche Ursachen für unterschiedliche Terminvereinbarungsgeschwindigkeiten zwischen GKV – und PKV Versicherten, die nicht zu akzeptieren sind.
- n. Erhöhung der Wahrhaftigkeit im Arzt – Patientenverhältnis zur Vermeidung unnötiger Arztinanspruchnahmen und Krankschreibungen. Um dies zu ermöglichen, ist unter anderem eine wesentlich verbesserte Strukturierung und Vergütung des Arzt-Patientengesprächs zwingend erforderlich.
- o. Erhöhung der Eigenverantwortlichkeit durch Belohnungssysteme für Versicherte wie niedrigere Prämien (dafür mit Selbstbeteiligungen), Belohnungen für die Intensivierung von Präventions – und Bildungsmaßnahmen (Ernährungskurse - **Schnittstelle Bildungspolitik**) sowie Belohnungen für die Nichtinanspruchnahme des Systems durch Beitragsrückgewähr.

5. Europa und weltweit

- a. Gesundheitspolitik obliegt, gemäß dem Vertrag von Amsterdam, grundsätzlich nicht der Zuständigkeit der EU, sondern der Nationalstaaten und soll dort auch angesiedelt bleiben. Allerdings können auf europäischer Ebene Verbesserungen und Innovationen gefördert und vorgeschlagen werden, zu deren Formulierung und Umsetzung sich die Nationalstaaten eigenständig nicht in der Lage sehen, bzw. wo ein gemeinsames europäisches Handeln

notwendig ist (z.B. Umweltschadstoffe als Krankheitsverursacher - **Schnittstelle Europapolitik**).

- b. Im Gesundheitswesen sollte aus folgenden Gründen **von dem Versuch vereinheitlichender europäischer Maßnahmen abgesehen werden**:
- Die Gesundheitssysteme der Europäischen Länder sind und bleiben sehr unterschiedlich. Dies betrifft sowohl die Finanzierungsarten, die länderspezifischen Kostenstrukturen und die unterschiedlichen Versorgungsaufträge und somit Leistungsumfänge in den Nationalstaaten Europas.
 - Aufgrund des hohen Versorgungsniveaus der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland im europäischen Vergleich besteht die Gefahr der gezielten Einwanderung und Nutzung des deutschen Gesundheitssystems. Erfolgt dies ohne adäquate Beitragszahlung, droht eine Überlastung der Systeme. Die vorgelagerte private befristete Krankenversicherung bietet insbesondere ausländischen Mitbürgern eine gute Versorgung und bewahrt die gesetzlichen Systeme zusätzlich vor weiteren Belastungen.
- c. Zur Überprüfung der unter b. genannten Thesen ist die Ermittlung von Kennzahlen über die Ausgabenstrukturen der EHIC (Europäische Versichertenkarte), die Volumina der Zahlungen Deutscher Krankenkassen ins weltweite Ausland, der Krankenversorgungsleistungen der Kommunen für ausländische hilfsbedürftige Menschen sowie deren teilweise kostenlose GKV-Versorgung abzubilden. Je nachdem welche Erkenntnisse aus diesen Kennzahlen gewonnen werden, könnte der **Geltungsbereich** der Gesetzlichen Krankenversicherung mittelfristig wieder **auf Deutschland/ Europa begrenzt** werden. Der Zugang zur Gesetzlichen Krankenversicherung müsste zukünftig ggf. nur denjenigen gewährt werden, die über die deutsche/ europäische Staatsangehörigkeit oder eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis in Deutschland verfügen. Allen anderen Personengruppen können alternativ auf die Angebote der privaten Kranken- und Reisekrankenversicherungen zurückgreifen. In Notsituationen könnten diese durch staatliche Beitragszuschüsse voll- oder teilfinanziert werden. Im Allgemeinen würde dann der Grundsatz gelten: Wer ins Ausland reist, ob beruflich oder privat kann sich auch eine private (Reise)-Krankenversicherung leisten.
- d. Dies würde dann auch für die bisherigen Entsenderegularien gelten, die den Geltungsbereich der GKV auf alle Länder der Welt auch außerhalb der Europäischen Union ausdehnt. Auch hier wäre es alternativ den Firmen zuzumuten, auf private Versicherungslösungen zurückzugreifen.

6. Strukturelle Ziele, medizinethische Schwerpunkte und erste 10 Schritte

6.1 Strukturelle Ziele

- a. Beendigung der staatlich subventionierten Tötung der Ungeborenen mit Investitionen in Höhe von 33 Mio. EUR (ca. Wert 2017¹). Sofortige Umsteuerung desselben Betrages in die Unterstützung werdender Mütter bereits im ersten Jahr unserer politischen Mitgestaltungsmöglichkeit. Zusätzlich soll die Gewissensfreiheit aller im Gesundheitssystem agierenden pflegenden Kräfte sichergestellt werden. Niemand soll zukünftig mehr beruflich gezwungen, bedrängt oder benachteiligt werden, sofern er bestimmte Eingriffe aus Gewissengründen ablehnt.
- b. In den ersten 2 Jahren unserer Regierungsverantwortung wird ein Verfahren etabliert, welches verlässliche und objektive Kennzahlen liefert zu allen sich um die Abtreibung ergebenden Fragestellungen. Dies umfasst sowohl die tatsächlichen Fallzahlen, als auch die in Kausalität dazu stehender Krankheitskosten wie z.B. die posttraumatische Belastungsstörung (früher Post-Abortion-Syndrom). Diese Kennzahlen sind für eine nachhaltige Umsteuerung gesundheitspolitischer Maßnahmen erforderlich.
- c. Transformation des deutschen Gesundheitswesens in der Form, dass zum Ende der Legislaturperiode, für die wir regierend in Verantwortung waren, erstmalig keine Subventionierung des Gesundheitswesens aus dem laufenden Staatshaushalt mehr erfolgt.
- d. Erstauszahlungen für Härtefälle aus dem neugegründeten Sozialfonds im letzten Jahr der Legislaturperiode, für die wir in Regierungsverantwortung gewählt wurden.
- e. Zum Ende der Legislaturperiode sollen ebenfalls die Engpässe im Fachkräftemangel spürbar verbessert worden sein. Zu den Maßnahmen gehören in dieser Reihenfolge: 1. die Steigerung der Attraktivität des Berufsbildes von Pflegekräften u. a. durch Verbesserung der Gehälter 2. die Senkung des NC für Landärzte in Ausbildung, sowie 3. die Aus- und Weiterbildung medizinischen Fachpersonals aus europäischen Nachbarstaaten.

¹ 32,6 Mio EUR ermittelt auf der Grundlage von Spieker „Der verleugnete Rechtsstaat“, 2005, S12+S13 i. V. m. Bundesdrucksache 15/1556, S. 67+68, Anfrage Hubert Hüppe

6.2 Medizinethische Schwerpunkte

a. Bioethische Grundlagen (Menschenbild)

Das christliche Menschenbild unterscheidet den Wert (und die Würde) vom Nutzen (Gebrauchswert) einer Person. Die Würde des Menschen stellt einen Selbstwert dar, der nicht nach Gesichtspunkten des Nutzens zu quantifizieren ist. Diese Würde kommt grundsätzlich allen Menschen in gleicher Weise zu. Der Mensch ist nicht nur im Kindesalter, sondern das ganze Leben auf Beziehungen zu anderen Menschen angewiesen: nicht nur, wenn er durch Krankheit eingeschränkt, körperlich oder geistig behindert ist, sondern auch, wenn er als gesunder Mensch vermeintlich „autonom“ agiert. Dieses lebenslange Angewiesensein findet seinen Ausdruck in der Fürsorge für Andere. Diese Fürsorge tritt bei kranken und behinderten Menschen am deutlichsten hervor. Das Angewiesensein auf Andere entwürdigt den Menschen keineswegs. Nicht die größtmögliche Autonomie, sondern Liebe und Fürsorge sind die grundlegende Dimension des Menschseins. Aufgabe von Menschen ist es, in ihrem Handeln der Fürsorge für Andere zu entsprechen.

b. Abtreibung

Entwickelt werden soll ein Programm, welches mutmachend auf werdende Mütter und Väter wirkt, um diesen eine möglichst unproblematische Schwangerschaft und Entbindung zu ermöglichen. Die heutige staatliche Subvention in Form von Kostenerstattung für die Tötung Ungeborener in Höhe von ca. 33 Mio. EUR jährlich wird umgelenkt zur Förderung und Unterstützung von Paaren, die ein Kind erwarten, und schwangeren Frauen, die von ihren Partnern im Stich gelassen wurden.

c. Genforschung / Gen-Editing

Genom-Editing-Technologien versprechen neuartige und leistungsfähige Ansätze zur Modifikation genomischer Sequenzen und sollen zur Behandlung vieler menschlicher Erkrankungen, wie z.B. Hämophilie, Sichelzellenanämie und verschiedener Krebsformen eingesetzt werden. Die CRISPR/Cas9-Technologie (Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats) eröffnet Möglichkeiten, das Genom von Pflanzen, Tieren und Menschen auf einfache und effektive Weise mit höchster Präzision zu verändern. Damit können mittels einer Art „Gen-Schere“ nicht nur somatische Zellen behandelt, sondern auch in die menschliche Keimbahn eingegriffen werden. Allerdings ist umstritten, ob die Treffsicherheit der Methode garantiert werden kann. Das Cas9-Protein kann eventuell auch andere Bereiche des Genoms schneiden (off-target-Effekte). Weitergehend warnen Kritiker davor, dass die Auswirkungen solcher Eingriffe in die Keimbahn auf spätere Generationen nicht absehbar sind. Es stellen sich zunehmend auch ökonomische und rechtliche Fragen wie z.B. nach

der Patentierung. Während der zukünftige mögliche Einsatz von CRISPR/Cas9 an individuellen Menschen im somatischen Bereich mit den genannten Risiken potentiell neue therapeutische Optionen bieten könnte, ist der Eingriff in die menschliche Keimbahn hoch umstritten. Zur Wahrung der menschlichen Identität und seiner Würde gehört, Menschen nicht anhand eines von anderen entworfenen Bauplans zu konstruieren oder gar gezielt zu produzieren. Diese Unterscheidung zwischen der Genombearbeitung in somatischen Zellen und in Keimzellen ist daher entscheidend.

Bündnis C hat, wie auch viele andere Parteien, ernsthafte Bedenken hinsichtlich der Sicherheit und der ethischen Auswirkungen des Keimbahn-Editings. In Deutschland ist derzeit eine solche Forschung durch das Embryonenschutzgesetz verboten. Es gibt allerdings Vorstöße einzelner Wissenschaftler z.B. aus dem Umkreis der Wissenschaftsakademie „Leopoldina“, das Gesetz zu ändern. Es sollen laut einem Diskussionspapier (03/2017) Embryonen, die im Rahmen einer In-Vitro-Infertilisation (IVF) erzeugt wurden, für Forschungszwecke freigegeben werden, wenn sie entweder als nicht entwicklungsfähig eingestuft werden oder wenn die potentiellen Eltern sich gegen eine Schwangerschaft entscheiden.

Bündnis C spricht sich für ein Moratorium zur Anwendung von Genome-Editing an menschlichen Embryonen aus. Wissenschaftliche Forschung, deren Ergebnisse derart grundlegende Auswirkungen auf das menschliche Selbstverständnis haben, muss stärker gesellschaftlich eingebettet sein und darf keine interne Angelegenheit der wissenschaftlichen oder medizinischen Community bleiben. Keimbahn-Intervention und verbrauchende Embryonenforschung sollen aus ethischen Gründen weiterhin verboten bleiben, so dass Manipulation und Selektion mittels der Gen-Schere ausgeschlossen bleiben.

d. Reproduktionsmedizin

Reproduktionsmedizinische Maßnahmen, wie z.B. die In-vitro-Fertilisation, zielen auf die Geburt eines Kindes bei Paaren mit unerwünschter Kinderlosigkeit. Die bisher verwendeten Verfahren sind nach wie vor ineffektiv und mit erheblichen psychischen, physischen und finanziellen Belastungen für die kinderlosen Paare verbunden. Viele Techniken wie z.B. die im Ausland angebotene anonyme Eizellspende sind zudem rechtlich umstritten (verfassungsrechtlich gegebenes Recht auf Kenntnis der Abstammung). Zudem besteht die Gefahr der Kommerzialisierung solcher Leistungen. Im Ausland wird beispielsweise der sog. „Single Embryo Transfer“ angeboten, bei der künstlich befruchtete Eizellen nach morphologischen Gesichtspunkten in „Güteklassen“ eingeteilt werden. Bündnis C lehnt die Anwendung dieser aus der Wirtschaft übernommen Klassifikation auf entwicklungsfähige Embryonen strikt ab, da die weniger aussichtsreichen ausgeschlossen und entsorgt werden.

Wir plädieren für eine Beibehaltung des Verbots des Single-Embryo-Transfers in Deutschland, da dieser unausweichlich mit der Entstehung zusätzlicher, als minderwertig klassierter Embryonen verbunden ist, die dann verworfen werden (selektiver Fetozid). Die Schutzwürdigkeit des Embryos gegenüber den Interessen ungewollt kinderloser Paare ist durch diese Methode nicht mehr gegeben. Embryonen werden bewusst mit dem Ziel einer höheren Erfolgsrate für Schwangerschaften geopfert.

Wir treten gegen die zunehmend gesellschaftlich vertretene Ansicht ein, Embryos nicht als Menschen zu betrachten. Embryonen haben in sich selbst das Potential, sich zu einem vollständigen menschlichen Organismus zu entwickeln. Embryonen sind nicht von der Gattung Mensch zu trennen. In Embryonen ist bereits die Individualität des Menschen angelegt. Es gibt keine Stadien der Entwicklung, die einen Übergang des Embryos vom „Nicht-Menschen“ zum Menschen markieren. Bündnis C setzt sich daher für eine Gesetzgebung ein, die nicht nur den menschlichen Würdestatus des Embryos festschreibt, sondern auch den Embryo konsequent schützt. Dies gilt besonders für die Techniken der Reproduktionsmedizin.

Ethische Leitlinie von Bündnis C ist für die Reproduktionsmedizin, dass es kein Recht auf ein Kind gibt. Ungewollt kinderlose Paare sollen die bestmögliche Beratung und Begleitung erhalten. Die Erfüllung ihres Kinderwunsches hat jedoch seine Grenze, wo dafür das Leben von Embryos geopfert wird. Ebenso lehnt Bündnis C jede Form von Leihmutterchaft ab. Wir befürworten und vereinfachen stattdessen die Adoption ungewollter Kinder durch verheiratete Paare.

e. Organspende

Ende der 1960er Jahre wurde als Feststellung des Todeszeitpunkts die bis dahin gültige Definition des „Herztodes“ durch die Definition des „Hirntodes“ einer Kommission der Harvard Medical School abgelöst. Damit wurde der Transplantationsmedizin der Weg freigemacht, um lebensfrische Organe zu erhalten. Das Gehirn gilt seitdem als das entscheidende Lebensorgan. Mit dem Tod des Gehirns funktionieren basale Grundantriebsmechanismen des Körpers wie die Atmung, das Bewusstsein oder die Regulation des Salz-/Wasserhaushaltes nicht und können auch nicht mehr wiederhergestellt werden. Andererseits schlägt das Herz weiter, der Mensch kann seine Körpertemperatur regulieren, bewegt sich spontan und reagiert auf Berührung. Beim Aufschneiden des Körpers zur Organentnahme kommt es häufig zu Blutdruck-, Herzfrequenz- und Adrenalinanstieg. Deshalb bekommen Spender bei der Organentnahme muskelentspannende Mittel und Opiate oder sogar eine Vollnarkose. Auch wenn das Gehirn ein wichtiges Organ zur Aufrechterhaltung des Lebens ist können wissenschaftlich nachweisbar zahlreiche komplexe Organfunktionen (Herz-Kreislaufsystem, Leber, Nieren,

Hormon- und Immunsystem) auch ohne intaktes Gehirn aufrechterhalten werden. Wir erachten die Hirntod-Definition aus diesen Gründen als willkürlich und den Hirntod nicht als Tod des Menschen, sondern als Stadium des Sterbeprozesses.

Kranke werden in diesem Setting dazu verführt, auf den tödlichen Unfall eines gesunden Menschen zu hoffen, um den eigenen Tod zu verhindern. Die Transplantationsmedizin suggeriert damit, dass es ein Recht auf ein fremdes Organ gebe. Damit werden die Grenzen der Heilkunst überschritten. Wir sehen dahinter ein materialistisches Menschen- und Weltbild, das den Tod mit allen Mitteln hinauszögern will. Transplantierte können nur bedingt als geheilt gelten. Der Körper wehrt sich naturgemäß gegen das fremde Organ. Medikamente mit zahlreichen Nebenwirkungen sollen das Abstoßen verhindern und setzen dafür die Immunreaktion des Körpers gefährlich herab. Der menschliche Körper ist offensichtlich kein Ersatzteillager, sondern jeder ein originales Geschöpf mit einer einzigartigen DNA.

Wir sehen die Transplantationsmedizin als riskante Methode kurzzeitiger Lebensverlängerung, die häufig das Leiden verlängert, dem der Tod das natürliche Ende setzt. Zudem ist sie mit extrem hohen Kosten verbunden, während die Budgets für einfach heilbare Krankheiten immer mehr limitiert werden. Wir sagen deshalb nicht dem Organmangel, sondern der Hirntod-Definition und der damit arbeitenden Transplantationsmedizin den Kampf an. Wir lehnen jeden politischen Druck zur Organspende ab, insbesondere eine Widerspruchslösung. Organspende ist kein Akt der Nächstenliebe, wenn man im Sterben seine Organe nicht mehr braucht und sie zur anonymen Verwendung freigibt. Nächstenliebe kann sich nur im Leben und gegenüber dem Nächsten erweisen. In einer beziehungsorientierten Sicht sind deshalb nur freiwillige Lebendspenden zu rechtfertigen, wo eine Beziehung zwischen Spender und Empfänger besteht oder hergestellt wird und niemand zu Tode kommen muss, damit ein Organ geliefert wird. Nur so wird dem Organhandel der Boden entzogen, dem überall in der Welt Menschen geopfert werden.

f. Prävention und Gesundheitsförderung

Das Gesundheitssystem in Deutschland stellt traditionell die Therapie von Erkrankungen in den Mittelpunkt der Versorgung. In den letzten Jahren gibt es Bemühungen der Gesundheitspolitik, die Prävention zu stärken. Durch die steigende Lebenserwartung wächst der Anteil von chronisch Kranken. Diese Veränderungen im Krankheitsspektrum und die damit verbundenen finanziellen Belastungen sind der Anlass für die Umstellung der Gesundheitspolitik. Chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs, Typ-2-Diabetes und Demenz, die gehäuft zusammen auftreten (Multimorbidität), führen zu einem dauerhaften Versorgungsbedarf der Betroffenen im Gesundheits- und Sozialsystem sowie im familiären Umfeld.

Bündnis C setzt sich neben der Prävention dieser Erkrankungen für eine Stärkung der Gesundheitsförderung ein. Die WHO definiert Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta als „Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986). Bei Gesundheitsförderung geht es um ein Handeln auf der Basis von „Schutzfaktoren“ und eine Stärkung von Ressourcen bei Individuen und gesellschaftlichen Gruppen, die Voraussetzungen für eine verbesserte Gesundheitsentwicklung darstellen. Zu diesen gesundheitsrelevanten Bereichen zählen soziale und wirtschaftliche Faktoren (z.B. Bedingungen am Arbeitsplatz, soziale Netzwerke), Umweltfaktoren (z.B. Luft- und Wasserqualität, Wohnbedingungen), Lebensstil (z.B. Bewegung, Ernährung, Drogenkonsum, Stressbewältigung) und Zugang zu gesundheitsrelevanten Angeboten (z.B. Bildungsangeboten, Freizeitmöglichkeiten).

Bündnis C setzt sich für eine Stärkung der Gesundheitsförderung im gesamten gesellschaftlichen Umfeld, nicht nur bei den gesundheitspolitischen Akteuren ein. Statt staatlicher Steuerung setzen wir darauf, im öffentlichen Sektor ein Problembewusstsein zu fördern und innovative Lösungsansätze auf verschiedenen Handlungsebenen zu entwickeln. Gesundheitsförderung muss dort verankert werden, wo Menschen leben und arbeiten. Die soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen erfordert an dieser Stelle besondere Beachtung. Es besteht derzeit die Gefahr, dass durch das neue Präventionsgesetz (2017) und die Betonung der individualisierten (mittelschichtsbezogenen) Krankheitsprävention die soziale Ungleichheit in Deutschland weiter zunimmt. Der Hauptansatz der Gesundheitsförderung sollte nach unserer Auffassung darin bestehen, ein gesundes Interesse an der körperlichen Gesundheit zu wecken, ohne körperliche Fitness zu vergöttern oder ein Leben völlig ohne Krankheit erzielen zu wollen.

g. Palliativmedizin

Der Wunsch vieler moderner Menschen ist es, das eigene Leben vollkommen kontrollieren zu können. Dies schließt auch das Ende des Lebens mit ein. Lebenssituationen, in denen z.B. krankheitsbedingt diese Kontrolle nicht mehr möglich ist, werden als defizitär empfunden. Dabei wird übersehen, dass Sterben eine wichtige Lebensphase ist, in der schrittweise die Kontrolle verloren wird und man sich irgendwann ganz in die Pflege anderer Menschen begeben muss. Patientenverfügungen suggerieren, dass ein würdevolles Sterben nur dann möglich ist, wenn man die komplette Kontrolle über das Geschehen behält. Dabei wird übersehen, dass Sterben vielschichtiger verläuft als es durch die Patientenverfügung abgebildet werden kann. Wir treten dafür ein, Patientenverfügungen ernst zu nehmen, deren Grenzen im konkreten

Sterben eines Menschen aber mehr anzuerkennen. Ein „gutes Sterben“ darf z.B. niemals darauf reduziert werden, was der Betroffene gewünscht hat. Dies betrifft auch den Bereich der Tötung auf Verlangen. Wir treten dafür ein, dass alle Anstrengungen unternommen werden, dass niemand den Eindruck haben muss, es sei besser zu sterben als weiterzuleben. Wir setzen uns dafür ein, dass in Medizin und sozialen Einrichtungen, Sterbende ein Umfeld vorfinden können, in dem sie Begleitung und Zuwendung finden. Dazu gehört auch, dass die moderne Medizin die Grenze des Machbaren anerkennt.

Konkret setzen wir uns für einen finanziellen Ausbau der Palliativmedizin im ambulanten und stationären Bereich ein. Dies betrifft auch den Bereich der Forschungsförderung, wo derzeit ein fast ausschließlicher Fokus auf der kurativen Medizin liegt. Wir fordern weiter, dass qualitativ hochwertige Palliativangebote niedrigschwellig angeboten und in die allgemeine Versorgung besser integriert werden. Dazu gehört auch die Fort- und Weiterbildung der beteiligten Berufsgruppen. Die palliative Pflege erfordert einen hohen personellen Aufwand. Daher fordern wir, dass die Vergütung den pflegeintensiven Versorgungsbedarf besser abdeckt. Dazu gehört auch die Festlegung von Mindestgrenzen für Pflegepersonal in palliativ tätigen Einrichtungen. Politisch müssen zusammen mit Akteuren im Gesundheitswesen allgemeine Qualitätskriterien für Palliativeinrichtungen formuliert und die Finanzierung geregelt werden. Dazu gehört auch die Förderung ehrenamtlich tätiger Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Unter Versorgungsgesichtspunkten ist weiterhin wichtig, den Bedarf an ambulanten und stationären Palliativeinrichtungen in Deutschland zu ermitteln und ein flächendeckendes Angebot sicherzustellen.

Als christliche Partei setzen wir uns bewusst dafür ein, den Tod in der Gesellschaft nicht weiter zu verdrängen (Psalm 90,12), sondern ein gesamtgesellschaftliches Umfeld zu fördern, in dem Menschen in Würde sterben können und dabei von Pflegekräften und Angehörigen liebevoll und kompetent begleitet werden. Dazu gehört auch die bessere Verankerung der Palliativmedizin in der Sozialgesetzgebung und Pflegeversicherung.

h. Altenpflege

Die Anforderungen an die Pflege haben sich stark verändert. Der Anteil alter Menschen mit multimorbiden Krankheitsbildern und Demenzerkrankungen steigt. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes waren 2015 in Deutschland etwa 2,9 Millionen Menschen pflegebedürftig. Davon wurden 70% (rund 2,0 Millionen Menschen) zu Hause von Angehörigen gepflegt.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz wurde 2017 nach langer Diskussion eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung vorgenommen. Unter anderem wurde ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, der neben den körperlichen im gleichen Umfang die kognitiven und psychischen

Beeinträchtigungen berücksichtigt. Anstatt der drei Pflegestufen gibt es fünf Pflegegrade, zudem werden die Leistungshöhen verändert. Die Umstellung auf Pflegegrade ermöglicht eine differenziertere Einschätzung des benötigten Pflegeaufwandes, stellt aber auch eine Herausforderung für die Pflegeeinrichtungen dar.

Für Menschen mit pflegebedürftigen Angehörigen ist es oft schwierig eine gute Balance zwischen Pflege und Beruf zu finden. 2015 trat das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf in Kraft. Angehörige, die Zeit für die Organisation einer akut aufgetretenen Pflegesituation benötigen, können bis zu zehn Tage von der Arbeit fernbleiben. Mit der Pflegezeit haben Beschäftigte einen Anspruch, sich für maximal sechs Monate von der Arbeit freistellen zu lassen oder in Teilzeit zu arbeiten, um einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen zu betreuen. Es gilt zudem ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit. Damit können Beschäftigte ihre wöchentliche Arbeitszeit für maximal zwei Jahre auf bis zu 15 Stunden reduzieren, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen.

Neben dem personellen Ausbau von Pflegeeinrichtungen sehen wir die primären Lösungsansätze zur Behebung des Pflegenotstands in der Stärkung der familiären und nachbarschaftlichen Verantwortung für Pflegebedürftige. Nach unserer Auffassung sind die Weiterentwicklung der Familienpflegezeit und der Pflegezeit richtig, alleine jedoch nicht ausreichend, um die Versorgung der zunehmenden Zahl Pflegebedürftiger sicherzustellen. Pflegende Angehörige brauchen jedoch meist längerfristige Lösungen, die wir im Rahmen der bedingten Grundsicherung mit einem Pflegegehalt sicherstellen. Neben professioneller Beratung bauen wir außerdem ambulante Hilfsdienste und Kurzzeitpflegeangebote zur Entlastung pflegender Angehöriger aus.

Um dem demografischen Wandel entgegenzusteuern, geben wir familienpolitischen Maßnahmen zur Stärkung und Aktivierung des familiären Umfelds höchste Priorität (**Schnittstelle Familienpolitik**). Neben spürbaren Auswirkungen dieser Maßnahmen auch auf die familiäre Pflege setzen wir uns für den kommunalen Ausbau ambulanter Wohn- und Pflegeformen ein.

Nach unserem christlichen Menschenbild kommt dem Einzelnen eine aktive Rolle als Mitgestalter seiner Lebenslage und seiner Umwelt zu. Dazu zählt neben der Selbstverantwortung auch die freiwillige Übernahme von Mitverantwortung im eigenen nachbarschaftlichen Lebensbereich. Darum setzen wir uns für den Ausbau von Nachbarschaftszentren ein, die durch die Verknüpfung von ehrenamtlichen und hauptamtlichen Kräften Pflege und Unterstützung von alten Menschen anbieten. Durch den systematischen Aufbau solcher Nachbarschaftszentren bieten sich angesichts des demographischen Wandels die betreuerischen, logistischen und räumlichen Voraussetzungen, um nachbarschaftliche Hilfe für das gesamte umliegende Wohnquartier anbieten zu können.

Wo die Kosten für eine Pflegeeinrichtung die finanziellen Leistungen aus der Pflegeversicherung und die finanziellen Möglichkeiten des Pflegebedürftigen übersteigen, sollen Angehörige angemessen daran beteiligt werden. Paragraph 1601 BGB regelt: "Verwandte in gerader Linie sind verpflichtet, einander Unterhalt zu gewähren." Einen Selbstbehalt von 100 000 € Jahreseinkommen, wie im Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung geplant, halten wir für zu hoch und ungerechtfertigt gegenüber der Leistung, die pflegende Angehörige erbringen. Angesichts explodierender Sozialausgaben muss das familiäre Umfeld seine Sozialverantwortung sowohl personell als auch finanziell wahrnehmen.

i. Betreuung behinderter Menschen

Dafür erbitten wir noch Zuarbeit von Experten.

6.3 Die ersten 10 Schritte

1. Sofortige Beendigung der staatlich subventionierten Tötung ungeborener Kinder (außer im Falle der Abwägung von Leib und Leben der Mutter gegen Leib und Leben des Kindes) bei gleichzeitigem Start eines Sofortprogramms in Höhe von 33 Mio. EUR jährlich zum Schutz und zur Unterstützung werdender Mütter und Ihrer Kinder.
2. Eine breite gesellschaftliche Debatte über die Möglichkeiten der Pränataldiagnostik und die Notwendigkeit ihrer Begrenzung. Werdende Eltern, die sich gegen solche vorgeburtlichen Tests entscheiden oder sogar wissentlich für ein behindertes Kind, dürfen nicht in Erklärungsnöte geraten, sondern sollten besser unterstützt werden. Angesichts der zunehmenden Möglichkeiten der Pränataldiagnostik und der begrenzten therapeutischen Konsequenzen kommt der ergebnisoffenen Beratung eine besondere Bedeutung zu. Beratung darf nicht die Botschaft vermitteln, dass die Geburt eines Kindes mit einer Behinderung unbedingt vermieden werden sollte.
3. Analyse von Missbrauchspotentialen aller Teilnehmer des deutschen Gesundheitswesens, **Entwicklung geeigneter Kennzahlen** zu deren Überwachung und Entwicklung von Lösungen, wie die bisherigen Missbräuche zukünftig reduziert werden können.
4. Analyse und Entwicklung von Vorschlägen zur Komplexitätsreduzierung des GKV Systems zum Zwecke der Erhöhung der Transparenz von Wirkungszusammenhängen, zur Vereinfachung der politischen Steuerungsmöglichkeit und Ermittlung von Einsparpotentialen.

5. Sammlung aller Vorschläge, wie das Gesundheitswesen nicht nur ohne Subventionen aus dem lfd. Haushalt auskommen kann, sondern auch wie Überschüsse generiert werden können, die dann zur Refinanzierung eines Sozialfonds zur Abfederung von Härtefällen eingesetzt werden können.
6. Stärkung des Hausarztprinzips. Vertrauen und eine Beziehung zum behandelnden Arzt sind wichtige Kriterien für Prävention und Behandlung. Die Hausarzt-Ausbildung ist aufzuwerten, Haus- und Facharzt Honorare sind anzugleichen.
7. Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Ärzte und Pflegekräfte durch Halbierung der Dokumentationspflichten und vereinfachte Abrechnungen.
8. Flächendeckende Geburtsstationen und freie Hebammen statt Abtreibungskliniken. Freie Hebammen brauchen existenzsichernde gesetzliche Rahmenbedingungen. Die Haftpflichtversicherung muss mit den Honoraren von den Krankenversicherungen getragen werden.
9. Stärkung der häuslichen Pflege mit einem bedingten Grundeinkommen für pflegende Angehörige.
10. Gesetzliche Neuregelung von Patientenverfügungen, damit die letzte Verantwortung und Entscheidung über lebensverlängernde Maßnahmen beim Patienten bzw. den Angehörigen und nicht beim behandelnden Arzt liegt.

7. Beziehung und Abgrenzung zu anderen Parteien / USP

- Als einzige Partei stellen wir verlässliche, objektivierbare und nicht willkürlich veränderbare christliche Leitlinien in das Zentrum unseres Handelns.
- Als einzige Partei planen wir gleichzeitig die Förderung der gesetzlichen Krankenkassen, der Privaten Krankenversicherung sowie den sozialpolitischen Ausbau und Stärkung der Auslandskrankenversicherung.
- Als einzige Partei fordern wir die Abschaffung der staatlichen Subventionierung des Systems durch mehrere Mrd. EUR jährlich aus dem laufenden Haushalt des Bundes. Gesundheit ist ein hohes Gut, das auch von der Politik bestmöglich geschützt und gestärkt werden soll, aber nicht den Staatshaushalt überlasten kann auf Kosten der nächsten Generation. Eine alternde Gesellschaft, die zu wenige Kinder großgezogen hat, kann nicht weiter Maximalversorgung fordern bei personell und finanziell schrumpfenden Ressourcen. Diese begrenzten Ressourcen benennen wir klar und zeigen realistische Möglichkeiten zur Sicherung der Grundversorgung auf als Kontrapunkt zu den andauernden Wachstumsutopien der anderen Parteien.
- Als einzige Partei betonen und stärken wir das Verschuldensprinzip und die Verschuldenshaftung sowie die Eigenverantwortung in der Gesundheitsfürsorge.

- Wir unterstützen die Forderung der GRÜNEN Arbeitsgruppe für Bioethik, die festgestellt hat, dass Embryonen menschliches Leben sind und den Schutz der Grünen Partei verdienen² und fordern dazu auf, dies konsequent auf den Schutz vor Abtreibung von Embryonen bis zur 12. Schwangerschaftswoche und im Falle einer Behinderung bis kurz vor der Geburt auszudehnen.
- Wir unterstützen den Bezug der CDU auf das christliche Menschenbild in ihrem Programm und fordern sie auf, ihre Gesundheitspolitik daran auszurichten. Insbesondere stellen wir uns gegen Eingriffe in die Entscheidungsfreiheit von Ärzten, Patienten und gesunden Menschen durch gesundheitspolitische Maßnahmen. Pflichtstunden für Arztpraxen und ein Verbot sog. „Konversionstherapien“ verletzen Selbstbestimmung und Therapiefreiheit, eine Widerspruchslösung für Organspenden und Impfpflicht das Recht auf körperliche Unversehrtheit.
- Wir unterstützen Strömungen in der FDP, die die privaten Krankenversicherungsgesellschaften als wesentliche Teilnehmer am deutschen Gesundheitswesen anerkennen. Für solche die das Heil allerdings in einer vollständigen Privatisierung des Gesundheitswesens sehen, empfehlen wir einen Blick in die USA, wo die Dominanz der privaten Krankenversicherungsgesellschaften zu 50 Mio. unversicherten US-Bürgern geführt hat.
- Wir würdigen Bestrebungen der SPD und der LINKEN, die die Abschaffung der sogenannten Zwei-Klassen-Medizin fordern und eine Bürgerversicherung für das rechte Modell halten. Wir können über eine Bürgerversicherung sprechen, wenn das GKV-System funktioniert und nicht wie heute Milliardenverluste Jahr für Jahr produziert. Das Wort der Zwei-Klassen-Medizin halten wir für eine unzulässige Diffamierung des vermutlich besten Gesundheitswesens der Welt. Dem setzen wir bewusst den Begriff Weltklasse-Medizin entgegen. Überdies wird es in jedem System dieser Welt immer einen Unterschied zwischen denen geben, die sich aufgrund ihres Vermögens höhere Leistungen einkaufen können, und ärmeren Bevölkerungsschichten, denen dies nicht möglich sein wird. Der Wunsch nach Auflösung dieses Konfliktes offenbart die sozialistische bzw. kommunistische Ideologie dieser Parteien.
- Im Unterschied zur AfD legen wir ein gesundheitspolitisches Programm vor, bevor wir gewählt werden, weil Gesundheitspolitik für uns kein Nebenthema ist. Wir unterstützen die Forderung nach mehr Wettbewerb im Versicherungssystem, wozu die angestrebte Abschaffung der „Zwei-Klassen-Medizin“ jedoch im Widerspruch steht. Der liberalen Grundrichtung widerspricht das auch von der AfD geforderte Verbot sog. „Konversionstherapien“. Wir halten fest, dass das deutsche

² <https://www.gruene-bundestag.de/themen/bioethik/kommt-der-genetisch-optimierte-mensch>

Gesundheitssystem grundsätzlich nicht durch Asylanten gefährdet ist, sondern durch hausgemachte Fehler, die wir korrigieren wollen.

Es steht dem Wähler frei, sich für die politische Gestaltung des Gesundheitswesens von Parteien zu entscheiden, die:

- den Menschen als ein evolutionäres Zufallsprodukt dem Tier vergleichbar betrachten wie die gesamte linke und liberale politische Szene, oder
- den Menschen zwar als ein Abbild Gottes sehen, aber um des Verlustes der Wählermehrheit willen ihre Politik nicht daran messen wie die C-Parteien, oder
- das christliche mit dem nationalistischen Menschen- und Weltbild zu vereinen suchen,

... oder für die Partei Bündnis C – Christen für Deutschland, die wir den Menschen als ein Geschöpf Gottes sehen und mit einem beziehungsorientierten, innovativen Politikansatz versuchen, unserer Verantwortung vor Gott und Menschen in unserem politischen Handeln gerecht zu werden. Dafür gilt auch in der Gesundheitspolitik:

Das christliche Zeugnis besteht in Wahrheit und Liebe!

Referenzen:

Ulrich Eibach: Menschenwürde an den Grenzen des Lebens (Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlagshaus, 2000).

Giovanni Maio: Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin (Stuttgart: Schattauer, 2017).

Klaus Hurrelmann, Matthias Richter, Theodor Klotz, Stephanie Stock (Hrsg): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien (Göttingen: Hogrefe, 2018).