



Alternative
für
Deutschland

FRAKTION IM DEUTSCHEN BUNDESTAG



© Halfpoint / stock.adobe.com

GESUNDHEITSPOLITISCHE POSITIONEN DER AfD-BUNDESTAGSFRAKTION

GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	2
Gesetzgeberische Klarstellung erforderlich	3
Keine Kopfpauschalen und keine Bürgerversicherung	4
Ende der „Zwei-Klassen-Medizin“	5
Arzneimittel- und Versorgungssicherheit anheben	6
Gemeinsam für gute Pflege – das alternative Pflegekonzept der AfD-Bundestagsfraktion	7
Rehabilitation ist keine nachrangige Medizin	8
Digitalisierung	8-9
Niederlassung auf dem Land für Ärzte attraktiver machen	10
Gesundheitswirtschaft ist nicht nur ein Kosten-, sondern auch ein wichtiger Wirtschaftsfaktor	11
Prävention ist kein Werkzeug zur Kostendämpfung, sondern zur Verbesserung der Lebensqualität	12-13
Unsere Parlamentarische Woche	14
Ausgewählte Anträge der AfD-Bundestagsfraktion zu gesundheitspolitischen Themen	14-21
Die Mitglieder des Arbeitskreises Gesundheit der AfD-Bundestagsfraktion	22

Vorwort

Unser Gesundheitssystem ist groß und teuer, aber vielfach ineffizient. Die medizinische Forschung in unserem Land liefert herausragende Ergebnisse, die Mediziner und Medizinerinnen, die unsere Universitäten verlassen, sind hervorragend ausgebildet und viele engagierte Ärzte und Ärztinnen dienen dem Wohl ihrer Patienten. Dennoch sind die Probleme unseres Gesundheitssystems unübersehbar. Unsere Gesellschaft altert, damit wachsen die Herausforderungen an die medizinische und pflegerische Versorgung, die von immer weniger Beitragszahlern gesichert werden muss. Ärzte und Ärztinnen stellen fest, wie sehr eine umfassende Bürokratie die tägliche Arbeit hemmt. Patienten klagen über hohe Versicherungsbeiträge, hohe Zusatzkosten und lange Wartezeiten.

Unser Gesundheitssystem benötigt zukunftsorientierte Alternativen.

In der vorliegenden Broschüre zeigen wir diese Alternativen auf. Sie enthält die grundsätzlichen Positionen der AfD-Bundestagsfraktion zu einer nachhaltigen Gesundheitspolitik, die in Abstimmung mit den Gesundheitspolitikern der AfD-Landtagsfraktionen unter Einbeziehung des AfD-Grundsatzprogramms und der AfD-Wahlprogramme entwickelt und formuliert wurden.

Unser Anspruch ist nicht, ein fertiges Regelwerk vorzulegen. Wir wollen vielmehr den Weg hin zu einem alternativen deutschen Gesundheitssystem beschreiben. Auf der Basis dieser Positionen handeln wir im Deutschen Bundestag. Wir haben in dieser Wahlperiode eine Vielzahl von Gesetzesentwürfen, Anträgen und Anfragen an die Bundesregierung eingebracht und werden auch weiterhin mit unseren Initiativen die Probleme in unserem Gesundheitssystem benennen und Lösungen anbieten.

Es geht uns dabei nicht allein darum, Kranke unter Berücksichtigung des Gebots von Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit bestmöglich zu versorgen, sondern wir wollen den bislang viel zu wenig beachteten Faktoren Prävention und Rehabilitation eine neue und deutlich stärkere Gewichtung geben. Wir sehen unser zukünftiges Gesundheitssystem nicht ausschließlich als kostenverursachenden Faktor, sondern auch als gewinnbringend für den Bürger und als bedeutenden Baustein der deutschen Wirtschaft.

Zusammenfassend geht es uns um die Verbesserung der Lebensqualität für jeden Bürger – so effektiv, aber auch so effizient wie möglich.



Gesetzgeberische Klarstellung erforderlich

Für die Gesundheitspolitik in Deutschland ist ausschließlich die nationale Gesetzgebung zuständig.

Wir fordern, dem Subsidiaritätsprinzip in der Gesundheitspolitik den Vorrang vor indirekten Einflussnahmen durch die europäische Wirtschaftspolitik einzuräumen. Wir fordern, dass in der Gesundheitspolitik vorrangig das Subsidiaritätsprinzip gilt und dass der Gesetzgeber die Möglichkeiten der indirekten Einflussnahmen durch die europäische Wirtschaftspolitik einschränkt.

Es muss die gesetzgeberische Klarstellung erfolgen, dass die Gesundheitspolitik ausschließlich in den Zuständigkeitsbereich der nationalen Gesetzgebung fällt. Hierzu gehört auch die Bewahrung der Rechtsstellung der freien Berufe. Der Schutz der Bevölkerung vor Infektionserkrankungen und Epidemien, die Verhinderung einer weiteren Krankenhausprivatisierung durch europaweit agierende Gesundheitskonzerne, die Verhinderung einer europaweiten Pflicht zur Organspende, die Bewahrung des Berufsbildes des Heilpraktikers und die Sicherung einer flächendeckenden Arzneimittelversorgung sind Bestandteile unserer europäischen Gesundheitspolitik.

© geralt / pixabay.com



Keine Kopfpauschalen und keine Bürgerversicherung

Wir setzen uns für einen echten Wettbewerb in der GKV und der PKV mit verschiedenen Vertragsmodellen in der GKV und der Mitnahme der Altersrückstellung in der PKV ein.

© LeFox / pixabay.com



Die Deutschen finanzieren ein großes und teures Gesundheitssystem, erhalten dafür aber keineswegs medizinische Spitzenqualität.

Allein demografiebedingt werden die Probleme auf der Beitragsseite noch steigen. Unser derzeitiges Gesundheitssystem braucht also eine grundsätzliche Erneuerung.

Basis eines funktionierenden Gesundheitssystems ist eine ausreichende und gerechte Finanzierung. Die AfD-Bundestagsfraktion lehnt nicht nur die sogenannte „Bürgerversicherung“, sondern auch die „Kopfpauschale“ ab. Wir stehen für soziale Marktwirtschaft und gegen Planwirtschaft, gegen Einheitsversorgung und gegen Sozialabbau.

Die AfD-Bundestagsfraktion will deshalb die Qualität und die Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen durch Schaffung von echtem Wettbewerb sowohl im GKV- als auch im PKV-System verbessern. Die entstehende Entlastung in der PKV muss den Versicherten zugutekommen. Heute sind gerade ältere Versicherte, Rentner oder kleine Selbständige, die meist nicht zu den Besserverdienenden gehören, an Versicherungskonzerne gebunden.

Wir wollen das ändern und das Gesundheitssystem in Deutschland durch Wettbewerb ertüchtigen: In der PKV können die Versicherten ihre Altersrückstellungen bei einem Versicherungswechsel mitnehmen und in der GKV bieten die Krankenkassen den Versicherten verschiedene Versicherungsmodelle an: Für denjenigen, der Beitrag und Leistungen auf dem heutigen Stand belassen möchte, ändert sich nichts. Wer aber zum Beispiel Leistungen aus dem Versicherungsumfang herausnehmen oder Hausarztmodelle wählen möchte, dem sollte dies auch ermöglicht werden. Die AfD-Bundestagsfraktion setzt sich ferner dafür ein, den Gesundheitsfonds in der GKV abzuschaffen.

Gleichzeitig setzen wir uns dafür ein, die Systemgrenzen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung und damit das „Zwei-Klassen-System“ zu überwinden: Der Wettbewerb innerhalb beider Systeme soll verstärkt und den Versicherten der Wechsel zwischen den Systemen erleichtert werden.

Ende der „Zwei-Klassen-Medizin“

Wir fordern: Abschaffung der Budgetierung, einkommensneutrale Angleichung des Honorarsystems der GKV und der PKV für die Ärzteschaft, Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung mit einem gemeinsamen Gebührensystem für ambulante Leistungen, Abschaffung des DRG-Systems und Einführung von Vergütungssystemen für Krankenhäuser, die mit denen im ambulanten ärztlichen Bereich vergleichbar sind.

© geralt / pixabay.com



Die AfD-Bundestagsfraktion will das „Zwei-Klassen-System“ abschaffen: Wir wollen die Budgetierung beenden und das Honorarsystem für GKV und PKV für die Ärzteschaft einkommensneutral angleichen.

Um Praxen und Krankenhäusern die bestmögliche Versorgung der Kranken zu ermöglichen, wollen wir die sektorenübergreifende Versorgung stärken. Ein gemeinsames Gebührensystem für ambulante Leistungen soll geschaffen werden. Die AfD-Bundestagsfraktion steht für die Schaffung von Portalpraxen an Kliniken. Wir plädieren für die Abschaffung des DRG-Systems und die Einführung eines Vergütungssystems für Krankenhäuser, das mit dem im ambulanten ärztlichen Bereich vergleichbar ist. Wir lehnen es ab, Krankenhausfragen nur in Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit zu diskutieren. Die Deckung des gesamten bestehenden Bedarfs, die Qualität, die Hinwendung von Ärzten und Schwestern zum Patienten und auch die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern sind für uns genauso wichtig. Deshalb sieht die AfD-Bundestagsfraktion eine weitgehende Privatisierung und Öffnung des „Krankenhausmarktes“ für europaweit agierende Gesundheitskonzerne sehr kritisch. Die Zuständigkeit der Krankenhausplanung auf der Ebene der deutschen Bundesländer muss erhalten bleiben. Gleichzeitig müssen die Länder ihren Verpflichtungen zur Investitionskostenfinanzierung – anders als jetzt – auch in ausreichendem Maße nachkommen.

Arzneimittel- und Versorgungssicherheit anheben

Wir plädieren für die Abschaffung der Rabattverträge und Importquoten, für die Stärkung des Festbetragssystems, für die Ausdehnung der Nutzenbewertung auf den patentgeschützten Bestandmarkt und für die rückwirkende Geltendmachung der Ergebnisse der „Frühen Nutzenbewertung“. Den Versandhandel mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln lehnen wir ab, dafür setzen wir uns für den Ausbau des Zustellservice ortsansässiger Apotheken ein.

Im Markt regeln Produktnutzen und Preis die Nachfrage und die Nachfrage auch den Preis patentgeschützter Innovationen. Im Arzneimittelmarkt gibt es aber die Besonderheit, dass der Patient als Kunde weder den Nutzen einschätzen kann noch die Kosten tragen muss. Markteingriffe wie Zwangsabschläge, Festbeträge, Rabattverträge, das Preismoratorium, Zuzahlungsregelungen und die sog. „Frühe Nutzenbewertung“ tragen diesem Fehlen wettbewerblicher Effekte Rechnung. Trotzdem ist Deutschland Hochpreisland für patentgeschützte Arzneimittel. Die AfD-Bundestagsfraktion will deshalb die frühe Nutzenbewertung und Festlegung von Erstattungsbeträgen auf den hochpreisigen Bestandmarkt ausweiten und das Ergebnis bei Neueinführungen rückwirkend vom Tag der Markteinführung gelten lassen. Wir treten für die Abschaffung der Importquote ein: Unbedeutenden Einsparungen stehen heute Sicherheitsrisiken gegenüber und die Patienten werden zum Beispiel durch Packungen mit griechischer Schrift verunsichert. Wir wollen die Rabattverträge für Generika abschaffen und stattdessen das Festbetragssystem schärfen. Lieferengpässe und kassenvertragsbedingte Umstellungen des Fertigarzneimittels für die Patienten sollen damit der Vergangenheit angehören.

Für die AfD-Bundestagsfraktion gehört in jede deutsche Stadt neben einer Arztpraxis auch eine Apotheke. Diese flächendeckende Präsenz der Apotheken steht für uns nicht zur Disposition – sie braucht aber eine tragfähige wirtschaftliche Grundlage. Wir lehnen daher den Versandhandel mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln ab. Um trotzdem die Versorgung immobiler Patienten mit Arzneimitteln zu gewährleisten, möchte die AfD-Bundestagsfraktion die Möglichkeiten der ortsansässigen Apotheken verbessern, Arzneimittel direkt zuzustellen. Um damit nicht einen Versandhandel durch die Hintertür einzuführen, soll die Direktzustellung von Arzneimitteln regional begrenzt werden, wobei ein Qualitätswettbewerb, zum Beispiel bezüglich der Zustellzeiten, durch räumliche Überlappung der Zustellbereiche von uns positiv gesehen wird.



Gemeinsam für gute Pflege – das alternative Pflegekonzept der AfD-Bundestagsfraktion

Die Politik sendet zur Situation der Pflege falsche Signale. Es wird die Erwartungshaltung genährt, dass insbesondere durch die verschiedenen Änderungsgesetze zum Pflegeversicherungsgesetz die Pflegeversicherung eine umfassende Versicherung ist, die jedes Risiko der Pflegebedürftigkeit auffängt. Die Pflegestärkungsgesetze I bis III, das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe, die „Konzertierte Aktion Pflege“ sind Reaktionen der Politik, die nicht die Ursachen des hausgemachten „Pflegenotstands“ bekämpfen. Die Personalsituation in der Pflege steuert durch eine zunehmende Generalisierung und Akademisierung auf eine Fehlentwicklung hin, welche die zu bewältigende Arbeit in der Pflege verkennt und viele Berufsinteressierte vom Zugang ausschließt. Hinzu kommt, dass die demografische Entwicklung, auch bei allen Unterstützungsmaßnahmen für den Pflegeberuf, dazu führen wird, dass immer mehr Pflegebedürftige von immer weniger Fachkräften versorgt werden müssen.



© Petair / stock.adobe.com

Die bisherigen Maßnahmen gehen an der Realität vorbei!

Die überwiegende Zahl der Pflegebedürftigen möchte solange es geht zu Hause bleiben können. 87 Prozent der Menschen möchten ihre Angehörigen pflegen und sind bereit, dafür auf viele persönliche Vorteile zu verzichten. Von den 3,41 Millionen Pflegebedürftigen werden schon jetzt mehr als zwei Millionen zu Hause versorgt, mit vergleichbaren Leistungen, wie sie Pflegeeinrichtungen erbringen. Die häuslichen Pflegesätze müssen an die Leistungen für Pflegedienstleister angeglichen werden, zumal die Intensivierung der Angehörigenpflege automatisch zu einer personellen Entlastung auf dem Pflegemarkt führt und budgetneutral umgesetzt werden kann.

Gleichzeitig gilt es, bürokratische Hürden für Pflegeeinrichtungen abuschaffen und ihnen die Teilnahme am freien sozialmarktwirtschaftlichen Geschehen zum Wohle der Pflegebedürftigen zu ermöglichen. Die Aufgabe der Kommunen kann dabei nicht eine Bedarfsplanung sein, sondern die Vernetzung und Bereitstellung von Angeboten zur Förderung und Stärkung der Pflege durch alle Beteiligten vor Ort.

Rehabilitation ist keine nachrangige Medizin

Wir setzen uns für eine Frührehabilitation ein, die bereits an den Krankenhäusern beginnt.

Für die AfD-Bundestagsfraktion ist die Rehabilitation keine „Medizin zweiter Ordnung“, sondern ein ganz wichtiger Teil der Versorgungskette. Eine möglichst schnell nach der Akutbehandlung beginnende und qualitativ hochwertige Rehabilitation unterstützt den Kranken physisch und psychisch bei der Rückkehr in ein möglichst unbeeinträchtigtes Leben und entlastet gleichzeitig die Gesellschaft: Pro investiertem Euro erhält die Volkswirtschaft fünf Euro zurück. Durch Rehabilitationsmaßnahmen bleiben der Volkswirtschaft jährlich 150.000 Arbeitskräfte – und damit auch Beitragszahler! – erhalten.

Deshalb will die AfD-Bundestagsfraktion die Rehabilitation stärken und bestehende Schwachstellen beseitigen: Die heute übliche und aus Sicht der Kranken natürlich zunächst positive frühe Entlassung aus dem Akutkrankenhaus bringt es mit sich, dass Patienten nicht selten in einem schlechten Allgemeinzustand bei gleichzeitig – hinsichtlich einer angestrebten Bewegungstherapie – häufig eingeschränkter Therapiefähigkeit und nur mit großem Betreuungsaufwand – zum Beispiel wegen der weiterhin erforderlichen Wundversorgung („blutige“ Verlegung) – in die Rehabilitation eintreten. Teils müssen die Kranken aus organisatorischen Gründen zwischen Krankenhaus und Rehabilitationsklinik für einige Zeit in die Geriatrie oder, zum Beispiel wegen notwendiger Nachkontrollen, von der Rehaeinrichtung wieder zurück ins Krankenhaus verlegt werden.

Solche Schnittstellenprobleme will die AfD-Bundestagsfraktion dadurch reduzieren, dass schon in den Krankenhäusern eine Frührehabilitation in eigenen Abteilungen angesiedelt wird, an die sich die stationäre Rehabilitation in der Rehaklinik und die ambulante Rehabilitation anschließen, die in ihrem Stellenwert keineswegs gemindert werden sollen.

Die Rehabilitation und eine qualifizierte Ausbildung in diesem Bereich werden in Zukunft aufgrund des demografischen Wandels, der in der Regel kurzen Verweildauer im Krankenhaus und der zunehmend sektorenübergreifenden Versorgung immer wichtiger. Die AfD-Bundestagsfraktion will deshalb die universitäre Lehre und Forschung in der Rehabilitationswissenschaft stärken.

Digitalisierung

Die AfD-Bundestagsfraktion fordert: Potenziale der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) nachhaltig sicherstellen.

Das am 1. Januar 2016 in Kraft getretene E-Health-Gesetz sieht vor, alle Akteure des Gesundheitswesens im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) digital miteinander zu vernetzen. Das E-Health-Gesetz plant dazu den Aufbau eines Kommunikationsnetzes (Telematikinfrastruktur TI) und die Entwicklung von Software-Anwendungen. Die Software- und Hardwarekomponenten der TI wurden bereits von der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) zugelassen. Die AfD-Bundestagsfraktion fordert, dass die Ausgestaltung der eGK insbesondere die medizinische Versorgung der Patienten fördert sowie zum Bürokratieabbau und zu mehr

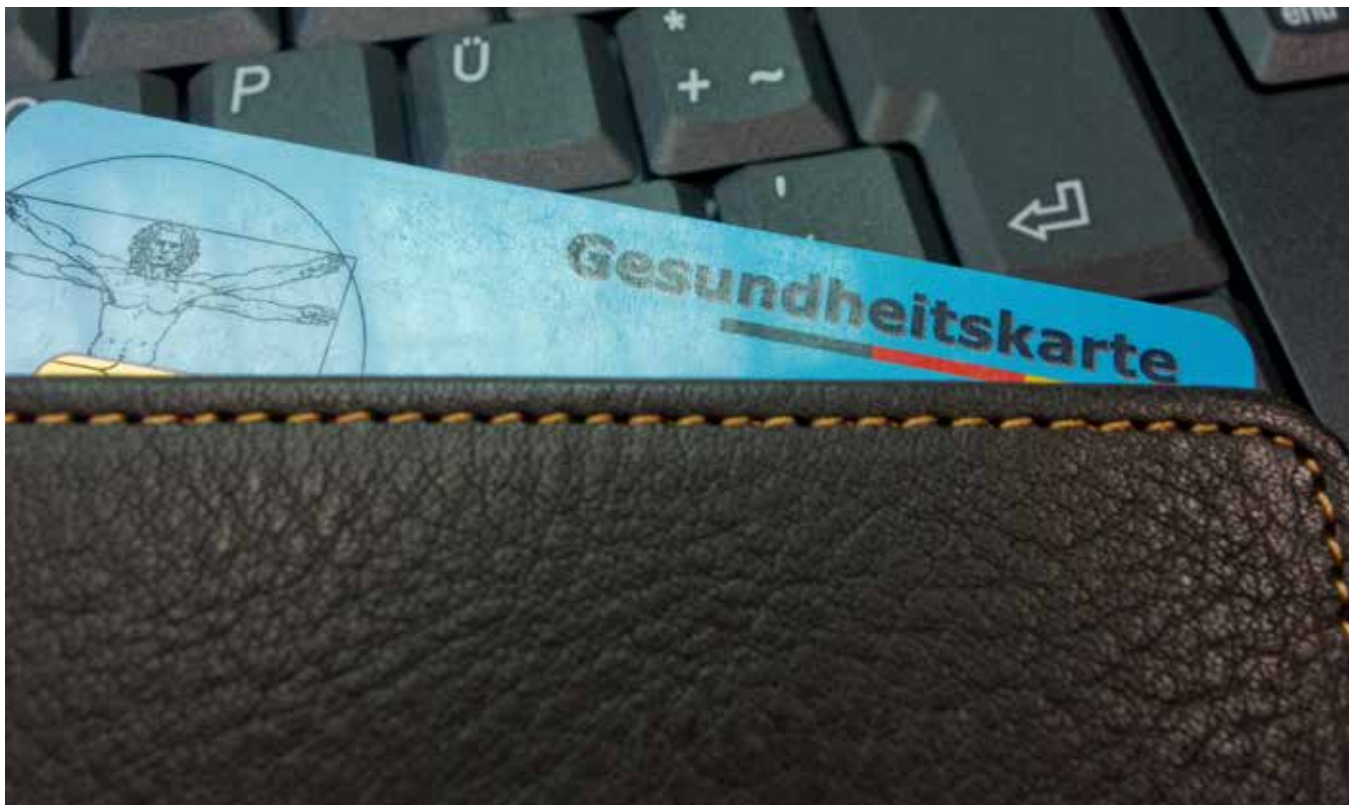
Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem wesentlich beiträgt.

Wir fordern ferner die Etablierung technischer und organisatorischer Sicherheitsvorkehrungen nach dem Stand der Technik, die einen Missbrauch der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) verhindern. Zukünftig sollen auf der eGK auch umfassend medizinische Daten mit einheitlicher Datenstruktur und nicht nur Stammdaten der Versicherten gespeichert werden. Ferner soll dem Patienten die Möglichkeit der freiwilligen Datenspende eingeräumt werden. Wir befürworten die Speicherung eines Notfalldatensatzes, eines Medikamentenplans und einer Patientenverfügung direkt auf der Karte. Für die Speicherung und den Austausch weiterer Gesundheitsdaten fordern wir die Etablierung einer eGK, bei der die Daten eines Patienten nicht zentral in einem Rechenzentrum, sondern direkt auf seiner eGK gespeichert werden.

Die TI ermöglicht den Leistungserbringern und Versicherten verschiedene Anwendungen. Der Online-Abgleich der Versichertenstammdaten, der Empfang und die Einlösung einer Verordnung (eVerordnung) und die Verwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) auf der Rückseite der eGK sind sogenannte Pflichtanwendungen.

Das Notfalldaten-Management (NFDM), der elektronische Medikationsplan mit einem Datenmanagement zur Prüfung der Arzneimittelsicherheit, die elektronische Patientenakte (ePA) und das elektronische Patientenfach (ePF) stehen heute als freiwillige Anwendungen auf der sogenannten Roadmap der gematik. Über die Einrichtung und Nutzung dieser freiwilligen Anwendungen sollen nur die Versicherten entscheiden. Die Förderung der Anwendung der eGK im telemedizinischen Bereich, insbesondere zur Verbesserung von Diagnostik und Wirtschaftlichkeit, soll jedoch wirksam vorangetrieben werden.

In Zukunft sollen alle Akteure eigene Anwendungen in die TI einbringen können.



Niederlassung auf dem Land für Ärzte attraktiver machen

Auch die Kommunen, Landkreise und die Bundesländer sind gefordert, Anreize für die Niederlassung von Ärzten auf dem Land zu schaffen.

Die Gesundheitspolitik in Deutschland steht angesichts der demografischen Entwicklungen vor großen Herausforderungen. Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung für alle Bürger in Stadt und Land gehört zu den Grundpfeilern des modernen Sozialstaates. Wir setzen uns für eine leistungsfähige, flächendeckende und möglichst wohnortnahe ambulante oder stationäre medizi-



© jarmoluk / pixabay.com

nische Versorgung für alle Bürger ein. Die Arztsitze sind zwischen Stadt und Land ungleich verteilt. Aus vielen persönlichen und strukturellen Gründen ziehen es immer mehr Ärzte vor, sich in der Stadt niederzulassen. Niederlassungen auf dem Land bieten offensichtlich nicht genügend berufliche und private Perspektiven. Wir wollen die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen so ausgestalten, dass sich Ärzte wieder vermehrt auf dem Land niederlassen. Auch die Kommunen und Landkreise sowie die Bundesländer sind gefordert, entsprechende Anreize zu schaffen. Für die in Deutschland sehr unterschiedlichen ländlichen Räume kann es kein einheitliches Leitbild geben.

Deshalb wollen wir örtlich spezifische und differenzierte Entwicklungen zulassen, um den besonderen Möglichkeiten und Fähigkeiten in den einzelnen Regionen Gestaltungsfreiräume zu geben. Solange die sogenannten Wiederbelebungsaktionen noch nicht greifen, setzen wir uns dafür ein, die ländliche Infrastruktur durch eine mobile Gesundheitsversorgung, unter anderem durch den Einsatz von Ärztebussen, zu verbessern. Im ländlichen Raum muss ein schnelles Internet (Breitbandkommunikation) für die Digitalisierung des Gesundheitswesens (eGK, Telematikinfrastruktur, Telemedizin) realisiert werden. Der Termindienst sollte im ländlichen Raum auch Termine bei Zahnärzten, Kieferorthopäden, Hausärzten sowie Kinder- und Jugendärzten vermitteln.

Die Arbeitsbedingungen für Hebammen müssen hinsichtlich der Berufshaftpflichtversicherung und der zeitlichen Belastung durch Reinigungsarbeiten verbessert werden.



© jarmoluk / pixabay.com

Die Gesundheitswirtschaft ist nicht nur ein Kosten-, sondern auch ein wichtiger Wirtschaftsfaktor

Aus der Sicht der AfD-Bundestagsfraktion ist das Gesundheitswesen keineswegs ein Kostenfaktor für die Volkswirtschaft. Das Gegenteil ist der Fall. Wir betrachten die Gesundheitswirtschaft in ihrer ganzen Breite als bedeutenden Baustein der deutschen Wirtschaft. So ist Deutschland nach den USA der zweitgrößte Produktionsstandort für Erzeugnisse aus dem Bereich der Biotechnologie. Mit einem Exportanteil von 65 Prozent hat die deutsche Medizintechnikindustrie nicht nur Bedeutung für die Patienten in Deutschland. Allein ein Blick auf die Anzahl der im Gesundheitswesen Beschäftigten macht deutlich, wie wichtig dieser Wirtschaftszweig für Deutschland ist: In Krankenhäusern, Arztpraxen, Apotheken, in Betrieben zur Herstellung von Heilmitteln, in der pharmazeutischen Industrie und in Versicherungsunternehmen arbeiten weit über sieben Millionen Menschen, die eine Exportleistung von 126 Milliarden Euro erbringen. Auch diese Menschen stehen im Zentrum der Gesundheitspolitik der AfD-Bundestagsfraktion. Die AfD-Fraktion im Deutschen Bundestag will daher die biotechnologische Grundlagenforschung an den Universitäten stärken. Die Gesundheitsökonomie an unseren Hochschulen muss umfassend und ohne ideologische Verengung gestärkt werden, um die medizinischen und organisatorischen Wandlungen als zentrale Stärken und Herausforderungen des Gesundheitsmarktes zu erkennen und zu fördern.

Auch Heilmittelerbringer wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden oder zum Beispiel Podologen bilden wichtige Bausteine eines guten Gesundheitssystems. Die AfD-Bundestagsfraktion will deshalb, dass die Leistungen der Heilmittelerbringer im Gegensatz zu heute angemessen bezahlt werden. Medizinstudenten müssen zukünftig schon während ihrer Ausbildung diese Aufgabenfelder und therapeutischen Möglichkeiten vertieft kennenlernen, damit sie dieses Potenzial an medizinisch Sinnvollem im Interesse ihrer Patienten besser ausschöpfen können. Wenn vom Arzt der therapeutische Nutzen für einen Patienten festgestellt wurde, sollen die Heilmittelerbringer anschließend im Rahmen ihrer Fachkompetenz ohne laufende Rezeptur von Einzelmaßnahmen durch den Arzt eigenverantwortlich tätig werden können.

Die AfD-Bundestagsfraktion strebt eine deutliche Stärkung und Wertschätzung der beruflichen Ausbildung in allen Berufsgruppen der Heilmittelerbringer an. Das Ziel muss eine fundierte und zukunftsfähige Berufsausbildung sein und nicht das Erreichen immer höherer Abiturienten- und Akademikerquoten um ihrer selbst willen.

Prävention ist kein Werkzeug zur Kostendämpfung, sondern zur Verbesserung der Lebensqualität

Prävention muss bereits in der Kita beginnen. Routineuntersuchungen und medizinische Prophylaxe sollen leicht erreichbar und Kassenleistung sein. Deutsche Kurorte sind zu medizinischen Präventionszentren auszubauen. Die Einführung einer Zuckersteuer wie auch anderer Steuern, um die individuelle Gesundheitsvorsorge zu fördern, lehnt die AfD-Bundestagsfraktion ab.

Für die AfD-Fraktion im Deutschen Bundestag ist die Prävention kein Werkzeug zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen, sondern eine eigene wichtige Säule an der Seite von Therapie und Rehabilitation. Dabei geht es um die Verbesserung der Lebensqualität der Menschen. Sie sollen gesund und kompetent am üblichen gesellschaftlichen Leben teilhaben können und sich auch im Alter guter Gesundheit erfreuen.

Aus diesem Grund muss die Prävention bereits in der Kita beginnen und die Schule, die Arbeitsmedizin, die Hausärzte und die Pflege mit einschließen.

Alle dort Tätigen müssen als wichtige Multiplikatoren in den Bereichen Ernährungsberatung und medizinische Vorsorgeuntersuchungen ausreichend ausgebildet werden. Die Versicherten brauchen niedrighschwellige Angebote zur Ernährungsberatung und für medizinische Vorsorgeuntersuchungen, die anzunehmen, nicht an den Kosten scheitern darf. Das für die Ausbildung der Fachleute und die entsprechende Unterstützung der Bürger erforderliche Geld ist auf lange Sicht gut angelegt und führt insgesamt zu sinkenden Behandlungskosten. So befürworten wir regelmäßige Zahnuntersuchungen, ärztliche Routineuntersuchungen bis ins Jugendalter und medizinische Prophylaxe, zum Beispiel Doppler-Untersuchungen zur Schlaganfallvermeidung, die für die Versicherten leicht erreichbar sind und als Kassenleistung angeboten werden. Dabei ist es wichtig, auch bildungsferne und einkommenschwache Bürger zu erreichen.

Gerade in Deutschland hat die Kur eine besondere Tradition. Die AfD-Fraktion im Deutschen Bundestag will sie in den deutschen Kurorten wieder aufleben lassen und die Kurorte in unserem Land zu medizinischen Präventionszentren ausbauen. Die Kurorte in Deutschland sind ein wichtiger Teil der Gesundheitswirtschaft und häufig wirtschaftliche Leuchttürme in ansonsten strukturschwachen Gegenden. Die Verlagerung des Kurwesens ins Ausland muss verhindert werden. Im Interesse der Patienten und zur Förderung seiner Genesung sollte eine Kur in vertrauter und heimatnaher Umgebung erfolgen.

Eine gesunde Lebensweise beugt Krankheiten vor und sollte schon frühzeitig vermittelt werden. Strafen und Bevormundungen sind dabei aber nicht der richtige Weg. Wir wollen stattdessen bei den Menschen das Bedürfnis wecken, aus freien Stücken und aus Überzeugung möglichst gesund zu leben, um gesund zu bleiben.

Information, Anleitung und Leitung zu den Angeboten durch Fachleute und persönliche Belohnungen, zum Beispiel Zuschüsse, sind dafür aus Sicht der AfD-Bundestagsfraktion der richtige Weg. Neue Steuern, wie etwa eine Zuckersteuer, lehnen wir ab.

Bei der Prävention gilt es, die primär wesentlichen Risiken im Auge zu behalten. So sind Alkohol-, Zigaretten- und Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter sicher ein größeres gesundheitliches

Problem als das zum Mittagessen verzehrte Schweineschnitzel. Deshalb lehnt die AfD-Bundestagsfraktion die Freigabe von Cannabis ab. Es ist zu befürchten, dass durch eine Freigabe von Cannabis der Drogenmissbrauch und die damit verbundenen gesellschaftlichen Probleme in erheblichem Maße zunehmen.



Unsere Parlamentarische Woche

Montag

- Besprechung des Arbeitskreisleiters mit den Referenten zur Planung der Woche
- Sitzung des Arbeitskreises Gesundheit
- Treffen der Landesgruppen aller Abgeordneten der AfD-Bundestagsfraktion

Dienstag

- Besprechung der Obleute aller Bundestagsfraktionen für den Bereich Gesundheit
- Mittagsrunde der Leiter der Arbeitskreise der AfD-Bundestagsfraktion
- Fraktionssitzung aller Abgeordneten der AfD-Bundestagsfraktion

Mittwoch

- Ausschuss für Gesundheit mit Fachgesprächen zu ausgewählten Themen
- Anhörungen
- Referentenrunde
- Befragung der Bundesregierung und Fragestunde mit einem Bundesminister oder einer Bundesministerin
- Redebeiträge zu parlamentarischen Initiativen (Gesetze und Anträge) aller Fraktionen im Deutschen Bundestag
- Namentliche Abstimmungen

Donnerstag und Freitag

- Redebeiträge zu parlamentarischen Initiativen (Gesetze und Anträge) aller Fraktionen im Deutschen Bundestag
- Namentliche Abstimmungen

Ausgewählte Anträge der AfD-Bundestagsfraktion zu gesundheitspolitischen Themen

1. Aussetzung Budgetierung für Ärzte (Bundestagsdrucksache 19/3393)
2. Einheitliches Prüfverfahren zur fachlichen Eignung ausländischer Ärzte aus Drittstaaten (Bundestagsdrucksache 19/6423)
3. Bevorzugung von Importarzneimitteln beenden, Importquote abschaffen, Arzneimittelsicherheit verbessern (Bundestagsdrucksache 19/6419)

Deutscher Bundestag**Drucksache 19/3393****19. Wahlperiode**

16.07.2018

Antrag**der Abgeordneten Dr. Robby Schlund, Dr. Axel Gehrke, Detlev Spangenberg, Jörg Schneider, Paul Viktor Podolay und der Fraktion der AfD****Aussetzung der Budgetierung für Ärzte**

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die niedergelassenen Ärzte in Deutschland müssen das Recht haben, ihren Beruf in Deutschland uneingeschränkt auszuüben. Die Budgetierung grenzt die vertraglich zugesicherte freie Berufsausübung unzulässig und zu Lasten der Patienten ein. Deshalb muss eine ausschließlich ökonomisch begründete Einschränkung der Therapiefreiheit des Arztes sofort außer Kraft gesetzt werden. Allgemeine Standards und starre Budgetvorgaben dürfen nicht über die individuelle Art und Weise einer medizinischen Behandlung entscheiden. Es ist nicht hinnehmbar, dass Vertreter der Krankenkassen und der kassenärztlichen Vereinigung ärztliche Leistungen wirtschaftlich bewerten ohne die Patienten oder die dahinter stehenden Krankheitsgeschichten zu kennen, von den Praxisbesonderheiten des zu behandelnden Klientels ganz zu schweigen. Beispielhaft sind hier Osteoporose-Patienten und andere chronisch kranke Patienten zu nennen. Die Versicherten müssen ihre benötigte Therapie bekommen wann immer sie erforderlich ist. Der Bedarf eines Patienten kann sich nicht an zeitlich und/oder finanziell verordneten Budgets eines Arztes orientieren. Es ist nicht zu vertreten, dass Patienten durch eine dadurch hervorgerufene Behandlungseinschränkung belastet werden.

Nach Aufhebung der Budgetierung ist es nicht vertretbar, dass Patienten finanziell belastet werden, etwa durch Erhöhung der Krankenkassenbeiträge. Entstehende Mehrkosten sind anderweitig zu finanzieren, zum Beispiel aus den Überschüssen der Krankenkassen. Im Jahr 2017 beliefen sich die Überschüsse auf 3,1 Milliarden Euro.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

alle Maßnahmen zur Abschaffung der Budgetierung für Ärzte unverzüglich einzuleiten.

Berlin, den 12. Juli 2018

Dr. Alice Weidel, Dr. Alexander Gauland und Fraktion

Begründung

Am Ende eines jeden Quartals stehen die Patienten vor geschlossenen Arztpraxen oder hören den Satz „Leider kann ich Ihnen keine Verordnung ausstellen, da mein Budget bereits ausgeschöpft ist.“ Das ist die Realität in unserem deutschen Gesundheitssystem. In einer Studie der Gesundheitsexperten vom „Hamburg Center for Health Economics“* wird genau dieses Problem belegt. Ärzte müssten in regelmäßigen Abständen weniger arbeiten, um das ihnen zur Verfügung stehende Budget nicht zu überschreiten. Ausgewertet wurden dabei Daten der Techniker Krankenkasse*, welche ca. 10 Millionen Versicherte hat. Insbesondere in den Fachgebieten Orthopädie, Hals-Nasen-Ohrenärzte, Dermatologie, Augenärzte und Hausärzte wurde eine reduzierte Sprechstunde in den Monaten März, Juni, September und Dezember nachgewiesen. „Die Studie* spiegelt wider, dass im Schnitt über zehn Prozent aller erbrachten Leistungen der niedergelassenen Ärzte von den gesetzlichen Krankenkassen nicht vergütet werden“, sagt der Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Andreas Gassen. „Die Budgetierung muss weg!“

Allein schon durch die weiter zunehmende Spezialisierung der Ärzte ist eine Budgetierung nicht mehr zeitgemäß. Hinzu kommt, dass nicht jeder Facharzt für Allgemeinmedizin, der in der Statistik als Hausarzt geführt wird, auch Hausarzt ist. Viele Allgemeinmediziner sind als Spezialisten tätig, z. B. als Psychotherapeuten, Diabetologen, Lungenärzte usw.

An der hausärztlichen Versorgung nehmen diese Allgemeinmediziner nicht teil, werden aber üblicherweise trotzdem zu den Hausärzten gezählt. Gerade in Ballungsgebieten ist der Anteil der fachärztlichen tätigen Hausärzte relativ hoch, was dazu beiträgt, dass der tatsächliche Hausärztemangel in Großstädten verschleiert wird.

Rund 165.000 niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten versorgen jährlich etwa 595 Millionen Behandlungsfälle. Diese Zahl wird weiter steigen durch die Entwicklung von Demografie, Morbidität und medizinisch-technischem Fortschritt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) kritisiert, dass dieser Entwicklung die derzeitige Praxis der Vergütung diametral entgegensteht. Für eine patientengerechte ambulante Behandlung braucht es stattdessen eine leistungsorientierte Bezahlung.

* Ambulatory Care at the End of a Billing Period; Konrad Himmel, Udo Schneider, erschienen als HCHE Research Paper Nr. 14 unter www.hche.de/forschung/hche-research-papers.html.

Deutscher Bundestag**Drucksache 19/6423****19. Wahlperiode**

12.12.2018

Antrag

der Abgeordneten Dr. Axel Gehrke, Paul Viktor Podolay, Dr. Robby Schlund, Jörg Schneider, Detlev Spangenberg, Marc Bernhard, Stephan Brandner, Marcus Bühl, Tino Chrupalla, Joana Cotar, Siegbert Droese, Peter Felser, Dr. Götz Frömming, Franziska Gminder, Armin-Paulus Hampel, Dr. Roland Hartwig, Martin Hebner, Martin Hess, Martin Hohmann, Jens Kestner, Enrico Komning, Dr. Rainer Kraft, Frank Magnitz, Jens Maier, Dr. Birgit Malsack-Winkemann, Andreas Mrosek, Christoph Neumann, Ulrich Oehme, Frank Pasemann, Jürgen Pohl, Stephan Protschka, Martin Reichardt, Uwe Schulz, René Springer und der Fraktion der AfD

Einheitliches Prüfverfahren zur fachlichen Eignung ausländischer Ärzte aus Drittstaaten

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Durch fehlende Fachkenntnisse ausländischer Ärzte aus Drittstaaten, die in Deutschland arbeiten, drohen Gefahren für die Patienten. Diese haben bereits Menschenleben gekostet: Trotz vom Heimatland Libyen bescheinigter, aber in der Realität nicht vorhandener Kenntnisse einer Gynäkologin ist ein Kind in einem Krankenhaus in Westfalen-Lippe bei der Geburt gestorben. In einem anderen Fall starb ein Mann, der von einem Notarzt und einen Arzt der Psychiatrie behandelt worden war, die beide laut der zuständigen Ärztekammer ausländische Studienabschlüsse und „fraglich ausreichende Sprachkenntnisse“ hatten, an einer Gehirnblutung.¹

Im Mai 2018 wurde ein Libyer vom Amtsgericht Kassel verurteilt, der Urkunden gefälscht hatte und damit als Arzt tätig war. Laut Pressebericht war er dann „durch Unfähigkeit aufgefallen“.²

Der 121. Deutsche Ärztetag stellte im Mai 2018 zur Integration ausländischer Ärzte in das deutsche Gesundheitswesen fest: „Die bisher durchgeführten Kenntnisprüfungen reichen nicht aus, zumal die dabei zutage tretenden Kenntnisse nicht selten im Gegensatz zur behaupteten Qualifikation stehen. Fälschungen von Zeugnissen und Urkunden sind nur schwer erkennbar und noch schwerer nachzuweisen.“ Selbst echte Dokumente aus Drittstaaten bieten keine Gewähr für korrekt bescheinigte Qualifikationen.³

¹ www.nw.de/nachrichten/regionale_politik/21835957_Zweifel-an-Qualifikation-auslaendischer-Aerzte.html

² www.mz-web.de/panorama/mehrjaehrige-haftstrafe-keine-qualifizierungen--libyer-erschleicht-sich-job-als-arzt-30169626

³ www.focus.de/politik/deutschland/innenministerium-warnt-falsche-zeugnisse-und-diplome-fluechtlinge-koennen-im-libanon-antrags-pakete-kaufen_id_5066196.html

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

deshalb einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem bundeseinheitlich sichergestellt wird, dass ausländischen Ärzten aus Drittstaaten eine Berufserlaubnis oder Approbation grundsätzlich erst nach einer dem Dritten Staatsexamen des Medizinstudiums entsprechenden Prüfung und nachdem der Arzt gute Fähigkeiten der sprachlichen Kommunikation (Niveau C1) nachgewiesen hat, erteilt wird.

Berlin, den 27. November 2018

Dr. Alice Weidel, Dr. Alexander Gauland und Fraktion

Begründung

Neben Ärzten in ausreichender Anzahl haben Patienten in Deutschland auch das Recht auf Ärzte mit ausreichender Qualifikation. Dazu gehören auch ausreichende Sprachkenntnisse, denn die Kommunikation mit dem Patienten ist in der Medizin wichtig.

Dies sicherzustellen ist staatliche Aufgabe. Entsprechende Prüfungen für ausländische Ärzte sind international üblich – insbesondere in Einwanderungsländern wie den USA.

Deutscher Bundestag**Drucksache 19/6419****19. Wahlperiode**

11.12.2018

Antrag

der Abgeordneten Dr. Axel Gehrke, Stephan Brandner, Jürgen Braun, Marcus Bühl, Matthias Büttner, Tino Chrupalla, Joana Cotar, Siegbert Droese, Paul Viktor Podolay, Jörg Schneider, Dr. Robby Schlund, Peter Felser, Franziska Gminder, Armin-Paulus Hampel, Dr. Roland Hartwig, Lars Herrmann, Martin Hohmann, Jens Kestner, Enrico Komning, Jörn König, Dr. Rainer Kraft, Frank Magnitz, Dr. Birgit Malsack-Winkemann, Andreas Mrosek, Ulrich Oehme, Jürgen Pohl, Uwe Schulz, Dr. Dirk Spaniel, René Springer, Detlev Spangenberg und der Fraktion der AfD

Bevorzugung von Importarzneimitteln beenden, Importquote abschaffen, Arzneimittelsicherheit verbessern

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Bei aus dem Ausland importierten Arzneimitteln (Importarzneimittel) unterscheidet man: Der „Einzelimport“ von Arzneimitteln, die im Herkunftsland aber nicht in Deutschland zugelassen sind, für einzelne Patienten ist in § 73 Abs. 3 AMG (Arzneimittelgesetz) geregelt. Darüber hinaus werden auch Arzneimittel importiert, die ursprünglich von Deutschland aus in andere europäische Länder exportiert wurden und von dort zurückimportiert werden („Reimport“) und Arzneimittel, die in einem Drittland für ein anderes europäisches Land produziert wurden und dann von diesem nach Deutschland verbracht werden und hier parallel zum für Deutschland produzierten Produkt auf den Markt gebracht werden („Parallelimport“).

Reimport- und Parallelimportarzneimittel benötigen – falls sie nicht im zentralen EU-Verfahren zugelassen sind – eine eigene, vereinfachte Zulassung in Deutschland, die sich auf die Zulassung des für Deutschland produzierten Produkts (Bezugsarzneimittel) bezieht (§ 21 in Verbindung mit § 73 AMG).

Wirtschaftliche Basis der Importeure sind dabei die Preisunterschiede zwischen den europäischen Ländern auf dem Arzneimittelmarkt.

Um diese Preisunterscheide auch für Einsparungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu nutzen, wurden die Apotheker 2003 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz zur Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln verpflichtet, deren für den Versicherten maßgeblicher Arzneimittelabgabepreis mindestens 15 vom Hundert oder mindestens 15 Euro niedriger ist als der Preis des Bezugsarzneimittels.

Mit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) wurde 2011 die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007 eingeführte Verpflichtung des

Apothekern zur Berücksichtigung bestehender Rabattverträge zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen bei der Abgabe von Arzneimitteln auf Importarzneimittel und das Bezugsarzneimittel erweitert. Der Apotheker muss das Rabatt-Arzneimittel abgeben, wenn es nach Abzug des Rabatts preisgünstiger ist (§129 Abs. 1 Pkt. 2 SGB V).

Nach § 129 Abs. 2 SGB V regelt ein Rahmenvertrag zwischen GKV-Spitzenverband und Deutschem Apothekerverband „das Nähere“. Dort wurde in § 5 Abs. 3 die „Importquote“ vereinbart. Mit ihr wird der prozentuale Umsatzanteil abzugebender importierter Arzneimittel am Fertigarzneimittelumsatz der Apotheke mit der kostenpflichtigen Krankenkasse auf 5 Prozent festgelegt. „Mit den abgegebenen importierten Arzneimitteln hat die Apotheke eine Wirtschaftlichkeitsreserve in Höhe von 10 Prozent des mit der Importquote nach Satz 1 festgelegten Umsatzes zu erzielen.“

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. einen Gesetzentwurf vorzulegen, durch den die Verpflichtung des Apothekers zur Abgabe eines Importarzneimittels in Fällen, in denen der Arzt es nicht ausdrücklich verordnet hat, aufgehoben wird;
2. damit sicherzustellen, dass anderslautende Vereinbarungen im Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V zwischen GKV-Spitzenverband und Deutschem Apothekerverband – wie die „Importquote“ – unwirksam werden.

Berlin, den 7. November 2018

Dr. Alice Weidel, Dr. Alexander Gauland und Fraktion

Begründung:

Die als Preisdämpfungsinstrument eingeführte Förderung von Importarzneimitteln hat durch zwischenzeitlich wirksam gewordene andere Einsparinstrumente – insbesondere das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG), mit dem die Preise der patentgeschützten Arzneimittel reguliert wurden, und die Rabattverträge zwischen pharmazeutischen Unternehmen und Krankenkassen – ökonomisch nur noch eine sehr geringe Bedeutung. Das IGES-Institut bezifferte die Einsparungen durch die Bevorzugung von Importarzneimitteln für 2016 auf lediglich 66,9 Millionen Euro¹. Der Ausgaben der GKV für Arzneimittel betragen im gleichen Zeitraum 34,1 Milliarden Euro².

Die Bevorzugung von Importarzneimitteln ist zur Kostendämpfung ineffizient. Außerdem bringt sie vermeidbare Arzneimittelsicherheitsrisiken mit sich. „Lange, intransparente und grenzüberschreitende Lieferketten machen Hehlerbanden und Arzneimittelfälschern in der EU das Leben relativ einfach. Ihr Geschäft ist gerade in Deutschland dank der gesetzlichen Quotenförderung besonders lukrativ“, stellt Dr. Christopher Hermann, Vorsitzender des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg dazu fest³.

Die Vorsitzenden der Arzneimittelkommissionen der Apotheker und der Ärzte waren Mitglieder der „Task Force Lunapharm“ des Brandenburger Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie zur „Beurteilung von Organisationsstrukturen, Arbeitsabläufen und Ressourcen der Arzneimittelüberwachung im Land

¹ www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/08/31/weg-mit-den-parallelimporten

² www.abda.de/pressemitteilung/eine-million-versicherte-mehr-arzneimittelausgaben-der-gkv-im-jahr-2016-um-38-prozent-gestiegen/

³ www.presseportal.de/pm/7002/4060397

Brandenburg sowie Bewertung der Arzneimittelrisiken und der EU- und bundesrechtlichen Rahmenbedingungen“. Im Abschlussbericht⁴ vom 27. August 2018 stellen sie fest: „In den vergangenen Jahren hat sich immer wieder gezeigt, dass Importe zunehmend als Zugangsweg für qualitativ minderwertige, gestohlene oder gefälschte Arzneimittel genutzt werden. Die Erfüllung der Importquote nach § 129 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V verursacht nicht nur erheblichen bürokratischen Aufwand, sondern gefährdet vor allem die Patientensicherheit. Chargenrückrufe sind bei Importarzneimitteln keine Einzelfälle. Lange, grenzüberschreitende und intransparente Lieferketten erhöhen das Risiko für das Einschleusen von qualitativ minderwertigen, gestohlenen oder gefälschten Medikamenten erheblich. Der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) liegen zudem viele Fallberichte vor, die aufgrund des veränderten Packungsdesigns oder Arzneimittelnamens zu massiven Irritationen des Patienten führten.“

⁴ https://masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/Bericht_Task_Force_Lunapharm_Schlussfassung_18Sep2018.pdf

Die Bundestagsabgeordneten der AfD-Fraktion im Arbeitskreis Gesundheit



Prof. Dr. med. Axel Gehrke, MdB

Bis Oktober 2019 Obmann und Mitglied im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages sowie Gesundheitspolitischer Sprecher der AfD-Bundestagsfraktion

Stellvertretendes Mitglied im Ausschuss für Tourismus und nachhaltige Entwicklung des Deutschen Bundestages



Detlev Spangenberg, MdB

Seit Oktober 2019 Leiter des Arbeitskreises Gesundheit der AfD-Bundestagsfraktion, Obmann im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages sowie Gesundheitspolitischer Sprecher der AfD-Bundestagsfraktion

Mitglied im Gesundheitsausschuss und im Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages; Stellvertretendes Mitglied im Ausschuss Bau, Wohnen, Stadtentwicklung und Kommunen des Deutschen Bundestages; Drogenpolitischer Sprecher der AfD-Bundestagsfraktion



Dr. med. Robby Schlund, MdB

Mitglied im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages; Stellvertretender Leiter des Arbeitskreises Gesundheit; Stellvertretender Gesundheitspolitischer Sprecher und Pflegepolitischer Sprecher der AfD-Bundestagsfraktion

Obmann und Mitglied im Unterausschuss Abrüstung, Rüstungskontrolle und Nichtverbreitung des Deutschen Bundestages; Stellvertretendes Mitglied im Auswärtigen Ausschuss und im Unterausschuss Globale Gesundheit des Deutschen Bundestages; Ansprechpartner für EU-Angelegenheiten



Paul Viktor Podolay, MdB

Mitglied im Gesundheitsausschuss, im Auswärtigen Ausschuss und im Unterausschuss Globale Gesundheit des Deutschen Bundestages; Stellvertretender Behindertenpolitischer Sprecher der AfD-Bundestagsfraktion

Stellvertretendes Mitglied im Unterausschuss Zivile Krisenprävention, Konfliktberatung und vernetztes Handeln des Deutschen Bundestages; Mitglied der Parlamentarischen Versammlung der OSZE



Jörg Schneider, MdB

Mitglied im Gesundheitsausschuss und im Ausschuss für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestages



Uwe Witt, MdB

Seit Oktober 2019 Mitglied im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages

Obmann im Ausschuss für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestages; Arbeits- und sozialpolitischer sowie Behindertenpolitischer Sprecher der AfD-Bundestagsfraktion; Stellvertretender Vorsitzender der Deutsch-Österreichischen Parlamentariergruppe im Deutschen Bundestag



Folgen Sie uns

 AfDBundestag.de

 fb.com/AfDimBundestag

 [@AfDimBundestag](https://twitter.com/AfDimBundestag)

 [youtube.com/
AfDFraktionimBundestag](https://youtube.com/AfDFraktionimBundestag)

Herausgeber:
AfD-Fraktion im Deutschen Bundestag vertreten durch den Fraktionsvorstand

Kontakt:
AfD-Fraktion im Deutschen Bundestag
Arbeitskreis 14 Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin
Telefon: 030 22757141
Telefax: 030 227 56349
E-Mail: buerger@afdbundestag.de

Herstellung und Redaktion:
Fraktionsverwaltung, Abteilung Öffentlichkeitsarbeit

Bildnachweis: AfD-Fraktion im Deutschen Bundestag

Stand: April 2020

Diese Veröffentlichung der AfD-Fraktion im Deutschen Bundestag dient ausschließlich der Information. Sie darf nicht zum Zweck der Parteierwerbung und/oder als Wahlwerbung im Wahlkampf verwendet werden.