

**GESUND  
HEIT IST  
KEINE  
WARE.**

**DIE LINKE.**

Gesundheitspolitische Positionen – Ein Diskussionsangebot

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
1.1 Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland	5
1.2 Für eine zuzahlungsfreie, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung	6
2.1 Armut macht krank	7
2.2 Gesundheitsförderung und Prävention in der Gesellschaft verankern	8
3.1 Gesundheitsversorgung – zersplittert und verkrustet	9
3.2 Für eine ganzheitliche und integrierte Versorgung	10
4.1 Versorgungslücken auf dem Land und in sozialen Brennpunkten der Städte	11
4.2 Für eine wohnortnahe, flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung	12
5.1 Zunehmende Kommerzialisierung und Privatisierung von Krankenhäusern	13
5.2 Krankenhäuser bedarfsgerecht und solide finanzieren	14
6.1 Profit ohne Grenzen für die Pharmakonzerne	15
6.2 Faire Preise für wirksame und sichere Arzneimittel	16
7.1 »Eigenverantwortung« als Gesundheitsgefährdung	17
7.2 Für die Stärkung der Rechte von Patientinnen und Patienten	18
8.1 Pflege – vom privaten Geldbeutel abhängig	19
8.2 Pflege und Assistenz an Teilhabe und Bedarf ausrichten	20
9.1 Pflegenotstand – miese Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten	21
9.2 Gute Ausbildung – Gute Arbeit – Gutes Leben	22
10.1 Kopfpauschale ist Systembruch	23
10.2 Für die solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege	24

## Vorwort

Das Gesundheitssystem war über Jahrzehnte eine der stabilsten und stärksten Säulen des bundesdeutschen Sozialstaates. Grundsätzlich konnten die Menschen sich darauf verlassen, im Krankheitsfall schnell und angemessen behandelt zu werden. Entscheidenden Anteil hieran hatte die ursprünglich »paritätisch und solidarisch« organisierte Finanzierung. Parität meint hierbei, dass Arbeitgeber und Arbeitnehmer die Krankenversicherungsbeiträge zu gleichen Teilen übernehmen und sie sich so die Kosten für Gesundheit und Krankheit teilen.

Unter Solidarität wird verstanden, dass jede und jeder Versicherte, zumindest bis zur Beitragsbemessungsgrenze, einen bestimmten Prozentsatz auf sein Einkommen zahlt. Dadurch erfolgt ein Ausgleich zwischen unterschiedlichen Einkommen. Zudem erhält jede und jeder eine Leistung, die sich nach dem gesundheitlichen Bedarf und nicht nach der Einzahlung oder der Krankenkasse richtet. Ziel ist es, einen Ausgleich zwischen unterschiedlichen Krankheitsrisiken, Jung und Alt, Alleinstehenden und Familien herzustellen.

Diese beiden Grundsätze der gesetzlichen Krankenversicherung kündigten CDU, CSU, FDP, SPD und Grüne gemeinsam in den zurückliegenden Gesundheitsreformen auf. Alle bisherigen Reformen dienten vor allem dazu, den Beitrag der Arbeitgeber stabil zu halten oder zu senken. Die Kostensteigerungen schoben sie zunehmend auf die Versicherten sowie Patientinnen und Patienten ab. Sonder- und Zusatzbeiträge wurden eingeführt. Durch Zuzahlungen, Ausgliederung von Leistungen sowie durch Wahl- und Sondertarife wurde das Gesundheitssystem kommerzialisiert. Bedarfsgerechtigkeit wird zunehmend durch Marktmechanismen ersetzt.

Aus einem Zweig der Sozialversicherung wird mehr und mehr ein Wirtschaftszweig, der Gewinninteressen von Konzernen, Leistungserbringern und Versicherungen unterworfen ist. Patienten werden zu Kunden, Gesundheit wird zur Ware.

Die Qualität der Versorgung wurde insgesamt nicht besser, aber das System immer undurchdringlicher. Als Resultat entsteht eine Zwei-Klassen-Medizin, wenn nicht gar Mehr-Klassen-Medizin. Durch verdeckte Rationierung werden Patientinnen und Patienten erforderliche

Therapien vorenthalten. Gesetzlich Versicherte müssen länger auf einen Arzttermin warten als privat Versicherte. Arme Menschen können sich bereits heute in Deutschland ihre Behandlung oftmals nicht im ausreichenden Maße leisten, weil Praxisgebühr und andere Zuzahlungen ihnen den Zugang zu den Leistungen des Gesundheitssystems erschweren.

Die aktuellen gesundheitspolitischen Pläne von CDU/CSU und FDP läuten eine neue Ära im Angriff auf das solidarische Gesundheits- und Pflegesystem ein. Durch die Kopfpauschale in der Krankenversicherung wird das Solidaritätsprinzip beseitigt und einkommensschwache Versicherte sind auf staatliche Transferleistungen angewiesen. Die Pflegefinanzierung soll dem freien Kapitalmarkt ausgesetzt werden.

Nach der Einführung von Hartz IV und der nachhaltigen Kürzung der Renten ist der anvisierte Systemwechsel in der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung der dritte großangelegte Angriff auf den Sozialstaat. DIE LINKE stellt sich dieser zentralen politischen und gesellschaftlichen Auseinandersetzung.

Die eigentlichen Probleme der Versicherten, der Patientinnen und Patienten wie auch der Beschäftigten in Gesundheit und Pflege kümmern die Bundesregierung wenig. Dabei sind die Forderungen sehr verständlich: Versicherte wollen eine gerechte Finanzierung, Patientinnen und Patienten eine optimale Versorgung und Beschäftigte gute Arbeitsbedingungen.

### **Ausgangspunkt für die gesundheitspolitischen Positionen der LINKEN ist:**

■ Gesundheit ist keine Ware! Gesundheit ist eine zentrale Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung jeder und jedes Einzelnen. Gesundheit ist ein existenzielles Gut, auf das nicht verzichtet werden kann.

■ Wir wollen eine Gesellschaft, in der unter Gesundheit tatsächlich »das vollkommene körperliche, seelische und soziale Wohlsein« (Weltgesundheitsorganisation, WHO) verstanden wird. Gesundheit ist weit mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit. Jeder Mensch hat das gleiche Recht auf den barrierefreien

Zugang zu umfassender Versorgung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit – unabhängig von Alter, Geschlecht, Wohnort, Herkunft oder Einkommen. Dafür brauchen wir ein solidarisches Gesundheitssystem, in dem breite Schultern mehr tragen als schmale.

■ Um eine optimale Versorgung für alle Menschen zu erreichen, nehmen wir zugleich unterschiedliche Lebensbedingungen und Gesundheitschancen von Frauen und Männern, Kinder und älteren Menschen sowie Menschen mit Behinderungen in den Blick.

■ Wir wollen keine marktradikalen Mechanismen im Gesundheitssystem. Statt Profitstreben und Privatisierung müssen wieder Solidarität und Parität die Leitgedanken der Gesundheitspolitik werden. Die Zuzahlungen gehören abgeschafft, eine solidarische Finanzierung eingeführt!

**Lasst uns gemeinsam dafür streiten!**

*Steuerungsgruppe der  
Gesundheitskampagne der LINKEN*

## 1.1 Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland

Deutschland ist das einzige Land, in dem neben der gesetzlichen Krankenversicherung eine private Krankenvollversicherung für ca. 10 Prozent der Versicherten existiert. Zwischen beiden Gruppen haben sich über Jahrzehnte in der medizinischen Versorgung Unterschiede herausgebildet, die die privat Versicherten deutlich bevorzugen. Die Einführung von Hartz IV und die Gesundheitsreformen im letzten Jahrzehnt mit den vielfältigen Leistungsausgrenzungen für gesetzlich krankenversicherte Frauen und Männer haben zu Unterschieden zwischen denjenigen Krankenversicherten geführt, die sich die Zuzahlungen leisten können und jenen, die auf Arztbesuche auf Grund der Kosten verzichten müssen. Die Zwei-Klassen-Medizin hat sich tatsächlich zu einer Mehr-Klassen-Medizin entwickelt.

Das Einkommen der Patientinnen und Patienten entscheidet zunehmend über Qualität und Quantität der medizinischen Leistungen. Bei der Diagnose und Therapie gesetzlich Versicherter spielen immer weniger medizinische Erkenntnisse und immer mehr ökonomische Erwägungen eine Rolle. Im Behandlungszimmer des Arztes, am Tresen der Apothekerin und im Krankenhaus finden täglich Entscheidungen statt, wer welche Behandlung oder Leistung erhält. Der Patient und die Patientin können kaum noch nachvollziehen, wie diese Entscheidungen getroffen werden.

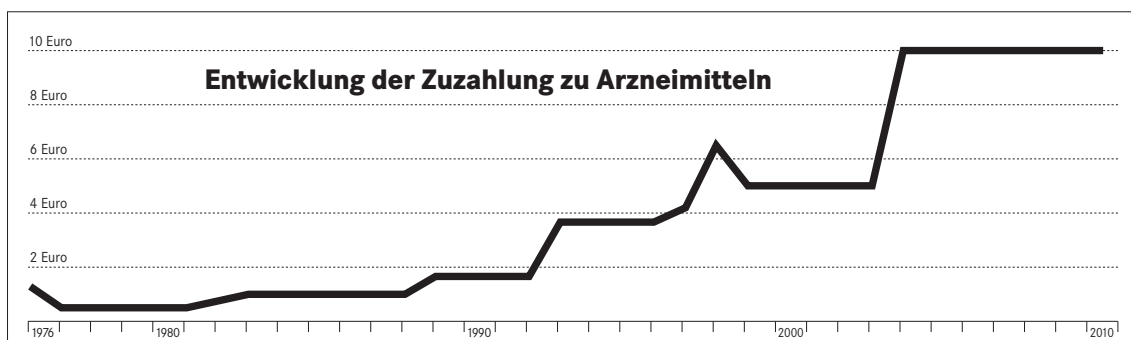
Werden Menschen krank, zahlen sie dank CDU, CSU, FDP, SPD und Grünen kräftig zu: sei es nun zu Arzneimitteln, Verbandsmaterial, der Krankengymnastik, der Rehabilitation, in der Arztpraxis oder im Krankenhaus. Überall werden sie mit bis zu 10 Euro oder 10 Prozent beteiligt, rezeptfreie Arzneimittel und Brillen müssen sie in der Regel vollständig selbst finanzieren.

Für das Jahr 2008 schätzt das Statistische Bundesamt den Umfang der Zuzahlungen, die allein von den Versicherten zu tragen sind,

auf 4,9 Milliarden Euro. Die Folge: Besonders Patientinnen und Patienten mit geringem Einkommen scheuen zunehmend den Arztbesuch oder aber Rezepte bleiben uneingelöst, Therapien werden nicht begonnen oder frühzeitig abgebrochen. Arme Menschen in Deutschland können sich bereits heute ihre Behandlung kaum leisten.

CDU/CSU und FDP wollen nun endgültig das Ende der Solidarität im Gesundheitssystem. Schwarz-Gelb kündigt deshalb weitere Leistungseinschränkungen an: Wie schon beim Zahnersatz, wo es je nach Befund nur noch einen Festzuschuss gibt, sollen weitere Leistungen – ganz oder teilweise – durch einen Eigenbetrag von den Versicherten selbst finanziert werden. Wer sich das nicht leisten kann, hat Pech gehabt. Kranke mit wenig Geld erhalten künftig nur noch eine Grundversorgung und werden weitgehend vom medizinischen Fortschritt ausgeschlossen.

Schon die schwarz-rote Regierungskoalition hat 2007 mit der Einführung von Wahl- und Kostenersatzstarifen die Solidarität im System ausgehöhlt. Schwarz-Gelb will das Gesundheitssystem endgültig zu einem Gesundheitsmarkt ausbauen, in dem Patienten »Kunden« sind und Krankenkassen sich als »Unternehmer« verstehen, die statt eines einheitlichen Leistungskatalogs unterschiedliche Leistungen anbieten. Die Regierung verkauft das als »Wahlfreiheit«. Wer das Geld hat, kann sich künftig eine teure Versicherung mit maximaler Gesundheitsversorgung leisten. Menschen mit wenig Geld haben dagegen die »freie Wahl«, sich für eine billigere Versicherung mit weniger Leistungen zu entscheiden. Für die Versicherten ergibt sich daraus, dass sie sich einen Überblick über den »Gesundheitsmarkt« verschaffen müssen. Doch was schon bei den Handy-Tarifen kaum gelingt, wird bei der Gesundheitsversorgung erst recht schwierig. Wer krank ist, hat andere Sorgen, als sich um Tarife zu kümmern.



Quelle: Arbeitnehmerkammer Bremen, 2009, eigene Darstellung (es wird immer die maximale Zuzahlung zu Arzneimitteln dargestellt)

## 1.2 Für eine zuzahlungsfreie, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung

DIE LINKE bekämpft die Bestrebungen zur Rationierung und Kommerzialisierung im Gesundheitssystem. Wir wollen den solidarischen Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten bzw. wiederherstellen und ausbauen. Zwei- oder gar eine Mehr-Klassen-Medizin lehnen wir strikt ab.

Für jede und jeden muss bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit die erforderliche Versorgung zur Verfügung stehen – unabhängig von Einkommen und Vermögen. Deshalb wollen wir Zuzahlungen, Praxisgebühr oder Krankenhausselbstbeteiligungen abschaffen.

Wir wollen einen einheitlichen Leistungskatalog. Sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen sollen wieder vollständig in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen werden. Die in den vergangenen Jahren vorgenommenen Privatisierungen von Leistungen – also die alleinige Belastung der Patientinnen und Patienten – wollen wir rückgängig machen. Die Kosten für Brillen,

Hörhilfen und Zahnersatz sollen wieder von den Kassen übernommen werden.

Wer zum Arzt geht, soll die erforderliche Gesundheitsversorgung erhalten – ohne hierfür zusätzlich zahlen zu müssen. Wir setzen uns deshalb für den Erhalt des Sachleistungsprinzips ein. Ärztinnen sind keine Händlerinnen und Patienten keine Kunden, die über den Preis und die Qualität der Gesundheitsversorgung verhandeln.

Die Versorgung der Bevölkerung darf nicht an kommerziellen Interessen ausgerichtet werden, sondern einzig und allein am medizinischen Bedarf.

Wir wollen das Gesundheitssystem wieder vom Kopf auf die Füße stellen: Ausgangspunkt müssen Aufgaben sein, die für die Gesundheit der Bevölkerung zu lösen sind und nicht allein die Einnahmen, die insbesondere durch das Dogma »niedriger Lohnnebenkosten« »künstlich« begrenzt werden.

## 2.1 Armut macht krank

Die Gesundheit wird maßgeblich durch die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen bestimmt. Dabei gilt: Menschen mit niedrigem Einkommen, geringer Bildung, prekärer Beschäftigung und/oder belastenden und unsicheren Lebenssituationen sind häufiger sowie schwerer krank und sterben im Durchschnitt früher.

Die Gründe dafür sind vielfältig: Menschen mit einem geringen Einkommen haben eher Berufe, die sie körperlich stark belasten. Trotz harter Arbeit wissen sie oftmals nicht, wie sie ihren Lebensunterhalt bestreiten sollen. Viele haben Angst, entlassen zu werden. Diese ständigen Sorgen schaden der Gesundheit.

Hinzu kommt: Bezahlbare Wohnungen, insbesondere in Großstädten, liegen häufig an viel befahrenen Straßen oder in der Nähe von Gewerbegebieten oder sind oft in schlechtem Zustand oder in unruhigen Häusern. Lärm, Staub und Abgase, aber auch fehlende Spiel- und Sportmöglichkeiten können krank machen.

Eine Trendwende ist unter den gegebenen Bedingungen nicht zu erwarten – ganz im Gegenteil! Die Schere zwischen Arm und Reich geht gerade in Deutschland weiter auseinander. Vor allem Kinder unterliegen einem immer höheren Armutsrisiko. Die Folge: Die sozial bedingte Ungleichheit der Gesundheitschancen steigt weiter an und wird zunehmend »vererbt«.

Zusätzlich zu Unterschieden bedingt durch den Sozialstatus gibt es Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern. Der Umgang mit gesundheitlichen Risiken ist auch ein Ergebnis geschlechtsspezifischer Sozialisation. Dies führt u. a. zu mehr Gesundheitsbewusstsein, aber auch höheren Belastungen bei Frauen bzw. zumeist ungesünderen Lebensweisen von Männern.

Gesundheitsförderung und Prävention können einen Beitrag dazu leisten, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern. Doch in Deutschland führen Gesundheitsförderung und Prävention nach wie vor ein Schattendasein. Zumeist erschöpfen sie sich in kurzatmigen Aufklärungs- oder Werbekampagnen, deren Nutzen zweifelhaft ist. In der Bundesrepublik wird viel Geld mit »Krankheit« verdient: Mittel werden erst dann eingesetzt, wenn die Krankheit eingetreten ist, statt zu verhindern, dass sie entsteht.

Auch die Strukturen vor Ort sind nicht optimal: So kann der Öffentliche Gesundheitsdienst aufgrund eines zunehmenden Personalmangels seinen vielfältigen Aufgaben wie beispielsweise Gesundheitsvorsorge und -förderung, insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit, nur ungenügend nachkommen. Gerade in den neuen Bundesländern gehen in naher Zukunft insbesondere viele Amtsärzte in den Ruhestand. Die spezialisierte Ausbildung zum Amtsarzt ist nicht gesichert. Der Trend in der öffentlichen Verwaltung, Kosten zu reduzieren, wirkt sich für den Öffentlichen Gesundheitsdienst außerordentlich nachteilig aus. Viele Stellen, die heute nicht besetzt sind oder künftig frei werden, werden dauerhaft gestrichen.

Union und FDP ignorieren die Debatten zur Gesundheitsförderung der letzten zwanzig Jahre. Für sie bedeutet Prävention vor allem, die »Eigenverantwortung« zu stärken und Aufklärungskampagnen aufzulegen. Allein das individuelle Verhalten zählt für Schwarz-Gelb, über finanzielle Anreize wollen sie »kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten« fördern. Wer sich nicht gesund ernährt oder ausreichend bewegt, sei demnach selbst schuld, wenn er krank wird – und soll obendrein dafür noch finanziell bestraft werden. Die unzureichenden gesellschaftlichen Bedingungen gehen Union und FDP bewusst nicht an.

## 2.2 Gesundheitsförderung und Prävention in der Gesellschaft verankern

DIE LINKE kämpft gegen soziale Ungerechtigkeit. Wir wollen gesundheitsförderliche Lebens-, Arbeits- und Wohnbedingungen für alle Menschen. Um diese Ziele zu erreichen, müssen Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Sozial-, Wohnungs-, Umwelt-, Kinder- und Familienpolitik aufeinander abgestimmt werden.

Wir setzen uns für einen Paradigmenwechsel hin zu einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik und einer präventiven Gesundheitspolitik ein. Ausgangspunkt muss die Verhältnisprävention sein. Notwendig sind so rasch wie möglich flächendeckende und dauerhafte Angebote, die in den Lebenswelten der Menschen – in den Kitas, Schulen, Betrieben, Kommunen und Familien – ansetzen, also dort, wo Menschen leben, spielen, lernen, wohnen und arbeiten. Die Angebote müssen die Menschen erreichen, von ihnen angenommen und gestaltet werden und dazu beitragen, ihre Lebenskompetenzen zu erhöhen. Darüber hinaus muss die Lebenswelt der Menschen entsprechend verändert werden. Wohnviertel sollten z. B. so geplant oder umgestaltet werden, dass Kinder ungefährdet im Freien spielen können.

Um alters-, geschlechts- und migrationsbedingte Ungleichheit zu verringern, müssen die Angebote und Maßnahmen die jeweiligen Arbeits- und Lebensbedingungen sowie die unterschiedlichen Bedürfnisse von Frauen und Männern, Kindern und älteren Menschen sowie Menschen mit Behinderungen berücksichtigen. Deshalb setzen wir uns für die Vereinbarung von Gesundheitszielen unter

breiter demokratischer Beteiligung in den Lebenswelten der Menschen ein.

Die Menschen sind an der Planung, Entwicklung und Umsetzung der Projekte vor Ort zu beteiligen. Ein Zwang zur individuellen Prävention – etwa in Form von Bonus- oder Malusregelungen – lehnen wir ab.

DIE LINKE streitet für ein Präventionsgesetz: Bewährte Projekte und Programme im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sollen miteinander vernetzt, strukturell weiterentwickelt und verbreitert werden. Dazu muss an dieser Stelle bedeutend mehr Geld als bisher eingesetzt werden. Gesundheitsförderung und Prävention sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Das muss sich auch in der Finanzierung widerspiegeln. Bund, Länder und Kommunen, alle Sozialversicherungszweige sowie die private und gesetzliche Krankenversicherung müssen die erforderlichen Mittel aufbringen. Die Finanzmittel sollen zum überwiegenden Teil in Projekte und Programme der lebensweltbezogenen Prävention fließen, damit das oberste Ziel – die Verringerung der sozial bedingten Ungleichheit der Gesundheitschancen – auch erreicht werden kann.

DIE LINKE will den Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken und weiterentwickeln. Er muss in die Lage versetzt werden, seine vielfältigen Aufgaben zu erfüllen und insbesondere einen Beitrag zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit, umfassender Prävention und einer unabhängigen Qualitätskontrolle zu leisten.

## 3.1 Gesundheitliche Versorgung – zersplittert und verkrustet

Die medizinische Versorgung in Deutschland ist stark zerklüftet. Zwischen dem ambulanten und dem stationären, dem therapeutischen wie rehabilitativen und dem pflegerischen Bereich klaffen tiefe Gräben. Neben den Problemen in den jeweiligen Sektoren schadet die unzureichend aufeinander abgestimmte Versorgung oftmals den Patientinnen und Patienten und treibt die Kosten in die Höhe. Die Schritte zu modernen Versorgungsstrukturen sind zögerlich und inkonsequent. Die einseitige Ausrichtung auf eine akut behandelnde Medizin vernachlässigt eine dringend notwendige Verbesserung der Versorgung von chronisch Kranken. Ansätze einer ganzheitlichen Medizin werden von den gesetzlichen Krankenkassen als Geschäftsidee vorwiegend Menschen mit höheren Einkommen und Zusatzversicherungen vorbehalten.

Die Anforderungen an eine moderne Gesundheitsversorgung, die Lebensumstände und -ziele der Beschäftigten haben sich verändert. Diese verfolgen neue Lebens- und Arbeitszeitmodelle. Der Anteil junger Frauen, die Medizin studieren und als Ärztin arbeiten wollen, wächst. Im Pflegebereich sind die Beschäftigten seit jeher überwiegend Frauen. Die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern und Praxen machen den Beschäftigten in den Gesundheits- und Pflegeberufen das Leben schwer. Verkrustete hierarchische Strukturen in vielen Krankenhäusern, die kooperatives

Zusammenwirken behindern und die Umsetzung neuer Arbeitszeitmodelle erschweren, wirken familienfeindlich für die Beschäftigten. Familie und Beruf können kaum miteinander vereinbart werden. Im ambulanten niedergelassenen Bereich sind die mit einer Selbstständigkeit verbundenen Risiken für viele, insbesondere Absolventinnen, oftmals zu hoch.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sollten die Lücke zwischen ambulanter und stationärer Versorgung schließen und andere effektive Arbeitsmöglichkeiten schaffen. Aber viele dieser Einrichtungen sind reine »Profitcenter«, mit denen Klinik-Konzerne in den ambulanten Bereich drängen. Diese Aktiengesellschaften wollen vor allem Renditen für ihre Anleger erwirtschaften. Das Wohl der Patientinnen und Patienten ist ihnen eher zweitrangig. Klinikkonzerne benutzen MVZ vorrangig dazu, Patientinnen und Patienten ins eigene Krankenhaus einzuweisen. Dadurch werden die MVZ lediglich zu einem Mittel zum Zweck.

Der Blick der Bundesregierung zur Lösung dieser Probleme ist nicht vorrangig auf die Schaffung moderner Versorgungssysteme gesetzlich Krankenversicherter gerichtet, sondern vielmehr auf die Interessen des Arztes als Freiberufler, die Leistungserbringer in Krankenhäusern, auf die Pharma- und andere Wirtschaftsunternehmen.

## 3.2 Für eine ganzheitliche und integrierte Versorgung

Für DIE LINKE gilt: Das Gesundheitssystem muss in allen Bundesländern uneingeschränkt auf hohem medizinischen und pflegerischen Niveau der bedarfsgerechten, flächendeckenden und wohnortnahen gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung dienen und mit seinen Leistungen allen Menschen unabhängig von ihrer sozialen und finanziellen Situation zur Verfügung stehen.

Um diesem Anspruch zu genügen, will DIE LINKE die ineffektive und teure Trennung von ambulanten und stationären Einrichtungen schrittweise überwinden. Niedergelassene Ärzte, Medizinische Versorgungszentren, Krankenhäuser, ambulante und stationäre Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie diagnostische Zentren müssen sich regional vernetzen und konsequent am Bedarf der Bevölkerung ausrichten. Alle Gesundheitseinrichtungen müssen barrierefrei sein.

Ferner wollen wir das Vordringen profitorientierter Kapitalgesellschaften und Konzerne in die stationäre und ambulante Versorgung unterbinden und dort, wo bereits geschehen, durch Rückführung in kommunales oder freigemeinnütziges Eigentum wieder in das Solidarsystem integrieren. Leistungen müssen wirtschaftlich erbracht werden, aber: Nicht der Profit, sondern der Mensch muss im Mittelpunkt stehen!

MVZ müssen den poliklinischen Gedanken aufgreifen. Verschiedene medizinische Fachrichtungen arbeiten unter einem Dach, um eine Versorgung der kurzen Wege und

geringen Wartezeiten unbürokratisch zu ermöglichen. Öffentliche Polikliniken sollten regional mit anderen ambulanten und stationären Einrichtungen kooperieren und über Beiräte oder Konferenzen in die demokratische Kontrolle eingebunden sein. So könnten die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, aber auch der Beschäftigten im Gesundheitssystem besser erfüllt und die Mittel sparsamer eingesetzt werden.

Grundvoraussetzung für Zufriedenheit im Beruf von Medizinerinnen und Medizinern ist unbestritten die Therapiefreiheit; folglich darf kein MVZ-Inhaber in diese verbrieften Rechte eingreifen.

Nicht nur für Absolventinnen und Absolventen der Medizin, sondern auch für viele andere Heilberuflerinnen und Heilberufler ist die Möglichkeit, als Angestellte in poliklinischen Einrichtungen zu arbeiten, attraktiv. Dort sind sie vom Abrechnungswust weitgehend befreit, müssen das Risiko einer eigenen Praxis nicht tragen, können ihre Arbeitszeit flexibel nach den Bedürfnissen der Familie gestalten und sich – sofern erforderlich – in der flexiblen Arbeitswelt auch kurzfristig für einen anderen Wohn- und Arbeitsort entscheiden.

Um die gesundheitliche Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger weiterzuentwickeln, sind auch ganzheitliche Gesundheitsansätze zu verfolgen. Insbesondere eine den jeweiligen Verfahren angemessene Forschung muss besser als bisher etabliert und voran gebracht werden.

## 4.1 Versorgung – Lücken auf dem Land und in sozialen Brennpunkten der Städte

Die ambulante medizinische Versorgung weist zunehmend größere Lücken auf. Dabei wächst insgesamt die Anzahl an Ärztinnen und Ärzten, diese sind aber regional ungleich verteilt.

Die Arztpraxis in der Nähe wird in ländlichen Gebieten immer mehr zur Ausnahme. Besonders in den ostdeutschen Bundesländern sind mittlerweile unzählige Hausarztpraxen verwaist, aber auch in den ländlichen Regionen Westdeutschlands drohen ernsthafte Versorgungsprobleme. Da die ländliche Bevölkerung im Durchschnitt älter, kränker und weniger mobil ist sowie der Weg zur behandelnden Ärztin bzw. zum behandelnden Arzt oftmals weiter ist als in der Stadt, wirkt sich der Ärztemangel auf dem Land doppelt problematisch aus. Aber auch in Großstädten gibt es in sozialen Brennpunkten massive Probleme bei der ärztlichen Versorgung. Ärztinnen und Ärzte zieht es mehr in Stadtteile mit überwiegend wohlhabender und daher häufiger privat versicherter Bevölkerung. Dort lässt sich ein höheres Einkommen erzielen.

Die derzeitige Bedarfsplanung löst die Probleme nicht: Sie wurde in den 1990er Jahren eingeführt, um der damaligen ärztlichen Überversorgung entgegenzuwirken. Die Planungsbereiche sind zumeist mit den Landkreisen identisch oder umfassen gar mehrere und sind damit zu groß, gerade im ländlichen Raum. Auch Großstädte, wie Berlin oder Hamburg, sind ein einziger Planungsbereich. Eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung einzelner kleinerer Gebiete oder Stadtteile wird dadurch nicht sichtbar. So kann ein durchschnittlich gut versorgter Planungsbereich dennoch erhebliche Lücken aufweisen, weil sich Ärztinnen und Ärzte an besonders attraktiven Standorten konzentrieren. Bisher wird der Bedarf allein aus der Bevölkerungszahl errechnet. Alter, Krankheitshäufigkeit und die räumlichen Entfernungen zum Arzt bleiben unberücksichtigt. Ebenso werden Spezialisierungen innerhalb einzelner Fachrichtungen ungenügend

berücksichtigt. So zählt ein Internist als Internist, egal ob er sich auf Herz- oder Schilddrüsenerkrankungen spezialisiert hat.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen gelingt es immer weniger, ihren Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung zu erfüllen. Die Bedarfsplanung umfasst bislang allein den niedergelassenen Bereich. Die Krankenhausplanung läuft unter der Verantwortung der Länder parallel und nicht darauf abgestimmt. Den Sicherstellungsauftrag für die Krankenhäuser haben die jeweiligen Landkreise und kreisfreien Städte.

Die in den neuen Bundesländern zu Beginn der 1990er Jahre übernommene Landeskrankenhausplanung hat sich seither als Instrument struktureller Veränderungen in Verbindung mit einem umfangreichen Investitionsprogramm des Bundes, der Länder und der Kommunen beispielgebend bei der Gestaltung einer bedarfsgerechten, flächendeckenden und wohnortnahen Krankenhausversorgung entwickelt. Diese Erfahrungen sollten in den alten Bundesländern genutzt werden.

Allerdings verhindern unterschiedliche Finanzierungstöpfe, dass im Sinne einer integrierten Versorgung gedacht und geplant wird. Neue Versorgungskonzepte wie auch Heil- und Heilhilfsberufe oder Pflegestrukturen werden bei der Bedarfsplanung überhaupt nicht berücksichtigt. Die vorangegangene Regierungskoalitionen haben eine grundlegende Novellierung der Bedarfsplanung bisher unterlassen.

Der neue Bundesgesundheitsminister schlägt vor, die Zulassungskriterien für das Medizinstudium zu verändern und eine Landarztquote bei Studienplätzen einzuführen. Das greift zu kurz, wirkt zu spät und löst die derzeitigen strukturellen Probleme der Über-, Unter- und Fehlversorgung nicht.

## 4.2 Für eine wohnortnahe, flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung

DIE LINKE fordert, dass der Einsatz von Ärztinnen und Ärzten nicht den Interessen einzelner Akteure im Gesundheitssystem unterworfen wird, sondern in erster Linie dem Wohl der Patientinnen und Patienten dient. Das Instrument der Bedarfsplanung bleibt erforderlich. Der Bedarf muss künftig kleinräumig und wohnortnah festgestellt werden. Dabei sind die Alters-, Geschlechts- und räumliche Struktur, die Bevölkerungsdichte und insbesondere die gesundheitliche Situation sowie die Mobilität der Bevölkerung zu berücksichtigen. Die Versorgungsanalyse wie die Versorgungsplanung sollten künftig den ambulanten wie stationären Bereich gleichermaßen umfassen.

Das macht weitreichende Neuerungen erforderlich. So müssen sich die bisher für die ambulante Versorgung Zuständigen mit den Verantwortlichen für die Krankenhausplanung verständigen. Neben den Akteuren aus der Selbstverwaltung, den Landes- und Kommunalbehörden sind vor allem auch unabhängige, demokratisch legitimierte Versichertenvertreterinnen und -vertreter in eine sektorenübergreifende ärztliche Versorgung der Zukunft einzubeziehen. Für eine erste Phase ist gegenseitige Informiertheit und gemeinsames Agieren

in den jeweiligen Regionen zu organisieren. Ständige Gesundheitskonferenzen können diesen Prozess unterstützen.

Es gilt, rechtliche Regelungen zu schaffen, die die Analyse, Planung und die tatsächliche Umsetzung der medizinischen und pflegerischen Versorgung in jedem Bundesland in engem Zusammenwirken ermöglichen und verbindlich gestalten. Die Länder spielen für die Sicherung der medizinischen Versorgung insgesamt eine herausragende Rolle und ermöglichen über die Landesparlamente eine transparente demokratische Kontrolle.

Neue Versorgungsformen, wie poliklinische Strukturen oder Gemeindeschwesterstationen, sind zu fördern. So sollten erfolgreich erprobte Modellprojekte, wie beispielsweise AGnES (Arztentlastende, Gemeindefähige, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) überall angewendet werden, um die Ärztin oder den Arzt vor Ort zu entlasten. Die gesetzlichen Regelungen hierfür sind geschaffen. Sie müssen nun vor Ort genutzt werden. Allerdings müsste die gesetzliche Beschränkung auf unterversorgte Gebiete aufgehoben und die Aufgaben ausgeweitet werden. Das Gemeindeschwestermodell verdient eine Renaissance.

## 5.1 Zunehmende Kommerzialisierung und Privatisierung von Krankenhäusern

Die Länder und Kommunen kommen seit Jahren ihren Verpflichtungen nicht ausreichend nach, Gelder für die Modernisierung (vor allem im Westen) und Ausstattung (Ersatzbedarf vor allem im Osten) der Krankenhäuser zur Verfügung zu stellen. Mittlerweile ist in Deutschland insgesamt ein Investitionsstau von etwa 50 Milliarden Euro aufgelaufen. Schuld daran ist nicht allein fehlender Wille der Landesregierungen. Ursachen dafür liegen zum einen in der unzureichenden Bedarfsplanung als entscheidender Voraussetzung für Investitionsentscheidungen (insbesondere in den alten Bundesländern). Zum anderen lähmt die Steuerpolitik des Bundes, die die öffentlichen Haushalte der Länder und Kommunen in den letzten Jahren geradezu leer gefegt hat.

Gleichzeitig sind die Budgets der Krankenhäuser, die mit den Krankenkassen vereinbart werden, so knapp bemessen, dass Tarifsteigerungen oder die wachsenden Kosten für Energie nur unzureichend gegenfinanziert werden können. Obwohl das nichtärztliche Personal in den letzten Jahren nur geringe Lohnsteigerungen hatte und immer mehr Stellen abgebaut und ausgelagert wurden, reicht das Budget der Kliniken selbst dafür nicht aus. Die Kommerzialisierung der Krankenhauslandschaft verlangt von den Beschäftigten eine Fließbandmentalität und bringt sie in Gewissenskonflikte zwischen einer angemessenen Versorgung und kommerziellen Vorgaben. Die Arbeitsintensität nimmt zu, die Arbeitsbedingungen werden immer unerträglicher und die Gesundheitsberufe dadurch unattraktiver.

Weil Krankenhäuser versuchen, immer mehr Behandlungsfälle pro Jahr »durchzuschleusen«,

werden Patientinnen und Patienten aus wirtschaftlichen Gründen schneller und zum Teil vorzeitig aus dem Krankenhaus entlassen. Für die Patientinnen und Patienten bedeutet die Finanznot der Krankenhäuser oft eine bedrohliche Verschlechterung der Behandlungsqualität.

Viele Kommunen trennen sich wegen Geldmangels von ihren Krankenhäusern und verkaufen sie an große Klinikketten. In Deutschland gibt es anteilig mittlerweile mehr private Kliniken als in den USA! Viele Krankenhäuser spezialisieren sich auf bestimmte Fachbereiche, um rentabel zu arbeiten. Die fortschreitende Spezialisierung darf aber nicht zum Ausdünnen des Angebots an grundlegender Versorgung führen, sonst werden die Wege zum nächsten geeigneten Krankenhaus immer länger.

Auch die Krankenhäuser werden von der Bundespolitik in den Wettbewerb geschickt: Krankenhäuser konkurrieren dabei nicht um die beste Versorgung. Denn der Gewinn orientiert sich bei gleichen Behandlungspauschalen am geringsten Aufwand, der betrieben wird. Eine qualitativ hochwertige Versorgung ist damit ebenso gefährdet wie Arbeitsplatzsicherheit oder gute Arbeit für die Beschäftigten.

Statt durch eine sozial gerechte Steuerpolitik die Haushalte der Länder und Kommunen zu stabilisieren und somit auch die Finanzlage der Krankenhäuser zu verbessern, setzt die Schwarz-Gelbe Koalition auf die Karten Privatisierung und Wettbewerb im »Spiel« um eine qualitativ hochwertige stationäre Versorgung.

## 5.2 Krankenhäuser bedarfsgerecht und solide finanzieren

DIE LINKE fordert eine öffentlich organisierte, angemessen finanzierte und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Länder und Kommunen müssen eine flächendeckende Krankenhausinfrastruktur sichern und für Neuanschaffungen, An- und Umbauten sowie Modernisierungen die erforderlichen Mittel bereitstellen. Die Krankenkassen haben den Betrieb angemessen zu sichern. Diese zwei Standbeine der Krankenhausfinanzierung, die sogenannte duale Finanzierung, sind zu erhalten. Die Krankenhausplanung sollte deshalb in der Verantwortung der Länder bleiben. Von der Qualität dieser Planung und ihrer intelligenten Verzahnung mit dem ambulanten Bereich hängen maßgeblich Strukturen und damit auch Finanzbedarfe ab.

Probleme der öffentlichen Haushalte dürfen nicht über Kürzungen bei der öffentlichen Daseinsvorsorge gelöst werden. Wir fordern stattdessen eine sozial gerechte Steuerpolitik des Bundes. Für Defizite bei der Finanzierung von Krankenhäusern, von denen Gefahren für die Versorgung ausgehen, sind öffentliche Mittel bereitzustellen. Hier hat auch der Bund eine Verantwortung. Von den Krankenhäusern

muss der Druck genommen werden, Aufgaben auszugliedern und prekäre Arbeitsverhältnisse zu schaffen.

Wir wollen die weitere Privatisierung von Krankenhäusern verhindern und privatisierte Häuser in eine nicht-kommerzielle Trägerschaft überführen. Generell steht DIE LINKE für eine Rekommunalisierung der Daseinsvorsorge, so auch der Krankenhäuser.

Um auch im Bereich nicht-kommerzieller Krankenhäuser Synergieeffekte zu erzeugen, begrüßen wir die Kooperation von Landes-, kommunalen und frei-gemeinnützigen Einrichtungen sowie die Verzahnung mit dem ambulanten Bereich.

Die Finanzierung des Gesundheitssystems ist so zu gestalten, dass die Versorgung am medizinischen Bedarf der Patientinnen und Patienten orientiert ist. Das jetzige Fallpauschalen-System, das vorzeitige Entlassungen und die Nichtaufnahme wirtschaftlich uninteressanter Fälle fördert, muss verändert werden. Generell ist ein Mix von guter Planung und ausreichender Finanzierung der Krankenhäuser erforderlich.

## 6.1 Profit ohne Grenzen für die Pharmakonzerne

Arzneimittel helfen vielen Menschen, Krankheiten effektiv zu bekämpfen. Sie gehören aber auch alljährlich zu den größten Kostentreibern im Gesundheitssystem. Bis jetzt gibt es keine nachhaltig wirksamen Regelungen gegen den Anstieg der Arzneimittelkosten. Die bestehenden Bestimmungen sind kleinteilig, teilweise widersprüchlich, in der Praxis für Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker kaum zu durchschauen und nicht ausreichend wirksam.

Die letzten Reformen im Arzneimittelbereich waren ausschließlich darauf ausgerichtet, Kosten zu senken. Die Qualität der Therapie und die Auswirkungen auf die Therapietreue sind kaum berücksichtigt worden. Nicht medizinisch begründete Umstellungen bei der Medikation, z.B. infolge von Rabattverträgen haben viele Menschen verunsichert. Während die großen Pharmakonzerne nicht selten Umsatzrenditen von 20 Prozent und mehr einfahren, werden Patientinnen und Patienten durch hohe Zuzahlungen belastet – viele auch überlastet. Der Staat verdient bei den Arzneimitteln kräftig mit: Über sechs Milliarden Euro Mehrwertsteuer nimmt der Fiskus über die Apotheken ein.

Während Hotelübernachtungen nur mit dem ermäßigten Mehrwertsteuer von 7 Prozent belastet werden, müssen für Medikamente mit 19 Prozent der volle Mehrwertsteuersatz an den Staat abgeführt werden.

In den letzten Jahren wurden erfreulicherweise für einige Krankheiten besser wirksame oder besser verträgliche Arzneimitteltherapien entwickelt. Gleichzeitig geben aber die Krankenkassen in Deutschland etwa 5 Milliarden Euro pro Jahr sinnlos für überbewertete und nur scheinbar innovative Medikamente aus. Auch Arzneimittel mit therapeutischem Zusatznutzen sind oftmals absurd teuer, da in Deutschland keinerlei Regelungen existieren, um die Preise für diese Präparate auf ein realistisches Maß zu begrenzen. Hier steht Deutschland europaweit fast allein da und gewährt den Konzernen völlige Freiheiten zu Lasten des Solidarsystems. Jetzt hat auch die Bundesregierung erkannt, dass dieser Zustand unhaltbar ist. Die geplanten Regelungen sind jedoch halbherzig und nicht geeignet, die Arzneimittelpreise wirklich in den Griff zu bekommen.

Studien, die für die Bewertung von Wirksamkeit und Sicherheit der Arzneimittel wichtig sind, werden in der Regel von den Herstellern selbst hinter verschlossenen Türen durchgeführt. Der Hersteller kann entscheiden, wie die Studien ausgestaltet und welche davon veröffentlicht werden. Die so gewonnene Datenbasis ermöglicht keine objektive Bewertung des Medikaments. Die Industrie nutzt zahlreiche Möglichkeiten, ein Medikament durch zurückgehaltene oder nachträglich geschönte Daten und durch den Einsatz einer umfangreichen Werbemaschinerie besser aussehen zu lassen, als es tatsächlich ist.

## 6.2 Für eine qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung

DIE LINKE will, dass alle Patientinnen und Patienten im Bedarfsfall mit hochwertigen Arzneimitteln nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft versorgt werden. Was auf dem Rezept steht, muss die bzw. der Versicherte ohne Zuzahlung erhalten. Wir wollen eine transparente Preisgestaltung der Arzneimittel, die den medizinischen Fortschritt befördert und über realistische Preise abbildet.

Wir setzen uns daher für eine Positivliste sowie eine verbindliche Kosten-Nutzen-Bewertung ein. Die Positivliste stellt sicher, dass nur Präparate verordnet werden, die nach dem aktuellen Stand des Wissens sinnvoll sind. Arzneimittel, die keinen Zusatznutzen aufweisen oder unwirksame Arzneimittel sind dann nicht mehr ordnungsfähig. Durch die Kosten-Nutzen-Bewertungen von Arzneimitteln kann ermittelt werden, welche Mehrkosten durch den therapeutischen Zusatznutzen gerechtfertigt sind. Vor diesem Hintergrund fordern wir eine Stärkung des Instituts für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitssystem (IQWiG), das vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder vom Bundesministerium für Gesundheit mit der Durchführung der Kosten-Nutzen-Analysen betraut wird. Zusätzlich wollen wir die Mehrwertsteuer für erstattungsfähige Arzneimittel von derzeit 19 Prozent auf den ermäßigten Satz von 7 Prozent reduzieren. Ziel ist es, die Sozialkassen zu entlasten.

Den Einfluss der Pharmaindustrie auf Patientinnen und Patienten wollen wir zurückdrängen. Insbesondere auf europäischer Ebene sprechen wir uns für das Werbeverbot zumindest für rezeptpflichtige Arzneimittel aus. Gleichzeitig muss der Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf Ärztinnen und Ärzte, beispielsweise über Pharmavertreterinnen und -vertreter, begrenzt werden. Obligatorische Fortbildungen dürfen nicht mit industriefinanzierten Veranstaltungen abgeleistet werden. Sämtliche Anreize, andere als die medizinisch sinnvollen und wirtschaftlichen Präparate zu verordnen, müssen abgeschafft werden.

DIE LINKE will die nicht-kommerzielle klinische Forschung stärken. Diese Forschung sollte sich nicht am möglichen Profit, sondern am medizinischen Bedarf orientieren. Das heißt, auch den unterschiedlichen Bedürfnissen von Männern, Frauen, Älteren und Kindern muss Rechnung getragen werden.

Auch treten wir für ein verbindliches, öffentliches Studienregister ein. Darin müssen zeitnah Design und Ergebnisse von klinischen Untersuchungen veröffentlicht werden. Nur so können eine objektive Bewertung des verfügbaren Wissens gewährleistet und eine verzerrte Darstellung des Wissensstandes verhindert werden.

## 7.1 »Eigenverantwortung« als Gesundheitsgefährdung

Das Gesundheitssystem wird zunehmend zu einem Gesundheitsmarkt umgebaut: Krankenkassen bieten Selbstbehalte, Wahltarife und Zusatzversicherungen an, Ärztinnen und Ärzte locken mit individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Die Sorge von Patientinnen und Patienten wächst, nicht optimal versorgt zu sein oder zuviel zu bezahlen. Von ihnen wird immer mehr verlangt, selbst zur Expertin bzw. zum Experten zu werden, damit sie ihre bestmögliche Versorgung erhalten. Als Folge wachsen der Bedarf und das Angebot von Beratung.

Marktgeschehen statt Daseinsvorsorge lässt aber insbesondere die Personen zurück, die sozial benachteiligt sind. Gleichzeitig werden sie schlecht von den Angeboten der Beratungsstellen erreicht. Gezieltes Wissen wird zur Voraussetzung einer angemessenen Versorgung. Kranke sind aber keine selbstbewussten Kundinnen und Kunden auf einem vermeintlich transparenten Gesundheitsmarkt, sondern Menschen, die schnell, kompetent und zuverlässig Hilfe benötigen. Eine Entscheidung für eine Krebstherapie ist nicht mit dem Kauf eines Plasma-Fernsehers vergleichbar, bei dessen Anschaffung man unbeschwert unter verschiedenen Modellen wählen kann. Wir bleiben dabei: Gesundheit ist keine Ware!

Patientinnen und Patienten sind gegenüber den Behandelnden im Falle einer fehlerhaften

Behandlung in einer schwachen Position. Hier besteht Handlungsbedarf.

Die schwarz-gelbe Koalition verfolgt das Ziel, Wissen und Eigenverantwortung bei Patientinnen und Patienten vorauszusetzen und sie so zu Verbraucherinnen und Verbrauchern zu machen, die sich selbst um eine gute Gesundheitsversorgung kümmern müssen. Damit grenzen sie sozial benachteiligte bzw. einkommensschwache Menschen zunehmend von der Gesundheitsversorgung aus.

Seit acht Jahren wird über die elektronische Gesundheitskarte gestritten. Wichtige Untersuchungsergebnisse und Befunde sollen an zentraler Stelle gespeichert werden. Ärzte und Patienten sollen auf die Daten zugreifen können. DIE LINKE steht einer sicheren und unbürokratischen Anwendung von Kommunikationstechnologien im Gesundheitssystem offen gegenüber. Aber wir lehnen diese Gesundheitskarte ab, die nicht gegen Missbrauch zu sichern ist, unausgereifte Bedienkonzepte enthält, zu teuer ist und privaten Unternehmen mittels sogenannter Mehrwertdienste Zugriff auf die Daten ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erlaubt. Die FDP, als selbsternannte Bürgerrechtspartei, lässt ihre Bedenken bei der Gesundheitskarte mehr und mehr fallen. Die schwarz-gelbe Koalition will die elektronische Gesundheitskarte durchsetzen.

## 7.2 Für die Stärkung der Rechte von Patientinnen und Patienten

DIE LINKE setzt sich für die Stärkung der Rechte von Patientinnen und Patienten ein. Wir fordern ein umfassendes Patientenrechtsgesetz, welches die Rechte von Patientinnen und Patienten in einem Gesetz zusammenführt, festschreibt und erweitert.

Patientinnen und Patienten sollen nicht nur das Recht auf eine unabhängige Beratung haben, sondern sie müssen auch die Möglichkeit erhalten, möglichst wohnortnah das Recht wahrnehmen zu können. Daher fordern wir die Anzahl unabhängiger Beratungsstellen auszubauen und deren Finanzierung abzusichern.

Neben einem bundesweiten Fehler-Register setzen wir uns für eine Kosten-Nutzenbewertung von Medizintechnik und Medizinprodukten ein. Beide Instrumente können dazu beitragen, die Qualität der ärztlichen Behandlung insgesamt zu verbessern und die Patientensicherheit zu stärken.

DIE LINKE lehnt die bundesweit flächendeckende Einführung der elektronischen

Gesundheitskarte in der Form, wie sie derzeit in verschiedenen Regionen getestet wird, ab, weil deren Nachteile die behaupteten Vorteile überwiegen.

Besonders kritisch sehen wir den geplanten Aufbau von zentralen Netz- und Serverstrukturen. Unserer Ansicht nach hat der Schutz sensibler Gesundheitsdaten unbedingt Vorrang, auch Vorrang vor einer vorschnellen Einführung der Karte und Vorrang vor wirtschaftlichen Interessen. Den »gläsernen« Menschen wollen wir verhindern.

DIE LINKE tritt dafür ein, das Recht auf informationelle Selbstbestimmung zu gewährleisten. Wir wollen, dass allein Patientinnen und Patienten darüber entscheiden, welche Daten sie wem und wann zur Verfügung stellen. Die Daten müssen also in den Händen der Patientinnen und Patienten bleiben. Dezentrale Speichermöglichkeiten sollen ernsthaft weiter geprüft werden. Ein kommerzieller Missbrauch muss dauerhaft ausgeschlossen werden.

## 8.1 Pflege – vom privaten Geldbeutel abhängig

Die Pflegeversicherung ist seit ihrer Einführung 1995 zu einem unverzichtbaren Bestandteil des Systems sozialer Sicherung geworden. Damit ist die Pflegeversicherung die jüngste Säule des bundesdeutschen Sozialversicherungssystems. Auch wenn die Pflegeversicherung die Situation von pflegebedürftigen Menschen verbessert hat, leidet sie unter gravierenden Mängeln. Daran haben auch mehrmalige Reformen nichts geändert. Die kosmetischen Ergänzungen wie die erstmalig 2001 eingeführten Leistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die zuletzt 2008 ausgeweitet wurden, verbessern die Versorgung der Betroffenen nicht wesentlich.

Die Pflegeversicherung ist eine »Teilversicherung«. Weder Sach- noch Geldleistungen decken von vornherein die entstehenden Kosten. Vielmehr dienen die Leistungen der Pflegeversicherung lediglich dazu, die familiäre, nachbarschaftliche oder ehrenamtliche Pflege zu ergänzen und zu unterstützen. Verschärft wird dieser »Teilversicherungscharakter« der Pflegeversicherung dadurch, dass der seit Einführung der Pflegeversicherung zu verzeichnende Realwertverlust der Pflegeleistungen bis heute nicht vollständig ausgeglichen wurde.

Um den bestehenden Bedarf ganz abzudecken, müssen, wie in der Abbildung deutlich wird, die Betroffenen und ihre Angehörigen auf ihr Einkommen und Vermögen zurückgreifen. Schätzungen gehen davon aus, dass mehr als 30 Prozent aller Ausgaben für pflegebedürftigkeit im Jahr 2005 private Ausgaben sind. Doch vielen ist das nicht möglich. Hunderttausende

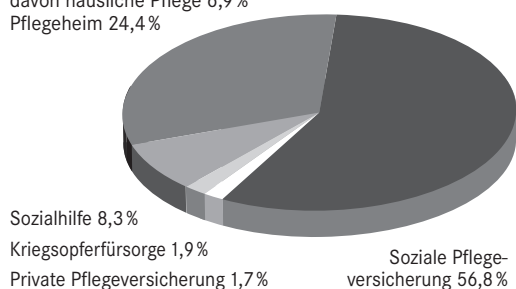
pflegebedürftige Menschen sind daher von der Sozialhilfe abhängig. 2005 wurden allein acht Prozent der Aufwendungen für pflegebedürftigkeit von den Trägern der Sozialhilfe finanziert. Dies führt nicht selten zu einer Unterversorgung der pflegebedürftigen Menschen und zu einer Überlastung der Pflegenden.

Zudem wird ein großer Teil des Pflegebedarfs von vornherein nicht abgedeckt. Die im Sozialgesetzbuch definierten regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens, welche der Pflegeversicherung zu Grunde liegen, sind stark auf körperliche Krankheiten und Behinderungen ausgerichtet. Der Pflegebegriff benachteiligt vor allem Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, insbesondere solche mit demenziellen Erkrankungen. Eine ganzheitliche Pflege und selbstbestimmte Teilhabe sind nicht möglich.

Union und FDP sind der Ansicht, dass es in der Pflege das »Paradies auf Erden« nicht geben kann. Gute Pflege ist ihnen schlichtweg zu teuer. Schwarz-Gelb will daher am »Teilversicherungsprinzip« festhalten. Die Arbeitgeber dürften nicht belastet werden. Dabei obliegt die Finanzierung der Pflegeversicherung durch den Wegfall des Buß- und Bettages (außer in Sachsen) ohnehin schon vorrangig den Beschäftigten. Einen großen Teil der Kosten müssen die pflegebedürftigen Menschen oder ihre Angehörigen weiterhin aus ihrem eigenen privaten Geldbeutel zahlen. Wer das nicht kann, muss auf professionelle Pflege verzichten und ist allein auf die Pflege durch seine Angehörigen angewiesen.

### Prozentualer Anteil der Ausgaben für Pflege im Jahr 2005

Private Ausgaben 31,3 % (geschätzt)  
davon häusliche Pflege 6,9 %  
Pflegeheim 24,4 %



Quelle: Rothgang et al. (2008): GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Schwäbisch Gmünd, S. 88. Datenquelle: BMG, soziale Pflegeversicherung; Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Zahlenbericht 2005/2006; Statistisches Bundesamt, Sozialhilfestatistik, Kriegsopferfürsorgestatistik.

Im Koalitionsvertrag verständigten sich Union und FDP bereits auf die Einführung einer »verpflichtenden, individualisierten, generationengerechten« Kapitaldeckung, welche die Finanzierung der Pflegeversicherung zunächst »nur« ergänzen soll. Dieser anvisierte Systemwechsel würde die private Versicherungswirtschaft erfreuen. Ein neues Verständnis von Pflege ist mit Schwarz-Gelb dagegen nicht zu haben. Der Pflegebegriff soll lediglich geprüft werden, eine Umsetzung höchstens »kostenneutral« erfolgen. Dass zukünftig mehr Menschen Leistungen der Pflegeversicherung beziehen werden, ist unstrittig. Daher muss das Finanzvolumen erhöht werden oder es kommt zu Kürzungen des heutigen Leistungsniveaus.

## 8.2 Pflege und Assistenz an Teilhabe und Bedarf ausrichten

DIE LINKE streitet für ein neues Verständnis von Pflege: Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und eine ganzheitliche Pflege müssen Ziele der pflegerischen Versorgung werden. Denn Pflege ist mehr als »still, satt und sauber«. Die Betreuung und Pflege von Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz ist angemessen in der Pflegeversicherung zu berücksichtigen. Deshalb unterstützen wir den Vorschlag des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom Januar 2009 für einen neuen Pflegebegriff. Wir drängen darauf, den neuen Pflegebegriff rasch umzusetzen. Das Begutachtungsverfahren zur Feststellung des Grades von Pflegebedürftigkeit ist dementsprechend anzupassen.

DIE LINKE fordert, dass Pflege und Assistenz sich künftig individuell an der Situation des betroffenen Menschen ausrichtet und am Bedarf orientiert: Alte Menschen bedürfen einer anderen Pflege als Kinder, Frauen einer anderen als Männer. Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sind auf eine engmaschige Betreuung angewiesen. Damit eine solche Neuausrichtung gelingt, müssen die Leistungen der Pflegeversicherung angemessen finanziert werden. Wir wollen daher das Leistungsniveau der Pflegeversicherung deutlich anheben und jährlich anpassen,

um den Werterhalt zu garantieren. Perspektivisch sind die Leistungen am individuellen Bedarf zu orientieren. Dazu wollen wir die Absicherung des Pflegerisikos und des Assistenzbedarfs schrittweise ausbauen und ausreichend finanzieren. Die paritätische Finanzierung ist in der Pflegeversicherung durch geeignete Maßnahmen herzustellen.

Pflegende Angehörige müssen stärker unterstützt und entlastet werden. Dazu fordern wir eine sechswöchige bezahlte Pflegezeit für Erwerbstätige und eine unabhängige, wohnortnahe, flächendeckende Beratung. Bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit sollen Angehörige oder nahestehende Personen die Pflege organisieren können. Die Pflege kann dann – wenn gewünscht – von Pflegefachkräften übernommen werden. Deshalb wollen wir außerdem die professionelle Pflege stärken. Das Pflege- und Betreuungspersonal muss entsprechend ausgebildet, qualifiziert, weitergebildet und vergütet werden. Gleichzeitig sind die Angebote der Tages-, Kurzzeit und Nachtpflege wohnortnah auszubauen. Wenn die Leistungen der Pflegeversicherung ausreichend finanziert werden, ist eine professionelle Pflege auch nicht mehr länger vom privaten Geldbeutel abhängig. So machen wir die Pflegeversicherung fit für die Zukunft.

## 9.1 Pflegenotstand – miese Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten

Ökonomisierung und Wettbewerb im Gesundheitssystem üben Druck auf die Arbeitskosten aus – mit weitreichenden Folgen für die Arbeitsorganisation und die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen aller im Gesundheitssystem Beschäftigten. Mehr und mehr betreiben Aktiengesellschaften und Fonds einst öffentlich geführte Krankenhäuser und Altenpflegeheime. Der Profit steht somit im Vordergrund der Betreiber. Tarifgebundene kommunale oder frei-gemeinnützige Einrichtungen stehen vor einem finanziellen Kollaps.

In den Krankenhäusern wurde im Zuge der Ökonomisierung massiv Personal abgebaut. Bis zu 70000 Pflegekräfte fehlen. Die Pflegekräfte arbeiten unter immer belastenderen Bedingungen. Sie versorgen mehr Patientinnen und Patienten in kürzerer Zeit und beziehen dabei einen geringeren Lohn. Sie arbeiten zu ungünstigen Zeiten und werden oft aus ihrer Freizeit zur Arbeit geholt, um Lücken in der Personaldecke zu stopfen. Erträgliche und gesunde Arbeitsbedingungen sehen anders aus.

Um die Arbeitskosten immer weiter zu reduzieren und gleichzeitig dem Ärztemangel und Pflegenotstand entgegenzuwirken, werden trotz ungeklärter rechtlicher, arbeitsorganisatorischer und berufspolitischer Fragen ärztliche Tätigkeiten an nicht-ärztliches Personal und pflegerische Tätigkeiten an Service- und Hilfskräfte übertragen: Außerhalb von offiziell initiierten Modellprojekten ist dies höchst

problematisch, weil die jeweils unsicheren Auswirkungen für die Versorgungsqualität unzumutbar sind. Zudem werden im Pflegebereich im Wildwuchs neue Berufe kreiert sowie Zusatzqualifikationen geschaffen. Berufsrechtlich sind diese nicht anerkannt und lassen die Absolventinnen und Absolventen mit einer ungewissen Beschäftigungsperspektive zurück.

Massiv schlechte Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen finden sich auch in Pflegeheimen und in der häuslichen Pflege: Der Anteil an Service- und Hilfskräften ist hoch, der an qualifiziertem Fachpersonal gering. Auch hier müssen die Pflegekräfte in kürzerer Zeit mehr leisten, Überstunden sind an der Tagesordnung, ebenso ein Rückruf aus der Freizeit oder dem Urlaub. Die Bezahlung liegt oft sogar unter Tarif. Ein-Euro- und Minijobs, Zivil- und Freiwilligendienste werden benutzt, um Löhne zu drücken, reguläre Arbeitskräfte zu ersetzen und Mitbestimmungsrechte der Beschäftigten zu unterlaufen. Für etwa 560000 Beschäftigte in der Pflege wird es ab dem 1. August 2010 einen Mindestlohn geben. Dieser ist jedoch insgesamt zu niedrig und unterscheidet zudem zwischen Ost (7,50 Euro) und West (8,50 Euro). Und selbst dieser Schritt wurde von der FDP infrage gestellt. All das führt dazu, dass selbst engagierte Pflegekräfte nach 10 bis 15 Jahren aus dem Beruf ausscheiden, weil sie physisch und psychisch am Ende sind. Dieser Zustand ist unhaltbar und zudem völlig kontraproduktiv bei einem künftig wachsenden Pflegebedarf.

## 9.2 Gute Ausbildung – Gute Arbeit – Gutes Leben!

Gute Pflege der Patientinnen und Patienten hängt vom Personal ab. Personalmangel, schlechte Bezahlung und eine zu geringe Qualifikation drücken unmittelbar die Qualität der Pflege. Das ist für DIE LINKE nicht länger hinnehmbar. Mehr qualifizierte Pflegekräfte in Krankenhäusern, in vollstationären Pflegeeinrichtungen und im ambulanten Bereich sowie bessere Arbeitsbedingungen, höherer gesellschaftlicher Stellenwert und höhere Löhne sind dringend erforderlich.

Zur Beseitigung des Personalmangels im Krankenhaus genauso wie in Pflegeheimen, der ambulanten Versorgung und der häuslichen Pflege streiten wir für die Einführung einer verbindlichen, bundesweit einheitlichen Personalbemessung. Diese sollte auf dem individuellen Pflegebedarf beruhen und eine ganzheitliche Pflege, Betreuung und Beratung ermöglichen. Eine Chance, den erforderlichen Personalbedarf insbesondere in Pflegeheimen und der häuslichen Pflege zu ermitteln, bietet die Neudefinition des Pflegebegriffs.

Gleichzeitig ist die Arbeit der Gesundheits- und Pflegeberufe attraktiver zu gestalten. Hierzu gehören für uns einerseits gute Arbeitsbedingungen, wie beispielsweise weitere Maßnahmen für die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Andererseits zählt dazu auch eine bessere gesellschaftliche und finanzielle Anerkennung der nicht-ärztlichen Gesundheits- und Pflegeberufe. Für Pflegeberufe ist eine angemessene Bezahlung unerlässlich. Der Mindestlohn in der Pflege ist nur als unterste Grenze anzusehen. Er verhindert Dumpinglöhne – nicht mehr

und nicht weniger. DIE LINKE streitet für die Einführung eines gesetzlichen, flächendeckenden Mindestlohns von 10 Euro pro Stunde noch in dieser Wahlperiode.

Wir fordern gleiches Geld für gleiche Arbeit: Der Unterschied zwischen Ost und West muss nicht zuletzt auch in den Gesundheitsberufen überwunden werden. Wir wollen, dass die Pflegekräfte in der häuslichen Pflege und in Pflegeheimen genauso viel verdienen wie Pflegekräfte in Krankenhäusern.

Alle Beschäftigten im Gesundheitssystem, unabhängig von der Trägerschaft der Einrichtung, sollen das Recht auf eine echte Mitbestimmung erhalten. Auch ein Informantenschutzgesetz (Whistleblowing) zur Aufdeckung von Missständen in der Pflege ist dringend notwendig.

Wir streiten für eine qualitativ hochwertige Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheits- und Pflegeberufen. DIE LINKE setzt sich für eine Neuorganisation der Gesundheits- und Pflegeberufe sowie eine umfassende Reform der Pflegeausbildungen ein. Zentrales Ziel dabei ist, die Versorgungsqualität zu erhalten und auszubauen. Die Anzahl der Ausbildungsplätze muss überprüft und ggf. erhöht, die Qualität der Ausbildung verbessert und die Finanzierung mittels der Einführung eines Umlageverfahrens gesichert werden. Neue Ausbildungsberufe und Weiterbildungsabschlüsse bedürfen auch künftig der staatlichen Regelung, um Mobilität und gegenseitige Anerkennung beruflicher Qualifikationen zu gewährleisten.

## 10.1 Kopfpauschale ist Systembruch

Arbeitslosigkeit, Ausweitung des Niedriglohnssektors und fehlende Lohnzuwächse haben die lohnabhängigen Sozialversicherungssysteme deutlich geschwächt. Die Einnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben trotz Beitragssatzsteigerungen hinter den Ausgaben zurück. Und die Besserverdienenden dürfen sich der Solidarität entziehen: Die Beitragsbemessungsgrenze entlastet Menschen mit höherem Einkommen, denn für jeden Euro, den sie über derzeit oberhalb von 3750 Euro im Monat verdienen, müssen sie keine Beiträge zahlen. Oberhalb der Pflichtversicherungsgrenze können Gutverdienende in die private Krankenversicherung abwandern. Auch Beamtinnen und Beamte, Selbständige und Berufspolitikerinnen und -politiker dürfen sich der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung entziehen und sich in die private Krankenversicherung verabschieden.

Union und FDP steuern auf das Ende des Solidarprinzips zu. Sie wollen die Kopfpauschale: Alle sollen den gleichen Betrag bezahlen, unabhängig davon, was sie verdienen. Damit entlastet die Kopfpauschale Gutverdienende, während die meisten Beschäftigten sowie Rentnerinnen und Rentner zur Kasse gebeten werden. Besonders weibliche Versicherte, die durchschnittlich geringere Einkommen beziehen, wären betroffen. Die Folge: Geringverdienende können sich ihre Gesundheitsversorgung kaum mehr leisten. Abhilfe soll ein »Sozialausgleich« schaffen.

Den Einstieg in die Kopfpauschale plant die Koalition ab 2011 über die Zusatzbeiträge. Diese sollen künftig in beliebiger Höhe und pauschal erhoben werden dürfen. Die Arbeitgeber will Schwarz-Gelb aus der Verantwortung entlassen, ihr Anteil soll bei 7,3 Prozent eingefroren werden. Künftige Ausgabensteigerungen müssten allein die Versicherten über die

Zusatzbeiträge finanzieren. Selbst der geplante »Sozialausgleich« ist ein Schwindel. Die vermeintliche Überforderungsklausel von zwei Prozent des individuellen Einkommens greift viel zu spät und dann wird auch nur der durchschnittliche Zusatzbeitrag, nicht aber der tatsächliche zu Grunde gelegt. Wer mehr Zusatzbeitrag bei seiner Krankenkasse zahlen muss, hat Pech gehabt. Oder sie bzw. er muss zu einer Kasse mit niedrigeren Zusatzbeiträgen oder ohne Zusatzbeiträge, solange es die überhaupt noch gibt, wechseln. Zudem subventionieren sich Menschen mit geringem Einkommen selbst – schließlich zahlen sie auch Steuern, insbesondere überproportional die Mehrwertsteuer.

Bisher kaum beachtet: In der Pflegeversicherung wollen Union und FDP, dass Beschäftigte und Rentnerinnen und Rentner künftig einen Pflichtbeitrag für den Aufbau eines Kapitalstocks zahlen. Die Arbeitgeber sollen auch hier verschont bleiben. Dabei bestand die paritätische Finanzierung von vornherein nur auf dem Papier. De facto wurden die Arbeitgeber aus der Verantwortung entlassen, indem bei Einführung der Pflegeversicherung 1995 der Buß- und Bettag abgeschafft wurde. In Sachsen behielt man zwar den Feiertag bei, dafür müssen die Beschäftigten den größten Teil des Beitrags zahlen und die Arbeitgeber beteiligen sich kaum.

Langfristiges Ziel von Schwarz-Gelb: Die Finanzierung der Pflegeversicherung soll auf das Kapitaldeckungsprinzip umgestellt werden. Die Pflegeversicherung wird ohne Grund den Risiken des Kapitalmarktes ausgesetzt, ein funktionierendes System zerschlagen. Einzige Motivation: Die Entlastung der Arbeitgeber und die Stärkung der privaten Versicherungskonzerne. Bei der nächsten Finanzkrise würde es dem Kapitalstock und damit der Pflegeversicherung schlecht ergehen.

## 10.2 Für die solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege

Krankheit und Pflegebedürftigkeit können jeden Menschen treffen. Im Krankheits- oder Pflegefall müssen alle eine umfassende medizinische und pflegerische Versorgung erhalten – unabhängig von ihrem Einkommen. Doch die Kosten für eine private Absicherung dieser Lebensrisiken können die Einzelnen belasten oder gar überfordern, da sie über unterschiedliche finanzielle Möglichkeiten verfügen.

DIE LINKE beharrt deshalb auf dem Prinzip der Solidarität: Breite Schultern sollen mehr tragen als schmale, auch und gerade in der Gesundheits- und Pflegepolitik. Deshalb wollen wir die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung zu einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung weiterentwickeln.

### Unsere Eckpunkte sind:

- Alle Menschen, die in Deutschland leben, werden Mitglied der solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung. Auch Politikerinnen und Politiker, Beamtinnen und Beamte, Selbständige und andere bisher privat Versicherte werden einbezogen.
- Die solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung garantiert für alle Menschen eine bedarfsgerechte, zuzahlungsfreie Gesundheitsversorgung unabhängig vom Wohnort, Einkommen, Alter, Geschlecht oder Aufenthaltsstatus. Sämtliche erforderlichen Leistungen werden zur Verfügung gestellt und der medizinische Fortschritt wird einbezogen. In der Pflege/Assistenz gewährleistet die solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung eine qualitativ hochwertige Versorgung und eröffnet den finanziellen Handlungsspielraum für die dringend notwendigen Leistungsverbesserungen.
- Alle zahlen nach ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit in die solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung ein. Grundsätzlich werden alle Einkommensarten einbezogen, das heißt neben Löhnen und Gehältern auch Einkommen aus selbständiger Arbeit, Honorare sowie Miet-, Pacht- und Kapitalerträge. Damit Menschen mit geringem Einkommen finanziell nicht zu stark belastet werden, ist die Einführung von Freibeträgen zu prüfen. So wird nicht nur die Solidarität der Gesunden mit den Kranken, sondern auch der Reichen mit den Ärmern gestärkt.
- Die paritätische Finanzierung wird wiederhergestellt. Die Arbeitgeber tragen die Hälfte der Krankenversicherungsbeiträge auf Löhne und Gehälter ihrer Beschäftigten. Zur Herstellung der paritätischen Finanzierung in der Pflegeversicherung sind geeignete Maßnahmen zu ergreifen. Rentnerinnen und Rentner zahlen in der Pflegeversicherung künftig nur den halben Beitragssatz, die andere Hälfte wird von der Rentenversicherung getragen.
- Wer viel verdient, soll auch entsprechend mehr in das Solidarsystem einzahlen. Dafür wird die Beitragsbemessungsgrenze stufenweise angehoben und perspektivisch abgeschafft. Die Solidarität darf nicht weiter bei einem Einkommen von derzeit 3750 Euro haltmachen. Damit zahlt jeder Mensch prozentual das Gleiche – das ist gerecht.
- Praxisgebühr, Zuzahlungen für Krankenhausaufenthalte, Arzneimittel, Therapien u. a. halten gerade Geringverdiener von der Inanspruchnahme von Leistungen ab, sind unsozial und besitzen eine aus medizinischer Sicht unsinnige Steuerungswirkung. Es besteht die Gefahr, dass notwendige Behandlungen nicht durchgeführt werden, um Zuzahlungen zu sparen. Das verursacht Folgeerkrankungen mit allen menschlichen und finanziellen Folgen. Deswegen wollen wir alle Zuzahlungen abschaffen.
- Jede und Jeder erhält ab Geburt einen eigenen Krankenversicherungsanspruch und ist nicht von anderen abhängig. Personen ohne eigene Einkünfte sind in der solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung beitragsfrei versichert. Besonders für Frauen ist diese individuelle Absicherung wichtig.
- Der Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen wird gestärkt: Der krankheitsorientierte Risikostrukturausgleich (morbi-RSA) ist so weiterzuentwickeln, dass er zielgenauer wird und Fehlanreize bei der Einstufung der Patientinnen und Patienten vermindert werden. Hierzu ist im Finanzausgleich die unterschiedliche Erkrankungsschwere und -häufigkeit ihrer Versicherten möglichst umfassend zu berücksichtigen. Es darf nicht sein, dass Krankenkassen aufgrund ihrer Versichertenstruktur weiterhin ungerechtfertigt belastet sind und andere ungerechtfertigt entlastet werden.

■ Das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Kranken- und Pflegeversicherung wird beendet. Die gesetzliche Krankenversicherung bietet alle medizinisch erforderlichen Leistungen an. Die Rolle der privaten Kranken- und Pflegeversicherung wird auf medizinisch nicht notwendige Zusatzleistungen beschränkt.

DIE LINKE streitet für ein sozial gerechtes System in Gesundheit und Pflege, in dessen Mittelpunkt der Mensch steht. Alle, die mit diesem Ziel übereinstimmen, laden wir ein, mit uns gemeinsam in Bund, Ländern und

Kommunen Schritte in diese Richtung durchzusetzen. Wir setzen auf die Zusammenarbeit mit Gewerkschaften, sozialen Bewegungen, Kirchen, Sozialverbänden und Selbsthilfeorganisationen, auf die Expertise kritischer Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler und auf den Sachverstand engagierter Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger, Pharmazeutinnen und Pharmazeuten sowie aller anderen Beschäftigten im Gesundheitssystem.

Es bleibt dabei:

**Gesundheit ist keine Ware!**