



# Für ein solidarisches Gesundheits- und Pflegesystem

Lehren aus der Corona-Krise

AG Gesundheit und Pflege

**DIE LINKE.**  
I M B U N D E S T A G

# **DIE LINKE.**

**I M B U N D E S T A G**

Fraktion DIE LINKE. im Bundestag  
Platz der Republik 1, 11011 Berlin  
Telefon: 030/22751170, Fax: 030/22756128  
E-Mail: [fraktion@linksfraktion.de](mailto:fraktion@linksfraktion.de)  
V.i.S.d.P.: Jan Korte

Stand: Juni 2020  
Layout/Druck: Fraktionservice  
Bilder: Fraktion, iStock

**Dieses Material darf nicht zu Wahlkampfzwecken  
verwendet werden!**

**Mehr Informationen zu unseren parlamentarischen  
Initiativen finden Sie unter: [www.linksfraktion.de](http://www.linksfraktion.de)**



## **Für ein solidarisches Gesundheits- und Pflegesystem – Lehren aus der Corona-Krise**

Die Corona-Pandemie hat das deutsche Gesundheits- und Pflegesystem einem erheblichen Stresstest unterworfen. Wie unter einem Brennglas hat die Pandemie die Probleme unseres Gesundheitswesens und im Bereich unserer Altenpflege offenbart: Die Behandlungs-, Labor-, Pflege- und Bettenkapazitäten sind regional sehr unterschiedlich verteilt und ausgelastet. Es herrschen Personalmangel und extreme Arbeitsverdichtung auf der einen Seite und Unterauslastung, Abbau von Überstunden und Aufbau von Minusstunden in anderen Bereichen. Medizinische Schutzausrüstung und Atemschutzmasken sind bis heute längst nicht in ausreichender Menge für Risikogruppen und behandelndes Personal vorhanden. Um die öffentlichen Güter Gesundheitsversorgung und Altenpflege ist es nicht gut bestellt.

Die Krise zeigt also, dass ein grundsätzliches Umdenken in unserer Versorgung mit Gesundheit und Pflege not-



wendig ist. Denn all diese Missstände sind fatale Folgen der Ausrichtung unseres Gesundheits- und Pflegesystems auf Wettbewerb und Profit.

Dies führt dazu, dass Kosten für Vorhaltungen nicht mehr finanziert werden. Es greift eine »Just-in-time«-Mentalität um sich, wie wir sie aus der Industrie kennen, die sich aber überhaupt nicht mit dem Vorsorgeprinzip des Katastrophenschutzes oder der Pandemiebekämpfung verträgt. Die personelle und sachliche Ausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) ist durch jahrelange Kürzungen so weit dezimiert worden, dass er kaum mehr seine normalen Aufgaben bewältigen kann. Im Falle einer Epidemie von nationaler Tragweite, wie wir sie aktuell haben, zeigt sich, dass seine Kapazitätsgrenzen schnell erreicht sind.

Da den Krankenhäusern vor allem im intensivmedizinischen Bereich die Behandlung schwerer Covid-19-Fälle zukommt, wurden sie dringend aufgefordert, planbare Operationen zurückzustellen, um entsprechende Behandlungsplätze zur Verfügung zu haben. Für diese zentrale öffentliche Aufgabe hätte sich die Chance eröffnet, die Wettbewerbs- und Profitorientierung, die sich aus der Finanzierung der Betriebskosten mit diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) ergibt, zu durchbrechen. Stattdessen wurde jedoch den Fallpauschalen eine Bettenpauschale für jedes freigemachte Intensivbett zur Seite gestellt. Die Chance, zumindest für die Zeit der Pandemie eine kostendeckende Finanzierung einzuführen, wurde bewusst ausgeschlagen.

Reha-Kliniken wurden geschlossen und gut ausgebildete Fachkräfte in Kurzarbeit geschickt. Erst nach öffentlichem Widerspruch wurde geprüft, wie Reha-Kliniken in die Pandemie-Vorsorge einbezogen werden können. In Pflegeheimen wurde die Öffentlichkeit ausgesperrt. Die Besuchsverbote waren eine belastende Maßnahme mit geringer Wirkung, wie die verheerenden Infektionsausbrüche in etlichen Heimen gezeigt haben. Denn es wurde an den nötigen »präventiven« Tests gespart, die bei einer Kontaktbeschränkung äußerst zielführend sind. Pflegenden Angehörige, die ohnehin kaum einen Teil der dringend notwendigen Entlastung und gebotenen Wertschätzung bekommen, standen vor besonderen Herausforderungen. Tagespflegeeinrichtungen wurden geschlossen. Pflegenden Angehörige mussten die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf unter erschwerten Bedingungen meistern und gleichzeitig gewährleisten, die Angehörigen mit Pflege-

bedarf vor einer Infektion zu schützen. Schutzmaterial und Desinfektionsmittel waren außerhalb von Kliniken und stationären Einrichtungen Mangelware und sind bis heute nur schwer zu bekommen.

Fast jeder fünfte Pflegeheimplatz ist in privater Hand. Der überwiegende Anteil der ambulanten Pflegedienste ist privatwirtschaftlich organisiert. Deren oberste Maxime ist also nicht die Versorgung und Pflege, sondern Gewinn und Rendite. Die negativen Auswirkungen treffen sowohl Beschäftigte als auch Patientinnen und Patienten sowie Menschen mit Pflegebedarf. Vor allem aber sind es auch Angehörige, die unsichtbare Arbeit leisten und Ausfälle unseres Versorgungssystems mit unbezahlter Arbeit kompensieren.

Trotz seines unübersehbaren Scheiterns hält die Regierungskoalition an dem Modell einer »gesteuerten Wettbewerbsordnung« fest, auch wenn diese im offenen Widerspruch zu einer am tatsächlichen Bedarf der Menschen orientierten Gesundheits- und Pflegeversorgung steht. In den letzten Jahrzehnten wurden durch Kommerzialisierung und Ökonomisierung immer weitere Teile des Gesundheitswesens privatisiert und der Profitlogik unterworfen. Was wir aber stattdessen brauchen, ist eine radikale Entprivatisierung des Gesundheits- und Pflegesystems.

Neben der Einführung einer solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung muss die gesamte Infrastruktur unserer Gesundheitsversorgung flächendeckend solidarisch und bedarfsgerecht, im Sinne einer öffentlichen



Daseinsvorsorge aufgestellt werden. Die Krankenhäuser und auch die Pflegeheime müssen zurück in die öffentliche Hand. Es bedarf endlich einer dauerhaft besseren Vergütung und gesellschaftlichen Aufwertung aller Pflege- und Sorgearbeit. Die Strukturen unseres Gesundheitswesens müssen von Grund auf demokratisch und transparent umgestaltet werden. Das heißt auch: mehr Mitbestimmung für die Beschäftigten, Patientinnen und Patienten sowie Menschen mit Pflegebedarf.

Für Regionen, in denen Unterversorgung existiert oder droht, müssen neue Wege in der Versorgung gegangen werden. Durch integrierte Versorgungsformen wie Polikliniken in öffentlicher Hand und mobile Praxen können die Versorgung verbessert und die Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte attraktiver werden. Für ambulante Pflegedienste muss eine auskömmliche Finanzierung

der langen Wegzeiten gefunden werden, sonst finden Menschen bei Pflegebedarf im ländlichen Raum absehbar gar keine Hilfe mehr. Polikliniken sollten mittelfristig zum Zentrum der Gesundheitsversorgung werden. Außerdem werden bundeseinheitliche Standards für die kommunale Versorgung und einheitliche Maßstäbe für eine anteilige Steuerfinanzierung durch Bund und Länder gebraucht. Nur so lässt sich verhindern, dass weiterhin Konzerne oder Marktgeschehen diktieren, wie wir versorgt und gepflegt werden.

Armut bleibt die größte Gefahr für die Gesundheit. Finanziell Benachteiligte haben deutlich geringere Chancen, ein gutes und gesundes Leben zu führen. Diese Situation verschärft sich durch die Corona-Krise: Durch Kurzarbeitergeld, Arbeitslosigkeit und Insolvenzen driftet die Gesellschaft weiter auseinander. Das bedeutet für viele Menschen den Weg in einen Teufelskreis aus Armut und Krankheit. In allen Politikbereichen muss deshalb an der Verbesserung von Gesundheitschancen gearbeitet werden: in der Arbeits- und Steuerpolitik, in der Sozialpolitik, der Bildungspolitik, der Familienpolitik. Die Gestaltung eines lebenswerten Umfelds, gute Arbeit, gute Wohn- und Lernbedingungen, soziale Gerechtigkeit und der Zugang zu guter Pflege, ambulant oder stationär, tragen maßgeblich zur Gesundheit der Bevölkerung bei.

Schon vor der Krise gab es große Probleme in der psychotherapeutischen Versorgung: monatelange Wartezeiten, häufige Ablehnung von Therapien durch die Krankenkassen und eine mangelnde Vielfalt in Ausbildung und Therapien. Aufgrund der sozialen Isolation, der individu-

ellen gesundheitlichen und ökonomischen Sorgen und der allgemeinen Zunahme gesellschaftlicher Krisenerscheinungen kommt es während der Covid-19-Pandemie vermehrt zu psychischen Erkrankungen, und die oben genannten Probleme verschärfen sich.

In der Corona-Krise wird auch deutlich, dass wir dringend eine Debatte über den Umgang mit sensiblen Gesundheitsdaten in unserer Gesellschaft brauchen. Es muss jederzeit gewährleistet sein, dass privaten Dienstleistern, IT-Konzernen, staatlichen Stellen und auch Forschungsinstituten kein automatisierter Zugriff auf Gesundheitsdaten gewährt wird. Gleichzeitig erleben Tele- und Videomedizin aufgrund der sozialen Distanzierung eine Hochphase. Sie werden vermutlich nach der Krise weiterhin vermehrt genutzt, da die Hürden für ihren Gebrauch gesunken sind. Hier braucht es unbedingt einheitliche Mindeststandards.

In den Ländern des globalen Südens bahnen sich humanitäre Katastrophen an. Ohne die Berücksichtigung von Lebensumständen und Verteilungsfragen, zu denen Armut, soziale Ungleichheit, aber auch Krieg und Umweltzerstörung gehören, können sich Gesundheitszustände nicht nachhaltig verbessern. Millionen Menschen fehlt weltweit der Zugang zu überlebenswichtigen Medikamenten, weil diese für die Betroffenen oder für die Krankenkassen und Gesundheitsbehörden nicht erschwinglich sind. Die Weltgesundheitsorganisation und die deutsche Entwicklungszusammenarbeit müssen ihren Fokus auf den langfristigen Aufbau effektiver öffentlicher Gesundheitssysteme legen.



Mit der Corona-Pandemie ist die Verwundbarkeit der Arzneimittelversorgung in Deutschland noch einmal besonders sichtbar geworden: Der großen Abhängigkeit von internationalen Lieferketten – mit oftmals nur sehr wenigen Produktionsstandorten in Fernost, insbesondere in China und Indien – und der daraus resultierenden Gefahr von Lieferengpässen muss dringend begegnet werden. Es darf zudem nicht hingenommen werden, dass einzelne Länder versuchen, sie bei der geplanten Corona-Impfstoff-Entwicklung exklusiv zu bedenken. Die Forschung und Entwicklung von Arzneimitteln sowie Impfstoffen ist profitorientierten Aktienkonzernen zu entziehen und in eine politische Verantwortung zu übertragen, damit sie allen Menschen zugutekommt.

Die Corona-Pandemie erzwingt eine Diskussion um eine Gemeinwohlorientierung in Gesundheitsversorgung und Pflege, wie sie DIE LINKE. im Bundestag bereits seit Jahren fordert. Wir wollen die Chance dieser Diskussion nutzen, um unsere Vorstellungen in diese Debatte einzubringen.

## **Für eine gesundheitsfördernde Politik! Gegen soziale Spaltung!**

- **Umfassende Gesundheitsförderung statt Verhaltensprävention:** Bislang setzt die Bundesregierung überwiegend auf Verhaltensprävention, die primär bei den Krankenkassen abgeladen wird. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung können wichtige Impulse setzen, um die gesundheitlichen Auswirkungen von sozialer Spaltung abzufedern. Wenn sie sich auf die Ermahnung zu Verhaltensänderungen beschränken, ist ihre Wirksamkeit für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jedoch sehr begrenzt. Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik muss in den Fokus rücken (»Health in all Policies«) und sich auch in der Bundesgesetzgebung und Exekutive niederschlagen. Dafür ist ein Beirat aus Expertinnen und Experten beim Bundestag einzurichten, der jedes Gesetzgebungsverfahren auf seine Auswirkungen auf die Gesundheit und hier insbesondere auf gesundheitliche Ungleichheit bewertet.
- **Solidarische Verteilung der Kosten der Corona-Krise:** Alle Menschen müssen, unabhängig von ihrem Geldbeutel und ihrer Herkunft, den gleichen Anspruch

auf eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung haben. Dazu gehört, dass die Lasten in der Corona-Krise und darüber hinaus *solidarisch* verteilt werden.

- **Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD):** Der ÖGD muss gestärkt und besser koordiniert werden. Hierfür braucht es im Bund verbindliche Kriterien, die unter Berücksichtigung der Gegebenheiten vor Ort umgesetzt werden können. Dies betrifft zum Beispiel Maßnahmen der Pandemiebekämpfung. Die Vorhaltekosten für Material und Behandlungskapazitäten müssen von staatlicher Seite komplett übernommen werden. Der ÖGD muss auch bei der Infektionsprophylaxe die tragende Rolle übernehmen, etwa bei Reihenimpfungen in Kitas, Schulen und Betrieben. Das würde gewährleisten, dass entsprechende Kapazitäten im Pandemiefall zur Verfügung stehen.
- **Gesundheitsfördernde Lebensbedingungen gestalten:** Das Gesundheitssystem muss sich am Allgemeinwohl orientieren, zur Gesundheit der Menschen beitragen und nicht darauf ausgerichtet sein, Profite zu erwirtschaften. Eine aufsuchende und quartiers- oder regionsbezogene Gesundheitsförderung und Pflegeberatung müssen etabliert und gestärkt werden, um ein gesundheitsförderndes Umfeld zu gestalten. Dazu gehören Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie Stadtentwicklung und Raumplanung.

- **Armutsbekämpfung ist der wirksamste Gesundheitsschutz:** Zwischen Armut und Krankheit besteht ein Teufelskreis, der durchbrochen werden muss. Die Gesundheitschancen müssen in allen Lebensbereichen verbessert werden. Dazu gehören die Gestaltung eines lebenswerten Umfelds, gute Arbeit, gute Wohn- und Lernbedingungen sowie soziale Gerechtigkeit.

## **Für eine bedarfsgerechte Krankenhauspolitik!**

- **Keine Rendite mit Krankenhäusern in der Krise und darüber hinaus!** Die Fallpauschalen, über die Krankenhäuser in einen Wettbewerb gezwungen werden, müssen sofort ausgesetzt und durch eine bedarfsorientierte und selbstkostendeckende Finanzierung ersetzt werden.
- **Bedarfsgerechte Krankenhausplanung:** Die Länder müssen unter demokratischer Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger sowie Beschäftigten die notwendige Zahl und Größe von Krankenhäusern und deren Kooperation (Aufgabenverteilung), die Anzahl der Fachabteilungen und (Intensiv-) Betten ermitteln. Diese Bedarfsplanung muss an Versorgungsregionen und Erreichbarkeit (flächendeckende Versorgung) sowie demografischen und Morbiditätsfaktoren ausgerichtet sein. Ein weiterer Bettenabbau unter finanziellen Vorzeichen darf nicht stattfinden.
- **Bessere Vergütung für alle Beschäftigten im Krankenhaus! Umfassendes In-Sourcing ausgelagerter Bereiche! Ein Flächentarif für alle!**

- **Gesetzliche Personalbemessung für alle Berufsgruppen im Krankenhaus:** bedarfsgerecht, wissenschaftlich ermittelt, bindend.
- **Auflage eines Investitionsfonds**
- **Auflage eines Re-Kommunalisierungsfonds,** um Krankenhäuser und Altenpflege-Einrichtungen zu entprivatisieren und bedarfsgerecht mit Personal und medizinisch-therapeutischer Infrastruktur auszustatten.

### **Für eine Solidarische Pflegeversorgung!**

- **Gute Pflege ermöglichen:** Die Sparpolitik der vergangenen Jahre muss beendet werden. Wohnortnahe Pflegeangebote müssen für alle barrierefrei verfügbar sein. Neue Versorgungsformen sind zu entwickeln und zu fördern. Dafür werden öffentliche, steuerfinanzierte Investitionen gebraucht. Bund und Länder haben eine gemeinsame Verantwortung, einschließlich bundes-einheitlicher Standards für eine regionale Bedarfsplanung.
- **Teilhabeorientierter Pflegebegriff:** Teilhabe und ein individueller Versorgungsmix sind der Maßstab für gute Pflege. Das gilt sowohl ambulant als auch stationär. Die unterstützenden Versorgungs- und Beratungsleistungen in diesem Bereich müssen daher deutlich verbessert werden.



- **Mehr Entscheidungskompetenzen für Pflegekräfte und eine bedarfsgerechte Personalbemessung:** Wir brauchen mehr Pflegefachkräfte, um eine hohe Qualität zu gewährleisten.
- **Höhere Leistungssätze** müssen gesetzlich vereinbart werden. Menschen im Pflegegrad 1 sollen Zugang zu allen Pflegeleistungen erhalten.
- **Gute Arbeitsbedingungen für alle Pflegebeschäftigten:** Eine allgemeinverbindliche tarifliche Bezahlung ist nachhaltige Wertschätzung für Pflegearbeit. Die Bezahlung von Altenpflegekräften muss auf das Niveau der Krankenpflege angehoben werden.
- **Sechs-Stunden-Tag bei vollem Lohnausgleich als Normalarbeitsverhältnis:** Attraktive Arbeitsbedingungen drängen Leiharbeit zurück und gewinnen Pflegekräfte wieder, die den Beruf verlassen haben.

- **Steuerfinanzierte Lohnersatzleistung für beschäftigte pflegende Angehörige:** Diese brauchen eine steuerfinanzierte Lohnersatzleistung und einen Ausgleich von Rentenverlusten. Pflegende Angehörige brauchen mehr Unterstützungs- und Leistungsangebote, unter anderem aufsuchende Beratung.
- **Unverzügliche Entlastung von Menschen mit Pflegebedarf:** Menschen mit Pflegebedarf müssen durch die Deckelung der Eigenanteile auf niedrigem Niveau und eine Kürzung von Investitionskostenzulagen entlastet werden.
- **Eine solidarische Finanzierung der Pflegeversicherung:** Die Pflegevollversicherung wird nach einem Stufenplan eingeführt. Die solidarische Finanzierung beginnt mit der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der Überführung der Privaten in die Soziale Pflegeversicherung.
- **Förderung von gemeinnützigen und kommunalen Pflegeeinrichtungen:** Kurzfristig erfolgt ein Zulassungsverbot von Pflegeeinrichtungen, deren Investoren ihren Steuersitz in offshore-Staaten haben. Der gesetzlich garantierte Risikozuschlag ist für private Einrichtungsbetreiber unverzüglich zu senken. Gemeinnützige und kommunale Neugründungen werden gefördert. Mittelfristig müssen Pflegeeinrichtungen rekommunalisiert und der gesetzliche Risikozuschlag abgeschafft werden.

## **Für ein solidarisches Krankenversicherungssystem!**

- **Wir brauchen eine solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung:** Darin sollen alle einbezogen werden – auch Unternehmerinnen und Unternehmer, Beamtinnen und Beamte oder Politikerinnen und Politiker. Unter Berücksichtigung sämtlicher Einkommensarten – auch Gewinne und Kapitalerträge – und ohne Beitragsbemessungsgrenze. Die private Krankenversicherung als Vollversicherung wird abgeschafft. Dadurch wird soziale und regionale Ungleichheit verringert.
- **Alles für alle:** Auch in Zeiten ohne Pandemie ist es menschenrechtlich wie gesundheitspolitisch nicht hinnehmbar, wenn Menschen keine Krankenversicherung haben oder z.B. wegen Beitragsschulden nur eine sehr eingeschränkte Versorgung ausschließlich in Akutfällen erhalten. Derzeit ist dies zudem ein Hindernis bei der Pandemiebekämpfung. Daher fordern wir, dass alle in Deutschland lebenden Menschen notwendige gesundheitliche Leistungen, das heißt auf GKV-Niveau, uneingeschränkt erhalten.
- **Neuaufgabe Beitragsschuldengesetz:** Wir brauchen eine Neuaufgabe des Beitragsschuldengesetzes von 2013, damit Menschen ohne Krankenversicherung wieder ohne Verschuldung aufgenommen werden können.
- **Mindestbemessungsgrenze anpassen:** Die Beiträge für Selbstständige und andere freiwillig in der GKV Versicherte müssen sich deutlich stärker am

realen Einkommen und nicht an einem fiktiven Mindesteinkommen orientieren. Wir schlagen daher eine Mindestbemessungsgrenze von 450 Euro statt bislang 1.061,67 Euro monatlich vor. Das ist vor allem derzeit dringend nötig.

- **Die Private Krankenversicherung (PKV) abschaffen:** Vieles spricht für die Abschaffung der PKV und die Aufnahme Privatversicherter in die GKV. Zu den übrigen Gründen hinzu kommt, dass die PKV kein Teil des Sozialstaats ist und dieser sie deshalb auch nur sehr eingeschränkt verpflichten kann, an Rettungsmaßnahmen für Leistungserbringende teilzunehmen, bestimmte Leistungen, zum Beispiel Corona-Tests, zu bezahlen oder Beiträge für von der Krise stark betroffene Selbstständige zu reduzieren. Kurz: Sie ist politisch schlecht steuerbar. Das ist insbesondere in der Krise ein deutlicher Nachteil.
- **Keine Erhöhung der Zusatzbeiträge:** Es muss klar sein, dass der Staat die Krankenkassen in der Krise stützt. Pandemiebekämpfung ist Bevölkerungsschutz. Die Einkommensverluste der Versicherten dürfen nicht zu höheren Beitragssätzen führen. Daher muss es eine eindeutige staatliche Garantie geben. Es darf nicht zu Erhöhungen der Zusatzbeiträge kommen, sondern im Bedarfsfall muss der Bundeszuschuss an die GKV erhöht werden. Zudem ist der Staat verantwortlich für die Liquiditätssicherung der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds, falls sich durch die Verwerfungen der Krise Liquiditätsengpässe ergeben.



## **Für eine flächendeckende und bedarfsorientierte ambulante Versorgung!**

- **Eine komplette Neuausrichtung der Bedarfsplanung:** Wir brauchen eine am realen Bedarf orientierte Planung der medizinischen Versorgung, die regionale Besonderheiten einbezieht (Altersstruktur, Geschlecht, Krankheitshäufigkeit, regionale Infrastruktur). Die Planung muss alle Bereiche umfassen, die zur gesundheitlichen Versorgung beitragen (sektorenübergreifende Bedarfsplanung aller ambulanten und stationären Einrichtungen inklusive therapeutischer Berufe, Pflege, Apotheken, Geburtshilfe).
- **Wohnortnahe Versorgung:** Wir fordern eine wohnortnahe und bedarfsgerechte medizinische und pflegerische Versorgung aller Menschen auf dem Land und in der Stadt.

- **Finanzielle Unterstützung von Kommunen:**  
Wir wollen Kommunen unterstützen, eigene Polikliniken und Medizinische Versorgungszentren zu gründen. Dazu müssen sie durch eine geänderte Steuerpolitik des Bundes, zum Beispiel durch die Wiedereinführung der Vermögenssteuer, finanziell in die Lage versetzt werden.
- **Förderung integrierter Versorgungsformen:**  
Durch integrierte Versorgungsformen wie Polikliniken in öffentlicher Hand und mobile Praxen können die Versorgung verbessert und die Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte attraktiver werden. Polikliniken sollten mittelfristig Zentrum der Gesundheitsversorgung sein. Ländliche Regionen müssen besser ausgestattet werden. Schulen, Bibliotheken, Schwimmbäder und andere soziale und kulturelle Einrichtungen müssen ebenso ausgebaut werden wie der Öffentliche Personennahverkehr und Einkaufsmöglichkeiten vor Ort. Denn nur so wird das Leben auf dem Land wieder attraktiv. Das gilt auch für junge Ärztinnen und Ärzte, die außerdem als Angestellte in den Polikliniken und Medizinischen Versorgungszentren bessere Arbeitsbedingungen finden.
- **Förderung von regionalen Gesundheitszentren:**  
Neben der Eindämmung kommerzialisierter Angebote sollten regionale Gesundheitszentren eingerichtet werden, in denen sowohl die allgemeinmedizinische Primärversorgung als auch Notfall- und kurzstationäre Versorgung angeboten werden. Nachdenkenswert ist, den Kassenärztlichen Vereinigungen den Sicherstel-

lungsauftrag zu entziehen und stattdessen ein neues verbindliches Entscheidungsgremium zu schaffen, in dem Länder und Kommunen, Kostenträgerinnen, Leistungserbringende, aber auch Patientinnen- und Patientenvertretungen beteiligt sind und gemeinsam eine regional angepasste Bedarfsplanung vornehmen. Krankenhäuser, die von Schließung bedroht sind, sollen zu regionalen Gesundheitszentren umfunktio- niert werden. Neben der Ärzteschaft, medizinischem Personal und Gesundheitsberufen sollten auch andere Berufsgruppen, wie z.B. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Anwältinnen und Anwälte, einbezogen werden.

## **Für den Schutz sensibler Gesundheitsdaten und die Stärkung digitaler Selbstbestimmung!**

- **Gefährdungshaftung für sensible Gesundheitsdaten:** Die Frage nach einer Haftung im Fall von Gesundheitsdatenverlust und -missbrauch muss dringend geklärt und darf nicht auf die Nutzerinnen und Nutzer abgewälzt werden. Stattdessen bedarf es der Auswei- tung von Produkthaftungen auf IT-Hersteller im Sinne einer Gefährdungshaftung und sinnvoller Regelungen gegenüber anderen Beteiligten, wie z. B. Krankenkassen.
- **Stärkung der informationellen Selbstbestimmung:** Die informationelle Selbstbestimmung von Patientin- nen und Patienten und Versicherten muss jederzeit gewahrt bleiben, und die Auswertung von Gesund- heitsdaten darf nur unter strengen Kriterien erfolgen.

- **Keine Behandlungsnachteile durch Wettbewerb:** Die Verwendung von eHealth-Anwendungen muss stets auf Freiwilligkeit basieren, Patientinnen und Patienten sowie Versicherten dürfen keine Behandlungsnachteile entstehen, wenn sie sich gegen ihre Nutzung entscheiden. Die Bereitschaft zur eigenen Datenweitergabe darf nicht zum Wettbewerbsinstrument zwischen den Krankenkassen werden. Wir lehnen den Einsatz digitaler Anwendungen und Methoden zur bloßen Kostenreduzierung unter Inkaufnahme der Verschlechterung der medizinischen Versorgung strikt ab.
- **Stärkung der digitalen Selbstbestimmung:** Patientinnen und Patienten sowie Beschäftigte im Gesundheitssektor müssen an der Entwicklung und Umsetzung von digitalen Gesundheitstechnologien im Rahmen einer umfassenden Mitbestimmung beteiligt werden.
- **Barrierefreie Gestaltung von digitalen Anwendungen:** Digitale Gesundheitstechnologien sollen barrierefrei gestaltet und allen Menschen diskriminierungsfrei zugänglich sein, dies geht Hand in Hand mit angemessenen Weiterbildungs- und Informationsmöglichkeiten für die Versicherten sowie Patientinnen und Patienten. Es muss ein evidenzbasiertes Bewertungsverfahren für eHealth-Anwendungen analog zu anderen medizinischen Behandlungsmethoden entwickelt werden

## **Für eine sichere, nicht profitorientierte Arzneimittel- und Impfstoffversorgung!**

- **Arzneimittelforschung und -herstellung in die öffentliche Hand:** Der Bereich der Forschung und Entwicklung von Arzneimitteln und Impfstoffen ist profitorientierten Aktienkonzernen aus der Hand zu nehmen und in politische Verantwortung zu übertragen. Ein Einstieg kann kurzfristig eine staatliche Entwicklung von Impfstoffen und Antibiotika sein. Mittelfristig sollte dies schrittweise ausgebaut werden.
- **Geistige Eigentumsrechte** in öffentlicher Hand, damit nicht nur solche Präparate auf den Markt gebracht werden, von denen sich die Hersteller die größten Profite versprechen, sondern solche, die sich an den Bedürfnissen der Bevölkerung ausrichten.
- **Bezahlbare Arzneimittel für alle:** Derzeit liegen Entwicklung und Vermarktung neuer Arzneimittel vor allem bei transnationalen Konzernen. Gegen überbeuerte Medikamentenpreise wie bei der 1.000-Dollar-Pille Sovaldi oder Zolgensma, für das pro Dosis 2 Millionen Euro verlangt wird, brauchen wir eine internationale Strategie – auch mit Lösungen jenseits des Marktes. Nur so können Medikamente für alle bezahlbar und die Versorgung (hier und weltweit) besser, sicherer und gerechter werden

## **Für ein Recht auf psychische Gesundheit!**

- **Prävention von psychischen Erkrankungen verstärken.** Die Zunahme psychischer Erkrankungen hängt

auch mit wachsendem Leistungsdruck und dem Vormarsch prekärer Lebensverhältnisse zusammen. Durch niedrigschwellige Beratungs- und Versorgungsangebote im Alltag kann der Entstehung und Verfestigung psychischer Erkrankungen entgegengewirkt werden. Dabei muss vor allem die Versorgung für Alleinerziehende sowie für die Kinder psychisch und suchtkranker Eltern ausgebaut werden. Auch der immensen Belastung in systemrelevanten Berufen, etwa in der Pflege oder im Einzelhandel, muss entgegengewirkt werden. Einerseits durch präventive Maßnahmen – also bessere Bezahlung und Arbeitsbedingungen – und andererseits durch Beratungs- und Unterstützungsangebote während der Arbeitszeit. Wir fordern, für alle – auch und gerade für Arbeitsplätze von geringqualifizierten Beschäftigten – eine Gefährdungsbeurteilung in Bezug auf psychische Belastungen durchzuführen. Diese Regelungen sollten Teil umfassender Bestimmungen zur Verringerung von psychischen Belastungen in der Arbeitswelt sein, die insbesondere auch psychische Belastungen infolge der Digitalisierung in den Blick nehmen.

- **Die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung muss verbessert werden.** Dazu ist zunächst die pauschale Ablehnung der Therapien im Kostenerstattungsverfahren zu beenden und mittelfristig die Anzahl der Kassensitze zu erhöhen. Langfristig müssen auch Alternativen zum bisherigen Kassensitz- und Zulassungssystem geprüft werden.



- **Vielfalt der Therapieformen berücksichtigen:** Beim Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung und Ausbildung muss die Vielfalt bereits sozialrechtlich anerkannter (verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch, systemisch) und neuer Therapieformen (etwa der humanistischen Therapie) stärkere Berücksichtigung finden.

## **Für eine umfassende globale Gesundheitsversorgung!**

- **Stärkung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der internationalen Zusammenarbeit:** Der WHO muss eine zentrale koordinierende Funktion in der Globalen Gesundheitspolitik zukommen. Ihre Arbeit ist auf Grundlage der Entscheidung ihrer 194 Mitgliedstaaten am weltweiten Bedarf auszurichten. Die nicht zweckgebundenen Pflichtbeiträge der Mitgliedstaaten sollen erhöht, private Mittel grundsätzlich nicht zweckgebunden vergeben werden.

- **Weltweite Stärkung der Basisgesundheitsversorgung und allgemeinen Gesundheitsabsicherung:** Die WHO und die deutsche Entwicklungszusammenarbeit müssen ihre Arbeit auf die Stärkung von Gesundheitssystemen, das heißt auf Konzepte wie das der allgemeinen Gesundheitsabsicherung und das der öffentlich organisierten Gesundheitsbasisversorgung, fokussieren.
- **Aufhebung von Patenten und exklusiven Nutzungslizenzen:** Die Patentierung des internationalen Arzneimittelmarktes muss aufgebrochen werden. Exklusive Nutzungslizenzen auf Impfstoffe und Arzneimittel gegen Erkrankungen, die durch Armut begünstigt werden, müssen ausgesetzt und Zwangslizenzen im Sinne der öffentlichen Gesundheit eingesetzt werden. Multi- und bilaterale Handels- und Investitionsschutzabkommen müssen neu verhandelt werden.
- **Humanitärer Notfallplan zur Pandemie-Bekämpfung:** Nicht nur für die Bewältigung der COVID-19-Pandemie, sondern generell für den Pandemie-Fall muss ein globaler humanitärer Notfallfonds für den globalen Süden bereitgestellt werden, der große Hilfsleistungen ermöglicht. Wirtschafts- und Finanzsanktionen müssen ausgesetzt und ein globaler Waffenstillstand umgesetzt werden.



[www.linksfraktion.de](http://www.linksfraktion.de)