

Für eine solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung –

gegen Zwei-Klassen-Medizin

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

Inhalt

Zuzahlungen – ungerecht, unsolidarisch und gefährlich	5
Kassenbeiträge – wer reich ist, zahlt weniger	7
Privatversicherung – Zweiklassengesellschaft in der Medizin	9
Rationierung – nicht alle bekommen alles	10
Versorgung – Lücken auf dem Land	11
Krankenhäuser – Hospitäler in Not	13
Arzneimittel – teure Pillen	15
Gesundheitsförderung – wer arm ist, stirbt früher	17
Pflege – der Geldbeutel entscheidet	19
Unser Konzept – solidarisch und bürgerversichert Eine neue soziale Idee für Gesundheit und Pflege	23
Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung einführen	25
Übersicht: Zentrale gesundheits- und pflegepolitische Initiativen der Fraktion	27

DIE LINKE.

I M B U N D E S T A G

Fraktion DIE LINKE. im Deutschen Bundestag
Platz der Republik 1, 11011 Berlin
Telefon: 030/22 75 1170, Fax: 030/22 75 6128
E-Mail: fraktion@linksfraktion.de
V.i.S.d.P.: Ulrich Maurer, MdB
Parlamentarischer Geschäftsführer

Diese Broschüre basiert auf der Arbeit der AG Gesundheit
im Arbeitskreis Soziales und Gesundheit.
MdB: Dr. Martina Bunge, Klaus Ernst, Dr. Ilja Seifert,
Frank Spieth

Redaktion: Pascal Detzler, Siegfried Dierke,
Dr. Daniel Rühmkorf, Dr. Ute Watermann, Melanie Wehrheim

**Mehr Informationen zu unseren parlamentarischen
Initiativen finden Sie unter: www.linksfraktion.de**

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

I. Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

„Für eine neue soziale Idee“ – das ist das Ziel, für das die Fraktion DIE LINKE. im Bundestag eintritt. Wir wollen die Politik in diesem Land sozial gestalten und den Menschen in den Mittelpunkt stellen. Das gilt auch für die Gesundheits- und Pflegepolitik.

Gesundheit ist nicht alles. Aber ohne Gesundheit ist alles nichts. Arme Menschen haben ein größeres Risiko, krank oder pflegebedürftig zu werden, als reiche. Die soziale Lage entscheidet über den Gesundheitszustand. Deshalb ist soziale Gerechtigkeit Grundvoraussetzung für die Gesundheits- und Pflegepolitik.

Wer krank wird, will eine gute medizinische Versorgung. Wie gut diese ist, hängt immer mehr von der Art der Krankenversicherung und vom Geldbeutel ab: Gesetzlich Versicherte erhalten nicht mehr alle Leistungen, die sie benötigen. Und sie müssen länger auf einen Arzttermin warten als privat Versicherte.

Arme Menschen können sich bereits heute in Deutschland ihre Krankenbehandlung oftmals nicht leisten: Durch die Praxisgebühr scheuen sie sich, einen Arzt aufzusuchen. Wegen der Arzneimittel-Zuzahlungen bleiben viele Rezepte uneingelöst. Wer Krankengymnastik braucht, muss immer mehr selbst dafür zahlen.

Auch in der Pflege werden Menschen mit geringem Einkommen besonders hart getroffen. Da die Pflegeversicherung von vornherein nur einen Zuschuss zahlt, müssen Pflegebedürftige einen großen Teil der pflegerischen Leistungen privat kaufen. Doch nur Menschen mit einem höheren Einkommen können sich das leisten. In vielen Fällen müssen Angehörige aushelfen. Überforderung oder Überlastung sind daher an der Tagesordnung.

Die große Koalition versprach viel. Und ist gescheitert. Die gesetzliche Krankenversicherung sollte nachhaltig und gerecht finanziert, Vorbeugung, also Prävention, ausgebaut und Patientenrechte sollten gestärkt werden. Stattdessen haben wir jetzt einen Gesundheitsfonds, der keines der Versprechen einlöst. Den Versicherten drohen Zusatzbeiträge, während die Arbeitgeber weiter entlastet werden. Das Gesetz zur Prävention und Gesundheitsförderung, zu dem seit September 2004 gemeinsame Eckpunkte von Bund und Ländern vorliegen, kam auch in dieser Wahlperiode nicht zustande, und eine grundlegende Reform der Pflegeabsicherung ist weiterhin überfällig.

DIE LINKE setzt sich als einzige Kraft im Bundestag für eine wirklich solidarische Kranken- und Pflegeabsicherung ein. Linke Gesundheits- und Pflegepolitik stellt

den Menschen in den Mittelpunkt. Alle Menschen sollen nach Bedarf sämtliche erforderlichen medizinischen Hilfen und Leistungen erhalten. Das gilt unabhängig von Alter, Geschlecht, Wohnort oder Einkommen. Zuzahlungen, Praxisgebühr oder Eigenbeteiligung sind abzuschaffen. Pflege und Assistenz müssen sich an der Menschenwürde und an der Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen orientieren. Pflegebedürftige erwarten, dass man sich Zeit für ihre Pflege nimmt, ihnen zuhört und mit ihnen spricht.

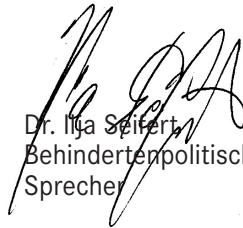
Die Zweiklassenmedizin muss überwunden, Kommerz und Wettbewerb müssen zurückgedrängt werden. Wir brauchen ein öffentlich verantwortetes Gesundheitssystem, das den Menschen und nicht die Profitinteressen im Blick hat.

In dieser Broschüre werden Sie Bekanntschaft mit Familie Neumann machen. Elfriede Neumann ist 67 Jahre alt und wohnt in einem Dorf in Brandenburg. Ihr Mann Gerhard ist vor Kurzem gestorben; ihre beiden Kinder Beate und Stefan sind berufstätig und leben mit ihren Familien in München und Berlin. Familie Neumann begleitet Sie durch dieses Heft und schildert Ihnen, welche Auswirkungen die Gesundheitsreformen auf ihr Leben haben.

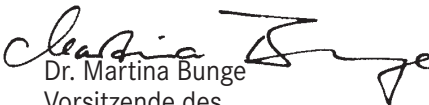
Mit solidarischen Grüßen



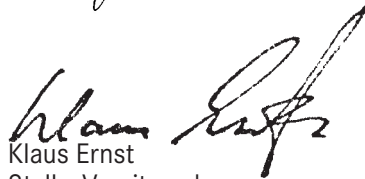
Frank Speth
Gesundheitspolitischer
Sprecher



Dr. Ina Seifert
Behindertenpolitischer
Sprecher



Dr. Martina Bunge
Vorsitzende des
Gesundheitsausschusses



Klaus Ernst
Stellv. Vorsitzender
Fraktion DIE LINKE

Zuzahlungen – ungerecht, unsolidarisch und gefährlich

Frau Neumann ist seit über fünfzig Jahren Mitglied in ihrer Krankenkasse. Früher, da ist sie sich sicher, waren die Leistungen ihrer Kasse besser. Wenn sie krank war, reichte der Krankenschein. Den Geldbeutel brauchte sie nicht, wenn sie zum Arzt oder zur Apotheke ging. Heute muss sie dagegen zuzahlen: ob bei Arzneimitteln, Verbandmaterial, der Krankengymnastik, der Rehabilitation oder im Krankenhaus. Überall ist sie mit 10 Euro oder 10 Prozent der Kosten dabei. Manche Arzneimittel muss sie ganz bezahlen, etwa die Medikamente gegen die Blasen-schwäche, die ihr Hausarzt verordnet hat, oder die Zuckerteststreifen zur Überprüfung ihres Diabetes. Und die Brille und den Zahnersatz außerdem.

Frau Neumann weiß aus der Zeitung, dass sie mit ihren Erfahrungen nicht alleine ist. Insgesamt zehn Milliarden Euro im Jahr zahlen die Versicherten mittlerweile aus eigener Tasche für Rezeptgebühren, Zuzahlungen zu Hilfsmitteln, Praxisgebühr und Krankenhausgeld. Der Leistungskatalog für die Versicherten wird immer dünner. Viele Arzneimittel und eine Reihe anderer Leistungen, die bis vor Kurzem noch übernommen wurden, bezahlt die Kasse gar nicht mehr.

Wer arm ist, spart den Arztbesuch

Für Menschen mit hohem Einkommen mögen diese Zuzahlungen verkraftbar sein, doch für Frau Neumann ist die Belastung erheblich. Im Jahr 2008 musste sie 818 Euro zusätzlich für ärztlich verordnete Leistungen ausgeben, nur 205 Euro bekam sie als Chronikerin von der Kasse zurückerstattet. Die übrigen 613 Euro musste sie selbst zahlen. Für sie als Rentnerin ist das Kranksein so zu einer finanziellen Belastung geworden. Und deshalb spart sie sich manchmal den Arztbesuch – auch wenn er eigentlich sein müsste. Kein Einzelfall: Knapp zwei Millionen Menschen gehen jedes Jahr aus Geldmangel nicht zum Arzt – trotz gravierender Erkrankungen. Viele Studien belegen: Wer wirklich arm ist, spart den Praxisgang.

Zusatzbeitrag und Sonderbeitrag

Doch damit nicht genug. Ihrem Sohn Stefan hat die Krankenkasse angekündigt, dass sie einen Zusatzbeitrag erheben muss. Und zwar nur von den Versicherten – nicht von den Arbeitgebern. Bis zu acht Euro im Monat oder ein Prozent des Einkommens kann die Kasse verlangen – so sehen es die Neuregelungen der großen Koalition vor. Ganz neu ist die Entlastung der Arbeitgeber zulasten der Versicherten nicht. Schon seit fünf Jahren zahlt Stefan wie alle Beschäftigten und Rentnerinnen und Rentner einen monatlichen Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Prozent seines Einkommens. Darüber erhalten die Krankenkassen das Geld für

den Zahnersatz und das Krankengeld. Die Arbeitgeber sind nicht mehr daran beteiligt.

• Rezeptgebühr:	100 Euro
• Praxisgebühr:	40 Euro
• Zahnarztpraxisgebühr	10 Euro
• 6x Krankengymnastik	18 Euro
• Krankenhausbehandlung 14 Tage	140 Euro
	<hr/>
	308 Euro

Von den 308 Euro muss sie als Chronikerin 1% ihres Einkommens übernehmen, das sind bei Frau Neumann 103 Euro. Sie bekommt von der Kasse daher 205 Euro zurückerstattet.

• Diabetes-Teststreifen	300 Euro
• Mittel gegen Blasenschwäche	180 Euro
• Hustenmittel und Nasenspray	30 Euro
	<hr/>
	510 Euro

werden von der Kasse nicht mehr bezahlt.

Insgesamt musste Frau Neumann also 613 Euro (103 + 510) zusätzlich für ihre Gesundheit zahlen.

So viel zahlte Frau Neumann 2008 zusätzlich für Gesundheit

DIE LINKE. im Bundestag fordert

- Die Praxisgebühr abschaffen.
- Sämtliche andere Zuzahlungen abschaffen.
- Sonderbeitrag für Versicherte abschaffen.
- Zusatzbeiträge müssen verhindert und abgeschafft werden.

Dazu braucht der Gesundheitsfonds eine finanziell ausreichende Ausstattung.

- Die Arbeitgeber müssen wieder die Hälfte zum gesetzlichen Krankenkassenbeitrag zuzahlen (paritätische Finanzierung).

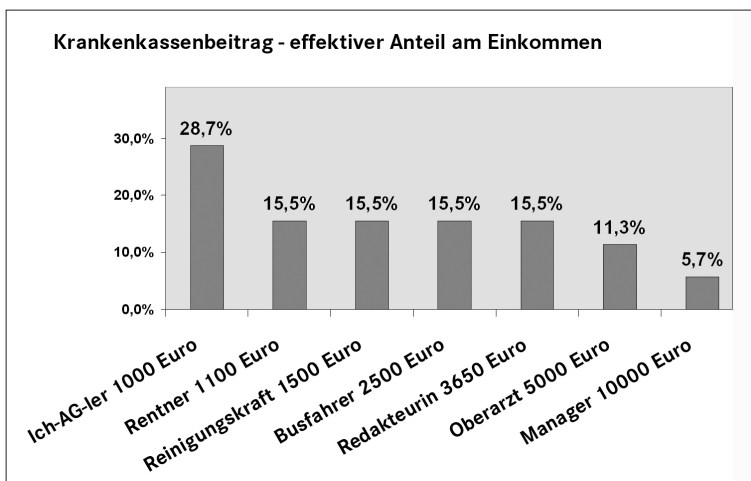
Kassenbeiträge – wer reich ist, zahlt weniger

Die Krankenkassenbeiträge von Frau Neumann belaufen sich jeden Monat auf 133 Euro bei 859 Euro Rente. Ihr Sohn Stefan, der achtmal so viel verdient, zahlt gerade mal viermal so viel wie sie an die Krankenkasse. Seine Belastung ist gemessen an seinem Einkommen also viel geringer. Gerecht ist das nicht, findet Frau Neumann und sogar Sohn Stefan.

Noch schlechter als Frau Neumann ist ihr Nachbar, Herr Möller, dran: Er hat sich vor fünf Jahren mit einer Ich-AG selbstständig gemacht. Bei nur 1.000 Euro Verdienst werden knapp 300 Euro Krankenkassenbeitrag im Monat fällig. Per Gesetz ist nämlich vorgeschrieben, dass bei Selbstständigen von einem fiktiven Mindesteinkommen von 1.890 Euro auszugehen ist. In der Realität verdienen Selbstständige aber häufig weit weniger. So muss Herr Möller nun fast ein Drittel seiner geringen Einkünfte für seine Krankenversicherung ausgeben.

Die Solidarität endet beim großen Geldbeutel

Frau Neumann und Herr Möller sind keine Einzelfälle. Die Gleichbehandlung macht spätestens an der sogenannten Beitragsbemessungsgrenze oder an der Versicherungspflichtgrenze halt. Große Geldbeutel bleiben geschont. Denn Besserverdie-



*Ungerechter Kassenbeitrag:
Arme zahlen prozentual mehr als Reiche*

nende zahlen nur einen Beitrag bis zu einem Einkommen von derzeit 3.675 Euro. Außerdem können sie dann in die private Krankenversicherung wechseln (siehe folgende Seite).

Wahltarife als Lösung?

Jetzt sollen Wahltarife die gebeutelten Pflichtversicherten finanziell entlasten. Versicherte können sich nun bei ihrer Krankenkasse den passenden Vertrag aussuchen und bei guter Gesundheit möglicherweise einen geringeren Beitrag zahlen. Doch was als Sparangebot daherkommt, ist in Wahrheit unsolidarisch und ungerecht: Gesunde werden durch Selbstbehalttarife oder Rückerstattung von Beiträgen geschont. Kranke müssen die Zeche zahlen. Frau Neumann als Kranke zahlt so versteckt die reduzierten Beiträge der Gesunden. Für Frau Neumann selbst lohnt sich der Wechsel in einen anderen Tarif nicht, das hat ihr schon ihr Sohn erklärt.

Die Grafik zeigt: Ein Selbstständiger, der mit seiner Ich-AG über nur 1.000 Euro monatliches Einkommen verfügt, bezahlt davon knapp 30 Prozent an die Krankenkasse. Ein Manager mit 10.000 Euro Monatseinkommen zahlt dagegen nur knapp sechs Prozent seines Einkommens an seine Krankenkasse.

DIE LINKE. im Bundestag fordert

- Alle Versicherten zahlen den gleichen prozentualen Anteil ihres Einkommens an die Krankenversicherung
 - Zugrunde gelegt werden alle Einkommensarten: Löhne und Gehälter, Aktiengewinne, Miet- und Pachteinnahmen, Prämien etc.
 - Wer reich ist, zahlt denselben Anteil.
- Die Beitragsbemessungsgrenze wird stufenweise abgeschafft, damit die Solidarität nicht bei einem Einkommen über 3.675 Euro haltmacht.
- Abschaffung der unsolidarischen Wahltarife.
 - Gerechte und solidarische Verteilung der Kosten im Gesundheitswesen

Privatversicherung – Zweiklassengesellschaft in der Medizin

Abgeschlagen, müde und leicht verstimmt – im vergangenen Winter fühlte sich Frau Neumann überhaupt nicht auf dem Posten. Ihr Hausarzt vermutete eine Schilddrüsenunterfunktion und schickte sie zum Spezialisten. Fünf Monate musste Frau Neumann bei dem Facharzt auf einen Termin warten. Ihre Nachbarin, FrauSchmidtr, musste nicht warten. Sie ist privat versichert.

Mittlerweile ist sogar wissenschaftlich belegt, dass Kassenpatienten im Schnitt dreimal länger auf einen Termin beim Facharzt warten müssen als Privatpatienten. Den Grund für die Schieflage kennt selbst Frau Neumann: „Wenn der Arzt beim Privatpatienten das Mehrfache verdient, kommt er halt eher dran.“

Jeder Zehnte ist privat versichert

Frau Neumann kann da nicht mithalten. Nur Menschen ab einem Jahreseinkommen von 48.600 Euro, Selbstständige oder Beamte können in die private Krankenversicherung wechseln. Fast jeder Zehnte ist so privat versichert. Bei den rund 8 Millionen Privatversicherten in Deutschland handelt es sich um einen exklusiven Club. Denn die Versicherungsunternehmen picken sich die Rosinen heraus: reich, jung und gesund. Sie sind selten krank, verursachen weniger Kosten und bekommen dafür oft sehr günstige individuelle Tarife angeboten. Diese Ungerechtigkeit wird politisch nicht angetastet. Kein Wunder: Fast alle Meinungsführer in Deutschland sind privat versichert! Chronisch Kranke haben praktisch keine Chance bei den Privatversicherern; die gesetzliche Krankenkasse muss sie dagegen aufnehmen. Deutschland leistet sich mit zwei parallelen Versicherungszweigen eine Klassengesellschaft im Gesundheitswesen – einmalig in Europa.

DIE LINKE. im Bundestag fordert

- Alle in ein Boot: Auch Beamte, Selbstständige, Politikerinnen und Politiker, Richterinnen und Richter, Ärztinnen und Ärzte, Managerinnen und Manager müssen in die gesetzliche Krankenkasse einbezogen werden.
- Private Krankenkassen dürfen nur noch Zusatzversicherungen anbieten.
- Schluss mit der Vorzugsbehandlung für Privatpatienten. Gleiche Honorare für gleiche Leistung.

Rationierung – nicht alle bekommen alles

Seit Ende November muss Frau Neumann ihre benötigten Arzneimittel selbst bezahlen. Der Grund: Ihr Hausarzt hat sein Budget ausgeschöpft, also die Summe aller Medikamente, die er seinen Patienten auf Kassenrezept verschreiben darf. Er verordnet im Dezember eines jeden Jahres nur noch Privatrezepte – und die Patienten müssen in die eigene Tasche greifen. Bei ihrer privat versicherten Nachbarin, Frau Möller, ist das nicht der Fall. Hier erstattet die Kasse alles, was verordnet wird.

Viele Ärztinnen und Ärzte können ihren Patientinnen und Patienten nicht mehr die nötigen Verordnungen aufschreiben – ob es sich nun um Arzneimittel, Physiotherapie oder Logopädie handelt. Schon spricht der Präsident der Bundesärztekammer im Radio von verdeckter und offener Rationierung. Das heißt, die Versicherten erhalten nicht mehr die Leistungen, die sie benötigen, sondern nur noch die Leistungen, die von den Kassen gezahlt werden – oder die sie selbst aus ihrem Geldbeutel zahlen können. Beispiel Zahnersatz: Armut kann man heute wieder an den Zahnlücken im Gebiss erkennen.

Im Behandlungszimmer des Arztes, am Tresen der Apothekerin und im Krankenhaus finden täglich Entscheidungen statt, wer welche Behandlung erhält und wer nicht. Dies nennt man kalte Rationierung. Der Patient und die Patientin können nicht nachvollziehen, wie diese Entscheidungen getroffen werden – sie sind völlig undurchsichtig. DIE LINKE fordert, dass alle notwendigen medizinischen Leistungen von den Krankenkassen bezahlt werden. Dazu brauchen wir zum Beispiel eine Positivliste mit allen wirksamen Medikamenten.

Die Verschwendungen im Gesundheitswesen müssen gestoppt werden. Nicht der wirkliche Bedarf an Gesundheitsleistungen, sondern die Interessen der Akteure des medizinisch-industriellen Komplexes bestimmen die Ausgaben: Unnötige Untersuchungen, unnötige Doppelstrukturen und Preistreiberei bei den Arzneimitteln machen Deutschland zu einem der teuersten Länder.

DIE LINKE. im Bundestag fordert

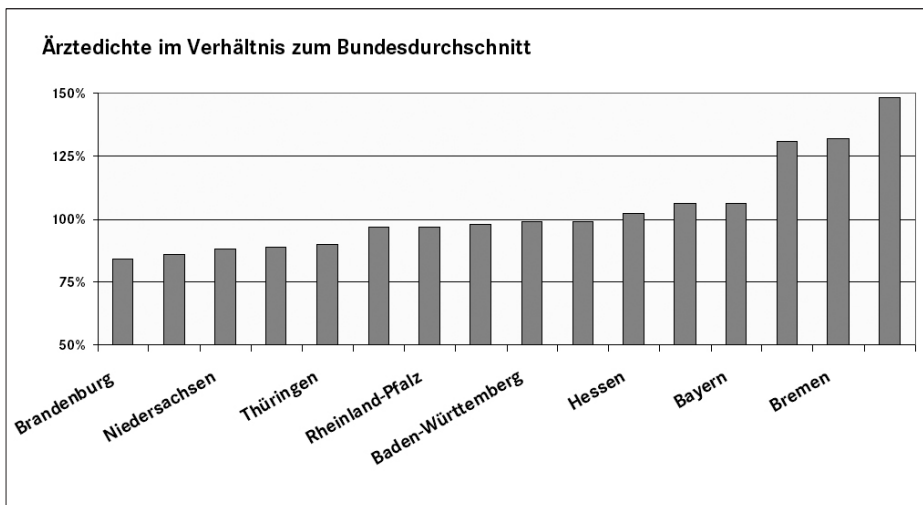
- Alle Menschen in Deutschland bekommen alle erforderlichen medizinischen Leistungen.
- Der Bedarf der Patientinnen und Patienten statt der Profitinteressen gehört in den Mittelpunkt der Medizin.

Versorgung – Lücken auf dem Land

Stefan Neumann hat es in Berlin perfekt getroffen: Er wohnt im gutbürgerlichen Charlottenburg. Zum Hausarzt und zu seinen Fachärzten hat es Stefan nicht weit. Eine Apotheke findet er an fast jeder Straßenecke. Kein Wunder: In Charlottenburg gibt es sehr viele Privatpatienten.

Seine Mutter in Brandenburg steht da vor ganz anderen Problemen: Die alte Hausärztin im Dorf ging vor einigen Jahren in Rente; ein Nachfolger für ihre Praxis fand sich nicht. Der Weg zum Arzt ist nun mühsam – Busse verkehren kaum noch. Wenn Frau Neumann ernsthaft krank ist, schafft sie den Weg nicht. Früher gab es wenigstens noch die Gemeindeschwester. Wenn der Arzt keine Zeit für einen Hausbesuch hatte, sorgte sie für die nötigsten Untersuchungen und Behandlungen. Doch heute verweisen ganze Landstriche, viele Arztpraxen vor allem in den neuen Bundesländern und auf dem Lande werden nicht mehr besetzt, wenn die alten Praxisinhaber in den Ruhestand gehen.

Doch es trifft nicht nur die Praxen. Im nahe gelegenen Kreiskrankenhaus sind mehrere Fachabteilungen geschlossen worden. Zur Behandlung ihres Rheumas muss Frau Neumann nun in die 50 Kilometer entfernte Großstadt fahren. Ohne Auto ist das nicht zu schaffen. Der Trend ist eindeutig: Die Versorgung auf dem Land wird schlechter.



Auf dem Land und im Osten gibt es deutlich weniger Ärzte

Apotheken müssen erreichbar bleiben

Auch die Apothekerin im Dorf wird demnächst aufhören. Sie ist beliebt, aus jedem Gehöft kommt man zu ihr, doch nun hat sie das Rentenalter erreicht. Für Frau Neumann ist die Schließung der Apotheke ein großes Problem. Sie kann schließlich ihre Medikamente nicht im Internet bestellen. Und im Drogeriemarkt oder der Tankstelle, die nur darauf warten, dass die Apotheke schließt, möchte sie ihr Rezept nicht einlösen – auch wenn das nun bald möglich sein soll. Für ihre Fragen zu Medikamenten und Nebenwirkungen benötigt sie eine ausgebildete Apothekerin oder einen Apotheker.

DIE LINKE. im Bundestag fordert

- Flächendeckende Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger gewährleisten.
- Die drohende und schon bestehende ärztliche Unterversorgung vor allem im ländlichen Bereich und in den neuen Bundesländern wirksam stoppen.
- Hausärzte und sprechende Medizin stärken; leistungsgerechte ärztliche Vergütung schaffen.
- Die Vergütung in Ost und West endlich angleichen.
- Ausbildung, Qualifikation und Attraktivität für Gesundheits- und Pflegeberufe verbessern.
- Inhabergeführte Apotheken erhalten.
- Versandhandel für rezeptpflichtige Arzneien unterbinden.
- Die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht hinter wirtschaftliche Überlegungen zurückstellen.
- Ganzheitliche Gesundheitsansätze verfolgen und ihnen eine reelle Chance geben.

Krankenhäuser – Hospitäler in Not

Vergangenen Sommer bekam Frau Neumann Besuch von ihrer schwangeren Tochter Beate. Vorzeitig traten Wehen auf; Beate musste ins Krankenhaus. Die Hochschwangere musste 150 Kilometer mit dem Auto fahren, um ins Hospital zu gelangen, denn das alte Kreiskrankenhaus in 20 Kilometer Entfernung hatte leider vor Kurzem die Geburts- und die Kinderabteilung geschlossen. Der Grund: Das Krankenhaus wurde an einen großen Aktienkonzern verkauft. Der schloss alle Abteilungen, die sich betriebswirtschaftlich nicht rechneten.

Die Kommerzialisierung im Krankenhaus macht auch Frau Neumann zu schaffen. Vergangenes Frühjahr musste sie sich einer schweren Nasennebenhöhlenoperation unterziehen. Nach der Operation sollte sie gleich nach Hause gehen. Doch Frau Neumann war weder in der Lage, in der vorgesehenen Zeit im Aufwachraum aufzustehen, noch hatte sie Verwandte, die sie abholen konnten. Nur unter Murren wurde schließlich ein Krankentransport bestellt, der sie im Rollstuhl nach Hause brachte. Dort wurde sie in ihren Sessel geschoben, die Leitung des Tropfes steckte noch in der Armvene und die Tamponade in den Nasenlöchern. Notgedrungen „orderte“ sie ihren Sohn von Berlin, der zum Glück kurzfristig einen Tag freinehmen konnte. Wie Frau Neumann mit der Nadel im Arm zu Hause klar kommt und wie sie am nächsten Tag zur Kontrolle ins Krankenhaus fahren soll, hat dabei niemand gefragt. „Blutige Entlassungen“ nennen die Ärzte so etwas im Fachjargon.

Blutige Entlassungen

Die Kommerzialisierung der Kliniken verlangt von den Beschäftigten eine Fließbandmentalität. Krankenhäuser versuchen im „Wettbewerb“ immer mehr Behandlungsfälle pro Jahr durchzuschleusen. Es kommt vermehrt zu vorzeitigen „blutigen“ Entlassungen.

50 Milliarden Euro Investitionsstau in Krankenhäusern

Zahlreiche Häuser stehen wegen Geldmangels vor dem Aus oder werden privatisiert oder von großen Finanzketten aufgekauft. Ein Grund: Die Länder und Kommunen kommen seit Jahren ihren Verpflichtungen nicht nach, ausreichend Geld für die Modernisierung und Ausstattung der Krankenhäuser zur Verfügung zu stellen. Mittlerweile ist ein Investitionsstau von etwa 50 Milliarden Euro aufgelaufen. Schuld daran ist nicht allein fehlender Wille, sondern auch die verfehlte Steuerpolitik des Bundes.

Die Budgets der Krankenhäuser, die die Krankenkassen vereinbaren, sind so knapp bemessen, dass Tarifsteigerungen oder die Kosten für Energie nur unzureichend gegenfinanziert werden können. Obwohl besonders das Pflegepersonal in den letzten Jahren im Durchschnitt nur geringe Lohnsteigerungen hatte und immer mehr Stellen abgebaut wurden, reicht das Geld der Kliniken selbst dafür nicht aus. An eine Aufstockung des Personals, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten und zu verbessern, ist gegenwärtig kaum zu denken. Erträgliche und gesunde Arbeitsbedingungen der Beschäftigten kommen an letzter Stelle.

DIE LINKE. im Bundestag fordert

- Finanznot der Krankenhäuser beenden: eine ausreichende finanzielle Ausstattung der Krankenhäuser gewährleisten.
- Abbau des Investitionsstaus von 50 Milliarden Euro gemeinsam durch Bund und Länder.
- Verhinderung weiterer Privatisierungen von Krankenhäusern.
- Rückführung bereits privatisierter Krankenhäuser in öffentliche Trägerschaft.
- Bessere Arbeitsbedingungen und Entlohnung insbesondere für das Pflegepersonal.
- Keine profitorientierten Kapitalgesellschaften und Konzerne im ambulanten Versorgungsbereich (zum Beispiel sollten ambulante medizinische Versorgungszentren nicht in Händen von Kapitalgesellschaften sein).
- Ausbau der integrierten Versorgung zur Überwindung der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.
- Vernetzung von Arztpraxen und Krankenhäusern, um die vorhandenen Ressourcen wie OP-Säle, Computertomografen oder Ultraschallgeräte besser zu nutzen, unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden und Versorgungslücken zu füllen.
- Vernetzung aller medizinischen Einrichtungen und Ausrichtung am Bedarf der Bevölkerung.

Arzneimittel – teure Pillen

Beate Neumann hat sich mittlerweile schon daran gewöhnt: Nach Arztbesuch und 10 Euro Praxisgebühr darf sie in der Apotheke ihren Geldbeutel gleich noch einmal aufmachen: 5 bis 10 Euro Rezeptgebühr werden fällig, und viele Medikamente werden von den Krankenkassen überhaupt nicht mehr übernommen. Manchmal nimmt Beate Neumann gar nicht mehr den Umweg zum Arzt auf sich, sondern geht direkt in die Apotheke, denn das ist billiger.

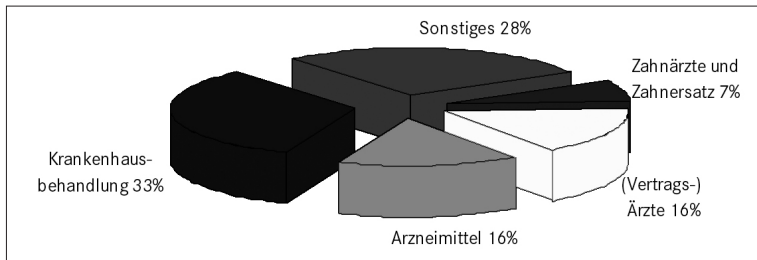
Aber ob es auch sinnvoll ist? Mittlerweile überschwemmen 50.000 Präparate den deutschen Markt und längst nicht alle sind nützlich. Beate Neumann hat da keinen Überblick. Ihrem Arzt und ihrer Apothekerin geht es da leider kaum besser.

Positivliste erforderlich

Was Frau Neumann nicht weiß: In den meisten europäischen Ländern gibt es eine sogenannte Positivliste, die nur sinnvolle und nützliche Arzneimittel enthält, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden dürfen. Nur in Deutschland gibt es das nicht. Stattdessen ziehen 15.000 Pharmavertreter Tag für Tag durch das Land und versuchen, die Ärzte von ihren Produkten zu überzeugen. Ein teurer Spaß. Mit einer Positivliste könnten 20 Prozent der Arzneimittelausgaben eingespart werden, ohne dass die medizinische Versorgung leidet, sagen Wissenschaftler. Das sind 4,2 Milliarden Euro im Jahr.

Pharmakonzerne kassieren in Deutschland weit mehr als anderswo

Die Preise diktiert in Deutschland noch dazu die Pharmaindustrie. Für die noch umstrittene neue Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs etwa zahlen die Krankenkassen in Deutschland über 450 Euro. In den USA kostet dasselbe Produkt 200 Euro weniger.



Die Krankenkassen geben inzwischen mehr für Medikamente aus als für Arztpraxen. Im Jahr 2008 waren es insgesamt mehr als 20 Milliarden Euro – Tendenz steigend!

Der Staat kassiert mit – Mehrwertsteuer auf Arzneimittel viel zu hoch

In fast allen europäischen Nachbarstaaten wird entweder der reduzierte Mehrwertsteuersatz veranschlagt oder gar keine Mehrwertsteuer auf Arzneimittel erhoben. Aber in Deutschland hält der Fiskus die Hand groß auf: 6 Milliarden Euro jährlich kassiert der Staat allein für die Abgabe der rezeptpflichtigen Medikamente in der Apotheke!

Das Versagen der Bundesregierung und ihrer Vorgänger

Die Versuche der Bundesregierung, die Arzneimittelausgaben in den Griff zu bekommen, haben nicht wirklich gefruchtet. Die Kosten laufen weiter davon. Fachleute fordern seit langem eine Positivliste und Preisobergrenzen auch für patentgeschützte Medikamente. Doch sämtliche Bundesregierungen der letzten zwei Jahrzehnte sind vor den Lobbyisten der Pharmakonzerne in die Knie gegangen. So können Arzneimittelhersteller weiterhin Jahr für Jahr Milliarden Euro an Profiten zu Lasten der Versicherten sowie der Patientinnen und Patienten erwirtschaften.

Noch schlimmer ist das Versagen der Pharmaunternehmen in den Ländern der Dritten Welt. Hier verhindert ein überzogener Patentschutz erschwingliche Preise für Menschen, die an Krankheiten wie Tuberkulose, HIV/Aids, Malaria und anderen armutsbedingten Krankheiten leiden.

DIE LINKE. im Bundestag fordert

- Einführung einer Positivliste von wirkungsvollen und preisgünstigen Medikamenten.
- Festlegung von Preisobergrenzen für Medikamente.
- Volle Kostenübernahme durch die Krankenkasse für diese Medikamente. Keine Zuzahlung.
- Absenkung des Mehrwertsteuersatzes für Arzneimittel auf sieben Prozent (wie bei Büchern oder Lebensmitteln).
- Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln nur über inhabergeführte Apotheken.
- Verbot des Versandhandels für verschreibungspflichtige Arzneimittel.
- Mehr öffentliche Forschung zu Arzneimitteln; weniger Scheininnovationen.
- Durchsetzung erschwinglicher Arzneimittelpreise für Entwicklungsländer.
- Eine von der Pharmaindustrie unabhängige öffentliche Arzneimittelforschung.

Gesundheitsförderung – wer arm ist, stirbt früher

Stefan Neumann und seine Mutter fahren mit der Berliner U-Bahn acht Stationen vom reichen Charlottenburg-Wilmersdorf ins arme Friedrichshain-Kreuzberg. Von Station zu Station sehen die Menschen ärmer aus. Stefan weiß aus dem aktuellen Gesundheitsbericht des Berliner Senats: Die Menschen sehen nicht nur ärmer aus, sondern in Charlottenburg-Wilmersdorf ist sogar die Lebenserwartung von Männern um vier Jahre höher als in Friedrichshain-Kreuzberg. Von Station zu Station nimmt die Lebenserwartung der dort lebenden Menschen ab.



Armut macht krank

So lassen sich die gesundheitlichen Folgen von sozialer Ungleichheit auf den Punkt bringen. Die Gründe sind vielfältig, wie Stefan seiner Mutter erläutert: Menschen mit einem geringen Einkommen haben eher Berufe, die sie körperlich stark belasten. Trotz schwerer Arbeit wissen sie oftmals nicht, wie sie ihren Lebensunterhalt bestreiten sollen. Viele haben Angst, entlassen zu werden. Diese ständigen Sorgen wirken sich negativ auf die Gesundheit aus. Hinzu kommt: Die Wohnungen müssen günstig sein. Doch die liegen meistens an viel befahrenen Straßen. Lärm und die Belastung mit Staub sind groß. Kinder haben meistens keine Möglichkeit, in der Nähe draußen zu spielen. Aus Langeweile verbringen sie ihre Freizeit am Computer oder Fernseher.

„Das heißt ja, dein Chef lebt länger als du!“, sagt Frau Neumann erschrocken zu ihrem Sohn. Statistisch stimmt das, erklärt Stefan. Grundsätzlich lässt sich sagen: Je niedriger die soziale Lage, desto höher sind die gesundheitlichen Risiken. Besonders bedenklich findet er daher, dass die Schere zwischen Arm und Reich immer weiter auseinandergeht.

Geldbeutel und Bildung entscheiden

In Deutschland leben Personen mit niedrigem Sozialstatus im Schnitt zehn Jahre kürzer als Personen mit hohem Sozialstatus. Immer mehr Menschen mit einem niedrigeren Einkommen, geringerer Bildung oder einer unsicheren beruflichen Position müssen mit weniger Gesundheit zufrieden sein. Es ist wissenschaftlich belegt, dass ein großer Teil der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit sich aus der sozialen Position selbst erklärt. Mit großer Sorge ist festzustellen, dass vor allem Kinder einem immer höheren Armutsrisiko unterliegen. Dieser Zustand darf nicht länger hingenommen werden.

DIE LINKE. im Bundestag fordert

- Gleiche Gesundheitschancen für alle.
- Soziale Ungleichheit bekämpfen: Für mehr und bessere Arbeitsplätze sorgen, bessere Bildung für alle garantieren, Einkommen gerechter verteilen, Sozialleistungen ausbauen.
- Gesundheitsförderliche Lebens-, Arbeits- und Wohnbedingungen für alle Menschen herstellen: Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Sozial-, Wohnungs-, Umwelt-, Kinder- und Familienpolitik müssen hierfür Hand in Hand arbeiten.
- Gesundheitsförderung und Prävention vor Ort stärken. Erfolgreiche Projekte müssen in Kindertagesstätten, Schulen, in Stadt- und Ortsteilen sowie Betrieben ansetzen.
- Alle Menschen an der Planung, Entwicklung und Umsetzung der Projekte in den Lebenswelten beteiligen. Einen Zwang zur Prävention lehnen wir ab.
- Bewährte Projekte und Programme im Bereich der Prävention miteinander vernetzen, weiterentwickeln und verbreitern. Hierfür brauchen wir endlich ein Präventionsgesetz.
- Bund, Länder und Kommunen, alle Sozialversicherungszweige sowie die private und gesetzliche Krankenversicherung müssen die erforderlichen finanziellen Mittel aufbringen.

Pflege – der Geldbeutel entscheidet

Frau Neumann hat ihren Mann Gerhard über sechs Jahre gepflegt. Mit 71 Jahren erlitt er einen Schlaganfall, seitdem war seine rechte Körperhälfte gelähmt. Er benötigte Hilfe beim An- und Ausziehen, beim Waschen und Essen. Die Pflegekasse stufte ihn daher in Pflegestufe II ein. Da seine Frau ihn zu Hause unterstützte, erhielt er Pflegegeld. Zuletzt waren es 420 Euro im Monat. Gedacht ist das Pflegegeld als Anerkennungsleistung für pflegende Angehörige.

Die pflegenden Angehörigen

Ein üblicher Vorgang. Über zwei Millionen Menschen erhalten Leistungen der Pflegeversicherung. Immerhin 1,5 Millionen davon werden in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt. Zum größten Teil durch Ehefrauen, Töchter oder Schwiegertöchter. Die sind bei der Pflege meist auf sich allein gestellt.

So auch Frau Neumann: Ihre Kinder wohnten viel zu weit entfernt, um sie im Alltag unterstützen zu können. Doch über die Jahre war die Pflege ihres Mannes nicht mehr alleine zu bewältigen. Familie Neumann entschied sich daher, auf einen ambulanten Pflegedienst zurückzugreifen. Von der Pflegekasse erhielt Gerhard Neumann dafür 980 Euro im Monat (Pflegestufe II). Dieses Geld reichte allerdings nur dafür, einen ambulanten Dienst morgens und abends für jeweils eine halbe Stunde zu bestellen.

Teilkaskoversicherung Pflege

Der Grund: Die Pflegeversicherung ist eine Teilkaskoversicherung. Sie zahlt nur einen Zuschuss. Die Leistungen dienen vorrangig dazu, die familiäre, nachbarschaftliche oder ehrenamtliche Pflege zu ergänzen. Um den individuellen Bedarf abzudecken, müssen die Betroffenen und ihre Angehörigen auf ihr Einkommen und Vermögen zurückgreifen. Doch vielen ist das nicht möglich.

Auch das Einkommen und Vermögen von Familie Neumann reichte nicht, um die weiteren notwendigen pflegerischen Leistungen kaufen zu können. So musste Frau Neumann weiterhin den Löwenanteil der Pflege und Betreuung ihres Mannes alleine bewältigen.

Trend zur professionellen Pflege

Derzeit fangen Angehörige den enormen Hilfebedarf auf. Doch zukünftig wird es enger werden. Familiäre Netzwerke stehen immer seltener zur Verfügung. Die Ursachen: veränderte Familienstrukturen etwa durch Scheidung oder Kinderlosigkeit, die Erwerbstätigkeit von Frauen und die neue flexible Arbeitswelt, die dazu

führt, dass die Kinder immer weiter wegziehen. Der Trend zur professionellen Pflege ist unübersehbar. Insbesondere die Inanspruchnahme der vollstationären Pflege ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen – vor allem von älteren Frauen. Letztlich, weil sie „übrig“ bleiben. So wird es auch Frau Neumann ergehen. Die Pflegeversicherung ist auf all diese neuen Herausforderungen kaum vorbereitet.

	seit 1. Juli 2008	Forderung DIE LINKE Sofortprogramm 2008
Pflegesachleistung		
Stufe I	420 €	553 €
Stufe II	980 €	1.325 €
Stufe III	1.470 €	2.059 €
Stufe III in Härtefällen	1.918 €	2.758 €
Pflegegeld		
Stufe I	215 €	236 €
Stufe II	420 €	472 €
Stufe III	675 €	765 €
Vollstationäre Pflege		
Stufe I	1.023 €	1.484 €
Stufe II	1.279 €	1.839 €
Stufe III	1.470 €	2.059 €
Stufe III in Härtefällen	1.750 €	2.428 €

Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick

DIE LINKE. im Bundestag fordert

- Leistungen der Pflegeversicherung sofort deutlich erhöhen (siehe Tabelle oben) und so auch verhindern, dass mehr Menschen in die Sozialhilfe abrutschen.
- Wertverlust der Pflegeleistungen durch die Inflation in den Jahren 1995 bis 2008 unverzüglich ausgleichen – das sind mindestens 15 Prozent. Sachleistungsbeträge um weitere 25 Prozent erhöhen.
- Leistungen jährlich in Höhe der Bruttolohnentwicklung anpassen.
- Zusätzlichen Leistungsbetrag für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz) auf 6.000 Euro pro Jahr anheben.



*Pflegekräfte
arbeiten bis zur
Erschöpfung*

Die Kinder von Frau Neumann machen sich Sorgen. Was ist, wenn ihre Mutter pflegebedürftig wird? Beate und Stefan sind berufstätig und können nicht über Jahre ihre Mutter pflegen. Die Organisation der Pflege – die Suche nach einem geeigneten Pflegedienst oder Pflegeheim, den notwendigen Schriftverkehr – würden sie gerne für ihre Mutter übernehmen, wenn es so weit ist. Doch auch dies kostet Zeit. Zwar gibt es inzwischen die Möglichkeit, eine sechsmonatige Pflegezeit zu nehmen, aber die ist unbezahlt. Wie sollen Beate und Stefan mit ihren Familien diese Zeit überbrücken?

Teilhabe am Leben muss Ziel der Pflegeabsicherung werden

Noch größere Sorgen bereitet Beate und Stefan folgendes Problem: Wie sollen sie die Leistungen, die für die individuelle Pflege/Assistenz ihrer Mutter nötig sind, finanzieren? Durch ihren Vater wissen sie, dass die Pflegeversicherung nur eine Teilkaskoversicherung ist, also nur einen Zuschuss zahlt. Zudem werden bestimmte Leistungen kaum berücksichtigt: so etwa die Beaufsichtigung und Betreuung eines Menschen mit einer Demenzerkrankung. Hier gibt es zwar seit ein paar Jahren einen „zusätzlichen Leistungsbetrag für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“. Doch die hier vorgesehenen maximal 2.400 Euro im Jahr sind viel zu wenig. Gute und kontinuierliche Unterstützung kann mit 6,57 Euro am Tag nicht gewährleistet werden.

Individuelle Pflege statt Pflege im Minutentakt

Die Neudefinition des Pflegebegriffs ist eine entscheidende Voraussetzung für eine ganzheitliche Pflege und selbstbestimmte Teilhabe. Der derzeitige verrichtungsbezogene Pflegebegriff ist viel zu eng. Pflege bedeutet nicht allein Unterstüt-

zung beim Kämmen, Waschen, Ankleiden und Essen, was dann auch noch einzeln abgerechnet werden muss! Ein von der Bundesregierung im Oktober 2006 eingesetzter Beirat hat Anfang 2009 vorgeschlagen, was Pflege in Zukunft bedeuten soll. Danach soll Pflegebedürftigkeit am Grad der Selbstständigkeit bemessen werden. Das weist in die richtige Richtung. Jetzt ist die Politik am Zug, dies umzusetzen.

Pflegekräfte arbeiten bis zur Erschöpfung

Beate und Stefan wünschen sich, dass ihre Mutter die beste Hilfe bekommt, wenn sie pflegebedürftig werden sollte. Doch der Alltag von professionellen Pflegekräften ist von immer dichter Arbeit, starren Zeitvorgaben und schlechter Bezahlung geprägt. In der vorgegebenen Zeit ist bereits „satt und sauber“ kaum zu schaffen. Für eine kleine Aufmerksamkeit oder ein Gespräch ist kaum Platz. Darunter leiden beide Seiten: Viele Pflegekräfte scheidet deshalb vorzeitig aus ihrem Beruf aus.

DIE LINKE. im Bundestag fordert

- Pflege und Assistenz müssen sich individuell an der Situation des betroffenen Menschen ausrichten. Alte Menschen bedürfen einer anderen Pflege als Kinder. Menschen, die aufgrund von Behinderungen oder chronischen Erkrankungen in ihrer sozialen Teilhabe beeinträchtigt sind, müssen anders unterstützt werden als Menschen, die im Sterben liegen.
- Der Pflegebegriff ist zügig neu zu definieren und ein neues Begutachtungsverfahren einzuführen. Denn Pflege ist mehr als „still, satt, sauber“. Pflege und Assistenz müssen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen.
- Das starre Pflegestufenmodell ist zu überwinden.
- Für einen Paradigmenwechsel hin zu einer Pflege/Assistenz, die Teilhabe ermöglicht, kommt es insbesondere darauf an, dass die Leistungen angemessen und ausreichend finanziert werden. Das Leistungsniveau der Pflegeversicherung ist daher deutlich anzuheben. Perspektivisch sollen sich die Leistungen der Pflegeabsicherung am individuellen Bedarf orientieren.
- Pflegenden Angehörige müssen stärker unterstützt werden. Dazu fordern wir eine sechswöchige bezahlte Pflegezeit für Erwerbstätige. Bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit sollen Angehörige oder nahestehende Personen die Pflege organisieren können.
- Die professionelle Pflege muss gestärkt werden. Erforderlich sind mehr gut ausgebildete Pflegekräfte, deren Arbeit besser entlohnt wird. Es ist eine qualitätsbezogene Personalbemessung einzuführen, die auf dem tatsächlichen individuellen Pflegebedarf beruht. Dazu ist ein bundesweit einheitliches und verbindliches Personalbemessungsinstrument zu entwickeln.
- Die solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung ist auch in der Pflege einzuführen, damit die notwendigen Leistungsausweitungen solide und gerecht finanziert werden können.

Unsere Lösung – solidarisch und bürgerversichert

Eine neue soziale Idee für Gesundheit und Pflege

DIE LINKE setzt sich für ein solidarisches und soziales Gesundheitssystem ein, das allen Menschen eine umfassende Versorgung bietet. Die Patientinnen und Patienten müssen im Zentrum aller Anstrengungen stehen. Doch unübersehbar findet im Gesundheitssystem ein Paradigmenwechsel statt. Aus einem Zweig der Sozialversicherung wird mehr und mehr ein Wirtschaftszweig, der dem Wettbewerbskalkül unterworfen ist. Das wollen wir nicht länger hinnehmen. Jeder Mensch hat dasselbe Recht auf medizinische Versorgung. Deshalb ist das Gesundheitssystem von den Regeln des Marktes zu befreien und öffentlich zu regulieren. Gesundheit ist keine Ware.

Gesundheitsversorgung für alle

Das Gesundheitssystem muss den Menschen dienen und dafür sämtliche medizinisch erforderlichen Leistungen bereitstellen. Unabhängig von Alter, Geschlecht, Wohnort oder Einkommen soll die Gesundheit aller gefördert, sollen Gesundheitsrisiken bekämpft und Krankheiten geheilt werden. Gesundheit für alle – das heißt nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation die Förderung körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Gesundheit ist demzufolge weit mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit.

Gesundheitsförderung und Prävention stärken

Das Gesundheitssystem der Zukunft muss deshalb ein präventives Gesundheitssystem sein. Die Gesundheitsförderung muss an der Spitze dieses umgestalteten Gesundheitssystems stehen. Hierfür brauchen wir endlich ein Präventionsgesetz, das die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen ins Zentrum rückt. Moderne Gesundheitsförderung und Prävention setzen vor Ort, in den Lebenswelten der Menschen an.

Patientinnen und Patienten dürfen nicht die Verlierer werden

Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung muss unabhängig davon sein, wie oder wo ein Mensch krankenversichert ist. Barrieren bei der Inanspruchnahme der Leistungen wie Zuzahlungen, Praxisgebühr oder Krankenhausbeteiligung müssen abgeschafft werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass Menschen mit geringem Einkommen nicht von der Versorgung ausgeschlossen werden. Zudem dürfen gesetzlich und privat Versicherte nicht ungleich behandelt werden.

Wohnortnahe Versorgung gewährleisten

Alle Menschen sollen in ihrer Nähe ambulante und stationäre medizinische und pflegerische Versorgung erhalten können. Hierfür soll die Trennung von ambulanten und stationären Einrichtungen des Gesundheitssystems schrittweise überwunden werden. Die vorhandenen Finanzmittel der ambulanten Einrichtungen, der Krankenhäuser, der Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sind zu vernetzen.

Eine zukunftsfähige Krankenhausversorgung muss öffentlich organisiert und bedarfsgerecht finanziert werden. Länder und Kommunen müssen weiterhin eine flächendeckende stationäre Versorgung sichern und für Neuanschaffungen, An- und Umbauten sowie Modernisierungen die Mittel bereitstellen.

Gesundheits- und Pflegeberufe müssen an Attraktivität gewinnen und es muss eine gute Nachwuchsgewinnung stattfinden. Eine bessere gesellschaftliche und finanzielle Anerkennung der Gesundheits- und Pflegeberufe ist überfällig.

Das Gesundheitssystem demokratischer gestalten und die Beteiligung der Betroffenen stärken

Für ein demokratisches Gesundheitssystem sind die Mitbestimmungs- und Entscheidungsrechte aller Beteiligten auszubauen – also insbesondere der Patientenorganisationen und Selbsthilfe, der Ärzteschaft, der Krankenhäuser, der Kassen und der Krankenversicherten. Auf der Grundlage einer regionalen Gesundheitsberichterstattung sollen in regionalen Gesundheitskonferenzen Gesundheitsziele vereinbart werden. Zur Umsetzung dieser Ziele wird ein eigenes Finanzbudget zur Verfügung gestellt.

Pflege an Teilhabe und Bedarf ausrichten

Die Pflegeabsicherung soll ermöglichen, dass pflegebedürftige Menschen weiter am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Sie muss sich am individuellen Bedarf dieser Menschen orientieren. Die Neudefinition des Pflegebegriffs ist dafür eine entscheidende Voraussetzung. Die Leistungen der Pflegeversicherung müssen angemessen und ausreichend finanziert werden.

Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung einführen

DIE LINKE fordert die Einführung einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung, um eine gerechte und solide Finanzierung der Gesundheits- und Pflegeabsicherung zu gewährleisten. Derzeit müssen nur auf Arbeitseinkommen und Renten Beiträge gezahlt werden. Diese Einkommen sinken im Verhältnis zu Kapital- und Vermögenseinkünften. Deshalb müssen diese bei der Finanzierung mit herangezogen werden. Zukünftig muss die Beitragsbemessungsgrenze abgeschafft werden. Wenn alle Bürger und Bürgerinnen nur 10 Prozent ihres gesamten Einkommens in die solidarische und soziale Bürgerinnen- und Bürgerversicherung einzahlen, können damit alle notwendigen Leistungen finanziert werden. Ein Krankenkassenbeitrag von 14,9 Prozent wie derzeit ist dann nicht mehr nötig.

DIE LINKE. im Bundestag fordert

- Alle Menschen, die in Deutschland leben, werden Mitglied der solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung. Auch Politikerinnen und Politiker, Selbstständige, Richterinnen und Richter, Beamte und andere bisher privat Versicherte werden einbezogen.
- Die solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung garantiert für alle Menschen eine umfassende Gesundheitsversorgung. Sämtliche erforderlichen Leistungen werden zur Verfügung gestellt und auch der medizinische Fortschritt wird einbezogen.
- Alle zahlen 10 Prozent des Einkommens. Bei Einkommen aus Löhnen und Gehältern zahlt der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge. Damit können alle notwendigen Leistungen finanziert und zugleich die Praxisgebühr und Zuzahlungen abgeschafft werden.
- Der Krankenkassenbeitrag richtet sich nach der individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit. Das heißt, alle Einkommen aus allen Einkommensarten wie Kapital-, Miet- und Pachterträgen werden bei der Bemessung des Beitrags zugrunde gelegt.
- Wer reich ist, zahlt prozentual genauso viel. Die Beitragsbemessungsgrenze wird stufenweise angehoben und perspektivisch abgeschafft, damit die Solidarität nicht weiter bei einem Einkommen von derzeit 3.675 Euro haltmacht.
- Jeder Mensch erhält einen eigenständigen Krankenversicherungsanspruch, damit niemand mehr zwangsweise abhängig von anderen ist.
- Die Parität ist wiederherzustellen, indem die Arbeitgeber die Hälfte der Krankenversicherungsbeiträge ihrer Beschäftigten tragen.
- Die private Krankenversicherung wird auf Zusatzversicherungen beschränkt. Das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenvollversicherung in Deutschland ist Unsinn.

Nur DIE LINKE denkt die solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung konsequent zu Ende. Auch SPD und Grüne wollen eine solche Versicherung einführen. Aber in wichtigen Punkten gehen sie die notwendigen Schritte nicht mit. Die SPD will an der Beitragsbemessungsgrenze festhalten, SPD und Grüne wollen ein Nebeneinander von gesetzlicher und privater Versicherung. Die Grünen wollen die unterschiedlichen Beitragssätze wieder einführen. Und schließlich ist DIE LINKE im Bundestag allein mit den Forderungen, die Zuzahlungen abzuschaffen und die Arbeitgeber wieder zur Hälfte an den Kosten zu beteiligen:

Merkmal der Bürgerversicherung	DIE LINKE	SPD	Grüne
Ausweitung des Versichertenkreises	Ja	Ja	Ja
Einheitlicher Beitrag	Ja	Ja	Nein
Zuzahlungsbefreiung	Ja	Nein	?
Einbeziehung weiterer Einkommensarten wie Kapitalerträge oder Zinsen	Ja	Ja	Ja
Beitragsbemessungsgrenze an- bzw. aufheben	Ja	Nein	Ja
Wer 5-mal so viel verdient zahlt auch 5-mal so viel Beiträge	Ja	Nein	Ja
Abschaffung der Privaten Krankenversicherung als Vollversicherung	Ja	Nein	Nein
Paritätische Finanzierung	Ja	Nein	Nein

**Bürgerversicherung:
Solidarisch und sozial gerecht ist nur das Modell der LINKEN**

Die CDU/CSU verfolgen im Grunde ihr Kopfpauschalmodell weiter. Das bedeutet, dass ein Spitzenverdiener mit 10.000 Euro Monatseinkommen pauschal 180 Euro Krankenversicherungsbeitrag im Monat zahlen müsste, eine Reinigungskraft mit 800 Euro Monatseinkommen müsste ebenfalls 180 Euro pauschal zahlen. Das hat mit sozialer Gerechtigkeit und Solidarität nichts mehr zu tun. Die FDP will die gesetzliche Krankenkasse abschaffen und alles privaten Versicherungen übertragen. Das wäre das Ende der Solidarität.

Übersicht: Zentrale gesundheits- und pflegepolitische Initiativen der Fraktion DIE LINKE. im Bundestag

25.1.2006 – GESETZENTWURF „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“
(Praxisgebühr abschaffen) (Bundestagsdrucksache 16/451)

5.9.2006 – ANTRAG „Heroinmodell in die Regelversorgung überführen und Therapiefreiheit der Ärztinnen und Ärzte schützen“
(Bundestagsdrucksache 16/2503)

25.10.2006 – ANTRAG „Dem Gesundheitswesen eine stabile Finanzgrundlage geben“ (Bundestagsdrucksache 16/3096)

1.2.2007 – Entschliessungsantrag „zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)“ (Bundestagsdrucksache 16/4221)

6.7.2007 – ANTRAG „Wiedereinführung der vollständigen Zuzahlungsbefreiungen für Versicherte mit geringem Einkommen im Wege der Härtefallregelung“
(Bundestagsdrucksache 16/6033)

12.12.2007 – ANTRAG „Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgaben stärken – Gesellschaftliche Teilhabe für alle ermöglichen“
(Bundestagsdrucksache 16/7471)

12.12.2007 – ANTRAG „Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung“
(Bundestagsdrucksache 16/7472)

5.3.2008 – ANTRAG „Aktuelle Finanznot der Krankenhäuser beenden“
(Bundestagsdrucksache 16/8375)

12.3.2008 – ENTSCHEIDUNGSANTRAG „Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – Pflegeweiterentwicklungsgesetz“
(Bundestagsdrucksache 16/8527)

25.6.2008 – ANTRAG „Für eine qualitätsgesicherte und flächendeckende Arzneimittelversorgung – Versandhandel auf rezeptfreie Arzneimittel begrenzen“
(Bundestagsdrucksache 16/9754)

25.6.2008 – ANTRAG

„Cannabis zur medizinischen Behandlung freigeben“
(Bundestagsdrucksache 16/9749)

24.9.2008 – ANTRAG „Das Gesundheitssystem nachhaltig und paritätisch finanzieren – Gesundheitsfonds, Zusatzbeiträge und Teilkaskotarife stoppen“
(Bundestagsdrucksache 16/10318)

24.11.2008 – Änderungsantrag „Zum Bundeshaushaltsgesetz 2009 (Prävention und Gesundheitsförderung)“, hier: Einzelplan 15. Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (Bundestagsdrucksache 16/11036)

24.11.2008 – Änderungsantrag „zum Bundeshaushaltsgesetz 2009 (Krankenhäuser)“, hier: Einzelplan 15. Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (Bundestagsdrucksache 16/11035)

17.12.2008 – ENTSCHEIDUNGSANTRAG „zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009“ (Bundestagsdrucksache 16/11435)

21.1.2009 – ANTRAG „Krankenhausinfektionen vermeiden – Multiresistente Problemkeime wirksam bekämpfen“ (Bundestagsdrucksache 16/11660)

21.1.2009 – ANTRAG „Kürzungen bei künstlicher Befruchtung zurücknehmen“
(Bundestagsdrucksache 16/11663)

21.1.2009 – ANTRAG „Entschädigungsregelung für durch Blutprodukte mit HCV infizierte Bluter schaffen“ (Bundestagsdrucksache 16/11685)

11.2.2009 – Änderungsantrag „zu der zweiten Beratung des Gesetzentwurfs der Fraktionen der CDU/CSU und SPD: Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland“ (Forderung nach Abschaffung des Sonderbeitrags von 0,9 Prozent) (Bundestagsdrucksache 16/11927)

18.3.2009 – ANTRAG „Öffentlich finanzierte Pharmainnovationen zur wirksamen Bekämpfung von vernachlässigten Krankheiten in den Entwicklungsländern einsetzen“ (Bundestagsdrucksache 16/12291)

22.4.2009 – ANTRAG „Finanzielle Überforderung Selbstständiger vermeiden“
(Bundestagsdrucksache 16/12734)

5.5.2009 – ANTRAG „Für eine solidarische Gesundheits- und Pflegeabsicherung“
(Bundestagsdrucksache 16/12846)

www.linksfraktion.de