

Gesundheit für Alle

Solidarität und soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen

Gliederung

Sozial und solidarisch	Seite 2
Die Probleme	Seite 2
<u>Unsere Lösungen:</u>	Seite 7
1. Eine solidarische Kranken- und Pflegeversicherung	Seite 8
2. Neue Verantwortlichkeiten	Seite 10
3. Beteiligung und Information	Seite 12
4. Medizin und Pflege, Prävention und Rehabilitation	Seite 13
Schlusswort	Seite 16

Sozial und solidarisch

Die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), in der knapp 90 % der Bevölkerung versichert sind, reichen seit Jahren nicht mehr aus. Zugleich werden wichtige strukturelle Probleme im Interesse einer Kostenreduzierung im Gesundheitswesen nicht gelöst, so dass die GKV an den Rand der Finanzierbarkeit ihrer Ausgaben geraten ist. Die verschiedenen Kostendämpfungsgesetze der letzten 20 Jahre haben diese Entwicklung nicht gestoppt sondern verschärft. Sie haben fast ausschließlich die Versicherten belastet und Geld umverteilt. Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG), 2004 als Jahrhundertreform beschlossen, hielt nicht mal zwei Jahre. Erneut sind Eckpunkte im Gespräch, die nicht zu einer besseren Gesundheitsversorgung, sondern zu weiteren Belastungen für die Versicherten und weiteren Leistungseinschränkungen führen werden.

Dabei hat Deutschland eine gute Tradition der gesetzlichen, solidarisch finanzierten Krankenversicherung und ein entwicklungsfähiges Gesundheitswesen. Wir wollen es erneuern und verbessern. Für die LINKE gibt es keine Alternative zur solidarischen und paritätischen Finanzierung der Gesundheitsausgaben. Solidarität bedeutet soziale Absicherung im Krankheitsfall und Finanzierung professioneller Hilfe durch die Solidargemeinschaft. Krankenversicherte erhalten alle medizinischen Leistungen, die sie benötigen, unabhängig von ihrer sozialen Herkunft, ihrem Einkommen oder ihrem Alter. Alle Einwohnerinnen und Einwohner tragen entsprechend ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung bei.

Umfragen belegen, dass 80 Prozent der Bevölkerung die Prinzipien der solidarischen Krankenversicherung schätzen – den Ausgleich zwischen Arm und Reich, zwischen Gesund und Krank.

Die Probleme

Obwohl der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt seit Mitte der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts bei 6 bis 6,5 % relativ konstant liegt, wird immer wieder der Mythos einer so genannten Kostenexplosion in Verbindung mit einem angeblich überzogenem Anspruchsdenken der Versicherten als Vorwand für erneute einseitige Belastungen der GKV-Mitglieder benutzt.

Es gibt Probleme im Gesundheitswesen, aber die liegen an der unzureichenden Finanzausstattung und in der immer stärkeren Wettbewerbsorientierung und damit einhergehendem Profitdenken:

- Die Finanzierung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung durch Beiträge auf Erwerbseinkommen belastet bei sinkender Lohnquote, zunehmender Erwerbslosigkeit und prekären Beschäftigungsverhältnisse die Erwerbstätigen.
- Die Entlastung öffentlicher Haushalte zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. die Absenkung der Beiträge für Erwerbslose, Beiträge zur RV/ArbIV aus Krankengeld, etc.) führte zwischen 1995 und 2005 zu einem finanziellen Aderlass in Höhe von 39,7 Mrd. €. Im Jahr 2004 belasteten die Verschiebepflichter (z.B. niedrige Beiträge für Erwerbslose, etc.) die gesetzlichen Krankenkassen mit 4,6 Mrd. €
- Mit der Einführung des Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, zwischen großen Versorgerkassen und virtuellen Betriebskrankenkassen mit niedrigen Beiträgen wurde dem System durch den Wechsel von Versicherten in „Billigkassen“ (mehr als 5 Millionen Versicherte wechselten seit 1996 zu den Betriebskrankenkassen) massiv Geld entzogen.
- Ein immer größerer Teil der Bevölkerung ist von den Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ausgeschlossen.
- Gut Verdienende schließen sich selbst aus, versichern sich privat und verstärken so die finanzielle Schieflage der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.
- Die Pflegeversicherung ist so konstruiert, dass öffentliche und private Pflegeversicherungen konkurrieren. Die gesetzliche Pflegeversicherung hat aufgrund der unterschiedlichen Versichertenstruktur wesentlich höhere Kosten zu tragen als die privaten, während ihre Einnahmen wesentlich niedriger sind.
- Die so genannten Reformen der letzten Jahre schwächten die GKV und höhlten das solidarische Grundprinzip aus, indem sie die Versicherten mit zusätzlichen Eigenleistungen und Leistungsausgrenzungen belasteten.
- Die Pflegeversicherung war von Anfang an als Teilkaskoversicherung konzipiert. Zusätzlich wurden die

Leistungen seit ihrer Begründung im Jahr 1994 nicht angepasst.

- Qualitätsmängel in der Pflege sind überwiegend auf Finanzierungsmängel bei der Pflegeversicherung und anderer Kostenträger zurückzuführen.
- Ökonomische Anreize bzw. der Wettbewerb als Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen und in der Pflege führen zu unproduktiver Mengenausweitung medizinischer Interventionen auf der einen Seite und zu Leistungsausgrenzungen auf der anderen Seite.
- Die doppelte Facharztstruktur verursacht zusätzliche Kosten.
- Die Ergebnisse des Gesundheitswesens lassen zu wünschen übrig; es gibt Bereiche der Über-, Unter-, und Fehlversorgung.
- Die Pharmaindustrie profitiert in steigendem und nicht zu rechtfertigendem Maße davon. Die Arzneimittelversorgung ist im Vergleich zu anderen europäischen Ländern zu teuer.
- In der Pflege liegt die Hauptlast auf den meist weiblichen pflegenden Angehörigen, die dafür ungenügend entschädigt werden. Professionelle Pflegekräfte werden unter dem Druck der großen Koalition, der Länder und Gemeinden sowie der Pflegekassen zunehmend in unterbezahlte und ungeschützte Arbeitsverhältnisse gezwungen.
- In weiten Teilen des Gesundheitswesens und der Pflege fehlen Qualitätsstandards bzw. vorhandene werden nicht eingehalten.
- Die Versicherten haben kaum Einflussmöglichkeiten. Sie sind der Übermacht derjenigen, die das System organisieren, und derjenigen, die am System verdienen, ausgeliefert.

Die aktuellen Reformvorstellungen der Regierung verstärken die Wettbewerbselemente in der Krankenversicherung analog zur Pflegeversicherung und verhindern zunehmend Investitionen der öffentlichen Hand in die Gesundheit der Bevölkerung. Privatisierungen sowohl der gesetzlichen Krankenkassen als auch weiterer Krankenhäuser wird der Weg bereitet.

In der Öffentlichkeit bzw. den Medien werden nicht die Interessen der Versicherten, der Kranken und Hilfsbedürftigen in den Mittelpunkt gestellt, sondern ganz im Gegenteil: Üppig finanzierte Denkfabriken fördern die Propaganda zu Gunsten der Konzerne, Kapitaleigner und besser Verdienenden und zu Ungunsten der abhängig Beschäftigten und gering Verdienenden. Mit der ständigen Wiederholung von einer

Kostenexplosion soll das solidarisch finanzierte Gesundheitswesen zerstört werden.

Eine andere Unwahrheit betrifft den angeblich notwendigen Umbau zu kapital gedeckten Versicherungen. Es wird suggeriert, dass Vorsorge und Deckung sozialer Risiken durch Ansparen von Geld besser erfolgen könnte als durch die Umlagefinanzierung Bismarckscher Art. Ein Beweis dafür steht aus. Im Gegenteil ist zu beobachten, dass in Ländern mit kapital gedeckten Systemen Gesundheitsleistungen von immer weniger Menschen ausreichend genutzt werden können, da in diesen Ländern das Gesundheitssystem überteuert ist. Die Pflegeversicherung, die als Teilkasko-Versicherung konzipiert wurde, verstärkt schon heute im Alter die soziale Ungleichheit: Nur, wer Vermögen hat, kann sich die individuell sinnvolle Pflege leisten. Alle anderen müssen sich mit unzureichender oder schlechter Pflege zufriedengeben. Der Pflegemarkt wird zu einem lukrativen Markt für private Pflegeheime und Pflegedienste.

Die Verhaltensweisen einzelner Institutionen oder Organisationen im Gesundheitssystem stehen im Widerspruch zur Gesamtaufgabe. Statt auf gemeinsame Leistung für die Gesundheit aller oder für eine menschenwürdige Pflege blickt man auf den materiellen Profit. Gesamtnutzen im Gesundheitswesen und lukratives Verhalten

- für ein Krankenhaus oder eine Arztpraxis,
- einen Arzneimittelhersteller oder ein Pflegeheim,
- eine Krankenkasse oder einen Sozialhilfeträger

stimmen nicht mehr überein. Kostendämpfung mündet in einen Streit um Kostenverantwortung. Die verschiedenen Interessengruppen versuchen jeweils ihre eigenen Gewinninteressen auf Kosten der Solidargemeinschaft zu verteidigen.

Neben diesen dem Wettbewerb geschuldeten Systemfehlern gilt es, die Veränderungen im Krankheitsgeschehen und in den Lebenslagen der Hilfsbedürftigen zu beachten. Das Gesundheitswesen hat dieser Entwicklung nur ungenügend Rechnung getragen.

Die schwerwiegenden Erkrankungen in der heutigen Gesellschaft haben bei aller Verschiedenheit drei Gemeinsamkeiten:

- Sie sind zumeist nicht heilbar und erfordern deshalb in der Regel lebenslange Begleitung und Betreuung,
- sie können durch moderne Methoden der Prävention in erheblichem Umfang verhütet werden und

- sie treten bei sozial benachteiligten Menschen wesentlich häufiger auf als bei besser gestellten.

Chronischen Krankheiten wie Diabetes, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen nehmen zu. Solche Erkrankungen verursachen über drei Viertel der Krankheitstage und Sterbefälle. 80 % der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung werden für 20 % der Versicherten mit chronischen Leiden benötigt. Die Hälfte der Lebenszeitkosten für die einzelnen Versicherten fallen unabhängig vom Alter in den letzten zwölf Lebensmonaten an.

Überdurchschnittlich viele chronisch Kranke gehören den unteren Einkommensschichten an. Vor allem körperlich belastende Tätigkeiten auf dem Bau, im Fernverkehr, in der Pflege, in Restaurants führen zu gesundheitlichen Einschränkungen. Krankenschwestern, Sozialarbeiter, Telefonistinnen oder auch Hilfsarbeiterinnen fehlen vergleichsweise häufig wegen seelischer Störungen. Frauen werden häufig falsch behandelt. Erwerbslose tragen bei fast allen Diagnosen das höchste Erkrankungsrisiko. Das am wenigsten gebildete und ärmste Fünftel der Bevölkerung in Deutschland trägt generell ein doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken oder vorzeitig zu sterben, wie die obersten 20 Prozent. Die untersten Schichten haben die verschleißendsten Jobs und die Kürzungen bei Rente, Arbeitslosigkeit und Krankenversicherung verschärfen diese Ungleichheit noch: Armut und Erwerbslosigkeit machen krank und zusätzliche Belastungen wie Praxisgebühr, Eigenanteil im Krankenhaus und bei Medikamenten sowie Zahnersatz sind für diese Menschen unbezahlbar.

Menschen mit einem Monatseinkommen über 4.500 Euro leben im Durchschnitt nicht nur fünf bis sieben Jahre mehr gesund und ohne Behinderung, sondern sie leben auch noch einmal fünf bis sieben Jahre länger als die Menschen aus den unteren Etagen der sozialen Pyramide. Die Ungleichheit der Gesundheitschancen ist kein Problem von irgendwelchen Randgruppen, sondern zieht sich durch die gesamte soziale Stufenleiter. Die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen ist deshalb eine zentrale Herausforderung der Gesundheitspolitik.

Unsere Lösungen

Das Ziel einer Gesundheitspolitik der neuen LINKEN ist die Entwicklung von Lebensbedingungen und Lebensverhältnissen, die krankheitsbedingte Einschränkungen der Lebensqualität und das vorzeitige Sterben von Menschen verhindern und Allen die Chance eröffnen,

- gesund auf die Welt zu kommen,
- darin möglichst lange und gut zu leben und
- mit Würde zu sterben.

Um dieses Ziel zu verwirklichen treten wir politisch dafür ein,

- krankmachende Belastungen für die Einzelnen und für alle Bevölkerungsgruppen zu mindern,
- das Versorgungssystem zu erneuern,
- gute Behandlungsmethoden bereitzustellen und
- gesundheitsdienliche Ressourcen zu fördern.

Die neuen LINKEN stehen für ein erneuertes Gesundheitssystem in sozialer Verantwortung mit vier zentralen Ordnungsmustern:

- 1) einheitliche und solidarische Kranken- und Pflegeversicherung für alle, von allen Einwohnerinnen und Einwohnern finanziert,
- 2) Neuordnung der Verantwortlichkeiten und ein neues Strukturprinzip im Alltag der Gesundheitsversorgung und der Pflege,
- 3) Stärkung der Rechte von Versicherten, Patientinnen und Patienten,
- 4) Medizin und Pflege, Prävention und Rehabilitation mit dem Ziel der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

1) Eine solidarische Kranken- und Pflegeversicherung für alle für alles

Gesundheit ist keine Ware. Statt Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ist die Schaffung einer Solidarkasse für Alle für Alles mit regionaler Abbildung sinnvoll.

Die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens durch Einführung des Wettbewerbs sowohl zwischen Krankenkassen als auch zwischen Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern wird von LINKEN abgelehnt. Statt Marketing- und Wettbewerbskosten im Kampf um Versicherte und Marktanteile aufzubringen und ohne komplizierten und aufwendigen Risikostrukturausgleich kommen so alle Einnahmen den Versicherten zu Gute.

Eine solidarische Kranken- und Pflegeversicherung für Alle für Alles ist notwendig, um den Verschiebepbahnhof zwischen Kranken- und Pflegeversicherung zu überwinden. Um Zuständigkeitsgerangel zu verringern, müssen auch die medizinischen Leistungen der Rentenversicherung in eine Solidarkasse für Alle und Alles überführt werden.

Das notwendige Finanzvolumen dieser solidarischen Kranken- und Pflegeversicherung bemisst sich ausschließlich aus ihren Aufgaben, die im gesellschaftlichen Konsens bestimmt werden.

Jede Einwohnerin und jeder Einwohner ist Mitglied der solidarischen Kranken- und Pflegeversicherung. Um dieses Ziel zu erreichen, werden die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung in eine Pflichtversicherung für alle Einwohnerinnen und Einwohner umgewandelt. Die bisherige Versicherungspflichtgrenze entfällt. Bisher privat oder nicht Versicherte werden in die solidarische Kranken- und Pflegeversicherung einbezogen. Zeitlich befristete Übergangsregelungen für bisher privat Versicherte werden geschaffen. Private Versicherungen können Zusatzleistungen anbieten.

Alle Einkommensarten werden in die Beitragsbemessung einbezogen. Neben Einkommen aus unselbständiger Arbeit sind dann auch Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb, aus selbständiger Arbeit, aus Kapitalvermögen und aus Vermietung und Verpachtung ebenso wie sonstige Einkommen (z.B. von Beamtinnen und Beamten und von Abgeordneten) heranzuziehen.

Alle Einkommen sind versicherungspflichtig. Alle Einwohnerinnen und Einwohner zahlen ab dem ersten Euro Beiträge gemäß ihrer Leistungsfähigkeit. Alle entrichten den gleichen Prozentsatz ihres Einkommens.

Die solidarische Kranken- und Pflegeversicherung wird zu gleichen Teilen von Versicherten und Arbeitgebern finanziert. Bei der Einbeziehung von Miet- und Zinseinkommen auf Seiten der Versicherten muss es zur Erhaltung der Parität eine zusätzliche Arbeitgeberabgabe geben. Dies kann in Form einer Wertschöpfungsabgabe geschehen.

Es gibt keine obere Grenze der Solidarität, ab der nicht mehr in die Versicherung eingezahlt wird; die heutige Beitragsbemessungsgrenze wird gestrichen. Ihre Aufhebung erfolgt mittels eines Stufenplans. In einem ersten Schritt wird sie auf das Niveau in der gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung angehoben. Bis zur endgültigen Aufhebung dieser Grenze werden Zins- und Mieteinkommen nur oberhalb eines Freibetrages in einer zweiten Einkommenssäule für Beiträge herangezogen.

Es gilt das Individualprinzip. Jede Einwohnerin und jeder Einwohner wird mit der Geburt eigenständiges Mitglied der solidarischen Kranken- und Pflegeversicherung. Niemand wird aus der Solidargemeinschaft ausgeschlossen. Da Beiträge aufgrund der Leistungsfähigkeit erhoben werden, sind Menschen ohne eigene Einkünfte beitragsfrei versichert.

Mit dem Konzept einer solidarischen Kranken- und Pflegeversicherung sind Sonderbeiträge jeglicher Art unvereinbar; die indirekten Beitragserhöhungen der letzten Jahre durch Zusatzbeiträge für Zahnersatz und Krankengeld oder Zuzahlungen für Medikamente, Praxisgebühren, Krankenhausaufenthalte oder Fahrtkosten fallen deshalb weg. Auch Leistungsausgrenzungen z.B. bei nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten sind mit diesem Konzept nicht vereinbar.

Die Verbreiterung der Einnahmehasis wird für die Rücknahme von Leistungsausgrenzungen, Leistungsverbesserungen und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Rahmen gesundheitlicher Bedarfe genutzt. Der Leistungskatalog muss alle medizinisch notwendigen Leistungen umfassen. Er ist um alternative Heilmethoden im Rahmen von therapeutischen Nutzen und

wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie Gesundheitsförderung zu erweitern.

Die Steuerung der Ausgaben für Arzneimittel wird maßgeblich durch eine Positivliste gewährleistet.

2) Neue Verantwortlichkeiten

Wir setzen uns für ein Gesundheitssystem in öffentlicher Verantwortung ein. Bund, Länder und Kommunen müssen die öffentliche Gesundheitsversorgung zusammen mit der Selbstverwaltung der einen Solidarkasse planen, Anforderungen für eine regionale Versorgung definieren und ggf. unterstützen.

Die Selbstverwaltung des Gesundheitssystems muss sich mit den gesundheitspolitischen Erwartungen und Anforderungen der Bevölkerung auseinandersetzen und gesundheitliche Bedarfe abstimmen. Eine regionalisierte Gesundheitsplanung mit spezifischen Gesundheitszielen und Handlungsempfehlungen muss unter Beachtung der jeweiligen Sozialstruktur in der Verantwortung von Kommunen und Ländern Grundlage und Ausgangspunkte einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Infrastruktur sein.

Dazu bedarf es der verbindlichen Einrichtung von regionalen Gesundheitskonferenzen vor Ort, die mit Definitionsrechten in Bezug auf den Bedarf an Versorgung ausgestattet werden müssen. Sie müssen die Bevölkerung in ihrer Breite repräsentieren und die Belange von benachteiligten Bevölkerungsgruppen wie Kindern, Alten, Frauen, Migrantinnen und Migranten maßgeblich berücksichtigen.

Die regionalen Gesundheitskonferenzen sollen verbindliche Versorgungsplanung betreiben und diese in die politischen und Selbstverwaltungs-Gremien einbringen. Die planerische Gesamtverantwortung muss bei den Ländern bleiben, die zusammen mit der einen Solidarkasse für die Sicherstellung einer am Bedarf der Bevölkerung orientierten und ausreichenden Versorgungsstruktur gesetzlich zuständig sind.

Die Qualität wird durch eine koordinierte gesundheitspolitische Berichterstattung des Bundes, der Länder und der kommunalen Gebietskörperschaften kontrolliert.

Die solidarische Kranken- und Pflegeversicherung führt die zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung notwendigen Handlungen in Selbstverwaltung aus.

Die private Krankenversicherung hat im Bereich der notwendigen Versorgung keine Aufgaben mehr. Sie kann sich auf zusätzliche Leistungen konzentrieren. Übergangsregeln dazu müssen geschaffen werden.

Nach dem Vorbild der gesetzlichen Unfallversicherung soll die solidarische Kranken- und Pflegeversicherung eigene Versorgungseinrichtungen betreiben (Arztpraxen, Gesundheitszentren, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Apotheken, Zahnlabors). Die Versicherten bekommen alles aus einer Hand: Vorsorge, Versorgung, Nachsorge werden von der Solidarkasse angeboten. Auch Forschung soll unabhängig von der Pharma- und sonstigen Industrie betrieben werden. Eigene Apotheken können kostengünstig arbeiten.

Dadurch, dass die Kranken- und Pflegeversicherung selbst auf dem Gesundheitsmarkt aktiv wird, ist eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung möglich. Als Nebeneffekt entstehen neue Arbeitsplätze, die zu einer weiteren Stabilisierung der Sozialversicherungen beitragen. Selbstverständlich muss der Übergang in dieses System organisatorisch und finanziell abgedeckt und wissenschaftlich begleitet werden.

3) Beteiligung und unabhängige Information

Bisher ist das Verhältnis der Kranken und Pflegebedürftigen zu ihren Ärztinnen und Ärzten und zu den Pflegenden sowie zu ihrer Kranken- und Pflegekasse von einseitiger Abhängigkeit geprägt. In den Institutionen des Gesundheitswesens haben die Betroffenen zu wenige Mitsprachemöglichkeiten. Als Ungeschulte, Ehrenamtliche oder nicht Gesunde sind die den hauptamtlichen Apparaten der Kassen und Sozialhilfeträger, der Pharma- und Hilfsmittelindustrie, der Krankenhäuser, der Heime und Rehabilitationsträger, der Ärztinnen und Ärzte und auch den Berufsorganisationen des Pflegepersonals nicht gewachsen. Häuslich Pflegende als Interessengruppe sind im Gesundheitswesen nirgendwo repräsentiert, ebenso wenig wie Menschen, die ein freiwilliges soziales Jahr oder Zivildienst im Gesundheits-

oder Pflegebereich leisten.

Die politisch betonte Stärkung von mehr Eigenverantwortung der BürgerInnen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit nährt den berechtigten Verdacht, dass das propagierte Ziel des eigenverantwortlichen Patienten eng verbunden ist mit finanzieller Selbstbeteiligung und Eigenleistung. Ganz schnell wird aus dem Patienten der „Verbraucher“, der nachfragende „Kunde“ auf dem „Gesundheitsmarkt“ und das Arzt-Patienten-Verhältnis wandelt sich in ein Marktverhältnis.

Selbsthilfegruppen geraten leicht in die Abhängigkeit von Pharmaunternehmen, weil ihnen Eigenmittel fehlen, die sie dringend für die unabhängige Recherche, Weitergabe von Informationen und Selbstorganisation ihrer Gruppen benötigen.

Wir brauchen eine starke Interessenvertretung für die Belange der Versicherten, Kranken und Pflegeabhängigen. Ihre kollektiven Rechte müssen ausgebaut werden. Die konkreten Möglichkeiten, diese Rechte auszuüben, müssen durch Bildungsangebote, organisatorische Hilfen, personelle und finanzielle Ressourcen wesentlich stärker unterstützt werden.

Wir brauchen unabhängige Informationen im Gesundheitswesen, wissenschaftlich solide Orientierung und Kenntnis-Vermittlung. Der akademische Wissensstand muss benutzungsfreundlich aufbereitet und allgemein zugänglich sein.

PatientInnenrechte sind Menschenrecht. Der Anspruch auf mehr Selbstbestimmung setzt eine deutliche Verbesserung von Beteiligungs- und Entscheidungsrechten voraus, sowohl in den Verwaltungsräten der Krankenversicherung als auch in den anderen Gremien der Selbstverwaltung. Die Rechtsstellung der Kranken und Pflegebedürftigen bedarf einer deutlichen Stärkung. Die Selbsthilfe muss organisatorisch und finanziell wesentlich besser unterstützt werden.

4) Medizin und Pflege, Stärkung von Prävention und Rehabilitation

Ob Prävention, Krankenversorgung oder Nachsorge, Qualität ist das, was erwünschte Ergebnisse erbringt und unerwünschte Wirkungen vermeidet.

Weniger als die Hälfte aller Herzinfarkt-Patientinnen und Patienten werden nach dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Standards behandelt. Patienten mit Diabetes erhalten trotz zahlreicher Modellprojekte immer noch keine flächendeckende fachspezifische Versorgung angeboten. Bei der Krebsbehandlung haben Patientinnen in 11 von 12 Krebsarten schlechtere Überlebenschancen als in den USA. Die Lebenserwartung liegt in der BRD unter dem Durchschnitt der EU-Länder. Die Sterblichkeit bei Schlaganfall, Diabetes mellitus, Darm- und Brustkrebs liegt im Vergleich mit der EU und den USA jeweils auf den drei schlechtesten Plätzen.

Für Qualitätsmängel gibt es zahlreiche Gründe. Maßgeblich dabei ist die fortschreitende Ökonomisierung des Gesundheitswesens (alles muss sich rechnen). Darüber hinaus führen die abgeschotteten Versorgungsstrukturen zu Brüchen zwischen ambulanter hausärztlicher und ambulanter fachärztlicher Versorgung, zwischen dem ambulanten und stationären Bereich und umgekehrt sowie zwischen Akutmedizin, Pflege und Sozialarbeit. Mangelhafte Koordinierung der einzelnen Ebenen tut ein Übriges. Auch eine ungenügende Aus- und Weiterbildung von Leistungserbringern führt zu Qualitätsmängeln.

a) Regionale Gesundheitsstrukturen

Die Linke unterstützt das Modell einer regionalen integrierten Versorgung auf der Grundlage regionaler Bedarfsplanung. Wir treten ein für die Einrichtung medizinischer Versorgungszentren, Polikliniken und Ambulanzen direkt angesiedelt bei der solidarischen Kranken- und Pflegeversicherung. Ärzte und Ärztinnen müssen evidenzbasierte Leitlinien bei der ambulanten Behandlung anwenden. Alle Akteure im Gesundheitswesen sollen in Zukunft in den Versorgungszentren und Ambulanzen zusammen wirken.

Wir brauchen mehr beratende statt verordnender Medizin.

b) Qualität der stationären Versorgung

Auch Krankenhäuser werden nach unseren Vorstellungen in öffentlicher Trägerschaft oder von der einen Solidarkasse betrieben. Fachärzte sind in den Krankenhäusern angestellt und diese sind für die ambulante und stationäre Behandlung, für die vor- und nachstationäre Betreuung offen.

Auch in den Krankenhäusern sind qualitätsorientierte Behandlungsleitlinien zu entwickeln und anzuwenden.

Es sind regelmäßig auch für Patienten und Patientinnen verständliche Qualitätsberichte zu erstellen, die in die regionalen Gesundheitsberichte einfließen.

c) Arzneimittelversorgung

Ärzte müssen befähigt werden, neben der richtigen Diagnose das passende Arzneimittel unter Beachtung von Alter und Geschlecht auszuwählen. Angesichts eines intransparenten Marktes ist eine Arzneimittelliste als industrieunabhängige Entscheidungs- und Orientierungshilfe unerlässlich. Sie trennt die Spreu vom Weizen, wird von Experten der Medizin und der Wissenschaft entwickelt, regelmäßig aktualisiert und evaluiert.

Auch rezeptfreie Medikamente sind in die Positivliste aufzunehmen und von der Solidarkasse zu bezahlen.

d) Prävention und Gesundheitsförderung

Die Notwendigkeit der Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung ist heute unbestritten. Es sind Strategien zu entwickeln zur Senkung bestehenden gesundheitlichen Belastungen als auch für gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen insbesondere in der Arbeitswelt.

In der Gesundheitspolitik stehen bisher vor allem auf den Einzelnen abhebende verhaltenspräventive Angebote im Vordergrund, während bevölkerungsbezogene Projekte in der Arbeitswelt, der Umwelt und im Wohnumfeld nachrangig blieben. Gerade letztere bieten aber durch die Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten die Chance, besonders gefährdete Angehörige aus sozial benachteiligten Schichten einzubeziehen. Gerade sozial benachteiligte Menschen müssen zur bevorzugten Zielgruppe präventiver gesundheitsfördernder Maßnahmen werden. Sie sind den größten gesundheitlichen Risiken ausgesetzt, früher als andere von chronischen Krankheitsverläufen betroffen und haben eine geringere Lebenserwartung. Das wollen wir ändern.

e) Rehabilitation

Vorsorge, Frühförderung und Rehabilitation sind stärker zu vernetzen, um das Entstehen von Krankheiten und Behinderungen abzuwenden. Dabei stehen zunächst medizinische Leistungen im Vordergrund.

Wichtiger Bestandteil aller Rehabilitationsleistungen ist es, die verbliebenen Kräfte zu stärken und gleichzeitig solche Funktionen und Fähigkeiten zu fördern und zu entwickeln, die die Ausgefallenen ausgleichen und ein möglichst eigenständiges Leben ermöglichen.

f) Pflege als Säule der sozialen Gesundheitsversorgung

Die LINKE will eine Weiterentwicklung der Pflege als ein Zweig der solidarischen Krankenversicherung mit dem Ziel der Absicherung einer ganzheitlichen, zuwendungsorientierten und rehabilitativ ausgerichteten Pflege, Kommunikation, psychosozialen Betreuung und gerontopsychiatrischen Versorgung.

Medizinische Behandlungspflege, Pflege und Betreuung können so aus einer Hand von der solidarischen Krankenversicherung angeboten und finanziert werden.

Schlusswort

Noch nie in der mehr als hundertjährigen Geschichte waren Solidarität und Sachleistungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung so gefährdet wie mit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes und den Eckpunkten der großen Koalition für eine Gesundheitsreform. Dieser Entwicklung stellt sich die LINKE mit ihrem Programm „Gesundheit für Alle“ entgegen. Gesundheit für Alle ist machbar und finanzierbar!