



Krankes System? Gesundheit als Ware

von Kathrin Vogler, MdB

DIE LINKE.
IM BUNDESTAG

Liebe Leserin,
lieber Leser,



Gesundheitspolitik gilt allgemein als schwer durchschaubar. Ärzteorganisationen, gesetzliche Krankenkassen, private Krankenversicherungen, Pharmaunternehmen, Krankenhauskonzerne und eine Vielzahl anderer Lobbygruppen, versuchen die Gesundheitspolitik in ihrem Sinne zu beeinflussen. Die Bürgerinnen und Bürger als Versicherte, als Patientinnen und Patienten, haben da manchmal zu Recht die Sorge, unter die Räder zu kommen.

Aber Gesundheit ist ein Menschenrecht und das darf nicht wirtschaftlichen Interessen geopfert werden.

Das meint jedenfalls DIE LINKE. Patientinnen, Patienten und Beschäftigte im Gesundheitswesen sollen der Maßstab dafür sein, wie wir das Gesundheitswesen ausgestalten.

Dabei geht es immer wieder um die zentrale Frage von sozialer Gerechtigkeit. Warum müssen Arme eher sterben? Warum können sich Besserverdienende privat versichern und damit aus der Solidarität der gesetzlichen Krankenversicherung aussteigen? Warum muss ich als Kassenpatientin so lange auf einen Arzttermin warten? Wem nutzt der Wettbewerb im Gesundheitswesen?

Und warum werden immer mehr Krankenhäuser privatisiert?

Viele Fragen ergeben sich ganz von selbst. Mit dieser Broschüre möchte ich versuchen, Ihnen einige davon aus linker Sicht zu beantworten. Aber es stimmt: Gesundheitspolitik ist ein weites Feld und deswegen bleibt sicher die eine oder andere Frage offen.

Wenn Sie konkret etwas wissen wollen, was hier nicht beantwortet wird, können Sie mich und mein Team jederzeit darauf ansprechen – per Brief, E-Mail, über Facebook oder [abgeordnetenwatch.de](https://www.abgeordnetenwatch.de). Ich bemühe mich, Ihre Fragen so schnell wie möglich zu beantworten oder ihr Anliegen in unsere politische Arbeit einzubeziehen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre
Kathrin Vogler

Wird Gesundheit unbezahlbar?

Diese These ist falsch, auch wenn sie noch so oft wiederholt wird. Der demografische Wandel und der medizinische Fortschritt, so heißt es, sollen unser Gesundheitswesen immer teurer machen. Die Gesundheitsausgaben in Deutschland sind von 214 Milliarden im Jahr 2000 auf 290 Milliarden im Jahr 2010 und 315 Mrd. im Jahr 2013 angestiegen. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) erhöhte sich dabei zunächst von 10,1 auf 11,3 Prozent und lag dann wieder bei 11,2%. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, abgerufen am 29.7.2015)

Aber was bedeuten diese Zahlen? Wenn wir den Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP zugrunde legen, dann sehen wir einen rasanten Aufwärtsschritt im Jahr 2009. Moment mal, da war doch was? Ach ja: Da gab es doch im Jahr 2008 die internationale Banken- und Finanzkrise, die das Bruttoinlandsprodukt 2009 um über 5% sinken ließ, ohne dass die Menschen deswegen mehr oder weniger krank gewesen wären.

Im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt liegen die deutschen Gesundheitsausgaben im Vergleich der OECD-Staaten gemeinsam mit Österreich auf Platz 4, bei den Pro-Kopf-Ausgaben mit 3793 US\$ auf Platz 6 (Zahlen für 2008, http://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitssystem#Internationale_Vergleiche, abgerufen am 29.7.2015).



Wir geben einen erheblichen Teil unseres Wohlstandes für Gesundheitsleistungen aus. Wie in so vielen Bereichen der Gesellschaft können wir aber auch hier feststellen, dass diese Leistungen ungerecht verteilt werden. Auch unser Gesundheitswesen funktioniert als Klassengesellschaft. Wer arm ist, wird häufiger und schwerer krank und stirbt früher.

Die Lebenserwartung männlicher Geringverdiener ist in den letzten zehn Jahren sogar gesunken, wie die Bundesregierung 2012 in ihrer Antwort auf eine Große Anfrage der Linksfraction zugeben musste. (Bundestagsdrucksache 17/7966)

DIE LINKE meint:

Gesundheit ist ein Menschenrecht und keine Ware.

Wir setzen uns dafür ein, dass Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung für alle Menschen unentgeltlich erreichbar sind. Dazu wollen wir die Privatisierung und Kommerzialisierung der letzten Jahrzehnte wieder umkehren, denn Gesundheit ist ein öffentliches Gut.



Wem nützt der Wettbewerb?

CDU, CSU, SPD und Grüne loben den Wettbewerb um Versicherte, Patientinnen und Patienten. Wettbewerb führt aber nicht zu einer besseren Versorgung – im Gegenteil. Der Gesundheitssektor wird als lukrativer Markt angesehen, auf dem private Investoren neue Geschäftsfelder für sich und ihre Aktionäre aufbauen. Patientinnen und Patienten sollen zu Kundinnen und Kunden werden, Gesundheit zu einer Ware.

Auf einem Markt gehen Anbieter dort hin, wo sie mit ihren Waren am meisten Gewinn erzielen können. Gesundheitsversorgung brauchen aber alle Menschen, auch die auf dem Land, auch die in den ärmeren Vierteln der Großstädte, dort wo es sich aus Investorensicht „nicht rechnet“.

Die Versicherten, die Patientinnen und Patienten haben vom Wettbewerb im Gesundheitswesen gar nichts. Der Wettbewerb unter den Krankenkassen treibt allerdings erstaunliche Blüten. So werben die Kassen wie private Versicherungsunternehmen um Junge und Gesunde, die so genannten „guten Risiken“. Chronisch kranken Versicherten wurde auch schon mal per Anruf ein Kassenwechsel nahe gelegt. Damit wird die Solidarität im Gesundheitswesen zerschlagen.

DIE LINKE meint: Markt und Wettbewerb sind nicht die geeigneten Steuerungsinstrumente, wenn es um Leben und Tod geht.

Gesundheitsleistungen sind nicht dort am nötigsten, wo am meisten dafür bezahlt werden kann.

Privatisierung der Krankenhäuser: Auf wessen Kosten?

Auch vom Wettbewerb der Krankenhäuser und der Privatisierung ehemals kommunaler Kliniken profitieren vor allem die Aktionäre, aber kaum die Patientinnen und Patienten und überhaupt nicht die Beschäftigten.

In den vergangenen 20 Jahren (1991-2011) hat sich der Anteil der privaten Klinikkonzerne an den Kliniken in

Deutschland von 14,8% auf 33,2% mehr als verdoppelt. Die Zahl der Kliniken insgesamt ist von 2411 auf 2045 gesunken, die der Krankenhausbetten sank zwischen 2002 und 2011 von 547.000 auf 502.000. Das bedeutet für die Patientinnen und Patienten: Weitere Wege und längere Wartezeiten. Die Gewinnerwartungen der Aktionäre realisieren die Klinikkonzerne durch Rationalisierung und Stellenstreichungen. Das heißt für das Personal: höherer Arbeitsdruck und schlechtere Bedingungen. Das wirkt sich auch auf die Qualität der Versorgung aus. Immer häufiger werden Patientinnen und Patienten nach Operationen aus Krankenhäusern schnell entlassen, obwohl sie zuhause niemanden haben, der sich um sie kümmern kann.

DIE LINKE bekämpft die Bestrebungen zur Kommerzialisierung und Privatisierung im Gesundheitssystem. Jeder Mensch muss in seiner Umgebung medizinische und pflegerische Versorgung vorfinden.



Krankenhäuser und Arztpraxen gehören zur öffentlichen Daseinsvorsorge. Sie müssen in ausreichendem Maße vorgehalten und finanziert werden. Als öffentliche Einrichtungen sollen Krankenhäuser auch demokratisch kontrolliert werden. Private Aktienkonzerne und Kapitalgesellschaften haben nicht die Legitimation, öffentliche Aufgaben wahrzunehmen.

Die Beschäftigten im Gesundheitswesen brauchen vor allem genug Zeit für die Patientinnen und Patienten. In Deutschland betreut ein Beschäftigter im Schnitt 21 Patienten, in Dänemark 10, in Norwegen 9 und in den USA 8. Die Versorgungsqualität ist nicht so gut, wie sie bei angemessener Personalausstattung sein könnte.

Ein weiterer Aspekt, der sich negativ auf die Qualität der Arbeit auswirkt, ist die Zunahme von Leiharbeit in den Krankenhäusern. Zwar bleibt Krankenhäusern aufgrund des Fachkräftemangels oft keine andere Möglichkeit um Engpässe auszugleichen. Doch Leiharbeit ist vor allem ein Mittel zum Lohndumping. Wir sagen: **Leiharbeit am Krankenbett und Pflege im Sekundentakt geht gar nicht!**

DIE LINKE streitet für ein gutes öffentliches Gesundheitssystem, welches den Beschäftigten Wertschätzung in Form von guten Arbeitsbedingungen bei einer guten Bezahlung entgegenbringt. Wir wollen die Krankenhäuser zurück in öffentliches Eigentum holen.

Krankenhäuser müssen auch solide finanziert werden. Unsere Forderung lautet: Bund und Land stellen ausreichend Mittel für eine flächendeckende Infrastruktur bereit. Kran-

kenkassen sollen den Betrieb angemessen sichern. Um den Investitionsstau abzubauen, soll der Bund den Ländern mit einem Investitionsprogramm unter die Arme greifen.

Das System der Fallpauschalen muss verändert werden. Dabei erhält das Krankenhaus für eine bestimmte Behandlung jeweils eine Pauschalvergütung - unabhängig von der Schwere des Falls. Für die Patientinnen und Patienten bedeuten Fallpauschalen frühe Entlassung und häufig erneute Einweisung („Drehtüreffekt“).

Zur Beseitigung des Personalmangels im Krankenhaus genauso wie in Pflegeheimen, der ambulanten Versorgung und der häuslichen Pflege streiten wir für die Einführung einer verbindlichen, bundesweit einheitlichen Personalbemessung. Mehr Personal am Pflegebett - das muss drin sein!

Ist Vorbeugen nicht besser als Heilen?

Gesundheitsförderung und Prävention müssen endlich einen höheren Stellenwert erhalten, damit die Menschen länger gesund bleiben und seltener krank werden. Dafür brauchen wir eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik, die alle Bereiche des Lebens umfasst und im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die Gesundheit prüft.

Das ärmste Zehntel der Bevölkerung hat derzeit eine Lebenserwartung, die etwa zehn Jahre niedriger ist als die des reichsten Zehntels. Das hat sehr viel mit den Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen zu tun. Präventionsprogramme,

die in erster Linie auf die Verhaltensänderung der Menschen zielen, können hier nichts bewirken.

Deswegen fordert DIE LINKE vor allem die Verhältnisse zu ändern. Stress und körperliche Belastung zu reduzieren, eine gesunde Umwelt zu schaffen und dafür zu sorgen, dass alle Menschen auskömmliche Einkommen haben, das wäre ein wichtiger Beitrag zur Lebensqualität und Gesundheit.

MEHR PERSONAL FÜR GESUNDHEIT UND PFLEGE



Was bringt die solidarische Gesundheitsversicherung?

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sichert seit über 100 Jahren in Deutschland das Kostenrisiko einer Erkrankung solidarisch ab. Mit Hilfe der GKV wurde in Deutschland ein qualitativ hochwertiges Gesundheitswesen für viele Menschen aufgebaut. Heute sind ca. 70 Millionen Menschen in der GKV versichert.

Die GKV beruht auf dem Prinzip der Solidarität. Das bedeutet: Reiche zahlen für Arme, Gesunde für Kranke. Der Beitrag steht im Verhältnis zum Einkommen, aber die Leistung richtet sich nach dem persönlichen Bedarf, so dass auch jemand, der nur wenig einzahlt, bei einer schweren Erkrankung Anspruch auf teure Behandlungen hat.

In der Privaten Krankenversicherung hingegen bemessen sich die Beiträge nach dem individuellen Risiko. Das bedeutet: Wer schon älter ist oder Vorerkrankungen hat, zahlt einen höheren Beitrag. Die Absicherung besonders teurer Risiken kostet extra Beitrag oder ist in den Tarifen nicht enthalten. So decken zum Beispiel viele Privatversicherungen nicht das Risiko einer Psychotherapie oder einer Suchterkrankung.

Es gibt heutzutage keine logisch nachvollziehbare Begründung für dieses Zwei-Klassen-System bei der Krankenversicherung. **Deswegen will DIE LINKE eine für alle, eine solidarische Gesundheitsversicherung.**

Voraussetzung für eine gute Versorgung in Gesundheit und Pflege ist eine solidarische Finanzierung.

Und so sieht unser Vorschlag einer solidarischen Gesundheitsversicherung konkret aus:

Alle Menschen in Deutschland werden Mitglied dieser Gesundheits- und Pflegeversicherung. Sämtliche erforderlichen Leistungen werden zur Verfügung gestellt und der medizinische Fortschritt wird einbezogen. Alle entrichten den gleichen Prozentsatz ihres Einkommens als Beitrag. Damit es gerecht zugeht, soll niemand aus der Verantwortung entlassen werden – weder durch Privatversicherungen noch durch Beitragsbemessungsgrenzen, welche die höchsten Einkommen entlasten.

Zuzahlungen und Zusatzbeiträge sind unsozial und unnötig. Sie gehören abgeschafft. Bei Einkommen aus Löhnen und Gehältern soll der Arbeitgeber wieder paritätisch die Hälfte der Beiträge zahlen. Das unsinnige Nebeneinander zweier Versicherungssysteme wird beendet, die private Krankenversicherung wird auf Zusatzleistungen beschränkt.

Wir haben das ausrechnen lassen: Für eine solidarische Gesundheitsversicherung müsste der Krankenversicherungsbeitrag heute bei 10,5 Prozent des Einkommens liegen – fünf Prozentpunkte unter dem heutigen Durchschnittsbeitrag der GKV.

Die meisten Menschen und viele Betriebe würden erheblich sparen, ein Durchschnittsverdiener hätte jährlich etwa 1000 Euro mehr netto in der Tasche und müsste im Krankheitsfall keine Zuzahlungen mehr für Medikamente, Heilmittel oder Krankenhausaufenthalt aus der eigenen Tasche leisten.

Der Trick dabei ist, dass nicht mehr nur die Einkommen aus Erwerbsarbeit und Renten für die Berechnung der Beiträge herangezogen werden, sondern auch alle anderen Einkommen. In den letzten Jahren wurden nämlich der Sozialversicherung erhebliche Mittel entzogen, weil der Anteil der sozialversicherungspflichtigen Einkommen am Volkseinkommen kontinuierlich sinkt, während der Anteil der Einnahmen aus Vermögensverwaltung und selbstständiger Tätigkeit ansteigt. Deswegen wollen wir auch Selbstständige, Unternehmerinnen und Unternehmer, Beamtinnen und Beamte in die solidarische Gesundheitsversicherung einbeziehen.

Die große Koalition belastet die Versicherten

Die Bundesregierung aus SPD, CDU und CSU greift den Versicherten in die Tasche und entlastet die Unternehmen. Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz wurde der Beitragsanteil der Unternehmen auf 7,3% festgeschrieben, der Anteil, den die Beschäftigten selbst zahlen müssen ist aber nach oben offen. Das heißt: alle künftigen Ausgabensteigerungen in der Krankenversicherung werden allein von den Versicherten bezahlt. Und Finanzminister Schäuble hat seine „schwarze Null“ auch durch die Kürzung staatlicher Zuschüsse zum Gesundheitsfonds finanziert. Insgesamt 8,5 Milliarden Euro weniger als vorher werden in den Jahren 2013-2015 aus dem Bundeshaushalt für versicherungsfremde Leistungen an den Fonds der Krankenkassen überwiesen.

DIE LINKE sagt: Das ist Selbstbedienung zu Lasten der Versicherten! Wir fordern echte Parität in der Finanzierung und einen verlässlichen Steuerzuschuss.

Das linke Modell für bezahlbare und umfassende Gesundheitsvorsorge:

Eine für Alle: Jeder Mensch wird Mitglied der solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung.

Alle Einkommensarten einbeziehen: Alle, auch die heute privat Versicherten, zahlen entsprechend ihrem Einkommen aus Löhnen, Honoraren sowie Miet-, Pacht- und Kapitalerträgen in die Bürgerversicherung ein.

Beitragsbemessungsgrenze abschaffen: Der Beitrag richtet sich damit nach der finanziellen Leistungsfähigkeit: Wer wenig hat, zahlt also weniger, wer viel hat, zahlt mehr.

Parität wieder herstellen: Die Arbeitgeber tragen die Hälfte der Beiträge ihrer Beschäftigten auf Löhne und Gehälter.

Private Krankenversicherung abschaffen: Die private Krankenversicherung wird auf Zusatzversicherungen beschränkt. Das in Europa einzigartige Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung wird damit beendet.

Patientinnen und Patienten entlasten: Alle Zuzahlungen, etwa für Arzneimittel, für Krankentransport, Klinikaufenthalte oder Physiotherapie werden abgeschafft. Brillen und Zahnersatz werden wieder vollständig übernommen.

Statt 15,5% Krankenkassenbeitrag nur noch 10,5%
Bei durchschnittlichem Einkommen bedeutet das:
1000 Euro im Jahr netto mehr in der Tasche!
Das ist die solidarische Gesundheitsversicherung der LINKEN.



Wie viele Arzneimittel brauchen wir eigentlich wirklich...?

Arzneimittel können helfen Krankheiten zu bekämpfen. Sie gehören aber auch alljährlich zu den größten Kostentreibern im Gesundheitssystem. In Deutschland sind mehr als 50.000 verschiedene Medikamente auf der Basis von ca. 9.000 Wirkstoffen zugelassen. Die Modellliste unentbehrlicher Arzneimittel der Weltgesundheitsorganisation enthält hingegen etwa 300 Wirkstoffe. Mit diesen können 95% der Krankheiten behandelt werden, für die es medikamentöse Therapien gibt.

Die Pharmaindustrie versorgt uns nicht nur mit einer Reihe lebensnotwendiger Medikamente, sondern, solange dies Profit verspricht, auch mit jeder Menge überflüssiger, irrationaler oder gar schädlicher Mittelchen. Um diese an den Mann oder die Frau zu bringen, übt die Industrie erheblichen Einfluss auf Ärztinnen und Ärzte, Patientinnen und Patienten

aus. So werden zum Beispiel Studien gefälscht, Ärztinnen und Ärzte für die Verschreibung bestimmter Medikamente bezahlt oder Selbsthilfegruppen beeinflusst, um für neue und besonders teure Medikamente Werbung zu machen. Eine besonders gewissenlose Methode der Absatzförderung ist das so genannte „disease mongering“ – das Erfinden neuer Krankheitsbilder, die gleichzeitig mit neuen Medikamenten mit Hilfe von PR-Agenturen beworben werden.

... und müssen sie so teuer sein?

Die gesetzlichen Krankenkassen gaben im Jahr 2014 31,4 Milliarden Euro für Arzneimittel aus. Die Patientinnen und Patienten werden durch hohe Zuzahlungen belastet – viele auch überlastet. Die meisten nicht verschreibungspflichtigen Präparate müssen zudem komplett aus eigener Tasche bezahlt werden, selbst wenn sie ärztlich verordnet werden. All dies haben übrigens SPD und Grüne 2004 beschlossen.

Über sechs Milliarden Euro an Mehrwertsteuer erwirtschaftet der Fiskus jährlich über die Apotheken. Außer Dänemark und Bulgarien erheben alle Länder in Europa für erstattungsfähige Medikamente eine niedrigere oder gar keine Mehrwertsteuer.

Trotz immer neuer Versuche die Arzneimittelausgaben zu bremsen, wurden bisher noch keine durchschlagenden Erfolge erzielt. Die bestehenden Bestimmungen sind kleinteilig, in der Praxis für Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker kaum zu durchschauen und vor allem nicht ausreichend in ihrer Wirkung. Die letzte Arzneimittelreform von 2010 blieb auf halbem

Wege stecken. Die Bundesregierung hat den Pharmakonzernen zu viele Zugeständnisse gemacht, als dass sich tatsächlich langfristig die gewünschten Effekte einstellen könnten.

DIE LINKE will, dass alle Patientinnen und Patienten mit sicheren und wirksamen Arzneimitteln nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft versorgt werden – unabhängig von ihrem Einkommen und ihrer Erkrankung. Unnötig häufige Wechsel der Präparate sollen vermieden werden. Rabattverträge zwischen Hersteller und Krankenkasse lehnt die Fraktion DIE LINKE ab. Sie sind intransparent, fördern die Konzentration und Oligopolbildung in der Pharmaindustrie und haben vor allem negative Auswirkungen auf die Therapietreue der Patientinnen und Patienten. Die Gefahr von Gesundheitsschäden aufgrund einer falschen Einnahme kann durch keinen Rabatt für die Kassen aufgewogen werden. Im Gegenteil: Fehlversorgung führt auch wieder zu neuen Behandlungskosten.

Jedes Arzneimittel soll nur so viel kosten, wie es den Patientinnen und Patienten auch wirklich hilft. Um dies zu erreichen, brauchen wir eine zentrale Preisfestlegung für alle, auch für neu zugelassene Medikamente, die den patientenbezogenen Nutzen in die Preisfindung einbezieht. Scheinnovationen lohnen sich damit nicht mehr, es werden Anreize für wirkliche medizinische Fortschritte gesetzt. Eine Positivistin soll sicherstellen, dass der Arzt bzw. die Ärztin nur Präparate verordnet, die nach dem aktuellen Stand des Wissens sinnvoll sind. Zusätzlich wollen wir die Mehrwertsteuer für apothekenpflichtige Arzneimittel von derzeit 19 Prozent auf sieben Prozent reduzieren.

Damit könnten die Krankenkassen um beinahe drei Milliarden Euro entlastet werden.

Auch Medizinprodukte wie Herzkatheter oder künstliche Hüftgelenke müssen besser und sicherer werden.

Dazu fordert DIE LINKE für Medizinprodukte, die in den Körper eingebracht werden, eine Nutzenbewertung wie für Arzneimittel und eine zentrale europäische Zulassungsstelle. Um Patientinnen und Patienten vor schadhaften Medizinprodukten zu schützen, müssen zudem die Kontrollmöglichkeiten verbessert werden. Mehr Sicherheit brächte auch ein Medizinprodukteregister, mit dem der Weg eines jeden Implantats von der Fabrik bis zum Patienten nachverfolgt werden kann.



DIE LINKE will den Einfluss der Pharmaindustrie auf allen Ebenen zurückdrängen. Arzneimittelwerbung vermittelt ein einseitiges Bild und verschweigt die Risiken, die mit Arzneimitteln einhergehen. Das beeinflusst nicht nur Patientinnen und Patienten, sondern auch Ärztinnen und Ärzte. Wir fordern ein weitgehendes Werbeverbot für Arzneimittel. Ärztinnen und Ärzte dürfen von der Industrie nicht für das Verordnen bestimmter Arzneimittel belohnt werden. Deswegen wollen wir auch die Bestechung freiberuflich praktizierender Medizinerinnen und Mediziner künftig unter

Strafe stellen, um das Einkaufen von Ärzten durch die Pharma- und Medizintechnikindustrie zu verhindern. Jede Patientin, jeder Patient soll sicher sein, dass Herr oder Frau Doktor etwas verschreiben, weil sie es für wirksam und sicher halten - nicht weil sie dafür einen Extra-Bonus bekommen.

Ein öffentliches Studienregister für Arzneimittelstudien soll gewährleisten, dass negative Studienergebnisse nicht mehr unterdrückt werden können.

DIE LINKE will alle Zuzahlungen abschaffen, weil sie allein Kranke belasten und unabhängig vom Einkommen erhoben werden. Sie sind damit in ihrer Wirkung unsozial, denn arme Menschen bezahlen den gleichen Betrag wie reiche. Zuzahlungen bergen außerdem das Risiko, dass einkommenschwache Menschen wichtige Medikamente nicht regelmäßig einnehmen.

Verdienen Ärztinnen und Ärzte generell zu wenig?



Guter Lohn für gute Arbeit - diese Forderung gilt auch fürs Gesundheitswesen. Nur mit guter Bezahlung können die verantwortungsvollen Gesundheitsberufe attraktiv gemacht und der Fachkräftemangel bekämpft werden. Doch nicht immer haben dieje-

nigen, die ihre Interessen am lautstärksten vertreten, auch wirklich Grund zum Klagen. Vor allem die Kassenärzte beschwerten sich regelmäßig über die Höhe der von den Kassen gezahlten Honorare. Mit Medienkampagnen und Praxisstreiks kämpften sie erfolgreich um höhere Honorare. Aber auch hier haben wir eigentlich keine generelle Mangel-situation, sondern eine ungerechte Verteilung. Eine Ärztin oder ein Arzt, der Kassenpatienten behandelt, verdient damit nach Abzug aller Praxiskosten durchschnittlich 160.000 Euro im Jahr - 4000 mehr als der Gesundheitsminister. Das ist allerdings nur der Durchschnitt, es gibt durchaus sehr viel höhere Einnahmen und es gibt Ärzte, die nicht mehr verdienen als eine Facharbeiterin, obwohl sie viel arbeiten und große Verantwortung tragen.

Das Honorarsystem bevorteilt den Einsatz von Technik und stellt Hausärztinnen oder Psychotherapeuten erheblich schlechter als etwa Radiologen und Labormedizinerinnen. Auch bei den Medizinerinnen und Medizinern sind diejenigen Fachrichtungen, in denen hauptsächlich Frauen arbeiten, deutlich schlechter bezahlt. Diese Diskriminierung muss aufhören!

DIE LINKE fordert daher mehr Gerechtigkeit bei der Honorarverteilung und vor allem eine Umverteilung zugunsten der „sprechenden“ Medizin.

Vor allem aber sind wir der Meinung, dass auch die nichtärztlichen Gesundheitsberufe aufgewertet und besser bezahlt werden müssen. **Ob Krankenpfleger, Ergotherapeutin, Hebamme oder medizinisch-technischer Assistent - sie alle haben mehr verdient!**



Wie komme ich als Patientin oder Patient zu meinem Recht?

Wo gearbeitet wird, passieren Fehler. In der Arztpraxis oder im Krankenhaus ist das nicht anders als in der Autowerkstatt. Der Unterschied ist aber, dass Opfern von Behandlungsfehlern oft zusätzliche Leiden und Schmerzen zugefügt werden, dass sie arbeitsunfähig sind oder gar dauerhafte Behinderung erleiden. Im Jahr 2013 wurden allein vom medizinischen Dienst des Spitzenverbands der Krankenkassen (mDs) über 3.700 Behandlungsfehler bestätigt. Expertinnen und Experten gehen von einer großen Dunkelziffer aus.

Wer nach einem Behandlungsfehler Schadenersatz beanspruchen möchte, hat oft einen langen Weg vor sich. Er oder sie muss zunächst beweisen, dass ein Schaden entstanden ist, dass es einen Fehler gegeben hat und dass dieser Fehler den Schaden verursacht hat. Für medizinische Laien eine schwierige Sache. Deswegen gibt es neben den Verfahren vor den Schiedsstellen der Ärzteschaft langwierige und teure Gerichtsverfahren. Viele Betroffene scheuen dies und fordern deshalb ihr Recht nicht ein.

Das schwarz-gelbe „Patientenrechtegesetz“ von 2012 verdient seinen Namen leider nicht. Die Ärztelobby hat damals ihre Wünsche auf ganzer Linie durchsetzen können.

DIE LINKE will den von Behandlungsfehlern Betroffenen wirksam helfen, damit sie zukünftig leichter zu ihrem Recht kommen. Dazu wollen wir einen Entschädigungsfonds einrichten und die Beweisführung für die Patientinnen und Patienten erleichtern. Sie sollen dann nur noch nachweisen müssen, dass ein Schaden entstanden ist. Die Ärztinnen und Ärzte sollen dann belegen, dass sie nach den Regeln der Kunst behandelt haben.

Praxis-Tipp:

Wer sich falsch behandelt oder falsch beraten fühlt, wer Stress mit Ärzten oder Versicherungen hat, kann sich kostenlos an die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) wenden. Die kostenlose Hotline erreichen Sie unter **08000117722**



Sind IGeL nützliche Tiere?

In der Natur sind Igel nützliche und sympathische Tierchen. In der Arztpraxis sind IGeL, die sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen, eine Methode um zusätzliche Einnahmen zu erwirtschaften. IGeL sind bestimmte Diagnose- oder Therapieverfahren, die von den Krankenkassen nicht übernommen werden und daher den Patientinnen und Patienten privat in Rechnung gestellt werden.

Für viele Ärztinnen und Ärzte ist dies ein attraktives Zusatzgeschäft, es gibt sogar Seminare, in denen sie den Verkauf dieser Zusatzleistungen üben.

Nun sind nicht alle IGeL unsinnig, zum Beispiel werden die

meisten Reiseimpfungen oder auch reisemedizinische Beratungen nicht von allen Kassen übernommen. Aber im IGeL-Wald gedeiht auch mancher Wildwuchs. Für Laien ist nicht immer erkennbar, was medizinisch wirklich sinnvoll ist. Wenn ein Haus- oder Facharzt einer Patientin eine bestimmte Untersuchung empfiehlt, fragen nur die wenigsten von sich aus nach, ob es wissenschaftliche Belege für den Nutzen dieses Verfahrens gibt.

Deswegen wäre es sinnvoll, diese Leistungen besser zu regulieren und Patientinnen und Patienten vor unsinnigen oder gar schädlichen IGeLn besser zu schützen.

DIE LINKE fordert daher, dass Patientinnen und Patienten vor einer privat zu bezahlenden Behandlung eine umfassende Aufklärung und ausreichende Bedenkzeit erhalten sollen. Die Ärztin oder der Arzt muss auch darüber aufklären, warum eine bestimmte Leistung nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten ist.

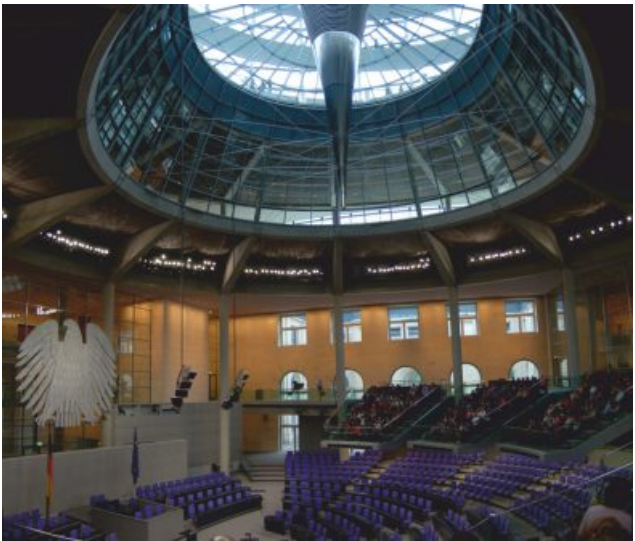
Praxis-Tipp:

Auf der Seite www.igel-monitor.de werden gängige IGeL-Leistungen aus wissenschaftlicher Sicht allgemeinverständlich bewertet.

Wer schreibt eigentlich die Gesetze ?

Die Gesundheitspolitik ist von **Lobbyismus** durchzogen wie kaum ein anderer Politikbereich. Es geht um eine Menge Geld, wenn das Gesundheitsministerium dem Bundestag Gesetzentwürfe vorlegt. Kein Wunder, dass diejenigen, die am Gesundheitswesen verdienen wollen, sich anstrengen darauf Einfluss zu nehmen. Sogar die Übernahme von Positionspapieren aus Interessenverbänden in die Gesetzgebung des Bundes ist keine Seltenheit. So hat die Bundesregierung beim Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz in weiten Teilen ein Positionspapier des Verbandes forschender Arzneimittelhersteller (vfa) übernommen. Das schwarz-gelbe Patientenrechtegesetz lobte der Ärztepräsident Montgomery mit den Worten: „Der Gesetzentwurf entspricht im Wesentlichen dem, was wir mit dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung abgesprochen haben und ist eine Kodifizierung des bisherigen Rechtes". (Quelle: Pressemitteilung der Bundesärztekammer vom 17.1.2012, www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.9972.9973.10004 abgerufen am 30.12.2012) Patientenorganisationen fanden in diesem Gesetzentwurf logischerweise wenig, was sie loben konnten.

DIE LINKE steht für vollständige Transparenz in den Beziehungen zu Interessengruppen. Wir geben alle Nebeneinkünfte auf Euro und Cent an. Und wir schreiben unsere Anträge und Gesetzentwürfe selbst.



Wie funktioniert das mit dem Lobbyismus in der Gesundheitspolitik?

„Fliegende“ Wechsel zwischen Politik und Lobbyverbänden sind in der Gesundheitspolitik häufig. Einige Beispiele:

Cornelia Yzer (CDU), seit 2012 Wirtschaftssenatorin in der „Pharmahauptstadt“ Berlin, bis 2011 Cheflobbyistin des „Verbandes forschender Pharmaunternehmen“ (vfa). Vorher war sie unter anderem als Bundestagsabgeordnete und parlamentarische Staatssekretärin im Jugend- und im Bildungsministerium.

Norbert Schellberg (Bündnis90/Grüne), wechselte 2007 unmittelbar von seiner Tätigkeit als Referent der grünen Bundestagsfraktion zum vfa, wo er Yzers persönlicher Mitarbeiter wurde.

Birgit Fischer (SPD), übernahm 2011 den Job von Cornelia Yzer als Geschäftsführerin des vfa, nachdem sie Vorstandsvorsitzende der Barmer-GEK gewesen war. Bis 2005 war Fischer Gesundheitsministerin in Nordrhein-Westfalen.

Der Seitenwechsel funktioniert allerdings auch umgekehrt: 2010 holte der damalige Gesundheitsminister **Dr. Philipp Rösler** (FDP) den stellvertretenden Direktor des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen (PKV), **Christian Weber**, als Leiter der Grundsatzabteilung ins Gesundheitsministerium.

Auch im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags finden sich Abgeordnete, die im Gesundheitswesen finanzielle Interessen haben, zum Beispiel:

Daniel Bahr (FDP), bis 2013 Gesundheitsminister, war bis 2009 Beiratsmitglied der ERGO-Versicherungsgruppe, einer wichtigen Anbieterin von privaten Krankenversicherungen. Zu diesem Zeitpunkt war er gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion. Nachdem die FDP aus dem Bundestag flog, beriet er eine Zeitlang den US-Präsidenten und arbeitet neuerdings beim Allianz-Konzern, der u.a. private Krankenversicherungen anbietet.

Rudolf Henke (CDU): seit 2007 Vorsitzender des Marburger Bundes, einer Landesorganisation der Krankenhausärztinnen und -ärzte. In der 18. Wahlperiode wurde er zum stellvertretenden Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses.

Dr. Rolf Koschorrek (CDU): Der ehemalige Obmann der CDU/CSU-Fraktion im Gesundheitsausschuss hatte neben seinem Abgeordnetenmandat hohe Einkünfte aus Vortrags- und anderen Tätigkeiten bei der Pharma- und Medizintechnikindustrie erzielt. Der Zahnmediziner ist Präsident des

Bundesverbandes der Freien Berufe und sitzt in verschiedenen Beiräten von Unternehmen wie der Damp Holding AG oder der Barmenia Versicherung. Nachdem sein CDU-Kreisverband ihn nicht wieder für den Bundestag aufstellte, ist er heute auf Veranstaltungen als Lobbyist anzutreffen.

Prof. Dr. Dr. Karl Lauterbach (SPD): Der stellvertretende Vorsitzende der SPD-Fraktion war in der 17. Wahlperiode zugleich Aufsichtsratsmitglied der Rhön Kliniken AG, einem der größten privaten Klinikkonzerne Deutschlands. Im Aufsichtsrat saß Lauterbach u.a. neben Dr. Brigitte Mohn von der Bertelsmann-Stiftung, der neoliberalen Privatisierungs-Denkfabrik. Seinen Aufsichtsratssitz gab er erst im Bundestagswahlkampf 2013 ab.

Jens Spahn (CDU): Der gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion (bis Juni 2015) war von 2006 bis 2010 an einer Politikberatungsfirma beteiligt, die vorrangig Klienten aus dem Medizin- und Pharmabereich betreut. Da Firmen-beteiligungen bis zu 25% nicht unter die Transparenzregeln des Bundestags fallen, musste Spahn diese Beteiligung nicht veröffentlichen.

Birgitt Bender (Bündnis90/Die Grünen) hat sich nach ihrem unfreiwilligen Ausstieg aus dem Bundestag als gesundheitspolitische „Beraterin“ in Berlin selbstständig gemacht. Ihre Aufträge erhält sie unter anderem von einer Krankenkasse. In der badischen Zeitung erklärt die ehemalige gesundheitspolitische Sprecherin ihrer Fraktion: "Ich hatte den Vorteil, dass ich im Gesundheitswesen einen guten Namen habe."

Die engen Verflechtungen zwischen Lobby und Politik sind eine Gefahr für die Demokratie, weil sie die Unabhängigkeit politischer Entscheidungen in Frage stellen.

Vollständige Transparenz ist notwendig ebenso wie eine Beschränkung des Lobbyismus – auch wenn damit nicht alle Probleme gelöst werden können.

DIE LINKE fordert schon seit langem Richtlinien für Lobbyisten. Sie sollen in einem Zentralen Lobbyregister erfasst werden.

Abgeordnete sollen alle Nebentätigkeiten und Nebeneinkünfte auf Euro und Cent genau offenlegen. Nach dem Ausscheiden aus politischen Ämtern soll ein sofortiger Seitenwechsel unterbunden werden. Ebenfalls verboten werden sollen Lobbyisten, die als „Leihbeamte“ in den Ministerien an Gesetzen mitarbeiten, Unternehmensspenden an Parteien und Sponsoring von Veranstaltungen der Parteien und Ministerien durch Unternehmen oder Unternehmensverbände.

Zum Weiterlesen:

www.lobbycontrol.de, www.lobbypedia.de

www.transparency.de

Veröffentlichungspflichtige Nebenbeschäftigungen und Nebeneinkünfte von Abgeordneten finden Sie unter www.bundestag.de unter dem jeweiligen Namen. Die umfangreicheren Auskünfte der LINKEN-Abgeordneten finden Sie auf www.linksfraktion.de

Direkte Fragen an Abgeordnete können Sie unter www.abgeordnetenwatch.de stellen. Die Antworten sind dann auch öffentlich nachzulesen.

Impressum

Herausgegeben von Kathrin Vogler, MdB
Mitglied des Gesundheitsausschusses
Sprecherin für Arzneimittelpolitik und Patientenrechte

Berliner Büro:
Platz der Republik 1
11011 Berlin
Tel. 030-222772112
kathrin.vogler@bundestag.de

Wahlkreisbüro:
Karlstr. 17
48282 Emsdetten
Tel. 02575-9607760
kathrin.vogler.wk@bundestag.de

Aktualisierte Neuauflage 2015

Bildnachweis:
S. 1 + 2 Uwe Warda
S. 5: Norbert Kaiser, published under CC-License
S. 6, 8 + 22: DIE LINKE. Landesverband NRW
S. 20: public domain
S. 16: Xhang Bao, published under GNU-License



www.kathrin-vogler.de
www.linksfraktion.de