

Hauptsache gesund?

Hauptsache gerecht!

Fragen und Antworten
zu linker Gesundheitspolitik
von Kathrin Vogler, MdB

DIE LINKE.

Liebe Leserin,
lieber Leser,



Gesundheitspolitik gilt allgemein als schwer durchschaubar. Eine Vielzahl an Akteuren, die jeweils eigene Interessen vertreten, versucht 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.

Dabei sollte doch eigentlich der Mensch im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik stehen!

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 oder über [abgeordnetenwatch.de](https://www.abgeordnetenwatch.de). Wir bemühen uns, 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 213 Milliarden im Jahr 2000 auf 287 Milliarden im Jahr 2010 angestiegen. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) erhöhte sich dabei von 10,4 auf 11,6 Prozent. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, abgerufen am 25.12.2012)

Aber was bedeuten diese Zahlen? Wenn wir den Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP zugrunde legen, dann sehen wir einen rasanten Aufwärtsschub 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 23.12.2012).

Zugleich ist Deutschland nach den Vereinigten Staaten von Amerika, China und Japan die weltweit viertgrößte Volkswirtschaft.



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 Linksfraktion 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. **Markt und Wettbewerb sind keine geeigneten Steuerungsinstrumente für das Gesundheitswesen.**

Wem nützt der Wettbewerb?

CDU/CSU, SPD, FDP 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. Viele Ärztinnen und Ärzte lassen sich jedoch lieber da nieder, wo viele Privatpatienten mit höheren Honoraren locken.

Die Versicherten, die Patientinnen und Patienten haben vom Wettbewerb im Gesundheitswesen gar nichts. Der Wettbewerb unter den Krankenkassen treibt allerdings erstaunliche Blüten. So wurde im Sommer 2012 bekannt, dass die KKH Allianz einerseits Mitgliedern mit Vorerkrankungen gezielt einen Kassenwechsel nahegelegt hat. Gleichzeitig erhielten Mitarbeiter Prämien, wenn sie neue Mitglieder mit einem bestimmten Mindesteinkommen warben.

Als im Jahr 2010 die City-BKK in Konkurs ging, haben die anderen Krankenkassen mit allen möglichen Tricks versucht, die Aufnahme der City-BKK-Versicherten zu vermeiden, da diese als überdurchschnittlich alt und krank galten.

Diese Beispiele zeigen: Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ist nicht im Sinne der Versicherten.

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% 1991 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 sind nicht hinreichend legitimiert, um 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 angemess-

sener 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. Krankenkassen sollen den Betrieb angemessen sichern. Um den Investitionsstau abzubauen, soll der Bund den Ländern einmalig mit 500 Millionen Euro unter die Arme greifen.

Das System der Fallpauschalen muss verändert werden. 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.**



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.

Was bringt die solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung?

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sichert seit über 100 Jahren in Deutschland das Kostenrisiko einer Erkrankung auf solidarische Weise 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 das Zwei-Klassen-System bei der Krankenversicherung. Deswegen will DIE LINKE **eine für alle**, eine solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung.

Eine gute Versorgung in Gesundheit und Pflege ist möglich. Voraussetzung ist eine solidarische Finanzierung. Dadurch wird eine hochwertige Versorgung für alle Menschen mög-

lich. **Alle Menschen, die in Deutschland leben, werden Mitglied.** Sämtliche erforderlichen Leistungen werden zur Verfügung gestellt und der medizinische Fortschritt wird einbezogen. Alle entrichten den gleichen Prozentsatz ihres gesamten Einkommens für die Gesundheits- und Pflegeversorgung. Damit es gerecht zugeht, soll niemand aus der Verantwortung entlassen werden – weder durch eine Privatversicherung noch durch eine Beitragsbemessungsgrenze, die gerade die höchsten Einkommen entlastet.

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

Wir haben das ausrechnen lassen: Für eine solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung müsste der Krankenversicherungsbeitrag heute bei 10,5 Prozent des Einkommens liegen – fünf Prozentpunkte unter dem heutigen Beitragssatz 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 aus der eigenen Tasche leisten.

Brauchen wir einen „Gesundheits-Soli“?

Ende 2012 wurden geheime Pläne aus dem Finanzministerium bekannt, nach denen Minister Schäuble umfassende Steuererhöhungen und Ausgabenstreichungen nach der Bundestagswahl 2013 plant. Kritikerinnen und Kritiker sprachen bereits von einer „Agenda 2013“. Unter anderem will Wolfgang Schäuble offensichtlich einen „Gesundheits-Soli“ einführen, also eine zweckgebundene Zusatzabgabe zur Einkommensteuer. Mit dieser Abgabe sollen die staatlichen Zuschüsse zum Gesundheitsfonds finanziert werden.

Der Gedanke dahinter: Die Finanzierungsgrundlage der Gesetzlichen Krankenversicherung sind fast ausschließlich Einkommen aus abhängiger Beschäftigung. Der Anteil von Löhnen und Gehältern am Gesamteinkommen der Deutschen wird jedoch immer geringer, weil die Einkommen aus abhängiger Beschäftigung und die Renten seit Jahren weniger steigen als die Einkommen aus Unternehmensgewinnen, selbständiger Tätigkeit oder Kapitalerträgen. Deswegen wäre es sinnvoll, diese anderen Einkommen auch zur Finanzierung der GKV heranzuziehen, wie es DIE LINKE mit ihrer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung plant.

Mit der solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung werden alle Einkommen gleichermaßen zur Finanzierung der Krankenkassen herangezogen. Das Entscheidende aber ist, dass auch alle in ein Versicherungssystem einzahlen und das Zwei-Klassen-System überwunden wird.

Eine Extra-Steuer wäre vollkommen überflüssig.

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 wenig, wer mehr hat, zahlt in der Summe mehr, alle zahlen prozentual dasselbe.

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

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

Patientinnen und Patienten entlasten: Alle Zuzahlungen, Zusatz- und Sonderbeiträge werden abgeschafft.

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 Bürgerinnen- und Bürgerversicherung 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 oder 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 2011 27,1 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 so 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 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 **Positivliste** 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 Medizinprodukte-register, 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 erhalten.

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 das Risiko, dass einkommensschwache 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 diejenigen, die ihre Interessen am lautstärksten vertreten, auch wirklich Grund zum Klagen. Vor allem die Kassenärzte beschweren sich regelmäßig über die Höhe der von den Kassen gezahlten Honorare. Mit Medienkampagnen und Praxisstreiks kämpfen sie erfolgreich um höhere Honorare. Aber auch hier haben wir eigentlich keine generelle Mangelsituation, 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 Ärztinnen und Ärzte, die nicht mehr verdienen als ein Facharbeiter, obwohl sie viel arbeiten und große Verantwortung tragen.

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

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

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 2011 wurden allein vom medizinischen Dienst der Krankenkassen (mdk) über 8.500 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 „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ von 2012 verdient seinen Namen leider nicht. Die Chance auf tatsächliche Verbesserungen wurde vertan. Was unterm Strich für die Betroffenen an Zugewinn herauskommt, ist viel zu wenig. Die Ärztelobby hat ihre Wünsche auf ganzer Linie durchsetzen können.

DIE LINKE will den von Behandlungsfehlern Betroffenen wirksam helfen, damit sie zukünftig nicht mehr so viel Zeit, Energie und Geld aufwenden müssen, um entschädigt zu werden, oder gar leer ausgehen. 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 den Kassen übernommen. Aber im IGeL-Wald gedeiht auch mancher Wildwuchs und für Laien ist nicht immer erkennbar, was medizinisch wirklich sinnvoll ist.

Wenn ein Haus- oder Facharzt einem Patienten 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 Lobbyorganisationen 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, war bis 2011 Cheflobbyistin des „Verbandes forschender Pharmaunternehmen“ (vfa). Vorher hatte sie bereits eine politische Karriere hinter sich, unter anderem als Bundestagsabgeordnete und als 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 gewesen.

Der Seitenwechsel funktioniert allerdings aus 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:

Der heutige Gesundheitsminister **Daniel Bahr** (FDP) war bis 2009 Beiratsmitglied der ERGO-Versicherungsgruppe, einer wichtigen Anbieterin von privaten Krankenversicherungen. Zu diesem Zeitpunkt war er gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion.

Rudolf Henke (CDU): seit 2007 Vorsitzender des Marburger Bundes, einer Standesorganisation der Krankenhausärztinnen und -ärzte.

Dr. Rolf Koschorrek (CDU): Der Obmann der CDU/CSU-Fraktion im Gesundheitsausschuss hat neben seinem Abgeordnetenmandat hohe Einkünfte aus Vortrags- und anderen Tätigkeiten bei der Pharma- und Medizintechnikindustrie erzielt. Der Zahnmediziner ist zugleich Präsident des Bundesverbandes der Freien Berufe und sitzt in verschiedenen Beiräten von Unternehmen wie der Damp Holding AG oder der Barmenia Versicherung.

Prof. Dr. Dr. Karl Lauterbach (SPD): Der gesundheitspolitische Sprecher der SPD-Fraktion ist zugleich Aufsichtsratsmitglied der Rhön Kliniken AG, einem der größten privaten Klinikkonzerne Deutschlands, dem unter anderem auch die Uniklinik Gießen/Marburg gehört. Im Aufsichtsrat sitzt Lauterbach unter anderem neben Dr. Brigitte Mohn, Vorstandsmitglied der Bertelsmann-Stiftung, der neoliberalen Privatisierungs-Denkfabrik.

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

Die engen Verflechtungen zwischen Lobby und Politik sind eine Gefahr für die Demokratie, weil die Unabhängigkeit politischer Entscheidungen in Frage stellen. Vollständige Transparenz auf Seiten der Politik und der Lobbyisten 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 und Lobbyistinnen. 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 soll dass Wirtschaftsvertreter als „Leihbeamte“ in den Ministerien an Gesetzen mitarbeiten. Unternehmensspenden an Parteien sowie das Sponsoring von Veranstaltungen der Parteien und der Ministerien durch Unternehmen oder Unternehmensverbände will DIE LINKE unterbinden.

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
Stellvertretende Vorsitzende des Gesundheitsausschusses

www.kathrin-vogler.de

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

Wahlkreisbüro:
Rheiner Str. 39
48282 Emsdetten
Tel. 02575-9607760
kathrin.vogler@wk.bundestag.de

Gedruckt auf Recyclingpapier, Auflage 5.000, Januar 2013

Bildnachweis

Bilder von wikimedia commons:
S. 5 und 8: Norbert Kaiser, CC-Lizenz
S. 6: Philipp Lensing, CC-Lizenz
S. 11, 19, 20, 22: public domain
S. 16: Xhang Bao, GNU-Lizenz
S. 24: Lars Karlsson, CC-Lizenz
S. 26: Wolfgang Glock, GNU-Lizenz

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