

Antrag

der Abgeordneten Frank Spieth, Dr. Martina Bunge, Dr. Ilja Seifert, Klaus Ernst, Dr. Lothar Bisky, Diana Golze, Inge Höger, Katja Kipping, Elke Reinke, Volker Schneider (Saarbrücken), Jörn Wunderlich und der Fraktion DIE LINKE.

Für eine solidarische Gesundheits- und Pflegeabsicherung

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Gesundheit ist eine zentrale Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung jeder und jedes Einzelnen. Entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit hat die soziale Lage. In der Regel gilt: Menschen mit niedrigerem Einkommen, Bildungsniveau oder einer niedrigeren und unsicheren beruflichen Position sind häufiger von Krankheiten betroffen und sterben zumeist früher. Verkürzt gefasst lässt sich sagen: Armut macht krank. Dieser Zustand darf nicht länger hingenommen werden.

Das Gesundheitssystem muss den Menschen dienen und dafür sämtliche erforderlichen medizinischen Hilfen und Leistungen bereitstellen sowie die Gesundheit fördern. Unabhängig von Alter, Geschlecht, Wohnort oder Einkommen sollen Gesundheitsressourcen gestärkt, Gesundheitsrisiken bekämpft und Krankheiten geheilt werden. Dabei ist ein ganzheitlicher Gesundheitsansatz zu verfolgen. Gesundheit ist – auch nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Gemäß der Ottawa-Charta von 1986 hat Gesundheitspolitik das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden der Menschen zu fördern. Der UN-Sozialpakt vom 19. Dezember 1966 schreibt das Recht für medizinische Versorgung fest. Die Vertragsstaaten sollen die Voraussetzungen schaffen, die für jede Person im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen. Die Bundesrepublik Deutschland hat den UN-Sozialpakt bereits 1973 vorbehaltlos ratifiziert. Er ist geltendes Recht.

Doch die grundsätzlichen Ziele der Gesundheitspolitik werden zunehmend zugunsten von Kommerzialisierung und Privatisierung aus den Augen verloren. Öffentliche Einrichtungen werden verkauft. Aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird ein Wirtschaftszweig. Den Akteuren wird ein Wettbewerb über den Preis aufgezwungen. Dieser Wettbewerb hat negative Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten. Außerdem müssen sie immer mehr zuzahlen, in der Apotheke für jedes Medikament, in der Arztpraxis die „Eintrittsgebühr“, in der Klinik das Krankenhaustagegeld oder bei der Physiotherapie für jede Behandlung.

Jeder Mensch hat das gleiche Recht auf medizinische Versorgung. Deshalb ist das Gesundheitssystem von den Regeln des Marktes zu befreien und öffentlich zu regulieren.

Kommerzialisierung und Privatisierung gefährden die Gesundheit.

Seit Mitte der 1970er Jahre steht die Kostendämpfung im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik. Wichtigstes Ziel der Bundesregierungen ist seitdem, die Arbeitgeber auf dem Rücken der Versicherten sowie der Patientinnen und Patienten zu entlasten. Diese müssen die Gesundheitskosten zunehmend selbst tragen. Die paritätische Finanzierung wurde ausgehebelt. Die Beiträge zur Krankenkasse werden folglich nicht mehr zur Hälfte von Arbeitgebern und zur anderen Hälfte von den Versicherten gezahlt. Stattdessen tragen die GKV-Versicherten mit ihren Beiträgen sowie mit Zuzahlungen, Praxisgebühr, „Eigenleistungen“ und dem Sonderbeitrag von 0,9 Prozent mittlerweile fast zwei Drittel der Kosten, die Arbeitgeber nur noch ein Drittel. Von paritätischer Finanzierung kann insofern nicht mehr gesprochen werden.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007 forciert diese Politik. Lediglich zu Beginn soll der Gesundheitsfonds alle Ausgaben der Krankenkassen abdecken. Danach erfolgt eine Anpassung des Beitragssatzes erst, wenn weniger als 95 Prozent der Kosten durch den Fonds abgedeckt werden können. Die restlichen fünf Prozent, immerhin etwa achteinhalb Milliarden Euro, die Versicherten zahlen. Einen Zusatzbeitrag von einem Prozent des Einkommens oder aber eine Pauschale müssen die Versicherten tragen. Bis zu acht Euro darf die Pauschale betragen, ohne dass das Einkommen geprüft wird. Bereits durch diesen Betrag werden Menschen mit geringem Einkommen finanziell überfordert.

Die Krankenkassen werden alles daran setzen, so lange wie möglich keinen Zusatzbeitrag erheben zu müssen. Im Wettbewerb der Kassen können sie es sich nicht leisten, dadurch Mitglieder zu verlieren. Der Druck auf die Krankenkassen, Leistungen zu rationieren, erhöht sich damit weiter. Die Krankenkassen werden den ökonomischen Druck auf die Leistungsanbieter wie Ärztinnen und Ärzte oder Krankenhäuser weitergeben. Schon jetzt werden durch die Ausschreibung von Hilfsmitteln die billigsten Anbieter ermittelt, um Kosten zu minimieren. Wenn Krankenkassen per Ausschreibung den/die kostengünstigste/n Anbieter/in ermitteln und diese/n beauftragen, leiden zumeist Qualität, Service und Erreichbarkeit für Patientinnen und Patienten. Ein solcher Preiswettbewerb geht folglich zu Lasten der Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Die Einnahmen der Kranken- und Pflegeversicherung bleiben durch Arbeitslosigkeit, Anstieg des Niedriglohnssektors und geringe Lohnzuwächse hinter den Ausgaben zurück. Deshalb kommt es immer wieder zu Beitragssatzerhöhungen. Die Beitragsbemessungsgrenze schont Besserverdienende, denn der Teil des monatlichen Einkommens, der derzeit über 3675 Euro liegt, wird bei der Beitragsberechnung nicht herangezogen. Oberhalb der Pflichtversicherungsgrenze können Gutverdienende wie auch bestimmte Berufsgruppen in die private Krankenversicherung (PKV) abwandern.

Die Krankenkassen können seit 2007 „Wahltarife“ anbieten. Das widerspricht dem Solidarprinzip in der GKV. Das Solidarprinzip soll einen Ausgleich zwischen reich und arm sowie gesund und krank sicherstellen. Die meisten Wahltarife haben sozial diskriminierende und entsolidarisierende Wirkungen. Selbstbehalttarife oder Rückerstattung von Beiträgen entlasten Gesunde zulasten von Kranken. Deshalb darf es nur Wahltarife geben, die Gesunden wie Kranken gleichermaßen Vorteile bringen. Dazu zählen die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen (Modellvorhaben, hausarztzentrierte Versorgung, Bindung an bestimmte Leistungserbringer, Disease-Management-Programme (DMP), Integrierte Versorgung).

Die flächendeckende stationäre Versorgung ist in Gefahr. Die Bundesländer kommen ihren Verpflichtungen bei Weitem nicht nach, ausreichend Mittel für die Modernisierung und Ausstattung der Krankenhäuser zur Verfügung zu stellen. Mittlerweile ist ein Investitionsstau von bis zu 50 Milliarden Euro aufgelaufen. Weder das im Winter 2008/2009 verabschiedete Gesetz zur Krankenhausfinanzierung (KHRG) noch das Konjunkturpaket II schaffen es, diesen Investitionsstau aufzulösen. In vielen kommunalen Krankenhäusern reichen die Einnahmen nicht aus, um die laufenden Kosten zu decken. Zahlreiche Krankenhäuser stehen kurz vor der Zahlungsunfähigkeit, viele werden von privaten Trägern übernommen. Mittlerweile sind 30 Prozent aller Krankenhäuser in privater Hand. Dadurch werden Krankenhäuser zu „Profit-Centern“, die für die Geldgeber Gewinne zu erwirtschaften haben.

Die Finanznot der Krankenhäuser bedeutet für die Patientinnen und Patienten oft eine bedrohliche Verschlechterung der Qualität der Behandlung. Die Beschäftigten müssen in der Regel immer belastendere Arbeitsbedingungen und weniger Lohn hinnehmen. Die Kommerzialisierung der Kliniken verlangt von den Beschäftigten eine Fließbandmentalität. Krankenhäuser versuchen, immer mehr Behandlungsfälle pro Jahr „durchzuschleusen“. Für Patientinnen und Patienten kann dies zu vorzeitigen, sogenannten „blutigen“ Entlassungen führen.

Drohende und erst recht schon aktuell bestehende Unterversorgung der ambulanten Versorgung, vor allem in ländlichen Regionen, muss wirkungsvoll bekämpft werden. In den ostdeutschen Bundesländern sind mittlerweile über 750 Praxen verwaist. Auch in sozialen Brennpunkten von Großstädten ist die Versorgungssituation weit schlechter als in den Stadtteilen, in denen der wohlhabende und zumeist privat versicherte Teil der Bevölkerung wohnt.

Viele der so genannten „Medizinischen Versorgungszentren“ sind reine „Profit-Center“, mit denen Klinik-Konzerne in den ambulanten Bereich drängen. Diese Aktienkonzerne müssen Profite für ihre Anleger erwirtschaften. Das Wohl der Patientinnen und Patienten ist eher zweitrangig. Zudem bieten „Medizinische Versorgungszentren“ den Kliniken die Möglichkeit, Patientinnen und Patienten ins eigene Haus einzuweisen. So entstehen „Wertschöpfungsketten“, bei denen die Behandelten lediglich Mittel zum Zweck sind.

Gegenwärtig garantiert die inhabergeführte Präsenzapotheke eine patientennahe, sichere und rasche Arzneimittelversorgung der Patientinnen und Patienten. Da Versandapotheken ihre Leistungen auf die attraktivsten Bereiche der Arzneimittelabgabe beschränken können, entziehen sie den Präsenzapotheken wichtige Einnahmen. Dadurch ist die flächendeckende Versorgung auf mittlere Sicht durch den Versandhandel mit Medikamenten gefährdet. Die Versandapotheken können die Versorgung durch Notdienste oder kurzfristige Belieferungen nicht sicherstellen.

Die Pharma-Konzerne erwirtschaften Jahr für Jahr Milliarden Euro an Profiten zu Lasten der Versicherten sowie der Patientinnen und Patienten. Regelmäßig können überproportionale Preissteigerungen verwirklicht werden. Die punktuellen Eingriffe der Bundesregierung in den Pharmamarkt haben keine ausreichende Wirkung. Das zeigt, es liegt ein Systemversagen der Bundesregierung gegenüber den Problemen des Gesundheitssystems vor.

Gesundheitsversorgung muss für alle frei zugänglich und sichergestellt sein.

Wir brauchen eine soziale Politik und eine sozial sensible Gesundheitspolitik. Gesundheitsförderung und Prävention können einen Beitrag dazu leisten, sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern. Erfolgreiche Präventionsprogramme müssen in den Lebenswelten der Menschen – Kindertagesstätten, Schulen oder Stadtteilen – ansetzen und die Menschen an der Planung, Gestaltung und Umsetzung beteiligen. Ein Präventionsgesetz, das Gesundheitsförderung und Prävention zu einer tragenden Säule im Gesundheitssystem macht, ist längst überfällig.

Im Mittelpunkt der Anstrengungen des Gesundheitssystems muss die umfassende Versorgung aller Patientinnen und Patienten stehen. Dem stehen starke Kräfte entgegen: Die Strukturen des Gesundheitssystems sind weitgehend nach den Interessen der mächtigen Akteure wie Ärzteschaft, Krankenkassen und Pharmakonzernen ausgerichtet. Die Interessen der Patientinnen und Patienten und ihre Mitwirkungsmöglichkeiten kommen zu kurz. Das Gesundheitssystem muss daher grundlegend neu gestaltet werden.

Nur wenn es gelingt, in regionalen oder kommunalen Gesundheitskonferenzen alle Beteiligten, das heißt sämtliche Leistungserbringer, die Krankenkassen, den öffentlichen Gesundheitsdienst, die Krankenversicherten, die Vereinigungen für Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch die Selbsthilfe und Vertreterinnen und Vertreter der Patienten zusammenzubringen und ihnen vermehrt Entscheidungskompetenzen zu übertragen, kann das Gesundheitssystem im Interesse aller fortentwickelt und den Einzelinteressen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern entzogen werden.

Für die Gesundheitskonferenzen werden Versorgungsdaten aus der Versorgungsforschung benötigt. So kann eine an Gesundheitszielen orientierte Gesundheitsberichterstattung gefördert werden. Zudem gilt es, Versorgungsforschung auszubauen und breit anzulegen, um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und die Spreu vom Weizen zu trennen. Gleichzeitig ist die geschlechter- und altersspezifische Gesundheitsforschung zu verbessern.

Für eine gute integrierte Versorgung brauchen wir öffentliche und frei-gemeinnützige Krankenhäuser, die angemessen finanziert werden. Diese sollen mit eigenen poliklinischen Strukturen an der ambulanten Versorgung teilnehmen. Die Trennung von ambulanten und stationären Einrichtungen der Gesundheitsversorgung muss endlich überwunden werden. Damit können die vorhandenen Ressourcen effizienter eingesetzt werden.

Bund, Länder und Kommunen müssen gemeinsam dazu beitragen, für alle Menschen in Deutschland eine erreichbare stationäre Versorgung zu garantieren. Ebenfalls ist die hausärztliche Versorgung wohnortnah zu gewährleisten. Dafür ist unter anderem die freie Arztwahl sicherzustellen und eine gerechte Honorierung maßgeblich.

Die Versorgung mit Arzneimitteln muss überall – auch in ländlichen Regionen – sichergestellt sein. Nur inhabergeführte Präsenzapotheken können Notfallversorgung, eine kurzfristige Bereitstellung von Arzneimitteln und adäquate Beratung gewährleisten.

Die Beschäftigten in der Krankenversorgung und Pflege/Assistenz sind für ihre wichtige Tätigkeit ausreichend zu entlohnen. Gerade hier müssen Anreize geschaffen werden, damit in Zukunft genügend Personen für die wachsenden Aufgaben in diesen Bereichen zur Verfügung stehen. Auch die Heilmittelerbringerinnen und -erbringer müssen angemessen vergütet werden. Für gleiche Arbeit muss es auch gleiche Bezahlung in Ost und West geben. 20 Jahre nach der deutschen Einheit darf es keine Bereiche der gesundheitlichen Versorgung mit unterschiedlichen Vergütungen mehr geben.

Die Auseinandersetzungen um die ärztlichen Honorare in diesem Jahr zeigen, dass eine transparente und gerechte Verteilung der zur Verfügung stehenden Finanzmittel herzustellen ist. Die freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzte dürfen zudem nicht immer mehr dazu verleitet bzw. gezwungen werden, bei der Ausgestaltung ihrer Tätigkeit Profitinteressen zu folgen, statt ihrer eigentlichen Aufgabe des Heilens und der Zuwendung zu Patientinnen und Patienten das Hauptaugenmerk zu schenken.

Auch die Arzneimittelversorgung muss qualitativ auf einem hohen Niveau gewährleistet und die Ausgaben dafür effektiv begrenzt werden. Wirksame Instrumente zur Reduzierung der Arzneimittelausgaben sind die Positivliste und die Absenkung der Mehrwertsteuer apothekenpflichtiger Arzneimittel auf 7 Prozent. Anders als in den meisten europäischen Ländern gibt es in Deutschland immer noch keine Positivliste, die nur sinnvolle und nützliche Arzneimittel enthält, die zu Lasten der GKV verordnet werden dürfen. Zudem verdient der Staat an der Krankheit mit. Über 6 Mrd. Euro Steuereinnahmen bringen die 19 Prozent Mehrwertsteuer auf Arzneimittel. In fast allen europäischen Nachbarstaaten wird entweder der reduzierte Mehrwertsteuersatz veranschlagt oder gar keine Mehrwertsteuer auf Arzneimittel erhoben. Der Versandhandel ist auf rezeptfreie Arzneimittel zu beschränken.

Eine grundlegende Reform der Pflege- und Assistenzabsicherung ist seit langem überfällig.

Seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurden die Leistungen der Pflegeversicherung nicht angehoben. Infolgedessen verloren sie deutlich an Wert. Mit der Pflegereform 2008 gleicht die Bundesregierung diesen Wertverlust nicht aus. Einige Leistungen wurden gar nicht, manche lediglich um 10 Euro angehoben. Ähnlich gering sind die geplanten Leistungsanhebungen 2010 und 2012. Damit bleibt es bei einer dauerhaften Leistungsminderung. Eine Dynamisierung der Leistungen ab 2015 ist völlig unzureichend. So werden zunehmend mehr pflegebedürftige Menschen in die Sozialhilfe gedrängt. Diese Situation wollte der Gesetzgeber mit der Einführung der Pflegeversicherung aber vermeiden.

Der Generalfehler der Pflegereform 2008 ist, dass der Pflegebegriff nicht neu definiert wurde. Die Neudefinition des Pflegebegriffs ist eine entscheidende Voraussetzung für eine ganzheitliche Pflege

und selbstbestimmte Teilhabe. Seit Einführung der Pflegeversicherung ist der ihr zu Grunde liegende verrichtungsbezogene Pflegebegriff zu eng. Er benachteiligt insbesondere Menschen mit demenziellen Erkrankungen und sogenannten „geistigen Behinderungen“. Da der von der Bundesregierung erst im Oktober 2006 eingesetzte „Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ seine Empfehlungen für einen erweiterten Pflegebegriff und für ein neues Begutachtungsverfahren im Januar 2009 vorgelegt hat, kamen diese zu spät für die Berücksichtigung in der letzten Pflegereform.

Die Empfehlungen des Beirats, die Pflegebedürftigkeit nicht mehr maßgeblich an der erforderlichen Pflegezeit, sondern am Grad der Selbständigkeit zu bemessen, weisen in die richtige Richtung. Um zu verhindern, dass ein solcher neuer Pflegebegriff nach den im September 2009 anstehenden Bundestagswahlen wieder fallengelassen wird, sind entsprechende Weichenstellungen noch in dieser Legislatur erforderlich. Für einen Paradigmenwechsel hin zu einer Pflege/Assistenz, die Teilhabe ermöglicht, kommt es insbesondere darauf an, dass die Leistungen angemessen und ausreichend finanziert werden.

Pflege und Assistenz müssen für alle, unabhängig ihrer sozialen Situation, in vollem Umfang gewährleistet werden. Die Konzeption der Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung verhindert, selbstbestimmt zu leben. Menschen mit geringem Einkommen trifft der Teilkasko-Charakter der Pflegeversicherung besonders hart. Sie können sich meist keine professionelle Pflege und/oder Assistenz leisten. Dabei sind sie von Pflegebedürftigkeit häufiger und früher betroffen als Menschen mit höherem Einkommen. Angehörige müssen den erheblichen Hilfe- und Unterstützungsbedarf auffangen. Überforderung und Überlastung der zumeist weiblichen pflegenden Familienangehörigen sind an der Tagesordnung. Die Einführung einer bezahlten Pflegezeit kann – wie auch der Ausbau der ambulanten Pflege – eine spürbare Entlastung bringen und häusliche Pflege länger ermöglichen.

Eine nachhaltige Finanzierung muss auf gerechter Basis gesichert werden.

Nur mit einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung kann soziale Gerechtigkeit und eine dauerhafte, stabile Finanzierungsgrundlage für eine umfassende gesundheitliche Versorgung für alle geschaffen werden. Kernelemente einer solchen solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung ist die Mitgliedschaft für alle Menschen in Deutschland, eine umfassende und zuzahlungsfreie Regelversorgung, gleicher prozentualer Beitrag auf alle Einkommen aller Einkommensarten bei schrittweiser An- und späterer Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze, Herstellung der Parität sowie die Beschränkung der privaten Krankenversicherung auf den Bereich von Zusatzversicherungen. So wird eine Zwei-Klassen-Medizin verhindert.

Die solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung ist auch für den Bereich der Pflegeversicherung zu schaffen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung deshalb auf,

1. als Sofortmaßnahme sicherzustellen, dass die Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen über den Gesundheitsfonds die Ausgaben der Krankenkassen dauerhaft zu 100 Prozent decken. Einnahmeausfälle durch geringere Beitragszahlungen müssen über einen entsprechenden Steuerzuschuss kompensiert werden. Zusatzbeiträge, die nur von den Mitgliedern zu zahlen sind, sind durch diese Maßnahme zu vermeiden. Die Steuermittel sind nicht – wie im derzeitigen Gesetz vorgesehen – als Darlehen, sondern als Zuschuss zu gewähren. Solange noch Zuzahlungen erhoben werden, muss die Härtefallregelung, die bis 2004 galt, wieder in Kraft gesetzt werden. Damit werden Menschen mit geringem Einkommen durch Zuzahlungen finanziell nicht mehr überfordert und können es sich wieder leisten, behandelt zu werden;
2. Rahmenbedingungen für ein demokratisches und am Bedarf der Bevölkerung ausgerichtetes Gesundheitssystem zu schaffen. Dieses umfasst insbesondere:
 - a) Jeder Mensch hat das gleiche Recht auf eine gesundheitliche Versorgung auf dem Stand der Wissenschaft. Der Staat hat die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass dieses Recht verwirklicht wird. Kommerzialisierung und Privatisierung im Gesundheitssystem sind entsprechend zu beenden bzw. rückgängig zu machen,

- b) das Gesundheitssystem transparent zu gestalten,
 - c) Gremien wie regionale bzw. kommunale Gesundheitskonferenzen einzuführen und diese mit Entscheidungskompetenzen für die regionale oder kommunale Versorgungsstruktur auszustatten. Perspektivisch sollen diese über das Gesundheitsbudget für die Regionen verfügen,
 - d) die Beteiligungsmöglichkeit von Patientinnen- und Patientenvertretern in Gremien zu stärken,
 - e) Ombudsstellen zur Durchsetzung der Interessen von Patientinnen und Patienten vorzusehen und auch deren Einrichtung auf Landesebene zu unterstützen,
 - f) eine Versorgungsforschung, die durch die Bundesregierung stärker gefördert werden und insbesondere auch unter geschlechter- und altersspezifischen Aspekten ausgerichtet sein muss;
3. Gesundheitsförderung und Prävention als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu stärken. Dies soll erfolgen, indem
- a) ein Präventionsgesetz auf den Weg gebracht wird und das Gesundheitssystem der Zukunft – entsprechend der WHO-Definition – auch als ein präventives Gesundheitssystem ausgestaltet wird,
 - b) mit einem Präventionsgesetz darauf abgezielt wird, sozial-, geschlechts-, behinderungs- und migrationsbedingte Ungleichheiten der Gesundheitschancen zu verringern,
 - c) die Strategie des Gender Mainstreamings verbindlich in der Gesundheitsförderung und Prävention verankert wird,
 - d) alle Präventionsmaßnahmen an bundeseinheitlichen Präventionszielen ausgerichtet werden und für alle an der Gesundheitsförderung und Prävention Beteiligten verbindlich sind,
 - e) die lebensweltbezogene Prävention deutlich gestärkt wird. Zwei Drittel der Ausgaben müssen in Projekte und Programme der lebensweltbezogenen Prävention fließen,
 - f) die jeweiligen Zielgruppen so umfassend wie möglich an der Planung, Gestaltung und Umsetzung aktiv beteiligt werden. Es sind Strategien zu entwickeln, wie partizipative Entscheidungsstrukturen von der Konzeption von Projekten und Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention bis hin zur Qualitätssicherung gewährleistet werden können,
 - g) eine Koordinierungs- und Entscheidungsstelle auf Bundesebene geschaffen wird, die über eigene finanzielle Mittel im Rahmen eines Fonds verfügt,
 - h) vorhandene bewährte Strukturen auf Landes- und kommunaler Ebene weiterentwickelt und verstetigt werden,
 - i) die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für Gesundheitsförderung und Prävention auch in der Finanzierung zum Ausdruck kommt. Bund, Länder und Kommunen müssen sich ebenso wie die Sozialversicherungszweige und die Private Kranken- und Pflegeversicherung beteiligen. Zum Start sind aus dem Bundeshaushalt in den nächsten vier Jahren jeweils 1 Mrd. Euro an den Fonds zu überweisen;
4. Maßnahmen zu ergreifen, die die gesundheitliche Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger auf hohem Niveau sicherstellen. Dazu
- a) müssen die vorhandenen Ressourcen im Bereich der ambulanten Einrichtungen, der Krankenhäuser, der Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen auf regionaler Ebene vernetzt und am Bedarf der Bevölkerung ausgerichtet werden,
 - b) gehört eine ausreichende finanzielle Ausstattung der Krankenhäuser und der Abbau des Investitionsstaus von 50 Milliarden Euro gemeinsam durch Bund und Länder,
 - c) soll die Bundesregierung in Zusammenarbeit mit den Bundesländern weitere Privatisierungen von Krankenhäusern unterbinden und dazu beitragen, bereits privatisierte Häuser wieder in öffentliche Trägerschaft zurückzuführen,
 - d) sind Ausbildung, Qualifikation und Attraktivität für Gesundheits- und Pflegeberufe zu verbessern,
 - e) sind Beschäftigte, die Hinweise auf Missstände in ihrem Arbeitsbereich melden, besser zu schützen. Hierfür ist der Informantenschutz für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer rechtlich zu verankern und zu stärken,
 - f) muss die drohende und die schon bestehende ärztliche Unterversorgung effektiver bekämpft werden,
 - g) ist das Vergütungssystem für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte auf eine neue Grundlage zu stellen,

- h) müssen die Voraussetzungen geschaffen werden, dass alle medizinischen Leistungen zwanzig Jahre nach der Einheit in Ost und West endlich einheitlich vergütet werden,
- i) muss das Vordringen profitorientierter Kapitalgesellschaften und Konzerne in den ambulanten Versorgungsbereich (z. B. über die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren) unterbunden werden,
- j) ist die integrierte Versorgung zur Überwindung der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung auszubauen,
- k) sind diskriminierende Wahltarife als Angebote der GKV zu untersagen,
- l) sind ganzheitliche Gesundheitsansätze zu verfolgen und weiterzuentwickeln,
- m) müssen die Hierarchien zwischen den verschiedenen Berufsgruppen der Leistungserbringern und Leistungserbringer abgebaut und deren Kompetenzen und Befugnisse besser an der Versorgung ausgerichtet werden,
- n) sind die Ausgaben für Arzneimittel durch die Einführung einer Positivliste zu begrenzen,
- o) ist die Mehrwertsteuer für apothekenpflichtige Arzneimittel auf den ermäßigten Satz von derzeit 7 Prozent zu reduzieren,
- p) soll die Abgabe von verschreibungspflichtigen Medikamenten inhabergeführten Apotheken vorbehalten bleiben. Der Versandhandel für verschreibungspflichtige Arzneimittel ist zu untersagen,
- q) ist die Versorgung mit Hilfsmitteln an der Qualität, Erreichbarkeit und dem Service im Interesse der Patientinnen und Patienten auszurichten und die Möglichkeit von Ausschreibungen durch die Krankenkassen, die sich nicht an den Interessen und Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren, abzuschaffen,
- r) hat jeder Mensch das gleiche Recht auf Schutz und Sicherung seiner Gesundheit durch Prävention, medizinische Behandlung und Rehabilitation. Der Wettbewerb unter den Krankenkassen ist auf die Qualität der Versorgung aller Bürgerinnen und Bürger und nicht vorwiegend auf die billigste Versorgung auszurichten. Der künstliche Wettbewerb durch die zunehmende finanzielle Unterdeckung ist zurückzunehmen. Stattdessen sind Instrumente zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit innerhalb der Krankenkassen und bei den Leistungserbringern zu verankern;

5. einen Gesetzentwurf für eine schrittweise Reform der Pflegeabsicherung vorzulegen, der noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet werden soll. Grundpfeiler der Reform sollen sein:

- a) eine Neudefinition des Pflegebegriffs, der assistierte Teilhabe und eine bedarfsdeckende, ganzheitliche, sprechende Pflege ermöglicht,
- b) die Gewährleistung einer Wahlmöglichkeit von geschlechtergleicher Pflege/Assistenz,
- c) eine grundlegende Überarbeitung des Begutachtungsverfahrens,
- d) die Überwindung des starren Pflegestufenmodells,
- e) die Verankerung der Pflegeversicherung als Rehabilitationsträgerin im SGB XI,
- f) eine deutliche Anhebung des Leistungsniveaus in der Pflegeversicherung und eine jährliche Anpassung in Höhe der Bruttolohnentwicklung. Als Sofortmaßnahme ist der Realwertverlust der Pflegeleistungen durch die fehlende Anhebung in den Jahren von 1995 bis 2008 unverzüglich vollständig und für alle Pflegeleistungen auszugleichen. Die Sachleistungsbeträge sind um weitere 25 Prozent anzuheben. Ebenso ist der zusätzliche Leistungsbetrag für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz auf 6000 Euro pro Jahr anzuheben. Perspektivisch sind die Leistungen am individuellen Bedarf zu orientieren,
- g) die Entwicklung eines Gesamtkonzepts für Menschen, die auf Pflege, Assistenz oder Unterstützung angewiesen sind,
- h) eine sechswöchige bezahlte Pflegezeit für Erwerbstätige, die der Organisation der Pflege von Angehörigen oder nahestehenden Personen dient. In dieser Zeit erhalten abhängig Beschäftigte eine Lohnersatzleistung in Höhe von Arbeitslosengeld (I),
- i) effektive Maßnahmen, die die Arbeitsbedingungen in der Pflege/Assistenz verbessern und die Attraktivität des Berufes erhöhen. Es ist ein bundesweit verbindliches und einheitliches Personalbemessungsinstrument einzuführen, das auf dem individuellen Pflegebedarf beruht;

6. eine solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung einzuführen, um eine dauerhafte und solide Finanzierung für das Gesundheitssystem und für die Pflege zu gewährleisten sowie einen sozialen,

gerechten und solidarischen Ausgleich zu erreichen. Grundprinzipien der solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung sind:

- a) Menschen, die in Deutschland leben, werden Mitglieder der solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung.
- b) Die solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung garantiert für alle Menschen in der Krankenversicherung eine umfassende zuzahlungsfreie Regelversorgung; in der Pflege/Assistenz gewährleistet sie eine qualitativ hochwertige Versorgung.
- c) Der Beitrag richtet sich nach der individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit. Alle, auch heute privat Versicherte, zahlen den gleichen prozentualen Beitragssatz auf ihre Einkünfte aus Erwerbseinkommen, Mieten und Kapitalerträgen in die Bürgerinnen- und Bürgerversicherung ein.
- d) Die Beitragsbemessungsgrenze wird stufenweise angehoben und perspektivisch abgeschafft. Im ersten Schritt ist sie auf die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung anzuheben.
- e) Jeder Mensch erhält einen eigenständigen Kranken- und Pflegeversicherungsanspruch.
- f) Die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber tragen die Hälfte der Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeiträge auf Löhne und Gehälter ihrer Beschäftigten.
- g) Die Rolle der privaten Kranken- und Pflegeversicherung wird auf Zusatzversicherungen beschränkt.
- h) Rentnerinnen und Rentner zahlen in der Pflegeversicherung künftig nur den halben Beitragssatz, die andere Hälfte wird aus der Rentenversicherung beglichen. Der höhere Pflegebeitrag von Kinderlosen wird abgeschafft.

Berlin, den 5. Mai 2009

Dr. Gregor Gysi, Oskar Lafontaine und Fraktion

elektronische Vorab-Fassung*