

Wahlprüfstein DIE LINKE

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin

Gesundheitspolitik

Gesundheitspolitik

1. Wie wollen Sie das zukünftige Gesundheitssystem ausgestalten, um Mangelversorgung zu verhindern? (Wollen Sie Leistungen ausgliedern? Wollen Sie die Finanzierung des Systems verändern? Wollen Sie Zuzahlungen einführen? Wollen Sie den Bürgern mehr eigenverantwortliche Pflichten geben? Wollen Sie Zuteilungen vornehmen wie in Skandinavien oder England?)

Gesundheit ist ein Grund- und Menschenrecht. Anspruch linker Gesundheitspolitik ist es, allen Menschen in Deutschland unabhängig von der Größe des Geldbeutels eine hochwertige Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Jegliche Rationierung verschärft die bestehende gesundheitliche Ungleichheit. Zuzahlungen und Zusatzbeiträge sind zutiefst ungerecht und unsozial. Unter dem neoliberalen Dogma der Eigenverantwortung werden Leistungen gekürzt und Kosten auf Versicherte und Patientinnen und Patienten verlagert. Die Folgen der neoliberalen Politik der letzten 20 Jahre sind überall spürbar: Kliniken schreiben seit Jahren rote Zahlen, der Druck auf die Beschäftigten steigt, es gibt Unter-Über-, Fehlversorgung, Krankenkassen gehen zu einer restriktiven Bewilligungspraxis über, um Zusatzbeiträge zu vermeiden und so fort

Stattdessen macht DIE LINKE Vorschläge, wie die notwendigen Mittel für eine gute Versorgung gerecht erhoben werden können. Wir streiten für ein solide finanziertes öffentliches Gesundheitssystem. Krankenkassen müssen wieder ihre eigentlichen Aufgaben erfüllen: Leistungen zu finanzieren, Anwalt der Versicherten im Gesundheitssystem zu sein und eine qualitativ hochwertige Versorgung einzufordern. Dazu muss die Finanzgrundlage auf solide Füße gestellt werden.

Wir schlagen eine gerechte und solide Finanzierung vor, die Basis einer zukunftsfesten und hochwertigen Gesundheitsversorgung ist. Alle in Deutschland lebenden Menschen werden Mitglied der solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung. Sämtliche erforderliche Leistungen werden zur Verfügung gestellt, der medizinische Fortschritt wird einbezogen. Alle entrichten den gleichen Prozentsatz ihres gesamten Einkommens. Niemand soll aus der Verantwortung entlassen werden – weder durch eine Privatversicherung, noch durch eine Beitragsbemessungsgrenze, die die höchsten Einkommen entlastet. Das GKV-Finanzierungsgesetz und jegliche Zuzahlungen, Zusatzbeiträge und Beschränkung medizinisch notwendiger Leistungen gehören abgeschafft.

Nach einer wissenschaftlichen Studie kann so der Beitragssatz um 5 Prozent auf circa 10,5 Prozent sinken und langfristig dort bleiben. Hierbei ist die Abschaffung aller Zuzahlungen bereits eingerechnet. Dies erlaubt Spielräume für Beitragssenkungen, aber auch, um endlich z.B. Pflegekräfte, Hebammen oder Physiotherapeuten angemessen zu entlohnen. Die unteren und mittleren Einkommen werden entlastet (bis zu einem Bruttoeinkommen von 5.800 EURO im Monat). Die Binnennachfrage wird gestärkt mit positiven Effekten für die Beschäftigung. So machen wir die Kranken- und Pflegeversicherung solidarisch fit für die Zukunft.

Eine solidarische Finanzierung ist zukunftssicher, weil sie an den richtigen Stellschrauben ansetzt. Die Gesundheitsausgaben liegen seit 20 Jahren konstant bei 10 bis 11 Prozent des Bruttoinlandsprodukts – es gibt also keine Kostenexplosion. Die Beiträge der GKV steigen, weil sie nur aus den sinkenden Lohn- und Gehaltsanteilen gezahlt werden. Die am schnellsten wachsenden Einkommen (Gewinne und Kapitalerträge) werden nicht herangezogen. Das Einbeziehen aller Einkunftsarten in die solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung ist also logisch und sinnvoll.

2. Planen Sie die Übernahme der ambulanten fachärztlichen Versorgung durch Krankenhäuser mit angestellten Ärzten? Bevorzugen Sie eine Leistungserbringung durch Angestellte oder durch freiberuflich selbständige Ärzte? (Welche Vorstellungen haben Sie von Kooperationsmodellen an der Schnittstelle ambulant – stationär? Befürworten Sie eine (Teil-) Leistungserbringung bei stationären Patienten durch freiberufliche Konsilärzte?)

DIE LINKE will die ineffektive und teure Trennung von ambulanten und stationären Einrichtungen schrittweise überwinden. Niedergelassene Ärzte, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Krankenhäuser, ambulante und stationäre Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie diagnostische Zentren müssen sich regional vernetzen und konsequent am Bedarf der Bevölkerung ausrichten. Alle Gesundheitseinrichtungen müssen barrierefrei sein.

Ferner wollen wir das Vordringen profitorientierter Kapitalgesellschaften und Konzerne in die stationäre und ambulante Versorgung unterbinden und dort, wo bereits geschehen, durch Rückführung in kommunales oder freigemeinnütziges Eigentum wieder in das Solidarsystem integrieren. Leistungen müssen wirtschaftlich erbracht werden, aber: Nicht der Profit, sondern der Mensch muss im Mittelpunkt stehen! MVZ müssen den poliklinischen Gedanken aufgreifen. Verschiedene medizinische Fachrichtungen arbeiten unter einem Dach, um eine Versorgung der kurzen Wege und geringen Wartezeiten unbürokratisch zu ermöglichen.

Grundvoraussetzung für Zufriedenheit im Beruf von Medizinerinnen und Medizinern ist unbestritten die Therapiefreiheit; folglich darf kein MVZ-Inhaber in diese verbrieften Rechte eingreifen.

Nicht nur für Absolventinnen und Absolventen der Medizin, sondern auch für viele andere Heilberuflerinnen und Heilberufler ist die Möglichkeit, als Angestellte in poliklinischen Einrichtungen zu arbeiten, attraktiv. Dort sind sie vom Abrechnungswust weitgehend befreit, müssen das Risiko einer eigenen Praxis nicht tragen, können ihre Arbeitszeit flexibel nach den Bedürfnissen der Familie gestalten und sich – sofern erforderlich – in der flexiblen Arbeitswelt auch kurzfristig für einen anderen Wohn- und Arbeitsort entscheiden.

3. Wie wollen Sie dem drohenden Ärztemangel begegnen? (Wie stellen Sie sich die Finanzierungshilfen für die Facharzt-Weiterbildung vor? Wie wollen Sie die Versorgung der Patienten sicherstellen, bzw. auf welches Niveau soll diese abgesenkt werden? Planen Sie die Herausnahme der Mediziner Ausbildung aus dem akademischen Studiengang und Ersatz durch eine Fachhochschulqualifikation (Bolognaprozess, Bachelor-Studiengang für Ärzte)?)

DIE LINKE fordert, dass der Einsatz von Ärztinnen und Ärzten nicht den Interessen einzelner Akteure im Gesundheitssystem unterworfen wird, sondern in erster Linie dem Wohl der Patientinnen und Patienten dient. Das Instrument der Bedarfsplanung bleibt erforderlich. Der Bedarf muss künftig kleinräumig und wohnortnah festgestellt werden. Dabei sind die Alters-, Geschlechts- und räumliche Struktur, die Bevölkerungsdichte und insbesondere die gesundheitliche Situation sowie die Mobilität der Bevölkerung zu berücksichtigen. Die Versorgungsanalyse wie die Versorgungsplanung sollten künftig den ambulanten wie stationären Bereich gleichermaßen umfassen.

Die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten, aber auch die Vergütungsstrukturen und Arbeitsbedingungen begünstigen momentan eher einen Zuwachs im fachärztlichen Bereich. Wir sehen diese Entwicklung sehr kritisch. Nicht nur aufgrund der Verteilung, sondern gerade auch aufgrund der Altersstruktur von Hausärztinnen und Hausärzten im ländlichen Raum ist ein Gegensteuern notwendig. Hierzu ist es wichtig bereits im Studium die Anbindung bzw. den Einblick in die hausärztliche Berufswelt zu verstärken. Die Allgemeinmedizin an den Universitäten muss gezielt gestärkt werden. Hausärztinnen und Hausärzte sollten bei der Honorarverteilung in den Kassenärztlichen Vereinigungen besser berücksichtigt werden, in dem die „sprechende Medizin“, die insbesondere in der hausärztlichen Versorgung wichtig für die Versorgungsqualität ist gegenüber der „Gerätemedizin“ höher bewertet wird.

4. Wie stehen Sie zur Frage der „De-Professionalisierung“ des Arztberufes? (Welche Tätigkeiten wollen Sie an nichtärztliche Leistungserbringer übertragen? Wo endet für Sie der so genannte Arztvorbehalt?)

Neue Versorgungsformen, wie poliklinische Strukturen oder Gemeindeschwesterstationen, sind zu fördern. So sollten erfolgreich erprobte Modellprojekte, wie beispielsweise AGnES (Arztentlastende, Gemeinenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) überall angewendet werden, um die Ärztin oder den Arzt vor Ort zu entlasten. Die gesetzlichen Regelungen hierfür sind geschaffen. Sie müssen nun vor Ort genutzt werden. Allerdings müsste die gesetzliche Beschränkung auf unterversorgte Gebiete aufgehoben und die Aufgaben ausgeweitet werden. Das Gemeindeschwestermodell verdient eine Renaissance.

5. Beabsichtigen Sie, die Krankenhausfinanzierung auf neue Grundlagen zu stellen oder belassen Sie es bei der Fortführung der dualen Finanzierung?

Den Vorschlag einer monistischen Krankenhausfinanzierung halten wir für falsch, weil er viel größere Probleme schaffen würde. Wer die Krankenkassen für die Investitionen zahlen lassen will, der muss auch die Planung in die Hände der Kassen legen (Konnexitätsprinzip). Wir halten es für richtig, dass ein demokratisch legitimiertes Organ die Krankenhausplanung und damit auch die

Investitionsfinanzierung übernimmt. Wenn die Länder dieses Organ sein sollen, dann müssen sie auch in die Lage versetzt werden, dieser Aufgabe gerecht zu werden. Die Probleme liegen nicht in der dualen Finanzierung begründet, sondern sind Folgen der neoliberalen Politik der letzten 20 Jahre.

DIE LINKE fordert eine öffentlich organisierte, angemessen finanzierte und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Länder und Kommunen müssen eine flächendeckende Krankenhausinfrastruktur sichern und für Neuanschaffungen, An- und Umbauten sowie Modernisierungen die erforderlichen Mittel bereitstellen. Die Krankenkassen haben den Betrieb angemessen zu sichern. Diese zwei Standbeine der Krankenhausfinanzierung wollen wir erhalten. Die Krankenhausplanung sollte deshalb in der Verantwortung der Länder bleiben. Die mangelhafte Finanzierung liegt nicht an dem Willen der Länder, sondern an deren fehlenden Mitteln, die sie zum Sparen zwingen. DIE LINKE will dieses Problem mit ihrer Steuerpolitik zugunsten der Länder und Kommunen lösen. Von der Qualität dieser Planung und ihrer intelligenten Verzahnung mit dem ambulanten Bereich hängen maßgeblich Strukturen und damit auch Finanzbedarfe ab. Von den Krankenhäusern muss der Druck genommen werden, Aufgaben ausgliedern und prekäre Arbeitsverhältnisse zu schaffen. Private Kliniken sind in nicht-kommerzielle Trägerschaften zu überführen, der frei-gemeinnützige Bereich ist zu stärken.

Die LINKE stellt sich gegen marktradikale Mechanismen im Gesundheitswesen. Statt Wettbewerb und Privatisierung müssen Solidarität und Parität Leitgedanken der sozialen Sicherungssysteme und vor allem des Gesundheitswesens insgesamt sein. Dazu muss die Finanzgrundlage auf solide Füße gestellt werden. Dadurch, dass in unserer Bürgerinnen- und Bürgerversicherung alle Menschen mit allen Einkommen solidarisch an der Finanzierung beteiligt werden, kann der Beitragssatz um 5 Prozent auf 10,5 Prozent sinken und langfristig dort bleiben. Hierbei ist Abschaffung aller Zuzahlungen bereits eingerechnet. Dies erlaubt Spielräume für Beitragssenkungen, aber auch, um Krankenhäusern genügend Mittel für die medizinische Versorgung zur Verfügung zu stellen und die Beschäftigten endlich angemessen zu entlohnen.

6. Wer soll zukünftig den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Patientenversorgung gewährleisten, wenn das KV-System dazu nicht mehr in der Lage sein wird? (Wer definiert Art und Umfang des Sicherstellungsauftrages? Wollen Sie Versicherungsmodelle in der Eigenverantwortung des Bürgers reduzieren oder stärken?)

DIE LINKE befürwortet eine transparente und demokratische Selbstverwaltung. Wir betrachten es grundsätzlich skeptisch, wenn sich die Politik in medizinische Fachfragen einmischt. Stattdessen sollte sie einen normativen Rahmen für eine hochwertige, barrierefreie, diskriminierungsfreie und gerechte Gesundheitsversorgung schaffen. Dass die genaue Ausgestaltung des Leistungskataloges auf hohem Niveau durch die gemeinsame Selbstverwaltung erfolgen kann, beweist der Gemeinsame Bundesausschuss. Auch die Übertragung öffentlicher Aufgaben an die Körperschaften der Selbstverwaltung bewährt sich grundsätzlich, obwohl wir durchaus etliche Defizite bei der Transparenz, der demokratischen Legitimierung und zum Teil der Umsetzung der Gemeinwohlverpflichtung sehen. Trotzdem ist die Selbstverwaltung richtig und notwendig, damit die konkreten Regelungen nah an der Versorgungswirklichkeit und patientenorientiert getroffen werden können sowie aktuelle Entwicklungen schnell aufgegriffen werden können.

Die Verantwortung für die richtige und angemessene Versorgung trägt die Ärztin und der Arzt als medizinische Fachpersonen und nicht der Patient bzw. die Patientin im Sinne von Eigenverantwortung. Denn das Kostenbewusstsein von Patientinnen und Patienten kann zur Nichtinanspruchnahme von notwendigen Leistungen und zu verminderter Compliance bzw. Adherence führen. Die Patientinnen und Patienten sollen darauf vertrauen können, dass sie die für sie beste Behandlung erhalten.