

Antrag

der Abgeordneten Kathrin Vogler, Susanne Ferschl, Heidi Reichinnek, Gökyak Akbulut, Matthias W. Birkwald, Jörg Cezanne, Ates Gürpınar, Dr. Petra Sitte, Sören Pellmann und der Gruppe Die Linke

Gesundheit für alle – Modern, gemeinwohlorientiert und solidarisch

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Der Zugang zu Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht. Dieses Menschenrecht ist durch die derzeitige Ausgestaltung des Gesundheitswesens in Deutschland gefährdet. Mit 12,8 Prozent der Wirtschaftsleistung ist unser Gesundheitswesen nach dem der USA das zweitteuerste weltweit (OECD, Health at a glance 2023). Bei der Sterblichkeit an unterschiedlichen Krankheiten ist Deutschland aber nur im Mittelfeld der Industriestaaten. Bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit ist Deutschland auf den hinteren Plätzen zu finden.

Der Zugang zum Gesundheitswesen ist nicht für alle gleich: insbesondere arme, zugewanderte oder Menschen mit Behinderungen, Pflegebedarf und chronischen Krankheiten, aber auch psychisch Erkrankte haben größere Schwierigkeiten als Andere, eine angemessene Versorgung in ihrem Wohnumfeld zu erhalten.

Auch teils sehr komplexe Gesetzesvorhaben der Bundesregierung ändern daran wenig, da sie zu kleinteilig sind. Denn unser Gesundheitswesen leidet an einer systemischen Multiorganerkrankung. Ohne Ursachenbekämpfung wird sie nicht zu heilen sein:

Die Politik der vergangenen Jahrzehnte hat weite Teile unserer Gesundheitsversorgung den Prinzipien von Markt und Profit unterworfen. Krankenhäuser wurden privatisiert und damit auf das Ziel größtmöglicher Gewinne orientiert. Große Finanzinvestoren dringen in den Bereich der ambulanten Versorgung ein und kaufen Arzt- und Zahnarztstühle auf, um Medizinische Versorgungszentren zu gründen. Diese spezialisieren sich häufig auf besonders lukrative Behandlungen und entziehen sich dem allgemeinen Versorgungsauftrag. Private Investoren betreiben Pflegeheime einzig als Renditeobjekte, statt dort eine individuell abgestimmte und wohnortnahe Pflege zu ermöglichen.

Die Lage vieler Krankenhäuser ist im Spannungsfeld zwischen Investitionsstau und steigenden Kosten inzwischen kritisch. Arzt- und Zahnarztpraxen im ländlichen Raum finden keine Nachfolger:innen, Schwangere und Gebärende müssen weite Wege zurücklegen, um die nächste Geburtshilfestation zu erreichen. Termine bei Fachärzt:innen oder Psychotherapeut:innen sind auch in akuten Notlagen für gesetzlich Versicherte zu oft schwer erreichbar. Die Wartelisten von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten werden länger und länger – und in der

Zwischenzeit bekommen pflegende Angehörige kaum die Unterstützung, die sie brauchen.

Notwendige und alltägliche Arzneimittel sind immer häufiger nicht verfügbar und die Zahl der Apotheken ist auf dem niedrigsten Stand seit 40 Jahren.

Die Vorsitzenden der Krankenhausgesellschaft, der KBV, der KZBV und des Apothekenverbandes ADBA konstatierten kürzlich gemeinsam, die Versorgung der Bevölkerung in der Fläche sei durch Krankenhaussolvenzen, Mangel an Ärzt:innen und Zahnärzt:innen und Apothekensterben akut gefährdet. Eine solch geharnischte Kritik an der gesundheitspolitischen Lage und dem fehlenden und unzureichenden Handeln einer Bundesregierung hat es in Deutschland lange nicht gegeben.

Für eine wohnortnahe, barrierefreie Versorgung auf hohem Niveau reichen Reformen in einzelnen Sektoren nicht mehr aus. Wir müssen Gesundheitsversorgung neu denken und grundsätzlich anders organisieren: modern, gemeinwohlorientiert und solidarisch. Wir brauchen Kooperation statt Konkurrenz und Vernetzung statt Versäulung, um in einem hoch komplexen System allen Menschen wohnortnah die bestmögliche Versorgung anbieten zu können.

In den Krankenhäusern herrscht seit Jahren Pflegenotstand. Die versprochene gesetzliche Personalbemessung durch die Ampel kommt nur als Mogelpackung. Die Voraussetzung für eine gute und sichere Versorgung im Krankenhaus sind verbindliche und bedarfsgerechte gesetzliche Personalvorgaben für alle Berufsgruppen. Wissenschaftlich fundierte Personalvorgaben bringen eine Vielzahl positiver Effekte mit sich: Sie verbessern die Patientensicherheit, erhöhen die Transparenz durch Veröffentlichung in den Qualitätsberichten und verbessern die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten.

Das Gesundheitswesen inklusive der Langzeitpflege ist als größte Branche bundesweit auch ein wichtiger Arbeitsmarkt. Die hohe Nachfrage nach Arbeitskräften führt jedoch nicht automatisch zu besseren Arbeitsbedingungen und höherer Bezahlung.

Die Privatisierung der Krankenhäuser hat nicht etwa zu einer Kostensenkung in diesem Bereich geführt, sondern zu steigenden Kosten bei steigender Arbeitsbelastung für die Beschäftigten bei verkürzten Liegezeiten der Patient:innen.

Die Versorgung mit wirksamen und sicheren Arzneimitteln zu fairen Preisen ist aktuell oft nicht sichergestellt. Die Bundesregierung verfolgt hier eine Strategie des Entgegenkommens gegenüber der pharmazeutischen Industrie und deren Gewinnerwartungen. Höhere Medikamentenpreise in Deutschland belasten aber nicht nur die gesetzlichen Krankenkassen hierzulande, sondern in noch viel höherem Maße die Gesundheitssysteme ärmerer EU-Mitgliedsstaaten und beeinträchtigen deren Möglichkeiten, ihre Bevölkerung ausreichend und bezahlbar zu versorgen.

Die Bundesregierung blockiert jedoch aktuell in der EU alle Bemühungen, zu einer gemeinsamen Beschaffungs- und Preispolitik zu kommen.

Für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung liegen seit vielen Jahren gangbare Reformkonzepte auf dem Tisch. Die bestehenden Probleme werden nicht angegangen. Die Idee, dass alle nach ihrem Einkommen einzahlen und nach ihrem Bedarf Leistungen erhalten, erfährt höchste Zustimmung in der Bevölkerung, ist aber unzureichend umgesetzt. Wer Einkommen aus Kapital statt aus Arbeit hat, muss darauf keine Beiträge zahlen. Wer ein hohes Einkommen hat, zahlt ab 62.100 Euro brutto im Jahr keine Beiträge. Wer selbständig ist und ein sehr geringes Einkommen hat, zahlt trotzdem, als hätte er*sie ein höheres Einkommen. Doppelverdienerhaushalte zahlen bei gleichem Einkommen höhere Beiträge als Hauptverdienerhaushalte. Bestimmte Gruppen dürfen sich ganz der Solidarität entziehen und in die private Krankenversicherung wechseln.

Mit einer solidarischen Gesundheitsversicherung ohne Beitragsbemessungsgrenze könnten die Beiträge für niedrige und mittlere Einkommen bis etwa 6.500 Euro brutto monatlich gesenkt und zugleich die Leistungen verbessert werden.

- II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, ihm Gesetzentwürfe vorzulegen, die folgende Maßnahmen beinhalten:
1. Die Sektorengrenzen müssen überwunden und regionale Versorgungsnetze aufgebaut werden. Für Patient:innen wird eine verlässliche Anlaufstelle eingerichtet, die ihnen wohnortnah Diagnostik und Therapie anbietet und ihnen bei Bedarf einen stationären Platz in einem Krankenhaus besorgen kann.
 2. Als zukünftiges Rückgrat einer integrierten, wohnortnahen Versorgung sollen interdisziplinäre medizinische Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft dienen. Sie erbringen ambulante, stationäre und notfallmedizinische Leistungen und stellen die Anbindung an Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen sicher.
 3. Ergänzend dazu sollen Maßnahmen in den Ländern gefördert werden, die der aufsuchenden Gesundheitsversorgung dienen, wie Doc-Mobile und arztunterstützende medizinische Fachkräfte, die chronisch kranke, pflegebedürftige und behinderte Menschen in Zusammenarbeit mit dem Arzt/der Ärztin zuhause betreuen.
 4. Telemedizinische Leistungen sollen zur Erleichterung der Versorgung gefördert werden, dürfen aber nicht zum Ersatz für wohnortnahe und aufsuchende Angebote im ländlichen Raum werden.
 5. Durch eine Ausbildungsinitiative gemeinsam mit den Ländern sollen nicht-ärztliche Gesundheitsfachberufe wie Pflegefachkräfte, Ergo- und Physiotherapeut:innen, MFA, ZMFA, Notfallsanitäter:innen, Apotheker:innen, PTA und andere aufgewertet werden. Die Ausbildung in vielen Gesundheitsberufen muss modernisiert, in öffentlicher Hand und für die Auszubildenden kostenlos sein.
 6. Die Anerkennung von Ausbildungsleistungen aus anderen Ländern soll erleichtert werden. Für Geflüchtete und Asylsuchende soll deutlich erleichtert werden, eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf zu absolvieren und eine dauerhafte Arbeitserlaubnis und einen sicheren Aufenthalt in Deutschland unabhängig von der Anerkennung als Asylberechtigte zu erhalten.
 7. Die Attraktivität der Gesundheitsberufe soll durch kürzere Arbeitszeiten in Verbindung mit einer Anti-Stress-Verordnung und guten Löhnen gesteigert werden. Dafür ist eine Erhöhung der Tarifbindung, die regelmäßige Anpassung der GKV-Honorare an die Inflation und eine konsequente Kontrolle der Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes auch in Krankenhäusern und Rettungsdiensten notwendig.
 8. Die Digitalisierung soll vorgebracht werden, muss sich aber konsequent am Nutzen für die Patient:innen und für den wissenschaftlichen Fortschritt orientieren. Sie darf nicht den Ausverkauf höchst sensibler Gesundheitsdaten auf EU-Ebene zugunsten privater Interessen vorbereiten, wie es die Bundesregierung mit ihren Digitalisierungsgesetzen und der Zustimmung zum „Europäischen Gesundheitsdatenraum“ (EHDS) tut.
 9. Die geplante Krankenhausreform darf nicht einfach zur Schließung weiterer Krankenhäuser und Stationen führen, sondern soll die Kliniken als Teil eines integrierten, ambulant-stationären Systems weiterentwickeln.
 10. Die Fallpauschalen in der Krankenhausfinanzierung sollen komplett abgeschafft und durch ein Finanzierungssystem der Selbstkostendeckung ersetzt werden. Sowohl Gewinne als auch Verluste sind damit weitestgehend ausgeschlossen.

11. Die Einhaltung der Vorgaben zur Personalbemessung muss kontrolliert und bei Verstößen durch verbindliche Leistungsreduzierung seitens der zuständigen Aufsichtsbehörde wirksam unterbunden werden, z.B. durch zeitweise Reduzierung der Patientenzahlen oder der vorgehaltenen Betten.
12. Um den Investitionsstau in den Krankenhäusern abzubauen, soll ein Bundesprogramm zur Sicherung der Krankenhausinfrastruktur geschaffen werden. Jeder von den Ländern zusätzlich finanzierte Euro, der über den aktuellen (Durchschnitts-)Betrag der Investitionsförderung hinausgeht, soll mit einem Euro aus Mitteln des Bundeshaushalts bezuschusst werden.
13. Um den Ländern einen größeren Finanzierungsspielraum zu gewähren, wird die Vermögensteuer wiedereingeführt.
14. Die Planung von Versorgungsstrukturen soll demokratisiert und regional am gesellschaftlichen Bedarf ausgerichtet werden. Dafür werden die öffentlichen Gesundheitsdienste ausgebaut und regionale Planungskonferenzen geschaffen, in denen auch die Beschäftigten mit ihren Gewerkschaften, die Sozialverbände und die Interessenvertretungen von Patient:innen mitwirken.
15. Der Ausbreitung von „Private Equity-“/investorenbetriebenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Pflegeheimen und Krankenhäusern muss ein Riegel vorgeschoben werden.
16. Sowohl in der Prävention als auch in der Versorgung muss die Überwindung sozialer Ungleichheit als größter Risikofaktor für schwere und chronische Erkrankungen, frühen Pflegebedarf und vorzeitige Todesfälle zum übergeordneten Leitbild werden.
17. Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung soll auf eine breitere Basis gestellt werden. Es wird eine solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung eingeführt, in die alle Menschen nach ihrem gesamten Einkommen einzahlen, auch diejenigen, die sich derzeit privat versichern müssen oder dürfen, auch Beamt:innen, Selbstständige und Politiker:innen. Die Beitragsbemessungsgrenze wird abgeschafft.
18. Zuzahlungen und Selbstbehalte für notwendige gesundheitliche Leistungen, wie etwa für Medikamente und Hilfsmittel, im Krankenhaus und bei der Physiotherapie werden abgeschafft, um den Zugang zur Versorgung unabhängig vom Einkommen der Patient:innen zu gestalten und eine bessere Therapieadhärenz zu gewährleisten. Dies gilt auch für Zahnersatz, Sehhilfen oder Hörgeräte.
19. Die pflegebedingten Leistungen werden von der solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung übernommen. Die Investitionskosten in der stationären Pflege werden wie vorgesehen von den Ländern getragen und nicht weiter den Pflegebedürftigen übergeholfen.
20. Pflegenden Angehörigen werden in der aktuellen Pflegesituation eigenständig finanziell abgesichert und über bessere Rentenleistungen vor Altersarmut geschützt.
21. Die Wartezeit auf einen Behandlungstermin muss sich nach der Dringlichkeit richten, nicht nach dem Versicherungsstatus. Die Honorierung muss daher vereinheitlicht werden.
22. Bis zur vollständigen Umsetzung einer solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung, die alle Menschen umfasst, sollen unversicherte Menschen unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus – z.B. durch einen anonymen Krankenschein – Zugang zum regulären Gesundheitswesen bekommen.

- III. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, sich auf EU-Ebene
1. als Gegenpunkt zur Privatisierung für einen Kommunalisierungsfonds der EU im Gesundheits- und Pflegesystem einzusetzen, mit dessen Unterstützung beispielsweise Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen kommunalisiert werden können;
 2. eine gemeinsame Arzneimittelbeschaffung in der EU voranzutreiben, mit dem Ziel zu insgesamt niedrigeren Preisen und zu mehr Versorgungssicherheit beizutragen;
 3. gegen jede Aufweichung von Datenschutz und Datensouveränität bei Gesundheitsdaten einzusetzen und bei der europäischen digitalen Patientenakte zumindest eine Opt-Out-Lösung vorzusehen.

Berlin, den 14. Mai 2024

Heidi Reichinnek, Sören Pellmann und Gruppe

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt