

Fragekatalog und Antworten der Linken

Organisation und Finanzierung des Versicherungssystems

1. Das Solidaritätsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) war schon immer eingeschränkt durch

- Beitragsbefreiung und private Versicherungsmöglichkeiten und
- Beitragsbemessungsgrenzen für Besserverdienende.

In den letzten Jahren ist die GKV immer unsolidarischer geworden durch

- Zuzahlungen der Versicherten (z. B. durch Praxisgebühr und Medikamentenzuzahlungen) und
- Aushöhlung der Parität durch Begrenzung der Arbeitgeberbeiträge.

Im Ergebnis laufen alle Einschränkungen des Solidaritätsprinzips darauf hinaus, Schwächere finanziell stärker zu belasten und hohe Einkommen zu entlasten. Diese Tendenzen ließen sich durch die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung oder eines einheitlichen steuerfinanzierten Gesundheitsfonds umkehren.

Werden Sie in der kommenden Legislaturperiode eine solidarische Bürgerversicherung oder einen steuerfinanzierten Gesundheitsfonds für *alle* einführen bzw. folgende Schritte in diese Richtung unternehmen:

- **Abschaffung von Beitragsbefreiung und Beitragsbemessungsgrenzen**
- **Abschaffung der privaten Zuzahlungen?**

2. Die GKVen haben in den letzten 15 Jahren erhebliche Einnahmeausfälle durch hohe Arbeitslosigkeit und sinkendes Lohnniveau in Relation zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hinnehmen müssen. Obwohl der Anteil des Gesundheitssektors am BIP über Jahrzehnte relativ gleich geblieben ist, leidet das System deswegen unter Unterfinanzierung. Eine Erhöhung der Einnahmen wäre möglich, wenn nicht nur die Einkünfte aus unselbständiger Arbeit, sondern i. S. einer solidarischen Versicherungspflicht alle Einkunftsarten zur Finanzierung der Gesundheitskosten herangezogen würden.

DIE LINKE steht für die solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung. Unsere Eckpunkte:

- Alle Menschen, die in Deutschland leben, werden Mitglied der solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung.
- Die solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung garantiert für alle Menschen eine umfassende zuzahlungsfreie Regelversorgung.
- Der Beitrag richtet sich nach der individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit.
- Die Beitragsbemessungsgrenze wird stufenweise angehoben und perspektivisch abgeschafft.
- Jeder Mensch erhält einen eigenständigen Krankenversicherungsanspruch.
- Die Arbeitgeber tragen die Hälfte der Krankenversicherungsbeiträge ihrer Angestellten.
- Zuzahlungen, Praxisgebühr und "Zusatzbeiträge" des Gesundheitsfonds werden abgeschafft.

- Die private Krankenversicherung wird auf Zusatzversicherungen beschränkt.

*

**Planen Sie für die nächste Legislaturperiode entsprechende Initiativen?
Welche konkreten Vorschläge haben Sie entwickelt?**

DIE LINKE fordert: Alle zahlen nach ihrer Leistungsfähigkeit in die GKV ein, d. h. alle Einkommensarten werden beitragspflichtig. Am Grundsatz der entgeltbezogenen paritätischen Beitragsfinanzierung wird festgehalten. Grundsätzlich werden Einkommen aus unselbständiger und selbständiger Arbeit sowie Kapital-, Miet- und Zinseinkünfte und sonstige Einkommen zur Beitragszahlung herangezogen.

Die Beitragsbemessungsgrenze wird mittels eines Stufenplans angehoben. Zur besonderen sozialen Gestaltung der Beitragsbemessungsgrundlagen werden zwei getrennte Beitragsäulen für Arbeitseinkommen einerseits (Löhne und Gehälter sowie Einkommen aus selbständiger Arbeit, Landwirtschaft und Gewerbebetrieb) und für Vermögenseinkommen andererseits eingeführt. Die Beitragsbemessungsgrenze wird in beiden Säulen im ersten Schritt wie bei der Rentenversicherung angesetzt. In der Beitragsbemessung auf Vermögenseinkommen (2. Säule) wird über den Sparerfreibetrag hinaus (114,- Euro) ein monatlicher Freibetrag in Höhe von 200,- Euro eingestellt. Perspektivisch soll die Beitragsbemessungsgrenze ganz aufgehoben werden.

*

3. Der 1993 eingeführte „Wettbewerb“ unter den gesetzlichen Krankenkassen hat nicht zu einer Verbesserung der Leistungen oder zu einem Abbau von Verwaltungskosten geführt, sondern im Gegenteil zu einem Werbeaufwand in Milliardenhöhe (u.a. um Patienten mit „guten“ Risiken) geführt, der die Kosten des Systems insgesamt erhöht hat.

Auch der Gesundheitsfonds, der durch den morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich und einen zunächst einheitlichen Beitragssatz solidarische Elemente enthält,

- verschärft den Wettbewerb der Kassen um risikoarme Mitglieder durch die Ermöglichung von Beitragsrückgewähr und Wahltarife, die weitgehend nur von Jungen und Gesunden genutzt werden
- ergänzt ihn durch einen Wettbewerb um solche chronisch kranken PatientInnen, die in den Morbiditäts-Risikostrukturausgleich einbezogen sind.

Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich verursachen zudem einen weiteren Aufwand an Bürokratie und Kosten, der bei einer einheitlichen Krankenversicherung wie in Frankreich oder einem steuerfinanzierten Gesundheitsfonds für alle wie in den skandinavischen Ländern entfallen würde.

Werden Sie Schritte unternehmen, um den unsinnigen und kostenträchtigen Wettbewerb um risikoarme und/oder chronisch kranke Versicherte abzuschaffen?

DIE LINKE will die Einführung der solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung. In ihr werden einheitliche prozentuale Beitragssätze gelten, die solidarisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern aufgebracht werden.

Dem Wettbewerb der Krankenkassen stehen wir ablehnend gegenüber. Die mit der letzten Gesundheitsreform verabschiedeten Wahltarife der Krankenkassen sind der Versuch, die Solidargemeinschaft zu spalten. Junge und gesunde Versicherte können so Beiträge einsparen, während chronisch Kranke nur der "Vollkaskotarif" bleibt. Das halten wir für sozialpolitisch unverantwortlich.

Die Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen ist von über 2000 Kassen bereits auf unter 200 Kassen geschrumpft. DIE LINKE ist der Meinung, dass wir mit einer weitaus geringeren Anzahl von Kassen auskommen können. Solange es verschiedene Kassen gibt, brauchen wir den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Dieser muss umfassend alle Krankheiten umfassen.

Es gibt auch Stimmen innerhalb der Linken, die sich für eine Einheitsversicherung aussprechen. Diese vertreten wie attac den Standpunkt, dass eine einheitliche Krankenversicherung wesentlich weniger Verwaltungskosten verursachen würden. Die Gegner einer solchen Regelung machen geltend, dass es bei einer Einheitsversicherung keine Möglichkeit mehr gäbe, bei Unzufriedenheit mit der eigenen Krankenkasse diese zu wechseln. Eine endgültige Positionierung zu diesem Punkt steht noch aus.

*

4. Die umlagefinanzierte Rentenversicherung ist durch eine kapitalgedeckte private Versicherung („Riester-Rente“) ergänzt worden. Dieses System hat sich nicht bewährt, weil

- es keine höheren Renten sichert als die bisherige gesetzliche Versicherung, sondern lediglich den Anteilseignern der privaten Versicherungen zusätzliche steuerfinanzierte Renditen verschafft und
- private Rentenfonds für die existenzsichernde Daseinsvorsorge den Unwägbarkeiten des Kapitalmarktes ausgesetzt sind und ja auch wesentlich zur gegenwärtigen Finanzkrise beigetragen haben.. Damit sind existentielle Risiken besonders für einkommensschwache Bevölkerungsschichten ohne Vermögensrücklagen geradezu vorprogrammiert!

Es bestehen Befürchtungen, dass ähnliche Finanzierungsmodelle auch in die GKV übernommen werden sollen.

Beabsichtigt Ihre Partei, Elemente von Kapitaldeckung in die GKV aufzunehmen oder werden Sie Tendenzen entgegnetreten, die GKV zugunsten kapitalgedeckter Krankenversicherungen abzuschaffen oder einzuschränken?

DIE LINKE hält an dem Umlageverfahren fest. Allerdings soll die Einkommensbasis auf alle Einkommensarten erweitert werden. Vorschläge zur Kapitaldeckung führen nur dazu, dass noch mehr mit Versichertengeldern spekuliert werden kann. Eine solche Rückstellung ist

reine Kosmetik: Niemand kann sagen, welche Kosten im Gesundheitssystem in 20 oder 30 Jahren anfallen werden. Insofern wird DIE LINKE sich massiv gegen den Versuch, kapitalgedeckte Krankenversicherungen einzuführen, einsetzen.

*

Privatisierung der Gesundheitsversorgung

5. Mit der im März 2000 von der EU beschlossenen „Lissabon-Strategie“ und daraus abgeleiteten Initiativen (z. B. die sog. Dienstleistungsrichtlinie) wird ein nahezu ausschließlich an wettbewerbsorientierten Gesichtspunkten ausgerichteter Umbau öffentlicher Dienstleistungen zugunsten von privatwirtschaftlichen Anbieterstrukturen und Gesundheitskonzernen angestrebt. Im Gesundheitsbereich betrifft das ganz besonders jetzt schon den Bereich der Krankenhausbetreiber und in schleichendem, aber zunehmendem Maße auch die ambulante medizinische Versorgung (z.B. über den Zugriff der privaten Gesundheitskonzerne auf die sog. „integrierte Versorgung und den Betrieb von medizinischen Versorgungszentren (MVZ)). Dies führt u. a. – wie an dem so ausgerichteten Gesundheitsversorgungssystem in den USA feststellbar - zu:

- völliger Entsolidarisierung der Gesundheitsversorgung mit Spitzenmedizin für wenige Wohlhabende und Einkommensstarke und „Notversorgung“ für diejenigen, die sich die hohen Versicherungsprämien oder Zuzahlungen nicht leisten können
- Verschärfung der Arbeitsbedingungen (Arbeitsverdichtung, Personalabbau) und Lohndumping für die Beschäftigten zur Erzielung möglichst hoher Kapitalrenditen der Investoren
- einer erheblichen Verschlechterung der Qualität der medizinischen Versorgung bei gleichzeitiger Verteuerung der Gesundheitskosten

Wird sich Ihre Partei für den Erhalt eines Gesundheitssystems einsetzen, in dem die Versorgungsstrukturen in öffentlich-rechtlichen oder genossenschaftlichen Trägerschaften verbleiben bzw. betrieben werden und Maßnahmen zur Rücknahmen der Privatisierungselemente ergreifen?

DIE LINKE fährt seit Jahren die Antiprivatisierungs-Kampagne. Sie steht der Vermarktung dieses Bereiches der öffentlichen Daseinsvorsorge ablehnend gegenüber. Private Krankenhäuser sollen nach Möglichkeit rekommunalisiert werden. Ein Vordringen privater Klinikketten in den ambulanten Markt durch Bildung eigener Medizinischer Versorgungszentren gilt es zu verhindern. Wir wollen eine Gesundheits-Infrastruktur, in der öffentliche, freigemeinnützige und inhabergeführte Einrichtungen die tragende Säulen bilden.

*

6. Die zunehmende Privatisierung von Behandlungskosten und Versicherungsformen in den GKV-en birgt das Risiko, dass der Europäische Gerichtshof letztere nicht mehr als soziale Organisationen, die auf dem Prinzip der Solidarität beruhen, sondern als wirtschaftliche Unternehmen betrachtet, die dem europäischen Wettbewerbsrecht unterliegen. Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Leistungserbringern könnten dann als „wettbewerbswidrige Kartelle“ eingestuft werden. Die Festsetzung von Arzneimittelfestbeträgen z. B. könnte den Krankenkassen dann verboten werden, was zu einer erheblichen Verteuerung der Arzneimittelkosten führen würde.

Mit welchen Maßnahmen werden Sie dieser Gefahr der Aberkennung des besonderen Schutzes der Gesundheitsversorgung entgegenwirken?

Der europäische Zugriff kann nur solange verhindert werden, wie die Krankenkassen als Teil des Sozialsystems anerkannt werden. Bereits in der Debatte zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz haben wir darauf verwiesen, dass mit der Einführung von Wettbewerbselementen der Charakter der Sozialversicherung schwindet. Die EU-Dienstleistungsrichtlinie lehnen wir ab, weil wir auch in ihr eine Gefahr für den Fortbestand der GKV sehen. Indem die einzelnen Mitgliedsstaaten gegeneinander ausgespielt werden, wird das Feld bereitet für profitorientierte Geschäftsmodelle, die auf neue Märkte hoffen. Die Auswirkungen auf Arzneimittelfestbeträge, Sicherstellungsauftrag, Krankenhausplanung, Selektivverträge, aber auch die drohende Mehrwertsteuer wären verheerend für die Kosten der Versicherten und die Versorgungsstruktur in Deutschland.

*

Regelung der ambulanten Versorgung

7. In der öffentlichen Diskussion um die Weiterentwicklung der Gesundheitsfinanzierung werden Einschränkungen und Rationierungen von Leistungen für gesetzlich Versicherte gefordert (u.a. Einschränkung der freien Arztwahl, Beschränkung der Behandlungen auf (über-)lebensnotwendige Maßnahmen), die durch den Abschluss von Zusatztarifen aufgehoben werden können. Dadurch wird auch innerhalb der GKV-en das Zwei-Klassen-System verschärft, weil Arme diese Tarife nicht bezahlen können.

Werden Sie Tendenzen entgegentreten, die Leistungen der GKV-en einzuschränken und zu rationieren?

Wie wollen Sie sicherstellen, dass *alle* Versicherten ohne Zuzahlungen den behandelnden Arzt frei wählen können?

DIE LINKE kämpft für en barrierefreien Zugang zur medizinischen und pflegerischen Versorgung. Wir wollen alle Zuzahlungen rückgängig machen und die Kosten wieder solidarisch auf alle Versicherten verteilen. Neue Leistungseinschränkungen werden wir nicht zulassen. DIE LINKE steht zur freien Arztwahl.

*

Regelung der stationären Versorgung

8. Zahlreiche Krankenhäuser sind bereits geschlossen worden, weiteren droht durch Ökonomisierung und ruinösen Wettbewerb das „Aus“, weil die Politik u.a. durch Einführung des DRG-Systems einseitig große und spezialisierte Einrichtungen gefördert hat. Dadurch werden vor allem wenig mobile Menschen in ländlichen Regionen, zunehmend aber auch schon in Ballungsräumen benachteiligt. Die flächendeckende medizinische Grundversorgung droht verloren zu gehen.

Mit welchen Maßnahmen wollen Sie den Erhalt einer flächendeckenden stationären Versorgung sicherstellen?

Die Länder müssen endlich ihren Verpflichtungen nachkommen, die Investitionskosten der Krankenhäuser zu tragen. Die duale Finanzierung muss erhalten bleiben. Die Länder bleiben verantwortlich für die Krankenhausplanung. Eine weitere Veräußerung von Krankenhäusern an private Betreiber ist zu unterbinden. Die Krankenhäuser müssen entsprechend ihrer zunehmenden Kosten höhere Erlöse für die Fallpauschalen erhalten. Die Versorgungsforschung muss ihren Fokus auf die stationäre Versorgung und die Auswirkungen der DRGs richten.

*

9. Die Einführung der DRG-Fallpauschalen hat dazu geführt, dass

- Verweildauern der Patienten im Krankenhaus weiter verkürzt wurden
- Patienten nicht aus medizinischen, sondern aus betriebswirtschaftlichen Gründen entlassen werden, weil viele medizinische Entscheidungen nicht mehr vom behandelnden Facharzt im Krankenhaus, sondern nach Aktenlage am Schreibtisch des MdK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) getroffen werden
- die Entlassung alter Menschen in Pflegeheime zunimmt
- medizinische Behandlung auf mehrere Aufenthalte gesplittet wird, weil im Fallpauschalensystem nur so die Behandlungskosten gedeckt werden können
- die Krankenkassen systematisch die Krankenhausärzte zwingen, Patienten zu früh zu entlassen

Die Fallpauschalen haben nicht verhindert, dass die Kosten für die stationäre Behandlung insgesamt weiter gestiegen sind.

Was wollen Sie unternehmen, um diese politisch verursachte Fehlentwicklung wieder rückgängig zu machen?

Das DRG-System führt in den Krankenhäusern zu neuen Verwerfungen, wie Sie richtig darstellen. Aber eine Verkürzung der Liegezeiten ist in vielen Fällen durchaus sinnvoll. Das kann aber nur dann im Sinne des Patienten sein, wenn die ambulante und stationäre Behandlung Hand in Hand gehen. Ähnlich wie in skandinavischen Ländern, Großbritannien und den Niederlanden sollen in Deutschland die öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser Polikliniken aufbauen, in denen die ambulante Versorgung ebenfalls über das Krankenhaus-Personal erfolgen kann. Nur so ist sichergestellt, dass der Patient über den gesamten Verlauf seiner Erkrankung eine gute Versorgung erhält.

*

Regulierung der Pharmaindustrie

10. Arzneimittel desselben Herstellers sind in Deutschland teilweise erheblich teurer als im europäischen Ausland.

Was werden Sie tun, um diese nicht gerechtfertigten exorbitanten Gewinne der Pharmaunternehmen auf dem deutschen Markt zu begrenzen?

DIE LINKE will eine Positivliste der verschreibungsfähigen Medikamente einführen. In ihr werden alle wirksamen Präparate zu Festpreisen gelistet. Den Krankenkassen muss weiterhin eine größere Verhandlungsmacht gegenüber der Pharmaindustrie gegeben werden. Vor Neueinführung von Medikamenten ist eine Kosten-Nutzen-Analyse erforderlich, um Scheininnovationen gar nicht erst in den Markt zu lassen.

*

11. Die in Deutschland in den letzten 30 Jahren zugelassenen Medikamente waren nur etwa zur Hälfte echte Neuerungen. Häufig werden für minimal veränderte alte Medikamente (Scheininnovationen) neue Patente vergeben, die dann zu weit überhöhten Preisen als Ergebnisse neuer Forschung vertrieben werden. Die pharmazeutische Forschung der Herstellerfirmen orientiert sich an deren Gewinnerwartung. In diesem System fehlen Anreize für die Forschung an seltenen Erkrankungen oder solchen, für die es keine zahlungskräftigen Kunden gibt wie z.B. Tropenkrankheiten.

Werden Sie Initiativen ergreifen, um eine von der Pharmaindustrie unabhängige Forschung zu fördern?

Werden Sie sich dafür einsetzen, dass Medikamente nur dann zugelassen werden, wenn der Nachweis erbracht wird, dass sie besser wirken als schon zugelassene?

DIE LINKE kämpft aus den von Ihnen genannten Gründen für eine pharmaunabhängige Forschung. Dazu müssen den Hochschulen aber endlich wieder entsprechende Mittel zur Verfügung gestellt werden. Die Einwerbung von Drittmitteln aus der Pharmaindustrie führt aber heute dazu, dass nur in den gewinnbringenden Bereichen intensiv geforscht wird. Um Scheininnovationen aufzudecken und zu bekämpfen, wollen wir die Kosten-Nutzen-Bewertung sowie die Positivliste einführen.

*

12. Die Pharmaindustrie gibt immense Summen für Werbung aus. Dabei bedient sie sich z.T. fragwürdiger Praktiken wie direkter und indirekter Werbegeschenke für ÄrztInnen. Neuerdings versucht sie auch, über Sponsoring von Selbsthilfegruppen PatientInnen zur Einnahme bestimmter Medikamente zu veranlassen bzw. deren Verschreibung zu verlangen. Alle diese Werbemaßnahmen werden letztlich durch die Beiträge der gesetzlich und privat Versicherten finanziert.

Werden Sie Schritte unternehmen, um diese Ausgaben zu begrenzen und fragwürdige Werbepraktiken gänzlich zu unterbinden?

Ein Teil der von der Pharmaindustrie angegebenen Kosten für Forschung und Entwicklung sind de facto Marketingmaßnahmen, um den Umsatz der eigenen Präparate zu steigern. Hier müssen klare Grenzen gezogen werden. Beispielsweise ist die Anwendungsbeobachtung von auf dem Markt befindlichen Medikamenten eine verdeckte Schmiergeldzahlung an verschreibungswillige niedergelassene Ärzte. Die Selbsthilfe wird schon lange von den Pharmaunternehmen unterwandert. Direkte Zahlungen an einzelne Verbände sollten unterbunden werden. Pharmaunternehmen sollten Mittel für die Selbsthilfe in einen Fonds einzahlen, aus denen dann alle Organisationen der Selbsthilfe unterstützt werden. Nur so kann gezielte Einflussnahme einzelner Unternehmen verhindert werden.

*

13. In Deutschland wird auf Arzneimittel der reguläre Mehrwertsteuersatz von 19% erhoben. Dies gilt auch für lebensnotwendige Medikamente. Im europäischen Ausland liegen die Steuersätze sehr viel niedriger, z.T. sogar bei 0 %.

Werden Sie sich in der kommenden Legislaturperiode für eine Senkung der Steuersätze auf Medikamente einsetzen?

Bereits in der laufenden Legislatur hat die LINKE einen Antrag auf Reduzierung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel auf 7 Prozent gefordert. Dies wurde von der Mehrheit des Parlaments leider abgelehnt. Wir werden auch weiter darum kämpfen, dass der Staat keine Kasse mit der Krankheit der Bevölkerung macht. Allerdings müsste eine Senkung der Mehrwertsteuer komplett an die Versicherten weitergegeben werden. Deshalb müssen die Pharmaunternehmen die eingesparte Mehrwertsteuer an die Verbraucher weitergeben.

*

Innovation und Prävention

14. Das gegenwärtige Recht für geistiges Eigentum und Patente verhindert eine schnelle und kostengünstige Nutzung neuer Erfindungen und Entdeckungen. Dies führt nicht nur in sog. Entwicklungsländern dazu, dass lebensnotwendige Medikamente nicht finanzierbar sind, sondern verteuert diese auch bei uns.

Werden Sie sich für eine Änderung des Rechtes für geistiges Eigentum und des Patentrechtes einsetzen, damit ErfinderInnen zwar für ihren Aufwand entschädigt werden, die Verwertung der Forschungsergebnisse aber frei verfügbar ist?

Das Patentrecht muss geändert werden, damit auch arme Länder in die Lage versetzt werden, lebensnotwendige Medikamente für ihre Bevölkerung bereit zu stellen.

*

15. Prävention im Gesundheitsbereich erhöht nicht nur die Lebensqualität, sie spart auch bis zu 25% der Kosten. Da Investitionen in Prävention in der Regel nur langfristig Wirkungen zeigen, Versicherte jedoch kurzfristig die Versicherungen wechseln können, werden diejenigen Versicherungen bestraft, die nennenswerte Beträge für Prävention ausgeben, weil sie dafür die Beiträge erhöhen müssten und Nachteile in der Konkurrenz erleiden würden.

Planen Sie für die nächste Legislaturperiode Schritte, um Prävention nachhaltig im Leistungsspektrum der GKV zu verankern?

DIE LINKE hat in dieser Legislatur einen Antrag zur Einführung eines

Präventionsgesetzes eingebracht. Sie fordert ein eigenständiges Gesetz, um Prävention und Gesundheitsförderung voran zu bringen. DIE LINKE betont dabei die Verhältnisprävention. Gleichzeitig unterstützt sie den Setting-Ansatz, um in den entsprechenden Einrichtungen sowie bei den Betroffenen auf Akzeptanz und Unterstützung zu treffen.

*

Lobbyismus und „Politikberatung“

16. Die geplante Gesundheitskarte wird voraussichtlich weit mehr als die offiziell veranschlagten 19 Milliarden Euro kosten und damit zu einer erheblichen Mehrbelastung für die BeitragszahlerInnen der GKV führen. Datenschutzrechtliche Bedenken konnten bisher ebenso wenig ausgeräumt werden.

Werden Sie sich für eine Stornierung dieses Vorhabens einsetzen?

DIE LINKE steht der elektronischen Gesundheitskarte in der bisherigen Form aus datenschutzrechtlichen, organisatorischen und wirtschaftlichen Gründen ablehnend gegenüber. DIE LINKE fordert, die elektronische Gesundheitskarte in der bisherigen Form nicht einzuführen.

*

17. Der Einfluss von privaten Lobbyisten auf politische Entscheidungen wie z.B. der „Bertelsmann Stiftung“ hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Ziel dieser „Stiftung“ ist es, in allen gesellschaftlichen Bereichen die neoliberale Ideologie von Privatisierung, Ökonomisierung und Wettbewerb durchzusetzen. Die Aktivitäten der „Stiftung“ sind dabei eng mit den wirtschaftlichen Interessen des Bertelsmann-Konzerns verknüpft. „Reformvorschläge“ aus dem Hause Bertelsmann lauten z.B. „Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte und Qualitätsmanagement (QM)“, an deren Realisierung der Konzern u. a. über sein Unternehmen „Avarto“ (Gesundheitskarte) mit einem geschätzten Volumen von 1,9 Milliarden Euro und „AQUA (QM)“ beteiligt ist.

Werden Sie in der kommenden Legislaturperiode Schritte unternehmen, um den demokratisch nicht legitimierten Einfluss sog. „Politikberater“ zu beenden?

Werden Sie sich dafür einsetzen, der „Bertelsmann Stiftung“ wegen ihrer Verflechtung mit privatwirtschaftlichen Interessen den gemeinnützigen Charakter abzuerkennen?

DIE LINKE hat in dieser Legislatur eine Kleine Anfrage an die Bundesregierung gestellt, in der Sie nach der Rolle der Bertelsmann-

Stiftung fragt.

Die Bertelsmann-Stiftung ist in Deutschland die einflussreichste private Politikberatungsagentur. DIE LINKE kritisiert, dass die Stiftung über informelle Netzwerke im Interesse der Wirtschaft selbst die Politik beeinflusst. Solche Tätigkeiten müssen unterbunden werden. Dafür werden wir uns weiter im Bundestag einsetzen.

*