

Vor der Bundestagswahl

Erwartungen der Krankenhäuser an die Politik Gesundheitspolitische Positionen in den Wahlprogrammen der Parteien

Sehr geehrte Damen und Herren,

am 27. September 2009 werden rund 62,5 Mio. Bundesbürger bei den Wahlen zum 17. Deutschen Bundestag ihre 598 Abgeordneten wählen und damit über die politische Zukunft Deutschlands bestimmen.

In dieser Sonderausgabe von KGNW-Kompakt stellen wir Ihnen im Vorfeld der Bundestagswahl die Grundsatzpositionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vor, an deren Erarbeitung die KGNW beteiligt war und die von der DKG auf einer Pressekonferenz am 15. Juli 2009 der Öffentlichkeit vorgestellt wurden.

Wir fordern in diesem Positionspapier eine dauerhafte und umfassende Finanzierung der medizinischen Versorgung und des medizinischen Fortschritts in unseren Krankenhäusern. Die stärkere Steuerfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist hier ein möglicher Schritt für eine lohnunabhängige Finanzierung des Gesundheitswesens. Dies ist nötig, da das Lohn- und Gehaltsaufkommen in Relation zum Bruttoinlandsprodukt seit Jahren rückläufig ist.

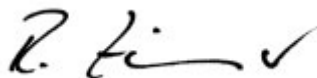
Die Krankenhäuser wollen als Gesundheitszentren eine medizinische Versorgung aus einer Hand anbieten. Hierzu benötigen sie aber Freiräume, um auch ambulante Leistungen erbringen zu dürfen und mit niedergelassenen Ärzten zu kooperieren. Durch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) an Krankenhäusern sowie durch die Öffnung der Krankenhäuser für spezialisierte ambulante Behandlungen sollen die Wahlmöglichkeiten der Patienten erweitert werden.

Der enorme Investitionsstau in den Kliniken, der durch eine über Jahre rückläufige Finanzierung der Investitionskosten durch die Länder verursacht wurde, muss beseitigt werden. Hier fordern wir einen gemeinsamen nationalen Kraftakt von Bund und Ländern, um diesen bundesweiten Investitionsstau in Höhe von 50 Mrd. Euro aufzulösen.

Wir bekennen uns ausdrücklich zum Wettbewerb über die Qualität der Leistungen in unseren Krankenhäusern. Einen Preiswettbewerb mit erzwungenen Rabatten, den die Krankenkassen aufgrund ihrer Marktmacht durchsetzen können, lehnen wir allerdings als patientengefährdenden Weg hin zu Dumpingpreisen strikt ab.

Neben dem Positionspapier haben wir in dieser Ausgabe die zentralen Aussagen der Wahlprogramme der CDU/CSU, SPD, FDP, Bündnis 90/Die Grünen und der Partei Die Linke zur Gesundheitspolitik für Sie zusammengefasst.

Ihr



Richard Zimmer
KGNW-Geschäftsführer

	Seite
• Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags: „Für eine hochwertige und flächendeckende Patientenversorgung, innovative Medizin und moderne Arbeitsplätze in Krankenhäusern“	01
○ Vorwort	03
○ I. Krankenhäuser im Dienst der Gesellschaft	04
○ II. Die Finanzierung der Krankenversicherung	05
○ III. DKG-Versorgungskonzeption: Gesundheitszentrum Krankenhaus	06
○ IV. Krankenhauspolitische Positionen für die 17. Legislaturperiode	08
▪ 1. Ambulant-Stationär	08
▪ 2. Finanzierung der Krankenhausleistungen	09
▪ 3. Investitionsfinanzierung	10
▪ 4. Qualitätssicherung	11
▪ 5. Personalmanagement	11
▪ 6. Wettbewerbsrahmen	12
▪ 7. Bürokratie	12
○ V. Krankenhäuser in Zahlen	12
• Zahlen, Daten, Fakten zu den Krankenhäusern in NRW	13
• CDU/CSU-Regierungsprogramm: „Leistungsfähiges und modernes Gesundheitssystem“	14
• SPD-Regierungsprogramm: „Gesundheit – Investition in die Zukunft“	15
• Bundestagswahlprogramm 2009 der FDP: „Solidarität und Eigenverantwortung statt Staatsmedizin“	17
• Bundestagswahlprogramm 2009 von Bündnis 90/Die Grünen: „Solidarische Gesundheitspolitik und Prävention statt Reparaturbetrieb“	18
• Bundestagswahlprogramm von DIE LINKE: „Gesundheit und Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung“	19



Für eine hochwertige und flächendeckende Patientenversorgung, innovative Medizin und moderne Arbeitsplätze in Krankenhäusern

Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags

Vorwort

Die Krankenhäuser sind das Rückgrat der medizinischen Versorgung in Deutschland. 1,1 Millionen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sorgen in den 2.087 Kliniken für das wichtigste Gut eines Menschen: die Gesundheit. An den Krankenhäusern in öffentlicher, gemeinnütziger und privater Trägerschaft arbeiten sie rund um die Uhr auf höchstem medizinischen Niveau für die Patienten. Mit 35 Millionen stationären und ambulanten Behandlungsfällen im Jahr versorgen die Kliniken insbesondere Notfälle sowie schwere und komplexe Krankheiten. Damit dies für alle Patienten ohne Wartelisten so bleiben kann, sind stabile und berechenbare Rahmenbedingungen notwendig.

Die Gesundheitspolitik der 16. Legislaturperiode hat die Grundstruktur des Gesundheitswesens maßgeblich verändert. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds wurde die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf eine völlig neue Grundlage gestellt. Den Krankenhäusern wurden zunächst Kürzungen abverlangt, trotz hoher Kosten und niedriger Grundlohnraten. Erst das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) im Jahr 2009 ermöglichte eine anteilige Finanzierung der Tarifloohnerhöhungen. Gleichzeitig ist der ordnungspolitische Rahmen für das Krankenhausvergütungssystem weiterentwickelt worden. Auch bei der Überbrückung von Schnittstellen der ambulanten und stationären Versorgung sind deutliche Weiterentwicklungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen erfolgt.

Die 17. Legislaturperiode sollte aus Sicht der Krankenhäuser vor allem zu Korrekturen und gezielten Weiterentwicklungen genutzt werden. Die Mitgliedsverbände der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) haben dazu konkrete Erwartungen und Handlungsempfehlungen für die Gesetzgebung beschlossen. Sie orientieren sich am Leitbild des Krankenhauses als Gesundheitszentrum, das auch ambulante Leistungen erbringt und mit niedergelassenen Ärzten kooperiert. Neben den Integrationsverträgen sollten zusätzliche vertragliche Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Versorgung geschaffen werden. Die Morbiditäts- und Demografielasten dürfen nicht länger den Krankenhäusern aufgebürdet werden.

Die Krankenhäuser wollen ihre Potentiale zum Wohle der Patienten und zur Stärkung des Gesundheitsstandortes Deutschlands bestmöglich einbringen. Sie sind verlässliche Partner der Politik bei der Gestaltung des Gesundheitswesens.



Dr. rer. pol. Rudolf Kösters
Präsident
Deutsche Krankenhausgesellschaft



Georg Baum
Hauptgeschäftsführer
Deutsche Krankenhausgesellschaft

Die Krankenhäuser brauchen

- eine zukunftssichere Finanzierung der Krankenkassen.
- feste Leistungsvergütungen und keine rabattierte Medizin.
- keine Absenkung der Vergütung bei steigender Morbidität.
- mehr und verlässliche Investitionsmittel.
- bessere Rahmenbedingungen für attraktive Arbeitsplätze, modernes Personalmanagement und die Überwindung des Ärztemangels.
- Qualitätssicherungsmaßnahmen, die den Patienten dienen.
- offene Zugangsbedingungen für den medizinischen Fortschritt.
- die Beseitigung von Hürden bei ambulanten Leistungen.
- erweiterte Vertragsmöglichkeiten zur Gestaltung der Versorgung.
- einen Wettbewerbsrahmen, der positive Effekte aus Kooperationen und Zusammenschlüssen ermöglicht.
- weniger Bürokratie und mehr Zeit für Patienten.

I. Krankenhäuser im Dienst der Gesellschaft

Die Krankenhäuser stellen im Kernbereich des Gesundheitswesens die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicher. Sie tragen in jährlich 17 Millionen stationären und 18 Millionen ambulanten Behandlungsfällen Sorge für die erforderliche Diagnostik und Therapie. Täglich, sieben Tage in der Woche, versorgen die Kliniken rund um die Uhr eine halbe Million Patienten. Mit der praxisorientierten Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Krankenpflegern tragen die Kliniken maßgeblich zum hohen Niveau der medizinischen und pflegerischen Versorgung in Deutschland bei. Im Mittelpunkt steht eine ganzheitliche Behandlung, die die körperlichen und seelischen Belange kranker Menschen beachtet und menschliche Zuwendung in die Versorgung einbringt. Krankenhäuser tragen eine hohe gesellschaftliche Verant-

wortung, da sich gerade bei Krankheit und Tod zeigt, welche Werte und ethischen Grundhaltungen eine Gesellschaft lebt. In unsicheren Zeiten kommt der Werteorientierung und dem Bedürfnis nach Sicherheit, Verlässlichkeit und Kompetenz eine besondere Bedeutung zu.

Die 2.087 Krankenhäuser in Deutschland haben mit einem Anteil von 2,7 Prozent am Bruttoinlandsprodukt, 1,1 Millionen Beschäftigten und einem Gesamtumsatz von rund 65 Milliarden Euro eine zentrale Funktion in der medizinischen Daseinsvorsorge. Die Krankenhäuser sind damit auch ein bedeutender Wirtschaftsfaktor mit hohem Beschäftigungs-, Innovations- und Wachstumspotential. Sie sind Initiatoren und Betreiber von Versorgungszentren und Gesundheitsnetzwerken. In zahlreichen Regionen sind sie die größten Arbeitgeber und

bieten qualifizierte Arbeits- und Ausbildungsplätze, insbesondere im ärztlichen Dienst, in der Pflege und in medizinisch-technischen Fachberufen. Krankenhäuser sind Nachfrager von Dienstleistungen, hochwertigen Waren und innovativen Produkten. Die Krankenhäuser sind

wesentlicher Bestandteil der Gesundheitswirtschaft. Sie stärken und stabilisieren die Binnenkonjunktur in weit überdurchschnittlichem Maße. Für die stetige Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen benötigen die Krankenhäuser ein hohes Maß an Planbarkeit und Berechenbarkeit.

II. Die Finanzierung der Krankenversicherung

Die Krankenhäuser plädieren für die grundsätzliche Beibehaltung der solidarisch organisierten Finanzierung der GKV mit umfassenden Wahlmöglichkeiten der Versicherten auch und insbesondere zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen. Diese Gliederung der deutschen Krankenversicherung hat sich bewährt.

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds ist die Entscheidung über die Aufbringung der Mittel für die GKV nahezu vollständig in die Verantwortung der Bundesregierung übergegangen. Der Gesundheitsfonds begünstigt damit Zentralisierungs- und Konzentrations-tendenzen und nimmt auf regionale Besonderheiten keine Rücksicht. Die Krankenhäuser sprechen sich daher für eine Rückführung der Beitragsautonomie auf die Krankenkassen aus.

Bei der Aufbringung der Mittel ist der Finanzierungsbedarf für die medizinische Versorgung und den medizinischen Fortschritt umfassend zu berücksichtigen. Das Morbiditätsrisiko muss von den Krankenkassen getragen werden. Bei nicht ausreichender Finanzierung droht eine offene Rationierung medizinischer Leistungen.

Unabhängig von der näheren Ausgestaltung des Versicherungs- und Finan-

zierungssystems begrüßen die Krankenhäuser die Entwicklung zur Ausweitung des Steuerfinanzierungsanteils und sehen darin einen möglichen Schritt zur Abkopplung des Mittelaufkommens vom anhaltend rückläufigen Anteil des Lohn- und Gehaltsaufkommens. Angesichts der gesamtgesellschaftlichen Solidarlasten in der GKV ist der Steuerfinanzierungsanteil weiter zu erhöhen und über feste Kriterien gesetzlich abzusichern.

Bei Festhalten an der Finanzierung der GKV über einen zentralen Gesundheitsfonds müssen die erwarteten Ausgaben und die Mittel zur Finanzierung des medizinischen Fortschritts vollständig, d. h. zu 100 Prozent, über den Fonds finanziert werden. Dies schließt einen Ausgleich durch unterjährige Kredite an die Krankenkassen ein. Die konjunkturbedingten Einnahmeausfälle in 2009 müssen durch den geleisteten Bundeszuschuss als aufgebracht gelten und dürfen nicht als Defizit der GKV im Jahr 2011 vorgetragen werden.

Sollte eine 100-prozentige Finanzierung politisch nicht gewollt sein, ist für den nicht über den Gesundheitsfonds gedeckten Mittelbedarf der Krankenkassen der Zusatzbeitrag der Versicherten als Regelfinanzierungsinstrument auszugestalten.

III. DKG-Versorgungskonzeption: Gesundheitszentrum Krankenhaus

Die Krankenhäuser haben konkrete Vorstellungen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens:

Um ihre Leistungen am medizinischen Bedarf der Patienten in den Regionen zielgerecht entwickeln zu können, brauchen die Krankenhäuser Freiräume für eigenverantwortliche Entscheidungen. Sie wollen und müssen sich zu Gesundheitszentren weiterentwickeln, die auch ambulante Leistungen erbringen und mit niedergelassenen Ärzten kooperieren. Die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) an Krankenhäusern und die Öffnung der Krankenhäuser für spezialisierte ambulante Behandlungen leisten einen wichtigen Beitrag zur medizinischen Versorgung. Sie stellen erweiterte Wahlmöglichkeiten für die Patienten dar. Die Krankenhausärzte bringen ihre Erfahrungen aus der ambulanten Behandlung in die MVZ ein. Es ist in den meisten Industrienationen selbstverständlich, dass spezialisierte, ambulante fachärztliche Leistungen in den Krankenhäusern erbracht werden. In der **Kooperation und Zusammenarbeit der Sektoren** liegen Potentiale, die die Wirtschaftlichkeit und Qualität verbessern können.

Spezialisierung und Zentrenbildung können die medizinische Versorgung bei hochkomplexen Krankheitsbildern verbessern. Sie können und dürfen aber nicht zur alleinigen Voraussetzung für die Zulassung zur Leistungserbringung gemacht werden. Dies würde die auch in den bestehenden Strukturen gewährleistete hohe Qualität in der flächendeckenden Versorgung gefährden.

Die Krankenhäuser bekennen sich zu **Wirtschaftlichkeit und Effizienz**. Dazu brauchen sie entsprechende Anreizstrukturen. Sie dürfen nicht durch Decke-

lungen in die Unterfinanzierung getrieben werden. Bemühungen um Wirtschaftlichkeit dürfen nicht durch willkürliche Vergütungskürzungen und -begrenzungen in Richtung Selbstkostenerstattung konterkariert werden. Die Krankenhäuser brauchen Überschüsse für die Weiterentwicklung ihrer medizinischen Versorgungsangebote.

Zwischen der Tätigkeit niedergelassener Ärzte in **freiberuflich** organisierten Praxen und den in Krankenhäusern **angestellten** Ärzten gibt es in Hinblick auf Verantwortlichkeit und ethisch-moralischen Grundprinzipien ärztlichen Handelns keine Unterschiede. Freiberuflich organisierte Praxen, genauso wie die als Unternehmen organisierten Krankenhäuser, müssen aus den Erlösen für die erbrachten medizinischen Leistungen ihre Kosten decken und Einkommen erzielen können.

Die Krankenhäuser bekennen sich zur **Sicherung der Qualität** der medizinischen Leistungen und zur **Qualitätstransparenz** für die Patienten. In keinem anderen Leistungsbereich gibt es so umfassende Aktivitäten zur Qualitätssicherung. Viele Kliniken unterziehen sich regelmäßig höchst anspruchsvollen Zertifizierungen. Außerdem sind Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung für alle Krankenhäuser obligatorisch. Jedes Jahr werden medizinische Behandlungsdaten von 3,6 Millionen Fällen ausgewertet. Die Ergebnisse dienen als Grundlage für kontinuierliche Verbesserungsbemühungen. Durch die mehrjährige Erfahrung und gute Kooperationen mit kompetenten Partnern konnten dabei deutliche Fortschritte erzielt werden. Die Krankenhäuser erstellen regelmäßig umfassende Qualitätsberichte und schaffen Transparenz über ihre Qualität gegenüber Patienten und einweisenden Ärzten.

Die Krankenhäuser bekennen sich zum **Wettbewerb über die Qualität** ihrer Leistungen. Einen Preiswettbewerb mit erzwungenen Rabatten, den die Krankenkassen aufgrund ihrer Marktmacht durchsetzen können, fördert nicht die Qualität. Krankenhausleistungen sind hochkomplexe medizinische und pflegerische Dienstleistungen, die grundsätzlich über allgemein gültige Fallpauschalen zu vergüten sind. Ebenso abzulehnen sind „pay for performance“-Vergütungskonzepte, die Abschläge von den Fallpauschalen vorsehen. Für solche Konzepte wären Indikatoren zur Qualitätsmessung erforderlich, die objektiv und fair bedeutsame Qualitätsunterschiede erfassen müssten. Diese stehen nicht zur Verfügung. Zudem werden qualitativ problematische Leistungen nicht dadurch akzeptabel, dass die Leistungserbringer eine geringere Vergütung erhalten. Ein solches Vergütungssystem wäre medizinischethisch nicht akzeptabel. Davon zu unterscheiden sind Vergütungsvereinbarungen, die Krankenhäuser und Krankenkassen für gesonderte Qualitätsleistungen und Gewährleistungen vereinbaren sollten.

Aus der Sicht der Krankenhäuser ist eine gesamtgesellschaftliche **Grundsatzdiskussion zum Wettbewerb** in der medizinischen Versorgung erforderlich. Wettbewerb im Gesundheitswesen muss auf die Besonderheiten der medizinischen Daseinsvorsorge und die besonderen Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet bleiben. Das Leistungsspektrum der Krankenhäuser darf nicht den Einzelinteressen der im Wettbewerb stehenden Krankenkassen preisgegeben werden. Selektive Versorgungsverträge zwischen einzelnen Krankenkassen und Krankenhäusern begünstigen einen destruktiven Wettbewerb mit Dumpingpreisen, die die Qualität und Versorgungssicherheit gefährden und die Krankenhausplanung der Länder ad absurdum führen. Die Sicherstellung der stationären Versorgung muss Aufgabe der Länder bleiben.

Zentrales Qualitätsmerkmal und Standortvorteil des deutschen Gesundheitswesens waren immer dessen Offenheit für den **medizinischen Fortschritt**. Überzogene Nachweiserfordernisse, bürokratische Zugangshindernisse und Finanzierungsrestriktionen behindern **klinische Forschungsaktivitäten** und benachteiligen deutsche Unternehmen im internationalen Wettbewerb. Bei der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ist daran festzuhalten, dass die Krankenhausmedizin die Zugangspforte für den medizinischen Fortschritt ist. Die medizinische Forschung zum Wohle der Patienten darf nicht weiter behindert werden.

Das Renommee des deutschen Gesundheitswesens gründet maßgeblich auf der hohen Qualität und großen Intensität der **Ausbildungsleistungen** der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser wollen Vorreiter eines modernen Personaleinsatzes sein, der Berufsfelder neu und besser aufeinander abstimmt und die immer deutlicher zutage tretende Knappheit bei Ärzten und Pflegekräften auch durch motivationsfördernde Arbeitsbedingungen überwindet.

Die Krankenhäuser haben die Grundsatzenscheidung für die Einführung des **Fallpauschalensystems (Diagnosis Related Groups – DRGs)** mitgetragen und dessen Umsetzung in der gemeinsamen Selbstverwaltung aktiv mitgestaltet. Der Preisbildungsmechanismus muss transparent, plan- und berechenbar sein und jedem einzelnen Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung eine auskömmliche Leistungserbringung ermöglichen. Die Vergütungen des Fallpauschalensystems sind als Festpreise beizubehalten.

Für die Krankenhäuser hat eine verlässliche **Investitionsfinanzierung** höchste Priorität. Die Bundesländer sind gesetzlich verpflichtet, die Investitionsmittel für

die Krankenhäuser bereitzustellen. Mit den Vergütungen für die stationären Krankenhausleistungen werden nur die Betriebskosten bezahlt. Investitionskosten sind in den Vergütungen nicht abgebildet. Deshalb haben die Krankenhäuser ein Recht auf ausreichende Bereitstellung von Investitionsmitteln durch die Länder. Zudem brauchen die Krankenhäuser mehr Freiräume für Investitionsentscheidungen.

Die Krankenhäuser sehen in den Einrichtungen der **gemeinsamen Selbstverwaltung** auf Bundesebene eine praxisnahe Alternative zu staatlicher Einzelsteuerung. Die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKVWSG) eingeführte Zentralisierung der Entscheidungen des G-BA auf eine Beschlusskammer führt weg von praxisnahen Entscheidungsprozessen und muss kritisch beobachtet werden.

IV. Krankenhauspolitische Positionen für die 17. Legislaturperiode

Die Erwartungen der Krankenhäuser an einen beständigen und stabilen Ordnungsrahmen für das leistungsorientierte Vergütungssystem werden mit dem KHRG noch nicht erfüllt. Obwohl die demografische Entwicklung in den Krankenhäusern längst angekommen ist und die Behandlungsmöglichkeiten stetig zunehmen, wurde das Morbiditätsrisiko stärker als je zuvor den Krankenhäusern aufgebürdet. Die Konvergenzphase wurde aus Kostendämpfungsgründen um ein Jahr verlängert und die versprochene 100-Prozent-Finanzierung für zusätzlich vereinbarte Leistungen um ein Jahr verschoben. Gleichwohl sind mit der eingeleiteten Möglichkeit zur Abschaffung der Grundlohnratenbegrenzung und der Abkehr von hausindividuellen Basisfallwerten sowie mit den angestrebten Investitionspauschalen ordnungspolitisch richtige Richtungen eingeschlagen worden.

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) und dem GKV-WSG sind die gesetzlichen Möglichkeiten der Krankenhäuser zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im Bereich der ambulanten Behandlungen verbessert worden. Besondere Bedeutung kommt dabei der Neukonzeption der spezialisierten ambulanten Versorgung

gemäß § 116b SGB V zu. Zum Ende der 16. Legislaturperiode ist aber festzustellen, dass die Umsetzungshemmnisse in der Praxis nach wie vor erheblich sind und nur wenige Kliniken eine Zulassung zur Erbringung von § 116b-Leistungen haben. Die Krankenhäuser wirken intensiv an der Errichtung von MVZ im Rahmen der nach wie vor bestehenden vertragsärztlichen Zulassungsrestriktionen mit. Ebenso nutzen sie die Möglichkeiten zur Einbindung niedergelassener Ärzte in die stationären Leistungen (Konsiliar- und Kooperationsärzte).

Die Krankenhäuser setzen große Hoffnungen in eine inhaltliche Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik in der nächsten Legislaturperiode und machen hierzu konkrete Vorschläge:

1. Ambulant-Stationär

Die Umsetzungshindernisse bei ambulanter Erbringung **hochspezialisierter Leistungen**, der Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach § 116b Abs. 2 SGB V sind konsequent abzubauen. Erforderlich ist eine gesetzliche Klarstellung, dass bei Vorliegen der qualitativen Anforderungen die Zulassungen durch die Landesbehörden unabhän-

gig von der vertragsärztlichen Bedarfsdeckung zu erteilen sind. Der GKV-Spitzenverband und die DKG müssen ermächtigt werden, ergänzende Regelungen zur Vergütung, zu Arzneimittelverordnungen und zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen eigenständig zu vereinbaren. Es kann nicht länger akzeptiert werden, dass den Krankenhäusern Rezeptformulare von Krankenkassen bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen vorenthalten werden.

Die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung erfolgt bereits im großen Umfang und mit zunehmender Tendenz durch die Krankenhäuser. Vertragliche Beziehungen bestehen jedoch nur zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Der Rechtsrahmen muss nunmehr den tatsächlichen Gegebenheiten angepasst werden. Die Krankenkassen sollten künftig auch mit Krankenhäusern vertragliche Beziehungen zur ambulanten Notfallversorgung unterhalten. Es kann nicht länger akzeptiert werden, dass Patienten, die direkt in die Notfallambulanzen kommen, wegen des vorrangigen Sicherstellungsauftrags des niedergelassenen Bereichs abgewiesen werden müssen.

Obwohl heute 18 Millionen Behandlungen im Krankenhaus ambulant erbracht werden, sind die Krankenhäuser bei der Weiterentwicklung der ambulanten Vergütung nicht beteiligt. Dieses ist unbedingt durch Beteiligung und Mitsprache der DKG im **Bewertungsausschuss** für die vertragsärztliche Versorgung zu ändern.

Die mit dem KHRG geschaffene vertragliche Option zur Wahl zwischen Beleg- und Hauptabteilung soll zu einem **Kooperationsarztmodell** (Wegfall der vertragsärztlichen Zulassung als Belegarzt und freie Vergütungsvereinbarung zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Arzt) weiterentwickelt werden. In jedem Fall ist der 20-prozentige Abschlag von den Fallpauschalen in dem Optionsmodell abzuschaffen.

Die ambulante Leistungserbringung in von Krankenhäusern getragenen **Medizinischen Versorgungszentren** hat sich bewährt. Diese Form der ambulanten Leistungserbringung profitiert von der Nähe zu Krankenhäusern – fachlich wie organisatorisch. Die Möglichkeiten zur Errichtung von MVZ durch Krankenhäuser dürfen nicht eingeschränkt werden. Auch Krankenhäuser in Rechtsform einer Kapitalgesellschaft müssen weiterhin berechtigt bleiben, MVZ zu betreiben.

Besondere Regelungen für die **Praxis-kliniken** nach § 122 SGB V sind nicht erforderlich. Die dort angebotenen Behandlungen können wirtschaftlich und qualitativ hochwertig ebenso von Krankenhäusern erbracht werden.

Die freien Preisvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei der Abgabe von **Arzneimitteln zur ambulanten Anwendung** im Krankenhaus sind ohne Offenlegung von Einkaufspreisen wieder herzustellen.

2. Finanzierung der Krankenhausleistungen

Der mit dem KHRG vorgesehene und vom Statistischen Bundesamt zu entwickelnde **Orientierungswert** hat direkt und ohne Eingriffe des Verordnungsgebers als Grundlage für die Verhandlungen der Basisfallwerte zu dienen. Er darf nicht als neue schneidende Obergrenze für die Vergütungsanpassungen ausgestaltet sein. Auch für die noch in der Bundespflegegesetzverordnung geregelten Leistungen und Vergütungen ist die Grundlohnrate als Obergrenze abzuschaffen. In jedem Fall ist eine ausreichende Refinanzierung von Personal- und Tariffkostensteigerungen sicherzustellen.

Die Wirtschaftlichkeitsreserven dürfen bei der **Vereinbarung von Landesbasisfallwerten** nur in Anrechnung gebracht werden, wenn diese nicht bereits bei der

Kostenentwicklung oder durch die Kalkulationen der Bewertungsrelationen erfasst worden sind und landesweit die Mehrzahl der Krankenhäuser von diesen Entwicklungen betroffen ist.

Steigende **Fallzahlen und Fallschwere** führen derzeit zu einem Absinken der für die Krankenhausvergütungen maßgeblichen Basisfallwerte auf Landesebene. Völlig inakzeptabel ist es, dass damit den Krankenhäusern das Morbiditätsrisiko auferlegt wird. Dieses ist konsequent und vollständig auf die zuständigen Krankenversicherungen zu übertragen.

Durch Gesetz oder Beschlüsse des G-BA bewirkte **Leistungsausweitungen** sind mit entsprechenden Vergütungsregelungen zu versehen.

Krankenhausleistungen sind hochkomplexe, personalintensive und auf den Patienten zugeschnittene individuelle medizinische Dienstleistungen, für die ein **Preiswettbewerb** auch in Zukunft ausgeschlossen sein muss. Vertragliche Vereinbarungen zwischen einzelnen Krankenkassen und Krankenhäusern über Art, Umfang, Qualität und die Vergütung sollen weiterhin im Rahmen von Integrationsverträgen möglich sein. Darüber hinaus sind die Rechtsgrundlagen für Verträge zu schaffen, die Krankenhäuser und Krankenkassen erweiterte Möglichkeiten zur Gestaltung der Versorgung geben (Versorgungsgestaltungsverträge).

Die **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** ist als eigenständige Gebührenordnung insbesondere für die Erbringung wahlärztlicher Leistungen zwingend beizubehalten.

Die Finanzierung **Neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)** geht immer stärker zu Lasten der Krankenhäuser, da die Krankenkassen zunehmend Vereinbarungen verweigern. Eine ausreichende Finanzierung von

Innovationen in Krankenhäusern ist dringend sicherzustellen.

3. Investitionsfinanzierung

Eine über Jahre rückläufige Finanzierung der Investitionskosten hat einen enormen **Investitionsstau** von bis zu 50 Milliarden Euro bewirkt. Dieser Investitionsstau ist nur durch einen nationalen Kraftakt zu beseitigen. Die Bund-Länder-Finanzierung von Investitionen im Konjunkturpaket II ist hierfür ein gutes Beispiel. Allerdings reichen die dort zu Verfügung gestellten Mittel bei weitem nicht aus.

Die **Bereitstellung von Investitionsmitteln** muss künftig auf eine bedarfsgerechte Höhe – im Bereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) mindestens in Höhe des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) festgestellten Bedarfs von fünf Milliarden Euro im Jahr – angepasst werden. Universitätskliniken sind gesondert zu berücksichtigen.

Die mit dem KHRG eingebrachten **Investitionspauschalen** sollten von den Bundesländern zur Stärkung der Pauschalförderung aktiv genutzt werden. Einzelfördermaßnahmen bleiben weiterhin notwendig. Die Bestimmung des Umfangs der Einzelförderung obliegt den Ländern.

Die **monistische Finanzierung** ist weiterhin eine Option, die allerdings einen vollständigen Abbau des Investitionsstaus und eine vollständige Überleitung der bisher von den Bundesländern bereitgestellten Mittel voraussetzt. Die Investitionskostenanteile müssen zudem den tatsächlichen Investitionsbedarf widerspiegeln, eine auskömmliche Investitionsfinanzierung gewährleisten und im Fallpauschalensystem transparent ausgewiesen werden. Über die Verwendungsart und den Verwendungszeitpunkt der Investitionsmittel müssen die Krankenhäuser frei entscheiden können. Zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen sind zudem geeignete Übergangsregelungen zu schaffen.

4. Qualitätssicherung

Die seit Jahren eingeführte und bewährte stationäre **externe Qualitätssicherung** über das Verfahren der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) ist parallel zum Aufbau der neuen sektorübergreifenden Qualitätssicherung weiterzuentwickeln und im Rahmen einer ausreichenden Konvergenzphase an diese anzupassen.

Die **föderalen Strukturen** der Qualitätssicherung müssen gewahrt bleiben und berücksichtigt werden.

Auch für die ambulanten ärztlichen Leistungen müssen alle Entscheidungen über **Qualitätssicherungsmaßnahmen vom G-BA** getroffen werden.

Gesetzlich ist klarzustellen, dass **Mindestmengen** nur im Rahmen wissenschaftlich fundierter und evidenzbasierter Methoden abzuleiten sind.

Qualitätssicherungsmaßnahmen verursachen hohen Dokumentationsaufwand und hohe Personalkosten. Jede neue Maßnahme ist daher auf **Vermeidung zusätzlichen Aufwands** zu prüfen. Mit jeder Entscheidung über das Ausweiten von Qualitätssicherungsmaßnahmen ist die Refinanzierung der damit verbundenen Kosten sicherzustellen.

Die Vergütungsreform in der Psychiatrie und Psychosomatik darf nicht zu Fehlanreizen führen, die die **Qualität der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung** der Bevölkerung verschlechtern könnten. Der Gesetzgeber muss die noch gesetzlich vorzugebende Konvergenzphase ebenfalls so ausrichten, dass die wohnortnahe Versorgung der Patienten nicht gefährdet wird.

Bei der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den G-BA darf am Grundprinzip des **§ 137c SGB V (Verbotsvorbehalt)** nicht gerüttelt werden. Innovationen müssen solan-

ge als zugelassen gelten, bis durch ein faires Prüfungsverfahren festgestellt wird, dass die Leistung für die Versorgung der Patienten nicht erforderlich ist.

5. Personalmanagement

Die seit Jahren durchgeführten Ausbildungen zum **Beruf des Operationstechnischen Assistenten** sind endlich gesetzlich anzuerkennen. Öffnungen für weitere Assistenzberufe sind erforderlich.

Die Krankenhäuser müssen in die Erprobung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V zur Neuordnung ärztlicher und pflegerischer Aufgaben durch ausdrückliche Nennung eingebunden werden.

4.000 Arztstellen sind derzeit in Kliniken unbesetzt, weil sich immer mehr Ärzte für nichtmedizinische Berufe entscheiden. Insofern ist eine neue Bedarfsberechnung und ggf. eine **Anhebung der Studienkapazitäten** für das Studium der Humanmedizin erforderlich. Der Numerus clausus als Auswahlverfahren bildet die persönliche Qualifikation des Studienbewerbers nicht ausreichend ab und muss um weitere Kriterien ergänzt werden. Bei steigenden Studierendenzahlen müssen Universitätsklinika zusätzliche finanzielle und bauliche Kapazitäten erhalten, damit die Qualität der Ausbildung gewährleistet wird.

Das **Arbeitszeitrecht** auf europäischer und nationaler Ebene hat dauerhaft Öffnungsmöglichkeiten bei der wöchentlichen (Höchst-)Arbeitszeit vorzusehen. Inaktive Zeiten beim Bereitschaftsdienst dürfen nicht vollständig als Arbeitszeit gewertet werden.

Die **Krankenpflegeausbildung** in der Trägerschaft von Krankenpflegesschulen an Krankenhäusern ist beizubehalten. Die Ausbildungsinhalte sind kontinuierlich weiter zu entwickeln.

Die qualitativ hochwertige **Weiterbildung von Ärzten** in Krankenhäusern

kann nur sichergestellt werden, wenn die spezifischen Kosten der ärztlichen Weiterbildung zusätzlich zu den Vergütungen für Krankenhausleistungen entgolten werden.

6. Wettbewerbsrahmen

Um die für eine flächendeckende Versorgung notwendigen Zusammenschlüsse von Krankenhäusern in Zukunft nicht zu gefährden und den besonderen Belangen der medizinischen Versorgung und des Krankenhauswesens gerecht zu werden, ist eine **Herausnahme von Krankenhausfusionen aus dem Anwendungsbereich der Fusionskontrolle** erforderlich, zumindest jedoch die Schaffung krankenhausspezifischer Regelungen. Gleichfalls müssen kommunalrechtliche Restriktionen für Zusammenschlüsse entfallen. Bei der Ermittlung der Schwellenwerte für Fusionskontrollverfahren dürfen krankenhaushausfremde Bereiche nicht mit einbezogen werden.

7. Bürokratie

Bürokratieabbau ist und bleibt ein zentrales Erfordernis, um die vorhandenen Ressourcen auf die Behandlung der Patienten zu konzentrieren. Dessen ungeachtet haben die Bürokratielasten weiter zugenommen. So finden nach wie vor zu viele ungerechtfertigte Prüfungen durch die Krankenkassen und ihre Medizinischen Dienste statt.

Das den Krankenhäusern mit dem KHRG aufgebürdete **Einzugsverfahren der Zuzahlungen** von säumigen GKV-Versicherten ist umgehend wieder zurückzunehmen.

In den Kliniken entstehen jährlich unnötige Bürokratiekosten in Höhe von ca. 1,3 Milliarden Euro. Krankenhausärzte verbringen mittlerweile im Durchschnitt drei Stunden ihrer täglichen Arbeitszeit mit Dokumentationstätigkeiten. Diese Bürokratie muss zurückgefahren werden, damit sich Ärzte und Pflegekräfte ganz auf die Behandlung der Patienten konzentrieren können.

V. Krankenhäuser in Zahlen

- Versorgungsleistungen, die 2,7 Prozent am Bruttoinlandsprodukt betragen
- stärkster Leistungsbereich (35,2 Prozent) in der Krankenversicherung
- 64,6 Milliarden Euro Umsatz darunter 52,9 Milliarden Euro GKV-Mittel und 6,7 Milliarden Euro PKV-Mittel
- 2.087 Krankenhäuser
- 506.954 Betten
- 17,2 Millionen stationäre Patienten
- 18 Millionen ambulante Behandlungsfälle
- 142,9 Millionen Belegungstage
- insgesamt 1,1 Millionen Mitarbeiter
- 137.800 Krankenhausärzte
- 6.916 Belegärzte
- 392.896 Pflegekräfte
- durchschnittliche Verweildauer von 8,3 Tagen
- 1.192 Fallpauschalen (DRGs)
- 127 Zusatzentgelte

Zahlen, Daten, Fakten zu den Krankenhäusern in NRW

	1995	2007	1995 / 2007
Krankenhäuser	483	432	-51
Betten	150.431	123.896	-26.535
Beschäftigte*	256.044	231.375	-24.669
Fälle in Mio.	3,53	4,01	0,48
Durchschn. Verweildauer in Tagen	12,60	8,50	-4,10
Pflegetage in Mio.	44,41	34,25	-10,16
Budget Mrd. € **	11,34	13,61	2,27

im Vorjahresvergleich

	2006	2007	2006 / 2007
Krankenhäuser	437	432	-5
Betten	125.003	123.896	-1.107
Beschäftigte*	231.402	231.375	-27
Fälle in Mio.	3,93	4,01	0,08
Durchschn. Verweildauer in Tagen	8,70	8,50	-0,20
Pflegetage in Mio.	34,19	34,25	0,06
Budget Mrd. € **	13,19	13,61	0,42

* Die Beschäftigten ergeben sich als Summe aus den hauptamtlichen Ärzten/-innen, den Zahnärzten/-innen, dem nichtärztlichen Personal sowie dem Personal der Ausbildungsstätten, ohne die Schüler/-innen und Auszubildenden

** bereinigte (pflegesatzfähige) Kosten

Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW, Jg. 1995, 2006 und 2007.

Investitionsfinanzierung

- Investitionsmittel je Bett im Zeitraum 1991 bis 2008 bundesweit 132.648 Euro, in NRW nur 83.286 Euro (im Vergleich der Bundesländer letzter Platz)
- Investitionsmittel je Bett in 2008 bundesweit 6.004 Euro, in NRW 4.507 Euro (ebenfalls letzter Platz im bundesweiten Vergleich).
- Laut eines Gutachtens von Prof. Rürup im Auftrag der Bundesregierung ist eine Aufstockung der Investitionsmittel auf bundesweit 5 Mrd. Euro nötig. Danach ergibt sich für NRW eine Erhöhung der Fördermittel um jährlich zusätzlich 696,13 Mio. Euro.

Fazit

Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen sind gezwungen über 4 Mio. Patienten unter größerem finanziellem Druck zu versorgen, denn sie müssen:

- immer mehr Patienten
- durch immer weniger Personal
- in immer kürzerer Zeit
- bei fast stagnierenden Budgets
- und der geringsten Investitionsfinanzierung behandeln.

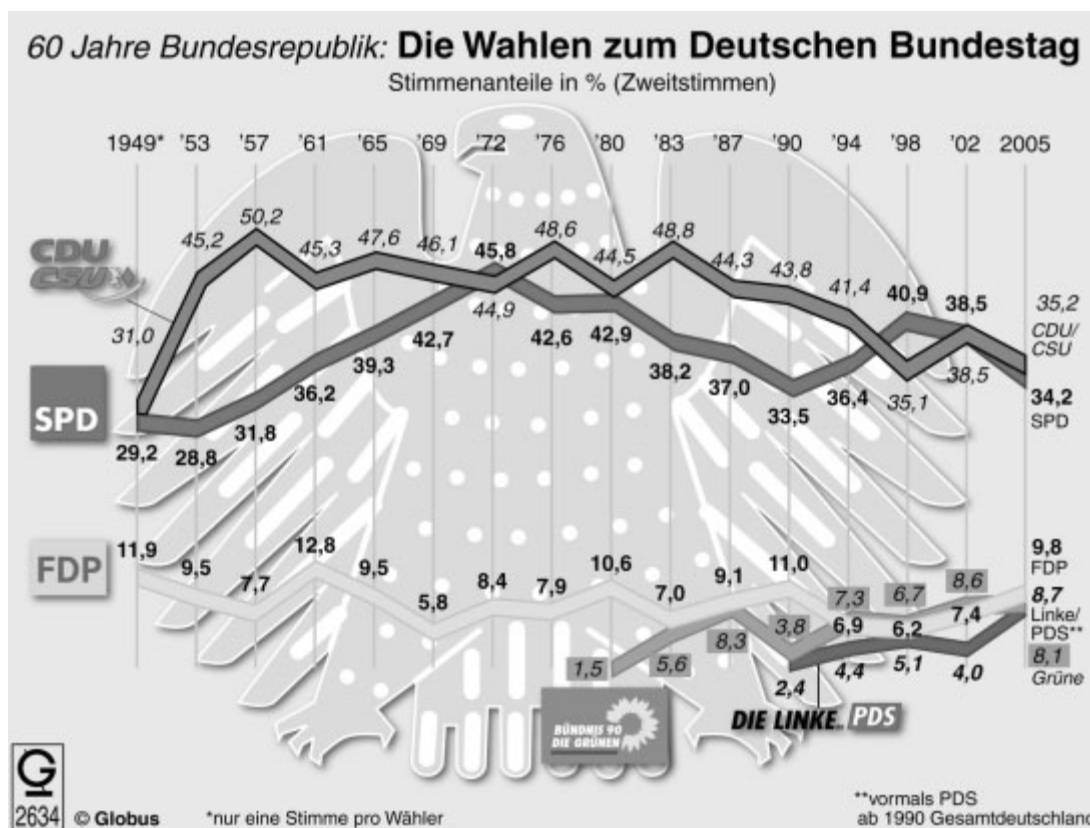
CDU/CSU-Regierungsprogramm

„Leistungsfähiges und modernes Gesundheitssystem“

Die Union hat am 29. Juni 2009 ihr Wahlprogramm „Wir haben die Kraft – Gemeinsam für unser Land.“ der Öffentlichkeit vorgestellt. Unter der Überschrift „Leistungsfähiges und modernes Gesundheitssystem“ fordert die Union mehr Transparenz und Wettbewerb und weniger Bürokratie im Gesundheitswesen. Die CDU/CSU spricht sich in ihrem Positionspapier für eine planbare, verlässliche und von Vertrauen geprägte zukünftige Finanzierung des Gesundheitswesens aus.

Weitere zentrale Themen des Regierungsprogramms zum Gesundheitsbereich sind:

- Ablehnung einer Staatsmedizin
 - Stärkung der Selbstverwaltung
 - Erhöhung der Durchlässigkeit der Sektorengrenzen
 - Beschränkung der Trägerschaft von MVZ auf Ärzte und Krankenhäuser
 - Stärkung der Eigenverantwortung und Ausweitung individueller Wahlmöglichkeiten sowie der Aufbau einer unabhängigen Patienten- und Versichertenberatung
 - Stärkung der Patientenrechte durch ein Patientenschutzgesetz
 - Erhöhung der Attraktivität von Gesundheitsberufen insbesondere in ländlichen Regionen
 - Individualisierung der Versorgungskonzepte durch differenzierte Vertragsgestaltungen
- Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung
 - Therapiefreiheit, freie Arzt- und Krankenhauswahl



- Erhalt kollektivvertraglicher Regelungen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum
- Schaffung von Möglichkeiten für einzelvertragliche Regelungen
- Fortführung der Krankenhausfinanzierung auf Basis von DRGs
- Regionalität statt Zentralismus
- Keine Konvergenz auf einen Bundesbasisfallwert
- Erhalt der Wahlmöglichkeit für Länder zwischen Investitionspauschalen und Einzelförderung
- Weiterentwicklung der integrierten Versorgung
- Stärkung von Eigenverantwortung, Prävention und Gesundheitsförderung
- Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung
- Generationengerechte Weiterentwicklung der GKV-Finanzierung
- Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen der GKV
- Beibehaltung der PKV als Vollversicherer

Die CDU/CSU spricht sich zudem in ihrem Programm für eine Gesundheitswirtschaft aus, die auch in Zukunft auf Wachstums- und Beschäftigungskurs bleiben soll. Mit Innovationen sollen die Lebensqualität erhöht und die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems gesichert werden.

SPD-Regierungsprogramm „Gesundheit – Investition in die Zukunft“

Der SPD-Bundesparteitag hat am 14. Juni 2009 das Regierungsprogramm für die Bundestagswahl 2009 „Sozial und Demokratisch. Anpacken. Für Deutschland.“ beschlossen.

Die Sozialdemokraten plädieren für mehr Solidarität und eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung für alle statt Individualisierung und Privatisierung im Gesundheitswesen. Diese Ziele sollen unter anderem durch Einführung der Bürgerversicherung unter Einbeziehung der privaten Krankenversicherungen (PKV) erreicht werden.

Eine Diskriminierung gesetzlich Versicherter soll durch eine einheitliche Gebührenordnung für die ambulante medizinische Versorgung vermieden werden. Hervorgehoben wird auch die Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung. Diese soll durch die Vermeidung von „Verzerrungen in Folge der

unterschiedlichen Finanzierungsregelungen für die ambulante und stationäre Versorgung“ erreicht werden. Arbeit und Gesundheit werden explizit verknüpft, indem Arbeitsplatzsicherheit und Qualität der Arbeit als Teil der Präventionspolitik gesehen werden.

Aus Sicht der Krankenhäuser sind u. a. folgende Positionen und Forderungen der SPD von besonderem Interesse:

- Umbau der sozialen Sicherung hin zu Bürgersozialversicherungen als Leitprinzip
- Einbeziehung aller Bürgerinnen und Bürger bei der Absicherung von Gesundheit und Pflege und aller Erwerbstätigen bei der Alterssicherung und der Absicherung von Arbeitslosigkeit
- Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs unter Einbeziehung der privaten Krankenversicherung

- Heranziehung aller Einkommen zur Finanzierung der Gesundheitsaufgaben und damit Erhöhung des Steueranteils
 - Paritätische Teilung des Beitrags zur GKV zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgebern
 - Risikoausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung
 - Flexibilisierung des Vertragsgeschehens und Zusammenspiel von Kollektiv- und Einzelverträgen
 - Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung
 - Sicherung der freien Arztwahl
 - Stärkung der Zusammenarbeit der ambulant tätigen Haus- und Fachärzte mit Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen
 - Schwerpunkt Geriatrie und Palliativversorgung für alle Gesundheitsberufe in Ausbildung, Forschung und Arbeit
 - Flache Hierarchien, Entlastung der Ärzte von bürokratischen Aufgaben durch spezialisierte Assistenzkräfte und mehr technologische Unterstützung sowie mehr Kompetenzen für pflegerische Berufe
 - Ausbau der integrierten Versorgung und der evidenzbasierten Behandlungsprogramme sowie Sicherstellung der Finanzierung
 - Ausbau der Kosten-Nutzen-Bewertung neuer Arzneimittel und Therapien
 - Ausbau von patientenverständlichen Informationen durch neutrale Institutionen
 - Stärkung der Primärprävention durch Präventionsgesetz
 - Finanzierung der Präventionsmaßnahmen durch Bund, Länder und Kommunen, die Sozialversicherungsträger sowie die Private Krankenversicherung
 - Verbesserung und Transparenz der Patientenrechte durch eigenes Gesetz.
- In ihrem Regierungsprogramm erkennt die SPD an, dass die soziale Gesundheitswirtschaft eine der beschäftigungsstärksten Branchen Deutschlands mit enormen Wachstumspotenzialen ist und Investitionen in Gesundheit Zukunftsinvestitionen sind.

Die elektronische Gesundheitskarte

...soll die Krankenversichertenkarte ablösen

Medizin. Daten sind durch Passwort geschützt (Zwei-Schlüssel-Prinzip)

Elektronisches Rezept (ersetzt Papierrezept)

Ziel: Besserer Informationsaustausch zwischen Ärzten, Fachärzten, Apotheken, Kliniken

Mikrochip mit Verschlüsselungsfunktion

Gesundheitskarte

Foto des Versicherten

Kennzeichnung in Blindenschrift

Name, Krankenkasse, Kassenummer, Versichertennummer

Pflichtangaben:

- Name
- Geburtsdatum
- Anschrift
- Befreiung von Zuzahlungen u.a.

Freiwillige Funktionen:

- Angaben für Notfälle (z. B. Impfungen, Allergien)
- Online-Zugriff auf elektronische Patientenakte (medizin. Befunde)
- Arzneimitteldokumentation

Quelle: BMG **dpa•11133**

Arbeitgeber Gesundheit

Im deutschen Gesundheitswesen gibt es rund 4,4 Millionen Beschäftigte
darunter in 1 000



Bundestagswahlprogramm 2009 der FDP

„Solidarität und Eigenverantwortung statt Staatsmedizin“

Am 17. Mai 2009 hat die FDP ihr „Deutschlandprogramm“ für die Bundestagswahl auf Grundlage eines Leitanspruchs des Parteivorstandes beschlossen.

Zentrale gesundheitspolitische Themen des Programms sind:

- Förderung nach einer starken privaten Krankenversicherung
- Abschaffung des Gesundheitsfonds
- Wiederherstellung der Beitragsautonomie der gesetzlichen Krankenkassen
- leistungsgerechtes Prämiensystem
- Kapitaldeckung der GKV
- Sozialausgleich über das Steuer- und Transfersystem
- Selbstbestimmtheit bei Absicherung von Risiken
- leistungsgerechte Vergütungssysteme
- Stärkung des Wettbewerbs
- durchgängige Einführung von Festzuschuss- und Mehrkostenregelungen bei nicht erstattungsfähigen Leistungen
- Förderung von Public-Private-Partnership-Projekten
- Gesundheitsförderung und -prävention durch zielgruppenorientierte und umfassende Aufklärung
- Ausbau der palliativen Versorgung – insbesondere im Krankenhaus
- Verbesserung der Strukturen in den Krankenhäusern zur Bekämpfung des Mangels an Organen für Transplantationen
- Erleichterung der Möglichkeiten der Organ-Lebendspenden.

Die FDP sieht die Gesundheitswirtschaft als Wachstumsmarkt, der durch bürokratische und zentralistische Lösungen behindert wird.

Bundestagswahlprogramm 2009 von Bündnis 90/Die Grünen

„Solidarische Gesundheitspolitik und Prävention statt Reparaturbetrieb“

Auf ihrer Bundesdelegiertenkonferenz am 10. Mai 2009 haben Bündnis 90/Die Grünen ihr Bundestagswahlprogramm „Der Grüne Neue Gesellschaftsvertrag“ beschlossen.

Nach Ansicht von Bündnis 90/Die Grünen ist eine echte Teilhabe an Bildung, Arbeit, Gesundheit und Einkommen nur mit erneuerten und gestärkten öffentlichen Institutionen wie Krankenhäusern, Schulen, Kindergärten usw. möglich. Ausdrücklich genannt werden in diesem Zusammenhang auch zusätzliche Investitionen in moderne Krankenhäuser.

Weitere gesundheitspolitische Zielsetzungen des Programms sind:

- Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung/ Entwicklung eines wirksamen Präventionsgesetzes
- Abbau der hohen Barrieren zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und zwischen Rehabilitation und Pflege
- Verbesserung der wohnortnahen Versorgung und Betreuung chronisch kranker Menschen
- Bedürfnisgerechte Wohn-, Pflege- und Hilfsangebote zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für alle Menschen
- Unterstützung des Ausbaus von wohnortnahen Hospizeinrichtungen und Förderung der Palliativmedizin
- Weiterentwicklung der Patientenorientierung und des Qualitätswettbewerbs
- Ausbau der Integrierten Versorgung
- Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung
- Ausbau des Fonds zu einer solidarischen Bürgerversicherung unter Einbeziehung weiterer Einkunftsarten und Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze

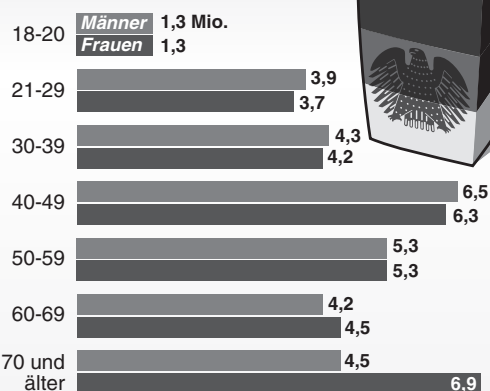
- Nachvollziehbarkeit und Transparenz bei Neuzulassungen von Medikamenten sowie nach Kosten-Nutzen-Bewertung
- Menschennahe Pflege sowie ambulante und stationäre Angebote von hoher Qualität
- Ausbildungsumlage für die Kranken- und Altenpflegeausbildung sowie einheitliche Qualitätsstandards für die Pflegeausbildung

Bündnis 90/Die Grünen sprechen sich für einen Richtungswechsel im Gesundheitswesen aus. Dem Gesundheitswesen als bloßem Reparaturbetrieb wird eine Absage erteilt. Prävention und Gesundheitsförderung sollen dagegen zukünftig verstärkt in den Mittelpunkt rücken.

Wer wählt den 17. Deutschen Bundestag?

Insgesamt sind zur Wahl am 27. September 2009 rund 62,2 Millionen Bürger wahlberechtigt, darunter 3,5 Millionen Erstwähler

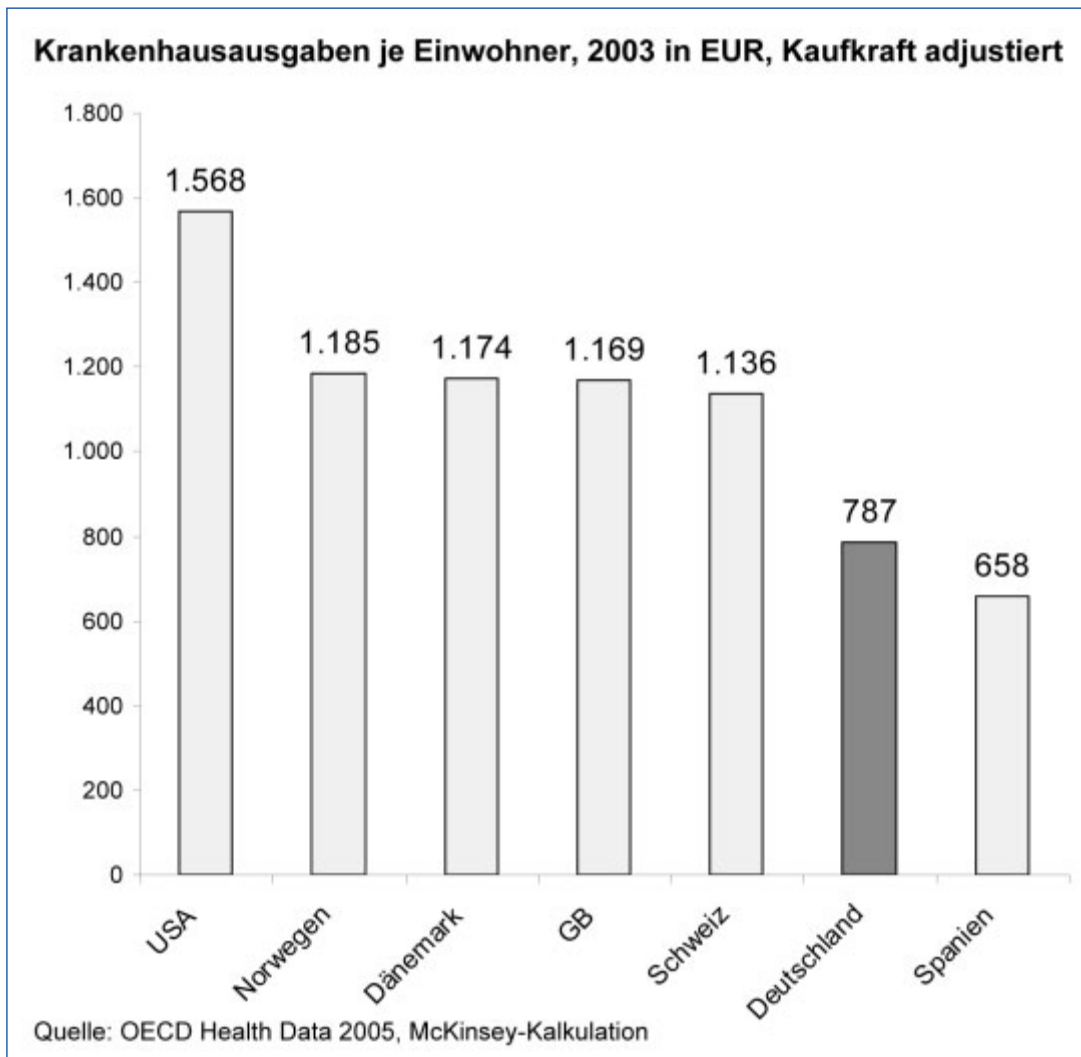
Wahlberechtigte nach Altersstufen



© Globus

Schätzung

Quelle: Stat. Bundesamt



Bundestagswahlprogramm von DIE LINKE „Gesundheit und Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung“

Die Partei DIE LINKE hat am 21. Juni 2009 auf ihrem Bundesparteitag in Berlin ihr Wahlprogramm „Konsequent sozial. Für Demokratie und Frieden.“ verabschiedet.

DIE LINKE betont, dass Gesundheit keine Ware sondern ein individuelles Grundrecht sei.

Zentrale Punkte der Gesundheitspolitik sind:

- Einbeziehung aller Einkommensarten und Berufsgruppen in die GKV und die Pflegeversicherung sowie paritätische GKV-Finanzierung und Abschaffung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze
- Steigerung der finanziellen Attraktivität von Gesunderhaltung und Heilung gegenüber hohen Fallzahlen
- Ausrichtung des GKV-Katalogs am Bedarf z.B. Abschaffung aller Zuzahlungen, Anspruch auf Brille und Zahnersatz
- Effektivität und Qualität nicht der Wirtschaftlichkeit unterordnen

- Patientenrechte stärken
- Keine Einführung der elektronischen Gesundheitskarte
- Ablehnung der Privatisierung von Krankenhäusern und medizinischen Versorgungszentren
- Angleichung der Tariflöhne der freigemeinnützigen Unternehmen an den öffentlichen Dienst
- Erhalt staatlicher Krankenhausplanung und -finanzierung
- Planmäßige ärztliche und pflegerische Nachwuchsförderung
- Vernetzung ambulanter und stationärer Sektor
- Einführung eines Präventionsgesetzes und der Gesundheitsförderung ab Kindesalter

Herausgeber:
Krankenhausesellschaft Nordrhein-Westfalen (KG NW),
Kaiserswerther
Straße 282,
40474 Düsseldorf
Verantwortlich:
Staatssekretär a.D.
Richard Zimmer,
Geschäftsführer
der KG NW
Redaktion:
Lothar Kratz,
Astrid Holler,
(Referat Politik/
Presse der KG NW),
Telefon
(02 11) 4 78 19-0,
Telefax
(02 11) 4 78 19-99.
Druck:
Hans Horn oHG,
Satztechnik und
Offsetdruck,
40239 Düsseldorf,
Telefon
(02 11) 9 08 11 10.

Erscheinungsdatum:
Sonderausgabe,
31. Juli 2009

Der Bezugspreis für ein Exemplar je Ausgabe ist im Mitgliedsbeitrag enthalten.

