

Detlev Heins

Regierungs- und Wahlprogramme zur Bundestagswahl 2009

Was können die Krankenhäuser von den Parteien erwarten?

In den beiden vorangegangenen Ausgaben von „das Krankenhaus“ wurden die Wahlprogramme der im Bundestag vertretenen Parteien vorgestellt, zunächst der drei Oppositionsparteien, dann die Programme der Regierungsparteien. Im Wahlmonat rückt nun die Frage vermehrt in den Mittelpunkt, welche Aussagen der Parteien hinsichtlich ihrer Wirkung und Bedeutung für die Krankenhäuser besonders zu beleuchten und kritisch zu hinterfragen sind.

Um es vorweg zu nehmen: Keine der Bundestagsparteien sieht die Notwendigkeit einer großen, umfassenden Reform im Gesundheitswesen. Allerdings hat jede Partei ganz eigene Vorstellungen zur Weiterentwicklung des bestehenden Systems und über die Rolle der Krankenhäuser darin. Konkrete Aussagen zum Ordnungsrahmen treffen die Parteien an wenigen Stellen. Die Union beispielsweise spricht sich explizit gegen einen bundeseinheitlichen Basisfallwert aus. Zudem steht sie dazu, dass Medizinische Versorgungszentren (MVZ) auch weiterhin von Krankenhäusern betrieben werden dürfen, obwohl die CSU zunächst mit einer gegenteiligen Position angetreten war. Die SPD plädiert für eine weitergehende Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung und für eine Ausweitung der Assistenzberufe. Bündnis 90/Die Grünen fordern eine Ausbildungumlage in der Alten- und Krankenpflege in allen Bundesländern. Ein zentrales Thema der FDP sind leistungsgerechte Vergütungen. Die Linken sprechen sich unter anderem für einen Privatisierungsstopp im Gesundheitswesen aus.

CDU/CSU: Transparenz und Wettbewerb vor Bürokratie

Die Union tritt für ein „leistungsfähiges und modernes Gesundheitssystem“ ein. In ihrem am 29. Juni 2009 veröffentlichten Regierungsprogramm umwirbt sie besonders die Leistungserbringer. So müsse die künftige Finanzierung von Planbarkeit, Verlässlichkeit und Vertrauen geprägt sein. Erforderliche Kurskorrekturen sollen in einem konstruktiven Dialog mit den Beteiligten festgelegt werden. Als Beispiele werden das ärztliche Honorarsystem und der Risikostrukturausgleich genannt. Die gesundheitspolitischen Leitlinien der Union sind „Transparenz und Wettbewerb vor Bürokratie“ und „Regionalität statt Zentralismus“.

Bei der Ausgestaltung der künftigen medizinischen Versorgung setzen CDU und CSU unter anderem auf den Erhalt der Strukturen im Vertragsarztbereich und bei anderen Heilberufen. Motivation und Leistungsbereitschaft der Gesundheitsbe-

rufe sollen gestärkt, die Attraktivität der Arbeitsbedingungen gesichert werden. Besonderes Augenmerk legt die Union auf die wohnortnahe Versorgung im ländlichen Raum. Ob, und wenn ja, in welcher Form die Krankenhäuser weiter in die ambulante Versorgung einbezogen werden könnten, bleibt offen. Deutlich wird allerdings, dass die Zulassung von MVZ künftig restriktiver gehandhabt werden soll. Als Träger sind aber ausdrücklich auch Krankenhäuser genannt.

CDU und CSU tendieren ausdrücklich in die Richtung einer individuelleren Vertragsgestaltung zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern. Mittels Einzelverträgen sei die medizinische Versorgung stärker auf individuelle, zum Beispiel regionale Erfordernisse, abzustimmen. Kollektivverträge bleiben weiterhin erforderlich, allerdings bezieht die Union diese Aussage auf die Sicherstellung im ländlichen Raum. Ob im Umkehrschluss kollektivvertragliche Regelungen in Ballungsgebieten als nicht erforderlich angesehen werden, bleibt offen.

Der Ordnungsrahmen für Krankenhäuser soll insbesondere im Hinblick auf regionale Besonderheiten weiterentwickelt werden. Eine klare Absage erteilt die Union dabei einem einheitlichen Bundesbasisfallwert. Hinsichtlich der Investitionsfinanzierung wird an der im KHRG geregelten freien Entscheidung der Länder über Investitionspauschalen und Einzelförderungen festgehalten. Ein weiteres Element des Ordnungsrahmens ist nach Ansicht der Union die stärkere Integration im Gesundheitswesen sowie die daran geknüpfte Erwartung der Erschließung von Synergieeffekten

Ein wichtiges Anliegen der Unionsparteien ist die Stärkung der Patientensouveränität. Ein höheres Informations- und Beratungsangebot sowie eine generell erhöhte Transparenz im Gesundheitswesen werden hierfür als probates Mittel angesehen. Eigenverantwortung, Prävention und Gesundheitsförderung sollen durch ein größeres Angebot an Bonusmodellen, Wahl- und Selbstbehalttarifen gefördert werden.

Die Union will die Finanzierung der GKV „generationengerecht“ weiterentwickeln und die Steuerfinanzierung versi-



Foto: Deutscher Bundestag

Annette Widmann-Mauz: Gegen „Rosinenpickerei“ im Gesundheitswesen

Die gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Annette Widmann-Mauz, konkretisierte krankenhauspolitische Positionen der Union in einem Interview in *Highlights*, Onlinemagazin zur Gesundheitspolitik, Ausgabe 17/09:

„Wir brauchen Wettbewerb immer dort, wo es um Leistungen geht, die vergleichbar sind und wo es nicht um Rosinenpickerei geht. Wir lehnen Selektivverträge zum Beispiel im stationären Sektor ab, die nur dazu führen, dass wir in einem Bereich Rosinen picken – im Zweifel auch zu günstigeren Preisen –, und gleichzeitig, zum Beispiel im ländlichen Raum, Versorgung verschwindet, weil sie sich nicht mehr rechnet. So wird in letzter Konsequenz Versorgung teurer. Sicherstellung funktioniert nicht im Wettbewerb, sondern muss kollektiv verhandelt werden. Aber dort, wo es um mehr Leistung geht, um Add-on-Qualität, um Steigerung der Qualität, die über das Maß, das wir allgemein festlegen, hinausgeht, dort macht Wettbewerb Sinn.“

Kosten-Nutzen-Bewertungen sind richtig. Sie sind im Übrigen auch Modell nicht nur für Arzneimittel, sondern können auch in der Zukunft für andere Therapieformen hilfreich sein. Deshalb halte ich es für wichtig, dass wir nicht nachlassen in der Forderung, dass dieses Instrument etabliert wird. (...) Ich glaube, dass wir im Krankenhaus den schnellen Zugang der Innovation in die Versorgung haben. Dort muss auch ein neues Verfahren, ein neues Gerät, eine neue Methode erprobt werden können, unbürokratisch und unkompliziert. Aber in der breiten ambulanten Versorgung müssen wir andere Kriterien anlegen. Wir haben keinen Anlass, hier eine Veränderung vorzunehmen, zumindest aus heutiger Sicht.“

Ich glaube nicht, dass es zu einem Vorschaltgesetz kommen muss, (...) Wir haben keine Planungen in der Schublade, und ich sehe auch nicht, dass es erforderlich wäre. Da wir aber alle nicht wissen, wie sich die wirtschaftliche Situation ... darstellt, kann man auch nie nie sagen.“

cherungsfremder Leistungen beibehalten. Die PKV bleibt nach Unionsvorstellungen als Voll- und Zusatzversicherung erhalten, jedoch wird eine engere Zusammenarbeit zwischen privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen angestrebt.

Abschließend bescheinigt die Union der Gesundheitswirtschaft große Entwicklungschancen, insbesondere wegen des medizinisch-technischen Fortschritts, des demografischen Wandels und des zunehmenden Gesundheitsbewusstseins in der Bevölkerung. Innovationen im Gesundheitswesen helfen nach Lesart der Union, die Lebensqualität der Menschen zu erhöhen und die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zu sichern.

SPD: Prinzip Bürgersozialversicherung

In Kapitel 6 „Sozialstaat – Fortschritt und Zukunft“ ihres Regierungsprogramms stellen die Sozialdemokraten ihre Überlegungen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens vor. Die SPD sieht die Notwendigkeit zum Umbau der Sozialversicherung, insbesondere wegen der demografischen Entwicklung und des Trends zu einer veränderten Arbeitsgesellschaft. Daraus leitet sie das Prinzip der Bürgersozialversicherung ab,

das weit über die nächste Legislaturperiode hinaus entwickelt werden soll. In die Bürgersozialversicherung im Gesundheitswesen sind alle Bürgerinnen und Bürger einzubeziehen. Bei dieser Variante der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt kein Raum für eine private Vollversicherung. Weitere Elemente sind die Berücksichtigung aller Einkunftsarten, die Erhöhung des Steueranteils sowie die Abschaffung des Sonderbeitrags für Versicherte.

Die SPD baut auf einer nach eigener Einschätzung erfolgreichen Reform im Gesundheitswesen auf, die es allen Menschen ermöglicht, am medizinischen Fortschritt teilzuhaben. Allerdings könne die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens nur dann erhalten bleiben, wenn alle Akteure verantwortlich mit den zur Verfügung stehenden Mitteln umgehen. Weitere Reformen, die insbesondere auch Institutionen betreffen, sollen sich hieran ausrichten.

Für eine wohnortnahe medizinische Versorgung bedarf es nach Ansicht der Sozialdemokraten einer Flexibilisierung des Vertragsgeschehens. Demnach werden künftig sowohl Kollektiv- als auch Einzelverträge die flächendeckende medizinische Versorgung sicherstellen. Zudem wird eine einheitliche Gebührenordnung in der ambulanten medizinischen Versorgung

angestrebt. Damit soll eine Diskriminierung der GKV-Versicherten gegenüber PKV-Versicherten verhindert werden.

Sehr deutlich spricht sich die SPD für eine weitergehende Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung aus. Gleiche Leistungen, unabhängig davon, ob sie im Krankenhaus oder in einer Praxis erbracht werden, will die SPD gleich vergütet sehen. Die wohnortnahe ambulante Versorgung wird weiterhin durch niedergelassene Fach- und Hausärzte sichergestellt. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen werden zur intensiveren Kooperation mit niedergelassenen Ärzten animiert.

Deutlich positioniert sich die SPD auch hinsichtlich der Notwendigkeit einer Veränderung der Gesundheitsberufe. Ärzte müssten die freie Wahl haben, angestellt oder selbstständig tätig zu sein, also in einer Praxis oder in einem Versorgungszentrum zu arbeiten. Die Sozialdemokraten mahnen in diesem Zusammenhang eine bessere Zusammenarbeit der ärztlichen und nicht-ärztlichen Medizinberufe an. Neue Assistenzberufe und technologische Unterstützung werden die Ärzte künftig bei ihrer Arbeit zunehmend entlasten. Geriatrie und Palliativversorgung will die SPD künftig als einen Schwerpunkt in Ausbildung, Forschung und in der täglichen Arbeit gestalten.

Die Integrationsversorgung und die Versorgung chronisch Kranker mit Hilfe leitliniengestützter Behandlungsprogramme sollen ausgebaut und deren Finanzierung sichergestellt werden. Konkrete Finanzierungsmodelle werden nicht genannt. Seitens des BMG gibt es in diesem Zusammenhang bereits erste Überlegungen, einen Sonderfonds zur Förderung dieser Versorgungsformen zu bilden.

Vier weitere Aspekte nennt die SPD explizit: Ausweitung der Kosten-Nutzen-Bewertung auf neue, nicht-medikamentöse Therapien. Hiervon wird ein Beitrag zur Stärkung der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erwartet. Die Patientenrechte wollen die Sozialdemokraten durch ein eigenes Gesetz stärken, insbesondere in den Bereichen Fehlervermeidung, Risikomanagement und bei der Regulierung eingetretener Fehler. Neutrale, noch zu schaffende Stellen sind dafür vorgesehen, den Patienten verständliche Informationen zugänglich zu machen. Ein eigenständiges Präventionsgesetz soll helfen, unterschiedliche Gesundheitschancen und Lebenserwartungen der Gesellschaft auszugleichen.

„Das Gesundheitswesen hat sich auch in schwierigen wirtschaftlichen Zeiten als Beschäftigungsmotor erwiesen. Es ist und bleibt personalintensiv. Der Dienst an kranken oder pflegebedürftigen Menschen wird niemals durch Maschinen oder Computer erledigt werden. Und er kann auch nicht ins Ausland abwandern. Wir sehen in der Gesundheitswirtschaft nicht ein Kostenproblem, sondern wollen sie als Chance für ein qualitatives Wachstum und Beschäftigung nutzen.“

Frank-Walter Steinmeier, SPD-Kanzlerkandidat



Foto: Deutscher Bundestag

Dr. Carola Reimann: Gerne mehr Selektivverträge

Die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion, Dr. Carola Reimann, äußerte sich auf Nachfrage der DKG wie folgt:

„Mehr Wettbewerb muss es auch zwischen den Leistungserbringern geben, damit die Menschen dort versorgt werden, wo qualitativ hochwertige Leistungen wirtschaftlich erbracht werden. Markt und Wettbewerb haben aber ihre Grenzen, wie das Versagen der deregulierten Finanzmärkte gezeigt hat. In der Gesundheitsversorgung wird die SPD dafür eintreten, dass Markt und Wettbewerb nicht zu einer Zweiklassenversorgung führen. (...) Wir haben die Tür geöffnet für Einzelverträge. Diese Tür werden wir nicht wieder zuschlagen. In der Praxis wird sich zeigen, was Einzel- und Kollektivverträge jeweils leisten können. Aufgabe der Politik ist es, die Bedingungen für alle gleich und gerecht zu gestalten. Bei den Möglichkeiten, Selektivverträge mit Krankenhäusern abzuschließen, wäre die SPD gerne weiter gegangen. Insbesondere in Ballungsgebieten mit einer großen Versorgungsdichte sehen wir hier Chancen für mehr Wirtschaftlichkeit, aber auch mehr Qualität in der Versorgung. Auch für die Krankenhäuser bieten sich durch Selektivverträge Möglichkeiten, sich von den Konkurrenten abzusetzen.“

Zu guter Letzt wird das Gesundheitswesen als Wirtschafts- und Wachstumssektor bezeichnet. Investitionen in Gesundheit seien „Investitionen in die Zukunft“, ohne dass dies genauer ausgeführt wird. Deutlicher wurde SPD-Kanzlerkandidat Frank-Walter Steinmeier in seinem Deutschland-Plan (*Die*



Foto: Deutscher Bundestag

Daniel Bahr: Für einen fairen Wettbewerb

Der gesundheitspolitische Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion, Daniel Bahr, erläuterte die krankenhauspolitischen Positionen seiner Partei in einem Interview in

Highlights, Onlinemagazin zur Gesundheitspolitik, Ausgabe 15/09:

„Wir sind als FDP für Selektivverträge, weil wir das als Wettbewerbsparameter sehen, auch als Freiheitsgrad für die unterschiedlichen Beteiligten. Auch im stationären Bereich, aber unter fairen Wettbewerbsbedingungen, sonst funktioniert das nicht. (...) Es kann keine Bestandsgarantie für die heutige Zahl der Krankenhäuser geben, aber es muss nicht planwirtschaftlich oder staatlich organisiert werden, welche Krankenhäuser überleben, welche nicht, sondern das soll unter fairen Bedingungen stattfinden. Wir haben Überkapazitäten, was die Bettenzahl angeht, auch wenn wir keine Bettenplanung mehr haben. In einem fairen Wettbewerb werden die Krankenhäuser ihre Stärken erkennen. Das ist ein Prozess, der in den letzten Jahren in Gang gekommen ist. Krankenhäuser, die ihre Kosten nicht in Griff bekommen, müssen sich mehr und mehr anstrengen. Die Politik muss einen verlässlichen Wettbewerbsrahmen setzen, kombiniert mit einer monistischen Finanzierung. Einige der Probleme, die wir im Krankenhauswesen haben, liegen daran, dass die Länder ihren Investitionsverpflichtungen nicht nachkommen. (...) Die DRG-Fallpauschalen sind doch nur ein administrierter Preis, kein wirklicher Preis, der Vielfalt und Wettbewerb zulässt. Dahin wollen wir aber mehr und mehr kommen.“

Auf die Frage, ob aus seiner Sicht nach der Wahl ein Vorschaltgesetz notwendig wird, antwortete Bahr: „Ich halte nichts von kurzfristiger Kostendämpfung, damit man erst mal Ruhe hat und dann das andere nicht anpackt. Wir müssen uns den strukturellen Defiziten stellen.“

Arbeit von Morgen – Politik für das nächste Jahrzehnt, www.frankwaltersteinmeier.de). Mit einem Gemeinschaftsprojekt von Gesundheits-, Wirtschafts- und Forschungsministerium will der SPD-Spitzenkandidat in den nächsten zehn Jahren bis zu einer Million neue Arbeitsplätze in der Gesundheitswirtschaft schaffen. Als erste Bausteine dieses Plans nennt er unter anderem: stabile Finanzierung durch eine Bürgerversicherung; neue Berufs- und Tätigkeitsfelder durch Integrierte Versorgung; Ausschöpfen der Beschäftigungspotenziale im Pflegebereich; Etablierung leistungsfähiger Cluster; verbesserte internationale Vermarktung von Gesundheitsdienstleistungen; Gesundheits-IT als Wachstumschance nutzen.

FDP: für ein freiheitliches Gesundheitssystem

„Solidarität und Eigenverantwortung statt Staatsmedizin“ überschreibt die FDP ihren Programmteil zur Gesundheitspolitik. Sehr ausführlich widmet sie sich der Organisation und Finanzierung der Krankenversicherung. Das sich verschärfende Finanzierungsproblem des Gesundheitssektors sei weder durch die Bürgerversicherung noch durch die Gesundheitsprämie zu beseitigen. Die Liberalen präferieren die Einführung einer „Pflicht zur Versicherung“ und eine nicht näher definier-

te Grundversorgung in der Krankenversicherung. Das FDP-Modell beinhaltet leistungsgerechte Prämien mit sozialem Ausgleich über das Steuer-Transfer-System sowie die Einführung einer Kapitaldeckung. Die Liberalen sprechen sich zudem klar für die Abschaffung des Gesundheitsfonds und für die Rückführung der Beitragsautonomie auf die Krankenkassen aus.

Die seit mehr als zehn Jahren im Bund in der Opposition befindliche Partei verfolgt die Zielsetzung eines freiheitlichen Gesundheitssystems, wendet sich gegen eine zentral gesteuerte Staatsmedizin, gegen die Bevormundung der Patienten und spricht sich stattdessen für mehr Gestaltungsspielraum für

– Anzeige –

Wirtschaftlicher bauen?

Mit ALHO Kliniken in Systembauweise



www.alho.com



Versicherungs- und Therapieentscheidungen aus. Zur Steuerung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen werden die Umstellung auf ein generelles Kostenerstattungsprinzip und die Einführung von Selbstbeteiligungen vorgeschlagen. Weitere Elemente sind der freie Zugang zu Krankenhäusern, Ärzten und anderen Heilberufen sowie die Ablehnung von verbindlichen Vorgaben zur Behandlung von Patienten. Die medizinische Versorgung könne durch einen ganzheitlichen Ansatz in der Versorgung der Patienten und eine nahtlose Behandlung verbessert werden.

Der Gesundheitswirtschaft messen die Liberalen einen hohen Stellenwert bei. Dieser Wachstumsmarkt werde durch zahlreiche Regularien eingeschränkt, die einen effizienz- und innovationssteigernden Wettbewerb behindern. Die FDP tritt für einen „klaren“ wettbewerbs- und kartellrechtlichen Rahmen ein, lässt allerdings offen, wie dieser ausgestaltet sein soll. Den „richtigen“ Rahmen für Forschung und Innovation wollen die Liberalen durch Festzuschuss- und Mehrkostenregelungen schaffen.

Nach Ansicht der FDP sollen Ärzte, Krankenhäuser und alle anderen medizinischen Fachkräfte und Einrichtungen leistungsgerecht und nach transparenten Kriterien vergütet werden. Zudem wollen die Liberalen die Chancen von Public-Private-Partnership-Projekten und der Telematik verstärkt nutzen. Darüber hinaus soll die palliativmedizinische Versorgung gefördert werden. Hierzu fordert die FDP eine tagesbasierte Finanzierung palliativmedizinischer Versorgung in Krankenhäusern.

Hinsichtlich der Prävention vertritt die FDP die Auffassung, dass insbesondere Volkskrankheiten durch einen gesunden Lebenswandel weitgehend vermeidbar sind, und setzt auf eine umfassende, zielgruppenorientierte Aufklärung. Als einzige Partei greift die FDP in ihrem Wahlprogramm das Thema Organtransplantation auf. Der Mangel an Organen lasse sich durch Aufklärung und Motivation der Bevölkerung, aber auch durch eine Verbesserung der Strukturen in den Krankenhäusern verringern. Zudem sollten die Bedingungen zur Organlebenspende erleichtert werden.

Bündnis 90/Die Grünen: Krankheitsvermeidung und Gesundheitsförderung

„Solidarische Gesundheitspolitik“ und „Prävention statt Reparaturbetrieb“ sowie eine Bürgerversicherung stehen bei Bündnis 90/Die Grünen ganz oben auf der gesundheitspolitischen Agenda. Maßnahmen zur Krankheitsvermeidung, Prävention und Gesundheitsförderung sollen die Menschen frühzeitig erreichen. Bei der Kuration stellen die Grünen den Patienten und den Wettbewerb um Qualität in den Mittelpunkt. Zur Stärkung des Qualitätswettbewerbs im Gesundheits- und Pflegesystem sind Bündnis 90/Die Grünen bereit, finanzielle Mittel zu investieren. Investieren wollen die Grünen auch in moderne Krankenhäuser und in die Qualifizierung des Personals. So plädieren sie in der Alten- und Krankenpflege zum Beispiel für eine Ausbildungsumlage in allen Bundesländern. Die Notwendigkeit zur Zusammenarbeit von Ärzten und Institutionen im

Gesundheitswesen wird aus dem Ziel einer wohnortnahen Versorgung und der Verbesserung der Betreuung chronisch kranker Menschen abgeleitet. In dem Nebeneinander der verschiedenen Versorgungssektoren sehen die Grünen aber auch Ineffizienzen, die es durch einen Ausbau der Integrierten Versorgung abzubauen gelte.

Eine Gratwanderung unternehmen Bündnis 90/Die Grünen bei der Forderung nach der Stärkung einer hausarztzentrierten Versorgung mit dem Hausarzt als Gatekeeper, ohne den (freien) Zugang zur fachärztlichen Behandlung einzuschränken. Zudem fordern sie einerseits die (uneingeschränkte) Wahlmöglichkeit der Patienten zwischen unterschiedlichen Behandlungsarten, einschließlich alternativer Behandlungsmethoden, zum anderen plädieren sie für die Einschränkung medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten durch die Einführung einer Arzneimittel-Positivliste. Neuzulassungen von Arzneimitteln sollen zudem nur nach einer vorherigen Kosten-Nutzen-Bewertung möglich sein.

Bei der Bürgerversicherung nach der Lesart von Bündnis 90/Die Grünen hat die private Vollversicherung keinen Platz. Die in der Bürgerversicherung immanente Verbreiterung der Einnahmenbasis soll durch die Einbeziehung weiterer Einkommensarten und durch eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze erreicht werden. Bündnis 90/Die Grünen sehen einen Zusammenhang zwischen Zuzahlungen und Selbstbehalten gesetzlich Krankenversicherter bzw. deren Zugang zu medizinischen Leistungen und dem Gesundheitszustand der Versicherten. Im Hinblick auf Zuzahlungen wird jedoch nur die Abschaffung der Praxisgebühr und der Medikamentenzuzahlungen gefordert. Neben einer Stärkung des Qualitätswettbewerbs zwischen Leistungserbringern fordern die Grünen auch mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen in einem bundeseinheitlichen Wettbewerbsrahmen. Wie dieser Wettbewerbsrahmen ausgestaltet sein soll, bleibt offen. Deutlich gemacht wird jedoch, dass der Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungserbringern nicht zulasten der Beschäftigten im Gesundheitswesen gehen soll.

Die Linke: Gegen Privatisierung im Gesundheitswesen

Die Privatisierung des Gesundheitssystems und dessen Öffnung für Kapitalmärkte sowie Umverteilungen zulasten gesetzlich Krankenversicherter sind die zentralen Kritikpunkte an der derzeitigen Ausgestaltung des Gesundheitssystems im Programm der Partei Die Linke. Der Gesundheitsfonds übe in unzulässiger Weise finanziellen Druck auf Ärzte und Krankenhäuser aus. Die GKV will die Linke zu einer solidarischen Bürgerversicherung weiterentwickelt sehen unter Einbeziehung aller Berufsgruppen und Einkommensarten. Die Beitragsbemessungsgrenze gehöre aufgehoben und der Sonderbeitrag für Versicherte abgeschafft. Auch wenn es im Programm nicht ausdrücklich erwähnt wird, bedeutet dies faktisch die Abschaffung der PKV.

Der Leistungskatalog der Krankenkassen soll sich nach Ansicht der Linken künftig am medizinischen Bedarf ausrichten



Foto: Deutscher Bundestag

Birgitt Bender: Monistische Krankenhausfinanzierung als Ziel

Die gesundheitspolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen im Deutschen Bundestag, Birgitt Bender, konkretisierte gesundheits- und krankenhauspolitische Positionen ihrer Partei in einem Interview in *Highlights*, Onlinemagazin zur Gesundheitspolitik, Ausgabe 16/09:

„Innovationen, soweit damit Medizinprodukte oder sonstige Einzeltechniken genannt sind, können möglicherweise mit der Auflage, in dieser Zeit Versorgungsforschung zu betreiben, befristet zugelassen werden, und beweisen, dass das neue Produkt tatsächlich innovativ ist. Ansonsten liegen Innovationen im Gesundheitswesen auch in neuen Prozessen, insbesondere in der Integrationsversorgung, in mehr Zusammenarbeit, im Fallmanagement.

(Auch) in der Krankenhausgesetzgebung ist die Finanzierungsfrage ungelöst. Es bleibt beim Nebeneinander von Investitionskostenfinanzierung auf der einen Seite und Betriebskostenfinanzierung auf der anderen Seite. Die Länder kommen, wie wir wissen, ihren Verpflichtungen nicht nach. Sie haben den Auftrag, Investitionskostenpauschalen zu entwickeln, sind nach der jetzigen Gesetzeslage aber nicht einmal dazu verpflichtet, sie dann auch anzuwenden. Wir müssen diese Trennung überwinden. Erste Schritte wären, die Kassen in die Finanzierung einzubeziehen, und dass dann damit auch eine Planungspartnerschaft stattfindet. Das Ziel muss letztendlich die monistische Finanzierung sein. Wir brauchen im Krankenhausbereich (auch) mehr Wettbewerb. Gegen Selektivverträge wird Sturm gelaufen, es wäre ein Schritt, wenigstens Modellversuche mit Selektivverträgen zu machen, um zu sehen, wie sich das in der Praxis auswirkt und welches Potenzial tatsächlich in ihnen steckt.“

Zur Frage eines möglichen Vorschaltgesetzes antwortete Bender: „So etwas versucht man immer zu vermeiden. Wenn man die Beteiligten für echte Reformen gewinnen will, dann ist eine Rasenmäheraktion mit Zwangsrabatten und dergleichen für das Klima, das man dazu braucht, gemeinhin nicht förderlich.“

und den Versicherten unbeschränkten Zugang zur medizinischen Versorgung ermöglichen. Hierzu ist ihrer Ansicht nach eine vollständige Abschaffung der Zuzahlungen in der GKV erforderlich. Mit der Forderung nach einer Arzneimittelpositivliste steht die Oppositionspartei allerdings im Widerspruch zu ihren eigenen Aussagen hinsichtlich des Umfangs des GKV-Leistungskatalogs und des Zugangs zu Gesundheitsleistungen.

Der Ordnungsrahmen für Krankenhäuser sieht nach der programmatischen Vorstellung der Linken eine staatliche Krankenhausplanung und -finanzierung sowie eine umfassende Sicherstellung der medizinischen Versorgung vor. Private Klinikbetreiber passen nicht in ihr Bild. Insofern seien Privatisierungen von Krankenhäusern zu verhindern und sogar rückgängig zu machen. Dem Mangel an Ärzten und Pflegekräften, insbesondere auf dem Land, müsse durch Nachwuchsförderung und eine ausreichende Vergütung sowie durch eine sektorübergreifende Versorgung begegnet werden. Neben den präferierten Polikliniken sollten gezielt Landarztpraxen gefördert und Gemeindeschwesternstationen geschaffen werden. Handlungsbedarf wird auch bei der Gesundheitsförderung ge-

sehen. Wie die SPD plädiert die Linke für ein eigenständiges Präventionsgesetz.

Bewertung und Fazit

Die zuvor dargestellten Aussagen zu Wettbewerb, Vertragsgestaltung, Zugang zu Innovationen und Gesundheitswirtschaft als Wachstumsmarkt werden nachfolgend kritisch hinterfragt. Zu den für die Krankenhäuser besonders relevanten Themen wie Finanzierung der Betriebskosten, Grundlohndeckung und Morbiditätslast sagen die Wahl- und Regierungsprogramme leider nichts bzw. nichts Konkretes.

Bis auf die Partei Die Linke vertreten die Bundestagsparteien zum Teil sehr deutlich die Meinung, dass weitere Elemente des Wettbewerbs in das Gesundheitswesen Einzug halten sollen. Zumeist bleibt aber offen, „wieviel“ Markt im Gesundheitswesen gewünscht wird und wie der Wettbewerbsrahmen ausgestaltet sein soll. Bezüglich der Vertragsgestaltung tritt die SPD für eine Flexibilisierung ein. Ziel ist die Sicherstellung der wohnortnahen medizinischen Versorgung. Die Union ist in diesem Punkt kaum konkreter. Sie möchte eine individuellere



Foto: Highlights Onlinemagazin

Frank Spieth: Länder sollen endlich wieder in die Krankenhäuser investieren

Der gesundheitspolitische Sprecher der Bundestagsfraktion Die Linke, Frank Spieth, äußerte sich in einem Interview in *Highlights*, Onlinemagazin zur Gesundheitspolitik, Ausgabe 19/09, wie folgt:

„Die Linke will den Ausbau der Krankenhäuser, die in öffentlicher oder freigemeinnütziger Hand sind, zu Ge-

sundheitszentren. Die stationäre Versorgung wird dabei um ambulante fachärztliche Leistungen erweitert. (...) Die Neugründung von MVZ in ohnehin überversorgten Planungsbereichen ist nicht zielführend. Das Einsickern von Aktienkonzernen in die ambulante Versorgung halten wir für kontraproduktiv. Deshalb sollten sich der Erwerb oder die Neugründung und der Betrieb von MVZ auf Ärztegemeinschaften und nicht-profitorientierte Krankenhäuser beschränken.

Der Bund muss sicherstellen, dass die duale Finanzierung der Krankenhäuser festgeschrieben wird. Nur wenn die Investitionen aus Steuermitteln getragen werden, kann es eine öffentliche Bedarfsplanung geben. Außerdem muss der Bund dafür sorgen, dass eine echte und flächendeckende integrierte Versorgung zum Nutzen der Patientinnen und Patienten endlich eingeführt wird. Dazu gehört die komplette Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung. (...) Die Länder müssen endlich wieder in die Krankenhäuser investieren. Sie sind dazu gesetzlich verpflichtet, müssen dazu aber auch in die Lage versetzt werden. Der Abbau des Investitionsstaus ist bereits eine riesige Aufgabe. Um den Bedarf festzustellen, müssen die Länder regionale Gesundheitskonferenzen einberufen. Schließlich müssen private Krankenhäuser rekommunalisiert werden, da private in erster Linie dem Profit und nicht der besten Versorgung verpflichtet sind.“

Vertragsgestaltung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern erreichen, mit dem Ziel, die medizinische Versorgung stärker auf individuelle Erfordernisse abzustimmen. Kollektivverträge bleiben nach Ansicht der Union notwendig. Eine klare Absage erteilt die gesundheitspolitische Sprecherin der Union der Forderung nach Rabattverträgen im Krankenhaus.

Die FDP spricht sich explizit für Wettbewerb und Selektivverträge – auch und insbesondere im stationären Bereich – aus. Allerdings sehen die Liberalen die Notwendigkeit, die Rahmenbedingungen für einen entsprechenden Wettbewerb neu zu definieren. Die Grünen wollen mehr Wettbewerb und Selektivverträge im stationären Bereich zumindest im Rahmen von Modellversuchen zulassen. Die Linken hingegen haben grundsätzliche Bedenken, vom Kollektivvertrag abzugehen.

Erfreulich ist, dass die politische Diskussion um Selektivverträge offenbar nicht mehr einseitig um Rabatte und Leistungsausschlüsse geführt wird, wie im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhäuser bzw. dem KHRG. Selektivverträge heißen nun Einzelverträge, und die Frage nach deren Ausgestaltung hat weitere Dimensionen erhalten. Damit kommen die Parteiprogramme den Forderungen der DKG nach einer Flexibilisierung der Vertragsgestaltung entgegen. Es wird allerdings darauf zu achten sein, dass die Flexibilisierung nicht dazu missbraucht wird, die Kostendämpfungspolitik der vergangenen Jahre in neuem Gewand aufleben zu lassen.

Die Parteien bewegen sich häufig in einem Spannungsfeld zwischen Innovationsoffenheit und -kritik. Die Union beispielsweise spricht sich deutlich für den Erhalt des Verbotsvorbehalts im Krankenhaus aus. Die Grünen halten es zumindest für erforderlich, Innovationen befristet zuzulassen, um Versorgungsforschung zu betreiben. Hinsichtlich der Kosten-Nutzen-Bewertung können sich Union und SPD eine Ausweitung auf nicht-medikamentöse Therapien vorstellen. Die SPD betrachtet die Kosten-Nutzen-Bewertung als Beitrag zur Stärkung der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Deutlicher wird die FDP. Sie will in diesem Bereich Festzuschuss- und Mehrkostenregelungen schaffen. Dies wäre sicherlich auch der rich-

– Anzeige –

WIR haben die maßgeschneiderte Lösung für Ihre personellen Engpässe!

Unsere Fachagentur für medizinische Honorarvertretungen vermittelt Mediziner und examiniertes Pflegepersonal auf Honorarbasis **aller Disziplinen!**

Sie haben Bedarf ? Dann kontaktieren Sie uns:

www.medizervice.de_kontakt@medizervice.de

Fon_+49 (40) 79 14 02 84

Fax_+49 (40) 79 14 02 88

tige Weg, um den Krankenhäusern den erforderlichen Freiraum zur Gestaltung ihres Leistungsspektrums und Möglichkeiten zur Finanzierung entsprechender Therapien zu geben.

Die Mehrheit der Bundestagsparteien erkennt an, dass das Gesundheitswesen einen erheblichen Wirtschaftsfaktor in Deutschland darstellt. Zudem bescheinigen SPD und Union der Gesundheitswirtschaft große Entwicklungs- und Wachstumsmöglichkeiten. Die Erkenntnis der SPD, dass es sich bei der Gesundheitswirtschaft um eine der wichtigsten Zukunftsbranchen handelt und diese in der Vergangenheit viel zu oft als Kostenfaktor gesehen wurde, kommt spät, wird dafür aber um so deutlicher vertreten. Dass diese Position ausgerechnet aus der Partei heraus formuliert wird, die das Gesundheitsressort über acht Jahre verantwortlich geleitet hat und dabei der Ge-

sundheitswirtschaft eher den Rücken zugewandt hat, könnte verwundern, lässt aber umso mehr hoffen.

Bekanntlich sind die Wahlprogramme der Parteien Absichtserklärungen mit viel Raum für flexible Interpretationen und Anpassungen an koalitionspolitische Erfordernisse. An der zentralen Frage der Finanzierung des Gesundheitswesens mit Bürgerversicherung bei Rot-Rot-Grün und gegliedertem Versicherungssystem mit Beitragsautonomie der Krankenkassen bei Schwarz-Gelb lassen sich die Koalitionspräferenzen am deutlichsten erkennen.

Anschrift des Verfassers

Detlev Heins, MBA, Leiter Bereich Politik, DKG, Wegelystraße 3, 10623 Berlin

Beschluss des G-BA zur Früh- und Neugeborenenversorgung

Am 20. August 2009 hat der G-BA den Antrag des GKV-Spitzenverbandes auf Einführung einer Mindestmenge von 50 Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1 500 g und den Antrag der Patientenvertreter auf eine Mindestmenge von 36 für Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht < 1 250 g beraten. Nach kontroversen Verhandlungen wurde auf mündlichen Antrag des unparteiischen Vorsitzenden des G-BA nur die Überführung der Regelung zum Ausschluss von Gelegenheitsversorgung der oben genannten Strukturqualitätsvereinbarung in eine Mindestmenge nach § 137 Absatz 3 Nr. 2 beschlossen und dabei ab 1. Januar 2010 eine Mindestmenge von 14 Frühgeborenen < 1 250 g Geburtsgewicht pro Jahr für Perinatalzentren Level 1 und eine Mindestmenge von 14 Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von 1 250–1 499 g pro Jahr für Level 2 festgelegt. Mit dem Beschluss ist nach § 3 Absatz 1 der Mindestmengenvereinbarung des G-BA eine erneute Festlegung einer noch höheren Mindestmenge erst wieder für das Jahr 2011 möglich.

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt äußerte sich zu dem Beschluss unter anderem wie folgt: „Die beschlossene Mindestmenge von 14 Frühgeborenen pro Jahr pro Krankenhaus reicht nicht aus, eine Behandlung auf hohem Qualitätsniveau in allen Kliniken zu gewährleisten. Ich werde gemeinsam mit den Vertretern der Patienten nicht locker lassen, bis wir im Sinne der kleinen Patienten auf dem richtigen Weg sind. Ich erwarte, dass der Gemeinsame Bundesausschuss seine Verantwortung für diesen speziellen Versorgungsbereich konsequent wahrnimmt.“

DKG: Mindestmengen für Frühgeborene gefährden flächendeckende Versorgung

„Kein Bereich der stationären Versorgung unterliegt einer so hohen Regeldichte wie die Kliniken für Frühgeburten. Eine weitere Verdichtung durch Mindestmengen gefährdet die Versorgung und die familiennahe Erreichbarkeit“. Mit diesen

Worten appellierte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum im Vorfeld der Entscheidung im G-BA an die Krankenkassen, ihren Antrag auf Mindestmengen zurückzuziehen und zunächst die Wirkungen der kürzlich beschlossenen Qualitätssicherungsmaßnahmen zu untersuchen.

Der im Plenum des G-BA zur Abstimmung gestellte Antrag würde die zugelassenen Kliniken auf nur noch 70 im gesamten Bundesgebiet reduzieren. Im Jahr 2005 waren noch 470 Kliniken zugelassen. Alle Fakten sprechen nach Überzeugung der DKG gegen einen solchen Versorgungskahlschlag:

- Die Qualität der Frühgeburtenmedizin in Deutschland hat ein international anerkannt hohes Niveau.
- In keinem Bereich steuern die Bundesländer im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die Krankenhausplanung die Versorgung so detailliert wie bei den Frühgeborenen.
- Mit den Beschlüssen des G-BA aus den Jahren 2006 und 2008 wurden überaus hohe personelle und sächliche Anforderungen an die neonatologischen Abteilungen der Krankenhäuser gestellt. Zugleich wurde im Mai dieses Jahres die Verpflichtung zur Veröffentlichung der Behandlungsergebnisse eingeführt. Damit wurde maximale Transparenz über die Leistungsfähigkeit jeder einzelnen Einrichtung geschaffen.
- Im Dezember 2008 wurde der Ausschluss von Gelegenheitsversorgungen beschlossen, der dazu führt, dass die Kliniken mindestens zwölf Fälle pro Jahr versorgen müssen. Allein diese Vorgabe hat die Zahl der leistungsberechtigten Kliniken von ursprünglich 470 halbiert.
- Es ist unredliche Polemik zu behaupten, Kliniken mit geringen Fallzahlen würden aus Gründen der Vergütungshöhe im Fallpauschalensystem diese Leistungen erbringen. Dabei wird völlig verkannt, dass die hohen Vorhalteanforderungen gerade bei kleinen Einrichtungen keine Erlösvorteile entstehen lassen. Den Kliniken geht es vielmehr um die Sicherstellung einer pädiatrischen Gesamtversorgung. Eine weitere Schließung von neonatologischen Einrichtungen würde auch eine Zentralisierung der kinderärztlichen Versorgung insgesamt und so den Abbau von Kompetenz für die Behandlung pädiatrischer Notfälle nach sich ziehen.

(Vollständiger Text unter www.dkgv.de) ■