



N E W S L E T T E R

N u m m e r 2 / 2 0 0 9

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Vorstand des **BVKD** berichtet Ihnen mit dem *NEWSLETTER* Nr. 2
aus der aktuellen Arbeit:

1. Die Bundestagswahl naht und die Parteien haben auf Fragen
des BVKD geantwortet

*Frage: Welchen Stellenwert misst Ihre Partei der Gesundheits-
wirtschaft und insbesondere den stationären Einrichtungen
(Akutkrankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen) bei?*

Für die CDU antwortet Frau Manuela Hampel, CDU-Bundesgeschäftsstelle,
Sekretärin des Bereichsleiter Politische Programme & Analysen:

Die Gesundheitswirtschaft ist eine der größten Wachstumsbranchen in
Deutschland. Der medizinisch-technische Fortschritt, der demografische
Wandel und ein zunehmendes Gesundheitsbewusstsein sprechen dafür, dass
diese Branche auch in Zukunft auf Wachstums- und Beschäftigungskurs
bleiben wird. Die Gesundheitsforschung trägt dazu bei, mit Innovationen die
Lebensqualität von Menschen aller Lebensalter zu erhöhen und gleichzeitig
die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zu sichern. Die stationären
Einrichtungen nehmen in der Gesundheitswirtschaft einen hohen Stellenwert
ein.

Für die SPD antwortet Frau Dr. Carola Reimann, Gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion:

Die Gesundheitswirtschaft ist ein Wachstumsbereich mit großem Potential und einer tragenden Bedeutung für den Arbeitsmarkt. Es gibt viele Regionen in Deutschland, in denen stationäre Einrichtungen die größten Arbeitgeber sind. Die Bedürfnisse der Menschen nach mehr Gesundheit sind nahezu unerschöpflich. Dem stehen jedoch begrenzte volkswirtschaftliche Ressourcen gegenüber. Damit wir die wirtschafts- und arbeitsmarktpolitischen Chancen der Gesundheitswirtschaft nutzen können, dürfen wir Gesundheitsausgaben nicht mehr nur als Kostenfaktor für die Arbeitgeber, sondern auch als Ausdruck der veränderten Präferenzen der Menschen betrachten, die einen wachsenden Anteil ihres Einkommens für Gesundheit ausgeben wollen. Die stationären Einrichtungen als wichtiger Teil der Gesundheitswirtschaft brauchen einerseits Planungssicherheit andererseits aber auch mehr Entscheidungsfreiheit und Flexibilität, wenn es um die Höhe und die Verwendung von Investitionsmitteln geht. Wir haben hier die Weichen in die richtige Richtung gestellt. Bis 2013 wird es darauf ankommen, diese Regelungen mit Leben zu füllen. Die SPD wird ihr besonderes Augenmerk darauf richten, dass die flächendeckende Versorgung in allen Regionen.

Für die FDP und deren Gesundheitspolitischen Sprecher Herrn Daniel Bahr antwortet Herr Dirk Niebel:

Der Gesundheitssektor ist eine Wachstumsbranche. Mit ca. 4,3 Mio. Beschäftigten und Gesamtausgaben von mittlerweile über 240 Mrd. Euro gewinnt dieser Zweig nicht nur gesundheits-, sondern auch wirtschaftspolitisch immer mehr an Bedeutung. Der stationären Versorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen kommt dabei ein hoher Stellenwert zu. Zu häufig wird diese Entwicklung ausschließlich durch die dirigistische Brille einer Sozialpolitik gesehen, die die Aufgabe des Staates vor allem darin sieht, der Gesellschaft und den Bürgern vorzuschreiben, wie viel Gesundheit kosten darf. Die FDP steht stattdessen für ein freiheitliches Gesundheitswesen und wendet sich gegen staatliche Reglementierung und Rationierung von Gesundheitsleistungen.

Für BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN antwortet Frau Birgit Bender, Gesundheitspolitische Sprecherin Bündnis 90/Die Grünen:

Die Gesundheitswirtschaft (insbesondere auch stationäre Einrichtungen) hält viele sinnvolle Angebote für Patientinnen, Versicherte und Verbraucher bereit. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser leisten einen Beitrag zur notwendigen Qualitätssicherung und zu einem stärkeren Qualitätswettbewerb. Herausforderungen der Zukunft sind das Verhältnis von ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen und eine noch stärkere Fokussierung auf mehr Qualität.

Für DIE LINKE antwortet Herr Frank Spieth, Gesundheitspolitischer Sprecher DIE LINKE:

Wir sehen den Gesundheitsbereich als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge, weniger als Wirtschaftsbereich. Stationäre Versorgung muss weiterhin

gewährleistet werden. Dafür müssen die Länder mehr als bisher ihrer Verpflichtung nachkommen, die Investitionskosten der Kliniken zu tragen.

Frage: Halten Sie den Gesundheitssektor - und hier insbesondere den akutstationären Sektor - für einen Bereich, in dem die Idee des wettbewerblichen Marktes wie in anderen Märkten umgesetzt werden kann?

CDU:

Die Gesundheitsversorgung ist ein Sozialstaatsziel und damit im Grundgesetz verankert. Die Hoheit hierüber obliegt den Ländern, die auch den Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung haben. Damit ist gewährleistet, dass die stationäre Versorgung nicht dem reinen Wettbewerb, sondern dem Maßstab der Versorgungsnotwendigkeit unterliegt. Wir setzen uns für den Erhalt einer hochwertigen und flächendeckenden stationären Versorgung ein.

SPD:

Mehr Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung, insbesondere zwischen Krankenkassen um intelligente Versorgungskonzepte, nützt den Patientinnen und Patienten. 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 Zwei-Klassen-Versorgung führen.

FDP:

In unserem Gesundheitssystem ist ein Umdenken aller Beteiligten und ein konsequentes Handeln zugunsten von mehr Wettbewerb und unternehmerischen Freiräumen erforderlich. Der Gesundheitsmarkt ist kein Markt wie jeder andere und wird es auch nicht werden. Dennoch müssen die Möglichkeiten des Wettbewerbs, effiziente und qualitativ gute Lösungen zu entwickeln, so weit das mit sozialpolitischen Zielen vereinbar ist, genutzt werden. Dabei muss der Patient im Mittelpunkt stehen. Integrierte Versorgungsmodelle und die Ansätze zur ambulanten Öffnung der Krankenhäuser sind ein Ansatz, eine über die Gesundheitssektoren hinweg optimierte medizinische Versorgung zu erreichen und damit Qualität und Wirtschaftlichkeit zu steigern. Im Wettbewerb muss sich zeigen, wie diese Angebote angenommen werden. Dabei ist für vergleichbare Wettbewerbsbedingungen zu sorgen und darauf zu achten, dass die flächendeckende Versorgung als von den Patienten hoch geschätzte Errungenschaft erhalten bleibt.

Bündnis 90/Die Grünen:

Die Idee eines wettbewerblichen Marktes kann in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem nur begrenzt umgesetzt werden, denn Gesundheit ist keine Ware wie jede andere. Möglich ist aber ein Wettbewerb

um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung, von dem Leistungserbringer und Patientinnen profitieren. Dafür müssen die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen verbessert werden, z.B. durch eine nachhaltige Krankenhausfinanzierung.

DIE LINKE:

Nein, Krankenhäuser sind keine Autohäuser - es besteht keine wirkliche "Kundenbeziehung" zum Patienten. Dieser ist auch nicht souverän in seiner Kaufentscheidung, sondern ganz maßgeblich in seinen Entscheidungen von der ärztlichen Beratung abhängig. Wettbewerb um die beste Leistung sollte und muss es geben. Selektivverträge für Selektiveingriffe und freie Preisverhandlungen lehnt DIE LINKE ab.

Frage: Werden die Krankenhäuser über eine faktische Deckelung des landesweiten Budgets das Morbiditätsrisiko tragen müssen?

CDU:

Wir konnten im Rahmen der letzten Krankenhausreform durchsetzen, dass die Krankenhäuser für das Jahr 2009 3,5 Milliarden Euro oder fast 7 Prozent zusätzliche Mittel erhalten werden. Das Finanzvolumen, das den Krankenhäusern allein aus der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung steht, beträgt damit rund 56 Milliarden Euro.

Darüber hinaus wird das Statistische Bundesamt bis Mitte 2010 einen Orientierungswert ermitteln, der zeitnah die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich erfasst und voraussichtlich ab dem Jahr 2011 als Alternative zur bisherigen strikten Grundlohnbindung der Krankenhauspreise dienen kann. Mit diesen Maßnahmen haben wir die Krankenhausfinanzierung deutlich gestärkt.

Die Budgetverhandlungen werden auch weiterhin krankenhausesindividuell erfolgen. Der Mehr- und Mindererlösausgleich erfolgt auch in Zukunft krankenhausesindividuell.

SPD:

Das Morbiditätsrisiko liegt aus unserer Sicht nicht einseitig bei den Krankenhäusern. In § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG sind Faktoren vorgegeben, die bei den Verhandlungen auf Landesebene über die Veränderung der Krankenhausvergütung zu berücksichtigen sind. Allerdings sind die gesetzlichen Vorgaben zur Verhandlung des Landesbasisfallwerts nicht abschließend. Daher können die Vertragspartner auf der Landesebene auch flexibel z.B. auf sektorale Verlagerungen von Leistungen und Kapazitäten reagieren. Eine faktische Budgetdeckelung gibt es daher aus unserer Sicht nicht.

FDP:

Krankenhäuser sind Wirtschaftsunternehmen mit sozialer Verantwortung, die in der Lage sein müssen, im sozial verantworteten Rahmen wirtschaftlich zu handeln. Das heißt: Man darf die Basisfallwerte nicht vereinheitlichen, sondern muss differenzierte Preise zulassen, die die Situation vor Ort widerspiegeln. Der Basisfallwert kann allenfalls als Orientierungswert

fungieren, darf jedoch kein bundesweit einheitlich wirksamer Preis sein. Mit gesetzlichen Vorgaben, wie viel Geld in welche Verwendungen fließen darf, schafft man neue Unwirtschaftlichkeiten und Ineffizienzen. Wir brauchen stattdessen Freiräume, dass das Notwendige auch finanziert werden kann.

Bündnis 90/Die Grünen:

Die Aufhebung der Deckelung der landesweiten Budgets würde die Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung gefährden. Deshalb muss der ordnungspolitische Rahmen für die Krankenhäuser optimiert werden, um das Morbiditätsrisiko für die Kliniken zu reduzieren. Die grüne Bundestagsfraktion setzt sich in einem Antrag dafür ein, die Krankenkassen an der Krankenhausplanung zu beteiligen. Durch die Planungspartnerschaft von Land und Krankenkassen können die Länder auch weiterhin ihrem Sicherstellungsauftrag nachkommen, während die Krankenkassen stärker als bislang auf den Abbau von Überkapazitäten hinwirken können. Sollten sich Land und Kassen nicht auf einen gemeinsamen Krankenhausplan einigen, könnte eine vermittelnde Instanz – z.B. eine Schiedsstelle – eingeschaltet

DIE LINKE:

Die jetzige Finanzierungssituation der Krankenhäuser ist in mehrer Hinsicht unbefriedigend: Die Länder kommen ihren Verpflichtungen bei der Investitionsfinanzierung nicht nach, die Fallpauschalen werden nicht entsprechend der realen Kosten angepasst. Insofern haben Sie Recht, wenn Sie daraus den Schluss ziehen, dass die Krankenhäuser das Morbiditätsrisiko tragen. Das trifft zwar nicht auf die einzelne Fallpauschale zu, da hier Faktoren zum Schweregrad der Erkrankung festgelegt sind, aber in der Festlegung der Fallpauschalen ist der pflegerische Aufwand unzureichend abgebildet. Kommt es zu einer Zunahme der Krankenhausfälle, müssen die Krankenhäuser mit einer Abstufung der mehr erbrachten Leistungen zurecht kommen. Hier sieht DIE LINKE dringenden Handlungsbedarf, um auch weiterhin flächendeckend stationäre Versorgung anbieten zu können.

Frage: Welche Antworten hält Ihre Partei für die drängenden Probleme der:

- a. Finanzierung der Krankenversicherung-/en*
- b. Teilhabe am medizinischen Fortschritt für alle Patienten*
- c. Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit stationären Kliniken als „letztes Auffangnetz“ insbesondere für chronisch kranke Menschen mit Diabetes mellitus*
- d. Zulassung von Fachärzten in Niederlassungen bzw. an stationären Einrichtungen*
- e. Überwindung der Blockade der Kassenärztlichen Vereinigung bei Beteiligung stationärer Einrichtungen an der ambulanten Betreuung von Menschen mit Diabetes mellitus bereit?*

CDU:

Unser Ziel ist es, die Finanzierbarkeit der gesundheitlichen Versorgung zu sichern und die gesetzliche Krankenversicherung mittelfristig auch im

Hinblick auf mehr Generationengerechtigkeit konsequent weiterzuentwickeln. Wir wollen für die Versicherten zusätzliche Belastungen in Grenzen halten und Entlastungsspielräume nutzen. Die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen ist dabei ein wichtiges Element. Hohe Qualitätsstandards müssen auch in Zukunft in allen Versorgungsbereichen gewährleistet bleiben. Hinzukommen muss mehr Transparenz und echte Wahlfreiheit für Versicherte. Wir bekennen uns zu leistungsfähigen privaten Krankenversicherungen, die zu einem freiheitlichen Gesundheitssystem in Zukunft als Voll- und Zusatzversicherung gehören. Wir wollen, dass die gesetzlichen Möglichkeiten der Zusammenarbeit von gesetzlicher und privater Krankenversicherung beim Angebot von Wahl- und Zusatzleistungen stärker als bisher genutzt und erweitert werden. Eine staatliche Einheitsversicherung lehnen wir ab. CDU und CSU wollen, dass auch in Zukunft jeder in Deutschland – unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft oder gesundheitlichem Risiko – eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe medizinische Versorgung erhält und alle am medizinischen Fortschritt teilhaben können. Im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik von CDU und CSU stehen die Patienten und Versicherten. Gerade im Umgang mit Kranken, Älteren und Schwachen zeigt die Gesellschaft ihr soziales Gesicht und ihr Wertefundament. Der Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung liegt in der Hand der Länder. Damit ist gewährleistet, dass die stationäre Versorgung nicht dem reinen Wettbewerb, sondern dem Maßstab der Versorgungsnotwendigkeit unterliegt. Wir setzen uns für den Erhalt einer hochwertigen und flächendeckenden stationären Versorgung ein. Die Sicherstellung für die ambulante, fachärztliche Versorgung liegt bei den Fachärzten. Krankenhäuser haben die Möglichkeit, angestellte Ärzte über die Kassenärztliche Vereinigung zu ermächtigen, wenn die Versorgung über niedergelassene Fachärzte nicht sichergestellt werden kann. Krankenhäuser haben bereits heute die Möglichkeit, im Rahmen einer Zulassung nach § 116b SGB V an der hochspezialisierten ambulanten Versorgung teilzunehmen oder im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen ambulante, ärztliche Leistungen zu erbringen.

SPD:

Wir brauchen Klarheit darüber, wie wir die langfristig steigenden Gesundheitsausgaben finanzieren wollen. Die SPD tritt mit der Bürgerversicherung dafür ein, dass alle Bürgerinnen und Bürger Beiträge auf der Grundlage ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zahlen. Zusammen mit einem höheren Steueranteil für die Gesundheitsversorgung werden die Arbeitskosten entlastet, ohne dass es zu unzumutbaren Belastungen für Einzelne und zu sozialen Verwerfungen kommt.

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung muss ständig überprüft und angepasst werden, u.a. damit auch der medizinische Fortschritt allen zugänglich ist. Heute erhalten gesetzlich Krankenversicherte alle medizinisch erforderlichen Leistungen, auch wenn es um besondere, innovative und qualitativ hoch stehende Angebote geht. Wir werden aber nicht dulden, dass gesetzlich Versicherte über unzumutbare Wartezeiten faktisch von bestimmten Leistungen ausgegrenzt werden. Hier sind auch die

Krankenkassen gefordert, intelligente Verträge zu schließen und ihren Versicherten den Zugang zu innovativen Leistungen zu eröffnen. In der nächsten Wahlperiode werden wir das Thema Sicherstellung intensiv diskutieren müssen. Aus der Patientenperspektive betrachtet muss die Vermeidung von chronischen Krankheiten im Vordergrund stehen. Wenn das Auftreten der Erkrankung nicht vermeidbar ist, muss zumindest ein frühes Erkennen gesichert sein. Die Behandlung von Diabetes als weit verbreitete Volkskrankheit im Krankenhaus wird in Zukunft alleine wegen der Komorbidität eine immer wichtigere Rolle spielen. Wir müssen durch intelligente Konzepte sicher stellen, dass jeder Patient dort behandelt wird, wo er die für ihn beste Versorgung erhält. Wir werden uns dafür einsetzen, dass die wohnortnahe ambulante Versorgung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte erhalten bleibt. Dazu gehört auch die Sicherung der freien Arztwahl, und die Stärkung der Zusammenarbeit der ambulant tätigen Haus- und Fachärzte mit Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Ärzte sollen sich auf ihre Aufgabe konzentrieren: qualitativ hochwertige Medizin zum Nutzen ihrer Patienten. Um den Bedingungen in dünn besiedelten Regionen gerecht zu werden, brauchen wir in Zukunft mehr Versorgungsangebote, die arztentlastend wirken. Blockaden zu Lasten der Versorgungsqualität – ganz gleich von welcher Seite - können wir uns angesichts der anstehenden Aufgaben, nicht leisten.

FDP:

Die FDP will den weiteren Marsch in Richtung Staatsmedizin und Einheitskasse verhindern. Aus Sicht der FDP gehört der Gesundheitsfonds schnellstmöglich abgeschafft und die Beitragsautonomie wieder hergestellt. Benötigt wird mehr Wettbewerb zu klaren und fairen rechtlichen Bedingungen, damit Qualität zu günstigen Preisen gesichert wird und gute Ideen sich durchsetzen können. Das muss ergänzt werden um Wahlrechte für die Patienten und Versicherten und bessere Arbeitsbedingungen für alle, die im Gesundheitswesen tätig sind. Demografische Entwicklung und medizinischer Fortschritt wirken so zusammen, dass das deutsche Gesundheitssystem bei einem Festhalten an der heutigen umlagefinanzierten gesetzlichen Krankenversicherung in große Probleme geraten wird. Massiv steigende Beitragssätze und Rationierung von Gesundheitsleistungen sind dann nicht mehr auszuschließen. Wer das vermeiden will, muss heute Vorsorge für die Zukunft treffen. Die FDP spricht sich daher für eine Finanzierung aus, die auf einem Kapitaldeckungsprinzip mit leistungsgerechten Prämien und Altersrückstellungen beruht. Der heutige Arbeitgeberbeitrag soll zu einem Bestandteil des Lohns werden. Abgesehen von einer Verpflichtung zu Absicherung der medizinisch notwendigen Leistungen soll der Versicherungsschutz nach den eigenen Präferenzen zusammengestellt werden können mit einer Auswahl unter diversen Tarifen. Bürger, die aus eigenen Kräften nicht in der Lage sind, die medizinisch notwendigen Leistungen abzusichern, erhalten Unterstützung durch das Steuer- und Transfersystem. Die Prämien für Kinder übernimmt der Staat ganz. Jeder Versicherer muss die Absicherung des Grundschutzes für jeden Bürger anbieten. Ergänzt werden muss die Umstellung der Finanzierung durch eine wettbewerbliche Ausrichtung des Gesamtsystems,

bei der bürokratische Hemmnisse abgebaut werden und Transparenz geschaffen wird. Der Staat soll lediglich einen Rahmen setzen und für die soziale Absicherung sorgen. Er soll aber nicht mehr alles bis ins Kleinste regeln. Die selbständigen niedergelassenen Ärzte sind seit Jahrzehnten der Garant für eine qualitativ gute, flächendeckende Gesundheitsversorgung, wie die Bevölkerung sie wünscht. Sie sind zusammen mit ihren Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern sowie den anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe entscheidend für den Erhalt der medizinischen Qualität der Gesundheitsversorgung. Neben einer guten Qualifikation, die auch kontinuierliche Weiterbildung voraussetzt, ist die Schaffung eines Umfeldes notwendig, das eine ganzheitliche Versorgung der Patienten ermöglicht und genug Zeit lässt für eine sorgfältige Behandlung. Die FDP teilt nicht die Mär der doppelten Facharztschiene. Für die FDP sind sowohl die niedergelassenen als auch die angestellten Fachärzte gleichberechtigt wichtig für eine wohnortnahe Versorgung. Bürokratische Hemmnisse müssen deshalb abgebaut und mehr Transparenz geschaffen werden.

Bündnis 90/Die Grünen:

Die Finanzierung der Krankenversicherung wollen wir über die grüne Bürgerversicherung gewährleisten, in die wir alle Einkunftsarten, auch Vermögenseinkommen, Gewinne und Mieteinkünfte in die Finanzierung einbeziehen wollen. Die Bürgerversicherungstarife könnten auch durch private Krankenversicherungsunternehmen angeboten werden, damit ist unser Bürgerversicherungsmodell keine Einheitsversicherung. Die Bürgerversicherung sorgt für mehr Gerechtigkeit und eine bessere Finanzierungsbasis der Krankenversicherung. Damit ist die Nachhaltigkeit der Finanzierung für die Zukunft gesichert.

Bislang können alle Patientinnen am medizinischen Fortschritt teilhaben, wenn es sich um Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes handelt, ihre Qualität und Wirtschaftlichkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und der medizinische Fortschritt gewährleistet ist. Wir wollen, dass das auch in Zukunft so bleibt. Deshalb brauchen wir einen Qualitätswettbewerb bei einer gleichzeitigen Umgestaltung der Versorgungsstrukturen (z.B. integrierte Versorgung). Die Versorgung mit stationären Kliniken für chronisch kranke Menschen mit einer Diabetes-Erkrankung muss gesichert sein. Wenn bestimmte Regionen überversorgt sind, muss aber auch über einen Abbau der Überversorgung diskutiert werden. Schließlich gilt es, innovative Versorgungsformen (z.B. integrierte Versorgung) zu erproben und – sofern sie erfolgreich sind – in die Fläche zu bringen.

Die Zulassung von Fachärzten in stationären Einrichtungen begrüßen wir, denn damit können Überkapazitäten abgebaut, gemeinsame Ressourcen genutzt und Versorgungsstrukturen integriert werden.

Das Sozialgesetzbuch V eröffnet Krankenhäusern Möglichkeiten der ambulanten Behandlung. Die Krankenhäuser sollten diese Möglichkeiten – gemeinsam mit weiteren Akteuren der Selbstverwaltung – in Zukunft noch stärker nutzen.

DIE LINKE:

DIE LINKE kämpft für eine solidarische Bürgerversicherung. In ihr sollen alle Menschen in Deutschland versichert sein. Der Versicherungsbeitrag soll auf alle Einkommen erhoben werden. Damit wird die Finanzierungsbasis verbreitert und zukunftsfest, damit alle Menschen am medizinischen Fortschritt teilhaben können. Zuzahlungen sollen unter der Bürgerversicherung rückgängig gemacht werden.

DIE LINKE kämpft für den Erhalt der flächendeckenden stationären Versorgung. Krankenhäuser müssen dafür ausreichend finanziert werden. Integrierte Versorgung besteht zur Zeit nur auf dem Papier. Die Kapazitäten der Krankenhäuser müssen auch für ambulante Behandlungen genutzt werden können. An dieser Stelle stellen wir uns gegen die Blockadepolitik der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Frage: Für welche Wege aus dem übermächtigen Bürokratie-Aufwand in Kliniken (z.B. durchgängige Einzelfallprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen) treten Sie ein, auch um die Attraktivität des Arztberufes zu fördern und beruhsfremden Einsatz von Ärzten zu vermindern?

CDU:

Ein Arzt ist in erster Linie für seine Patienten da; das ist seine Profession. Ein notwendiges Maß an Dokumentation ist dennoch, auch im Sinn der Qualitätssicherung, unerlässlich. Wir setzen uns dafür ein, dass die Dokumentation ein unzulässiges Maß nicht überschreitet. In diesem Zusammenhang konnten wir durchsetzen, dass nicht erfolgreiche Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen mit einer Aufwandspauschale gegenüber den Krankenhäusern zu vergüten sind.

SPD:

Wir treten dafür ein, dass Bürokratie überall dort abgebaut wird, wo es möglich ist. Dazu hat es in der vergangenen Wahlperiode einen Arbeitskreis beim Gesundheitsministerium gegeben, der unter Beteiligung aller Akteure im Gesundheitswesen Vorschläge zum Bürokratieabbau erarbeiten sollte. Die Entlastung der Ärzte in den stationären Einrichtungen von fachfremden Verwaltungstätigkeiten ist im Übrigen eine Aufgabe, die im Rahmen der innerbetrieblichen Organisation dringend in Angriff genommen werden muss.

FDP:

Ärzte und all die anderen Berufsgruppen, die sich um die Patienten kümmern, dürfen nicht länger in dem immer mehr zunehmenden Bürokratiewust ersticken. Sie müssen ihre Zeit dem Patienten widmen können. Die Vorschriften müssen deshalb einfach und klar formuliert sein und sich auf das unbedingt notwendige Maß beschränken. Das gesamte SGB V muss auf den Prüfstand. Richtig gesetzte Anreizsysteme müssen das Übermaß an Kontrollen überflüssig machen. Das gilt sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Ärzte müssen wieder Spaß an ihrer Arbeit haben und motiviert sein, qualitativ gute Arbeit zu leisten. Dazu gehören auch Vergütungssysteme, die leistungsgerecht und transparent sind.

Bündnis 90/Die Grünen:

Bürokratie wird sich in einem hoch spezialisierten Gesundheitssystem nie ganz vermeiden lassen. Deshalb müssen z.B. informationstechnische Grundlagen geschaffen werden, um Arbeitsabläufe zu vereinfachen (z.B. die Elektronische Gesundheitskarte). Notwendig ist aber auch eine Diskussion darüber, welche Aufgaben, ÄrztInnen, Pflegekräfte und VertreterInnen der sogenannten „paramedizinischen“ Berufe in Zukunft übernehmen sollen.

DIE LINKE:

Grundsätzlich sind Überprüfungen der Krankenhausbehandlungen und -abrechnungen erforderlich. Sie müssen allerdings auf ein vernünftiges Maß gebracht werden. Die ärztliche Tätigkeit muss von unnötigen Verwaltungstätigkeiten befreit werden. Alle hauptsächlich administrativen Tätigkeiten müssen an medizinische Dokumentare oder gleichwertig qualifizierte Kräfte delegiert werden, damit der Arzt mehr Zeit am Patientenbett verbringen kann.

Frage: Wie sehen Sie die Mitsprachemöglichkeiten von z.B. der Patientenvertretung für Menschen mit Diabetes mellitus bei der Finanzierung von neuen medizinischen Methoden und Therapien in der gesetzlichen Krankenversicherung?

CDU:

Die gemeinsame Selbstverwaltung von Leistungserbringern und Krankenkassen, der Gemeinsame Bundesausschuss, ist bei den wichtigen Fragen der Aufnahme oder Wegfall von Leistungen mit Patientenvertretern besetzt. Diese haben ein Anhörungs- aber kein Stimmrecht. Damit ist gewährleistet, dass auch die Belange der Patienten in die Entscheidungen einbezogen werden. Darüber hinaus werden hierdurch die Entscheidungen für die Betroffenen transparenter und es wird zu einer Steigerung der Akzeptanz der Entscheidungen beigetragen. Diese Regelung hat sich aus unserer Sicht bewährt.

SPD:

Die SPD hat sowohl in der Rot-Grünen Regierung als auch in der großen Koalition die Mitwirkungsmöglichkeiten der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss kontinuierlich verbessert. Wir wollen diesen Weg weiter gehen, allerdings Schritt für Schritt.

FDP:

Die Teilnahme der Patientenvertreter an den Sitzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) war ein richtiger Schritt, um die Interessen der Betroffenen verantwortungsbewusst in Entscheidungen einfließen zu lassen. Auf diese Weise ist jedem der Entscheider deutlich, wie die Konsequenzen seines Handelns aussehen. Das hat die Atmosphäre im G-BA deutlich verändert. Über die berechtigten Anliegen der Betroffenen kann man sich nicht hinwegsetzen. Ganz wichtig ist aber nach wie vor, dass die Vorgaben das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis nicht gefährden dürfen. Die Therapiefreiheit darf nicht durch Funktionärsentscheidungen am grünen Tisch

in Gefahr gebracht werden. Der behandelnde Arzt muss gemeinsam mit dem Patienten die Letztentscheidung über die Therapie haben. Versicherte dürfen den Zahlungsanspruch gegenüber ihrer Krankenkasse nicht komplett verlieren, wenn die Behandlung von den Vorgaben abweicht. Sie müssen zumindest die Ausgaben erstattet bekommen, die für die „Standardtherapie“ angefallen wären.

Bündnis 90/Die Grünen:

Die Mitsprachemöglichkeiten von Patientenvertretern bei der Finanzierung neuer medizinischer Methoden und Therapien haben wir deutlich verbessert. Unter Mitwirkung von Bündnis 90/Die Grünen ist die PatientInnenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss verankert worden. Wir setzen uns dafür ein, die beratende Funktion der PatientInnenvertreter durch Antrags- und Abstimmungsrechte in Verfahrensfragen auszubauen.

DIE LINKE:

Die Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) sollte ausgebaut werden. Wir fordern für eine wirkliche Mitsprache das Stimmrecht für die im GBA vertretenen Patientenvertreter.

Frage: Welchen Stellenwert soll die Qualität der medizinisch/pflegerischen Leistung bei der Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus einnehmen? Wo sehen Sie hier Handlungsbedarf? Würde an gute Qualität auch eine besondere Vergütung treten?

CDU:

Die Qualität hat in der Medizin einen sehr hohen Stellenwert. Daher konnten wir erreichen, dass zukünftig sektorübergreifend einheitliche Qualitätsmaßstäbe anzuwenden sind. Das ist für Patienten mit Diabetes mellitus, aber auch für alle anderen Erkrankungen wichtig, die nicht ausschließlich ambulant oder stationär, sondern in allen Bereichen der Versorgung Leistungen in Anspruch nehmen. Die Umsetzung dieser neuen Regelung muss engmaschig begleitet werden. Bereits heute ist es möglich, für besondere Qualität eine besondere Vergütung zu vereinbaren. Das konnten wir in der in der letzten Gesundheitsreform durchsetzen. Um Qualität, Versorgungssicherheit und Finanzierbarkeit unseres freiheitlichen und selbstverwalteten Gesundheitswesens zu erhalten, wollen wir den Qualitätswettbewerb stärken. Dafür müssen Leistungen und Kosten transparenter werden.

SPD:

Gerade bei der Versorgung chronisch Kranker hat die Qualität einen besonders hohen Stellenwert. Wir wissen, dass für einen gut eingestellten Diabetiker die allermeisten Folgeerkrankungen vermeidbar sind. Leider gibt es in Deutschland heute immer noch zu viele Qualitätsmängel in der Behandlung, die zu vermeidbaren Folgen, bis hin zu Erblindung und Amputationen führen. Für die Patientinnen und Patienten bedeutet das unnötiges Leiden und erhebliche Einschränkungen der Lebensqualität. Aber auch für die Krankenkassen lohnt es sich, für ihre Diabetiker eine gute

Versorgungsqualität sicher zu stellen, weil so unnötige Behandlungskosten vermieden werden können. Hier sind auch intelligente Verträge denkbar, die eine höhere Vergütung an das Erreichen von konkreten Qualitätsindikatoren knüpfen.

FDP:

Im Hinblick auf die Sicherung der Qualität darf man nicht müde werden, immer wieder an einer Verbesserung zu arbeiten. Ziele müssen formuliert und ihre Einhaltung überprüft werden. In der Aus-, Fort- und Weiterbildung müssen neue Erkenntnisse vermittelt und in die Praxis übersetzt werden. Jeder Einzelne muss einen Anreiz dazu haben, die Versorgung auf einem qualitativ möglichst hohen Niveau zu erbringen. Hilfreich wäre in diesem Zusammenhang eine qualitätsorientierte Vergütung. Allerdings gibt es zur Zeit keine validen Kriterien, die hierfür zugrunde gelegt werden können. Hieran sollte gearbeitet werden.

Bündnis 90/Die Grünen:

Die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung von PatientInnen und Pflegebedürftigen muss einen hohen Stellenwert haben. Gute Qualität muss nicht teurer vergütet werden, denn in einem transparenten und wettbewerblich organisierten Gesundheitswesen wird sich Versorgungsqualität durchsetzen.

DIE LINKE:

Es steht außer Frage, dass die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung einen hohen Stellenwert hat. Durch die Einführung der Chronikerprogramme hat sich die Versorgung von Diabetikern wesentlich verbessert. Für eine gute Betreuung seiner Diabetiker sollten die Hausärzte eine "Erfolgsprämie" erhalten. Über die dafür notwendigen Kriterien müssen wir uns noch verständigen.

Frage: Welche Schwerpunkte würden Sie als Regierungspartei bei der Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus setzen?

CDU:

CDU und CSU wollen, dass auch in Zukunft jeder in Deutschland – unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft oder gesundheitlichem Risiko – eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe medizinische Versorgung erhält und alle am medizinischen Fortschritt teilhaben können. Im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik von CDU und CSU stehen die Patienten und Versicherten. Gerade im Umgang mit Kranken, Älteren und Schwachen zeigt die Gesellschaft ihr soziales Gesicht und ihr Wertefundament. Therapiefreiheit, freie Arzt- und Krankenhauswahl sowie freie Gesundheitsberufe gehören für uns zum Kern eines freiheitlichen Gesundheitswesens.

SPD:

Der Schwerpunkt muss auf der Vermeidung bzw. der Früherkennung liegen. Bei der Versorgung müssen wir in erster Linie eine möglichst gute

Vernetzung aller beteiligten Behandler erreichen, damit jede Patientin und jeder Patient so schnell wie möglich dorthin kommt, wo er die bestmöglich Behandlung erhält.

FDP:

Der Gesetzgeber muss den Rahmen setzen, nicht aber alles bis in kleinste Detail regeln. Die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung im Einzelnen ist Angelegenheit der Selbstverwaltung. Bezüglich der Behandlung von Menschen mit Diabetes mellitus hat sich in den letzten Jahren durch die gemeinsamen Bemühungen einiges zum Guten entwickelt. Das Nachdenken über Behandlungspfade, die Stärkung der integrierten Versorgung, eine bessere Kooperation von Haus-, Fachärzten und –kliniken, die Einbeziehung der Apotheker, all das gibt Anlasse zur Hoffnung und ist Ansporn, in diesem Sinne weiter zu arbeiten. Es geht um eine optimierte strukturierte Versorgung, bei der allen einbezogenen medizinischen Institutionen die Wahrung der Therapiefreiheit zugunsten der Betroffenen und zur Erreichung einer hohen Lebensqualität ermöglicht wird.

Bündnis 90/Die Grünen:

Die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung von PatientInnen und Pflegebedürftigen muss einen hohen Stellenwert haben. Gute Qualität muss nicht teurer vergütet werden, denn in einem transparenten und wettbewerblich organisierten Gesundheitswesen wird sich Versorgungsqualität durchsetzen.

DIE LINKE:

1. Stärkung der Rolle des Patienten durch mehr Schulungsangebote, eigene Blutzuckerkontrollen, Förderung von Selbsthilfegruppen
2. Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention, um das Auftreten von Diabetes Mellitus II zu verringern und Folgeerkrankungen zu vermeiden
3. Forschungsgelder für die pharmunabhängige Erforschung neuer Therapiestrategien
4. kostenlose Abgabe von Teststreifen im Rahmen der allgemeinen Zuzahlungsbefreiung

Für die CSU antwortet Herr Max Straubinger, Gesundheitspolitischer Sprecher der CSU-Landesgruppe im Deutschen Bundestag im Zusammenhang:

Ein leistungsfähiges und modernes Gesundheitssystem, in dem der Patient im Mittelpunkt steht, und das eine bedarfsgerechte Versorgung für jedermann auf hohem Niveau gewährleistet, ist für die CSU zentrales Element einer auf den Grundsätzen der Sozialen Marktwirtschaft beruhenden Gesellschaftsordnung. Die Gesundheitswirtschaft und in ihrem Rahmen insbesondere auch der akutstationäre Sektor haben zudem eine erhebliche volkswirtschaftliche Bedeutung. Gesundheitspolitik muss dies berücksichtigen und verlässliche Rahmenbedingungen schaffen. Dazu zählt durchaus auch die Verankerung wettbewerblicher Strukturen. Sie bieten

auch im stationären Bereich qualitätsorientierte Anreize zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

Wettbewerb im Gesundheitswesen muss jedoch dort seine Grenzen finden, wo er nicht vordergründig das Patientenwohl zum Ziel hat und mithin zu Benachteiligungen bestimmter Patientengruppen wie Menschen mit Diabetes mellitus führt.

Mit den Reformen im Bereich der Krankenhäuser hat die Große Koalition nach langen und intensiven Debatten in der zu Ende gehenden Legislaturperiode einen neuen ordnungspolitischen Rahmen geschaffen. Die Reform der Krankenhausfinanzierung verschafft den Kliniken eine nachhaltige Verbesserung ihrer Finanzausstattung. Für die stationäre Versorgung der Patientinnen und Patienten stehen in diesem Jahr 3,5 Mrd. € mehr zur Verfügung als 2008. Das entspricht einem Aufwuchs um über 6 %. Diese Steigerung kann sich sehen lassen. Dauerhaft wirkende strukturelle Verbesserungen sorgen zudem für verlässliche Rahmenbedingungen und damit für Planungssicherheit in den Folgejahren.

Die Finanzierbarkeit der gesundheitlichen Versorgung muss gesichert und die gesetzliche Krankenversicherung mittelfristig auch im Hinblick auf mehr Generationengerechtigkeit konsequent weiterentwickelt werden. Wir wollen die Beitragsbelastung der Versicherten in vertretbaren Grenzen halten. Die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen ist dabei ein wichtiges Element. Wir bekennen uns zu einer leistungsfähigen privaten Krankenversicherung. Wer meint, mit einer Einheitsversicherung ließen sich Quantensprünge für unser Gesundheitssystem erzielen, irrt. Zwangssysteme haben auf Dauer immer Qualitätseinbußen zur Folge. Einheitsstrukturen bevormunden die Menschen und wirken weiter kostentreibend. Die Sicherstellung einer wohnortnahen, fachlich hochwertigen medizinischen Versorgung im ambulanten wie im stationären Bereich darf sich nicht auf die Ballungszentren konzentrieren. Gerade auch die 60 Prozent unserer Bevölkerung, die in ländlichen Regionen beheimatet ist, hat Anspruch auf Versorgungssicherheit. Gesundheitspolitische Entscheidungen müssen daher mehr Regionalität und die dortigen spezifischen Versorgungsstrukturen ins Auge fassen. Ambulanter und stationärer Sektor dürfen sich nicht als Gegeneinander begreifen. Sie müssen –gerade auch zum Wohle von Millionen Diabetes-Patienten enger zusammenwirken. Nicht zuletzt auch um Synergieeffekte zu erschließen, wollen wir durch bessere Versorgungsmodelle die Sektorengrenzen durchlässiger machen.

Versicherte und Patienten haben Anspruch auf einen unkomplizierten Zugang zu unabhängiger Information und Beratung. Wir wollen die unabhängige Patientenberatung stärken und ausbauen.

Patientenvertretungen und Selbsthilfegruppen verdienen gesellschaftliche Anerkennung und Unterstützung. Dass sie etwas bewegen können, hat sich gerade auch im Bereich der Menschen mit Diabetes mellitus gezeigt. Ohne die nachdrückliche Arbeit von Betroffenenvereinigungen wäre die Bereitschaft der Verantwortlichen auf Kassen- und Pharmaseite kaum ausgeprägt gewesen, die Erstattungsfähigkeit von Insulinanaloga über entsprechende Rabattverträge zwischen beiden Seiten so zu sichern, wie dies geschehen ist.

Die beste Hilfe für Menschen mit Diabetes mellitus bietet eine strikt qualitätsgestützte Versorgung. Gerade die CSU hat im Rahmen der jüngsten Gesundheitsreform durchgesetzt, dass Qualitätsorientierung bei der Honorierung medizinischer Leistungen berücksichtigt werden kann. Diese Politik der Qualitätsanreize gilt es zum Wohle der Patienten auszubauen. Gesundheitsbewusstes Verhalten, Eigenverantwortung und Prävention wiederum sind die beste Vorsorge. Wir wollen deshalb die Prävention aufwerten ohne dabei neue Bürokratie zu schaffen. Ein wichtiger Schritt zur Gesundheitsförderung ist die Weiterentwicklung von Bonus-Modellen sowie Wahl- und Selbstbehalttarifen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

2. Sozialgerichtliche Klageverfahren im Abrechnungsstreit mit den Krankenkassen

Die Krankenkassen verhalten sich zwar beim Strittigstellen von Krankenhausbehandlungen unterschiedlich, jedoch ist die Tendenz, dass Krankenhausbehandlungen vom MDK überprüft werden, weiterhin ungebrochen. Dann ist es zwangsläufig, dass sozialgerichtliche Klageverfahren zur Durchsetzung von Forderungen zunehmen. Im Klageverfahren wird meist ein medizinischer Gutachter von Seiten des Gerichtes zur Klärung der strittigen medizinischen Fragen bestellt. Dabei werden die Parteien oft um Gutachter-Vorschläge gebeten. Gute, qualifizierte Gutachter sind jedoch rar, insofern ist es erfreulich, dass sich folgende Personen bereit erklärt haben, als gerichtliche Gutachter tätig zu werden:

- Herr Dr. med. von Kriegstein, Lyraweg 1 in 29549 Bad Bevensen
- Herr Prof. Dr. med. Schmechel, Silberdistelweg 11 in 99097 Erfurt
- Herr Prof. Dr. med. Sailer, Hohe Marktstraße 15 in 97616 Bad Naustadt/Saale
- Herr Prof. Dr. med. Henrichs, Wilhelmstraße 7 in 49610 Quakenbrück
- Herr PD Dr. med. Lundershausen, Zum Fuchsturm 20 in 07318 Saalfeld
- Herr Prof. Dr. med. Janka, Parkallee 153a in 28209 Bremen

3. diabetesDE

diabetesDE ist eine neue Organisation im Bereich der Vertretung des Diabetes mellitus in der Öffentlichkeit. Sie wurde auf Initiative der Deutschen Diabetes-Gesellschaft und des Verbandes der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. gegründet. Sie will sich für die Vertretung von Menschen mit Diabetes mellitus einsetzen und initiiert Informations- und Aufklärungskampagnen. Sie werden demnächst Flyer von diabetesDE per Post erhalten und wir bitten Sie, diese für Ihre Patientinnen und Patienten auszulegen.

4. Sind Sie auf dem neuesten Stand was die optimierte Abrechnung Ihrer ambulanten Leistungen betrifft?

Für die Abrechnung der ambulanten Leistungen ist der EBM 2009 seit diesem Jahr im Einsatz und möglicherweise hat sich die eine oder andere Frage ergeben. Darüber hinaus könnten sich Tipps zur optimierten GOÄ-

Abrechnung in Bezug auf die Diabetologie lohnen. Wir fragen Sie deshalb nach Ihrem Interesse, ein vom BVKD ausgerichtetes Seminar zur EBM- und GOÄ-Abrechnung Ihrer ambulanten Leistungen.

Interessenbekundungen richten Sie formlos an: Kaetner@BVKD.de

5. Jobbörse auf der BVKD-Homepage eingerichtet

Auf der BVKD-Homepage finden Sie seit Kurzem im öffentlich zugänglichen Bereich die Rubrik „Stellenangebote“. Alle Mitgliedseinrichtungen können ihre Stellenangebote an Frau Fischer (fischer@condiaz.de) senden, und es wird die Stelle angezeigt und eine Verlinkung zur suchenden Einrichtung geschaltet. Das Stellenangebot bleibt zwei Monate bestehen und wird danach automatisch gelöscht.

6. Das neue QMKD-Manual ist abgestimmt

Das QMKD-Manual 6.0 ist nun abgestimmt und wird verpflichtend für Zertifizierungen ab 01.10.2009 zum Einsatz kommen. Wir haben uns bei der Frist an den Termin des Versionswechsels des KTO-Manuals 2009, das ebenfalls verpflichtend für Zertifizierungen ab 01.10.2009 eingesetzt werden muss, angelehnt. Sie finden das neue Manual wie bereits üblich, im Mitgliederbereich.