

## Wahlprüfsteine der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V. (BWKG) für die Landtagswahl am 27. März 2011

	<b>BWKG</b>	<b>CDU</b>	<b>SPD</b>	<b>Bündnis 90/ Die Grünen</b>	<b>FDP</b>	<b>Die Linke</b>
<b>1. Wie soll die flächendeckende Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg in Zukunft sichergestellt werden?</b>	<p>Im Rahmen seiner Daseinsvorsorge ist es Aufgabe des Landes, eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen sicherzustellen. Voraussetzung für die Erfüllung dieser Aufgabe ist, dass die Landesregierung weiterhin die Letztverantwortung für die Krankenhausplanung behält und auch bereit ist, bei drohender Unterversorgung in einzelnen Regionen aktiv einzugreifen, beispielsweise mit Sicherstellungszuschlägen oder Ausnahmen bei Mindestmengenvorschriften.</p>	<p>Mit dem von der CDU-geführten Landesregierung verabschiedeten Krankenhausplan 2010 Baden-Württemberg erfolgt die Einführung einer Rahmenplanung (nach Empfehlung der Expertenkommission „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“). Wir verzichten grundsätzlich darauf, den Versorgungsauftrag von Krankenhäusern bis ins Detail festzulegen. Nur in Ausnahmefällen wird eine Fachplanung oder Ausweisung einer spezifischen Anzahl von Betten vorgenommen. Der vorgegebene Rahmen wird von den Pflegegesetzparteiern vor Ort ausgefüllt und ermöglicht eine flexiblere Anpassung an Gegebenheiten und Veränderungen vor Ort.</p>	<p>Wir wollen die duale Finanzierung beibehalten, um in der Landesregierung weiter die Kompetenz für die Krankenhausplanung zu besitzen. Damit sind wir verantwortlich und in der Lage, auf wirtschaftliche und soziale – insbesondere demographische – Veränderungen angemessen zu reagieren. Zwischen den Aspekten wohnortnahe Versorgung, Konzentration und Schwerpunktsetzung werden wir einen angemessenen Ausgleich finden. Das wird eher gelingen, wenn wir den Regionen mehr Kompetenzen geben, mehr sektorenübergreifende Versorgung ermöglichen und die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung durchlässiger machen.</p>	<p>Für uns ist der Landeskrankenhausplan das Instrument, um die flächendeckende Krankenhausversorgung sicherzustellen. Daher stehen wir hinter der dualen Finanzierung, um dem Land hier weiterhin Gestaltungsmöglichkeiten zu geben. Diese müssen jedoch zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung aktiver genutzt werden als bisher. So bedarf es der Entwicklung klarer Kriterien für die medizinische Grund- und Schwerpunktversorgung. Wir setzen auf eine flächendeckende Grundversorgung im stationären Bereich, während spezialisierte medizinische Schwerpunkte nur an einzelnen Standorten vorgehalten werden müssen.</p>	<p>Grundlage für eine flächendeckende Krankenhausversorgung ist die Sicherung der Finanzierung des Gesundheitswesens. Im GKV-Finanzierungsgesetz konnten dazu erste wichtige Schritte gemacht werden: Durch die Festschreibung des Arbeitgeberanteils und die Modernisierung der Zusatzprämie ist es gelungen, steigende GKV-Beiträge vom Arbeitsentgelt zu entkoppeln. Der durch medizinischen Fortschritt notwendige Umbau der Krankenhauslandschaft erfordert neue Modelle der Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Leistungsanbietern. Der Landeskrankenhausplan sieht zudem wirtschaftliche Flexibilisierungen zugunsten der Krankenhäuser vor.</p>	<p>Die Landesregierung ist für die Sicherstellung der stationären Versorgung der Bevölkerung durch eine wohnortnahe und flächendeckende Krankenhausplanung verantwortlich. „Was sich nicht rechnet, wird nicht gemacht“ darf für die Versorgung krankler Menschen nicht gelten. Eine qualifizierte gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung ist wesentliches Ziel der Daseinsvorsorge und damit eine wichtige Aufgabe, aus der das Land Baden-Württemberg nicht entlassen werden darf. Die Privatisierung von Krankenhäusern (und damit deren Unterwerfung unter das Prinzip der Profitmaximierung) ist ein gefährlicher Irrweg, den DIE LINKE nicht mittragen wird.</p>

	<b>BWKG</b>	<b>CDU</b>	<b>SPD</b>	<b>Bündnis 90/ Die Grünen</b>	<b>FDP</b>	<b>Die Linke</b>
<p><b>2. Sind Sie bereit eine Bundesratsinitiative zu starten, um eine Refinanzierung der unaufhaltsam steigenden Personalkosten in den Krankenhäusern sicherzustellen?</b></p>	<p>Die Gesetzeslage führt dazu, dass die Vergütung der Krankenhäuser im Jahr 2012 nur um etwa ein Prozent steigen wird. Gleichzeitig fordern verschiedene Politiker Gehaltserhöhungen von drei Prozent und mehr. Folge dieser Diskrepanz wäre entweder Personalabbau oder die Abkoppelung der Mitarbeiter der Krankenhäuser von der allgemeinen Lohnentwicklung. Um das zu verhindern muss ab 2012 die im Gesetz vorgesehene Orientierung der Vergütungssteigerung an der tatsächlichen Kostenentwicklung umgesetzt werden. Oder die steigenden Personalkosten müssen über eine Tarifberichtigungsrate finanziert werden.</p>	<p>Im Gesetz zur nachhaltigen und ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, dem ein von der CDU-geführten Landesregierung ausdrücklich unterstützter Bundesratsvorstoß zugrunde liegt, werden auch in zahlreichen Punkten die Sparbeschlüsse der Bundesregierung im Krankenhausbereich modifiziert. Durch die Änderungsanträge von Bundesrat und Bundestag wird sich die finanzielle Situation der Krankenhäuser deutlich entschärfen. Konkret stehen den Krankenhäusern in Baden-Württemberg im Vergleich zum Regierungsentwurf im Jahre 2011 ca. 23 Mio. Euro mehr zur Verfügung.</p>	<p>Gute Arbeit muss fair entlohnt werden. Tarifierhöhungen müssen deshalb auch für das Personal in den Krankenhäusern möglich sein, ohne dass im selben Bereich – etwa durch Stellenreduzierungen – wieder gekürzt wird. Das muss sich in den Entgeltverhandlungen niederschlagen. Als Oppositionsfraktion haben wir uns bereits gegenüber der Landesregierung gegen eine Deckelung ausgesprochen. In der Landesregierung werden wir das auch gegenüber dem Bund tun.</p>	<p>Das Personal im Krankenhaus muss leistungsgerecht entlohnt werden. Tarifierhöhungen müssen ohne Personalabbau oder Arbeitsverdichtung möglich sein. Zum einen ist es nötig, tarifgebundene Personalkostensteigerungen im Landesbasisfallwert besser abzubilden. Zum anderen ist eine flexiblere und dynamischere Bezugsgröße für die Veränderungsrate des Krankenhausbudgets als die Grundlohnsumme erforderlich. Um die Gesamtentwicklung besser nachzuvollziehen, ist für uns eine Anbindung an einen Mix aus Preisindex und Lohnkostensteigerungen im öffentlichen Dienst im Verhältnis von ca. 1: 2 eine Diskussionsgrundlage. Dafür setzen wir uns auch im Bund ein.</p>	<p>Die Preise für Krankenhausleistungen dürfen 2011 um 0,9 Prozent steigen, wie es die Kliniken selbst gefordert haben. Um einen gewissen Preiswettbewerb zwischen den Ländern aufrecht zu erhalten, wurde für akutstationäre Krankenhausleistungen die Etablierung einer Konvergenz zu einem Bundesbasisfallwert aufgehoben. Die Forderung nach einer Umsetzung des Orientierungswerts, der die Preissteigerungen in den Krankenhäusern abbildet, ist insbesondere vor dem Hintergrund von Tarifsteigerungen verständig. Allerdings kann das Bundesgesundheitsministerium ohne Zustimmung der Länder festlegen, wann und in welchem Umfang der Orientierungswert übernommen wird.</p>	<p>Die Finanzierung der Krankenhausbetriebskosten durch die Fallpauschalen (G-DRGs) ist Teil der neoliberalen Strategie der Ökonomisierung des Gesundheitswesens. DIE LINKE fordert eine gründliche Revision der G-DRGs oder die Rückkehr zur Abrechnung nach Tagessätzen. Zumindest die Unterfinanzierung der laufenden Kosten in der stationären Versorgung muss umgehend beseitigt werden. In einem krankenhausspezifischen Warenkorb ermittelte Kosten sind ebenso wie Kostensteigerungen in voller Höhe und zeitnah in die G-DRGs einzurechnen. Wenn eine Tarifbindung besteht, müssen tarifbedingte Lohnerhöhungen voll ausgeglichen werden.</p>

	<b>BWKG</b>	<b>CDU</b>	<b>SPD</b>	<b>Bündnis 90/ Die Grünen</b>	<b>FDP</b>	<b>Die Linke</b>
<b>3. Wie soll der bestehende Investitionsstau bei den dringlichen Bauprojekten der Krankenhäuser im Land abgebaut werden?</b>	Ein wichtiges Instrument, die Krankenhausplanung umzusetzen, ist die Investitionsfinanzierung durch das Land. Trotz der kontinuierlichen Förderung besteht nach wie vor ein Investitionsstau von fast einer Milliarde Euro bei den dringlichen Bauprojekten, der in den kommenden Jahren abgebaut werden muss. Hierzu sollte es zusätzlich zum bisherigen Fördervolumen zumindest ein vierjähriges Sonderbauprogramm mit einem Volumen von 150 Mio. € pro Jahr geben, außerdem müssen die aus der Pflegeheimförderung stammenden 25 Millionen Euro dauerhaft für die Krankenhausförderung zur Verfügung stehen.	Mit der dualen Krankenhausfinanzierung ist es in Baden Württemberg in den letzten 40 Jahren gelungen, leistungsfähige Krankenhausstrukturen zu schaffen. Eine effiziente Krankenhausplanung kann nur betrieben werden, wenn auch ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. Im Haushaltsjahr 2011 hat die CDU-geführte Landesregierung für wichtige Baumaßnahmen insgesamt 199,5 Mio. € zur Verfügung gestellt. Dies stellt gegenüber dem Haushaltsansatz 2010 eine Steigerung von rund 16 % dar. Diese zeigt deutlich, welchen hohen Stellenwert die CDU der Investitionsförderung auf dem Krankenhausesektor beimisst.	Wir wollen leistungsfähige Krankenhäuser in Stadt und Land bedarfsgerecht finanziell fördern und erhalten sowie auch Neubauten ermöglichen. Uns ist klar, dass dies mit den bisherigen Fördermitteln des Landes nicht zu leisten ist. Um den Investitionsstau abzubauen, werden wir die Investitionsmittel schrittweise bis zur Verdoppelung erhöhen.	Der Investitionsstau kann nur über eine Anhebung der Investitionsmittel abgebaut werden. Angesichts dringend notwendiger Investitionen der Krankenhäuser in Baden-Württemberg in Höhe von über 1 Mrd. Euro einerseits und einem Jahreskrankenhausprogramm der jetzigen Regierung im Umfang von 185 Mio Euro bei einem Gesamtinvestitionsansatz von 322,5 Mio Euro andererseits, bleiben die Krankenhäuser auf der Strecke. Wir werden daher die Mittel für die Investitionskosten deutlich erhöhen und unterstützen in diesem Kontext auch nachdrücklich ein Sonderbauprogramm.	Langfristig verfolgen wir das Ziel einer monistischen Krankenhausfinanzierung unter der Voraussetzung einer entsprechenden Reform der GKV. Bis dahin bekennen wir uns zur dualen Krankenhausfinanzierung. Das Land hat mit unserer Unterstützung erhebliche Anstrengungen unternommen: Die Programmmittel der Krankenhausförderung werden im Jahr 2011 nochmals um insgesamt 27,5 Mio. Euro erhöht. Zusätzlich wurden im letzten Jahr und werden hauptsächlich in diesem Jahr über das Konjunkturpaket II der Bundesregierung und das Landesinfrastrukturprogramm insgesamt 25 Krankenhausbauprojekte im Gesamtvolumen von weiteren 174 Mio. Euro gefördert.	Voraussetzung für eine qualifizierte wohnortnahe stationäre Gesundheitsversorgung, ist die duale Finanzierung durch Krankenkassen und Länder. DIE LINKE lehnt eine monistische Finanzierung ab. Baden-Württemberg kommt seit Jahren seinen gesetzlichen Verpflichtungen zur Investitionsfinanzierung nur unzureichend nach. Die fehlenden Investitionen werden teilweise aus den Mitteln für den laufenden Betrieb aufgebracht. Die Sanierung von Krankenhausbauten wird so letztlich über Personalreduzierung finanziert. Die LINKE fordert die Verdoppelung der Investitionsmittel auf 600 Millionen € und den stufenweisen Abbau des Investitionsstaus in Höhe von 1,5 Mrd. €.

	<b>BWKG</b>	<b>CDU</b>	<b>SPD</b>	<b>Bündnis 90/ Die Grünen</b>	<b>FDP</b>	<b>Die Linke</b>
<b>4. Wie kann aus Ihrer Sicht die Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor verbessert werden?</b>	Die Verbesserung der Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Sektor ist zur Steigerung von Versorgungsqualität und -sicherheit notwendig. Nur gemeinsam können Herausforderungen wie der demografische Wandel und der zunehmende Mangel an Ärzten im ländlichen Raum und bei der Notfallversorgung bewältigt werden. Dazu müssen aber die Rahmenbedingungen wie bei der Vergütung der Belegärzte, der Beschränkungen der Möglichkeiten zur Anstellung von Vertragsärzten sowie zu vor- und nachstationären Leistungen, MVZ und hochspezialisierten ambulanten Leistungen nach § 116b SGB V verbessert werden.	Die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen stationärem und ambulantem Sektor ist uns ein wichtiges Anliegen. Aufgrund des drohenden Ärztemangels wollen wir Synergien nutzen. Hierzu zählt eine weitere Flexibilisierung der ärztlichen Beschäftigungsmöglichkeiten. Die CDU-geführte Landesregierung hat zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung im Ländlichen Raum ein Programm mit einem Volumen von rund 7 Mio. € beschlossen. Damit sollen auch sektorenübergreifende Projekte unterstützt werden. Das Programm startet in 2011. Die lange Zeitdauer für Zulassungen nach § 116 b SGB V erscheint durch das Erfordernis, betroffene niedergelassene Ärzte anzuhören grundsätzlich nachvollziehbar.	Die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung muss endlich überwunden werden. Dabei geht es zum einen um die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung und zum anderen um die bessere Zusammenarbeit zwischen ambulanten tätigen Haus- und Fachärzten mit Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. In der Krankenhausplanung sind deshalb die Auswirkungen von Veränderungen im stationären Angebot auf die Gesamtversorgung der Bevölkerung zu berücksichtigen. Die Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren vor allem an Krankenhäusern in unterversorgten Gebieten unterstützen wir.	Für uns ist die Überwindung der Sektorengrenzen und die bessere Vernetzung von Strukturen, ob zwischen stationär und ambulant, zwischen medizinischer Versorgung und Pflege oder zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation, eines der zentralen Themen der Gesundheitspolitik. Wir setzen uns daher für Rahmenbedingungen ein, die diese Übergänge erleichtern, z.B. im Bereich der Belegarztvergütung, der Anstellung von Vertragsärzten, bei der Gründung von MVZs oder bei der Erbringung ambulanter Krankenhausleistungen. Zum Thema „integrierte Versorgung“ wurde auf Bundesebene von den Grünen aktuell eine Expertenrunde einberufen.	Die Leistungssektoren im Gesundheitswesen sollten verstärkt übergreifend und multidisziplinär vernetzt werden. Hierzu zählen insbesondere Allgemeinärzte, Fachärzte, der stationäre und der rehabilitative Sektor. Die Nutzung neuer Technologien unter Wahrung der Datensicherheit und des Datenschutzes (z.B. Telematik und Telemedizin) kann dazu beitragen, dass sich die Bürgerinnen und Bürger im Gesundheitswesen als mündige Patienten bewegen können. Wir setzen hierbei nicht auf ein von oben verordnetes Prinzip, sondern auf die Entwicklung verschiedener Modelle im Wettbewerb, die unter dem Prinzip des best practice zu vernünftigen Lösungen führen werden.	Im Interesse ihrer Patienten wünschen sich die Ärzte eine sektorübergreifende Zusammenarbeit auf Augenhöhe. Diese wird aber durch Unterschiede der beruflichen und sozialen Struktur erschwert. DIE LINKE fordert die Abflachung der Hierarchien und die Durchsetzung einer qualifizierten Mitbestimmung in den Krankenhäusern. Auf regionalen Gesundheitskonferenzen könnten Probleme erörtert und gelöst werden. Hochspezialisierte ambulante Leistungen, die im niedergelassenen Bereich nicht möglich sind, sollten in den Kliniken erbracht und wie im niedergelassenen Bereich abgerechnet werden. Auch Änderungen der Vergütung der Belegärzte können die Zusammenarbeit verbessern.

	<b>BWKG</b>	<b>CDU</b>	<b>SPD</b>	<b>Bündnis 90/ Die Grünen</b>	<b>FDP</b>	<b>Die Linke</b>
<b>5. Was wollen Sie dafür tun, damit die qualitativ hochwertige und auch ökonomisch wichtige medizinische Rehabilitation in Baden-Württemberg eine Zukunft hat?</b>	<p>Die Qualität der medizinischen Reha im Land wird zwar gelobt, über die tatsächliche Belegung entscheidet aber oft der Preis. Auch wird der gesellschaftliche Nutzen der medizinischen Reha nicht genug beachtet. Dies schadet den kranken Menschen und einem wichtigen Wirtschaftsfaktor gerade im ländlichen Raum. Damit die Versorgungsqualität in Zukunft auf dem hohen Niveau bleibt, muss auch ein finanzieller Ausgleich zwischen Pflege- und Krankenversicherung geprüft werden. Außerdem sind aussagefähige Statistiken über die GKV-Ausgaben für die Versicherten aus Baden-Württemberg erforderlich.</p>	<p>Stationäre Rehabilitation unterliegt keiner staatlichen Planung. Die Einrichtungen entscheiden in eigener unternehmerischer Freiheit. Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs wurden Leistungen der medizinischen Rehabilitation in den Pflichtleistungskatalog der GKV übernommen. Diese Leistungen fließen auch in den RSA ein. Dadurch wird die medizinische Rehabilitation von künftigen Einsparmaßnahmen und Kostendämpfungsgeetzen im Bereich der GKV weniger stark belastet als in der Vergangenheit. Entsprechend dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ werden die Krankenkassen das Versorgungsmanagement für ihre Versicherten ausbauen.</p>	<p>Die SPD im Bund hat einen Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation durchgesetzt. Der ökonomische Nutzen wird gerade aufgrund der notwendigen Produktivität auch älter werdender Belegschaften in den Betrieben in den kommenden Jahren immer deutlicher werden. Jeder Monat, um den der Eintritt von Arbeitsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit verzögert werden kann, bringt Lebensqualität und spart Geld. Dazu gibt es bereits heute eine gute Datenlage. Dieser Aspekt muss bei der individuellen Bewilligung von Leistungen zur Rehabilitation jedoch mehr Beachtung finden – notfalls auch durch rechtliche Klarstellungen.</p>	<p>Die medizinische Rehabilitation ist für uns eine wichtige Säule im Gesundheitswesen. Dies gilt insbesondere angesichts einer älter werdenden Gesellschaft bzw. einer in der Zukunft zunehmenden Gruppe älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmerinnen.</p> <p>Sowohl in Bezug auf den individuellen als auch den gesamtgesellschaftlichen Nutzen von Rehabilitationsmaßnahmen steht für uns außer Frage, dass ein Rechtsanspruch sinnvoll ist. Im Hinblick auf die konkrete Bewilligungspraxis müssen diese positiven Aspekte ggf. nochmals deutlicher in den Mittelpunkt gerückt werden</p>	<p>Leider sind es nicht allein die Qualität einer Rehabilitationseinrichtung und das Preis-Leistungs-Verhältnis, die im Rahmen des rauer gewordenen Wettbewerbs das Überleben einer Einrichtung sichern. Entscheidend ist oft die Eigentümerstruktur. Zu viele Rehabilitationseinrichtungen werden von der Kostenträgerseite betrieben. Das engt Wettbewerb und Wahlfreiheit für den Patienten ein. Differenzierte Angebote müssen ermöglicht werden, ohne dass der Versicherte seinen Zuschuss seitens des Kostenträgers verliert. Auch in diesem Bereich ist daher mehr Wettbewerb nötig.</p>	<p>Wie bei der stationären (klinischen) Versorgung ist auch bei der medizinischen Rehabilitation die permanente Unterfinanzierung der laufenden Kosten zu beseitigen. Die in einem spezifischen Warenkorb für REHA-Einrichtungen ermittelten wirklichen Kosten sind ebenso wie absehbare Kostensteigerungen in voller Höhe und zeitnah einzurechnen. Personalkosten durch tarifbedingte Lohnerhöhungen sind voll auszugleichen. REHA-Einrichtungen ohne Tarifbindung erhalten diesen Ausgleich nicht.</p>

	<b>BWKG</b>	<b>CDU</b>	<b>SPD</b>	<b>Bündnis 90/ Die Grünen</b>	<b>FDP</b>	<b>Die Linke</b>
<b>6. Wie stehen Sie zu Überlegungen, die Vergütungsentwicklung der Rehaeinrichtungen verbindlich an die Kostenentwicklung zu knüpfen wie es im Krankenhausbereich vorgesehen ist und zur Streitschlichtung eine Schiedsstelle vorzusehen?</b>	Trotz der unbestreitbaren Teuerung müssen sich die Rehaeinrichtungen immer wieder mit stagnierenden Preisen zufrieden geben. Grund ist die Nachfragemacht der Krankenkassen. Sie bewirkt, dass Verhandlungen erst gar nicht stattfinden oder dass sie mit nicht kostendeckenden Vereinbarungen enden. Die Vergütungsentwicklung in der Reha muss fest an die Kostenentwicklung geknüpft werden, so wie dies im Krankenhausbereich mit dem Orientierungswert vorgesehen ist. Um die Ansprüche der Einrichtungen tatsächlich durchsetzen zu können, muss auf der Landesebene eine Schiedsstelle eingerichtet werden.	Vergütet wird im Reha-Sektor nach wie vor nach tagegleichen Pflegesätzen pro Behandlungstag. Den Tagesersatz handeln Kostenträger und Rehabilitationseinrichtungen individuell aus. Um die Situation von Einrichtungen in Vertragsverhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen zu verbessern, hat sich die CDU-geführte Landesregierung in einem Schreiben an Bundesgesundheitsminister Dr. Rösler gewandt und ihn gebeten, die im Koalitionsvertrag vorgesehene Einrichtung von Schiedsstellen in Bälde umzusetzen. Der Antwort nach zu schließen steht eine entsprechende Änderung auf der Agenda der Bundesregierung.	Grundsätzlich sollen Leistungsträger und Leistungserbringer auch in der Rehabilitation auf der Grundlage des Leistungsrechts frei über die Entgelte verhandeln können. Die Sozialversicherungsträger haben dabei die Beitragssatzstabilität und die Aspekte Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten. Zwingend steigende Ausgaben bei den Leistungserbringern zum Beispiel für Personal oder Energie müssen dabei anerkannt werden. Eine Schiedsstellenregelung hat sich in anderen Bereichen bewährt und muss auch in der Medizinischen Rehabilitation angewendet werden können.	Wie in anderen Gesundheitsbereichen auch, stehen sich bei der Entgeltverhandlung zwei entgegengesetzte Interessen entgegen: Kassen, die der Wirtschaftlichkeit und dem verantwortlichen Umgang mit ihren Geldern und Versichererbeiträgen verpflichtet sind und Reha-Einrichtungen, die ein berechtigtes Interesse an Sätzen haben, die kostendeckend sind und spezifische Kostensteigerungen wie etwa durch Tarifsteigerungen abbilden. Eine Schiedsstellenregelung, wie sie auch in anderen Bereichen üblich ist, halten wir daher für eine gute Lösung, um beiderseitig tragfähige Lösungen zu erreichen.	Weiterentwicklungen des Entgeltsystems in der Rehabilitation, die zu mehr Transparenz und fairem Wettbewerb führen, begrüßen wir. Dabei ist darauf zu achten, dass die Lösungsansätze systematisch stimmig sind.	Die Nachfragemacht der GKV-Kassen ist kritisch zu überprüfen und falls notwendig zu vermindern. Es sind kostendeckende Vereinbarungen abzuschließen. Die Vergütungsentwicklung muss fest an die Kostenentwicklung geknüpft werden (entsprechend dem Orientierungswert im Krankenhausbereich). Eine Schiedsstelle auf Landesebene ist sinnvoll und empfehlenswert.

	<b>BWKG</b>	<b>CDU</b>	<b>SPD</b>	<b>Bündnis 90/ Die Grünen</b>	<b>FDP</b>	<b>Die Linke</b>
<b>7. Wie ist aus Ihrer Sicht die durch das Geriatriekonzept geschaffene Versorgungsstruktur für ältere Menschen zu bewerten und wie soll sie gesichert werden?</b>	Durch das Geriatriekonzept des Landes wurde seit Anfang der 90er-Jahre ein flächendeckendes Netz an Geriatrischen Reha-Kliniken aufgebaut. Bei der Überarbeitung des Konzepts müssen die Kliniken deutlich gestärkt werden, und zwar durch die Sicherstellung, dass die Patienten, die eine geriatrische Rehabilitation benötigen, diese auch erhalten. Dies und eine angemessene Vergütung sind die wesentlichen Voraussetzungen dafür, dass die Versorgungsstruktur zur Bewältigung des durch die Demographie wachsenden Bedarfs auch in Zukunft zur Verfügung steht.	Mit der Überarbeitung des Geriatriekonzepts ist beabsichtigt, die geriatrischen Versorgungsstrukturen so auszurichten, dass die Menschen die für sie erforderliche geriatrische Rehabilitation erhalten. Dazu wird es u. a. notwendig sein, die Rolle der geriatrischen Reha-Einrichtungen neu zu definieren, um eine flächendeckende geriatrische Versorgung sicherzustellen.	Eine lückenlose geriatrische Betreuung kann sicherstellen, dass alte Menschen bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit das ihnen erreichbare Maß an Selbstständigkeit zurückgewinnen und bewahren können. Dazu sind Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation unerlässlich. Die Einlösung des Rechtsanspruchs auf geriatrische Rehabilitation, in mobiler, ambulanter oder stationärer Form, muss endlich Wirklichkeit werden. Voraussetzung hierfür ist die Verpflichtung der medizinischen Dienste im Rahmen der Pflegebegutachtung, das Rehabilitationspotential der Pflegebedürftigen differenziert zu benennen und erforderliche Maßnahmen möglichst konkret vorzuschlagen.	Grundsätzlich halten wir das Geriatriekonzept des Landes für sinnvoll, nicht zuletzt auch das flächendeckende Netz an geriatrischen Reha-Einrichtungen. Dieses Konzept muss jedoch überarbeitet und ergänzt werden u.a. durch interdisziplinär konzipierte Geriatrieschwerpunkte an allen Akutkrankenhäusern. Wir brauchen dringend eine bessere Versorgung von multimorbiden und/oder demenziell erkrankten älteren Menschen, um den spezifischen Bedürfnissen dieser wachsenden Patientengruppe besser gerecht zu werden. Gleichzeitig muss der Rechtsanspruch auf geriatrische Rehabilitation ob in mobiler, ambulanter oder stationärer Form besser umgesetzt werden.	Baden-Württemberg hat durch die Gesundheitsstrategie, das Geriatriekonzept und die Demenzstrategie wesentliche Grundlagen geschaffen. Das Ziel ist eine gemeindenah organisierte, vernetzte und durchgängige geriatrischen Versorgung mit den Kernelementen Prävention, Akutmedizin (haus- und fachärztlich sowie im Krankenhaus und in Reha-Einrichtungen), Pflege und Palliativversorgung. Wir wollen die Rehabilitations- und Versorgungsforschung stärken, um evidenzbasiert das Geriatriekonzept weiter zu entwickeln. Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ muss durch eine Stärkung insbesondere der geriatrischen Rehabilitation aktiv mit Leben gefüllt werden.	Das Geriatriekonzept Baden-Württemberg beschreibt ein realistisches Konzept. Entscheidend ist dabei eine größere Zahl gut weitergebildeter, sozialräumlich richtig verteilter Allgemeinärzte und Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung „Geriatrie“. Weiterhin sind ambulante Pflegedienste, Sozialdienste, Selbsthilfegruppen und bürgerschaftliches Engagement wichtig für eine leistungsfähige Versorgungskette. Für die stationäre Behandlung alter Menschen ist neben existierenden geriatrischen Zentren der Universitätskliniken die Einrichtung von geriatrischen Fachabteilungen in allen Kreiskrankenhäusern notwendig.

	<b>BWKG</b>	<b>CDU</b>	<b>SPD</b>	<b>Bündnis 90/ Die Grünen</b>	<b>FDP</b>	<b>Die Linke</b>
<b>8. Wie soll in Zukunft die medizinische Versorgung der Menschen in Altenpflegeeinrichtungen gesichert werden?</b>	<p>Aufgrund der zunehmend schlechten ärztlichen Versorgung der Menschen in Altenpflegeeinrichtungen muss schnell eine Lösung gefunden werden. Der Bundesgesetzgeber hat mit § 119b SGB V zwar die Möglichkeit eines „Heimarztes“ geschaffen, eine Umsetzung scheitert jedoch bisher, weil für die Heime die gleichen Vergütungen maßgebend sind, wie für die niedergelassenen Ärzte – dies ist nicht zu finanzieren. Das derzeit diskutierte Modellprojekt des Sozialministeriums, mit dem Heimarztmodelle durch zusätzliche Mittel ermöglicht werden sollen, muss mit dem nötigen Nachdruck umgesetzt werden.</p>	<p>Die CDU wird das Konzept des Heimarztmodells umsetzen. Zudem hat die CDU-geführte Landesregierung im Rahmen des Aktionsprogramms „Landärzte“ ein Drittel der Mittel für die Verbesserung der ärztlichen Versorgung im Pflegeheim vorgesehen, weil sich Versorgungsdefizite zuerst dort bemerkbar machen. Ziel der Projektlinie ist es, für verschiedene Problemstellungen passgenaue Lösungsansätze zu entwickeln und zu evaluieren. Das Projekt wird voraussichtlich im Frühjahr 2011 starten und drei Jahre in Anspruch nehmen.</p>	<p>Bewohnerinnen und Bewohner einer Pflegeeinrichtung sind wie das Pflegepersonal daran interessiert, dass ihr Arzt mehr Zeit für sie hat, anstatt sie auf der Wegstrecke zwischen einem Hausbesuch und dem nächsten zu lassen. Deshalb unterstützen wir Konzepte für eine Heimarztregelung, nicht als Pflicht, sondern als Angebot für die Pflegebedürftigen. Modellprojekte dazu gibt es seit über 10 Jahren. Wir brauchen jetzt verbindliche Regelungen im SGB V, die eine dauerhafte Finanzierung erlauben. Zudem kann eine akademische Pflegeausbildung auch zur Übernahme einzelner Kompetenzen, die bisher Ärzten vorbehalten waren, durch das Pflegepersonal führen.</p>	<p>Die Problematik der ärztlichen Versorgung in Altenhilfeeinrichtungen muss dringend angegangen werden. Entscheidend ist dabei, dass zusätzliche Mittel für „Heimärzte“ zur Verfügung gestellt werden, damit die Versorgung von Heimbewohner und –bewohnerinnen zukünftig verlässlich erfolgen kann. Vielfach wollen diese jedoch ihren alten Hausarzt auch beim Umzug in das Heim beibehalten, dieser Wunsch ist zu respektieren. Allerdings wird sich in der Praxis auf der Grundlage einer angemessenen Vergütung mehr und mehr der „Heimarzt“ durchsetzen, der für alle Bewohner und Bewohnerinnen zuständig ist, das Personal kennt und an festen Tagen seine Routinebesuche vornimmt.</p>	<p>Einerseits muss es darum gehen, dass Hausbesuche von niedergelassenen Ärzten angemessen honoriert werden. Wir wollen auch Menschen, die im Heim leben die Möglichkeit der freien Arztwahl eröffnen. Andererseits ist auch die ärztliche Selbstverwaltung gefordert, sich aktiv in den Prozess zur Lösung der bestehenden Schwierigkeiten unter Moderation des Landes einzubringen.</p>	<p>Die LINKE besteht auf dem Recht der freien Arztwahl und lehnt die Einrichtung eines (nicht frei gewählten) Heimarztes ab. Die Ursache für die beklagte schlechte ärztliche Versorgung der Menschen in Altenpflege-Einrichtungen liegt in der für Hausbesuche durch Hausärzte unzureichenden Vergütungsstruktur. Versorgungsleistungen aus reinem Altruismus können nicht von den Hausärzten erwartet werden. Gleichzeitig müssen Hausärzte über die zuständige KV aufgefordert werden, ihren Verpflichtungen gegenüber den Heimbewohnern gewissenhaft nachzukommen. Dies muss nachgeprüft werden.</p>



	<b>BWKG</b>	<b>CDU</b>	<b>SPD</b>	<b>Bündnis 90/ Die Grünen</b>	<b>FDP</b>	<b>Die Linke</b>
<p><b>9. Was gedenken Sie gegen den sich abzeichnenden Mangel an Pflegefachkräften in den Altenpflegeeinrichtungen und den Krankenhäusern zu tun?</b></p>	<p>Der Pflegeberuf wird nur attraktiv bleiben, wenn sowohl das Arbeitsfeld als auch die Vergütung interessant sind. Die Pflegekräfte dürfen nicht mit immer mehr Bürokratie belastet werden. Eine zunehmende Arbeitsbelastung durch Personalabbau muss verhindert werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Einrichtungen so finanziert werden, dass sie ihren Mitarbeitern angemessene Gehälter zahlen können und nicht zum Personalabbau gezwungen werden. Wichtig ist auch die umfassende Finanzierung von Aus- und Weiterbildung in den Pflegeberufen und darauf aufbauenden Qualifizierungen.</p>	<p>Nachdem die Pflegeberufe in der Ausbildung durch ein neues Berufsgesetz auf Bundesebene grundlegend modernisiert und zusammengeführt werden sollen, sind auch grundlegende Veränderungen in der Finanzierung zu erwarten</p>	<p>Die Arbeit in der Pflege, die 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr passiert, muss attraktiver gestaltet werden. Dazu gehören zum einen eine bessere Vergütung der Pflegekräfte und keine Deckel für die Personalkosten. Für die neuen Pflegekräfte mit Hochschulabschluss benötigen wir eine neue Tarifeinordnung oberhalb der bisherigen Pflegeein группierung. Zum anderen brauchen wir bessere Arbeitsbedingungen, die Absolventinnen und Absolventen von Pflegeausbildungen länger im Beruf halten und die es auch älteren Pflegekräften noch ermöglichen, diesen physisch und psychisch anstrengenden Beruf auszuüben.</p>	<p>Wir brauchen dringend eine Ausdifferenzierung und Akademisierung der Pflegeberufe. Damit verbunden ist eine Modernisierung und Aufwertung der Pflege und eine neue Attraktivität der Pflegeberufe durch Weiterbildungsmöglichkeiten und Aufstiegschancen. Wir setzen uns auch für eine Neuverteilung der Kompetenzen im Gesundheitswesen ein. Gleichzeitig müssen Pflegekräfte besser bezahlt werden, dies gilt insbesondere für Pflegekräfte mit akademischem Abschluss, für die neue Tarife ausgehandelt werden müssen. Darüber hinaus gilt es, die Rahmenbedingungen in der Pflege so zu verbessern, dass die Verweildauer im Beruf gesteigert werden kann.</p>	<p>Durch das Landespflegegesetz haben wir die Möglichkeiten des Einstiegs in Pflege- und Gesundheitsberufe, wie auch des Aufstiegs innerhalb der Berufslandschaft verbessert. Dies entspricht unserer Überzeugung, dass leistungswilligen Menschen der Aufstieg ermöglicht wird und sie nicht durch Formalien ausgebremst werden. Damit haben wir wichtige Anreize geschaffen, um den Pflegebereich attraktiver zu machen. Selbstverständlich müssen auch die Arbeitgeber durch attraktive Arbeitsbedingungen ihren Anteil dafür leisten, bei jungen Menschen ein Interesse zu wecken. Wesentliche Aufgabe bleibt es, die Berufe im Gesundheitswesen von Bürokratie zu entlasten.</p>	<p>Der Wettbewerb um „gute Risiken“ und die Festsetzung eines durchschnittlichen Marktwertes für Kranke und Krankheiten, die mit den G-DRG-System verbunden ist, führt zur Ausgrenzung „unrentabler“ Patienten wie Alten, chronisch oder schwer Kranken, sowie Armen und Behinderten. Das widerspricht der ärztlichen Berufsethik und führt zur Ausbeutung aller, die im Krankenhaus arbeiten. Besonders rücksichtslos ist dabei der Umgang mit den Pflegekräften. Im Gesundheitswesen werden der Ausbau des Niedriglohnsystems und der Leiharbeit sowie die Beschäftigung von Ärzten und Pflegepersonal aus den osteuropäischen Staaten empfohlen. DIE LINKE lehnt dies nachdrücklich ab.</p>

	<b>BWKG</b>	<b>CDU</b>	<b>SPD</b>	<b>Bündnis 90/ Die Grünen</b>	<b>FDP</b>	<b>Die Linke</b>
<b>10. Was wollen Sie tun, um den Mangel an Ärzten in der medizinischen Versorgung und einer ungleichmäßigen Verteilung im Land entgegen zu wirken?</b>	Um den Arztberuf attraktiver zu machen, müssen MDK-Prüfungen und Bürokratiebelastungen auf ein erträgliches Maß reduziert und die Voraussetzungen für eine neue Aufgabenteilung zwischen Ärzten und anderen Berufsgruppen geschaffen werden. Nur mit ausreichenden Finanzmitteln können die Krankenhäuser die Ärzte angemessen honorieren. Um die flächendeckende ärztliche Versorgung auch im ländlichen Bereich zu sichern, müssen Kooperationsmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten weiter verbessert und die Bedarfsplanung im ambulanten Bereich kleinräumiger gestaltet werden.	Zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung im Ländlichen Raum ist es erforderlich, die Bedarfsplanung kleinräumiger zu gestalten. Hierzu wurde die Bundesregierung bereits aufgefordert, entsprechende Änderungen im SGB V zu schaffen. Außerdem wollen wir die Kooperationsmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten verbessern. Bestandteile des Aktionsprogramms „Landärzte“ der CDU-geführten Landesregierung sind daher auch die Einrichtung eines Beirates zur sektorenübergreifenden Bedarfsplanung auf Landesebene sowie regionale Gesundheitskonferenzen.	Das Problem ist weniger die Anzahl der nachrückenden Ärztinnen und Ärzte, sondern vielmehr der zu geringe Anteil von diesen, die dauerhaft in Deutschland in der medizinischen Versorgung tätig sind. Deshalb werden wir uns um eine bessere Relation von Arbeitszeit und Vergütung, ein attraktives Arbeitsplatzumfeld (zum Beispiel mit Kinderganztagsbetreuung), mehr Möglichkeiten, die ambulante Patientenbetreuung auch im Angestelltenverhältnis und in Teilzeit z.B. in einem Medizinischen Versorgungszentrum auszuführen, sowie eine bessere Vernetzung der im Gesundheitsbereich Tätigen gerade im ländlichen Raum einsetzen.	Ein Lösungsansatz ist die Neuverteilung von Aufgaben zwischen den Berufsgruppen. Damit sich die Ärzte auf ihre Kompetenzen konzentrieren können ist es sinnvoll, dass qualifizierte Pflegekräfte heilberufliche Tätigkeiten selbstständig übernehmen. Die wohnortnahe Versorgung kann dann in erster Stufe durch Pflegekräfte sichergestellt werden. Wichtig ist auch eine kleinräumigere Bedarfsplanung im ambulanten Bereich. Um den Beruf des Landarztes/der -ärztin attraktiver zu gestalten, schlagen wir neben finanziellen Anreizen u.a. auch flexible und familienfreundlich Arbeitszeitmodelle und Teilzeitstellen auf Angestelltenbasis in einem MVZ vor.	Die Attraktivität des Arztberufs muss gesteigert und die Zugangsvoraussetzungen zum Medizinstudium müssen modernisiert werden, um den Herausforderungen der Zukunft gerecht zu werden. Einerseits geht es demnach um eine angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen, andererseits auch um die sonstigen Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel Vereinbarkeit von Beruf und Familie und die Entlastung von Bürokratie. Wir wollen die Kriterien der Bedarfsplanung für die Versorgung mit Allgemein- und Facharztpraxen sowie der Notfallversorgung sachgerecht weiterentwickeln und dabei regionalen Besonderheiten verstärkt Rechnung tragen.	Die ärztliche Tätigkeit in Klinik und Praxis in Deutschland ist zunehmend unerfreulich und wird zudem durch ein Übermaß an oft sinnloser Bürokratie erschwert, was mit der Einführung der G-DRGs noch weiter zugenommen hat. Dies zu ändern, erfordert eine Initiative des Landes über den Bundesrat. Eine gleichmäßigere Verteilung der Ärzte in der Fläche und in den Großstädten ist dagegen durch eine kleinräumigere Zulassungsstruktur – wenn politisch gewollt – leichter zu erreichen.