

5 | **Grüne Gesundheitspolitik für die Zukunft Nordrhein-Westfalens:**

Menschlich, Wohnortnah und Präventiv

1. Bundesgesundheitspolitische Rahmenbedingungen

10 Eine gute, wohnortnahe, allen Bevölkerungskreisen zugängliche und gleichzeitig bezahlbare
Gesundheitsversorgung ist eine der zentralen gesundheitspolitischen Aufgaben, denen sich
Bundesgesundheitspolitik in den kommenden Jahren zu stellen hat. Während die Schwarz-
Gelbe Koalition sich in Berlin fast ein Jahr ausschließlich um die zukünftige Finanzierung
15 unserer gesetzlichen Krankenversicherung gestritten hat, wurde wertvolle Zeit vertan, um die
Versorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland zu verbessern. Angesichts der
Herausforderungen, die sich auch der Gesundheitspolitik durch eine älter werdende
Gesellschaft und den medizinischen Fortschritt stellen, ist dies ein schweres Versäumnis. Denn
nach wie vor bestehen gleichzeitig Unter-, Über- und Fehlversorgung und eine schlechte
20 Abstimmung zwischen den Sektoren unseres gegliederten Gesundheitssystems, die für die
Patientinnen und Patienten zu massiven Problemen führen und für viele nicht mehr
durchschaubar sind. Gerade das bevölkerungsstärkste Bundesland NRW, welches gleichzeitig
die Probleme der Stadtstaaten in seinen Ballungsgebieten erfährt wie auch die Probleme der
Flächenstaaten durch unseren ländlichen Raum hat, bekommt diese Versäumnisse und
25 Missstände besonders deutlich zu spüren.

Schwarz-Gelb demontiert Solidarität und betreibt Politik für Wenige

Schon nach einer halben Legislaturperiode schwarz-gelber Koalition im Bund zeigt sich deutlich,
dass sich die soziale Spaltung in Deutschland auch im gesundheitlichen Bereich weiter
ausdehnen wird. Schwarz-gelb hat die Solidarität in der Finanzierung der gesetzlichen
30 Krankenversicherung aufgekündigt. Alle Ausgabensteigerungen im Gesundheitssystem werden
in Zukunft allein von den Versicherten über einkommensunabhängige Zusatzbeiträge zu zahlen
oder durch Einschnitte bei der Versorgung zu erbringen sein. Die einkommensabhängigen
Beiträge werden dagegen eingefroren und damit die Arbeitgeber dauerhaft aus der
Verantwortung für den zukünftigen Kostenanstieg entlassen. Der versprochene Sozialausgleich
35 für Geringverdienende steht dagegen in den Sternen, derzeit müssen selbst SGB II Beziehende
den Zusatzbeitrag aus ihrem Existenzminimum bestreiten. Damit wird die GKV auf die
abschüssige Bahn zu einem Kopfpauschalensystem gesetzt, CDU und FDP haben nun freie
Fahrt, um die Interessen einiger Weniger zu bedienen, denn die Zeche zahlt allein die große
Mehrheit der gesetzlich Versicherten.
40

Die Bundesregierung hat mit der Reform auch die antiquierte und europaweit einzigartige
Zweiteilung in eine gesetzliche und private Krankenversicherung weiter voran getrieben. Sie hat
den Wechsel in die private Krankenversicherung erleichtert und es damit angesichts drohender
Zusatzbeiträge für junge Gutverdienende attraktiv gemacht, sich der Solidarität zu entziehen.
45 Damit wird das Solidarprinzip weiter geschwächt, denn der Ausgleich der Risiken kann nur dann

funktionieren, wenn starke Schultern auch die größeren Lasten tragen. All dies schadet nicht nur dem gesetzlich Versicherten, sondern auch den Patientinnen und Patienten. Um im harten Konkurrenzkampf durch die Erhebung eines Zusatzbeitrages nicht zu unterliegen, schränken etliche Krankenkassen ihre Leistungen ein, so war bereits für das Jahr 2010 z.B. ein deutlicher Rückgang bei den Aufwendungen für die Primärprävention zu verzeichnen.

Solidarität stärken – Bürgerversicherung einführen

Als Grüne treten wir den Herausforderungen des Gesundheitssystems nicht mit einem Weniger, sondern mit einem Mehr an Solidarität entgegen. Damit setzen wir Grüne den Gegenpunkt zur unsozialen Politik von CDU/CSU und FDP. Wir haben auf unserem Bundesparteitag in Freiburg unser Konzept einer Grünen Bürgerversicherung bei dem wir die Lasten des Gesundheitssystems wieder auf alle verteilen, erneut konkretisiert. Durch die Versicherung aller BürgerInnen in einem System, also auch gut verdienender Angestellter, Selbstständiger, Abgeordneter sowie BeamtlInnen beziehen wir die wirtschaftlich stärksten 10% der Bevölkerung in die Solidargemeinschaft der Krankenversicherung ein. Mit der Verbeitragung aller Einkommensarten also auch von Einkommen aus Kapitalanlagen, Vermietung, Verpachtung sowie Gewinnen werden wir den Erwerbsrealitäten des 21. Jahrhunderts gerecht. Durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung, stärken wir die Solidarität und beziehen alle entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit in die Solidargemeinschaft mit ein. Mit der vollständigen Herstellung der paritätischen Verteilung der Krankenversicherungsbeiträge auf ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen stärken wir das Solidarprinzip und die Akzeptanz der gesetzlichen Krankenversicherung.

Dabei stehen wir als Grüne als einzige für eine echte Bürgerversicherung, die ihren Namen verdient. Während die Linkspartei mal wieder in blinder Staatsgläubigkeit die Einheitskasse fordert und im Handstreich alle verfassungsrechtlichen Bedenken beiseite schiebt, hat die SPD mit dem Anfang April vorgelegten Eckpunktepapier die Bürgerversicherung beerdigt. Mit ihrer Idee, die keine Verbreiterung der Beitragsbasis mehr vorsieht, sondern im Gegenzug auf eine höhere Steuerfinanzierung der GKV setzt, wird der Kern der Bürgerversicherung preisgegeben. Als Grüne stellen wir uns dem entgegen, die gesetzlichen Leistungen zur Gesundheitsversorgung auf dem Basar der Haushaltsverhandlungen jedes Jahr erneut in Frage zu stellen. Die Aufrechterhaltung der beitragsfreien Mitversicherung für nicht erwerbstätige Ehegatten und die Beibehaltung der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze sind nicht dazu geeignet, die entscheidenden Probleme zu lösen, sondern zur Pflege eines vermeintlichen sozialdemokratischen gut verdienenden Klientels gedacht.

Strukturen für die Menschen und nicht Menschen für Strukturen

Die demografische Entwicklung mit einem immer stärker ansteigenden Anteil älterer Menschen, der medizinisch-technische Fortschritt und die im letzten Jahrzehnt wieder zunehmende soziale Spaltung stellen große Herausforderungen für die gesundheitliche Versorgung der Zukunft dar. Das deutsche, stark in Sektoren gegliederte System gesundheitlicher Versorgung und die geteilten gesetzgeberischen Zuständigkeiten zwischen Bund, Ländern und Kommunen sowie in der aktuellen Form nicht mehr zeitgemäßen Strukturen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sind schwerwiegende Hemmnisse, um diese Herausforderungen zu bewältigen.

Insbesondere an der Schnittstelle zwischen Bund- und Länder-Kompetenzen bei der Gestaltung von ambulanter und stationärer Versorgung wird die Zuständigkeits-Misere deutlich. Denn die Länder sind einerseits für die Bedarfsplanung im stationären Bereich, der Bund andererseits für die Selbstverwaltungsgremien in der ambulanten Versorgung zuständig. Dies führt dazu, dass nicht entsprechend der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten geplant wird, sondern sich Gesundheitspolitik maßgeblich an den Erwartungen und Barrieren einzelner Kostenträger und einiger weniger, meist ökonomischer Partikularinteressen ausrichtet. Wenn wir über die Sektorengrenzen hinweg stationäre und ambulante Versorgung nicht besser mit einander verzahnen, werden wir Über-, Unter- und Fehlversorgung nicht ausreichend und mit Nachdruck entgegensteuern können.

105 Gerade die Versorgung in den Krankenhäusern kommt immer weiter unter Druck. Die
Krankenhausfinanzierung wurde so gedeckelt, dass die bereits tariflich beschlossenen
Lohnerhöhungen daraus nicht zu finanzieren sind. Eine weitere Verschärfung der ohnehin
untragbaren Arbeitsverdichtung in den Krankenhäusern sowie eine schlechtere Versorgung der
PatientInnen sind die absehbaren Folgen. Insbesondere auch das Sonderprogramm zur
110 zusätzlichen Einstellung von Pflegekräften des Bundes wird so konterkariert und die
zusätzlichen Pflegekräfte werden vielfach wieder entlassen werden. Die erfolgte Anpassung der
Arzthonorare hat weder das Ungleichgewicht in der Bezahlung der verschiedenen Ärzteguppen
und der verschiedenen Bundesländer behoben, noch die Qualität der Versorgung zum Beispiel
im Sinne der sprechenden Medizin oder der Möglichkeit zur ärztlichen Versorgung im häuslichen
Umfeld gestärkt.

115 Das von der Schwarz-Gelben-Koalition vollmundig angekündigte Versorgungsgesetz entpuppt
sich in erster Skizze als halbfertig-zahnloser Tiger. Es bleibt bei kleineren, in Teilen durchaus
sinnvollen, aber längst überfälligen Veränderungen, um den Ärztemangel zu beheben. Die
Regierungskoalition in Berlin mogelt sich mit ihren Eckpunkten um die notwendigen
120 Strukturveränderungen herum. Die künftigen Anforderungen an das Versorgungssystem
werden nicht klar benannt und somit wird auch nicht dargelegt, wie das Versorgungssystem
umgestaltet werden muss.

125 Es fehlen insbesondere Maßnahmen zur Stärkung der Primärversorgung und der wirksamen
Kooperation der Gesundheitsberufe; es fehlen Anreize für eine Überwindung der
Sektorengrenze und es werden zu wenige Spielräume für regionale Lösungen gegeben.
Deshalb unterstützen wir nachdrücklich, dass sich unsere rot-grüne Landesregierung aus
Düsseldorf für einen größeren Einfluss der Länder und Kommunen auf die gesundheitliche
130 Versorgung einsetzt. Denn vor Ort werden die Notwendigkeiten schneller erkannt und es gelingt
deutlich zielgerichteter, die Zusammenarbeit entlang konkreter Aufgaben zu Gunsten der
Menschen zu gestalten.

Wir Grünen in NRW setzen uns gegen die an wenigen, wirtschaftlichen Lobbygruppen
orientierte Gesundheitspolitik von CDU und insbesondere der FDP ein, die unser
135 Gesundheitswesen unter dem Label „Gesundheitswirtschaft“ zum Selbstbedienungsladen für
ökonomische Interessen und nicht zum Versorgungssystem für alle Bürgerinnen und Bürger
machen. Wir stellen dieser Politik ein Leitbild einer Gesundheitspolitik entgegen, die die
Menschen in den Mittelpunkt stellt: als PatientInnen und Patienten, als Versicherte und als
140 diejenigen, die in der gesundheitlichen Versorgung oftmals mit enormem Engagement zur
Erhaltung und Wiedererlangung der Gesundheit von uns allen tätig sind.

2. Ausgangslage und Aufgaben in NRW

Das Gesundheitssystem in NRW steht vor dem Hintergrund der demografischen und sozialen
Entwicklung vor massiven Herausforderungen und grundlegenden Veränderungen. Neben
145 wesentlichen, von der Bundesgesundheitspolitik bestimmten Determinanten kommt der
Landesgesundheitspolitik eine zentrale Steuerungs-, Koordinierungs- und Mittlerfunktion bei der
Gestaltung unseres Gesundheitswesens zu. Landesgesundheitspolitik kann dabei unter
anderem durch die Steuerung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes der
Gesundheitsämter, durch die Krankenhausbedarfsplanung und wichtige Bundesratsinitiativen
150 wesentlichen Einfluss auf die Ausgestaltung von Gesundheitsversorgung für die Menschen vor
Ort nehmen.

Zentrale Aufgaben, vor denen die nordrhein-westfälische Landesgesundheitspolitik in den
kommenden Jahren stehen wird, sind dabei vor allem die Sicherstellung einer
155 flächendeckenden, wohnortnahen, ärztlichen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung.
Dabei stellen nicht nur die Unterversorgung des ländlichen Raumes, sondern insbesondere das
Missverhältnis von Überversorgung in strukturstarken Regionen und Unterversorgung in
Regionen mit schwieriger sozioökonomischer Grundstruktur eine besondere Herausforderung
dar.

160

Weitere zentrale Aufgaben der Landesgesundheitspolitik in NRW werden zudem die Initiierung einer gezielten Nachwuchsförderung im Bereich der Gesundheitsberufe, die Vernetzung der unterschiedlichen Versorgungssektoren in NRW sowie eine zukunftsfähige Krankenhausbedarfs- und Investitionsplanung jenseits von Bettenzahlen und Trägerstruktur sein. Nicht zuletzt kommt dem Bereich der präventiven Gesundheitsversorgung und Gesundheitsrisikoreduktion genauso eine wesentliche Bedeutung auf Landesebene und im Zusammenspiel mit kommunaler Gesundheitspolitik zu, wie der Stärkung der unabhängigen PatientInnen- und Verbraucherschutzberatung und der rechtlichen Durchsetzung ihrer Interessen.

Schon heute hat NRW an einer Reihe von Orten zukunftsweisende Modellprojekte in Gesundheitsversorgung, Forschung und medizinischer Ausbildung. Diese Potentiale gilt es zu stärken, weiter zu verbreiten und in ihrer Art und Weise zu systematisieren. Ziel Grüner Gesundheitspolitik in NRW muss es dabei sein, strukturelle Veränderung, begrenzte Ressourcen und technischen Fortschritt in bestmöglichem Einklang mit einer medizinischen Behandlung und Pflege zu bringen, in der die unmittelbare Fürsorge von Mensch zu Mensch das wichtigste Element der Gesundheitsversorgung bleibt bzw. wieder wird. Denn gerade direkte menschliche Zuwendung, Begleitung und Beratung ist für das Erleben einer guten und bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung von zentraler Bedeutung. Uns Grünen in NRW ist es deshalb auch wichtig, neben einer umfassenden konventionellen Gesundheitsversorgung auch komplementärmedizinische und naturheilkundliche Angebote im Sinne der PatientInnen mitzudenken und beispielsweise im Rahmen von Modellprojekten, sowie in der Lehre und Forschung der Gesundheitsberufe zu stärken und zu fördern.

3. Stärkung der ambulanten, wohnortnahen Versorgung

Primärversorgung stärken - Spielraum für regionale Lösungen erweitern

Unser Ziel ist ein bedarfsgerechtes Versorgungssystem, das mehr Möglichkeiten für gute Versorgung bietet und weitgehend dezentral ausgestaltet ist. Kern muss aus unserer Sicht die Primärversorgung sein, in der die hausärztliche und kinderärztliche Versorgung durch eine Lotsenfunktion eine zentrale Rolle übernehmen und verzahnt mit allen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen auf Augenhöhe eng zusammenarbeitet.

Gerade in der Primärversorgung wird die Bedeutung teamorientierter Ansätze zukünftig steigen. Wir wollen auf Bundesebene über den Bundesrat und die Bund-Länderkonferenzen unseren politischen Einfluss dafür nutzen, insgesamt mehr gesetzliche Spielräume für innovative Versorgungsmodelle vor Ort zu schaffen. Dabei ist unser Ziel, neue Formen der regionalen Versorgung in NRW gemeinsam mit den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Kammern, den Verbänden der verschiedenen Gesundheitsberufe sowie den Kommunen in wissenschaftlich begleiteten Modellprojekten auszuprobieren und langfristig flächendeckend zu implementieren. In unterversorgten Gebieten könnten z.B. primär versorgende Gesundheitszentren, bzw. Arztstationen eine Zulassung erhalten, die beispielsweise von Ärztenetzen oder Gesundheitsverbänden der integrierten Versorgung, Kommunen oder Patientenorganisationen getragen werden können. Diese sollten zukünftig entweder ärztlich oder auch durch eine qualifizierte Pflegefachkraft (Gemeindeschwester) geleitet werden. Ermächtigte ÄrztInnen könnten dort Sprechstunden anbieten, delegier- und substituierbare Leistungen von Pflegefachkräften erbracht werden (Schwester AGnES-Modelle).

Deshalb ist aus unserer Sicht eine Reform der Bedarfsplanung und der Bedarfssteuerung überfällig, durch die mehr Spielräume für dezentrale Lösungen geschaffen werden. Wir wollen darauf hinwirken, dass eine kleinräumigere, ambulante Bedarfsplanung und Bedarfssteuerung für die Grundversorgung ermöglicht wird. Die Kommunen sollen mehr Möglichkeiten erhalten, die Versorgung vor Ort mit gestalten zu können. Auch die Länder sollen stärker einbezogen werden und dabei insbesondere auch die gute Vernetzung von Primär- und stationärer Versorgung befördern.

Soziale Gesundheitsversorgung der Kommunen sichern und weiterentwickeln

Das individuelle Gesundheitsverhalten, gesundheitlich belastende Lebensverhältnisse sowie soziale und ökonomische Bedingungen stehen in engem Zusammenhang. Dies hat zur Folge, dass mit Armut und prekären Lebensverhältnissen ein beträchtliches Gesundheitsrisiko verbunden ist. Mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) übernehmen die Kommunen neben den traditionellen Bereichen – wie den Aufgaben im Rahmen der umweltmedizinischen und hygienischen Überwachung, in der Kinder- und Jugendgesundheits, der Psychiatrie und dem schulärztlichen Dienst – auch sozialkompensatorischen Aufgaben bei benachteiligten Personen. Damit haben die Kommunen auch die Aufgabe, die Lücken des gesundheitlichen Versorgungssystems für die Personengruppen zu schließen, die in der regulären Versorgung nicht erreicht werden, wie Wohnungslosen und Menschen in prekären Lebenslagen. Dies prädestiniert den öffentlichen Gesundheitsdienst zu einer Rolle als Anwalt und Koordinator für sozialraumbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Hierbei ist nicht nur die Sozialplanung und Jugendhilfeplanung mit den wichtigen Settings wie Schulen und Kindertagesstätten wichtig, sondern auch das Wissen über die regionale gesundheitliche Lage. Ebenso ist der Zugang und Kontakt zu gesundheitlich benachteiligten Zielgruppen und hierbei die Kooperation mit entsprechenden Trägern und Selbsthilfegruppen von großer Bedeutung.

Mit der örtlichen Gesundheitspolitik sind die Kommunen zudem auch Hüterinnen der örtlichen Daseinsvorsorge. Die Komplexität der Lebenslagen ihrer Bewohnerinnen und Bewohner stellt die Kommunen dabei vor Herausforderungen, insbesondere auch den öffentlichen Gesundheitsdienst: Diese bestehen beispielsweise bei der psychiatrischen Versorgung u.a. für alte und älter werdende psychisch kranke und behinderte Menschen - einschließlich Demenz, bei der

- Versorgung für psychisch kranke und behinderte Menschen mit einer zusätzlichen Suchterkrankung oder
- Versorgung in besonderen sozialen Schwierigkeiten wie Wohnungs- und Obdachlosigkeit,
- Versorgung für Migrantinnen und Migranten mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen,
- Gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere (hier sind Lösungsansätze, wie die Ausgabe „anonymer Krankenscheine“ durch die Gesundheitsämter zu prüfen),
- Kindergesundheit und Gesundheit in sozial benachteiligten Familien und schließlich
- Drogen- und Suchthilfe der AIDS-Hilfe und -Prävention wie auch der unabhängigen PatientInnen- und Verbraucherschutzberatung.

Die Entwicklung und Umsetzung einer sozialraumorientierten Prävention und Gesundheitsförderung braucht Antrieb und Koordination. Der ÖGD muss dahingehend weiterentwickelt und seine Aufgaben noch weiter und präziser definiert werden. Hierbei sind auch Zugangsbarrieren zum Hilfesystem abzubauen oder zielgruppenspezifische Angebote zu entwickeln. Die Präventions- und Gesundheitsförderungspraxis muss sich zunehmend mit dem Anspruch auseinandersetzen, geschlechtergerechte Konzepte zu entwickeln, um somit auch eine geschlechtersensible Versorgung im Sinne des Gender Mainstreaming verbindlich umsetzen zu können. Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, sind z. B. die Pflichtaufgaben nach dem Infektionsschutzgesetz und Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst in NRW zur Information, Prävention, anonymen Beratung und Untersuchung zu sexuell übertragbaren Erkrankungen einschließlich AIDS in eine ganzheitliche Sichtweise und Konzeption zu sexueller Gesundheit einzubetten. Dies beinhaltet, „Sexuelle Gesundheit“ als eigenständiges Gesundheitsthema im Sinne der WHO-Definition kontinuierlich weiterzuentwickeln. Die Weiterentwicklung der örtlichen Gesundheitshilfe insbesondere auf Quartiersebene sowie die Entwicklung von aufsuchenden und nachsorgenden Gesundheitshilfen für Benachteiligte muss sich auch in einer entsprechenden Weiterentwicklung des ÖGDG NRW niederschlagen. Wir GRÜNE NRW werden vehement dafür eintreten, dass die Wahrnehmung dieser Aufgaben nicht von der aktuellen Haushaltssituation in den Kommunen abhängig gemacht werden darf und der Öffentliche Gesundheitsdienst in seiner erweiterten präventiven Zuständigkeit kommunale Pflichtaufgabe wird, bzw. bleibt. Hierzu gehört auch die kontinuierliche Durchführung der örtlichen Gesundheitskonferenzen. In die örtlichen Gesundheitskonferenzen sollen die Selbsthilfe-Organisationen, die vor Ort tätig sind, mit einbezogen werden.

Hausärztliche Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen verbessern

280 Diese Form von qualitativer, ambulanter Versorgung wird zusehends zur Mangelercheinung. Die entsprechenden Rahmendaten zeichnen für die kommenden Jahre ein schwieriges Bild: 43 Prozent aller Haus- und KinderärztInnen in NRW sind älter als 55 Jahre; das ist fast jeder zweite in der Allgemeinmedizin. In den nächsten zehn Jahren werden voraussichtlich bis zu fünf Prozent der HausärztInnen pro Jahr in den Ruhestand gehen. Insbesondere auf dem Land findet sich zusehends keine Praxismachfolge mehr; und auch im städtischen Raum wird es dort, wo die sozioökonomischen Rahmendaten schlechter als in benachbarten Stadtteilen sind, immer komplizierter, Hausarztpraxen oder bisweilen sogar Facharztpraxen in eine Nachfolge zu übergeben.

290 Wir sind der Überzeugung, dass Hausarztpraxen als zentraler Ort für die Primärversorgung der Bevölkerung und vor allem für mehrfach erkrankte Ältere auch zukünftig eine wichtige Funktion als Akuthilfe und Lotse durch das spezialisierte Hilfsangebot der Fachärztinnen und -ärzte und TherapeutInnen haben werden. Deshalb muss es in den nächsten Jahren darum gehen, das System der hausarztzentrierten Versorgung mit wohnortnahen Strukturen zu stärken und weiterzuentwickeln.

295 Um diese ambulante hausärztliche und fachärztliche Versorgung in ländlichen und sozial benachteiligten Regionen zu verbessern und langfristig sicherzustellen, ist ein umfassendes Paket von bundespolitischen Rahmenvorgaben für Maßnahmen nötig, das insbesondere die Arbeitssituation in der medizinischen Versorgung verbessert, die Attraktivität des *Berufsbildes Hausarzt* steigert und die Arbeitsbedingungen nachhaltig familienfreundlicher gestaltet. Innerhalb dieses Rahmens wollen wir landespolitisch folgende flankierende Maßnahmen ergreifen:

- 305 • Zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in unterversorgten Gebieten werden wir uns in der Landesregierung und im Landtag dafür einsetzen, kurzfristig zusätzlich eine Millionen Euro pro Jahr bereitzustellen. Hiermit sollen Maßnahmen ergriffen werden, die die hausärztliche Versorgung in strukturschwachen ländlichen, sowie sozial benachteiligten städtischen Gebieten sichern helfen sollen. Das entsprechende Aktionsprogramm soll kontinuierlich auf mindestens 2,5 Millionen Euro in den kommenden Jahren weiterentwickelt und ausgebaut werden.
- 310 • Die Einrichtung von Zweigpraxen oder Teilzulassungen, Rotationssysteme, sowie Umsatzgarantien oder Honoraraufschläge sollen in unterversorgten ländlichen oder strukturschwachen Gebieten sowohl im Rahmen der ärztlichen Selbstverwaltung als auch im Rahmen regionaler Modellprojekte in den kommenden Jahren verstärkt erprobt, umgesetzt und evaluiert werden.
- 315 • Heute sind 67% der StudienanfängerInnen in der Medizin weiblich, auch die Mehrheit derjenigen, die heute nach dem Studium in die hausärztliche Versorgung gehen, sind Frauen. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist aber heute glücklicherweise sowohl für Frauen als auch für Männer ein wichtiges Anliegen. Durch flexible Arbeitszeitmodelle, Teilzeitstellen sowie die Möglichkeit, als angestellte Ärztin bzw. angestellter Arzt auch im ambulanten Bereich tätig zu sein, lassen sich Beruf und Familie auch als Landarzt und Landärztin, bzw. niedergelassener Arzt in sozialen Brennpunkten besser vereinbaren. Zudem braucht es mobile Behandlungsteams, die dort Engpässe ausgleichen helfen, wo eine flächendeckende Versorgung vorübergehend nicht gewährleistet werden kann. Deshalb wollen wir die Erprobung neuer Teamlösungen für bessere Arbeitsbedingungen fördern, um der Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit der Landärzte ein Ende zu setzen und geregelte Arbeitszeiten zu ermöglichen. Auch medizinische Versorgungszentren mit angestellten ÄrztInnen können eine tatsächliche Unterversorgung beseitigen helfen, wo diese in freier und unabhängiger, ggf. kommunaler Trägerschaft organisiert sind. Dabei ist uns der Erhalt des persönlichen Bezuges zwischen ArztIn und PatientIn, insbesondere in Fachdisziplinen wie der Allgemeinmedizin und der Frauen- und Kinderheilkunde von großer Bedeutung und sollte bei der Ausgestaltung von neuen Versorgungsverbänden, MVZ-Modellen oder anderen neuen Kooperations- und Versorgungsformen unbedingt gesichert bleiben.

- 335 • Schon heute setzen einige wenige NRW-Universitäten bundesweit Maßstäbe, was die
 Aufwertung der Allgemeinmedizin im Medizinstudium angeht. Wir wollen das Fach
 Allgemeinmedizin weiter stärken und verbindlich in angemessenem Umfang in den
 Medizinstudiengängen in NRW verankern. Dazu braucht es in NRW an jeder medizinischen
 Hochschule einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin. Denn nach wie vor ist die
 340 Allgemeinmedizin an vielen Universitäten ein exotisches Fach. Das muss sich ändern und
 insbesondere für ausreichend Praxiserfahrung in der ambulanten, hausärztlichen
 Versorgung schon während des Studiums gesorgt werden. In der Landesregierung setzen
 wir uns dafür ein, bis 2015 bis zu 1000 neue Medizinstudienplätze in NRW zu schaffen und
 damit jährlich die Zahl der Plätze um 10% zu steigern, um dem Mangel an ärztlichem
 345 Personal auf der einen und den geburtenstarken Jahrgängen auf der anderen Seite
 Rechnung zu tragen. Dabei spielt der Zugang zu Lehr- und Lernmitteln und aktueller
 Forschungsliteratur einen entscheidenden Faktor, um ein Medizinstudium erfolgreich zu
 absolvieren. Um die zum Teil horrenden Kosten für aktuelle medizinische Literatur zu
 dämpfen sowie den immer schneller werdenden Neuerungszyklen von
 Ausbildungsunterlagen gerecht zu werden, wollen wir neue Wege gehen und schauen, wie
 Lehr- und Lernmaterial, auch mit öffentlicher Unterstützung, offen erstellt und frei zur
 350 Verfügung gestellt werden können. Die dafür erforderlichen Mittel sollen bevorzugt an solche
 Universitäten vergeben werden, die sich verpflichten, der allgemeinmedizinischen
 Versorgung einen umfassenderen Stellenwert im Studium einzuräumen sowie
 Weiterbildungsprogramme und Anreizsysteme für Ihre Absolvierenden zur Übernahme einer
 Folgetätigkeit nach dem Studium im ländlichen Raum in NRW umzusetzen.
- 355 • Wir setzen uns in der bundespolitisch anstehenden Debatte um eine erneute Honorarreform
 für deutliche Korrekturen und eine grundlegende Revision der letzten bisherigen
 Honorarreformen ein. Sie haben weder die großen Disparitäten zwischen den einzelnen
 Facharztgruppen und den HausärztInnen beseitigt noch sind die Honorare leistungsgerecht
 und transparent. Zudem werden falsche Anreize gesetzt, weil eher das schnelle Abfertigen
 360 von Patientinnen und Patienten als das gründliche Gespräch gefördert werden. So kommen
 Aufklärung, Information, die Abklärung von Diagnosefragen und Prävention zu oft zu kurz.
- Bis es zu der auf dem Bundesparteitag in Freiburg beschlossenen, an qualitativen Kriterien
 orientierten Neuregelung der Honorierung von ärztlichen Leistungen kommt, setzen wir uns
 für eine bundesweite Angleichung der Vergütungspauschalen auf der Grundlage
 365 transparenter Kriterien ein. Es ist nach wie vor nicht nachvollziehbar, dass den in NRW
 niedergelassenen ÄrztInnen in den beiden Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen
 pro Versichertem trotz vergleichbarer Krankheitsbelastung noch immer erheblich weniger
 Vergütungsvolumen zur Verfügung steht, wie in anderen Bundesländern. Dies geht zu
 Lasten der Versorgungsqualität von PatientInnen in NRW und erschwert insbesondere die
 370 Nachwuchsgewinnung in den Regionen zu den angrenzenden Bundesländern.
- Freiwillig vereinbarte Hausarztverträge können aus Grüner Sicht neben anderen
 Maßnahmen ein zusätzliches Instrument sein, um die wohnortnahe Grundversorgung im
 Land auch für die Zukunft zu sichern. Aber sie müssen mit echten Qualitätsverbesserungen
 bei der Patientenversorgung einhergehen und dürfen nicht nur ein Instrument zur
 375 Honorarsteigerung sein. Zugleich darf es an der Schnittstelle von Haus- und Kinder- bzw.
 Jugendärzten nicht zu Verwerfungen kommen. Vielmehr muss eine lückenlose medizinische
 Begleitung von Kindern und Jugendlichen gesichert bleiben und mit einheitlichen
 Honorierungskriterien angeglichen werden.
- Wir wollen auch auf Landesebene einen Prozess anstoßen, langfristig die Struktur der
 380 ärztlichen Selbstverwaltung weiterzuentwickeln hin zu zeitgemäßen, gemeinnützigen
 Verwaltungsmodellen mit einer regionalen, fachgrenzen- und sektorenübergreifenden
 Budgetverwaltung.

Menschliche Zuwendung, qualifizierte Pflege, unterstützende Begleitung

385 Auch wenn NRW hinsichtlich pflegerischer Ausbildungsstrukturen im Vergleich mit anderen
 Bundesländern besser aufgestellt scheint, fehlt auch hier schon heute neben qualifizierten und
 empathischen Ärztinnen und Ärzten entsprechend gut qualifiziertes und angemessen bezahltes
 Pflegepersonal in der ambulanten und stationären Versorgung. Knapp zehn Fachpflegende
 kommen in Deutschland auf 1000 Einwohner. In Ländern wie Norwegen oder den Niederlanden
 390 sind es dreimal so viele Fachkräfte, die zudem eine weitaus anerkanntere und wertgeschätzte

Ausbildung durchlaufen. Derzeit gibt es in NRW bereits an einer Reihe von Universitäts- und Fachhochschulstandorten - wie unter anderem dem NRW Gesundheitscampus in Bochum - Bestrebungen eine Ausdifferenzierung und Akademisierung der Pflege mit neuen Ausbildungs- und Studienangeboten voranzutreiben. Diese Angebote sind allerdings in der Mehrheit bisher auf einzelne Modellprojekte und Erprobungsphasen beschränkt. Sie müssen evaluiert und auf dieser Grundlage als Regelausbildung verankert werden. Dabei muss sowohl der Tätigkeitsrahmen als auch die Verdienstperspektive von der heutigen Pflegefachkraft abgegrenzt werden. Jenseits dessen treten wir langfristig für eine gemeinsame Ausbildung von allen grundständigen Pflegeberufen ein. Im Rahmen eines stufenweisen Prozesses wollen wir die Ausbildung von Alten-, Kinder- und Erwachsenenkrankenpflege in den ersten beiden Ausbildungsjahren gemeinsam durchführen und um ein spezialisiertes Wahlfach in der Ausbildung ergänzen. Deshalb werden wir uns im Bund für eine Änderung der Berufs- und Ausbildungsordnung sowie der Vergütungsstrukturen einsetzen, die über Modellklauseln hinweg die Möglichkeiten und Rahmenbedingungen für eine moderne Pflegeausbildung und ein zukunftsweisendes Pflegestudium schaffen, das sich emanzipiert, eigenständig und jenseits ausschließlicher Delegationsaufgaben neben ärztlicher und anderer therapeutischer Versorgung versteht. Nur so können wir in absehbarer Zeit den Weg für eine Modernisierung und Aufwertung der Pflege und mithin zu einer neuen Attraktivität der Pflegeberufe sowie schlussendlich einer besseren Versorgung für die Menschen schaffen.

Psychischen Erkrankungen entgegenwirken – Versorgungsangebot ausbauen

Seit Jahren steigt der Behandlungsbedarf auf Grund psychischer Erkrankungen kontinuierlich an. Das Angebot an PsychotherapeutInnen ist vielerorts allerdings viel zu gering. Mittlerweile vergehen zwischen der Anfrage und dem Beginn einer Psychotherapie in NRW bis zu 26 Wochen, bei Menschen mit Migrationshintergrund sogar bis zu einem Jahr. Das ist absolut inakzeptabel. Deshalb setzen wir Grünen uns auf allen Ebenen dafür ein, dass die Kriterien für eine bedarfsgerechte Versorgung in allen Regionen NRWs neu ermittelt werden. Zudem brauchen wir die Erhebung des Bedarfs an muttersprachlichen Angeboten und entsprechende Zulassungen. Dabei sind wir uns bewusst, dass der Ausbildung von qualifiziertem Personal eine entscheidende Rolle zukommt. Längst gibt es schon den Wettbewerb um die besten Köpfe. Dass viele Diplom-PsychologInnen nicht den Weg in die klinische Psychologie wählen, hängt maßgeblich mit der nicht existenzsichernden Vergütung während der Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten zusammen. Als Grüne werden wir uns dafür einsetzen, dass zukünftig PsychologInnen in der praktischen Ausbildung angelehnt an den Tarifvertrag des Öffentlichen Dienstes vergütet werden und jedem und jeder der Weg in die klinische Psychologie offen steht.

Auch mehr als 35 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete bleibt noch viel zu tun, damit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in der Gemeinde wirksame Hilfe erfahren und integriert statt ausgegrenzt werden. Trotz mehr oder weniger gut ausgebauter Hilfeangebote in der psychosozialen Versorgung vor Ort werden die benötigten Hilfen bei der Behandlung, dem Wohnen, der Arbeit und den persönlichen Beziehungen häufig nicht bedarfs- und personenzentriert gewährt. Häufig bestehen an den Schnittstellen zwischen der stationären und der ambulanten psychiatrischen Versorgung große Defizite. Gerade chronisch psychisch Kranke haben unter diesen „Stolpersteinen“ an den Sektorengrenzen besonders stark zu leiden. Deshalb muss die personenzentrierte Hilfeplanung und -ausführung in allen Feldern der psychiatrischen Versorgung umgesetzt werden. Diese Versorgung darf dabei nicht zur medizinischen Sackgasse werden.

Für die Versorgung von chronisch psychisch Erkrankten ist ein abgestimmtes Zusammenwirken von möglichst wohnortnahen psychiatrischen und gemeindepsychiatrischen Behandlungsleistungen und Unterstützungsdiensten notwendig. Mit den gemeindepsychiatrischen Verbänden haben wir in NRW gute Ausgangsvoraussetzungen, die es noch stärker für eine sektorenübergreifende integrierte Versorgung zu nutzen gilt. Mehrere Modellprojekte haben bisher bereits zeigen können, dass durch ein regionales Budget Steuerungsanreize gesetzt werden können, die zu einer Verlagerung von stationärer zu ambulanter Behandlung führen und die Versorgung von psychisch Kranken wesentlich patientenorientierter gestaltet werden können.

450 Dabei brauchen wir auch eine ganzheitliche Ursachenforschung und die Gestaltung individueller
 455 Behandlungs- und Hilfeformen. Hierzu gehört auch die Einbeziehung der Selbstorganisation von
 Betroffenen. Im Dialog als einer neuen Form der Beteiligungskultur gehen dabei
 Psychiatrieerfahrene, Angehörige und in der Psychiatrie Tätige aufeinander zu, um voneinander
 zu lernen. Diese Entwicklung werden wir unterstützen und hierzu bestehende
 460 Versorgungsangebote dialogisch weiterentwickeln und auch die Bedürfnisse von besonderen
 Zielgruppen in der psychosozialen Versorgung stärker als bisher berücksichtigen. In
 Modellregionen werden wir die alternative stationäre Behandlung von Menschen in
 psychotischen Krisen voranbringen; d.h. weniger Zwangsmaßnahmen, zurückhaltender Umgang
 mit neuroleptischer Medikation, wohnliche Einrichtung und offene Stationsführung
 (Soteriakonzepte).

Langfristiges Ziel ist der flächendeckende Ausbau der Gemeindepsychiatrien und die
 Sicherstellung einer wohnortnahen Grundversorgung, die an den Bedürfnissen der psychisch
 465 erkrankten Menschen ausgerichtet ist und den Menschen ein weitgehend eigenständiges und
 sozial integriertes Leben ermöglicht. Wir werden uns dafür einsetzen, dass auch Angebote einer
 flexiblen individuellen Krisenbegleitung zu Hause aufgebaut und eine auf die unterschiedlichen
 Bereiche Wohnen, Arbeit, Leben im sozialen Umfeld abgestimmte individuelle Hilfestellung
 entwickelt wird.

470 Besonders am Herzen liegt uns die Verbesserung der psychosozialen Hilfen für Kinder und
 Jugendliche. Wir werden hierzu Maßnahmen und Projekte unterstützen und darauf hinwirken,
 dass Selbsthilfe und Selbstorganisationen in diesen Prozess mit einbezogen werden. Insgesamt
 haben wir dafür in den Haushalt 2011 zusätzlich fünf Millionen eingestellt.

475 **Gute Hebammen für Schwangerenbegleitung und Geburtshilfe**

Hebammen und Entbindungspfleger leisten vor, während und nach der Geburt einen
 unerlässlichen Beitrag bei der Betreuung und Beratung werdender Mütter und Väter. Sie tragen
 dazu bei, die Bindung zwischen Eltern und Kind zu stärken und sind präventiv tätig. Besonders
 intensiv ausgeprägt ist der Präventionsansatz bei der aufsuchenden Tätigkeit von
 480 Familienhebammen. Hebammenhilfe umfasst die Beratung und Betreuung während
 Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit; sie ist Beratung, Begleitung und Versorgung
 von Mutter und Kind. Für diese wichtigen Aufgaben wird es trotz sinkender Geburtenzahlen
 auch zukünftig weiter eine Vielzahl engagierter und qualifizierter Hebammen und
 Entbindungspfleger brauchen. Landespolitisch wollen wir deshalb den Modellversuch zur
 485 Akademisierung der Hebammenausbildung evaluieren und weiter ausbauen, um den Beruf noch
 stärker als bisher attraktiv zu gestalten.

Bundesweit weisen die Hebammen zu Recht aktuell auf ihre existenzbedrohende wirtschaftliche
 Lage hin. Die Rahmenbedingen ihrer Arbeit haben sich in den vergangenen Jahren massiv
 490 verschlechtert. Schwangeren fällt es deshalb immer schwerer, eine Hebamme zu finden, die sie
 bei der Geburt begleitet. Bundesminister Rösler ist aufgefordert dafür zu sorgen, dass die
 Hebammen in NRW wieder kostendeckende Honorare erhalten, die auch die gestiegenen
 Haftpflichtprämien berücksichtigen. Die Grüne Bundestagsfraktion setzt sich auch in diesem
 Sinne seit Jahren für die Anliegen der Hebammen ein, um auch zukünftig allen werdenden
 495 Eltern die Unterstützung und Begleitung einer Hebamme zukommen zu lassen. Wir unterstützen
 deshalb die Forderung, endlich die gesetzlichen Regelungen der Hebammenleistungen aus der
 völlig veralteten Reichsversicherungsordnung in das für die gesetzliche Krankenversicherung
 zuständige SGB V zu überführen und dabei eine grundsätzliche strukturelle Stärkung dieser
 Leistungen herbeizuführen.

500 **Apothekerinnen und Apotheker - Heilberuf oder Kaufleute**

Die Apothekerinnen und Apotheker in unserem Land stellen sich aktuell die grundlegende
 Frage, welche Rolle sie zukünftig in unserem Gesundheitssystem spielen wollen und werden.
 Auf der einen Seite steht dabei das Konzept der geschäftstüchtigen Medikamentenkaufleute, die
 505 im Sinne der Profitmaximierung zunehmend auf Internetapotheken und Pick-up-Stellen setzen,
 auf der anderen Seite steht dem gegenüber das Konzept der Apotheke als - im engeren Sinne -

Teil der Heilberufe. Die Folgen sind grundlegend; wir GRÜNE NRW wollen eine wohnortnahe Gesundheitsversorgung, die auch Apotheken beinhaltet, für die Heilung, Beratung und Begleitung im Vordergrund steht. Für uns sind nicht die Sonderangebote für Schmerzmittel oder beispielsweise Billigangebote für Medikamenten-Großpackungen ein Qualitätskriterium, sondern vornehmlich die Intensität und Qualität der Unterstützung des Genesungsprozesses der Menschen. Gerade bei der alltäglichen Versorgung älterer Menschen sehen wir die Apotheken zum Schutz und zur Unterstützung in großer Verantwortung. Wir wollen gemeinsam mit den ApothekerInnen eine neue Rolle der Apotheken von morgen entwickeln, die den Anforderungen der demografischen Entwicklung Rechnung trägt. Gerade im Bereich der Prävention und Beratung können und müssen die Apotheken mehr als heute leisten. Neben beispielsweise Ernährungsberatung oder Programmen zur Raucherentwöhnung sind eine Reihe zusätzlicher Angebote denkbar. Auch bei der Stärkung der Arzneimittelsicherheit stellt sich die Frage, welche Rolle die Apotheken gerade für ältere Menschen zum Beispiel durch individuelle Verblisterung oder bei der standardisierten Warnung vor Kontraindikationen von Medikamenten bei „ihren“ Patientinnen und Patienten übernehmen wollen.

4. Zukunft der stationären Versorgung in NRW

Ortsnahe Krankenhausversorgung flächendeckend sichern

Neben dem auch im stationären Bereich deutlich zunehmenden Mangel an ärztlichem und pflegerischem Personal ist die Zukunft der Krankenhauslandschaft ein weiteres zentrales Thema der gesundheitspolitischen Debatte in NRW. Drei wesentliche Fragen gilt es dabei politisch zu beantworten:

- Wie sieht eine nachhaltige, Grüne Krankenhausplanung für die Menschen in einem großen Flächenland wie NRW aus, mit der zum einen eine wohnortnahe Grundversorgung in der Fläche auch in Zukunft gesichert werden kann und zum anderen die entsprechend spezialisierte Fachversorgung an den Oberzentren verbessert und transparent zugunsten der Menschen verbessert werden kann?
- Wie sieht das „Grüne“ Gesundheits- und nicht das „Kranken“-haus der Zukunft aus, in dem ambulant und stationär Prävention, Therapie und Begleitung gleichauf für die Menschen angeboten und nicht Planbetten vorgehalten werden?
- Wie kann es gelingen, die Arbeitsbedingungen der in der stationären Versorgung beschäftigten Gesundheitsberufe so zu verbessern, dass in der Konsequenz einerseits mehr Zeit in der Versorgung von Mensch zu Mensch bleibt und andererseits die Arbeitsbedingungen mit gesunden und Familien-freundlichen Lebensentwürfen der Beschäftigten vereinbar sind?

Wenn wir bei der zukünftigen Ausgestaltung der stationären Gesundheitsversorgung dem Grünen Leitbild einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen, wohnortnahen Notfallversorgung und einer bedarfsdeckenden spezialisierten Versorgung in den Städten wie gleichermaßen auf dem Lande folgen wollen, ergeben sich einige Konsequenzen hinsichtlich der Krankenhausplanung in NRW:

Wir haben heute in NRW eine vergleichsweise hohe Krankenhausdichte, was zum einen vielerorts eine gute Versorgung ermöglicht, zum anderen aber auch erhebliche Konkurrenzen und Fehlsteuerung zu Lasten der Patienten und Patientinnen produziert. So gibt es Gebiete, in denen ein erheblich größeres Angebot an Krankenhäusern vorhanden ist als zur tatsächlichen Bedarfsdeckung notwendig wäre. Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsbestrebungen der betroffenen Kliniken führt dies zu einer Überversorgung: Unnötig durchgeführte diagnostische Maßnahmen oder therapeutische Interventionen sowie Qualitätsabstriche bei den Ressourcen für alle an der Versorgung beteiligten Kliniken. Ein Nebeneinander aller erdenklicher Therapien und Fachgebiete an jedem denkbaren Standort kann es in Zukunft nicht mehr geben. Stattdessen setzen wir auf eine flächendeckende Grundversorgung und eine Spezialisierung an einzelnen Standorten. Spezialisierung wird dabei neben einer Verbesserung der angebotenen Qualität auch mit einer Kostenersparnis einhergehen. Dabei gilt es zu klären, was Grundversorgung im Sinne von schnell erreichbarer Notfallversorgung ist und welche Bereiche über qualitative Kriterien als spezialisierte Leistungen erbracht werden sollen. Bei der

565 anstehenden Landeskrankenhausplanung glauben wir, dass es an der Zeit ist, anstelle von rein
 quantitativen Kapazitäten (d.h. Bettenzahlen) qualitative Leitplanken hinsichtlich medizinischer
 Grund- und Schwerpunktversorgung zu setzen. Ziel wird es sein, in der zukünftigen
 Krankenhausplanung insbesondere auch neue sektorenübergreifende Versorgungsformen zu
 570 fördern, die dabei helfen, Gesundheitsversorgung als ein regionales Netz entlang der
 Patientenbedürfnisse umzusetzen und nicht anbieterzentriert innerhalb eines Sektors oder
 fachlichen Angebotes zu festigen. Dies muss aber im Interesse der PatientInnen im Konsens vor
 Ort umgesetzt werden.

Für uns steht fest, dass Krankenhäuser keine reinen Wirtschaftsbetriebe sind, sondern auch ein
 fester Bestandteil der Daseinsfürsorge bleiben werden. Dementsprechend müssen auch
 575 zukünftig alle jene Bereiche vorgehalten werden, die für eine gute Versorgung notwendig sind,
 egal ob dies wirtschaftlich lukrativ ist oder nicht. Dass wirtschaftlich unattraktive
 Versorgungsbereiche zunehmend ausschließlich von öffentlichen Krankenhäusern übernommen
 werden, ist für uns inakzeptabel. Auch deswegen sehen wir die anhaltende Tendenz zur
 Privatisierung im Krankenhausbereich als sehr bedenklich an. Denn statt in die Versorgung der
 580 Menschen fließt ein erheblicher Teil des öffentlichen Gesundheitsbudgets in die Rendite privat
 angelegten Geldes. Als problematisch erweist sich dabei zusätzlich der Trend, dass durch die
 privaten Träger zunehmend nur noch lukrative Versorgungsangebote übernommen werden und
 die öffentliche Hand die weniger gewinnbringenden Versorgungsbereiche für die Menschen
 kompensieren muss, ohne in entsprechendem Umfang auf die Einkünfte aus ertragsreicheren
 585 Angeboten zurückgreifen zu können.

Wir glauben deshalb, dass wir neben der grundlegenden Regulierung der Trägerschaftsstruktur
 der stationären Versorgung in NRW die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser in öffentlicher
 Trägerschaft, insbesondere in Zeiten knapper kommunaler Finanzen und Landesmittel deutlich
 590 verbessern müssen. Das bedeutet unter anderem, dass die tatsächlichen Kosten, die zum
 Beispiel durch Tariflohnerhöhungen ansteigen, auch über die Budgets refinanziert werden
 müssen. Auch die Schieflage der Finanzierung in NRW durch einen besonders niedrigen
 Landesbasisfallwert muss im Bund korrigiert werden. Nur so kann ein chronisches,
 wirtschaftliches Ausbluten sowie eine bleibende Wettbewerbsverzerrung gegenüber den Klinken
 595 in privater Trägerschaft verhindert werden.

Hinsichtlich der Investitionsplanung halten wir Grüne NRW an dem Modell der dualen
 Finanzierung fest. Nur durch die Übernahme eines Teiles der Investitionskosten durch
 Steuermittel des Landes NRW verbleibt ein landespolitischer Gestaltungs- und
 600 Verantwortungsspielraum bei der Ausgestaltung stationärer Versorgung. Es ist in den letzten
 Jahren versäumt worden, die teilweise marode Infrastruktur vieler Krankenhäuser in NRW auf
 einen angemessenen und modernen Stand zu bringen. Einige dringliche Maßnahmen konnten
 durch die Mittel aus dem Konjunkturpaketprogramm der Bundesregierung angegangen werden,
 aber dieses hat nur in Teilen geholfen. Es bleibt kein Geheimnis, dass deutlich mehr Geld
 605 notwendig ist, als der NRW Landeshaushalt derzeit an Spielraum bietet, um die Krankenhäuser
 in NRW flächendeckend nachhaltig zu erneuern. Es ist deshalb unser erklärtes Ziel, auch im
 Sinne der Landesgesundheitspolitik die haushälterischen Handlungsmöglichkeiten schrittweise
 so zu verbessern, dass langfristig der Investitionsstau an unseren Krankenhäusern in NRW
 610 substantiell abgebaut werden kann.

Gute Versorgung braucht gesunde Pflegende und starke Ärztinnen und Ärzte

Eine gute medizinische und pflegerische Versorgung erfordert nicht zuletzt gute
 Arbeitsbedingungen für die in der Gesundheitsversorgung Beschäftigten. Der Druck zum
 effizienteren und wirtschaftlicheren Agieren innerhalb der stationären Versorgung hat in den
 615 letzten Jahren zunehmend zu einer hohen Arbeitsverdichtung geführt und damit die
 Arbeitsbelastung für die beteiligten Gesundheitsberufe erheblich erhöht.

Insbesondere im Bereich der Krankenpflege ist es in den letzten Jahren zu einem starken
 Personalabbau und damit zu einer immensen Verdichtung der Arbeitsanforderung gekommen.
 620 Ein insgesamt niedriges Lohnniveau, geringe Weiterentwicklungsmöglichkeiten und fehlende

625 Vereinbarkeit des Berufes mit dem eigenen Altern, führen zusätzlich zu einer Zementierung der
Unattraktivität der Krankenpflegeberufe in der stationären Versorgung. Nicht hinnehmbar ist
ebenfalls die Entwicklung, bei der Dienstleistungen, pflegerische und medizinische Versorgung
in Personaldienstgesellschaften ausgelagert oder durch Zeitarbeitsfirmen erbracht werden,
630 wodurch sich die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern und anderen
Gesundheitseinrichtungen zusätzlich weiter verschlechtern. Situationen, in denen mehrere
Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu unterschiedlichen Gehältern und zu unterschiedlichen
Bedingungen hinsichtlich Urlaubs- und Freizeiten nebeneinander die gleiche Arbeit machen
müssen, sind nicht akzeptabel. Wir setzen uns dafür ein, dass der Krankenpflege insgesamt
wieder mehr Bedeutung zugemessen und die Arbeitsbedingungen der Pflege maßgeblich
verbessert werden.

635 Darüber hinaus beschränkt sich der viel diskutierte Ärztemangel längst nicht mehr nur auf
Nachwuchssorgen im ambulanten Sektor. Auch viele Krankenhäuser, insbesondere jene abseits
der großen Ballungsräume, haben zunehmend damit zu kämpfen, vakante Stellen nicht mehr
nachbesetzen zu können. Für die verbliebenen MitarbeiterInnen bedeutet das schon heute oft
kompensatorisch mehr Arbeit und Überstunden, für die Patientinnen und Patienten zunehmend
einen Verlust an verfügbarer, zwischenmenschlicher Arzt-Patienten-Zeit und mithin nicht zuletzt
640 auch an Versorgungsqualität. Wir sind deshalb der Überzeugung, dass die Anzahl der
Medizinstudienplätze in NRW erhöht werden muss. Auch die Krankenhäuser werden an ihrer
Rolle als Arbeitgeber einiges ändern müssen. Denn schon heute ist der Anteil an jungen
Ärztinnen und Ärzten, die anstelle einer vermeintlich unattraktiven Arbeitsstelle in einem
Krankenhaus lieber eine Beschäftigung jenseits der Patientenversorgung bzw. eine
Beschäftigung im Ausland vorziehen, inakzeptabel hoch.

645 Notwendig sind neue Formen der Arbeitsorganisation und -verteilung, etwa
berufsgruppenübergreifende Vernetzung und Teambildung, neue Arbeitszeitmodelle sowie ein
zuverlässiges Monitoring-System für Überarbeitung, Überlastung und berufsbezogenen
Erkrankungen. Gerade in den Gesundheitsberufen ist die körperliche und psychische Belastung
650 oft sehr hoch; trotz des neuen Arbeitszeitgesetzes sind die Verstöße hinsichtlich
mindesteinzuhaltender Ruhephasen und Pausenzeit nach wie vor eklatant hoch und vielfach
noch nicht einmal ansatzweise erfasst. Das wollen wir ändern. Wir werden deshalb über
bestehende Bestimmungen hinaus eine gesetzliche Regelung für die verbindliche,
systematische Erfassung der tatsächlichen Arbeitszeiten in allen an der Patientenversorgung
655 beteiligten Berufen schaffen, die empfindliche Sanktionen bei wiederkehrenden Verstößen
vorsieht - zum Schutz der Betroffenen und vor allem zum Schutz der Patientinnen und
Patienten.

660 Zusätzlich werden wir alle an der stationären Versorgung beteiligten Institutionen in NRW
nachhaltig motivieren, neben der besseren Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln und
arbeitsentlastenden Organisationsstrukturen zukünftig mehr gezielte Gesundheitsprogramme
anzubieten. Besonderes Augenmerk gilt hier älteren ArbeitnehmerInnen. Dabei werden neue
Strategien der Personalentwicklung benötigt, die auch darauf zielen, Personal individuell zu
fördern und hierbei auch auf geschlechterspezifische Unterschiede einzugehen. Dafür
665 notwendig sind Anreize zur Fort- und Weiterqualifizierung in durchlässigen Bildungsstrukturen,
die unbürokratisch Aufstiegsmöglichkeiten eröffnen. Neben vielen anderen Aspekten ist vor
allem dafür zu sorgen, dass die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen so zu organisieren
sind, dass sie die Vereinbarkeit von Familie, Kindererziehung oder Pflege und Beruf
ermöglichen.

670

5. Gesundheitsversorgung in NRW individueller, menschlicher und sozialer gestalten

Bei allen Organisations-, Interessen- und Strukturdebatten gerät in der Gesundheitspolitik der
letzten Jahre vor allem eines unter die Räder: die Menschen, um deren Gesundheit es geht. Das
675 wollen wir ändern und den Menschen wieder in den Mittelpunkt der Landesgesundheitspolitik in
NRW stellen. Wir wollen nicht länger und einseitig von „Fällen“, „Strukturen“ und „Systemen“
sprechen, sondern in jeder unser gesundheitspolitischen Überlegungen immer wieder die Frage

stellen, was jeder einzelne Mensch individuell benötigt, um seine Gesundheit zu erhalten oder durch gute medizinische Versorgung zurückzugewinnen.

680

Über die oben geschilderten strukturellen Änderungen der Rahmenbedingungen in NRW hinaus ergeben sich deshalb für uns im Sinne einer menschlicheren Versorgung sieben zentrale Ansatzpunkte einer grünen, zielgruppenspezifischen Gesundheitspolitik für NRW, an denen wir auch in der laufenden und den kommenden Wahlperioden engagiert arbeiten werden:

685

Behandlungsfehler reduzieren - Patientinnen und Patienten stärken

Wir werden die Rechte von Patientinnen und Patienten in NRW stärken, unter anderem durch die Neuschaffung einer Patientenbeauftragten bzw. eines Patientenbeauftragten der Landesregierung zur Koordination und Anwaltschaft für die Belange, Sorgen und Nöte der PatientInnen in unserem Land. Bei rechtlichen Auseinandersetzungen zu Behandlungsfehlern wollen wir die Möglichkeiten für vorgerichtliche Mediationsverfahren mit weiterentwickeln. Zusammen mit VertreterInnen aus der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung wollen wir darüber hinaus ein Maßnahmenpaket verabschieden, das dafür sorgt, dass wir bis Ende der Legislaturperiode in allen Krankenhäusern in NRW ein Risiko- und Fehlermanagementsystem haben. In den Qualitätsberichten der Krankenhäuser sollen zudem der Umgang mit Beinahefehlern, Maßnahmen zur Patientensicherheit, der Schutz der Patientinnen und Patienten vor gesundheitsgefährdenden und multiresistenten Krankheitserregern sowie die sektorübergreifende Zusammenarbeit mit Dritten in den genannten Bereichen transparent dargelegt werden. Mit dem Haushalt 2011 ist die Landesregierung in den Ausbau der unabhängigen Verbraucherschutzberatung und die rechtliche Interessenvertretung bei der Verbraucherzentrale NRW eingestiegen.

690

695

700

Gesundheit erhalten statt erst Krankheit zu behandeln

Prävention und Gesundheitsförderung sind zentrale Anliegen Grüner Politik in NRW. Gerade in den Kitas und Schulen können auch sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche gut erreicht und in ihren persönlichen Fähigkeiten für ein gesundes Aufwachsen und gesunde Lebensführung gestärkt werden. Wir wollen deshalb die Potentiale der Kinder- und Jugendhilfe und der Schulpolitik besser nutzen, um Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention als flächendeckende integrierte Regelangebote besser zu verankern.

705

710

Wir wollen auch auf Landesebene Arbeitsförderung, Prävention und Gesundheitsförderung besser miteinander verzahnen. Drohende oder bestehende Arbeitslosigkeit stellt eine große psychische Belastung dar und geht oft auch mit einem größeren Erkrankungsrisiko einher. Bislang werden Arbeitslose oder von Arbeitslosigkeit bedrohte Menschen aber kaum von Gesundheitsförderangeboten erreicht. Als ersten Schritt werden wir darauf drängen, dass sich die Hauptakteure der Arbeitsmarkt- und Gesundheitsförderung im Bereich der Prävention miteinander abstimmen und gemeinsame Anstrengungen ausbauen. Ziel muss es sein, dass Arbeitslosen und Langzeitarbeitslosen gesundheitsfördernde Angebote offenstehen.

715

720

Gerade Migrantinnen und Migranten sind angesichts spezifischer Hindernisse, wie etwa Fremdsprachigkeit oder der fehlenden Vertrautheit mit den Verhältnissen im deutschen Gesundheitssystem beim Zugang zu Informationen, Beratung und Therapien oftmals benachteiligt. Die individuellen Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen erreichen einen erheblichen Teil der rund 15 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland aufgrund hoher Zugangsbarrieren oftmals nicht. Nur in Kooperation mit den Migrantenselbsthilfeorganisationen kann dies zukünftig besser gelingen.

725

Ein weiteres dringendes, oft vernachlässigtes Handlungsfeld sind Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen. Ein Handlungsprogramm zur Prävention Älterer sollte den Verbleib in der eigenen Wohnung, die Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung und auch des bürgerschaftlichen Engagements Älterer im Blick haben. Das Programm soll vor allem ältere Menschen nach kritischen Lebensereignissen, sozial benachteiligte ältere Menschen, ältere Migrantinnen und Migranten, mobil eingeschränkte Menschen und ältere Menschen mit Behinderungen berücksichtigen und sich mit dem Problem der sozialen Isolation auseinandersetzen. Mit der Berücksichtigung älterer Menschen als Zielgruppe der Prävention

730

735

740 und Gesundheitsförderung betreten die meisten Kommunen „Neuland“. Dabei ergeben sich in der Lebenswelt Kommune vielfältige Bezugspunkte für altenbezogene Prävention und Gesundheitsförderung: örtliche Altenhilfestrukturen, Quartiersstützpunkte, Mehr-Generationen-Häuser, Seniorentreffs, Sportverbände und weitere Einrichtungen. Vor allem mobil eingeschränkte Ältere brauchen mehr zugehende Angebote.

Stärkung der Selbsthilfe und des Verbraucherschutzes als festem Teil universaler Hilfe

745 Eine starke Säule der Gesundheitspolitik ist die Selbsthilfe. Oft sind Menschen, die von einer Krankheit oder Behinderung betroffen sind, die besten ExpertInnen für ihre Krankheit und Lebenssituation. Selbsthilfegruppen sind häufig die Struktur, die Menschen aufsuchen, wenn sie im Gesundheitssystem nicht die notwendige Zuwendung finden und ihnen das übrige System Antworten auf die zum Teil existentiellen Fragen schuldig bleibt. Wir setzen uns für eine stärkere finanzielle Förderung der Selbsthilfegruppen im Rahmen der zuständigen Kostenträger ein.

750 Selbsthilfe berät und vermittelt Betroffene, hilft oder gibt das Gefühl mit der Situation nicht alleine zu sein. Oft leistet Selbsthilfe etwas, das sonst von niemandem geleistet werden könnte. Dabei gibt es große und kleine Selbsthilfegruppen, je nach Häufigkeit des Problems. Das Land kooperiert gerne mit der Selbsthilfe und setzt nicht nur bei den Themen wie AIDS und Sucht auf die Strukturen, sondern will das ExpertInnenwissen von allen mit in die Gesundheitspolitik
755 NRW einfließen lassen. Denn Selbsthilfe kann durch zahlreiche Einzelfälle oft systematische Probleme in den Strukturen oder bei den Kostenträgern erkennen. Damit kann Selbsthilfe die besten Anregungen für Veränderungen im System oder bei den Rahmenbedingungen geben.

Mehr Geschlechtersensibilität erreichen

760 Die Geschlechter unterscheiden sich auch hinsichtlich ihrer Gesundheit fundamental. Dies umfasst z.B. Ursachen und Symptome von Erkrankungen, Krankheitsverlauf und die Bedarfe für Therapie und Heilung. Auch die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen oder die Erreichbarkeit durch Prävention sind verschieden. Die Gründe dafür sind vielfältig. Sie begründen sich in den unterschiedlichen Lebenswelten, vielfältig geprägten Geschlechterrollen
765 und auch in physiologischen Unterschieden. Diese werden in Medizin, Pflege und Prävention zu wenig oder auch gar nicht berücksichtigt.

770 So gibt es keine geschlechtersensible Erforschung und Anwendung von Arzneimitteln. Auch die Mehrzahl der Präventionsprogramme übergehen die Bedarfe der Zielgruppen. Im Ergebnis wird viel zu oft nur eines oder auch gar keines der Geschlechter angemessen erreicht.

775 Die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen tragen den sich im grundlegenden Wandel begriffenen Lebenswirklichkeiten der Geschlechter ebenfalls zu wenig Rechnung. Dies muss sich - auch mit Hinblick auf die Motivation von ArbeitnehmerInnen im Gesundheitswesen - deutlich ändern.

780 Wie schon die durch Grüne initiierte Enquetekommission zur Frauengesundheit gezeigt hat, erreichen wir eine nachhaltige Akzeptanz für eine geschlechtersensible Versorgung und Arbeitswelt nur durch Teilhabe der AkteurInnen am Wandlungsprozess. Deshalb müssen wir diesen Prozess mit allen in der Gesundheitsversorgung Verantwortung Tragenden verbindlich vorantreiben. Denn auch bei steigender Akzeptanz ist stetige politische Unterstützung notwendig. Der seinerzeit durch Rot-Grün begonnene Prozess kam unter Schwarz-Gelb komplett zum Erliegen. Zur Reaktivierung werden wir prüfen, wo organisatorische Unterstützung und gesetzliche Regelungen in NRW notwendig sind, um mehr Geschlechtersensibilität zu
785 erreichen. Auf Bundesebene machen wir uns bereits dafür stark, dass die Berücksichtigung von Geschlechterunterschieden bei der Erforschung und Entwicklung von neuen Medikamenten und Heilmitteln sowie bei der Implementierung von einheitlichen Präventionsprogrammen mehr Berücksichtigung findet.

790 Inklusive, barrierefreie Gesundheitsversorgung für NRW

Wir wollen die Ausgangsbedingungen und Teilhabemöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen in unserem Gesundheitssystem deutlich verbessern. Die UN Behindertenrechtskonvention, die auch von Deutschland und der EU mitunterzeichnet wurde,

795 setzt den Rahmen für alles notwendige zukünftige Handeln. Für die Gesundheitsversorgung in NRW bedeutet das, dass wir zukünftig beispielsweise mehr barrierefrei zugängliche Arztpraxen, selbstverständlicher besondere Formen und Hilfsmittel der Kommunikation und mehr spezialisierte Versorgungsangebote für Menschen mit chronischen Krankheiten benötigen, die nicht unter den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich fallen. Inklusion als Querschnittsaufgabe bedeutet für uns, dass wir unser Gesundheitssystem in NRW beispielhaft 800 für andere Länder zu einer inklusiven Gesundheitsversorgung umbauen müssen. Um die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit körperlichen und oder geistigen Behinderungen, bzw. Menschen mit besonderen Sinneseinschränkungen besser aufgreifen zu können, braucht es insbesondere auch ein umfassendes Paket an Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für alle Gesundheitsberufe, um diese auch im medizinischen Alltag auf die neuen und zusätzlichen 805 Aufgaben vorzubereiten. Um die sich aus der UN-Behindertenrechtskonvention ergebenden Anforderungen bestmöglich umsetzen zu können, wollen wir eine Untersuchung in Auftrag geben, die unser Gesundheitswesen im Sinne eines „Disability Mainstreaming“ überprüft und praktische Vorschläge zu dessen besserer Umsetzung macht. Die Ergebnisse dieser Erarbeitung sollen in den vorgesehenen und sich fortlaufend entwickelnden Landes-Aktionsplan 810 eingebracht werden. Hier wollen wir, dass die Betroffenen vor Ort einbezogen werden und die Stellung der/des Behindertenbeauftragten gestärkt wird.

Eine gesunde Gesellschaft braucht gesunde Kinder

815 Wir müssen in NRW bestehende Gesundheitsrisiken für Kinder konsequenter als bisher abbauen. Ungleichheiten beim Zugang zur Gesunderhaltung und Krankheitsvermeidung sind nicht hinnehmbar; u.a. deshalb sind allgemeine Versorgungsnetzwerke für Kinder und Jugendliche in unserem Gesundheitswesen in NRW - wo immer dies notwendig erscheint - prioritär auszubauen. Den Anteil an verfügbaren Familienhilfen und Familienhebammen in NRW wollen wir in diesem Sinne als unterstützende und anleitende Instanzen ausweiten. Wir wollen 820 erreichen, dass Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien besser als bisher gesundheitlich versorgt werden. Das schließt auch die Wohn- und Umweltbedingungen mit ein. Hierzu gehören insbesondere gesundheitliche Präventionsangebote, die auf die Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen ausgerichtet sind. Auch hier müssen die Familien mit Zuwanderungsgeschichte besser als bisher erreicht werden. Wir begrüßen deshalb, dass die 825 Landesregierung zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien ein Handlungskonzept auflegen und 1,5 Millionen Euro bereitstellen wird.

830 Wir wollen ferner verbindliche qualitative Mindeststandards für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen in Kindergärten, Ganztagschulen oder sonstigen Einrichtungen der Jugendhilfe schaffen. Besorgt verfolgen wir den Trend der systematischen Einführung und Ausweitung des Einsatzes von Psychopharmaka und anderer Medikamente an Kindern und Jugendlichen zur Behandlung von vermeintlichen oder tatsächlichen seelischen Krankheiten, bzw. Aufmerksamkeitsstörungen. Diesen unkritischen Trend wollen wir eindämmen und den 835 Betreuungs- und Versorgungsbedarf stärker als bisher durch ein enges und zeitnah verfügbares Netz an psychosozialen Hilfen und sozialpädiatrischer Versorgung auffangen.

840 Trotz der in vielen Bereichen bereits gut ausgebildeten Vernetzungsstrukturen bestehen weiterhin Defizite. So erhalten die Kinder und Familien in ihrer jeweiligen Lebenswelt nicht immer die entsprechend notwendigen Präventions- und Hilfeangebote. Für Kinder aus prekären Familiensituationen und aus Familien mit Migrationsgeschichte trifft dies besonders zu. Grundsätzlich handeln die Hilfesysteme noch zu oft nebeneinander, anstatt sich zu ergänzen und ihre Aktivitäten aufeinander abzustimmen. Eine integrativ und ganzheitlich ausgerichtete Versorgung wird nicht zuletzt auch durch die unterschiedlichen Finanzierungssysteme 845 erschwert. Ausgehend von den Handlungsempfehlungen der Landesgesundheitskonferenz zum "Erhalt und Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen" wollen wir Maßnahmen fördern, mit denen Kinder, Jugendliche und Familien wohnortnah erreicht werden. Hierzu gehören niedrigschwellige Beratungs- und Versorgungsangebote der Erziehungs- und Familienberatung sowie der Kinder- und Jugendhilfe und eine enge 850 Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe, Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie dem schulpsychologischen Dienst. Darüber hinaus müssen

die Ursachen psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen geschlechtergerecht analysiert und mit geeigneten Maßnahmen gesteuert werden. Für entsprechende Maßnahmen und Projekte zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen wie auch zur Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie werden wir uns in der Landesregierung für die Bereitstellung von mindestens 5 Millionen Euro einsetzen.

Migration braucht mehr Gesundheit und Flüchtlinge eine humanitäre Versorgung

Auch die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte und die der Menschen, die als Flüchtlinge nach NRW kommen, müssen wir erheblich verbessern. Gerade für Menschen mit Migrationshintergrund ist es notwendig, dass im Gesundheitswesen Sprach-, aber auch kulturelle Barrieren abgebaut werden, damit sie die gleichen Zugangsvoraussetzungen zur medizinischen Versorgung erhalten. Wir werden deshalb Gesundheits- und Aufklärungsprogramme für Menschen mit Migrationshintergrund in besonderem Maße fördern und insbesondere jene Gesundheitseinrichtungen unterstützen, die Ihre Angebote systematisch auch auf die Versorgung von Menschen unterschiedlichster Sprach- und Kulturkreise ausrichten. Neben Anreizprogrammen und Aufklärung wollen wir aber auch verbindliche Regelungen insbesondere für den qualifizierten Abbau von sprachlichen Hürden in der Gesundheitsversorgung schaffen. Dazu werden wir mindestens alle an der stationären Notfallversorgung teilnehmenden Institutionen in NRW verpflichten, einen qualifizierten medizinischen Übersetzungsdienst jedem Patienten in einer angemessenen Zeit zur Verfügung zu stellen.

Auch bei der psychosozialen Versorgung brauchen wir einen systematischen und verbindlich geregelten Ausbau von Versorgungsstrukturen, der den spezifischen Krankheitsentitäten und Umgehensweisen der betroffenen Menschen und deren Umfeld Rechnung trägt. Neben den öffentlichen Gesundheitsdiensten wollen wir deshalb insbesondere in den Landeskrankenhäusern und an möglichst vielen Universitätskliniken in NRW bis 2020 eine spezialisierte Ambulanz für psychische Erkrankungen von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte schaffen.

Dabei sollen insbesondere auch die Belange von Flüchtlingen einen wichtigen Stellenwert bekommen. Dazu wird es einerseits wesentlich sein, dass traumatisierte Flüchtlinge zum Zweck einer frühzeitigen Diagnostik und dem Zugang zu angemessener medizinischer und psychotherapeutischer Behandlung stabile Aufenthaltsbedingungen bekommen werden. Andererseits müssen die diskriminierenden Bedingungen des Asylbewerberleistungsgesetzes, unter denen die meisten Flüchtlinge leben, und das nur eine Notfallversorgung vorsieht, beseitigt werden. Unser Ziel muss es sein, dass Flüchtlinge in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen gleichberechtigt versorgt werden. Dazu ist es notwendig, dass die Kommunen mit den örtlichen Krankenkassen eine Vereinbarung treffen und die Flüchtlinge über eine Versicherungsakte Ärzte und Ärztinnen ihrer Wahl aufsuchen können. Das Gesundheitsministerium kann hier über eine Information der Gesundheitsämter und die Gesundheitskonferenzen unterstützend wirken und Modellprojekte anregen. Auch bei der Krankenhausplanung sollte die Gruppe der Migrantinnen und Flüchtlinge mehr ins Auge gefasst werden. Für Menschen mit posttraumatischen Belastungsstörungen müssen interkulturell und sprachlich kompetente Ansprechpersonen innerhalb der Regeldienste bereitstehen. Die Unterstützung für die psychosozialen Zentren für Flüchtlinge muss ausgebaut werden. Wir werden uns aber auch dafür einsetzen, dass bei Menschen mit posttraumatischen Belastungsstörungen von einer erzwungenen Rückkehr abgesehen wird, wenn ein fachärztlich nachvollziehbar dargelegtes und ggf. von einer kompetenten behördlichen Stelle überprüftes Gutachten vorliegt. Das Absehen von der Ausweisung in solchen Fällen wollen wir auch ausländerrechtlich entsprechend verankern. Für Menschen ohne Papiere werden wir modellhafte Maßnahmen vor Ort unterstützen, um eine Grundversorgung zu ermöglichen.

Gute Gesundheit durch intakte Umwelt

Es ist urgrünes Selbstverständnis, den Menschen als Teil seiner Umwelt zu sehen. Für uns stellt der Schutz und Erhalt einer intakten Umwelt bzw. deren Wiederherstellung nicht nur ein in sich hehres Motiv, sondern einen originären Selbstzweck dar. Wir sind davon überzeugt, dass jedwede Form von kurz- oder langfristiger Zerstörung unseres Lebensraumes bzw. unserer

910 natürlichen Ressourcen auf Dauer der großen Mehrheit von uns Menschen - nicht zuletzt in
gesundheitlicher Hinsicht - schadet. Deshalb ist für uns eine konsequente Umweltpolitik immer
auch ein wesentlicher Teil präventiver und kurativer Gesundheitspolitik. Wir Grüne NRW werden
in den kommenden Jahren - wo immer dies im Rahmen landespolitischer Kompetenz möglich ist
- umweltschädliche Einflussfaktoren auf den Menschen abbauen, sei dies in Form einer
915 Reduktion von Verkehrslärm, der Eindämmung der Luftverschmutzung, dem Verbot von
schädlichen Chemikalien und Giftstoffen oder der deutlichen Einschränkung von gefährlichen
Düngemitteln und Pestiziden. Dort, wo bereits Schäden für den Menschen aufgetreten sind,
werden wir uns neben der allgemeinen medizinischen Versorgung auch für eine spezifische
umweltmedizinische Behandlung der Betroffenen einsetzen.
920