

## **G-1 Zukunft Arbeitsplatz Gesundheitswesen: Stärkung der Gesundheitsberufe für eine menschlichere Versorgung**

Antragssteller*in:	Landesvorstand
Gegenstand:	Gesundheitspolitik
Anmerkungen	Beschluss

## **G-1 Zukunft Arbeitsplatz Gesundheitswesen: Stärkung der Gesundheitsberufe für eine menschlichere Versorgung**

- 1 Das Gesundheitswesen ist eine tragende Säule unserer Gesellschaft. Ist sie stabil und nachhaltig  
2 aufgestellt, so wird es uns gelingen, vielen Menschen in unserem Land ein Leben in guter  
3 seelischer und körperlicher Gesundheit zu ermöglichen, Krankheit zu heilen und Leid zu lindern.  
4 Sie ist Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe, soziale Gerechtigkeit und  
5 Chancengerechtigkeit.
- 6 Das Gesundheitswesen ist der größte Beschäftigungssektor in unserem Land. Rund 12 % aller  
7 Beschäftigten, allein 1,1 Millionen in Nordrhein-Westfalen sind im Gesundheitssektor tätig. 75  
8 % dieser Beschäftigten arbeiten dabei unmittelbar in den Kernbereichen der pflegerischen,  
9 medizinischen und pharmazeutischen PatientInnenversorgung.
- 10 In den letzten Jahren hat die Ökonomisierung des Gesundheitswesens zu zahlreichen  
11 Missständen geführt. Falsche Anreize haben zu einer Versorgung geführt, die einseitig auf  
12 medizintechnische, sowie pharmakologische Intervention und apparative Überwachung setzt,  
13 anstatt eine umfassende Sichtweise von Zuwendung, Heilen und Pflege in den Mittelpunkt zu  
14 rücken. Dies geht in vielen Fällen auch zu Lasten der Beschäftigten im System, in deren Folge  
15 Fehler, Existenzängste, schlechte Behandlung, mangelhafte menschliche Zuwendung kaum zu  
16 vermeiden sind. Trotz vielfach aufopferungsvollen Einsatzes der Beschäftigten gelingt es  
17 zusehends weniger die Qualität unserer gesellschaftlichen Säule „Gesundheitswesens aufrecht zu  
18 erhalten.
- 19 Neue Entwicklungen erschweren die Bewältigung der anstehenden Aufgaben. In der immer älter  
20 werden Bevölkerung steigt nicht nur insgesamt der quantitative Bedarf an  
21 Gesundheitsversorgung und Prävention, es ändern sich auch die qualitativen, individuellen  
22 Behandlungs- und Versorgungsbedarfe. Wir erleben einen Wandel von akuten zu chronischen  
23 Erkrankungen, zu Multimorbidität, eine steigende Anzahl psychischer und psychosomatischer  
24 Erkrankungen und eine Verschiebung von stationärer zu ambulanter Versorgung.
- 25 Der demographische Wandel führt in den Gesundheitsberufen selbst zu einer wachsenden Zahl  
26 älterer Beschäftigter bei einem gleichzeitig zurückgehenden Potenzial an Erwerbspersonen

## **G1 Zukunft Arbeitsplatz Gesundheitswesen: Stärkung der Gesundheitsberufe für eine menschlichere Versorgung**

27 (doppelter demografischer Wandel). Schlechte Bezahlung, mangelhafte berufliche  
28 Entwicklungsmöglichkeiten, kritische Arbeitsbedingungen, sowie die häufig fehlende  
29 Vereinbarkeit von Beruf, Freizeit und Familie führen in einigen Berufen zu gravierenden  
30 Nachwuchsmängeln.

31 Auf viele dieser Entwicklungen hat die schwarzgelbe Bundesregierung halbherzig oder gar nicht  
32 reagiert, sie hat die eigentlich notwendigen Strukturreformen zur Verbesserung der  
33 Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen nicht in Angriff genommen. Insbesondere ein  
34 verbindliches Personalbemessungsinstrument, eine Weiterentwicklung des derzeitigen  
35 Fallpauschalensystems hin zu mehr qualitativen Aspekten in der Versorgung und Entlastung der  
36 Beschäftigten, sowie die Entwicklung von Sicherstellungszuschlägen für kleinere Kliniken und  
37 eine bessere Abbildung der Kosten von Notfall- und Maximalversorgungshäusern wurden ganz  
38 vernachlässigt.

39 Diese Versäumnisse und die Entwicklungen der letzten Jahre führen zu einer starken und  
40 zunehmenden Belastung der derzeitig beschäftigten Menschen unseres Gesundheitswesens. Wir  
41 finden ein System, das diejenigen Menschen krank macht, die andere gesund machen sollen, ist  
42 kein gutes System.

43 **Deshalb wollen wir...**

44 *... dass sich die Krankenhäuser in unserem Land als Arbeitsplatz verändern:*

45 In der stationären Versorgung brauchen wir mittelfristig einen stationsspezifischen,  
46 verbindlichen Personalschlüssel, der festschreibt, für wie viele PatientInnen eine Pflegekraft  
47 zuständig sein sollte.

48 Wir müssen zukünftig sicherstellen, dass der Pflegeanteil der DRGs auch tatsächlich in die  
49 Pflege fließt und teilen die Einschätzung der Fachverbände und Gewerkschaften in den  
50 Tarifverhandlungen, dass bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege auch  
51 eine wesentlich bessere Bezahlung der Beschäftigten braucht. Mittelfristig wird es aber auch  
52 drauf ankommen, Branchen spezifische Ungleichheiten in der Bezahlung zu identifizieren und  
53 abzubauen.

54 Arbeit am Krankenbett ist körperliche und seelische Schwerarbeit. Ein Modell, wie derzeit, das  
55 davon ausgeht, dass alle ArbeitnehmerInnen, ungeachtet ihrer körperlichen und psychischen  
56 Belastungsfähigkeit, in gleichem Umfang eingesetzt werden können, ist nicht tragfähig. Wir  
57 müssen das individuelle Leistungsvermögen berücksichtigen und zum Beispiel durch  
58 Differenzierung der Tätigkeiten, Fortbildung und weitere Qualifikation die Möglichkeit zum  
59 Übergang in weniger aufreibende Aufgabenbereiche geben. Es werden flexiblere Arbeitszeiten  
60 benötigt, die es den Beschäftigten erlauben, sich beispielsweise um ihre Kinder oder  
61 pflegebedürftige Angehörige zu kümmern.

62 Spezifisch für den ärztlichen Bereich der Krankenhausversorgung wollen wir stärker als bisher  
63 Teilzeitarbeit fördern und Arbeitszeiten die eine langfristig gesunde Teilhabe am Berufsleben  
64 ermöglichen. Die derzeit geltenden Arbeitszeitbestimmungen nehmen Überarbeitung und  
65 Übermüdung in Kauf, das wollen wir nicht zuletzt auch im Dialog mit den jeweiligen  
66 Tarifpartnern reformieren. Eine Erwartungshaltung, die de facto zur Unterzeichnung von Opt-  
67 Out-Vereinbarungen und Überstundenableistung verpflichtet, darf nicht die Grundlage von  
68 Beschäftigungsverhältnissen sein.

## **G1 Zukunft Arbeitsplatz Gesundheitswesen: Stärkung der Gesundheitsberufe für eine menschlichere Versorgung**

69 Für freie MitarbeiterInnen, die als Honorarkräfte an mehreren Stellen arbeiten, muss es ebenso  
70 eine Zeitkontrolle und entsprechende Regelungen geben, damit auch hier Überarbeitung  
71 entgegen gewirkt werden kann.

72 Die guten Erfahrungen einiger Nachbarländer mit dem Ermöglichen finanzielle Förderung und  
73 strukturelle Erleichterungen einer beruflichen Auszeit (Sabbatical), kann gerade bei  
74 Berufsgruppen mit regelhaft wöchentlichen Arbeitszeiten von mehr als 50 Stunden und  
75 jahrelangem Schicht-, bzw. Nachtdienst, Überlastung und berufliches Ausbrennen vermeiden.

76 Nicht zuletzt wird es auch darauf ankommen, die Zahl der Ausbildungs- und Studienplätze so zu  
77 erhöhen, dass anfallende kompensatorische Mehrarbeit zum Auffangen nicht besetzter Stellen,  
78 mittelfristig ausgeglichen werden kann. Deshalb haben wir beispielsweise die Voraussetzungen  
79 für 935 zusätzliche Medizinstudienplätze in NRW geschaffen und eine entsprechende  
80 Vereinbarung mit den Hochschulen für die Jahre 2011 bis 2015 getroffen.

81 Jenseits der sogenannten „white jobs“ (Pflege und Ärzteschaft) hat es in den letzten Jahren in  
82 gravierender Weise eine Verlagerung von gering qualifizierten Arbeitsplätzen wie etwa  
83 Transportwesen, Reinigungsdienste oder Wäscherei in Tochterunternehmen und Fremdfirmen  
84 gegeben. Dies hat häufig zur Umwandlung sozialversicherungspflichtiger Arbeit in prekäre  
85 Beschäftigung geführt. Hier wollen wir dringend politisch gegensteuern, u. a. durch einen  
86 gesetzlichen Mindestlohn, den Abbau von Scheinselbständigkeit, equal pay bei Leiharbeit sowie  
87 eine Reform der Minijobs.

88 *... dass sich die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in der ambulanten und stationären*  
89 *Altenpflege und Pflege verbessern:*

90 Um den Grundsätzen „ambulant vor stationär“ und „selbstbestimmt und selbstständig in der  
91 eigenen Häuslichkeit leben“ gerecht zu werden, brauchen wir Instrumente die den tatsächlichen  
92 Pflegebedarf und Arbeitsaufwand in der ambulanten Pflege berechnen. Das bisherige Verfahren  
93 der Pflegeklassen wird weder dem Bedürfnis der Patienten, noch der tatsächlichen  
94 Arbeitsbelastung der Beschäftigten gerecht.

95 Unter den heutigen Rahmenbedingungen, ist den Pflegekräften eine menschenunwürdige  
96 Minutenpflege vorgegeben; nur mit aufreibendem persönlichen Einsatz gelingt es ihnen die  
97 Pflegebedürftigen zu versorgen und überhaupt noch etwas menschliche Zuwendung zu kommen  
98 zu lassen. Deshalb muss der Grad der Teilhabe einschränkung künftig die Höhe des  
99 Sachleistungsanspruchs auch realistisch bei der Finanzierung abbilden. Die Berechnung der  
100 Versorgungszeiten muss nicht nur die pflegerischen Tätigkeiten, sondern auch Zuwendung,  
101 Betreuung und Unterstützung beinhalten. Um eine zukunftsfähige Versorgungsstruktur und eine  
102 menschliche und gute Pflege zu sichern, werden wir uns weiterhin für eine durchgreifende  
103 Reform der Pflegeversicherung einsetzen und auch den Pflegebedürftigkeitsbegriff verändern  
104 und erweitern. Das Grundproblem der unzureichenden Finanzierung der ambulanten Pflege  
105 wollen wir auch durch die grüne Pflege-Bürgerversicherung lösen. Eine solche verbesserte  
106 Finanzierung muss nicht zuletzt den beschäftigten Pflegekräften zugute kommen.

107 Mindestens ebenso dringlich wie in der stationären Krankenpflege Es gilt es neben einer  
108 verbesserten Finanzierung und Entlohnung, die Arbeitsbedingungen in der ambulanten und  
109 stationären Altenpflege zu verbessern und die Leistungen dieser Berufe gesellschaftlich mehr  
110 anzuerkennen. Nur so kann es gelingen den bereits heute bestehenden Fachkräftemangel zu  
111 bewältigen, der auch dadurch besteht, dass viele Altenpflegerinnen und -pfleger bereits nach

## **G1 Zukunft Arbeitsplatz Gesundheitswesen: Stärkung der Gesundheitsberufe für eine menschlichere Versorgung**

112 wenigen Jahren desillusioniert aus dem Beruf ausscheiden. Eine besondere Bedeutung kommt  
113 hier auch dem stärkeren Gesundheitsschutz zu, der die besonderen Belastungen der  
114 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stärker berücksichtigt, ist dringend notwendig.

115 Um die steigende Bedarfe in der Altenpflege zukünftig decken zu können, braucht es  
116 schlussendlich allerdings auch spürbar mehr Ausbildungsplätze. Wir haben deshalb in NRW  
117 wieder ein Umlageverfahren zur Finanzierung der Altenpflegeausbildung eingeführt. Zudem  
118 wurden die Landesmittel zur Finanzierung der erforderlichen Fachseminarplätze in den  
119 vergangenen drei Jahren trotz knapper Kassen schrittweise von 32. Mio. Euro auf nun 54,8 Mio.  
120 Euro erhöht. Die Zahl der Ausbildungsplätze in der Altenpflege konnten wir allein bis Ende  
121 2012 so um zusätzliche 2200 Plätze erhöht werden.

122 *... das Arbeitsumfeld der niedergelassenen ÄrztInnen umgestalten:*

123 Junge MedizinerInnen bevorzugen heute eher die Arbeit in einem Team, sind oft nicht mehr  
124 ausschließlich an einer selbständigen, freiberuflichen Tätigkeit interessiert. Neben beruflichem  
125 Erfolg und entsprechender fachlicher Selbstverwirklichung wünschen sie sich zunehmend eine  
126 ausgewogene Work-Life-Balance.

127 Wir sind deshalb überzeugt, dass es weitere Konzepte neben dem der autarken Einzelpraxis, als  
128 ambulante, ärztliche Versorgung braucht. Wir werden gegenüber der ärztlichen Selbstverwaltung  
129 weiter dafür werben, dass die Möglichkeiten für Praxisvertretungen, geteilte Zulassungen und  
130 Beschäftigung ärztlicher MitarbeiterInnen zunehmend erleichtert werden. Nur so sind  
131 Teilzeitarbeit, flexiblere Arbeits- oder Auszeiten im dicht frequentierten Versorgungswesen der  
132 niedergelassenen Arztpraxen überhaupt möglich.

133 Auch Modelle jenseits von Belegbetten-Lösungen, in denen ÄrztInnen sowohl Teile der Arbeit  
134 im Krankenhaus als auch in peripheren Praxen jenseits des unmittelbaren  
135 Krankenhausversorgungsbereichs leisten, werden benötigt. Dies dient nicht nur der  
136 Überwindung der Sektorengrenzen, sondern beendet die Einseitigkeit der beruflichen Laufbahn  
137 der betroffenen Beschäftigten zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung.

138 Im Bereich der HausärztInnen, sowie der Kinder- und JugendärztInnen können wir langfristig  
139 eine wohnortnahe und individuelle Versorgung nur erreichen, wenn wir die  
140 Niederlassungsbedingungen auf dem Land und in städtischen Problemgebieten erheblich  
141 verbessern. Auch hier wollen wir zusammen mit der Selbstverwaltung neue Strukturen  
142 entwickeln, die sowohl den Versorgungsbedürfnissen der betroffenen PatientInnen, als auch den  
143 angehenden ÄrztInnengerecht werden.

144 *... das Arbeitsumfeld der psychischen Gesundheitsversorgung verbessern:*

145 Der Erhalt oder die Wiedererlangung seelischer Gesundheit ist für das Wohlergehen zentral. In  
146 Kontrast hierzu ist in den letzten Jahren eine Unterversorgung im Bereich der psychischen  
147 Gesundheitsversorgung festzustellen, die in vielen Kommunen mit medizinisch kaum noch zu  
148 vertretenden Wartezeiten einhergeht. Hierdurch können psychische Erkrankungen häufig nicht  
149 früh genug aufgefangen werden, es kommt bei den PatientInnen zu vermeidbarem hohem  
150 Leidensdruck und einer Verschlechterung der Prognose.

151 Insbesondere in der stationären Akutversorgung und vor dem Hintergrund der UN-  
152 Behindertenrechtskonvention fehlt es an modernen Behandlungskonzepten, die auf einem

## **G1 Zukunft Arbeitsplatz Gesundheitswesen: Stärkung der Gesundheitsberufe für eine menschlichere Versorgung**

153 Vertrauen der Patientinnen und Patienten gründen und psychotherapeutische Behandlung sowie  
154 psychopharmakologische Interventionen in einem ganzheitlichen Verständnis kombinieren. Der  
155 Überbelegung akutenpsychiatrischer Stationen mit Überlastung der Behandlungsteams kann  
156 insbesondere durch eine sektorenübergreifende Versorgung und einer Ausweitung der  
157 Gemeindepsychiatrie, sowie Erweiterung der Anzahl der ambulanten KV-Psychotherapiesitze  
158 begegnet werden. Hierzu muss es dringend eine grundlegende und realistische Erhebung des  
159 psychotherapeutisch-psychiatrischen Bedarfs geben.

160 Wir wollen das Angebot an Studiengängen mit einem Schwerpunkt auf psychotherapeutischer  
161 Ausbildung ausbauen. Sinnvoll erscheinen auch Reformen in der Studienstruktur, um  
162 beispielsweise das Vorverlagern eines Teils der postgradualen Psychotherapieausbildung zu  
163 ermöglichen.

164 Für Postgraduierte verschiedener Fachrichtungen muss es gleichen Lohn für gleiche Arbeit  
165 geben. Die obligate Psychotherapieausbildung von Psychologinnen und Psychologen soll nicht  
166 mehr wie üblicher privat zu finanzieren ist und häufig zunächst eine Schuldenaufnahme  
167 erfordert, gehört geändert. Wir wollen zukünftig Modelle zur Verlagerung der Ausbildung in  
168 einen eher universitären Kontext prüfen und erproben. Diejenigen Betroffenen, die derzeit  
169 bereits in der klinischen Versorgung eingesetzt werden, beispielsweise Psychologinnen und  
170 Psychologen in Ausbildung (PiA), müssen angemessen und vergleichbar anderer Berufsgruppen  
171 vergütet werden.

172 *... dass der Rettungsdienst ein attraktives und sicheres Arbeitsfeld bleibt:*

173 Umfang und Qualität der Rettungsdienst- und Notfallversorgung stehen unmittelbar im  
174 Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in diesen Bereichen.  
175 Arbeitsverdichtung und Investitionsstau haben hier in den letzten Jahren zu einer erheblichen  
176 Verschiebung der Aufgaben zu Gunsten privater Anbieter, sowie zur Verschlechterung der  
177 Arbeitsverhältnisse bei den Angestellten der Wohlfahrtsverbände geführt. Hier wollen wir  
178 politisch gegensteuern, durch einen gesetzlichen Mindestlohn auf Bundesebene und klare  
179 Spielregeln bei der Beauftragung, die wir unter anderem im neuen Rettungsgesetz für NRW  
180 definieren werden. Auch die Ausbildung wollen wir im Rahmen der Einführung des neuen  
181 Notfallsanitäter-Abschlusses in NRW verbessern. Wir wollen, dass Lehrrettungswachen  
182 auskömmlich und gemäß entsprechender Standards ausgestattet werden und die Auszubildenden  
183 während ihrer Ausbildung eine gute Supervision und Anleitung erfahren.

184 Mit Sorge betrachten wir auch, dass die Beschäftigten im Rettungswesen neben der Verdichtung  
185 von Arbeit in hohem Maße psychisch belastenden Situationen ausgesetzt sind. Wir wollen  
186 landesweit die Etablierung von entsprechenden psychologischen Supervisionsstrukturen und  
187 einem professionellen Begleitungsangebot vorantreiben.

188 *...dass sich die Arbeitsbedingungen für Hebammen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten,  
189 Logopäden, MTAs und PTCAs, sowie weitere Fachgruppen verbessern:*

190 Oft kommen in den großen gesundheitspolitischen Debatten die Arbeitsbedingungen der  
191 Gesundheitsberufe jenseits von Pflege und ärztlichem Beruf nicht oder zu wenig vor. Wir wollen  
192 die Bedürfnisse der Beschäftigten in diesen Berufsgruppen stärker in unser politisches Handeln  
193 miteinbeziehen. Neben einer angemessenen und fairen Bezahlung, wollen wir insbesondere die  
194 in Teilen übliche Praxis der durch die Auszubildenden privat zu finanzierenden

## **G1 Zukunft Arbeitsplatz Gesundheitswesen: Stärkung der Gesundheitsberufe für eine menschlichere Versorgung**

195 Ausbildungskosten langfristig zugunsten einer Umlagefinanzierung der Ausbildungskosten  
196 weiterentwickeln.

197 Wir wollen mehr teamorientierte und multiprofessionelle Ansätze für alle Bereiche der  
198 Gesundheitsversorgung. Untersuchungen zeigen, dass Behandlungsfehler häufig aus  
199 unzureichender Zusammenarbeit resultieren. Daher wollen wir die Kompetenzen der nicht-  
200 ärztlichen Gesundheitsberufe erweitern und durch Delegation und Substitution ÄrztInnen  
201 entlasteten, sowie die Zusammenarbeit aller Berufe stärken. Eine Kompetenzerweiterung stärkt  
202 auch die Verhandlungsposition dieser Berufe und kann zu einer besseren und angemesseneren  
203 Bezahlung führen. Grundlage soll dabei auch eine veränderte Ausbildung sein, die vernetztes  
204 Denken fördert. Wir treten für eine praxisnahe Akademisierung von Teilen aller  
205 Gesundheitsberufe ein.

206 Wir wollen für alle Kinder einen guten Start ins Leben. Das gelingt nur mit einer qualitativ  
207 hochwertigen Versorgung durch Hebammen und Entbindungspfleger. Deshalb wollen wir die  
208 Bedeutung der Leistungen rund um Schwangerschaft, Mutterschaft und Prävention im  
209 Sozialgesetzbuch stärken, die Arbeit der Beschäftigten in diesem Bereich besser entlohnen,  
210 gemeinsam Lösungen für die zuletzt erheblich gestiegenen Haftpflichtprämien entwickeln und  
211 dem gesamten Berufsstand mehr Anerkennung verleihen.

212 ... *Geschlechtergerechtigkeit fördern:*

213 Wir treten seit Jahren für mehr Geschlechtergerechtigkeit in allen Branchen und Berufsfeldern  
214 ein. Gerade im Gesundheitswesen gibt es hier Nachholbedarf. Wir wollen das starke  
215 Geschlechterungleichgewicht zwischen einzelnen Gesundheitsberufen weiter aufbrechen und  
216 fordern gleichen Lohn für gleiche Arbeit. Zudem braucht es dringend mehr weibliche  
217 Führungskräfte, insbesondere ChefärztInnen und KlinikdirektorInnen. Geschlechtsspezifische  
218 Hürden beim Zugriff auf Halbtags- oder Jobsharing-Modelle müssen abgebaut werden.

### **219 Finanzierung und Veränderung**

220 Nicht alle, aber doch eine Mehrheit der oben genannten Vorhaben kosten Geld. Uns ist bewusst,  
221 dass angesichts der angespannten Haushaltslage auf allen politischen Ebenen nicht jedes der  
222 vorangegangenen genannten Ziele unmittelbar und vollständig umgesetzt werden kann. Dennoch  
223 sind wir überzeugt, dass eine erfolgreiche Gestaltung unserer Gesellschaft nur gelingen kann,  
224 wenn wir die Gesundheit der Menschen und mittelbar auch die Arbeit der Menschen in der  
225 Gesundheitsversorgung fester als bisher im Blick haben.

226 Dort wo entsprechende Mehrausgaben aus den öffentlichen Haushalten erforderlich sind, wollen  
227 wir unter anderem auf Bundesebene Ressourcen, die durch unsere Reform der Bürger- und  
228 Pflegeversicherung frei werden, auch zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen im  
229 Gesundheitswesen einsetzen.

230 Die schwierige finanzielle Situation in den Kliniken, insbesondere bedingt durch unzureichende  
231 Regelungen bei der Refinanzierung der Betriebskosten, geht vor allem zu Lasten der  
232 Beschäftigten, wir wollen deshalb eine Wende in der Krankenhauspolitik, die für eine  
233 angemessene und auskömmliche Finanzierung von Betriebs- und Investitionskosten sorgt.

## **G1 Zukunft Arbeitsplatz Gesundheitswesen: Stärkung der Gesundheitsberufe für eine menschlichere Versorgung**

234 Da wo notwendige Veränderungen nicht unmittelbar dem gesetzgeberischen Einfluss  
235 unterliegen, wollen wir im Dialog mit den entsprechenden Akteurinnen und Akteuren oder  
236 Institutionen darauf hinwirken, dass die erforderlichen Schritte angegangen werden.

237 Insgesamt begreifen wir Investitionen in Gesundheit nicht als volkswirtschaftlichen  
238 Negativposten – sondern im Gegenteil als Kernvoraussetzung für ein soziales, nachhaltiges und  
239 prosperierendes Miteinander. Schlussendlich sind diese Ausgaben immer Investitionen in die  
240 Menschen selbst und somit Reinvestition in die Funktionsfähigkeit und Stabilität unserer  
241 Gesellschaft. Jenseits dieser mikro- und makroökonomischen Betrachtung, sind wir überzeugt,  
242 dass das Recht auf Gesundheit nicht zuletzt auf Grund seiner ethischen und grundrechtlichen  
243 Dimension immer auch eines der zentralen politischen Ziele erfolgreichen politischen Handelns  
244 sein muss.