



ANTRÄGE
*ZUR ORDENTLICHEN
BUNDESKONFERENZ DER
ARBEITSGEMEINSCHAFT DER
SOZIALDEMOKRATINNEN UND
SOZIALDEMOKRATEN IM
GESUNDHEITSWESEN (ASG)*

*VOM 10. BIS 11. MÄRZ 2017
IN GELSENKIRCHEN*

Bundeskonzferenz 10./11. März 2017, Gelsenkirchen	Alle Anträge	Datum: 15.02.17
---	---------------------	--------------------

	Antragsbereich	Antragsteller	Überschrift	Seite
L1	Leitanträge	ASG Bundesvorstand	Gleicher Zugang zu Gesundheit und Pflege - Solidarität stärken, Qualität erfahrbar machen, Fachkräfte sichern	1
L2	Leitanträge	ASG Bundesvorstand	Gesundheit trotz Armut – Soziale Realität verändern	16
L3	Leitanträge	ASG Bundesvorstand	Reform der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen	31
A1	Arbeit	ASG Hessen-Süd	Masterplan Medizinstudium 2020: Gute Ärzt*innen braucht das Land!	34
A2	Arbeit	ASG Hessen-Süd	Psychotherapeutengesetz – Reform der Psychotherapieausbildung	40
A3	Arbeit	ASG Hessen-Süd	Pflege wertschätzen und Pflegeberufe attraktiver gestalten	41
A4	Arbeit	ASG Berlin	Der ruinöse und krankmachende Wettbewerb zu Lasten der Pflegerinnen und Pfleger im Krankenhaus muss beendet werden!	42
A5	Arbeit	ASG Hessen-Süd	Die Zukunft von Hebammen sicherstellen!	43
A6	Arbeit	ASG Hannover	Personalschlüssel in Kliniken	45
A7	Arbeit	ASG Hannover	Steigende Zahl von Schwerbehinderten	46
A8	Arbeit	ASG Hannover	Kostenfreiheit der Ausbildung in den therapeutischen Berufen	47
A9	Arbeit	ASG Baden-Württemberg	Beschäftigung in der sog. 24 Stunden-Pflege im häuslichen Bereich	47
A10	Arbeit	ASG Saar	Befundung muss Vergütet werden	52
A11	Arbeit	ASG Saar	Akademisierung von Logopäden	53
A12	Arbeit	ASG Saar	Akademisierung des Hebammenwesens	55
A13	Arbeit	ASG Bayern	Novellierung des HeilprG (Heilpraktiker*innengesetz)	57
A14	Arbeit	ASG Bremen	Verabschiedung des Pflegereformgesetzes und der Einführung der Generalistik im Bundestag	62

D1	Digitales	ASG Berlin	Einführung der digitalen Patientenakte und Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen	64
D2	Digitales	ASG Berlin	Patientenzentrierte Vernetzung und Zusammenarbeit der Sektoren in eHealth-Strategie konsequent weiterentwickeln	67
D3	Digitales	ASG Hessen-Süd	Datenschutz bei Medizinprodukten	70
S1	Solidarität	ASG Nordrhein-Westfalen	Überprüfung des Morbi-RSA dringend erforderlich	71
S2	Solidarität	ASG Hessen-Süd	Privatisierungen im Gesundheitswesen stoppen!	76
S3	Solidarität	ASG Hannover	Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung GKV	77
S4	Solidarität	ASG Baden-Württemberg	Patientenentschädigungs- und Härtefallfonds als sinnvolle Ergänzung der bestehenden Regelungen zur Unterstützung von Patientinnen und Patienten in Schadensfällen	78
S5	Solidarität	ASG Baden-Württemberg	Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der gesetzlichen Pflegeversicherung (PflV) zur Bürgerversicherung und Rückkehr zur paritätischen Beitragssatzfinanzierung	81
S6	Solidarität	ASG Saar	Finanzierung	84
V1	Versorgung	ASG Berlin	Stationäre Versorgung an den Bedürfnissen der Patient*innen ausrichten	85
V2	Versorgung	ASG Hessen-Süd	Öffentlich betriebene MVZs ermöglichen	86
V3	Versorgung	ASG Berlin	Einheitliche Standards für Terminservicestellen bundesweit durchsetzen	87
V4	Versorgung	ASG Berlin	Quartalsbezug in der ambulanten Vergütung abschaffen!	89
V5	Versorgung	ASG Berlin	Regionale Psychriatriebudgets unterstützen, psychiatrische Versorgung weiterentwickeln	90
V6	Versorgung	ASG Hessen-Süd	Bewertung ambulanter psychotherapeutischer Leistungen durch den Bewertungsausschuss	91

V7	Versorgung	ASG Berlin	Pflegende Angehörige entlasten: Rechtsanspruch auf adäquate Tageszeitenbetreuung einführen!	93
V8	Versorgung	ASG Nordrhein- Westfalen	Umsetzung Präventionsgesetz	94
V9	Versorgung	ASG Thüringen	Strategie Gesundheit 2.0	95
V10	Versorgung	ASG Hannover	Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst statt Notaufnahme	96
V11	Versorgung	ASG Hannover	Ärztmangel (Abmeldung von Kliniken von der Notfallversorgung)	96
V12	Versorgung	ASG Hannover	Verlängerung des Elterngeldes bei Geburten von Frühgeborenen (Frühchen)	97
V13	Versorgung	ASG Hannover	Apotheken	98
V14	Versorgung	ASG Baden- Württemberg	Stärkung der medizinischen Primärversorgung	99
V15	Versorgung	ASG Baden- Württemberg	Zur notwendigen Maßnahmenverbesserung der Mund- und Zahnhygiene geriatrischer Patienten	102
V16	Versorgung	ASG Bayern	Aufbau einer medizinischen Heimbetreuung („Heimärzte“)	104
V17	Versorgung	ASG Hannover	Reformierung des Berufskrankheitenrechts im SGB VII (Sozialgesetzbuch VII / Gesetzliche Unfallversicherung)	107
So1	Sonstiges	ASG Baden- Württemberg	Reform des Arzneimittelneuordnungsgesetzes (AMNOG)	114
So2	Sonstiges	ASG Hessen-Süd	Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften - Bereich „gruppennützige“ Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen –	116
So3	Sonstiges	ASG Bayern	Chemikalien in Lebensmittel Plastikverpackungen gefährden nachweislich Umwelt und Gesundheit	118
So4	Sonstiges	ASG Bayern	Reduzierung der Mehrwertsteuer bei Arzneimittel auf 7%	120
So5	Sonstiges	ASG Bayern	Schaffung einer Ombudsstelle im Gesundheitswesen	120

Anzahl der Anträge: 48

Anträge für die Bundeskonferenz der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokra- tinnen und Sozialdemokraten im Gesund- heitswesen

Antragsbereiche	Seiten
Leitanträge	1 - 34
Arbeit	34 - 63
Digitales	64 - 71
Solidarität	71 - 84
Versorgung	85 - 113
Sonstiges	114 - 121

Die Antragskommission tagte am 11. Februar 2017 unter Leitung von Klaus Stahl im Willy-Brandt-Haus in Berlin zu den fristgerecht eingegangenen Anträgen für die ASG Bundeskonferenz 2017 in Gelsenkirchen. Die Antragskommission legt hiermit ihre Voten vor.

Mitglieder der Antragskommission

Bundesvorstand: Klaus Stahl
Boris Velter

Von den Bezirken / Landesverbänden benannte Mitglieder:

LV Hannover	Wilhelm Drabke
LV Saar	Gabriele Biehl-Reinshagen
LV Schleswig-Holstein	Andreas Hering
LV Bayern	Franziska Madlo-Thiess
LV Hessen-Süd	Manfred Burkart
LV Thüringen	Birgit Green
LV Sachsen	Marlies Volkmer
LV Nordrhein-Westfalen	Matthias Albrecht
LV Baden-Württemberg	Sabine Seifert

Leitanträge

Antragsbereich I/ **Antrag 1**

EmpfängerIn(nen):

SPD-Bundestagsfraktion

SPD-Parteivorstand

Gleicher Zugang zu Gesundheit und Pflege - Solidarität stärken, Qualität erfahrbar machen, Fachkräfte sichern

Gleicher Zugang zu Gesundheit und Pflege - Solidarität stärken, Qualität erfahrbar machen, Fachkräfte sichern

- 5 Gesundheits- und Pflegepolitik haben (Annahme) nach dem Stillstand unter Schwarz/Gelb in der aktuellen Regierungspolitik wieder einen höheren Stellenwert erhalten.
- 10 Allerdings darf nicht übersehen werden, dass mit den Koalitionspartnern CDU und CSU notwendige Reformen nur halbherzig umgesetzt werden konnten. Gegen massive Widerstände aus der Union konnte erreicht werden, dass
- 15 • mit dem Versorgungsstärkungsgesetz Grundlagen für eine gut erreichbare medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten auf hohem Niveau in die Wege geleitet wurde,
- 20 • mit dem Krankenhausstrukturgesetz die Versorgungsqualität künftig einen höheren Stellenwert, auch in der Krankenhausplanung, erhält und mehr Geld für gute Krankenhausbehandlung zur Verfügung gestellt wird,
- 25 • die Psychiatriereform noch einmal grundlegend verändert wurde und die Personalausstattung verbindliche Vorgabe bleibt,
- 30 • mit drei Pflegestärkungsgesetzen die Pflegeleistungen verbessert wurden, ab 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff gilt und Kommunen neue Aufgaben erhalten und

35

40 • das Bundesgesundheitsministerium Arbeitsgruppen zur Verbesserung der Personalausstattung sowohl in der Kranken-, als auch der Altenpflege eingerichtet hat.

Zudem wurden

45 • nach mehreren Anläufen ein Präventionsgesetz beschlossen und

50 • ein Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) eingerichtet, das der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit der wissenschaftlichen Aufarbeitung wesentlicher Fragen zu Qualität und Transparenz der Versorgung beauftragt.

55 Dies alles waren wichtige Reformschritte. Sie sind aber nicht ausreichend. Über die Kompromisse hinaus, die mit der Union eingegangen wurden, müssen die Ziele sozialdemokratischer Gesundheitspolitik offensiv vertreten werden.
60

65 Die ASG fordert die Sozialdemokratische Partei Deutschlands und die SPD Bundestagsfraktion daher auf, die begonnenen Reformen vollständig umzusetzen, damit alle Menschen in Deutschland einen gleichen Zugang zu Gesundheits- und Pflegedienstleistungen in hoher Qualität haben. Notwendig ist eine solidarische Finanzierung von Gesundheit und Pflege.
70 Dazu gilt es, die Solidarität in der gesamten Gesellschaft zu stärken, Versorgungsqualität für alle erfahrbar zu machen, langfristig Fachkräfte zu sichern und Gesundheitsberufen gute Ausbildung und gute Arbeit zu ermöglichen.
75

Solidarität stärken, paritätische Bürgerversicherung einführen

80 Die Gesundheitskosten müssen solidarisch aufgebracht werden, damit alle Menschen in gleichem Maße am medizinischen Fortschritt teilhaben und sich

85 auf eine gute medizinische Versorgung
verlassen können, die allein vom jeweili-
gen Bedarf bestimmt wird. Deshalb sol-
90 len alle in der Bürgerversicherung für
Gesundheit und Pflege versichert wer-
den. Arbeitgeber und Versicherte zahlen
den Beitrag paritätisch.

95 Eine Mehrklassenmedizin ist für eine
demokratische Gesellschaft ebenso we-
nig hinnehmbar wie die fortschreitenden
sozial bedingten Ungleichheiten im
Gesundheitszustand der Bevölkerung.
Sie können nur mit der solidarischen
100 Bürgerversicherung überwunden wer-
den.

Der rasche Anstieg der Zusatzbeiträge
der gesetzlich Versicherten, die massiv
steigenden Beiträge in der privaten
105 Krankenversicherung und die wachsen-
den Beitragsschulden, vor allem von
Selbständigen mit niedrigen Einkünften,
in der privaten und in der gesetzlichen
Krankenversicherung, zeigen, dass eine
110 Bürgerversicherung unumgänglich ist
und rasch umgesetzt werden muss. Das
grundlegende Prinzip dabei ist:

115 Jede und jeder erhält im Krankheitsfall
die benötigten Leistungen bei
Ärzt_innen und Therapeut_innen, in der
häuslichen Krankenpflege und in Kran-
kenhäusern. Alle bezahlen in einer Kran-
kenversicherung ihrer Wahl, einen Bei-
120 trag in Höhe ihrer finanziellen Leistungs-
fähigkeit. Die Mitglieder der Krankenver-
sicherung und Arbeitgeber teilen sich
den Beitrag je zur Hälfte.

125 a) Der Weg zur Bürgerversicherung

Alle Bürgerinnen und Bürger sollen am
Ende in einer Bürgerversicherung ihrer
Wahl versichert sein. Damit entfällt die
130 Versicherungspflichtgrenze. Merkmale
einer Bürgerversicherung sind: alle Ein-
kommensarten tragen gleichermaßen
zur guten Versorgung bei, die Beiträge

135 sind prozentual einkommensabhängig,
es gelten die Familienmitversicherung
sowie das Sachleistungsprinzip. Die Bür-
gerversicherungen sind als selbstverwal-
tete, gemeinnützige Körperschaften des
öffentlichen Rechts organisiert.

140 Jeder neu oder erstmals Versicherte wird
automatisch Mitglied einer Bürgerversi-
cherung. Wer bisher in einer Privaten
Krankenversicherung versichert ist, der
145 oder die erhält für ein Jahr das Recht,
sich zu entscheiden, ob er oder sie in die-
ser verbleiben will oder in eine Bürger-
versicherung wechselt.

150 Bemessungsgrundlage sind alle Einkünfte.
Die bisherige alleinige Finanzierung
aus Arbeitseinkommen führt zu hohen
Beiträgen der Arbeitnehmer_innen und
privilegiert Vermögenseinkünfte in
155 unannehmbarer Weise. Vermögensein-
künfte oberhalb einer Bagatellgrenze
sind bei der Finanzierung unserer
Gesundheitsausgaben zu berücksichti-
gen.

160 Mit der Umgestaltung unseres Kranken-
versicherungssystems muss jetzt ohne
weitere Verzögerungen begonnen wer-
den. Jeder künftige Koalitionsvertrag mit
165 der SPD muss erste Schritte zur Umset-
zung einer Bürgerversicherung enthal-
ten, um unser solidarisches Krankenver-
sicherungssystem zukunftsfest zu ma-
chen. Sie müssen pragmatisch und pra-
xistauglich sein. Dies sind:

• Bei Einkommen aus Lohn oder Rente
zahlen Arbeitgeber, bzw. Rentenversi-
175 cherung den Krankenversicherungsbei-
trag jeweils zur Hälfte. Die paritätische
Finanzierung der Krankenversicherung
nimmt die Arbeitgeber in Verantwortung
für die Gesundheit ihrer Beschäftigten.
Sie tragen gemeinsam mit den Versicher-
180 ten in der Selbstverwaltung der Kran-
kenversicherung dafür Sorge, dass Prä-
vention und Versorgung im Krankheits-

fall gewährleistet sind.

- 185 • Bis zur vollständigen Einführung der
Bürgerversicherung sind Bund und Län-
der aufgefordert, sofort in einem ersten
Schritt, durch Änderung des Beamten-
rechts ihren Beamt_innen auch die Mit-
gliedschaft in einer gesetzlichen Kran-
kenversicherung zu den gleichen Bedin-
190 gungen wie alle anderen Arbeitnehmer
zu ermöglichen, wenn sie das wünschen.
- 195 • Mit der Aufhebung der Versicherungs-
pflichtgrenze wird die Beitragsbemes-
sungsgrenze in der gesetzlichen Kran-
kenversicherung schrittweise dem Ni-
veau der Rentenversicherung angepasst.
- 200 Es ist ungerecht, dass Facharbeiterlöhne
bis zu 4.350 Euro monatlich vollständig
verbeitragt werden, darüber hinausge-
hende Einkünfte jedoch nicht. Die Mehr-
einnahmen sollen für Leistungsverbesse-
205 rungen, z.B. in der Pflege und Therapie,
bessere Beratung oder die Wiederauf-
nahme von Sehhilfen, Hörgeräten oder
Zahnersatz als Sachleistung der GKV
eingesetzt werden. Ebenso kann in Ver-
210 bindung mit der paritätischen Finanzie-
rung der Beitragssatz für die Versiche-
ten gesenkt werden.
- 215 • Die Gesetzliche Krankenversicherung
muss für die Wahrnehmung gesamtge-
sellschaftlicher Aufgaben angemessen
entschädigt und von Leistungen ohne
Krankheitsbezug entlastet werden. In
diesem Zusammenhang fordert die ASG
220 eine deutliche Erhöhung des pauschalier-
ten Beitrages für Versicherte, die Grund-
sicherung beziehen. Zu den Leistungen
ohne Krankheitsbezug gehört insbeson-
dere die Finanzierung der Sach- und Per-
225 sonalkosten der Schulen für Berufe des
Gesundheitswesens.
- 230 • Die Pflegeversicherung folgt der Kran-
kenversicherung in die Bürgerversiche-
rung. Die identischen Leistungen in der
privaten und in der gesetzlichen Pflege-

235 versicherung legen auch ein einheitliches
Versicherungssystem nahe. Zudem wird
die Grundlage geschaffen Pflegeleistun-
gen nachhaltig zu finanzieren.

b) Staatsaufgaben steuerfinanzieren

240 Investitionen in die Sicherstellung der
medizinischen Versorgung haben positi-
ve Wirkungen auf den gesellschaftlichen
Zusammenhalt. Deshalb müssen ges-
amtgesellschaftliche Aufgaben, über
245 Steuern aus allen Einkunftsarten finan-
ziert werden. Bisläng werden Aufgaben,
wie Innovationsfonds für neue Versor-
gungsformen oder Strukturfonds für die
Krankenhäuser sowie gesetzlich vorge-
gebene Präventionsleistungen nur von
250 den gesetzlich Versicherten finanziert.
Sie kommen aber allen Bürgerinnen und
Bürgern zugute. Sie gehören zur allge-
meinen Daseinsvorsorge, die eine grund-
gesetzliche Aufgabe der Länder ist.

255

**Versorgungsqualität für alle erfahrbar
machen**

260 Trotz steigender finanzieller Beteiligung
der Versicherten an den GKV-Ausgaben
sind die Qualität und der Umfang der
GKV-Leistungen in den letzten Jahren
nicht im selben Maße gestiegen. Einige
265 Leistungen wurden sogar vollständig
gestrichen oder es werden nur noch be-
grenzte Zuschüsse gewährt. Die Schere
zwischen Beitragshöhe und Gesund-
heitsleistungen muss wieder geschlos-
270 sen werden, damit das Vertrauen der
Bürger/-innen in die GKV gestärkt wird.
Die Leistungen der Krankenversicherung
müssen sich konsequent am Bedarf der
Patientinnen und Patienten orientieren.

275

**a) Zugang zu Arzt und Facharzt – keine
Versorgungsunterschiede aufgrund Ein-
kommen und Status**

280 Mit der vollständigen Einführung der

285 Bürgerversicherung entfallen auch die
unterschiedlichen Vergütungsordnungen
von GKV und PKV, vor allem bei ambu-
lanten ärztlichen Leistungen. Sie werden
in eine einheitliche Vergütungsordnung
überführt. Unterschiedliche Vergütun-
gen, die allein durch den Versicherungs-
status bedingt sind, tragen zu uner-
wünschten Versorgungsunterschieden
290 bei. Ein Gesundheitswesen für alle Bür-
gerinnen und Bürger braucht den glei-
chen Zugang zu allen Gesundheitsdienst-
leistungen.

295 **b) Integrierte Strukturen schaffen**

Die Bedarfsplanung der medizinischen
Versorgung ist sektorenübergreifend zu
gestalten. Die Umsetzung liegt in der
300 Letztverantwortung der Länder. Dazu
legen die Länder Rahmenpläne vor, die
sich konsequent an den Bedürfnissen der
Patientinnen und Patienten orientieren.
Verträge zwischen Krankenkassen und
305 Leistungserbringern müssen die Vorga-
ben dieser Bedarfsplanung zwingend
berücksichtigen.

c) Krankenhaus

310 Jeder Bürger soll Zugang zu einer guten
und sicheren Krankenhausversorgung
haben. Zur Sicherung einer hochwertigen
und bedarfsgerechten Krankenhausver-
315 sorgung müssen über das Krankenhaus-
strukturgesetz hinaus, weitere Verbesse-
rungen erfolgen. Patientinnen und Pa-
tienten brauchen klare und rechtsver-
bindliche Standards in allen qualitätsre-
levanten Bereichen. Dazu gehören:

• Verbindliche Standards für die Anforde-
rungen an die Krankenhausplanung.
Grundsätzlich soll die Versorgung nach
325 sachlichen Kriterien für eine gute flä-
chendeckende Versorgung gestaltet
werden. Die integrierte Qualitäts- und
Bedarfsplanung der Länder muss mit
einer ausreichenden Finanzierung insbe-

- 330 sondere für die Krankenhausinvestitionen hinterlegt sein. Eine versorgungsorientierte Planung hat Vorrang vor ökonomischer Steuerungsstrategie. Entsprechend sind – so lange das Konzept Fallpauschale aufrechterhalten wird – aus der Strukturplanung entstehende Mehraufwendungen vollständig durch Landesmittel zu kompensieren.
- 335
- 340 • Die Möglichkeit öffentlicher Krankenhäuser, durch regionalen Zusammenschluss ihr Leistungsspektrum zu optimieren - der öffentliche Versorgungsauftrag muss über dem Wettbewerbsrecht stehen.
- 345
- Krankenhäuser sollen grundsätzlich nicht als gewinnorientierte Unternehmen nach primär wirtschaftlichen Interessen geführt werden.
- 350
- Entwicklung von Krankenhäusern zu integrierten regionalen Gesundheitszentren mit ambulanter fachärztlicher Versorgung, medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Dienstleistungen.
- 355
- Vorgaben zur personellen und technischen Ausstattung müssen eine gute und sichere Krankenhausversorgung für Patienten und Personal gewährleisten. Deshalb wollen wir neben den bestehenden hohen technischen Standards (GeräteVO, Hygieneregeln etc.) endlich auch entsprechende gesetzliche personelle Mindeststandards in Krankenhäusern. Diese sind ebenso wie tarifliche Vergütungen vollständig zu finanzieren.
- 360
- 365
- 370
- d) Pflege – neue Leistungen müssen allen zugutekommen**
- 375 Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff – fünf Pflegegrade - ersetzt ab Januar 2017 die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit nach Minuten. Die vorhandenen

380 Fähigkeiten des Menschen werden in diesem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff besser abgebildet. Somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige sollen in Zukunft die erforderlichen Leistungen erhalten.

385 Damit die Verbesserungen bei Pflegebedürftigen und Pflegenden ankommen, müssen die Finanzierungsgrundlagen ausreichen, um die erforderlichen
390 Fachkräfte zu beschäftigen und die steigenden Zuzahlungen der Versicherten zurückzuführen. Es ist erforderlich, dass die Leistungen im Rahmen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs allen
395 Pflegebedürftigen unabhängig vom jeweiligen Einkommen zur Verfügung stehen. Pflegebedürftige und deren Angehörige müssen in der Lage sein, die neuen Betreuungsleistungen in Anspruch zu
400 nehmen. Dies gilt vor allem auch für die Versorgung zu Hause.

Deshalb setzt sich die ASG für eine Weiterentwicklung der Pflegeanteilkostenversicherung zu einer solidarischen Pflegevollversicherung ein. Durch eine Pflegevollversicherung wird gewährleistet, dass, wie im System der Krankenversicherung, alle im Pflegeversicherungsge
405 setz (SGB XI) aufgeführten Leistungen, unabhängig vom Einkommen, allen Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen (Sachleistungsprinzip). In Kombination mit der Bürgerversicherung können die
410 dafür erforderlichen Einnahmen gesichert werden. Geldleistungen müssen jährlich dynamisiert werden.

420

Fachkräfte und gute Arbeit

425 Für eine qualitativ hochwertige Versorgung mit Dienstleistungen in Gesundheit und Pflege werden unabhängig von medizinischem Fortschritt mehr Fachkräfte, vor allem in der pflegerischen Versor-

430 gung, benötigt. Die Gewinnung zusätzlicher Fachkräfte ist eine vorrangige Aufgabe. Ausbildungs-, Arbeits- und Einkommensbedingungen sind die Schlüssel zur Sicherung des Personalbedarfs.

435 a) Ausbildung

435 Die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen bedarf insbesondere im Hinblick auf ihre bisherige Sonderrolle im beruflichen Bildungssystem einer grundlegenden Neuorientierung. Die Ausbildungen müssen konsequent und unter Anwendung des Berufsbildungssystems von den bisherigen Schulen in das öffentliche Schulsystem verlagert werden.

445 Im Prozess der Akademisierung ist vor allem bei den therapeutischen Gesundheitsfachberufen die grundständige Verlagerung der Ausbildung an die öffentlichen Hochschulen nach niederländischem Modell das Mittel der Wahl um die Finanzierung der Ausbildung neu zu regeln.

455 Die Reform der Pflegeausbildung sollte hinsichtlich des Status und der Finanzierung der Schulen sowie bezüglich der Inhalte und Ziele der Ausbildung neu diskutiert werden. Dazu gehört auch die Überlegung, ein Mit- und Nebeneinander einer beruflichen Erstausbildung im Dualen Berufsbildungssystem und einer grundständig akademischen Pflegeausbildung anzustreben.

465 Die Organisation der Ausbildung zukünftiger Ärztinnen und Ärzte fördert auch heute noch ein technisches Verständnis von Medizin. Erforderlich ist aber – gerade angesichts der wenig tauglichen Auswahlmechanismen zum Studium – eine Stärkung humanistischer Kompetenzen, von Empathiefähigkeit und die Ausbildung zu einer Medizin des ganzen Menschen. Tatsächlich aber werden Re-

470

475

formen der letzten Jahre – wie zum Bei-

480 spiel die Gruppengröße und
Lehrrelation der Klinik – nur sehr
schleppend umgesetzt. Erforderlich sind
daher:

485 • Die konsequente Einhaltung und Über-
prüfung der in der Approbationsordnung
vorgegebenen Standards für die Qualität
der Lehre.

490 • Eine systematische Evaluation der zahl-
reichen, in den letzten Jahrzehnten etab-
lierten Modellstudiengänge und die kon-
sequente Umsetzung der Ergebnisse in
die Approbationsordnung.

495 • Regelmäßiger, supervidierter Patien-
tenkontakt durch die Einbindung der
Studierenden in Behandlungskonzepte
vom ersten Semester an.

500 Die Ausbildung zum Psychologischen
Psychotherapeuten ist seit dem Bologna-
Prozess mit der Einführung von Bachelor
und Master nicht mehr klar geregelt.
Durch die Gesetzeslücken klagen sich
derzeit Menschen mit Bachelorabschlüs-
sen und aus anderen Studienfächern in
505 die Approbation. Die Ausbildung zum
Psychotherapeuten muss neu geregelt
werden, um die Fachlichkeit der Psycho-
therapeuten in Kliniken und Praxen zu
gewährleisten. Durch die Ausbildungsin-
halte ist sicher zu stellen, dass mit
510 Psychotherapeutischen Arbeitsmetho-
den neben Bildungsbürgern auch Men-
schen mit geringer Bildung erreicht und
behandelt werden können.

515

b) Arbeitsbedingen und Einkommen

520 Für alle Arbeitnehmer_innen im
Gesundheitswesen müssen Arbeits- und
Einkommensbedingungen gewährleistet
sein, die eine Arbeit bis zur Rente auch in
Vollzeitarbeit ermöglichen. D.h.:

525 • Verlässliche Dienstpläne ohne vorher-
sehbare Überstunden. Arbeit und Freizeit

müssen planbar sein.

530 • Betriebliches Gesundheitsmanagement muss zur Pflicht für alle Gesundheitseinrichtungen werden.

535 • Tarifliche Vergütung muss gesetzliche Grundlage für alle Gesundheitsdienstleistungen werden.

• Ein Wechsel zwischen Teil- und Vollzeitarbeit muss ermöglicht werden. Zwangsteilzeit ist zu unterbinden.

540 • Eine konsequente Kontrolle der Einhaltung von Arbeitsschutzvorschriften und insbesondere des Arbeitszeitgesetzes durch technische Maßnahmen ist unverzichtbar.

545 **c) Personalbemessung**

550 Eine fachlich hochwertige Versorgung im Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen braucht die Vorgabe einer Personalausstattung und Fachkraftquote einschließlich deren Finanzierung.

555 Bis neue Instrumente zur Personalbemessung entwickelt sind, ist in den Krankenhäusern die veraltete Pflegepersonalbedarfsregelungen (PPR), die in der DRG-Kalkulation eingeflossen ist, anzuwenden. Dies ist gesetzlich zu normieren. Die Einhaltung der Personalvorgabe muss durch die Krankenhausaufsicht der Länder und im Rahmen der Budgetverhandlungen überwacht und bei Unterschreiten der Vorgabe sanktioniert werden. Die Kosten für Pflegeleistungen sind neben dem DRG-System zu berücksichtigen.

570 In den psychiatrischen Kliniken ist die noch bis Ende 2019 geltende Personalverordnung Psychiatrie (PsychPV) vollständig umzusetzen. Der G-BA hat den Auftrag erhalten, in seinen Richtlinien Mindestvorgaben für die Ausstattung der

575 stationären Einrichtungen mit dem für
die Behandlung erforderlichen Personal,
festzulegen, die möglichst evidenz-
basiert sein müssen und zu einer leitli-
niengerechten Behandlung beitragen.
580 Die Finanzierung der dafür erforderli-
chen Personalausstattung ist durch den
Gesetzgeber sicherzustellen.

585 Für die Pflegeeinrichtungen wurde ge-
setzlich bestimmt, dass ein wissen-
schaftlich fundiertes Verfahrens zur ein-
heitlichen Bemessung des Personalbe-
darfs nach qualitativen und quantitati-
ven Maßstäben bis zum 30. Juni 2020
590 entwickelt und erprobt werden soll.
Hierzu sind einheitliche Maßstäbe zu
ermitteln, die insbesondere Qualifikati-
onsanforderungen, quantitative Bedarfe
und die fachliche Angemessenheit der
595 Maßnahmen berücksichtigen. Für die
Zwischenzeit ist eine bundeseinheitliche
Personalbemessung auf Grundlage des
neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und
dessen Finanzierung sicherzustellen.
600 Grundlage für den bundeseinheitlichen
Pflegeschlüssel soll der aktuell höchste
Pflegeschlüssel aller Bundesländer sein,
um sicherzustellen, dass in keinem Bun-
desland eine Verschlechterung der Situa-
605 tion für Pflegende und Pflegebedürftige
entsteht. Dies ist vor dem Hintergrund
der Personalsituation in den Pflegeein-
richtungen, der damit verbundenen Be-
lastungen für die Pflegekräfte und der
610 daraus resultierenden Gefährdung der
Pflegequalität dringend erforderlich. Zur
Mitfinanzierung ist der mit dem Pflege-
stärkungsgesetz ab dem Jahr 2015 ein-
gerichtete Pflegevorsorgefonds in einen
615 Pflegepersonalfonds umzuwidmen.

Digitalisierung des Gesundheitswesens gestalten

620 Mit der Digitalisierung der Gesellschaft
erleben wir eine historische Zäsur, die
alle Lebensbereiche erfasst. Von der
Algorithmisierung des Sozialen bleibt

625 auch das Gesundheitswesen nicht frei. Während die Heilkunst und alle ihre Bereiche und Facetten von einem interpersonalen Selbstverständnis geprägt sind, bieten neue technische Möglichkeiten enormen Chancen einerseits und eine besondere Herausforderung für die Gestalt des Gesundheitswesens insgesamt. Neben der politischen Herausforderung, die neuen Möglichkeiten für alle Menschen zugänglich, nutzbar und nutzbringend zu machen steht die Frage, welche Rückwirkungen Technik auf gesellschaftlichen Bedingungen und unser soziales und gesellschaftliches Selbstverständnis hat.

630

635

640 Um die Möglichkeiten und Chancen der Digitalisierung zu nutzen und zugleich nachteilige Effekte zu vermeiden, sind daher erforderlich:

645

- Konsequenter Datenschutz und Datenautonomie. Datenautonomie bedeutet, dass die Entscheidungsfreiheit über Speicherung und Verwendung medizinischer oder medizinisch relevanter personalisierbarer Daten allein bei dem betroffenen Bürger oder der Bürgerin liegt. Das gilt auch für solche biomedizinischen Daten, die in großem Umfang ohne unmittelbare medizinische Funktion und freiwillig erhoben werden. Die Datenschutzvorschriften müssen die entsprechenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten von biomedizinischen Daten, z.B. von Gesundheits-Apps sicherstellen.

650

655

660

- Schneller Ausbau der technischen Infrastruktur insbesondere in ländlichen Räumen und ein rechtlicher Rahmen, der die neuen Möglichkeiten nutzbar macht sowie der Aufbau einer einheitlichen Telematik- Infrastruktur. Für die notwendige Vernetzung muss sichergestellt sein, dass die verwendeten Systeme integrierbar und interoperabel sind. Es ist

665

670

- 675 notwendig, sich auf einheitliche Standards für die heutigen und zukünftigen Anwendungen zu verständigen. Dabei muss Deutschland keine Standards erfinden, sondern kann internationale Standards, z.B. von Österreich, nutzen.
- 680 • Die sektorenübergreifende Interoperabilität der Gesundheits-IT zu beschleunigen, um insbesondere in den ländlichen Räumen eine qualitativ gute medizinische Versorgung zu gewährleisten.
- 685 • Die Möglichkeiten, für die bestmögliche Versorgung chronisch kranker Menschen im häuslichen Umfeld, die Hilfe von E-Health und Telematik stärker zu nutzen sowie die Einbindung von medizinischen Expertensystemen in den medizinischen Alltag umfassen zu verbessern. Zuwendung und Empathie können dadurch allerdings nicht ersetzt werden.
- 690
- 695 • Über den Nutzen für mehr Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung und Gesundheitsförderung zu informieren, z. B. durch die Speicherung des Medikationsplanes auf der e-Card. Es muss aber auch definiert werden, was mit IT konkret erreicht werden soll. Der individuellen Nutzen ist gegen evtl. Risiken abzuwägen. Das gilt auch für solche biomedizinische Daten, die in großem Umfang freiwillig erhoben werden.
- 700
- 705 • Technik hat Grenzen. Deshalb gehört dazu auch die umfassende Information der Betroffenen über Nutzungsmöglichkeiten und Grenzen des Nutzens. Patienten müssen real frei wählen können, welchen Grad an Medikalisierung ihres Alltags sie wünschen.
- 710
- 715 • Stärkung der Patientenautonomie durch die Förderung hochwertiger, qualitätsgesicherter, allgemein verständlicher und umfassender Angebote zur Laieninformation auch im Internet. Dazu gehört
- 720 chancengleicher Zugang und Haftung für

fehlerhafte, unvollständige oder irreführende Informationen.

725

Antragsbereich L/ Antrag 2

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bundesvorstand

Gesundheit trotz Armut – Soziale Realität verändern

Gesundheit trotz Armut – Soziale Realität verändern

- 5 Wer arm ist, wird häufiger krank und hat eine kürzere Lebenserwartung. Dieser Zusammenhang zwischen sozialem Status (Einkommen, Bildung, Wohnumfeld, Herkunft, Beschäftigung) und Gesundheit wird in der Gesundheitspolitik zu wenig berücksichtigt. Dabei hat Armut weitreichende Folgen. (Annahme)
- 10 Leben im sozialen Brennpunkt bedeutet höhere Krankheitsrisiken bei geringeren Ressourcen und schlechtem Zugang zu Hilfe. Menschen mit Einkommen im unteren Fünftel sterben in Deutschland im Durchschnitt mehr als acht Jahre früher als Menschen mit Einkommen im obersten Fünftel – in Schweden beträgt die Differenz nur zwei Jahre. Armut ist der wichtigste Grund und Risikofaktor für Krankheit, Leiden und vorzeitigen Tod.
- 15 Ärmere Menschen sind auch häufiger, früher und länger chronisch krank, haben mehr Herzinfarkte, Schlaganfälle und häufiger Diabetes. Zudem korreliert die Lebenserwartung durchgängig mit sozialem Status und Einkommen: Wer mehr hat, der lebt auch gesünder und damit länger. Zugleich sind die Strukturen und Akteure des Gesundheitswesens nicht auf die Bedarfe sozial benachteiligter Menschen ausgerichtet.
- 20
- 25
- 30

Hoher Dauerstress mit Konsequenzen

35

Die Ursachen sind vielfältig: Arbeitslosigkeit stresst, schlecht bezahlte Arbeit ist meist körperlich oder seelisch besonders beanspruchend, preiswertere

40

Wohngebiete sind verkehrsreicher und somit einer stärkeren Luft- und Lärmbelastung ausgesetzt oder schlechter durch öffentliche Verkehrsmittel angebunden, Schulen und Sportstätten sind oft weiter

45

entfernt. Arme Kinder fallen häufiger tödlichen Unfällen zum Opfer – die häufigste Todesursache im Kindesalter. Den höheren Belastungen stehen weniger Bewältigungsressourcen gegenüber. Je

50

höher das Einkommen, umso ausgeprägter ist die Überzeugung, selbst etwas für die Gesundheit tun zu können. Armut dagegen erzeugt Gefühle der Abhängigkeit und Unterlegenheit, der Resignation

55

und des Fatalismus.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die mit fast 50 Prozent häufigste Todesursache. Hier haben Menschen, die am Arbeitsplatz hohen Anforderungen bei

60

gleichzeitig geringer Eigenkontrolle ausgesetzt sind, die berufliche Gratifikationskrisen erleiden oder arbeitslos sind, die von Wechselschichtarbeit oder Lärm

65

durch laute Wohngebieten betroffen sind, durch Dauerstress ein höheres Infarktisiko. Diese Faktoren finden sich überproportional im Alltag ärmerer Menschen. Riskantes Bewältigungsverhalten wie Rauchen, Alkoholkonsum

70

oder „Stressfressen“ als Versuche der „Selbsttherapie“ erhöhen die Gefährdung weiter.

75

Armut ist körperliches und seelisches Risiko für Kinder

80

Armut macht körperlich und seelisch krank. Das betrifft besonders in sozialer Armut lebende Kinder. Sie leiden weit

85 häufiger an Infektionskrankheiten, Asthma bronchiale, Zahnkrankheiten, Kopf- und Rückenschmerzen, Nervosität und Magenschmerzen als ihre Altersgenoss*innen aus sozial höheren Schichten. Störungen der Sinnesorgane werden später erkannt und später, zum Beispiel durch eine Brille, ausgeglichen. Auch die

90 Säuglingssterblichkeit ist in armen Familien höher. Wer in Armut aufwächst, hat als Erwachsener eine schlechtere Gesundheit.

95 **Gesunde Ernährung ist in den gesetzlichen Leistungen zur Grundsicherung nicht ausreichend berücksichtigt.**

100 Sozial Benachteiligte essen häufig nicht nur unausgewogen, sie bewegen sich auch zu wenig, haben mehr psychosomatische Beschwerden, ein geringeres Selbstwertgefühl und sind häufiger von sozialer Ausgrenzung und unzureichenden Hilfen betroffen. So verschlechtert Armut auch bei Erwachsenen die

105 Gesundheit. Arbeitslosigkeit, insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit, und prekäre Beschäftigung machen häufig auch vorher gesunde Menschen dauerhaft krank. Arbeitslose haben eine um 20 bis

110 30 Prozent erhöhte Sterblichkeit. Ein erhöhtes Risiko besteht nicht nur für die erwähnten Herz-Kreislauf-Krankheiten, sondern auch für Krebs. Besonders gefährdet sind allein erziehende Frauen – sie sind zu 40 Prozent von Einkommens-

115 armut betroffen. Ihnen fehlen oft zeitliche und finanzielle Ressourcen für Gesundheitsvorsorge.

120

Armut verstellt den Weg zu ärztlicher Hilfe

125 Benachteiligte nehmen deutlich weniger Arztkontakte in Anspruch. Eigenbeteiligungen und Zuzahlungen verursachen soziale Benachteiligung: Wer weniger Geld hat, der verschlechtert seinen Zustand und geht trotz schwererer Krank-

130

heit später zum Arzt oder kommt erst über die Notaufnahme in das Versorgungssystem – wenn es oft zu spät ist.

- 135 Am offenkundigsten wird der eingeschränkte Zugang von ärmeren Menschen zum Gesundheitswesen anhand der regionalen Verteilung von Arzt- und Psychotherapiepraxen: Während in Vierteln mit hohem Privatpatientenanteil ein Überangebot zu verzeichnen ist, sind in sozialen Brennpunkten deutlich weniger zu finden. Dabei sind Krankenanteil, Schweregrad und notwendiger medizinischer Aufwand in benachteiligten Stadtteilen und Regionen ungleich höher. Hier hat die Selbstverwaltung kläglich versagt.

150 **Ungleichbehandlung von sozial Benachteiligten**

- 155 Das Verhalten der Akteure, insbesondere im ärztlichen Bereich, unterscheidet sich ebenfalls erheblich, wenn auch oft unbewusst: Benachteiligte bekommen deutlich weniger Kontaktzeit mit dem Arzt und weniger Informationen. Mittelschichtangehörige erhalten Erklärungen, Unterschichtangehörige Anweisungen. Selbst die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) orientiert sich vorwiegend an den Bedürfnissen der Mittelschicht. Zurückhaltende Verordnung durch vermeintlichen Budgetdruck trifft benachteiligte Menschen ebenfalls häufiger.
- 170 Dabei benötigen Benachteiligte einen höheren ärztlichen Aufwand: Je größer die soziale Distanz, desto größer sind Verständigungsschwierigkeiten – auch ohne Migrationshintergrund. Vorstellungen von Krankheit und Krankheitsursachen unterscheiden sich aufgrund unterschiedlicher Bildungsgrade erheblich. Werden diese Voraussetzungen nicht beachtet, werden ärztliche Empfehlun-

180 gen weniger verstanden– und werden so
auch weniger befolgt. Aufgrund von Ver-
ständigungsproblemen kommt es auch
häufig zu Fehl- oder verzögerten Diagno-
sen und unzureichender oder falscher
185 Therapie.

Besonders kritisch ist die psychothera-
peutische Versorgung der armen, bil-
dungsfernen Bevölkerung zu sehen. Pro-
190 bleme entstehen aus mehreren Grün-
den: Durch Verständigungsprobleme in
der Arztpraxis werden seelische Proble-
me seltener angesprochen, Psychothera-
pie wird psychisch belasteten Menschen
195 seltener empfohlen. Andererseits setzen
diese Patienten eine Psychotherapie-
empfehlung seltener um. Wird Therapie
in Anspruch genommen, ist die erste
Hürde die Therapeutensuche, die Anrufe
200 erfordert und durch den Prozess des Su-
chens viele der sowieso geschwächten
Patienten zusätzlich abschreckt.

Der Arbeitskontext ist in allen kassenzu-
205 gelassenen Therapieverfahren deutlich
sprachlastig und kognitiv orientiert, was
bei einer geringeren Sprachkompetenz
überfordert und entmutigt. Von ärmerer
und bildungsferner Klientel werden
210 deutlich mehr Therapien abgebrochen
oder nach wenigen Sitzungen beendet.
Das regelmäßige Einhalten von Sitzungs-
terminen stellt eine weitere Hürde dar:
In prekären Arbeitsverhältnissen sind
215 verlässliche Arbeitszeiten und die flexib-
le Gestaltung eines Arbeitszeitkontos
seltener möglich. Für Verhandlungen
darum sieht sich der Arbeitnehmer in
einer zu schwachen Position.

220

Gesundheit allen ermöglichen

Gesundheit ist ein Menschenrecht. Wer
die Chancen für eine gute Gesundheit
225 und längere Lebenserwartung für alle
verbessern will, der muss soziale Un-
gleichheit abbauen. Die Verbesserung
der Lebens- und Arbeitsbedingungen

230 durch Wirtschafts-, Sozial-, Beschäfti-
gungs-, Einkommens- und Steuerpolitik
sind dabei die wichtigsten Vorausset-
zungen. Die Verbesserung der Lebens-
235 verhältnisse muss ebenso konkret im
praktischen Alltag beginnen, um die so-
ziale Realität und Gesundheit der betrof-
fenen Menschenumgehend zu verbes-
sern. Gesundheitspolitik muss der un-
gleichen, schlechteren Versorgung von
240 Ärmern entgegenwirken. . Daran muss
sich eine sozial gerechte Gesundheitspo-
litik messen lassen.

Dafür sind folgende Handlungsschritte
notwendig:

245

a.) Prävention stärken

Wir brauchen ein Präventionsgesetz, das
eine an den Zielgruppen orientierte Vor-
250 beugung fördert. Der Erfolg von Präven-
tionsangeboten muss sich vor allem dar-
an messen, diejenigen zu erreichen, die
benachteiligt sind. In der Mittel- und
Oberschicht ist gesundheitsbewusstes
255 Verhalten und die Nutzung von präven-
tiven Angeboten weiter verbreitet. Auch
wenn deren weitere Förderung wün-
schenswert ist, muss der Fokus klar auf
sozial Benachteiligte gerichtet sein, hin-
260 sichtlich Angeboten, Ansprache und Ko-
stensenfreiheit. Neben den verhaltensprä-
ventiven Maßnahmen muss es primär
um die Veränderung von Lebensbedin-
gungen gehen.

265

Prävention und Gesundheitsförderung
müssen als gesamtgesellschaftliche
Querschnittsaufgabe verstanden wer-
den. Ein Präventionsgesetz 2.0 darf sich
270 nicht nur auf Gesundheitspolitik be-
schränken, sondern muss weitere Politik-
felder einbeziehen, etwa die Arbeits-
markt-, Jugend-, Familien-, Bildungs-,
Umwelt-Wirtschafts- und Verbraucher-
275 schutzpolitik. Es muss darüber hinaus
gewährleisten, dass sich für Prävention
und Gesundheitsförderung, neben den

280 gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen,
auch alle weiteren relevanten Institutio-
nen finanziell verantwortlich zeigen:
Sozialversicherungsträger (Gesetzliche
Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversi-
285 cherung), Private Krankenversicherung,
Bund, Länder und Kommunen. Die Ange-
bote müssen an der Lebenswelt ärmerer
Menschen ansetzen. Zudem müssen sie
einen echten Gesundheitsnutzen bieten,
statt durch Marketing und Risikoselekti-
on von Krankenkassen motiviert zu sein.
290 Sonst bleiben sie Lifestyle-Präven-
tionsmaßnahmen und helfen nur Bes-
serverdienenden.

295 Für eine Beurteilung des aktuellen Prä-
ventionsgesetzes ist ein kontinuierliches
Monitoring in Bezug auf die Wirkungen
zur Verbesserung der Gesundheitschän-
cen sozial Benachteiligter einzuführen
und die Regelungen entsprechend anzu-
300 passen.

Bei den Präventionsanstrengungen ist
auch der Zusammenhang von Gesund-
heit und Ernährung in den Fokus zu
305 nehmen. Ernährungsbedingte Leiden
sollen nach Schätzungen des Bundes-
gesundheitsministeriums ein Drittel aller
Kosten im Gesundheitswesen verursa-
chen. Die Frage wie durch Ernährung,
310 auch durch das individuelle Ernährungs-
verhalten die Gesundheit gefördert und
das Krankheitsgeschehen positiv beein-
flusst werden kann, muss in das öffentli-
che Interesse rücken.

315 Die Bildung über gesundes Essen und
dessen Zubereitung muss bei den Klein-
sten in Kitas und Schulen anfangen. Es
bedarf auch Präventionsstrategien wie
es gelingen kann, das Wissen über ge-
320 gesunde Ernährung auch in tatsächliches
Verhalten umzusetzen. Schulkantinen,
die eine gesunde und schmackhafte Ver-
pflegung gewährleisten, sollten selbst-
325 verständlich sein.

330 Durch zuckerhaltige Getränke und Le-
bensmittel werden immer mehr, insbe-
sondere sozial benachteiligte Menschen
übergewichtig. Ein erhöhtes Risiko an
Krebs und Diabetes zu erkranken, mit
den entsprechenden langfristigen Folgen
für das Gesundheitswesen. Hier muss in
335 Deutschland ein gesellschaftliches Um-
denken erfolgen.

Ein besonderes Problem sind Zuckerge-
tränke. Schon eine Dose am Tag erhöht
das Risiko für Adipositas und Typ-2- Dia-
betes. Eine so eindeutige Studienlage
gibt es für kein anderes Lebensmittel.
Eine Sonderabgabe auf besonders zucker-
haltige Getränke ist in zahlreichen
Ländern etabliert und auch, gegen den
345 Widerstand der Getränkeindustrie in
Deutschland einzuführen. Die Wirksam-
keit einer solchen Abgabe ist belegt. So
ging in Mexiko, Finnland oder auch
Frankreich der Zuckergetränkekonsum
um 40 Prozent zurück. In Ungarn änder-
ten 40 Prozent der Hersteller ihre Re-
zepturen.

355 Darüber hinaus bedarf es eines wirksa-
men Verbots der an Kinder gerichteten
Werbung für zuckerhaltige Getränke und
Lebensmittel, sowie einer verbraucher-
freundlichen Nährwertkennzeichnung(
Lebensmittelampel).

360 **b.) Medizinische Versorgung gerecht
gestalten**

365 Um eine angemessene Behandlung sozi-
al benachteiligter Menschen sicherzu-
stellen, müssen sich auch die behan-
delnden Heilberufe am Bedarf sozial be-
nachteiligter Menschen orientieren. Das
bedeutet eine wertschätzende, mögli-
370 cherweise aufwendigere Medizin und
Pflege unter Beteiligung von anderen
Sozialberufen, Strukturen der sozialen-
und Gemeinwesenarbeit und gegeben-
falls Dolmetschern.

375

380 Eine Reform der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Aus- und Fortbildung, die praxisnah auf den Kontext Armut und Gesundheit ausgerichtet ist, und die kritische Reflexion der (ungewollten) sozialen Ausgrenzung des Gesundheitswesens sind unumgängliche Voraussetzungen für eine gerechtere Versorgung. Dabei muss bereits bei der Auswahl von Studierenden auf soziale Kompetenzen und Orientierung geachtet werden. Die Ausbildung in sprechender Medizin im Rahmen von Studium und Facharztausbildung ist deutlich auszubauen. Im Bereich der Psychotherapie ist eine Diskussion um die Sprachlastigkeit der Therapien zu führen, es sind für alle zugelassenen Verfahren weniger sprachlich orientierte Verfahren und Techniken auszubauen.

400 Die höheren Anforderungen an Ärzte und Heilberufe bei der Versorgung Benachteiligter müssen sich auch bei der Bereitstellung von Ressourcen widerspiegeln. Honorare im sozialen Brennpunkt müssen höher sein. In sozialen Brennpunkten müssen Vergütungsanreize, z.B. Preiszuschläge, auf wesentliche Leistungen, zusätzliche Basisversorgungspauschalen oder eine Finanzierung sozialarbeiterischer Leistungen durch Sozialetats, gewährt werden.

410 Wir wollen ein Schwerpunktprogramm „Gesunde Städte“ analog dem Erfolgsmodell „Soziale Stadt“ für die Entwicklung von Modellprojekten, um eine optimierte Versorgung in sozial benachteiligten Quartieren zu entwickeln und zu überprüfen. Diese Modelle sollen in gemischten Teams insbesondere ärztliche, pflegerische, sozialpädagogische und interkulturelle Kompetenzen zusammenzuführen. Die derzeitige Trennung der Finanzierungsquellen nach den Sozialgesetzbüchern (SGB II, SGB III, SGB V, etc.) ist ein wesentlicher Hemmschuh für integrierte Versorgungsstrukturen. Daher

425 sollten Modellprojekte entwickelt werden, in denen die finanziellen Ressourcen gepoolt werden.

430 Gerade im Bereich der Arzneimitteltherapie besteht das Risiko, vermeidbare Schäden zu erleiden. Insbesondere Menschen mit einem geringeren Bildungsgrad und ältere Menschen haben Schwierigkeiten, bei der Verschreibung von mehreren Medikamenten den Überblick über Dosis und Einnahmezeitpunkte zu behalten. Das trifft um so mehr zu, wenn sich Medikamente aufgrund von wechselnden Rabattverträgen in ihrem Aussehen und ihrer Dosierung verändern.

445 Der Anspruch auf einen Medikationsplan ist hier ein erster wichtiger Schritt in Richtung mehr Patientensicherheit. Medikationspläne sollten zur Unterstützung des Medikationsmanagements in Softwareprogrammen so umgesetzt werden, dass ein Medikationscheck durchgeführt werden kann. Sobald die elektronische Gesundheitskarte funktionsfähig ist, sollte der Medikationsplan in die Karte integriert werden. Ein weiteres wichtiges Instrument wäre die Verblisterung von Arzneimitteln, die heute an der fehlenden Vergütung scheitert.

460 Eine gerechte Versorgung gelingt nur durch eine konsequente, sektorübergreifende Versorgungsplanung. Es muss sichergestellt werden, dass bestehende oder neue Praxen nicht in die finanzstärkste Region des jeweiligen Planungsbereichs umziehen.

465 Dazu gehört die enge Einbindung von Kommunen bei der kleinräumigen Verteilung von Arztsitzen. So lässt sich sicherstellen, dass bestehende oder neue Praxen nicht in die finanzstärkste Region des jeweiligen Planungsbereichs umziehen. In der ambulanten Bedarfsplanung durch die KVen müssen zudem auch die

475 Sozialstrukturen der Planungsbereiche
und dadurch entstehender Mehrbedarf
an Versorgung berücksichtigt werden.
Dies kann durch eine Verlagerung dieser
Strukturen in die Krankenhausambulanzen
in sozialen Brennpunkten erfolgen.

480 Die Bürgerversicherung ist der einzige
Weg, um ein solidarisches Gesundheits-
wesen zu gewährleisten, in dem der Zu-
gang zur medizinischen Versorgung al-
485 lein von der medizinischen Notwendig-
keit abhängt. In der Bürgerversicherung
gibt es eine einheitliche Vergütung der
medizinischen Leistungen. Die heute
bestehenden finanziellen Anreize für die
490 Behandlung von Privatversicherten ent-
fallen.

In der nächsten Legislaturperiode ist zu-
nächst sofort die paritätische Finanzie-
495 rung der gesetzlichen Krankenversiche-
rung wieder einzuführen. Der medizini-
sche Fortschritt darf nicht allein von den
Versicherten, wie jetzt über Zusatzbei-
träge, getragen werden. Ebenso muss die
500 soziale Ausgrenzung durch Eigenbeteili-
gungen und Zuzahlungen für notwendi-
ge Behandlungen abgeschafft werden.

505 **c.) Gleicher Zugang zu guter Rehabilita-
tion**

Theoretisch steht allen Menschen eine
Rehabilitationsmaßnahme zu, wenn sie
von ärztlicher Seite als dringend zu
510 Erhaltung der Arbeitskraft und gesell-
schaftlichen Teilhabe angesehen wird.
Praktisch sieht das ganz anders aus. Är-
mere Menschen haben oft prekäre Ar-
beitsverhältnisse, die befristet sind, viel
515 Flexibilität erfordern und wenig Frei-
räume bieten bei einer geringen Entloh-
nung pro Zeiteinheit. Dementsprechend
kann sich der Arbeitnehmer für sein pri-
vates Umfeld nur wenig oder keine
520 unterstützende Dienstleistung einkaufen.
Äußert ein Patient im Gespräch
Zweifel daran, die Maßnahme durchfüh-

ren zu können, wird sie vom Arzt nicht beantragt.

525

Die Beantragung von Rehabilitation wird zum einen vom Arzt durchgeführt, sie bedeutet aber auch seitens des Patienten das Ausfüllen eines umfangreichen Formularpakets, die Befunde von anderen Behandlern müssen nicht selten vom Patienten besorgt und dem Arzt beigebracht werden. Diese Anforderung ist schon für einen rehabilitationsbedürftigen Bildungsbürger hoch, für einen Menschen mit geringerer Sprachgewandtheit und größerer Selbstunsicherheit stellt sie ein unüberbrückbares Hindernis dar. Scham, aber auch fehlende Ansprechpartner für die Beantragung führt dazu, dass die Unterlagen nicht oder nur mangelhaft ausgefüllt werden.

530

535

540

545

550

555

560

Nachforderungen von Unterlagen durch die DRV oder Ablehnungsbescheide führen zu Entmutigung und Resignation, so dass Anträge nicht weiterverfolgt und Ablehnungen nicht widersprochen wird. Ähnlich der Krankenbehandlung kann auch eine Reha-Behandlung nur so gut sein, wie es die Anamnese ermöglicht. Symptome, Behandlungswünsche und –ziele sind vom Patienten zu benennen. Umso weniger sprachlich differenziert, umso entmutigter und resignierter ein Mensch ist, desto schlechter sind die Beschreibungen. Zusätzlich werden ungenaue Angaben von den Reha-Ärzten mit mangelnder Motivation gleichgesetzt. Die Folge ist ein auf Standardverfahren reduziertes Behandlungssetting.

565

570

Zudem führen die geringeren finanziellen Ressourcen dazu, dass privat zu tragende Ausgaben für Gesundheit vermieden werden, weil zunächst die Ausgaben des täglichen Lebens getätigt werden müssen. In dem Augenblick, in dem Kosten für eine Reha-Maßnahme auftreten (Fahrtkostenvorauszahlungen, Eintrittsgelder vor, Bekleidung, Zuzahlung), wird

diese nicht in Anspruch genommen.

575 Medizinisch notwendige Reha-Maßnahmen dürfen nicht an fehlendem Geld
mangeln. Auch müssen Informationen über die Durchführung und Beantragung
von Reha-Maßnahmen leicht zugänglich und verständlich sein. Wünschenswert
580 für eine Chancengleichheit der benachteiligten Klientel wäre ein Reha-Coach,
der standardmäßig jeden rehabilitationsbedürftigen Patienten entsprechend
seiner sozialen und beruflichen Situation berät, die Rehabilitationsnotwendigkeit
585 mit Behandlungsbedarf und Zielen erarbeitet, den Antrag mit dem Patienten
bespricht und gegenliest, ggf. auch gemeinsam ausfüllt.

590 **d.) Gesundheitliche Folgen von Altersarmut beseitigen**

595 Altersarmut stellt ein besonderes Gesundheitsrisiko dar, weil insbesondere
psychische Erkrankungen wie Depressionen und mögliche resultierende Folgen
wie z. B. Suchterkrankungen seltener und später erkannt werden. Fehlende Einbin-
600 dung in Arbeitszusammenhänge und der Rückzug aus sozialen Bezügen verschärfen
die Situation. Hier gehören neben einer angemessene Versorgung und Be-
handlung auch aufsuchende Strukturen der Altenarbeit analog der frühen Hilfen.
605

e.) Monitoring auf soziale Bedingungen von Gesundheit ausrichten

610 Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes soll den Zusammenhang zwi-
schen Armut, sozialem Status, Bildungsbenachteiligung, Versorgungsstruktur,
ärztlichem Handeln und Kommunikation und vergleichbaren Faktoren einerseits
615 und dem Gesundheitsstatus, gesunder Lebenszeit und Lebenserwartung ande-
rerseits als besonderen Schwerpunkt kontinuierlich beobachten und veröf-
620 fentlichen.

f.) Versorgungsforschung fokussieren

625 Der Zusammenhang zwischen sozialem
Status und Gesundheit ist das wichtigste
Gesundheitsrisiko. Entsprechend soll der
Rahmen der Förderung der wissenschaft-
lichen Forschung in der Medizin ausge-
630 richtet werden, auch in den interdiszipli-
nären Studiengängen Public Health, die
sich mit der Erforschung von Krankheits-
ursachen, Verteilung in der Gesellschaft,
Präventionsstrategien, Versorgungsun-
terschiede im Gesundheitssystem als
635 auch der individuellen Ebene beschäfti-
gen. Dazu gehören sowohl Programme
zur Erforschung von Präventionsstrate-
gien wie insbesondere Versorgungsun-
terschieden sowohl in der allgemeinen
640 Struktur wie im konkreten Handeln.

**g.) Armut, soziale Ungleichheit und Bil-
dungsungleichheit bekämpfen**

645 Alle Maßnahmen zur Verbesserung
gesundheitlicher Chancengleichheit be-
ruhen auf der Verbesserung der Chan-
cengleichheit und einem materiellen und
bildungsbezogenen Ausgleich. Ein An-
650 spruch auf eine erfüllende und sinn-
stiftende Arbeit und die erforderlichen
Rahmenbedingungen, eine gerechte Ver-
teilung von Geld, Einkommen und Ver-
mögen, bessere Bildung für alle und die
655 Übernahme der Verantwortung für Bil-
dungserfolg (auch, aber nicht nur in der
Gesundheitsbildung) durch die Gesell-
schaft sind unverzichtbar, wenn Bemü-
hungen um gerechte Gesundheitschan-
670 cen erfolgreich sein sollen und eine An-
gleichung der Lebenserwartung der Be-
nachteiligten an die Privilegierten in die-
ser Gesellschaft gelingen soll.

675 h.) Gesundheitskompetenz stärken

Wenn Patienten gut informiert sind,
können sie die richtigen Entscheidungen
ihre Gesundheit betreffend treffen. Das

- 680 setzt voraus, dass sie gesundheitsrelevante Informationen auch verstehen können. Dafür ist es notwendig, niedrigschwellige Informationsangebote zu schaffen. Diese sollen gesundheitsrelevante Informationen vermitteln, vor allem aber auch die Menschen über ihre Patientenrechte aufklären.
- 685
- 690 Notwendig ist dafür eine wirklich unabhängige, kompetente Patientenberatung (UPD), die parteiisch für Patienten ist und auf der Basis solider Daten, offizieller Behandlungsleitlinien und gültiger Rechtsprechung arbeitet. Sie sollte auch
- 695 dezentral in der Fläche vertreten sein, um einen niedrigschwelligen Zugang zu gewährleisten. Patientenberatung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und sollte daher aus Steuermitteln, und
- 700 nicht wie heute über die GKV, finanziert werden. Die UPD sollte auch als ein Seismograph von Problemen bei der gesundheitlichen Versorgung dienen.

Antragsbereich L/ Antrag 3

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bundesvorstand

EmpfängerIn(nen):
ASG Bundesvorstand

**Reform der Ausbildungen in den
Gesundheitsfachberufen**

**Reform der Ausbildungen in den
Gesundheitsfachberufen**

5 Der Bundesvorstand der ASG soll sich in (Annahme)
seiner nächsten Amtsperiode schwer-
punktmäßig mit der Reform der Quali-
fizierungsstrukturen der Gesundheits-
fachberufe beschäftigen, eine diesbe-
zügliche Arbeitsgruppe initiieren unter
Beteiligung von Vertreterinnen und Ver-
tretern der A-Länder und der SPD-
10 Bundestagsfraktion und spätestens bis
zur nächsten Bundeskonferenz ein Posi-
tionspapier mit konkreten Handlungs-
empfehlungen vorlegen.

Begründung:

15 Die ASG sollte sich zur Reform der Aus-
bildungsstrukturen der Gesundheits-
fachberufe positionieren und sich dabei
an folgenden Leitgedanken orientieren:

20 • Schon in seinem Jahresgutachten 2007
hat der Sachverständigenrat für das
Gesundheitswesen empfohlen, das Ver-
hältnis der verschiedenen Gesundheits-
berufe zueinander zu überdenken. In
25 diesem Zusammenhang gehört auch das
Heilpraktikergesetz von 1939 auf den
Prüfstand, das einen Zuwachs an Eigen-
ständigkeit, Eigenverantwortung und
30 selbständiger Berufsausübung insbeson-
dere bei den nicht-ärztlichen therapeuti-
schen Berufen verhindert.

35 • Die GMK hat auf ihrer 88. Konferenz im
Juni 2015 in Bad Dürkheim einstimmig
beschlossen, die Novellierung der Be-
rufsgesetze mit dem Ziel einzuleiten, die
Position der Gesundheits-fachberufe im

40 Gesundheitswesen zu stärken und zugleich diese Berufe aufzuwerten und somit attraktiver zu machen.

45 • Die bisher tradierte Sonderrolle der Schulen des Gesundheitswesens im beruflichen Bildungssystem ist nicht mehr zeitgemäß und gehört abgeschafft.

50 • Die Schulen des Gesundheitswesens sollten steuerfinanziert in das öffentliche Schulwesen integriert werden. Statt wie bisher pädagogisch wie wirtschaftlich unvernünftige Kleinschulen an Krankenhäusern, daher Parallelstrukturen, zu unterhalten, sollte die schulische Ausbildung der Gesundheitsfachberufe konsequent an öffentlichen Berufsschulen stattfinden.

60 • Damit würde auch die bisherige Finanzierung der Schulen inklusive der Personalkosten der Lehrenden aus den Budgets der Krankenhäuser und damit letztendlich durch die Beitragszahler in den Krankenversicherungen abgelöst durch eine ansonsten im Berufsbildungswesen übliche Steuerfinanzierung der Sach- und Personalkosten von beruflichen Schulen.

70 • Die Finanzierung der Ausbildungsstätten inklusive der Kosten für die Lehrenden hat keinerlei Krankheitsbezug und ist daher eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht bei den Beitragszahlern in GKV und PKV verbleiben sollte. Die Pflegesatzfinanzierung von Ausbildungsvergütungen bleibt von dieser Überlegung unberührt.

80 • Die Lehrkräfte an Schulen des Gesundheitswesens sind Angestellte der die Schulen tragenden Krankenhäuser und gegenüber den beamteten oder angestellten Lehrerinnen und Lehrer an öffentlichen beruflichen Schulen in vielerlei Hinsicht benachteiligt. Auch ihre Qualifikation ist weniger standardisiert, die

85

90 Beamtenlaufbahn ist ihnen verschlossen, klassische Lehramtsstudiengänge an öffentlichen Hochschulen gibt es kaum, Arbeitsbedingungen häufig viel schlechter als an öffentlichen Schulen.

95 • Für die Auszubildenden eröffnet die Verlagerung der Ausbildung an öffentliche Berufsschulen die Möglichkeit, mit dem beruflichen auch einen allgemeinbildenden Abschluss zu erwerben: eine Option, die ihnen an den bisherigen Schulen des Gesundheitswesens verwehrt ist.

100 • Annähernd 80 % der Auszubildenden in Deutschland absolvieren eine bundeseinheitlich auf der Grundlage des Berufsbildungsgesetzes geregelte Ausbildung im Dualen System. Dieses bewährte Prinzip der engen Verzahnung von betrieblicher und schulischer Berufsausbildung mit abgestimmten bundeseinheitlichen Ausbildungsrichtlinien exportieren wir in das europäische Ausland und in Entwicklungsländer. Obwohl es auch im Gesundheitswesen zahlreiche Berufe gibt, die eine qualifizierte Ausbildung im Dualen System absolvieren (z.B. Gesundheitshandwerker, medizinische Fachangestellte, Kaufleute im Gesundheitswesen,) wird für die Gesundheitsfach- und die Pflegeberufe die Anwendung des BBiG in den Berufsgesetzen ausdrücklich ausgeschlossen. Die duale OTA-Ausbildung in Schleswig-Holstein bewährt sich dagegen seit mehr als 10 Jahren.

125 • Die akademische Qualifizierung in den Gesundheitsfachberufen muss sich von den ausbildungsintegrierenden, sogenannten dualen Studiengängen abwenden. Dies hat der Wissenschaftsrat schon 130 2012 in einem Gutachten empfohlen. Stattdessen müssen vermehrt grundständige, forschungsorientierte Studienmöglichkeiten geschaffen werden, aus denen zugleich die Wissensbasis der 135

jeweiligen Disziplin weiterentwickelt und damit die Professionalisierung vorangetrieben wird.

- 140 • Insbesondere in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen, im Hebammenwesen und in der komplexen pflegerischen Versorgung sollten grundständige hochschulische Qualifizierungsstrukturen die bisherigen Ausbildungen ersetzen bzw. ergänzen.

Arbeit

Antragsbereich A/ **Antrag 1**

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Süd

EmpfängerIn(nen):
SPD-Bundestagsfraktion

**Masterplan Medizinstudium 2020: Gute
Ärzt*innen braucht das Land!**

**Masterplan Medizinstudium 2020: Gute
Ärzt*innen braucht das Land!**

- 5 Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefordert sich bei der Reform des Medizinstudiums, die im Koalitionsvertrag festgeschrieben ist, und seit Mai 2015 von einer Bund-/Länder-Arbeitsgruppe erarbeitet wird, für folgende Punkte einzusetzen: (Annahme)
- 10 Im Prozess der Reformierung müssen mehr als bisher Verbände der Medizinstudierenden. Ein*e studentische*r Vertreter*in benötigt einen dauerhaften Sitz in der Bund-/Länder-Arbeitsgruppe.
- 15 Auswahl der Studienplatzbewerber*innen
- Die Abiturnote sollte im Auswahlverfahren u.a. aufgrund der unterschiedlichen

- 20 Bildungssysteme der 16 Bundesländer und damit ihrer schlechten Vergleichbarkeit an Gewicht verlieren. Eignungstests, wie der Test für medizinische Studiengänge (TMS) wären, staatlich geprüft
- 25 und durchgeführt, eine gute Ergänzung zur Auswahl der Studienplatzbewerber*innen. Des Weiteren sollten gesellschaftliches und soziales Engagement, wie ein freiwilliges soziales Jahr, und
- 30 eine vorangegangene Berufsausbildung im medizinischen Bereich (z.B. Pflege, Rettungsassistent, Physio-/Logo-/Ergotherapie) positiv auf eine Studienplatzbewerbung angerechnet werden.
- 35 Teilzulassungen und Teilstudienplätze lehnen wir vehement ab.
- 40 Fließender Übergang von Vorklinik zur Klinik
- 45 Die strikte Trennung von vorklinischen und klinischen Lehrinhalten ist veraltet und nicht zielführend. Stattdessen sollten Lehrinhalte besser verzahnt und aufeinander aufbauend gestaltet werden: In Vorlesungen und Seminaren zur Anatomie macht es Sinn chirurgische Erkrankungen und Therapiemöglichkeiten zu
- 50 lehren, in der Biochemie werden grundlegende Kenntnisse für die Pharmakologie gelegt und sollten dementsprechend verknüpft werden und in der Physiologie müssen die Organfunktionen parallel zu
- 55 Fehlfunktionen und Erkrankungen v.a. der Inneren Medizin gelehrt werden.
- 60 Diese vermehrte Verzahnung von vorklinischem, klinisch-theoretischem und klinischem Wissen wurde bereits in vielen Modellstudiengängen erfolgreich umgesetzt und ist nun bundesweit einheitlich zu implementieren.
- 65 Ein*e praktizierende*r Ärztin*Arzt benötigt das Wissen der Vorklinik, welches im Physikum abgefragt wird, so gut wie gar nicht. Deshalb müssen die vorklinischen

- 70 Lehrinhalte entschlackt und vor allem die Grundlagenfächer Chemie, Physik und Biologie auf medizinisch relevante Inhalte reduziert werden. Aus den Erkenntnissen zu einer besseren Gestaltung der Lehrinhalte muss dann auch eine Reform
- 75 des ersten Abschnittes der ärztlichen Prüfung (Physikum) resultieren. Im Fokus haben hierbei die beruflich/ medizinisch relevanten Inhalte zu stehen.
- 80 Interprofessionelle Lehre
- Es ist für Ärzt*innen unabdingbar zu wissen, welche Therapiemöglichkeiten andere medizinischen Fachberufe haben, da sie diejenigen sind, die die Überweisungen zu ebendiesen ausstellen. Eine stärkere Verknüpfung der ärztlichen Ausbildung mit anderen medizinischen Fachberufen stärkt nicht nur strukturell
- 85 und fachlich die medizinische Versorgung, sondern führt auch zu einer höheren gegenseitigen Wertschätzung aller medizinischen Berufe.
- 90
- 95 Praxisorientierung ist nicht alles
- Eine starke Praxisnähe im Studium durch z.B. Skillslabs, in denen kommunikative Kompetenzen gestärkt werden sollen, und Formate, wie das Problemorientierte Lernen (POL), muss gefördert werden. Die Probleme liegen allerdings nicht in der fehlenden Praxisnähe – dem
- 100 Medizinstudium mangelt es vor allem an anderen Stellen. Der erst dieses Jahr verabschiedete Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) und Zahnmedizin (NKLZ) muss nun bundesweit angewandt, evaluiert, weiterentwickelt und ergänzt werden, sodass eine qualitativ gute Ärzt*innenausbildung sicher gestellt werden kann.
- 105
- 110
- 115 Die Lehrinhalte des Medizinstudiums müssen ständig auf ihren aktuellen Forschungsstand überprüft und entspre-

chend angepasst werden. Trotzdem darf
ein immer größeres Wissen über medizi-
120 nische Forschungsinhalte nicht zu einer
Überfrachtung des Studiums führen –
die Spezialisierung erfolgt erst im An-
schluss während der Fachärzt*innen-
ausbildung – im Studium muss sich auf
125 relevante Kernkompetenzen beschränkt
werden.

Das Medizinstudium ist bisher sehr ver-
schult, eigene Interessen finden bisher
130 kaum Platz zur Ausfaltung. In Zukunft
sollte mehr individuelle Schwerpunkt-
setzung ermöglicht werden; das steigert
die Lernmotivation und kann den indivi-
duellen Ausbildungsweg formen.

135 Neue Medien sollten sinnvoll für die Leh-
re genutzt werden, so können bspw. auf-
gezeichnete Vorlesungen nicht nur für
die eigene Fakultät, sondern bundesweit
140 online verfügbar gemacht werden.

Wichtig ist hier, dass sich auch für die
Lehrenden eine gute Lehre lohnt: Es
müssen für den Studierendenunterricht
145 entsprechend vergütete Stellen geschaf-
fen werden bzw. die Freistellungen von
der Klinikarbeit erfolgen.

150 Stärkung der Allgemeinmedizin

Durch Zwangsmaßnahmen oder Quoten
bei der Studienbewerbung wird nicht
erreicht, dass sich mehr Studierende ent-
155 scheiden, eine Allgemeinmedizinische
Praxis im ländlichen Raum zu eröffnen.
Vielmehr muss endlich sichergestellt
werden, dass jede deutsche Universität
einen Lehrstuhl der Allgemeinmedizin
160 installiert und dass genügend Kapazitäten
für Interessierte, die eine Famulatur
oder einen Teil des Praktischen Jahres
(PJ) in einer Allgemeinarztpraxis ablei-
sten wollen, gegeben sind. Ein Netzwerk
165 akademischer Lehrpraxen, wie es der
Medizinischen Fakultätentag (MFK) for-

- dert, ist für die Koordination und den fachlichen Austausch sinnvoll.
- 170 Die wichtigste Stellschraube bleibt allerdings eine Steigerung der Attraktivität der Arbeitsbedingungen für Allgemeinmediziner*innen. Eine in anderen Fachrichtungen gleichwertige Bezahlung und
- 175 günstige Kredite für eine Praxisgründung sind hier einfache finanzielle Anreize.
- Ein Pflichttertial oder –Quartal in der Allgemeinmedizin lehnen wir ab.
- 180
- Wissenschaftliche Kompetenzen vermitteln – unabhängig von der Promotion Die vordergründige Praxisorientierung des Medizinstudiums führt dazu, dass
- 185 wissenschaftliche Kompetenzen oft nur nebenbei vermittelt werden. Wir fordern, dass die Evidenzbasierte Medizin (EbM) an Bedeutung gewinnt und an allen medizinischen Fakultäten in einem selbst-
- 190 ständigen Institut gelehrt wird.
- Mit wissenschaftlicher Forschung kommen viele Medizinstudierende erst während ihrer Promotion in Kontakt. Medizinische Promotionen sind in ihrem Umfang und wissenschaftlichen Anspruch sehr unterschiedlich, oft nur mangelhaft betreut und haben im akademischen Umfeld einen sehr schlechten Ruf. Angelehnt an das Beispiel Österreich begrü-
- 195 ßen wir die Einführung eines Berufsdoktorats, der mit Abschluss des Studiums vergeben, aber nicht Teil des offiziellen Namens wird. Im gleichen Zuge sollte das Erstellen einer wissenschaftlichen Arbeit sowie deren enge Betreuung durch eine*n Dozent*in verpflichtender Teil des Medizinstudiums werden.
- 200
- 205
- 210 Für ein faires PJ
- Für das Praktische Jahr unterstützen wir die Forderungen der bvmd auf eine bundeweit einheitliche Aufwandsentschädigung in Höhe des Bafög-Höchstsatzes
- 215

- 220 (aktuell 597 Euro) monatlich sowie eine Fehltageregelung, die krankheitsbedingtes Fehlen nicht von Urlaubstagen abzieht. Durch ein Mindestmaß von vier Stunden PJ-Unterricht und einem Fünftel der wöchentlichen Arbeitszeit für das Selbststudium zur Rekapitulation von erlebten Krankheitsfällen und Vorbereitung auf die mündliche Prüfung des
- 225 Zweiten Staatsexamens wird eine umfangreichere Lehre im PJ als bisher sichergestellt.

Eine Quartalisierung des PJs mit den Pflichtfächern Chirurgie, Innere Medizin sowie einem verpflichtenden Quartal in einer ambulanten Einrichtung, wie z.B. einer allgemeinmedizinischen Praxis führt zu mehr Wahlfreiheit und könnte die Stellung der Allgemeinmedizin stärken.

Eine Erhöhung der Studienplätze ist aufgrund der hohen Nachfrage und der vielen Bewerber*innen unabdinglich.

Abschließend sprechen wir uns klar gegen die Privatisierung von Lehr- und Universitätskliniken aus. Eine umfassende, solide Ausbildung des medizinischen Nachwuchses ist kostete Zeit und Geld. Die Zielsetzung privater Unternehmen ist es jedoch Kosten zu reduzieren. Dies kann theoretisch nur schwer in Einklang gebracht werden, praktisch gar nicht.

Antragsbereich A/ Antrag 2

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Süd

**Psychotherapeutengesetz – Reform der
Psychotherapieausbildung**

**Psychotherapeutengesetz – Reform der
Psychotherapieausbildung**

5 Die bisherigen 2stufigen Psychotherapeuten- (Kein Votum)
ausbildungen sollen unverzüglich durch eine universitäre Direktausbildung
ersetzt werden. Diese Direktausbildung soll mit der einheitlichen
10 Approbation unter der Bezeichnung „Psychotherapeut/Psychotherapeutin“
abgeschlossen werden und zur Weiterbildung berechtigen.
Bitte an Antragsteller um Neuformulierung

Begründung:

15 Das Psychotherapeutengesetz fordert das Diplom nach einem abgeschlossenen
Psychologiestudium und eine weitere 3-5jährige Ausbildung an einem staatlich
anerkannten Institut, um dann die Approbation als „Psychologischer Psychotherapeut“
20 resp. „Psychologische Psychotherapeutin“ zu erlangen. Außerdem kann
nach einem abgeschlossenen Universitätsstudium in Psychologie oder wahlweise
einem Fachhochschulstudium in Pädagogik und einer weiteren 3 -
25 5jährigen Ausbildung an einem anerkannten staatlichen Institut die Approbation
als „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ resp. Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeutin erlangt werden. Nach beiden Approbationen
30 kann sofort eine Kassenzulassung beantragt werden, da die Ausbildung an den
staatlich anerkannten Instituten als fiktive Weiterbildung gilt.

35 Die ehemaligen Diplomstudiengänge wurden durch die Studiengänge mit
Abschluss Bachelor und Master ersetzt. Eine Gesetzesänderung ist daher unum-
gänglich. Durch eine Direktausbildung wird eine Analogie zum Medizinstudium
40

mit den entsprechenden Weiterbildungsordnungen zum Erwachsenenpsychotherapeuten und zum Kinderpsychotherapeuten usw. hergestellt.

45

Das Bundesgesundheitsministerium hat bisher einen Arbeitsentwurf erstellt und soll nunmehr unverzüglich einen Referentenentwurf ausarbeiten.

Antragsbereich A/ **Antrag 3**

*Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Süd*

EmpfängerIn(nen):

SPD-Bundestagsfraktion

Pflege wertschätzen und Pflegeberufe attraktiver gestalten

Pflege wertschätzen und Pflegeberufe attraktiver gestalten

Die SPD-Bundesfraktion wird aufgefordert sich für höhere Löhne und bessere Arbeitsbedingungen für Pflegeberufe einzusetzen. Ein Branchenspezifischer Mindestlohn, der weit über dem jetzigen Standard liegt ist wünschenswert. Ein Pflichtpersonalschlüssel für Krankenhäuser ist zu prüfen. (Erledigt durch L1 und L3)

5

Die Ausbildung zu medizinischen Fachberufen, wie Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie an staatlichen Einrichtungen, muss für die Auszubildenden vergütet werden.

10

15

Begründung:

erfolgt mündlich

Antragsbereich A/ Antrag 4

*Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Berlin*

*EmpfängerIn(nen):
sozialdemokratische Mitglieder in der Bundesregierung
SPD-Bundestagsfraktion*

Der ruinöse und krankmachende Wettbewerb zu Lasten der Pflegerinnen und Pfleger im Krankenhaus muss beendet werden!

Der ruinöse und krankmachende Wettbewerb zu Lasten der Pflegerinnen und Pfleger im Krankenhaus muss beendet werden!

- 5 Die ASG fordert die sozialdemokratischen Mitglieder des Bundestages und der Bundesregierung erneut dazu auf, gegenüber den zuständigen Gremien tätig zu werden, damit die Kosten für die hochqualitativen Pflegeleistungen in den Krankenhäusern endlich strukturell angemessen berücksichtigt und dauerhaft finanziert werden. Temporäre Pflegestellenförderprogramme sind gut gemeint, aber ein Tropfen auf den heißen Stein.
- 10
- 15 Sowohl ein erhöhter Pflegebedarf (bspw. von demenzerkrankten oder behinderten Patientinnen und Patienten) als auch der allgemeine Pflegebedarf ist von der dafür mit dem Krankenhausstrukturgesetz eingesetzten Expertenkommission vor dem 31.12.2017 im Sinne der Sicherheit der Patientinnen und Patienten abzubilden.
- 20
- 25 Wo nötig, sind künftig in besonders kritischen Bereichen, wie z.B. schon in der Neonatologie erfolgt, durch den Gemeinsamen Bundesausschuss Qualitätsvorgaben rechtssicher festzulegen und von den Krankenhäusern verbindlich umzusetzen.
- 30
- 35 Die Einhaltung von Personalvorgaben ist im Zuge der Budgetverhandlungen nachzuweisen und von Krankenhäusern in ihren Qualitätsberichten zu dokumentieren.

ren.

Die unangekündigte Überprüfung der Einhaltung durch die zuständigen Behörden ist gesetzlich vorzuschreiben.

Antragsbereich A/ **Antrag 5**

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Süd

EmpfängerIn(nen):

SPD-Bundestagsfraktion

Die Zukunft von Hebammen sicherstellen!

Die Zukunft von Hebammen sicherstellen!

- 5
10
15
20
25
30
- Geburtshelfer*innen in Deutschland stehen seit Jahren vor dem großen Problem, dass kaum eine Versicherung ihre obligate Haftpflichtversicherung übernehmen will, bzw. sie unmöglich hohe Prämien fordern. Dies hat zur Folge, dass es immer weniger freiberufliche Hebammen gibt und sich viele für eine Anstellung im Krankenhaus oder in einem der wenigen Geburtshäuser entscheiden. Dem großen Wert, den Hebammen für die selbstständige Begleitung einer Schwangerschaft und Durchführung einer Geburt haben, wird hier nicht Rechnung getragen.
- Die meisten Eltern wünschen sich eine Vor- und Nachbereitung durch Hebammen; bei Geburt ist es sogar vorgeschrieben, dass eine Hebamme anwesend sein muss. Trotz der enorm großen Verantwortung, die diese Berufsgruppe für die Gesellschaft leistet, nämlich den Start eines neuen Lebens zu ermöglichen, stirbt der Berufsstand langsam aus.
- Bis 2016 gilt noch eine Gruppenhaftpflichtversicherung des Deutschen Hebammenverbandes, danach steht die Berufsausübung der freien Hebammen vor dem Aus – wenn die Bundesregie-
- (Kein Votum)

35 rnung nicht entsprechend reagiert. Die
Geburtshilfe müsste dann voll von Ärz-
tinnen und Ärzten übernommen werden,
die eigentlich nur bei Komplikationen in
Erscheinung treten müssen. Außerdem
hat eine Schwangere nach SGB V den
Anspruch auf Hebammenhilfe sowie auf
freie Wahl des Geburtsortes, was
weiterhin gesichert werden muss.

40 Grund für die hohen Prämien der
Haftpflichtversicherung sind die großen
Summen, die bei einem schwerwiegen-
den Fehler während der Geburt, inklusive
45 Schmerzensgeld und Erwerbsausfall,
möglicherweise ein Leben lang ausge-
zahlt würden. Sie sind gestiegen, weil die
medizinische Versorgung sowie hohe
Anwaltskosten teurer werden, obwohl
50 die Anzahl der Schadensfälle rückläufig
ist.

55 Eine schon lange erforderliche durch das
Gesundheitsministerium festgelegte
Steigerung der Hebammen-Vergütung,
die gerade so über dem Mindestlohn
liegt, sowie Zuschüsse zur Versiche-
rungsprämie wären Schritte zur Besse-
rung, aber keine langfristige Lösung zum
60 Erhalt des Berufsstandes. Wir fordern
neben diesen Maßnahmen die Vergü-
tung präventiver Leistungen sowie von
geleisteter Rufbereitschaft von Hebam-
men. Zur flächendeckenden Versorgung
65 der Bevölkerung mit Hebammenhilfe ist
es außerdem notwendig die Betriebsko-
sten für Hebammenpraxen ohne Ge-
burtshilfe in den Pauschalen zu berück-
sichtigen, finanzielle Anreize zur Nieder-
70 lassung von Hebammen in infrastruktur-
schwachen Gebieten zu schaffen und die
Vergütungsunterschiede in neuen und
alten Bundesländern aufzuheben.

75 Wir fordern einen Haftpflichtfonds, ver-
gleichbar mit jenem in Österreich und in
den Niederlanden, in den Hebammen
einen Pauschalbeitrag zahlen und dessen
Restbetrag vom Staat aufgefüllt wird,

80 womit die Geburtshilfe endlich zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe werden würde.

85 Die Einführung eines Geburtshilfe-Studiums an weiteren deutschen Universitäten ist zu prüfen. Ein Studium wäre dem Wissensstand und komplexen Tätigkeit einer Hebamme durchaus angemessen und würde die Bezahlung automatisch erhöhen, deren niedrige Höhe sicherlich auch darin begründet ist, dass es ein traditionell weiblicher Beruf ist. Zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Hebammenhilfe ist es
90 nötig Bedarfsanalysen durchzuführen und die Datenlage zur Einkommenssituation von Hebammen sowie die Auswirkungen von zentralisierter Geburtshilfe hinreichend zu verbessern.

100 Wir dürfen die Hebammen, die einen so wichtigen Teil zu unserer Gesellschaft beitragen, in ihrem Kampf nicht alleine lassen! Eine Unterstützung des Berufsstandes mit den aufgeführten Maßnahmen ist längst erforderlich und unerlässlich!
105

Antragsbereich A/ Antrag 6

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hannover

Personalschlüssel in Kliniken

Personalschlüssel in Kliniken

5 Es wird gefordert, dass der Personalschlüssel in Kliniken den Erfordernissen angepasst wird, aber pro Schicht mindestens aus drei Personen besteht. Hierdurch ist auch eine gegenseitige Kontrolle gegen. (Verhältnis zwei Pflegekräfte mit großem Examen (3jährig.) zu einer Pflegekraft mit kleinem Examen (1jährig.) bzw. ungelernete Kraft. (Erledigt durch L1)

10

Begründung:

- 15 Bei einem erhöhten Personalschlüssel ist eine gegenseitige Kontrolle des Personals gegeben und somit kann auch darauf eingewirkt werden, bei falscher Medikamentenabgabe gegen zusteuern. (Mordserie in Kliniken in Nordniedersachsen)

Antragsbereich A/ Antrag 7

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hannover

EmpfängerIn(nen):

*Bundesministerium für Arbeit und Soziales
SPD-Bundestagsfraktion*

Steigende Zahl von Schwerbehinderten Steigende Zahl von Schwerbehinderten

- 5 Solange Arbeitgeber die vorgeschriebene (Annahme) Zahl schwerbehinderter Menschen nicht beschäftigen, wird für jeden unbesetzten Pflichtarbeitsplatz eine Ausgleichsabgabe in Höhe von mindestens 500,00 € monatlich gefordert. Die Zahlung der Ausgleichsabgabe hebt die Pflicht zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen nicht auf.
- 10 § 77 SGB IX ist jährlich zum 01. 07. eines Jahres anzupassen.

Begründung:

- 15 Die Anzahl an Schwerbehinderten (psychische Erkrankungen / Demenzkranke) steigt stetig. Die Kostensteigerungen für die Kommunen bzw. Bundesländer wird langfristig nicht aufgefangen werden können. Um einen Teil der Personen im erwerbsfähigen Alter noch in eine Beschäftigung zu bringen, ist die Erhöhung der Ausgleichsabgabe erforderlich. Die Einnahmen hieraus können dann an Betriebe die Behinderte beschäftigen ausgezahlt werden, um diese von Zusatzko-
- 20

sten zu befreien, bzw. als Lohnaufstockung verwendet werden können.

Antragsbereich A/ **Antrag 8**

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hannover

Kostenfreiheit der Ausbildung in den therapeutischen Berufen

Kostenfreiheit der Ausbildung in den therapeutischen Berufen

5 Es wird gefordert, dass die Ausbildung in den therapeutischen Berufen (Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie) an staatlichen Bildungseinrichtungen (z.B. Fach- bzw. Hochschulen) durchgeführt wird und kostenfrei ist, um den Fachkräftenachwuchs zu gewährleisten. (Überweisung als Material zu L3 an den ASG Bundesvorstand)

10 **Begründung:**

15 Die Ausbildung in den Therapieberufen ist eine gesellschaftliche und staatliche Aufgabe. Ein Ausschluss einer gewissen Personengruppe, die sich die Ausbildung an Privatschulen nicht leisten kann, ist verfassungswidrig bedenklich

Antragsbereich A/ **Antrag 9**

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Baden-Württemberg

EmpfängerIn(nen):

SPD-Bundestagsfraktion

SPD-Partei Vorstand

Beschäftigung in der sog. 24 Stunden- Pflege im häuslichen Bereich

Beschäftigung in der sog. 24 Stunden- Pflege im häuslichen Bereich

Beschäftigungsverhältnisse in Haushalten von Pflegebedürftigen, die den Mindestlohn missachten, das Arbeitszeitgesetz nicht einhalten oder Sozialversiche- (Annahme)

5 rnungsbetrug zur Folge haben, müssen bekämpft werden.

Die Bundesregierung soll gesetzeskonforme 24 Stunden-Betreuung und den Aufbau von gesetzeskonformen Vermittlungsagenturen für diese Dienstleistungen fördern. Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörige sollen über die Pflegestützpunkte und die Pflegeberatung der Pflegekassen Informationen über rechtssichere Beschäftigungsverhältnisse in der 24 Stunden-Betreuung erhalten. Spezifische Beratungsangebote sollten bei Pflegestützpunkten, der Arbeitsagentur und bei der Minijobzentrale entwickelt werden.

Es müssen auf Bundesebene Wege gefunden werden, die massenhaft vorhandenen nicht existenzsichernden und illegalen Beschäftigungen in legale, sozialversicherungspflichtige und existenzsichernde Arbeitsverhältnisse umzuwandeln. Die zentrale Auslands- und Fachvermittlungsstelle der Arbeitsagentur soll Unterstützung bei arbeits(vertrags)rechtlichen Fragen für haushaltsnahe Dienstleistungen anbieten und ausländischen Beschäftigten, sowohl im Herkunftsland als auch in Deutschland, Informationen über ihre Rechte anbieten.

Für eine Integration in das Pflegesystem sind für ausländische Beschäftigte spezifische Zugänge zu Qualifizierung und Schulung zu ermöglichen.

Vermittlungsagenturen aus dem In- und Ausland müssen zertifiziert und öffentlich überwacht werden. Die Abhängigkeit der Privathaushalte und der Arbeitnehmer/innen von (oft ausländischen) Vermittlungsagenturen, die die Arbeit auf der Basis von Selbstständigkeit organisieren und hohe Provisionen kassieren, muss beendet werden.

Alle ordnungsrechtlichen Mittel müssen

55 ausgeschöpft und die Ordnungsbehörden mit den erforderlichen personellen Mitteln ausgestattet werden, um illegaler Beschäftigung in diesem Bereich entgegenzuwirken.

60 **Begründung:**

65 Politik, Wissenschaft und Praxis suchen schon lange Antworten auf die Frage, wie die Versorgung von pflegebedürftigen und dementen Menschen sichergestellt werden kann und in welcher Form sie weiterentwickelt und organisiert werden muss, um die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen zu gewährleisten.

75 Viele pflegebedürftige Menschen wünschen sich Betreuung und Pflege in ihrer häuslichen Umgebung. Wenn keine pflegenden Angehörigen vorhanden sind oder Angehörige berufstätig sind, sind pflegebedürftige und von Demenz betroffene Menschen über viele Stunden auf sich allein gestellt. Es bedarf dann häufig einer Pflege- und Betreuungsperson, die mit dem Pflegebedürftigen in einem Haushalt lebt.

85 Eine der Lösungen scheinen die Pendelmigrant*innen zu sein. Viele Frauen und einige wenige Männer pendeln aus Osteuropa zur Pflege nach Deutschland. Sie sind unterschiedlichen Alters, viele von ihnen sind verheiratet und haben teilweise Kinder, die sie weiterhin finanziell unterstützen. Eine pflegerische Fachausbildung ist selten vorhanden.

95 Betreuungskräfte pflegen und wohnen gleichzeitig in der Wohnung des Pflegebedürftigen. Viele wechseln sich regelmäßig nach sechs Wochen bis drei Monaten mit anderen Pendelmigrant*innen an ihren Arbeitsstellen ab. Einige entscheiden sich für ein ständiges Leben in Deutschland. Für sie bedeutet diese Pflege- und Betreuungstätigkeit ein Über-

100

- 105 gang bzw. eine Möglichkeit zum Neuanfang. Die Gehaltsverhandlungen erfolgen auf mündlicher Basis und variieren abhängig von den Sprachkenntnissen, Verhandlungsgeschick und Erfahrungen in der Pflege und Betreuung sehr stark.
- 110 Es gibt keine offiziellen Zahlen, wie viele ausländische Pflegepersonen in deutschen Privathaushalten gegenwärtig arbeiten. Schätzungen gehen von 100.000 bis 300.000 Pflegepersonen aus.
- 115 Die Beschäftigung erfolgt teilweise illegal und ist durch häufige Wechsel und unregelmäßige Arbeitsperioden gekennzeichnet. Vielen Pflegepersonen sind legale Beschäftigungsmöglichkeiten
- 120 zwar bekannt, dennoch entscheiden sich sehr viele für eine illegale Tätigkeit oder werden zu dieser von ihren Arbeitgebern gedrängt.
- 125 Die Zunahme legaler und illegaler 24-Stunden Betreuungs- und Pflegeleistungen, hängen mit der zunehmenden Zahl der Pflegebedürftigen und den steigenden Pflegekosten zusammen. Auch das
- 130 Ziel des Gesetzgebers „ambulant vor stationär“ und der Wunsch der Betroffenen, möglichst lange zu Hause zu bleiben, spielen hierbei eine Rolle. Die Leistungen aus der Pflegeversicherung, die
- 135 als Teilkaskoversicherung angelegt sind, reichen den Angehörigen in der Regel nicht aus, um zugunsten der Pflege auf ihre Erwerbsarbeit zu verzichten, helfen aber bei der Bezahlung einer ausländischen
- 140 Pflegekraft. Die Pflege von Angehörigen überfordert viele Menschen, die versuchen, Beruf, Familie und Pflege zu vereinbaren. Die private Beschäftigung von osteuropäischen Pflegekräften stellt
- 145 deshalb für viele eine Lösung dar.
- 150 Auf dem Schwarzmarkt schwanken die Löhne der Pfleger*innen erheblich: von ca. 500 bis 1.800 Euro pro Monat. Die Vermittlung durch eine Agentur mit einem Dienstleistungsvertrag ermöglicht

155 ihnen einen Verdienst zwischen ca. 850 bis 1.300 Euro netto und im Fall eines eigenen angemeldeten Gewerbes sind es 1.100 bis 1.500 Euro brutto. Die Leistungen in der häuslichen Pflege reichen von der Hilfe im Haushalt, der Pflege, der sozialen Betreuung bis hin zur Behandlungspflege, dessen Ausübung nur Pflegefachpersonen in einem von den Kostenträgern zugelassenen ambulanten Pflegedienst gestattet ist.

165 Seit dem 1. Januar 2015 gilt der Mindestlohn auch für osteuropäische Pflegepersonen. Pro Stunde sollen 8.50 Euro bezahlt und am Tag nicht länger als acht Stunden gearbeitet werden. Diese Anforderungen einzuhalten erscheint wegen der Komplexität und des Charakters dieser Arbeit jedoch schwierig. Problematisch ist vor allem die eindeutige Definition, was zur Arbeitszeit und was zur Freizeit gehört. Auch werden Frauen von Agenturen als Selbstständige, für die kein Mindestlohn gilt, in deutsche Privathaushalte vermittelt.

180 Schlussfolgerungen
 • Die Aufklärung und Beratung Betroffener Pflegebedürftiger und deren Angehörigen sowie der Pflegepersonen soll künftig durch staatliche Einrichtungen geführt werden. Der Zugang zu den Pflegepersonen ließe sich z. B. durch Pflegestützpunkte und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mittels persönlicher Beratung, Broschüren, Videos erfolgreich bewältigen.

190 • Gespräch, Kooperation und Austausch, z. B. im Rahmen von Informationsveranstaltungen ermöglichen: Aufgrund ihrer Erfahrung und ihres Wissens können Pendelmigrant*innen die Rolle der Expert*innen übernehmen und sich direkt an der Verbesserung der Arbeitsbedingungen beteiligen.

• Akteur*innen aus der Politik, Wissen-

schaft etc. sollten eine angemessene Definition der Arbeit in der häuslichen Pflege und ein faires Entlohnungsmodell erarbeiten. Hierzu wäre eine Kooperation osteuropäischer und deutscher Ministerien für Arbeit hilfreich, um öffentliche Kampagnen zu diesem Thema und/oder alternative Beschäftigungsmodelle zu fördern.

siehe: Friedrich-Ebert-Stiftung: All-inclusive-Pflege aus Polen in der Schattenzone, Bonn, 2015, www.fes.de/wiso

Antragsbereich A/ **Antrag 10**

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Saar

EmpfängerIn(nen):
SPD-Bundestagsfraktion

Befundung muss Vergütet werden

Befundung muss Vergütet werden

Die ASG fordert, die Einführung einer (Annahme)
Abrechnungsposition für den Erstbefund
/ die Befunderhebung durch den Physio-
therapeuten in der GKV, analog dem
5 Bereich anderer Heilmittelerbringer.

Begründung:

10 Die Befundung umfasst die Erhebung
und Auswertung der patientenbezoge-
nen Unterlagen (auch EDV gestützt), die
Beratung des Patienten sowie die Doku-
mentation. Der zeitliche Aufwand für die
15 Befunderhebung im ersten Behand-
lungstermin geht bisher zu Lasten der
Behandlungszeit und somit zum Nachteil
des Patienten.

20 Die gründliche, ganzheitliche Untersu-
chung und die Einsicht der Befunde des
Patienten sind unerlässlich für die ge-
meinsame Festlegung des Therapiezieles
und einer effizienten, zielgerichteten
Therapie. Dadurch ist mit einer deutlich

25 verbesserten Mitarbeit des Patienten zu rechnen.

30 Die fortschreitende Professionalisierung des Berufes ermöglicht eine verbesserte physiotherapeutische Diagnostik. Dieses Potential kann mit Hilfe einer Abrechnungsposition angemessen genutzt werden. Im Bereich der Logopädie und der Ergotherapie ist dies bereits eine Selbstverständlichkeit.

35 Im Rahmen des Patientenrechtegesetzes bekamen die Patienten mehr Rechte, die Heilmittelerbringer jedoch mehr Pflichten, meist ohne eine zusätzliche Vergütung.

40

45 Hierfür ist ein Beispiel die Rezeptprüfungspflicht, hier ist der Physiotherapeut dafür verantwortlich, dass das Rezept durch den Arzt korrekt ausgestellt wurde, bevor der Physiotherapeut therapiert, sonst wird seine Leistung nicht von der Kasse übernommen, bzw. rückwirkend abgesetzt.

Antragsbereich A/Antrag 11

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Saar

Akademisierung von Logopäden

Akademisierung von Logopäden

Die ASG unterstützt die primärqualifizierende Akademisierung der Logopäden in Deutschland. (Überweisung als Material zu L3 an ASG-Bundesvorstand)

5 **Begründung:**

10 Eine einheitlich gestaltete, ausschließlich primärqualifizierende Hochschulausbildung für Logopäden/innen ist die Voraussetzung zur Gewährleistung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Patientenversorgung, sowie zur Bewältigung der Herausforderungen in einem Gesundheitswesen, das Wirksam-

15 keitsnachweise von allen Beteiligten einfordert.

Die Sicherstellung der Patientenversorgung im Sinne evidenzbasierter Medizin erfordert eine entsprechende Qualifikation aller Behandler, auch im Bereich der Logopädie. Aus den veränderten Strukturen des Gesundheits- und Sozialwesens ergeben sich neue Anforderungen: Auf der einen Seite eine eigenständige, selbstverantwortliche, logopädische Diagnostik und Therapie, auf der anderen Seite aber auch ein kooperatives, interdisziplinäres Arbeiten zur verbesserten Versorgung der Patienten.

Dies erfordert Kompetenzen, die sich neben dem therapeutischen Selbstverständnis und Handeln auch auf Unterstützung und Begleitung, Hilfe bei der Lebensbewältigung, Förderung, Beratung und Anleitung der Patienten und ihrer Angehörigen beziehen. (siehe Komponenten und Kriterien der ICF) Anders als beispielsweise in der Pflege kann die Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie nicht arbeitsteilig erfolgen.

Denn ähnlich wie bei der Psychotherapie bedarf es bei der Logopädie eines intensiven kommunikativ-therapeutischen Prozesses, der eine vertrauensvolle und kontinuierliche Beziehung zwischen Patient/in und Therapeut/in voraussetzt.

Die Erweiterung des Behandlungsspektrums erfordert den Einsatz neuer Methoden und Verfahren sowie die Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse und führt darüber hinaus auch zu Fragestellungen, die nur mit Hilfe einer evidenzbasierten Therapieforschung bearbeitet werden können.

Daher müssen Logopäden/innen in ihren theoretischen und praktischen Kompetenzen gestärkt werden, um den wachsenden wissenschaftlichen Anforderun-

- 65 gen des Berufsalltags zu genügen. Diese speziellen Anforderungen ergeben sich beispielsweise aus den Rahmenempfehlungen nach §125 SBG V zur Erbringung logopädischer Leistungen. Quellenangaben
- 70 ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Gesundheit und Behinderung)
Rahmenempfehlungen nach §125 SBG V zur Erbringung logopädischer Leistungen.

Antragsbereich A/ **Antrag 12**

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Saar

Akademisierung des Hebammenwesens **Akademisierung des Hebammenwesens**

Die ASG unterstützt die primärqualifizierende Akademisierung der Hebammen in Deutschland. (Überweisung als Material zu L3 an ASG-Bundesvorstand)

5 **Begründung:**

Der Reformbedarf der Hebammenausbildung hinsichtlich einer Transformation von einer Berufsausbildung zum primärqualifizierenden Studiengang erschließt sich aus gesundheitspolitischen und bildungspolitischen Aspekten.

- 15 - Die Komplexität der Aufgaben der Hebamme ist kontinuierlich gestiegen. Die erhöhten Anforderungen an die Hebamme erfordern in allen Arbeitsfeldern die Befähigung zum eigenständigen Wissenserwerb um die professionelle Ausübung des Berufs auch in Zukunft zu gewährleisten. Die Tätigkeiten sind durch hohe Autonomie und mithin ein großes eigenständiges Entscheidungsspektrum gekennzeichnet. Der Auf- und Ausbau von Hebammenforschung ist notwendig für die Weiterentwicklung der Profession mit eigenen Evidenzen als Basis. Diese Voraussetzungen sind unabdingbar für die zukünftige Bereitstellung

einer sicheren und fundierten Geburtshilfe
in einem fortschrittlichen hoch entwickel-
30 ten Land.

- Darüber hinaus besteht eine rechtliche
Sonderstellung in Europa, die eine deutliche
Benachteiligung der deutschen Absolven-
35 tinnen im EU-Vergleich darstellt:

Zum einen ist der vertikale Durchstieg in
den tertiären Sektor für die Angehörigen
dieses Berufs in Deutschland nicht gegeben,
40 was den Bildungsaufstieg erschwert. Zum
anderen bestehen Hindernisse für Absol-
ventinnen, die in einem anderen EU-Land
arbeiten möchten, da in fast allen Staaten
Europas die Hebammenausbildung an Uni-
45 versitäten und Fachhochschulen in Form
eines primär qualifizierenden Studiengangs
erfolgt. So sieht die EU-Änderungsrichtlinie
bereits Zugangsvoraussetzungen für die
Hebammenausbildung von 12 Jahre allge-
50 meine Schulbildung vor und trägt den Er-
fordernissen des Berufs Rechnung.

Literatur:

Deutscher Bundestag (2009): Entwurf eines
55 Gesetzes zur Einführung einer Modellklausel
in die Berufsgesetze der Hebammen,
Logopäden, Physiotherapeuten und Ergo-
therapeuten, auf

60 <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/136/1613652.pdf>, Zugriff 10.06.2014 (1)
Hebammengesetz, letzte Änderung 22. Mai
2013, auf http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/hebg_1985/gesamt.pdf, Zugriff 10.06.2014 (2)
65

Deutscher Hebammenverband (2014):
Hebammenausbildung 2020, Positionspapier
des deutschen Hebammenverbandes,
auf <http://www.hebammenverband.de/>,
Zugriff 30.03.15 (3)

Deutscher Wissenschaftsrat (2012):
Empfehlungen zu hochschulischen Qualifi-
kationen für das Gesundheitswesen,
 Drs.2411-12 vom 13.07.2012, auf

<http://www.hebammenverband.de/> Zugriff 10.06.2014 (4)

EU-Änderungsrichtlinie 2013/55/EU (Inkrafttreten 17.01.2014) (5)

Antragsbereich A/ **Antrag 13**

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerIn(nen):

SPD-Bundestagsfraktion

Novellierung des HeilprG (Heilpraktiker*innengesetz)

Novellierung des HeilprG (Heilpraktiker*innengesetz)

Die ASG Bundesdelegiertenkonferenz fordert den SPD Parteivorstand und die SPD Bundestagsfraktion auf sich für eine Novellierung des HeilprG (Heilpraktiker*innengesetz) einzusetzen und eine Reform des „Heilberufes“ herbeizuführen.

(Annahme in geänderter Fassung der Antragskommission)

Zeilen 9 - 65 streichen

Forderungen:

10

1. Die Tätigkeit und Ausbildung der Heilpraktiker*innen ist nicht generalistisch anzulegen, sie orientiert sich an spezifischen Gebieten der Heilkunde.

15

2. Zugangsvoraussetzungen:

Der Zugang zur Ausbildung wird gewährt, wenn die/der Antragssteller*in eine staatlich anerkannte Ausbildung oder ein Studium im jeweiligen Gebiet der Heilkunde vorweisen kann.

20

Es soll weiterhin als Voraussetzung das ärztliche Zeugnis und behördliche Führungszeugnis geben.

25

Prüfung:

In einer Prüfungsordnung ist der Umfang der Ausbildung sowie der schriftlichen,

30

mündlichen und praktischen Prüfung festzuschreiben.

Übergangsphase:

- 35 Für praktizierende Heilpraktiker*innen gilt eine Übergangszeit von zehn Jahren, um die oben genannten Zugangsvoraussetzungen und Prüfungen nachzuholen. In dieser Übergangsphase können sie weiterhin praktizieren. Danach erlischt die Ausübungserlaubnis automatisch, soweit die Voraussetzungen nicht nachgeholt wurden.

- 45 Dokumentation und Behandlungsvertrag:
Heilpraktiker*innen schließen mit Patient*innen einen Behandlungsvertrag. Die Behandlungen müssen dokumentiert werden. Die Einsicht in die Krankenakten ist auf Verlangen der Patient*innen zu gewähren, sowie die Anfertigung von Kopien.

- 55 Einschränkungen der Heilkunde:
Gesetze, die auch vor der Novellierung des HeilprG beschränkten, bleiben erhalten. Zusätzlich gilt, dass Heilpraktiker*innen keine invasiven Untersuchungen durchführen.

- 60 Qualitätssicherung:
Externe Qualitätsmanagement ist durchzuführen. Die Kontrolle obliegt dem Gesundheitsamt und ist die zuständige Beschwerdestelle.

Begründung:

- 70 Das HeilprG (Heilpraktiker*innengesetz) wurde am 17.02.1939 erlassen. Vor diesem Gesetz war die Heilkunde auch ohne ärztliche Approbation, z.B. als Naturheiler*in, möglich. Das Ziel der Gesetzes Einführung war eine Verschärfung der damaligen Gesetzeslage, die allerdings nicht das Ziel hatte, gegen Wunderheiler*innen und Scharlatan*innen vorzugehen. Stattdessen diente das Gesetz ur-

80 sprüingly dem Ausschluss jüdischer
Ärzt*innen.

85 Ab dem 20.11.1933 entzog eine Verord-
nung allen „nichtarischen“ Ärzt*innen
und Frontkämpfer*innen, sowie allen
„arischen“ Ärzt*innen, die mit einer/m
„nichtarischen Ehegattin/en“ verheiratet
waren und in Städten mit mehr als
90 100.000 Einwohner*innen lebten, „vor-
behaltlich einer endgültigen Regelung“
die Kassenzulassung. Diese Regelungen
wurden über die Zeit weiter verschärft.
Die 4. Verordnung zum „Reichsbürgerge-
setz“ am 25.07.1938 hatte zur Folge,
95 dass jüdischen Ärzt*innen die Approba-
tionen entzogen wurden. Kurz darauf im
nächsten Jahr folgte das HeilprG. Die
Heilkunde oblag nur noch Ärzt*innen mit
Approbation und Menschen mit der Be-
100 rufsbezeichnung „Heilpraktiker“. Heil-
praktiker*innenschulen wurden im glei-
chen Atemzug verboten, was jede weite-
re „Ausbildung“ unmöglich machte.
Fachfortbildungen gab es dadurch auch
105 nicht mehr für Heilpraktiker*innen.

Der ursprüngliche Hintergrund dieses
Gesetzes ist vielen heutzutage kaum
bekannt. Nach dem 2. Weltkrieg wurde
110 das Berufsverbot von Heilpraktiker*innen
aufgrund des Grundrechtes einer freien
Berufswahl aufgehoben.

Bis heute gab es keine umfassende No-
vellierung des Gesetzes. Dies hat zur Fol-
115 ge, dass die Zugangsvoraussetzungen für
Heilpraktiker*innen dementsprechend
niedrig sind.

120 Voraussetzungen der Erlaubniserteilung
sind, dass die/der Antragssteller*in
- das 25. Lebensjahr vollendet hat
- mindestens eine abgeschlossene
Hauptschulbildung nachweisen kann
125 - sittlich zuverlässig ist, insbesondere
keine schweren strafrechtlichen oder
sittlichen Verfehlungen vorliegen
- in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausü-

130 bung des Berufes geeignet ist
- in einer Überprüfung der Kenntnisse
und Fähigkeiten durch das Gesundheits-
amt nachweist, dass die Ausübung der
Heilkunde durch sie/ihn keine Gefahr für
die Volksgesundheit darstellen wird.

135
Viele verbinden mit Heilpraktiker*innen
eine staatlich anerkannte Ausbildung.
Diese gibt es jedoch nicht. Allein die
Überprüfung, bestehend aus einem
140 schriftlichen und mündlichen Teil, reicht
zu einer Erteilung der Erlaubnis für die
Heilkunde vollkommen aus. Diese Über-
prüfung ist jedoch keine Prüfung im Sinn
einer Leistungskontrolle zur Feststellung
145 einer bestimmten Befähigung, sondern
sie dient der Abwehr von Gefahren für
die Gesundheit der Bevölkerung und des
einzelnen Menschen.

150 Praktische Fähigkeiten werden somit
nicht getestet, sondern nur Kenntnisse,
z.B. Grundkenntnisse in Anatomie, in der
allgemeinen Krankheitslehre, Erkennung
und Erstversorgung, Techniken der
155 Anamneseerhebung, etc. Wie die Person
diese Kenntnisse sich aneignet, ist ihr
selbst überlassen. Es werden keine vori-
gen Ausbildungen oder Praktika im
Gesundheitswesen verlangt.

160
Nach der bestandenen Überprüfung gibt
es keine weiteren Kontrollen. Es gibt nur
anlassbezogene Kontrollen, wenn es
Beschwerden gegen die jeweilige Person
165 gibt. Ebenso gibt es keine qualitätssi-
chernden Maßnahmen wie ein Quali-
tätsmanagementsystem oder Peer-
Review-Verfahren, Supervision oder ähn-
liches. Patient*innen sind daher auf sich
170 allein gestellt, um die Befähigung
der/des Heilpraktiker*in zu begutachten.
Zudem gibt es keine Institutionen, wie
Kammern, Krankenkassen oder Kassen-
ärztliche Vereinigungen, denen sie Re-
175 chenschaft ablegen müssten. Eine mögli-
che Kontrolle gibt es nur, wie oben be-
schrieben, bei Beschwerden. Zudem sind

180 Heilpraktiker*innen an keine weiteren
Leitlinien gebunden. Natürlich gibt es
auch mehrere Verbände, die auf unter-
185 verschiedene Themen Schwerpunkte set-
zen, jedoch sind Heilpraktiker*innen
nicht verpflichtet sich einem Verband
anzuschließen. Doch auch bei den Dach-
verbänden gibt es keine weiteren Institu-
tionen, die für Qualität und Transparenz
stehen.

190 Nach StGB §203 (Verletzung von Privat-
geheimnissen) gehören Heilprakti-
ker*innen zu der Berufsgruppe, die nicht
an die Verschwiegenheitspflicht gebun-
den sind. Dazu gehören im medizini-
195 schen Bereich Ärzt*innen, Tierärzt*innen,
Apotheker*innen oder Angehörige eines
anderen Heilberufs mit einer staatlich
geregelten Ausbildung. Da es keine Aus-
bildung bei Heilpraktiker*innen gibt, fällt
200 der Beruf auch nicht unter diesen Para-
graphen. Heilpraktiker*innenverbände
hatten sich 1992 auf eine „Berufsord-
nung für Heilpraktiker“ (BOH) geeignet,
die jedoch nicht für alle rechtsverbindlich
205 ist, sondern nur als vereinsinternes Recht
für die Mitglieder die Gültigkeit besitzt.

210 Artikel 3 der BOH verpflichtet sie zu einer
Schweigepflicht, jedoch haben diese kein
Zeugnisverweigerungsrecht nach StPO
§53 („Zeugnisverweigerungsrecht der
Berufsheimnisträger*innen“). Verstöße
215 gegen die BOH führen zu einem Ver-
fahren, in dem darüber entschieden
wird, ob ein/e Heilpraktiker*in im Inter-
esse des Standes aus dem Verband aus-
zuschließen ist. Hier steht aber nichts
von einem Entzug der Erlaubnis der Heil-
kunde durch Gesundheitsämter.

220 Der Beruf ist durch das HeilprG in nur
wenigen Tätigkeiten beschränkt. Explizit
ist das Verbot der Ausübung von Heil-
kunde im Umerziehen und der Zahlheil-
kunde. Andere Gesetze, wie z.B.
225 Hebammengesetz, Infektionsschutzge-
setz, Arzneimittelgesetz, schränken die

230 Tätigkeiten ein. Die „Verbote“ sind somit über einige Gesetze verteilt. Was dürfen jedoch Heilpraktiker*innen? Sie dürfen Blut abnehmen, Injektionen setzen, Wirbelsäulenverrenkungen, Umgang mit Chemikalien, etc.

235 Nach Artikel 7 der BOH „In Fällen, in denen eine Spezialuntersuchung, eine Operation oder eine sonstige therapeutische Maßnahme erforderlich ist, die vom Heilpraktiker nicht selbst vorgenommen werden kann, sollte rechtzeitig mit allem Nachdruck auf die Notwendigkeit einer solchen Maßnahme hingewiesen werden.“, ist eine Operation möglich. Dafür wäre aber ein/e Anästhesist*in notwendig, der/die eine Anästhesie vornimmt, da Heilpraktiker*innen keine verschreibungspflichtigen Arzneimittel anwenden oder verschreiben dürfen. Invasive Maßnahmen in der BOH sind jedoch nicht explizit eingeschränkt.

250 Pflegekräfte und Medizinische Fachangestellte dürfen hingegen allenfalls Blut abnehmen und dies auch nur, wenn die Tätigkeit ärztlich delegiert wird. Sie haben im Gegensatz zu Heilpraktiker*innen eine staatlich anerkannte staatliche Ausbildung und doch dürfen sie nicht ohne ärztliche Befugnisse die Tätigkeiten ausüben, wie es Heilpraktiker*innen dürfen.

Antragsbereich A/ Antrag 14

*Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bremen*

Verabschiedung des Pflegereformgesetzes und der Einführung der Generalistik im Bundestag

Verabschiedung des Pflegereformgesetzes und der Einführung der Generalistik im Bundestag

Das Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) (Annahme) und die Einführung der Generalistik muss dringend vom Bundestag verab-

5 schiedet werden.

Begründung:

10 Die Aus- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen ist eine entscheidende Voraussetzung für die zukunftsorientierte Sicherstellung der fachgerechten pflegerischen Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen.

15 Um die Pflegeberufe attraktiver zu machen und die Qualität der Pflegeversorgung zu verbessern ist es dringend nötig, die Kranken-, Kinder- und Altenpflege zu
20 einer generalistischen Ausbildung (Generalistik) zusammenzufassen; damit würden auch Anforderungen der EU erfüllt. Denn eine getrennte Weiterentwicklung der Ausbildung nach dem Altenpflegegesetz und dem Krankenpflegegesetz kann
25 die notwendige Flexibilität zur Bewältigung der Herausforderungen des sich stark verändernden Berufsfeldes der Pflege nicht mehr gewährleisten, da die
30 Menschen in unserer Gesellschaft erfreulicherweise älter werden, dadurch aber behandlungsbedürftiger. Die Ansprüche an die Pflegeberufe werden damit komplexer, die durch eine getrennte Ausbildung nicht mehr erfüllt werden können. Fachübergreifende Qualifikationen, die den pflegerischen und den medizinischen Bereich und auch pflegewissenschaftliche Erkenntnisse abdecken, sind
35 zukünftig dringend nötig.
40

45 Der Entwurf des Pflegeberufreformgesetz des Bundesgesundheitsministers kann dazu mit der Einführung der Generalistik einen wichtigen Beitrag leisten. Leider ist das Gesetzgebungsverfahren seit der Sommerpause durch die CDU blockiert worden. Unverständlicherweise haben sich Mitglieder der CDU
50 anscheinend von irreführenden Argumenten von Arbeitgebervertretern von Pflegeorganisationen, die vorrangig an ihre Kosten denken, beeindrucken lassen.

55 Behauptungen, Generalistik sei keine
ausreichende Spezialisierung der Alten-
und Kinderkrankenpflege, ist falsch. Die
Generalistik läßt zukünftig auch durch
spezielle fachbezogene Weiterbildung
60 Schwerpunktsetzung in beiden Berufen
zu.

Die ASG fordert deshalb die SPD Bunde-
stagsfraktion auf, alle notwendigen An-
strengungen zu unternehmen, damit das
65 Gesetzgebungsverfahren des PflBRefG in
dieser Legislaturperiode unbedingt abge-
schlossen wird. Eine unverantwortliche
Verschiebung in die neue Legislaturpe-
riode würde für alle Pflegeberufe sehr
70 nachteilig sein und den Fachkräftemangel
deutlich verschärfen. Außerdem
würden dann auch die EU Forderungen
gültig werden, die zu erheblichen Nach-
teile für die Pflegeberufen führen wür-
den.

Digitales

Antragsbereich D/ **Antrag 1**

*Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Berlin*

Einführung der digitalen Patientenakte und Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen **Einführung der digitalen Patientenakte und Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen**

1. Digitalisierung im Gesundheitswesen (Annahme)

– patientenzentriert und transparent EmpfängerIn: SPD-Bundestagsfraktion
Die flächendeckende und hochwertige
5 medizinische Versorgung für alle ist das
primäre Ziel sozialdemokratischer
Gesundheitspolitik. Um den besonderen
Herausforderungen der unterschiedli-
chen Versorgungssituationen in Bal-
10 lungsräumen und strukturschwachen
Regionen sowie der demographischen

15 Entwicklung zu begegnen, müssen wir
Innovationen in der Versorgung fördern.
Gleichzeitig müssen der Zugang zur
Gesundheitsversorgung für Patientinnen
und Patienten erleichtert, sowie die Ar-
beitsprozesse und die Kommunikation
der Gesundheitsberufe untereinander
20 optimiert werden. Das Erreichen dieser
Ziele wird durch eine konsequente Digi-
talisierung im Gesundheitswesen unter-
stützt. Dabei müssen die Bedürfnisse von
Patientinnen und Patienten klar im Fo-
kus stehen. Chancen bestehen vor allem
25 in der Vermeidung unnötiger Untersu-
chungen durch eine verbesserte und
transparente Dokumentation sowie in
der verbesserten Versorgung über Sekto-
rengrenzen hinweg.

30 2. Recht auf eine elektronische Patien-
tenakte

35 Zentrales Element digitaler Innovationen
für Patientinnen und Patienten ist deren
Zugang zu einer persönlichen elektroni-
schen Patientenakte. Sie eröffnet Patien-
tinnen und Patienten neue Entschei-
dungsmöglichkeiten, gibt ihnen im Sinne
40 einer gestärkten informationellen
Selbstbestimmung die Kontrolle über die
eigenen Gesundheitsdaten und ermög-
licht eine Versorgung, die sich an der
individuellen Lebenssituation orientiert.
45 In der Akte sollen alle Befunde, Arztbrie-
fe, Notfalldokumente, der Medikations-
plan und gegebenenfalls weitere Daten
gespeichert werden und bei der Behand-
lung zugänglich sein. Die Patientinnen
50 und Patienten haben hierbei stets die
Hoheit über ihre Daten und entscheiden
sowohl über die Speicherung als auch
über den Zugriff durch weiterbehand-
elnde Ärzte oder andere Gesundheits-
dienstleister. Eine Erweiterung des Pa-
55 tientenrechtegesetzes (§ 630g BGB)
könnte sowohl den Versicherten der ge-
setzlichen als auch der privaten Kran-
kenversicherung das Recht auf eine

60

elektronische Patientenakte gewähren.

3. Finanzierung und Umsetzung

- 65 Die Kosten für die Anschaffung und die
Nutzung der elektronischen Patientenakte
werden durch die gesetzlichen sowie
die privaten Krankenversicherungen ge-
70 tragen. Auf längere Sicht soll sich auch
die Pflegeversicherung an der Finanzie-
rung beteiligen. Ferner werden die
Krankenkassen und alle behandelnden
Institutionen zur aktiven Information
75 über die Möglichkeiten der Nutzung der
Akte beim Kontakt mit den Patientinnen
und Patienten verpflichtet. Arztpraxen
und Kliniken werden durch ein Investiti-
onsprogramm in der Herstellung der
80 technischen Voraussetzungen zur Nut-
zung der elektronischen Patientenakte
unterstützt. Im Gegenzug besteht eine
gesetzliche Pflicht für Ärztinnen und
Ärzte sowie für Kliniken, die elektroni-
sche Patientenakte zu pflegen und zu
85 nutzen sofern dies durch die Patientin-
nen und Patienten gewünscht wird.

4. Datenstandards und Datenschutz

- 90 Um den freien Datenaustausch zwischen
verschiedenen informationstechnischen
Systemen zu ermöglichen und gleichzei-
tig einen hohen Datenschutz zu gewähr-
95 leisten, dürfen nur solche Angebote fi-
nanziert werden, die a) durch das BSI auf
ihre Sicherheit zertifiziert wurden und b)
den zu definierenden Kommunikations-
standards folgen und somit die
100 Telematikinfrastruktur zum Datenaus-
tausch nutzen. Nur so wird die unpro-
blematische Verwendung in den Arzt-
praxen sowie Kliniken unabhängig von
dem von Patientinnen und Patienten frei
gewählten Anbietern einer Akte sicher-
105 gestellt.

5. Berücksichtigung der digitalen Nut- zungsrealitäten

- 110 Die Nachfrage nach digitalen Gesundheitsleistungen wird zunehmen. Dies trifft sowohl auf Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben als auch auf digitale Kommunikation zwischen Ärzten und Patientinnen und Patienten bzw. zwischen Pflegenden und Pflegekräften zu. Telemedizinische Anwendungen inklusive mobiler medizinischer Anwendungen (Apps bzw. mHealth-Anwendungen) müssen zügig Bestandteil der Regelversorgung werden, sofern ein Nutzen nachgewiesen ist. Es braucht ein angemessenes Verfahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss, um solche Angebote schnell in die Regelversorgung aufnehmen zu können. Die Kommunikation mit der elektronischen Patientenakte sollte eine Voraussetzung für die Nutzung telemedizinischer Leistungen sein.
- 115
- 120
- 125
- 130 Der Bund fördert zusätzlich die begleitende Forschung zu Nutzen und Risiken der Digitalisierung im Gesundheitswesen.

Antragsbereich D/ **Antrag 2**

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Berlin

EmpfängerIn(nen):

SPD-Bundestagsfraktion

Patientenzentrierte Vernetzung und Zusammenarbeit der Sektoren in eHealth-Strategie konsequent weiterentwickeln

Patientenzentrierte Vernetzung und Zusammenarbeit der Sektoren in eHealth-Strategie konsequent weiterentwickeln

- 5 Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefordert, sich im Rahmen einer nationalen eHealth-Strategie unter anderem für die stärkere Ausrichtung an bereits bestehende Standards zur Schaffung einer patientenzentrierten Interoperabilität einzusetzen und dabei konsequent die betroffenen (Annahme)

10 Berufsgruppen einzubinden.

Begründung:

15 Die patientenzentrierte Interoperabilität über die Sektorengrenzen hinweg ist kein rein technisches Problem einer kleinen Gruppe von IT-Experten in Wissenschaft und Industrie, sondern eine zentrale gesamtgesellschaftliche Aufgabe in einer zunehmend älter werdenden Gesellschaft. Denn sie umfasst mehr als die Festlegung von technischen Übertragungsstandards, etwa für die Vergütung des Arztbriefverkehrs.

25 Eine gelungene elektronische Vernetzung ermöglicht die effiziente und ethisch korrekte Nutzung von Daten und IT-Infrastruktur aller beteiligten Berufsgruppen gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten.

30
35 Trotz weitgehendem Konsens aller Beteiligten in dieser grundlegenden Betrachtungsweise, gelingt es in der Bundesrepublik bisher nicht, eine gemeinsame übergeordnete nationale eHealth-Strategie zu entwickeln, die eine einheitliche Dokumentationssprache und inhaltlich orientierte Standards als gemeinsamen Nenner zur sicheren Verständigung in der medizinischen Versorgung benennt und für den zukünftigen inhaltlichen Informationsaustausch verbindlich festlegt.

45
50 Auch die Einbindung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe, der Pflegekräfte und der Angehörigen von Therapieberufen in die deutsche eHealth-Entwicklung ist nach wie vor mangelhaft. Die Anreizsysteme fokussieren erneut die ärztliche Profession. Von den technologischen Möglichkeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen sollten allerdings alle an der Versorgungskette beteiligten Berufsgruppen profitieren.

60 Das am 29.12.2015 in Kraft getretene
Gesetz für sichere Kommunikation und
Anwendung im Gesundheitswesen
(eHealthG) erkennt zwar das gewichtige
Problem der „heterogenen IT-
Landschaft“ in der Krankenversorgung
65 und initiiert ein Interoperabilitätsver-
zeichnis gemäß § 291e SGB V.

70 Doch diese Schritte ersetzen nicht die
notwendige Festlegung einer gemein-
samen Dokumentationssprache, die
internationale Standards erfüllt.

75 Basis für eine sichere und effiziente digi-
tale Kommunikation im Gesundheitswe-
sen ist allerdings eine einheitliche Do-
kumentationssprache in Anlehnung an
internationale Standards. Nur so lässt
sich in einem zunehmend digitalisierten
Gesundheitswesen fehlerfrei über glei-
80 che medizinische und pflegerische Inhal-
te kommunizieren.

85 Denn selbst wenn die erfassten gesund-
heitsbezogenen Daten einen identischen
Inhalt abbilden sollen und dies explizit
vom Gesetzgeber gewollt ist², können
sie sich in der alltäglichen Versorgungs-
landschaft u.a. in Datentyp, Format, Qua-
lität und in der genutzten Dokumentati-
90 onssprache so stark unterscheiden, dass
sie nicht gemeinsam zusammengeführt
werden können und ein mangelhaftes
oder gar verzerrtes Gesamtbild des
Krankheits- und Pflegezustands des Be-
95 troffenen ergeben.

100 Die Gründe für die verzögerte Entwick-
lung sind vielfältiger Natur. Neben der
erheblichen informatischen Komplexität
der Materie, befürchten Vertreter aus der
Industrie Veränderungen im Marktge-
schehen. Denn ganze Industriezweige
haben sich in den letzten zwanzig Jahren
darauf spezialisiert, die heterogene IT-
105 Landschaft durch eigene Produkte zu
überbrücken.

- 110 Es ist damit zu rechnen, dass die beauftragte Institution (gematik) die Fülle der proprietären Lösungen, die nicht oder nur mangelhaft miteinander kommunizieren, in der vom Gesetzgeber vorgesehenen Frist bis zum 30.06.2017 bestätigen wird. Nur wird die bloße Feststellung
- 115 das Problem nicht lösen.

- 120 Es stellt sich bereits jetzt die Frage, welche Verbindlichkeiten sich hieraus ergeben sollen und wie diese konkret durch den Gesetzgeber umgesetzt werden könnten.

Antragsbereich D/ Antrag 3

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Süd

Datenschutz bei Medizinprodukten

Datenschutz bei Medizinprodukten

- 5 Patientenbezogene Daten, die durch ein Medizinprodukt, welches der Krankheitsbehandlung dient und von der GKV zur Verfügung gestellt wird, sollen zukünftig nur (und dies auch nur wenn es medizinisch notwendig ist), den behandelnden Ärztinnen/Ärzten übermittelt werden dürfen. Es ist sicherzustellen, dass diese Daten nicht auf Datenbanken des Medizinprodukteherstellers oder Leistungserbringers für diese einsehbar sind oder gar gespeichert werden. (Erledigt durch D1)
- 10

- 15 Ausnahmen sind hiervon lediglich Daten, die ausschließlich der Sicherstellung der korrekten Funktion des Medizinproduktes dienen und die keine patientenrelevanten Daten enthalten.

20 **Begründung:**

- 25 Immer mehr Medizinprodukte, die Körperzustände messen, sind vernetzt und geben personenbezogene Daten an Datenbanken der Hersteller weiter, z.T.

auch mit Smartphones-Apps. Das Spektrum reicht von Geräten zur Gewebezytometrie bis zu Geräten mit EKG-Aufzeichnung.

30

Im Sinne des Patienten- und Datenschutzes ist diese Datenweitergabe auf das unbedingt Notwendige zu beschränken.

Solidarität

Antragsbereich 5/ **Antrag 1**

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Nordrhein-Westfalen

EmpfängerIn(nen):

SPD-Bundestagsfraktion

Überprüfung des Morbi-RSA dringend erforderlich

Überprüfung des Morbi-RSA dringend erforderlich

- Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefordert, eine kritische (Annahme) Überprüfung der Wirkungsweise des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs der Gesetzlichen Krankenversicherung (Morbi-RSA) einzuleiten und den Wissenschaftlichen Beirat umgehend damit zu beauftragen. Hierbei ist insbesondere die Aufnahme sozioökonomischer Faktoren als Risikomerkmale zu untersuchen.

5

Begründung:

- 10 Überprüfung des Morbi-RSA dringend erforderlich

1. Welche relevanten Risikomerkmale finden im Morbi-RSA Berücksichtigung und welche nicht?

- 15 Der zum 01.01.1994 eingeführte Risikostrukturausgleich in der GKV wurde zum 01.01.2009 um den Morbiditätsfaktor ergänzt (Morbi-RSA). Zuvor erfolgte der Ausgleich ausschließlich auf Basis der Risikofaktoren Alter, Geschlecht, Krankengeldanspruch und Erwerbsminderungsstatus. Von 2002 bis 2008 erfolgte außerdem
- 20 eine besondere Berücksichtigung der strukturierten Behandlungs-

programme (DMP), die ab 2009 infolge der Ergänzung des Morbiditätsfaktors auf die Zuweisung der DMP-Programmkostenpauschale zurückgeführt wurde, sowie der Ausgleich von Hochkostenfällen über einen Risikopool.

25

Auch wenn mit der Einbeziehung der Morbidität als Risikofaktor ein großer Schritt in die richtige Richtung gemacht wurde, haben die ersten sieben Jahre Morbi-RSA gezeigt, dass weitere Risikofaktoren zu berücksichtigen sind, die maßgeblichen Einfluss auf die Ausgaben der Krankenkassen haben und nicht durch die Krankenkasse beeinflusst werden können.

30

Hierzu gehören insbesondere sozioökonomische Faktoren (Verteilung sozial schwächerer Menschen) sowie Rahmenbedingungen in der Versorgungsangebotsstruktur (z. B. Krankenhausplanung), die wiederum nicht selten eine Folge sozioökonomischer Verwerfungen sind.

35

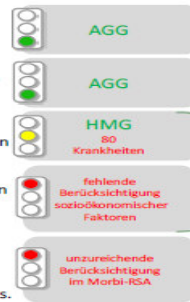
40

Wie funktioniert der Morbi-RSA

Der Morbi-RSA unternimmt den Versuch, die einkommensgerecht erhobenen GKV-Mittel risikogerecht zuzuweisen:

- ▶ **Risikofaktor „Alter“:** Gesundheitskosten steigen mit zunehmendem Alter.
- ▶ **Risikofaktor „Geschlecht“:** Frauen verursachen im Schnitt höhere Gesundheitskosten als Männer.
- ▶ **Risikofaktor „Morbidität“:** Versicherte mit schweren oder chronischen Erkrankungen verursachen höhere Gesundheitskosten.
- ▶ **Risikofaktor „sozialer Status“:** Versicherte mit geringeren Einkommen verursachen bei gleichem Alter und Geschlecht sowie gleicher Erkrankung dennoch höhere Gesundheitskosten.
- ▶ **Risikofaktor „Hochpreispatienten“:** Hochpreisige Arzneimittel (z. B. Sovaldi) lösen erhebliche nicht beeinflussbare Kostensteigerungen aus.

45



Vergleich zur klassischen versicherungsmathematischen Prämienkalkulation:

- ▶ Deshalb steigen die Prämien in der PKV mit zunehmendem Alter. (Ampel-Symbol mit grünem Licht)
- ▶ Deshalb mussten Frauen bis vor wenigen Jahren in der PKV höhere Prämien zahlen. (Ampel-Symbol mit grünem Licht)
- ▶ Deshalb gibt es in der PKV Risikoprüfungen, Risikoausschlüsse und Risikozuschläge zulasten der Versicherten. (Ampel-Symbol mit grünem Licht)
- ▶ Deshalb gibt es in der PKV Rückversicherungsmodelle („Risikopool“). (Ampel-Symbol mit grünem Licht)

50

Die fehlende Berücksichtigung wesentlicher Risikomerkmale führt heute zu gravierenden Fehlanreizen zulasten der sozial schwächeren Versicherten: Die ASG hat die Fehlanlagen im Wettbewerb der GKV von Anfang an kritisiert:

55

- Wettbewerb um versicherungstechnisch „gute Risiken“
- Pflegebedürftige, Behinderte und chronisch Kranke sind „schlechte Risiken“

60

Die Mittel aus dem Gesundheitsfonds müssen künftig dahin fließen, wo der Versorgungsbedarf der Versicherten und die hieraus resultierenden Unterschiede in den Versorgungsangebotsstrukturen dies erfordern.

65

- Heute: Sozioökonomische Faktoren finden zulasten strukturschwacher Regionen (hohe Arbeitslosigkeit, hoher Anteil an Sozialhilfeempfängern, hohe Härtefallquote) keine Berücksichtigung.
- Heute: Strukturschwächeren Regionen gehen im Gesundheitssystem erhebliche Mittel zugunsten anderer Regionen verloren.
- Heute: Unkalkulierbare Kostentreiber wie neu zugelassene

70 Hochpreispräparate werden so gut wie nicht ausgeglichen.

2. Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse liegen schon heute vor?

75 Zwar wird seit Einführung der DMP und später dem Übergang zur direkten Morbiditätsorientierung des RSA die ungleiche Verteilung von Chroniken zwischen den Krankenkassen im Ausgleichsmechanismus berücksichtigt, keine Berücksichtigung findet hingegen, dass einkommensschwächere Versicherte selbst bei gleichem Alter und Geschlecht sowie bei gleicher Erkrankung höhere Leistungsausgaben verursachen. Da die versichertenbezogenen Einkommen
80 zwischen den Krankenkassen auch knapp 20 Jahre nach Einführung der Kassenwahlfreiheit immer noch sehr ungleich verteilt sind, resultieren hieraus sehr unterschiedliche Belastungen der Versicherten. Wissenschaftliche Untersuchungen belegen dies
85 eindrucksvoll:

a) Ergebnis einer Studie der Universität Düsseldorf aus dem Jahre 2014:

90 Hiernach ist die Lebenserwartung mit steigendem Einkommen und sozialem Status bei Frauen um bis zu 8,4 Jahre und bei Männern um bis zu 10,8 Jahre höher.

b) Ergebnis einer Studie der Universität Essen aus dem Jahre 2014: Da die Einkommen den Krankenkassen nicht versichertenbezogen
95 bekannt sind, wurde in verschiedenen Modellen untersucht, welche Verbesserungen in der Zuweisungsgüte erreicht werden können, wenn Versicherte, die infolge ihres geringeren Einkommens von den Zuzahlungen nach § 62 SGB V befreit sind, im RSA mit einem besonderen Risikomerkmale versehen werden.

100 Versicherte mit Befreiungsstatus nach § 62 SGB V weisen im Morbi-RSA aktuell eine Unterdeckung von 12 % auf. Alle geprüften Modellansätze zur Berücksichtigung des Befreiungsstatus nach § 62 SGB V führen hingegen zu einer deutlichen Verbesserung in der
105 Zuweisungsgerechtigkeit.

c) Zentrale Aussagen des Robert Koch Institutes zum Thema „Gesundheit in Deutschland“:

110 - Frauen mit niedrigem Einkommen haben eine um acht Jahre geringere Lebenserwartung als Frauen mit hohem Einkommen; bei Männern beträgt der Unterschied elf Jahre.
- Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Erkrankungsrisiko: Ein niedriger sozioökonomischer Status geht häufiger mit Krankheiten wie Herzinfarkt und Schlaganfall, bestimmten
115 Krebsarten wie Lungen- und Magenkrebs, Stoffwechselstörungen wie Diabetes mellitus sowie degenerativen Erkran-

kungen des Muskel- und Skelettsystems einher.

120

Unterschiede im Krankheits- und Sterbe geschehen lassen sich zum Teil auf Unterschiede im Gesundheitsverhalten und der damit verbundenen Risikofaktoren zurückführen (höherer Anteil an Rauchern, weniger sportliche Aktivität, ungünstiges Ernährungsverhalten, stärkere Verbreitung von Adipositas)

125

Ausgehend vom Grundverständnis einer solidarischen Gesundheitspolitik unterstützt daher auch die Landesgesundheitskonferenz NRW in ihrer Entschlie ßung vom 20. November 2014 das Ziel einer bedarfsgerechten und niederschwellig zugänglichen gesundheitlichen Versorgung für alle Menschen unabhängig von deren sozialem Status, Alter, Herkunft oder Geschlecht.

130

Zahlreiche Studien belegen eindeutig, dass ein enger Zusammenhang zwischen der sozio-ökonomischen Lage und dem Gesundheitszustand besteht: Menschen, die dauerhaft materielle Schwierigkeiten und soziale Ausgrenzung erleben, erkranken signifikant häufiger als Menschen, die diese Erfahrungen nicht machen. Umgekehrt gilt ebenfalls: Wer chronisch krank wird, läuft stärker Gefahr, in prekäre Lebensverhältnisse abzurutschen. Neben der materiellen Armut werden prekäre Lebenslagen durch eine eingeschränkte Teilhabe am ökonomischen, sozialen, kulturellen und politischen Leben gekennzeichnet. Dieser „Teufelskreis“ materieller und sozialer Probleme verbunden mit einem erhöhten Krankheitsrisiko ist oftmals nur schwer zu durchbrechen.

135

140

145

Die Gesundheitsberichterstattung für Deutschland zeigt, dass psychische und somatische Erkrankungen wie Depressionen, Suchterkrankungen, koronare Herzkrankheit, Typ-2-Diabetes, bestimmte Tumore oder chronische Atemwegserkrankungen, bei Personen mit geringem Einkommen häufiger vorkommen als bei Menschen mit hohem Einkommen.

150

Steigende Erkrankungszahlen werden auch im Zusammenhang mit einer fehlenden sozialen Teilhabe, zum Beispiel bei Menschen, die lange Zeit ohne Arbeit sind, aufgezeigt.

155

Die erhöhten Erkrankungsrisiken gehen mit einer insgesamt verringerten Lebenserwartung einher.

160

Ähnliche Zusammenhänge lassen sich auch zum todesursachenspezifischen Sterblichkeitsgeschehen nachweisen, etwa in Bezug auf vorzeitigen Tod durch Herzinfarkt oder auch eine überproportional hohe Säuglingssterblichkeit.

165

Sofern Unterschiede im Anteil einkommenschwächerer

Versicherter auf regionale Strukturen zurückzuführen sind, würden diese bei einer Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren insoweit mit aufgefangen, ohne Anreize zur Unwirtschaftlichkeit zu setzen.

Ebenso würde in bestimmtem Umfang automatisch eine Berücksichtigung von Hochkostenfällen erfolgen, da diese bekanntlich primär den sozial schwächeren Versicherten zuzuordnen sind.

Je höher der Anteil sozial schwächerer Menschen am Versichertenbestand ist, desto höher sind die Unterdeckungen im Morbi-RSA für die Solidargemeinschaft der Krankenkasse. Die Mittel aus dem Gesundheitsfonds kommen heute nachweislich nicht da an, wo der Versorgungsbedarf der Versicherten und die hieraus resultierenden Unterschiede in den Versorgungsangebotsstrukturen dies erfordern.

3. Evaluation Überprüfung Reform des Morbi-RSA jetzt anstoßen!
Bei Einführung des Krankenkassenwettbewerbs bestand ein politischer Konsens, dass im Kassenwettbewerb faire Bedingungen herrschen sollen, bei denen die Versichertenstruktur einen möglichst geringen Einfluss auf die Finanzlage der Krankenkasse ausübt. Dies ist – u. a. angesichts der sozioökonomischen Verwerfungen - jedoch nachweislich nicht der Fall.

Die Bundesregierung ist aufzufordern, eine auf rein wissenschaftlichen Erkenntnissen basierende Evaluation des Morbi-RSA einzuleiten und den Wissenschaftlichen Beirat jetzt damit zu beauftragen!

Ohnehin muss die Bundesregierung die gemäß § 269 SGB V bis zum 31.12.2015 vorzulegenden wissenschaftlichen Gutachten zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA in Bezug auf die Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte zeitnah aufgreifen und den Wissenschaftlichen Beirat beauftragen, hieraus Vorschläge für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA vorzulegen.

Die notwendige Gesamtevaluation des Morbi-RSA ist ergänzend hierzu unter Einbeziehung der weiteren bereits vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse anzustoßen, insbesondere:

- zur Einbeziehung sozioökonomischer Faktoren (Universität Essen - Prof. Wasem)

- zur Betrachtung eines Regionalfaktors (Universität Mannheim - Prof. Wille, Universität Bayreuth – Prof. Ulrich)

- zur Wirkungsweise eines Hochrisikopools (Universität Essen – Dr. Lux)

Der heutige Wettbewerb um „gute Risiken“ muss ebenso aufhören, wie die Abwehr „schlechter Risiken“. Die Versorgung der Menschen muss künftig wieder in den Mittelpunkt gerückt werden und die Mittel aus dem Gesundheitsfonds dahin fließen, wo der Versorgungsbedarf der Versicherten und die hieraus resultierenden Unterschiede in den Versorgungsangebotsstrukturen dies erfordern.

Antragsbereich S/ **Antrag 2**

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Süd

EmpfängerIn(nen):
SPD-Bundestagsfraktion

**Privatisierungen im Gesundheitswesen
stoppen!**

**Privatisierungen im Gesundheitswesen
stoppen!**

Landkreisen und Städten muss es möglich sein zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung notwendige Krankenhäuser, insbesondere der Maximalversorgung, zu halten. Die medizinische Versorgung darf nicht in der Hand von privaten Konzernen mit dem Ziel der Gewinnmaximierung liegen. (Annahme)

Bund und die Länder müssen die Budgets für die Investitionskosten der Kliniken erhöhen – hier herrscht aktuell ein hoher Investitionsstau, der auf dem Rücken der Patient*innen ausgetragen wird.

Begründung:

Die seit den 80er Jahren anhaltende Ökonomisierung öffentlicher Güter hat auch vor dem Gesundheitssystem keinen Halt gemacht. Gesundheit wird oft nicht mehr als vom Staat zu schützendes Gut gesehen, sondern vor allem als Kostenfaktor. Nicht erst seit der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems ist es möglich mit dem Gut Gesundheit Profit zu machen. Durch die Privatisierung von immer mehr Krankenhäusern, haben sich

30 die Zielsetzungen dieser Einrichtung vom Patient*innenwohl zur Gewinnerbringung hin verschoben.

35 Dem muss Einhaltung geboten werden. Krankenhäuser der Maximalversorgung betreiben besonders häufig defizitäre Abteilungen wie Zentrale Notaufnahmen, stellen aber die wichtige ortsnahe medizinische Grundversorgung der Bevölkerung sicher. Landkreisen und Städten muss ermöglicht werden Kliniken der
40 Maximalversorgung trotz roter Zahlen zu halten. Patient*innen sind nicht dazu da, Gewinne zu schöpfen, sondern um gesund zu werden: Wenn die Fallpauschalen nicht ausreichend hoch berechnet
45 wurden, um Krankenhäuser in öffentlicher Hand zu halten, liegt dies am System und darf nicht zulasten der Bürger*innen ausfallen.

Antragsbereich 5/Antrag 3

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hannover

Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung GKV

Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung GKV

Es wird weiterhin die paritätische Finanzierung zu gleichen Teilen von Arbeitgeber und Arbeitnehmer gefordert. (Erledigt durch L1)

5 Bei Personen wo kein Arbeitgeber vorhanden ist (z. B. Leistungsempfänger nach dem SGB II, SGB XII und dem Asylbewerber Leistungsgesetz) ist der Gesamtbeitrag (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil) i. H. des geringsten Beitrages eines Versicherten von den Leistungsträger, welcher für die vorgenannten Personengruppen Geld- bzw. Sachleistungen erbringt, zu tragen.
10
15

Begründung:

- 20 Die Begründung der paritätischen Beitragszahlung siehe die Antragspakete zu den vorherigen Bundeskonferenzen. Bei Personen die u. a. Lohnersatzleistungen erhalten, sind die Beitragsanteile in einen Gesamtbetrag zu tragen. Der Differenzbetrag geht sonst zu Lasten der
- 25 Versichertengemeinschaft.

*Antragsbereich 5/ **Antrag 4***

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Baden-Württemberg

EmpfängerIn(nen):

SPD-Bundestagsfraktion

SPD-Parteivorstand

Patientenentschädigungs- und Härtefallfonds als sinnvolle Ergänzung der bestehenden Regelungen zur Unterstützung von Patientinnen und Patienten in Schadensfällen

Patientenentschädigungs- und Härtefallfonds als sinnvolle Ergänzung der bestehenden Regelungen zur Unterstützung von Patientinnen und Patienten in Schadensfällen

- 5 Wir fordern als sinnvolle Ergänzung der bestehenden Regelungen einen Patientenentschädigungs- und Härtefallfonds zu schaffen. Der SPD-Parteivorstand wird daher aufgefordert, das Begehren der Bundesländer Rheinland-Pfalz und Bayern zur Einrichtung eines Patientenentschädigungs- und Härtefallfonds (PatEHF) als eine bundesunmittelbare Stiftung des öffentlichen Rechts, die aus Haushaltsmitteln des Bundes finanziert wird, zu unterstützen (BR 665/16 Drucksache BT-Drs.17/ 11008).
- 10
- 15 Ein solcher Fonds wäre ein wichtiges Instrument, mit dessen Hilfe
- 20
- eine Anerkennung der Schädigung stattfindet, die ein Patient erlitten hat.
 - es gerade in psychisch besonders bela-
- (Annahme in geänderter Fassung der Antragskommission)
- Zeilen 66 - 85 der Begründung in Zeile 39 einfügen
- Zeilen 87 - 127 streichen

stenden Auseinandersetzungen sehr viel schneller als heute gelingen könnte, Rechtsfrieden herzustellen.

25

- Krankenkassen und Versicherer mit weit weniger Aufwand eine Verständigung über etwaige Regresse erzielen könnten.

30

- eine Entlastung der Gerichte erreicht werden könnte.

35

- das Arzt-Patientenverhältnis weit weniger Schaden nehmen würde als während einer verfestigten gerichtlichen Auseinandersetzung.

Begründung:

40

Die Durchsetzung arthaftungsrechtlicher Schadensersatzansprüche scheidet häufig an der fehlenden Möglichkeit nachzuweisen, dass der Gesundheitsschaden durch eine fehlerhafte Behandlung verursacht wurde. Auch wenn das Vorliegen eines ärztlichen Fehlers naheliegt, müssen Patientinnen und Patienten die schwerwiegenden gesundheitlichen und finanziellen Folgen der Behandlung tragen, wenn sie die für die Arzthaftung erforderlichen Voraussetzungen nicht zur Überzeugung des Gerichts nachweisen können und kein Ersatz von Dritten, insbesondere sozialen Leistungsträgern, erfolgt. Um etwaige vor diesem Hintergrund noch bestehende Gerechtigkeitslücken, die auch nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes noch bestehen, bei der Durchsetzung haftungsrechtlicher Schadensersatzansprüche im Falle behandlungsinduzierter erheblicher Gesundheitsverletzungen zu identifizieren und gegebenenfalls zu schließen, soll der PatEHF eingerichtet werden. Ein Leistungsanspruch aus dem PatEHF soll unter folgenden (kumulativen) Voraussetzungen gegeben sein:

45

50

55

60

65

70

- überwiegend wahrscheinlicher Be-

- handlungs- oder Organisationsfehler
oder unbekannte Komplikation,
- 75 – erhebliche Gesundheitsverletzung,
- überwiegend wahrscheinlich durch die
Behandlung verursacht, – nachhaltige
Belastung der Lebensführung oder -
80 situation des Geschädigten bzw. seiner
Angehörigen (im Falle des Todes).
- Der PatEHF soll das bestehende zivil-
rechtliche Haftungssystem nicht erset-
zen, sondern dieses ergänzen.
- 85
- Der Patientenentschädigungsfonds soll
subsidiär sein und nur dann greifen,
wenn vorrangige haftungsrechtliche
Verfahren abgeschlossen sind und eine
90 anderweitige Haftung für die eingetre-
tene Gesundheitsverletzung durch die
Gutachterkommission, Schlichtungsstel-
le, den MDK oder durch das Gericht ab-
gelehnt wurde. Die Höchstsumme der
95 Entschädigung soll auf 100.000 Euro
begrenzt sein und nur in Ausnahmefäl-
len auf bis zu 200.000 Euro erhöht wer-
den. Immaterielle Schäden sollen nicht
erstattet werden.
- 100
- Der Härtefallfonds soll soziale Härtefälle
im Wege einer Überbrückungsleistung
ausgleichen, wenn die allgemeinen Lei-
stungsvoraussetzungen des PatEHF im
105 Rahmen einer summarischen Prüfung
bejaht wurden. Bei Vorliegen dieser Vor-
aussetzungen können einmalig bis zu
20.000 Euro als Sonderleistung, oder zur
Durchsetzung des haftungsrechtlichen
110 Anspruchs, ausbezahlt werden. Der
PatEHF soll zunächst für alle Behandlun-
gen in nach § 108 SGB V zugelassenen
Krankenhäusern gelten und als ein auf
zehn Jahre angelegtes Modellprojekt
115 konzipiert sein. In diesen zehn Jahren
sollen unter wissenschaftlicher Beglei-
tung alle relevanten Daten (Zahl der An-
spruchsteller, finanzielles Volumen, Ver-
fahren zur Abwicklung der Ansprüche,

- 120 Bewährung der Leistungsvoraussetzungen etc.) erhoben werden, bevor der Fonds in eine endgültige und ggfs. sektorübergreifende Form überführt werden kann. Der PatEHF soll als bundesunmittelbare Stiftung des öffentlichen Rechts konzipiert erfolgen soll.
- 125

Antragsbereich 5/ **Antrag 5**

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Baden-Württemberg

EmpfängerIn(nen):

SPD-Bundestagsfraktion

SPD-Parteivorstand

Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der gesetzlichen Pflegeversicherung (PflV) zur Bürgerversicherung und Rückkehr zur paritätischen Beitragssatzfinanzierung

1. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die gesetzliche Pflegeversicherung (PflV) werden zur Bürgerversicherung für alle Inlandsbürger weiterentwickelt. Diese Forderung wird als zentrale Forderung in das Wahlprogramm aufgenommen.
- 5
2. Parallel dazu werden die SPD-geführten und
- 10
- mitgeführten Landesregierungen aufgefordert, baldmöglichst eine Bundesratsinitiative zur Einführung der Bürgerversicherung sowohl in der Kranken- als auch in der Pflegeversicherung zu ergreifen.
- 15
3. Als ersten und notwendigen Schritt zur Wiederherstellung der paritätischen Beitragsfinanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), fordert die ASG-Bundesdelegiertenkonferenz, gesetzliche Initiativen sowohl im Bunde-
- 20

25 stag als auch im Bundesrat zur
Wiederherstellung der vollen Beitrags-
satzparität zu ergreifen.

Begründung:

30 Bereits vor 13 Jahren beschloss der Bun-
desparteitag der SPD die Einführung der
Bürgerversicherung. Obwohl die SPD auf
Bundesebene mehrfach in Regierungsve-
35 rantwortung war (und derzeit ist) wurde
diese Forderung nicht durchgesetzt. Poli-
tische Glaubwürdigkeit wird nur dann
erreicht, wenn Forderungen nicht nur auf
Parteitage beschlossen, sondern auch
40 durchgesetzt werden.

Die überwiegend durch Pflichtbeiträge
finanzierte gesetzliche Krankenversiche-
45 rung (GKV) sowie die gesetzliche Pflege-
versicherung (GPfl) sind, auch bei aller
berechtigter Kritik

an einzelnen Versorgungsdefiziten, ein
Garant für eine durchgehende Versor-
50 gungskette – Gesundheitsförderung,
Prävention, Früherkennung, Akutbe-
handlung, Rehabilitation, soziale Dienste
und pflegerische Versorgung der
Versicherten im Krankheits- und Pflege-
fall. Die ASG steht zu diesem sozialstaat-
55 lich ausgerichteten, öffentlichen und
selbstverwalteten Gesundheits- und
Pflegesystem und fordert deshalb, dies
zu einer allgemeinen Pflichtbürgerversi-
cherung auszubauen.

60 Die Einteilung in Versicherungspflichtige,
Versicherungsberechtigte und Versiche-
rungsfreie ist gesundheits- und sozialpo-
litisch falsch und gesellschaftspolitisch
65 fragwürdig. Die seit vielen Jahren von
SPD und anderen Parteien, Gewerkschaf-
ten, Sozialverbänden und Wissenschaft-
lern eingeforderte Reform für eine sozia-
le Bürgerkrankenversicherung und Bür-
70 gerpflegeversicherung ist deshalb längst
überfällig.

75 Gerade eine älter werdende Gesellschaft benötigt bedarfs-gerechte Versorgungsstrukturen, die darauf abzielen, die Gesundheit im Alter professionell zu unterstützen, die Selbsthilfe zu fördern und Verwaltungsnähe zu sichern. Diesem sich verändernden Morbiditäts-spektrum hat die Infrastruktur der Kranken-und Pflegeversicherungen Rechnung zu tragen.

85 D.h. für die Krankenversorgung:

- ständige Anpassung an die soziodemografischen und multimorbiden Veränderungen und den medizinischen Fortschritt,

90 - qualitätsgesicherte, medizinische Innovationen sind in höchsten Qualitätsstandards allen Versicherten solidarisch finanziert zur Verfügung zu stellen.

95 D.h. für die Pflegeversorgung:

100 - alle pflegebedingten Ausgaben sind insgesamt solidarisch als Vollversicherung einschließlich der dafür notwendigen Finanzmittel über Beiträge und Steuermittel absichern,

105 - die Pflegeleistungen sind der Kostenentwicklung an-zupassen und jährlich zu dynamisieren.

110 Mit dem zum 1.1.2015 in Kraft getretenen „Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)“ wurde der paritätisch finanzierte GKV-Beitragssatz auf 14,6 v.H. festgesetzt. Damit wurde gleichzeitig der Arbeitgeberanteil bei 7,3 v.H. de facto festgeschrieben. Die Selbstverwaltung (Vorstand und Verwaltungsrat) der jeweiligen Krankenkasse ist verpflichtet, den bedarfsnotwendigen Versichertenzusatz-beitrag festzusetzen. Die Folge ist, dass Ausgaben der Krankenkassen, die

115

120

- 125 über der Grundlohnsummensteigerung liegen, allein von den Versicherten über den kassenindividuellen Zusatzbeitrag finanziert werden müssen. Die paritätische Finanzierung wurde damit ein weiteres Mal aufgegeben, und es rückt der Zusatzbeitrag als entscheidender Wettbewerbsparameter für die angeblich wirtschaftliche bzw. unwirtschaftliche Verwendung der Beitragsgelder in den Vordergrund. Es wird ein politisch-medialer Druck auf die jeweiligen Krankenkassen ausgeübt, Einsparungen bei der Gewährung von Leistungen oder im Service gegenüber den Versicherten vorzunehmen.

Antragsbereich 5/Antrag 6

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Saar

EmpfängerIn(nen):

Sozialdemokratische Mitglieder in den Landesregierungen

Finanzierung

Finanzierung

- 5 Wir fordern die SPD auf Landes- sowie (Erledigt durch L1) auf Bundesebene auf, sich im Hinblick auf die drängenden Handlungsbedarfe im Gesundheitswesens für die Umsetzung des Konzeptes der Bürgerversicherung stark zu machen um damit die Basis für eine nachhaltige, solidarische Finanzierung von Infrastruktur, Prävention und Gesundheitsversorgung zu schaffen.

10

Begründung:

- 15 Die Angebote im Gesundheitswesen müssen für alle BürgerInnen vorgehalten werden und bei Bedarf von allen BürgerInnen in Anspruch genommen werden können. Daher sollte die Finanzierung dieser Angebote auch solidarisch, auf alle BürgerInnen, entsprechend ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit, verteilt werden.
- 20

Versorgung

Antragsbereich V/ **Antrag 1**

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Berlin

EmpfängerIn(nen):
SPD-Landtagsfraktionen

Stationäre Versorgung an den Bedürfnissen der Patient*innen ausrichten

Stationäre Versorgung an den Bedürfnissen der Patient*innen ausrichten

Die ASG fordert die sozialdemokratischen Mitglieder der Landesregierungen auf, sich in Regionen mit hoher stationärer Bettendichte weiterhin für eine Umstrukturierung und Konzentration von Krankenhausabteilungen bzw. Krankenhausstandorten einzusetzen. Dadurch soll die Qualität der Patientenversorgung und die die Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter im Gesundheitswesen verbessert werden.

(Annahme)

Dafür sollen insbesondere die Mittel aus dem Krankenhausstrukturfonds verwendet werden, um die bestehende Infrastruktur beispielsweise für benötigte Pflegeeinrichtungen oder ambulante Gesundheitszentren nutzbar zu machen.

20 **Begründung:**

Nach wie vor gibt es mit fast 2.000 Krankenhäusern und ca. 500.000 Betten in Deutschland eine unnötig hohe Dichte an stationären Versorgungseinrichtungen. Im Vergleich zum OECD-Durchschnitt sind es zwei Drittel mehr Betten und gegenüber Schweden mehr als doppelt so viele Betten. Diese Unterschiede sind medizinisch nicht begründbar. Dementsprechend ist die Verweildauer lang (7,3 vs. 6,0 Tage im OECD Durchschnitt), die Anzahl der Krankenhausaufenthalte sehr hoch (238 je 1.000

35 Einwohner) und die Auslastung mäßig (77,6%).

40 Diese stationären Überkapazitäten führen auch dazu, dass – verschärft durch den bereits bestehenden Fachkräftemangel - die Personaldecke in den Krankenhäusern sehr dünn ist. Dies verschlechtert nicht nur die Qualität der medizinischen Versorgung; es ist auch ein wichtiger Grund für die schwierigen Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter*innen den Krankenhäusern. Forderungen nach mehr und hochqualifizierten Personal in den bestehenden Strukturen kann und wird sowohl an finanzielle als auch personelle Grenzen stoßen. Aus diesen Gründen sollte die Krankenhauslandschaft so weiterentwickelt werden, dass eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten ermöglicht wird. Dadurch wird die Qualität der Versorgung gesteigert, die Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessert. Die investiven Mittel können dann effizienter eingesetzt werden. Die Expertise der Mitarbeiter*innen wird konzentriert, wodurch die Qualität der Patientenversorgung sich verbessert.

Antragsbereich V/ Antrag 2

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Süd

EmpfängerIn(nen):
SPD-Bundestagsfraktion

Öffentlich betriebene MVZs ermöglichen **Öffentlich betriebene MVZs ermöglichen**

5 Landkreise und Städte sollen darin (Erledigt durch Gesetzgebung) unterstützt werden selbst Medizinische Versorgungszentren (MVZ) einzurichten und zu betreiben, um die medizinische Versorgung, auch in ländlichen Gebieten sicherzustellen. Ärzt*innen und medizi-

- 10 nischem Fachpersonal wird es so ermöglicht ohne das Risiko der Selbstständigkeit in einer Festanstellung ambulant tätig zu sein. Die Arbeitsbedingungen, insbesondere für Allgemeinmediziner*innen und die flächendeckende medizinische Versorgung können so verbessert werden.

Antragsbereich V/ **Antrag 3**

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Berlin

EmpfängerIn(nen):

SPD-Bundestagsfraktion

Einheitliche Standards für Terminservicestellen bundesweit durchsetzen

Einheitliche Standards für Terminservicestellen bundesweit durchsetzen

- 5 Die ASG fordert die SPD-Bundestagsfraktion auf, durch eine bundesgesetzliche Regelung sicherzustellen, dass bundesweit einheitlich hohe Standards für alle Terminservicestellen gelten. Dies umfasst insbesondere eine telefonische Erreichbarkeit der Terminservicestellen in der Höhe von 8 Stunden täglich; die
- 10 Pflicht für Vertragsärzt*innen und künftig auch Vertragspsychotherapeut*innen, freie Termine zu melden sowie die Möglichkeit für Patient*innen, Termine aufgrund von medizinischer Dringlichkeit jederzeit elektronisch zu vereinbaren.
- 15
- 20 Darüber hinaus sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, die Patient*innen über die Terminservicestellen gut sichtbar und ohne Wertung auf ihren Websites und anderen geeigneten Medien zu informieren.

Begründung:

- 25 Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) hat die Bundesregierung sog. Terminservicestellen geschaf-

30 fen. Diese wurden zum 23. Januar 2016 durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) geschaffen und sollen gesetzlich Versicherten innerhalb von maximal vier Wochen einen Termin bei Fachärzt*innen vermitteln.

35 Die Terminservicestellen können dauerhaft kein Ersatz für die Einführung einer
Bürgerversicherung sein, die das eigentliche Problem – die Ungleichbehandlung von gesetzlich und privaten Versicherten bei der Terminvergabe – löst. Bis zur Einführung einer Bürgerversicherung muss aber zumindest sichergestellt sein, dass
40 die Kassenärztlichen Vereinigungen ihrem Sicherstellungsauftrag auch bei der Terminvergabe nachkommen und funktionsfähige Terminservicestellen schaffen.
45

50 Das GKV-VSG hat den KVen keine bundeseinheitlichen Vorgaben gemacht, wie die Terminservicestellen ausgestaltet sein müssen. In der Folge unterscheidet sich die Ausgestaltung der Stellen in großem Umfang. Das betrifft unter anderem

55 -Die telefonische Erreichbarkeit der Terminservicestellen: diese variiert von zehn bis zu 50 Stunden in der Woche;
-Die Pflicht für Vertragsärzt*innen und zukünftig auch Vertragspsychotherapeut*innen, Termine zu melden: weit
60 überwiegend ist die Meldung freiwillig;
-Die Möglichkeit für Patient*innen, elektronisch auf freie Termine zuzugreifen: diese ist noch nicht geschaffen;
65 -Die Bewerbung der Terminservicestellen fällt sehr unterschiedlich aus. Auf den Websites mancher KVen findet man einen Hinweis darauf erst nach vielen Klicks. Zudem ist die Ablehnung der
70 Terminservicestellen durch die KVen teilweise sehr offen aus diesen Seiten erkennbar.

Antragsbereich V/ Antrag 4

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Berlin

EmpfängerIn(nen):

SPD-Bundestagsfraktion

Quartalsbezug in der ambulanten Vergütung abschaffen!

Quartalsbezug in der ambulanten Vergütung abschaffen!

5 Die sozialdemokratischen Abgeordneten des Bundestags werden aufgefordert, sich für eine Abschaffung des Quartalsbezugs in der ambulanten Vergütung einzusetzen. Um einer zu häufigen Wiedereinbestellung ohne medizinischen Nutzen für den/die Patient*in entgegen zu wirken, sollten Vergütungspauschalen nicht wie bisher auf Quartalsbasis abrechenbar sein.

10

15 Stattdessen bedarf es einer grundsätzlichen Überarbeitung der ambulanten Vergütungssystematik. Es sollte in dem Zusammenhang überprüft werden, ob die Einführung jährlicher Pauschalen sinnvoll sein kann.

20 **Begründung:**

25 Deutschland ist bei der Anzahl der jährlichen Arztbesuche international Spitzenreiter. Als ein wesentlicher Grund wird dafür die derzeitige Vergütungssystematik angesehen: Derzeit können Ärzt*innen bestimmte Vergütungspauschalen in jedem Quartal mit Patientenkontakt abrechnen. Dadurch entsteht der Anreiz, Patient*innen jedes Quartal einzubestellen, auch wenn dies medizinisch nicht notwendig ist. International üblich ist es dagegen, dass bestimmte Pauschalen einmal jährlich je Patient*in abgerechnet werden können.

30

Antragsbereich V/Antrag 5

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Berlin

Regionale Psychriatriebudgets unterstützen, psychiatrische Versorgung weiterentwickeln

Regionale Psychriatriebudgets unterstützen, psychiatrische Versorgung weiterentwickeln

5 Die ASG fordert eine Unterstützung der Selbstverwaltung bei der Vereinbarung von regionalen Psychriatriebudgets zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern mit dem Ziel, stationäre durch ambulante Versorgung (Home-Treatment) zu ersetzen. Dabei soll eine Qualitätsmessung der Versorgung erfolgen und ein Kostennachweis obligatorisch sein, um eine Zweckentfremdung der Mittel zu vermeiden. (Kein Votum)

10

Begründung:

15 In Psychriatrien werden aktuell bundesweit Betten aufgebaut. In diesem Bereich sind es bald doppelt so viele wie im OECD Schnitt (1,3 ggü. 0,7 je 1.000 Einwohner). Getrieben wird dies vor allem durch die aktuellen Vergütungsmodelle bei denen jedes belegte Bett bezahlt wird. Dies stellt einen starken Anreiz dar möglichst lange die Patienten stationär zu behandeln. Eine gute Möglichkeit, dieser Entwicklung entgegenzuwirken, wäre die Vereinbarung von regionalen Psychriatriebudgets zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen mit denen die Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden muss. Der Einsatz der Mittel müsste durch die Klinik bestimmt werden können.

20

25

30

35 Diese Möglichkeit gibt es bereits, es gibt allerdings sehr wenige Regionen, wo dies umgesetzt wurde. Bei einer Umsetzung könnten weniger Betten betrieben werden und stattdessen mehr Patienten ambulant behandelt werden. Zum Wohle der Patienten sollte weiterhin eine

- 40 begleitende Qualitätsmessung der Ver-
 45 sorgung erfolgen. Es wurde zwar in der
 Vergangenheit die zusätzliche Möglich-
 keit für Krankenhäuser geschaffen eine
 ambulante Versorgung als "Home-
 50 Treatment" abrechnen zu können, aller-
 dings ändert dies nichts an den Struktu-
 ren und ist als zusätzliche Möglichkeit
 eher mit Mehrkostenverbunden, wenn
 es denn flächendeckend umgesetzt wer-
 55 den würde, verbunden. Bisläng scheint
 eine große Sorge der Krankenkassen eine
 Zweckentfremdung der Mittel zu sein.
 Daher sollte ein Kostennachweis obliga-
 torisch sein.
- 60 Regionale Psychriatriebudgets in Verbin-
 dung mit einer Qualitätsmessung der
 Versorgung sowie einem obligatorischen
 Kostennachweis stellen daher eine gute
 Alternative zur aktuell vorherrschenden
 und geplanten Vergütung im stationären
 Psychriatriebereich dar.

Antragsbereich V/ **Antrag 6**

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
 ASG Hessen-Süd

EmpfängerIn(nen):

SPD-Bundestagsfraktion

**Bewertung ambulanter psychotherapeu-
 tischer Leistungen durch den Bewer-
 tungsausschuss**

**Bewertung ambulanter psychotherapeu-
 tischer Leistungen durch den Bewer-
 tungsausschuss**

- 5 Die zeitnahe, rechtskonforme und an-
 gemessene Honorierung aller ambulan-
 ten psychotherapeutischen Leistungen
 muss sichergestellt werden. Dafür ist
 dem „Bewertungsausschuss der Ärzte
 und Krankenkassen“ gesetzlich vorzu-
 schreiben, dass er jährlich die Honorie-
 rung dieser Leistungen überprüft und
 ggf. anpasst.

(Kein Votum)

Bitte an Antragssteller um Neuformulie-
 rung

10

Begründung:

15 Es ist erklärtes sozialpolitisches Ziel, dass
mehr psychisch Kranke Zugang zu Erst-
diagnosen und niedrigschwelliger Be-
handlung erhalten sollen. Durch das Ver-
sorgungsstärkungsgesetz werden alle
20 psychotherapeutischen Behandler aufge-
fordert, ab April 2017 mehr niedrig-
schwellige Leistungsangebote zu ma-
chen, z.B. Sprechstunden, Akutbehand-
lung, Telefonzeiten, Verordnung von
Soziotherapie und Reha-Maßnahmen.

25 Das wird sich deutlich auf die Kosten-
und Einnahmesituation der Praxen mit
psychotherapeutischem Schwerpunkt
auswirken. Daher muss sichergestellt
30 werden, dass alle psychotherapeutischen
Leistungen künftig so honoriert werden,
dass die Finanzierung der Praxen mit den
erweiterten Aufgaben gewährleistet ist.
Das gilt beispielsweise für Mehrkosten
35 für Personal, Dokumentation und Daten-
schutz. Aktuell ist die Lage anders.

40 Im gesetzlichen Gesundheitssystem ist
es die Aufgabe des „Bewertungsaus-
schuss der Ärzte und Krankenkassen“,
die Höhe der Vergütung von allen Kas-
senleistungen je Zeiteinheit in ein
rechtskonformes Verhältnis zu ärztlichen
45 Tariflöhnen und der allgemeinen Ko-
stenentwicklung für die Praxisführung
(Angestelltegehälter, Mieten, EDV-
Kosten, Datenschutz, etc.) zu setzen.

50 Dieser Aufgabe ist der „Bewertungsaus-
schuss“ für die psychotherapeutischen
Leistungen in der Vergangenheit jedoch
nur mit jahrelanger zeitlicher Verzöge-
rung nachgekommen. Insbesondere die
angemessene Vergütung der nieder-
55 schweligen, nicht-
genehmigungspflichtigen Grund-
Leistungen der psychotherapeutischen
Praxen, wurde vom Bewertungsaus-
schuss bisher nicht sichergestellt. Dies
60 hatte zur Folge, dass die psychothera-

- 65 peutischen Praxen mit Verzögerung von 5-10 Jahren und meist erst nach Musterklagen vor dem Bundessozialgericht in rechtskonformer Höhe honoriert wurden. So werden z.B. jetzt erst Nachvergütungen für die Jahre 2005 bis 2008 an die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten ausgezahlt.
- 70 Wegen des Kostendrucks, der ab 2017 mit den neuen Versorgungsaufgaben und in Folge notwendigen höheren Personalkosten auf die psychotherapeutischen Praxen zukommt, ist es zwingend erforderlich, dass der Bewertungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen gesetzlich (SGB V, § 87 und §87b) verpflichtet wird, jährlich die Vergütung der gesamten psychotherapeutischen Leistungen zu prüfen und entsprechend anzupassen. Dieser Antrag bezieht sich auf Kassenleistungen der psychotherapeutisch tätigen Arztgruppen sowie auf Leistungen Psychologischer Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.
- 75
- 80

*Antragsbereich V/ **Antrag 7***

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Berlin

**Pflegende Angehörige entlasten:
Rechtsanspruch auf adäquate Tageszei-
tenbetreuung einführen!**

**Pflegende Angehörige entlasten:
Rechtsanspruch auf adäquate Tageszei-
tenbetreuung einführen!**

- 5 Die meisten pflegebedürftigen Menschen möchten möglichst lange in der eigenen Wohnung oder in der Wohnung ihrer Angehörigen leben. Die Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen, häufig älteren Menschen, stellt für die Familien oft eine erhebliche Herausforderung und zeitliche wie psychische Belastung dar; die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ist erschwert, eigene Gesundheitsprobleme können auftreten. Tages-
- 10
- Annahme in geänderter Fassung der Antragskommission
Zeilen 1-24 werden Begründung

15 zeitenbetreuungsangebote können die Versorgung und Förderung von pflegebedürftigen Menschen unterstützen und pflegende Angehörige fühlbar entlasten.

20 Zur besseren Vereinbarkeit von Kindererziehung und Beruf wurde bereits ein Rechtsanspruch auf einen Platz in einer Kindertagesbetreuungseinrichtung geschaffen. Es ist folgerichtig, einen solchen Rechtsanspruch auch für die Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu schaffen.

25 1. Die SPD wird sich auf Bundesebene dafür einsetzen, dass Pflegebedürftige einen Rechtsanspruch auf eine wohnortnahe Tageszeitenbetreuung erhalten.

30 2. Mit diesem Rechtsanspruch verbunden wird die Garantie, dass für die wohnortnahe Tageszeitenbetreuung genügend Angebote zur Verfügung stehen.

35 3. Flankierend muss sichergestellt werden, dass die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen über das vorhandene Angebot und ihren Rechtsanspruch informiert sind.

Antragsbereich V/ Antrag 8

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Nordrhein-Westfalen

EmpfängerIn(nen):

Bundes SGK

Landkreistag

Städte- und Gemeindebund

Städtetag

Umsetzung Präventionsgesetz

Umsetzung Präventionsgesetz

Die Städte und Kreise werden aufgefordert, zur Umsetzung des Präventionsgesetzes auf kommunaler Ebene „Koordi- (Annahme)

- 5 nierungsstellen für Prävention und Gesundheitsförderung“ einzurichten, die in Abstimmung mit der Kommunalen Gesundheitskonferenz operative Aufgaben der Umsetzung übernehmen und insbesondere die praktische Abstimmung mit den Krankenkassen suchen.
- 10

Begründung:

erfolgt mündlich

*Antragsbereich V/ **Antrag 9***

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Thüringen

EmpfängerIn(nen):

SPD-Bundestagsfraktion

SPD-Parteivorstand

Strategie Gesundheit 2.0

Strategie Gesundheit 2.0

- 5 Wir fordern die SPD-Bundespartei sowie die Bundestagsfraktion auf, eine Strategie Gesundheit 2.0 mit konkreten Zielen und Prioritäten zu erarbeiten, wie die Digitalisierung im Gesundheitssektor koordiniert und flächendeckend wirksam vorangetrieben werden kann. Diese muss (im Falle einer Regierungsbeteiligung) Eingang in den Koalitionsvertrag der nächsten Bundesregierung finden. (Erledigt durch L1)
- 10

- 15 Hierbei ist auch insbesondere der Fokus auf mögliche Förderinstrumente zu legen.

Begründung:

- 20 Weite Teile des deutschen Gesundheitswesens haben die Digitalisierung bisher verschlafen. Andere Länder sind Deutschland inzwischen erheblich voraus. Es besteht die Gefahr, dass eine wichtige Infrastruktur von privaten, global agierenden Unternehmen dominiert wird.

- 25 Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte liefert zwar die Hardware für eine bessere digitale Vernetzung der Akteure, doch weiterhin fehlt eine Strategie für die Digitalisierung im Gesundheitswesen.

Antragsbereich V/ **Antrag 10**

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hannover

**Kassenärztlicher
statt Notaufnahme**

Bereitschaftsdienst

**Kassenärztlicher
statt Notaufnahme**

Bereitschaftsdienst

- 5 Es wird gefordert, dass der kassenärztliche Bereitschaftsdienst einen Patienten bzw. ein Rettungsassistent innerhalb einer Zeit von einer Stunde nach Anruf / Benachrichtigung erreicht. Langfristig ist hier auch der Einsatz der Telemedizin zu prüfen.
(Sicherstellungsauftrag der KV / ggf. Änderung des SGB V)

10

Begründung:

- 15 Es soll erreicht werden, dass Patienten nicht unnötig den Rettungsdienst rufen bzw. die Notaufnahmen oder die Notfallpraxen der Krankenhäuser in Anspruch nehmen.

(Überweisung an ASG Bundesvorstand)

Antragsbereich V/ **Antrag 11**

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hannover

**Ärztmangel (Abmeldung von Kliniken
von der Notfallversorgung)**

**Ärztmangel (Abmeldung von Kliniken
von der Notfallversorgung)**

Es wird eine landesweite Zentrale in den einzelnen Bundesländern gefordert, wo die Rettungsdienste im Notfall freie Ka-

(Überweisung an ASG Bundesvorstand)

5 pazitäten abfragen können.

Begründung:

10 Zurzeit fragen oft Rettungsdienste mehr
als eine Klinik an, um einen Patienten in
eine für die Diagnose angemessene Kli-
nik einzuliefern. Hier ist zu berücksichti-
gen, dass Kliniken sich oft abmelden we-
gen Personalmangel. Dieser könnte
15 durch eine landesweite Zentrale erfasst
werden und ggf. verlässliche Zahlen für
weitere Maßnahmen zur Verfügung zu
stellen.

*Antragsbereich V/ **Antrag 12***

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hannover

**Verlängerung des Elterngeldes bei Ge-
burten von Frühgeborenen (Frühchen)**

**Verlängerung des Elterngeldes bei Ge-
burten von Frühgeborenen (Frühchen)**

Es wird eine Verlängerung des Elterngel-
des von 12 auf 15 Monate gefordert, bei
der Geburt von Frühgeborenen.

(Annahme)

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion

5 **Begründung:**

10 Die Eltern von Frühgeborenen haben
über einen wesentlich längeren Zeitraum
einen höheren Sorgenaufwand, als Eltern
von Normal Geburten.

Antragsbereich V/ Antrag 13

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hannover

Apotheken**Apotheken**

5 Es wird gefordert, dass Apotheken in einer angemessenen Entfernung von höchstens 15 km im Normalfall erreichbar sind und dass bei Abgabe von verschreibungspflichtigen Medikamenten eine Beratung vor Ort durch den Apotheker durchgeführt werden kann. Sollte keine Beratung vor Ort durch den Apotheker möglich sein, ist die Erstattung der Kosten für das abgegebene Medikament durch die Krankenkasse im SGB V auszuschließen.

(Ablehnung)

Begründung:

15 Hier handelt es sich um die Patientensicherheit. Auf den diversen Beipackzetteln in den Arzneimittelverpackungen steht oft der Satz, bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihren Apotheker und deshalb ist eine Beratung vor Ort erforderlich. Weiter sind auch Hinweise des Apothekers bei der Abgabe von Medikamenten von Nutzen, besonders bei älteren oder nicht der deutschen Sprache mächtigen Personen. Hier ist auch ein Medikamentenmissbrauch auszuschließen.

Antragsbereich V/ Antrag 14

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Baden-Württemberg

Stärkung der medizinischen Primärversorgung**Stärkung der medizinischen Primärversorgung**

- Wir fordern alle politisch Verantwortlichen in Land und Bund auf, sich für die Sicherung und Stärkung der medizinischen Primärversorgung einzusetzen. Ohne eine starke und qualitativ gute Primärversorgung drohen eine größere Kostensteigerung und eine schlechtere Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Es müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, in denen die Akteure gut arbeiten können und die ausreichend finanziert sind.
- Daher haben wir folgende Hauptforderungen:
- Umsetzung der Trennung des haus- und fachärztlichen Bereiches vor allem in der Finanzierung
 - Umsetzung eines Einschreibesystems in der primärärztlichen Ebenen mit Zugang zur Facharztzebene nur mit Überweisung in Fortentwicklung der baden-württembergischen hausarztzentrierten Versorgung
 - Bessere Finanzierung delegationsfähiger Leistung, damit auch für die nicht-ärztlichen Berufsgruppen wie Medizinische Fachangestellte (MFA), Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) und Nichtärztliche Praxisassistentinnen (NÄPA) mehr Gelder zu Verfügung stehen. Ihrer Leistungen und Fähigkeiten müssen auch finanziell anerkannt werden.
 - Größere Gruppenpraxen und Kooperationen müssen auch im primärärztlichen Bereich gefördert werden, um attraktive
- (Annahme in geänderter Fassung der Antragskommission)
- Zeilen 44-47 streichen
- EmpfängerInnen:
BTF und Landtagsfraktionen

Arbeitsplätze für den Nachwuchs zu schaffen.

- 45 • In der Arzneimittelversorgung muss es endlich einheitliche Positivlisten geben. Die Preise der Rabattverträge müssen öffentlich kommuniziert werden.

Begründung:

- 50 In vergleichenden Untersuchungen von verschiedenen Gesundheitssystemen kommt man immer zu der Erkenntnis, dass Systeme mit einer guten Primärversorgung erstens kostengünstiger sind und zweitens die Bevölkerung gesünder ist.

- 60 In Deutschland wird die Wichtigkeit von primärversorgenden Aspekten oft negiert und gesundheitspolitisch übersehen.

- 65 Es ist ein Grundrecht, dass jeder einen niederschweligen Zugang zum Gesundheitswesen haben muss. Das funktioniert nur, wenn es ein gut organisiertes Primärsystem im Gesundheitswesen gibt.

- 70 Um die bestehende kostenträchtige Überversorgung im spezialärztlichen Bereich abzubauen, sollten die meisten gesundheitlichen Fragen erstmal in der generalistischen Primärebene angegangen werden. Hier können und sollten 80% aller Probleme abschließend geklärt werden. Für die übrigen Fälle muss natürlich eine gute und ausreichend finanzierte spezialärztliche Ebene ambulant und stationär zur Verfügung stehen. In dieser Ebene müssen die speziellen Probleme gelöst werden. Danach muss der Patient aber an die primärärztliche Ebene zurückverwiesen werden, denn dort wird eher der ganze Mensch gesehen und behandelt.

- 85 Im Primärbereich müssen die verschie-

90 denen Akteure auch besser koordiniert
werden (Fachärzte und -ärztinnen für
Allgemeinmedizin, deren nicht-ärztliches
Personal, die ambulanten Pflegedienste,
die Heilmittelerbringer, Hebammen und
95 Apotheken und Sanitätshäuser).

Die klassischen hausärztlichen Einzel-
praxen können zunehmend schlechter
nachbesetzt werden. Junge Ärztinnen
100 und Ärzte scheuen zunehmend das
unternehmerische Risiko und bevorzu-
gen ein Angestelltenverhältnis beispiele-
weise in einem MVZ oder Gemein-
schaftspraxis. Das nicht-ärztliche Perso-
105 nal in den Praxen ist zunehmend besser
qualifiziert. Die Gehaltstarife sind aber
im Bereich des Niedriglohnes. Auch hier-
durch rechnen sich die Arztpraxen noch.

110 Pflegekräfte im ambulanten Bereich
müssten noch mehr eigenverantwortli-
che Kompetenzen erhalten. Gleichzeitig
muss die notwendige Zusammenarbeit
mit den Ärzten besser koordiniert und
115 honoriert werden. Das Gleiche gilt für die
Heilmittelerbringer.

Im jetzigen unkoordinierten Nebenein-
anderher gehen viele Informationen ver-
120 loren. Würde man solche Informationen
besser koordinieren und kommunizieren,
könnte man manche Patienten wesent-
lich besser versorgen.

Antragsbereich V/ Antrag 15

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Baden-Württemberg

EmpfängerIn(nen):

SPD-Bundestagsfraktion

SPD-Landtagsfraktionen

Zur notwendigen Maßnahmenverbesserung der Mund- und Zahnhygiene geriatrischer Patienten

Zur notwendigen Maßnahmenverbesserung der Mund- und Zahnhygiene geriatrischer Patienten

- Wir benötigen dringendst notwendige Maßnahmen zur Verbesserung der Mund- und Zahnhygiene geriatrischer Patientinnen und Patienten.
- 5
- Das am 16. Dezember 2016 verabschiedete PSG III bringt notwendige Verbesserungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ebenso wie bei den vorherigen Gesetzen PSG I und II.
- 10
- Allerdings müssen diesen Gesetzen weitere Reformen auch zur Verbesserung der Lebensqualität folgen. Dazu gehört das Thema Mund- und Zahnhygiene mit entsprechenden Maßnahmen der präventiven Gesundheitsversorgung, insbesondere für geriatrische Patientinnen und Patienten. Das betrifft sowohl die stationären wie auch die ambulanten Versorgungsbereiche. In den stationären Altenpflegeheimen sind dazu dringendst die räumlichen und sächlichen Voraussetzungen (Zahnarztzimmer mit Behandlungsstuhl) zu schaffen, damit insbesondere für immobile Patientinnen und Patienten eine fachgerechte, zahnmedizinische Behandlung sichergestellt werden kann. Dazu sind entsprechende Rechtsverordnungen zu erlassen.
- 15
- 20
- 25
- 30

Begründung:

- Die Mund- und Prothesen- bzw. Zahnhygiene von Menschen, die in Alten- und Pflegeeinrichtungen leben wurde in
- 35

- 40 mehreren Studien untersucht. Der Vergleich dieser Studien in Deutschland zeigt, dass ein großer Behandlungsbedarf in den Pflegeeinrichtungen besteht (Nitschke und Reiber, 2007). Danach benötigten über 80% der im Pflegeheim lebenden, pflegebedürftigen Personen eine zahnärztliche Behandlung.
- 45 Die Gründe für die mangelnde Versorgung sind unterschiedlich. Beispielhaft seien genannt fehlende regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen, im Behandlungsfall die unmöglichen oder nur schwer zu realisierender Transporte in eine Praxis. Häufig ist auch das fehlende Wissen des Personals bezüglich oralen Erkrankungen und richtiger Handhabung von Mundhygiene und Zahnpflege insbesondere auch mit Teilprothesen. Hinzu kommt dass das Fort- und Weiterbildungswissen dann auch nach einer gewissen Zeit fluide ist und dann in der täglichen Arbeit eher in den Hintergrund rückt.
- 50
- 55
- 60 Neben dem fehlenden Wissen ist ein wesentlicher wichtiger Grund die fehlende bzw. ausreichende Ressource des Pflegepersonals. Die Kooperationsverträge nach §119 b SGB V ermöglicht zwar eine verbesserte Versorgung durch Zahnärzte. Allerdings sind häufig bzw. keine Honorierungen für die erforderlich (Mehr-)Leistung des Pflegepersonal vorgesehen. Somit bleiben die qualitativen Effekt eher bescheiden.
- 65
- 70 Eine gute Mund- und Zahnhygiene hat einen 10 prozentigen Anteil an Lebensqualität und ist häufig auch Ursache von weiteren Erkrankungen, welche entsprechende Mehrkosten verursachen.
- 75
- 80 Die Kosten für die tägliche Vorsorge der Mund- und Zahnpflege betragen bei etwa acht Tuben Zahnpasta, vier bis sechs Zahnbürsten, 365 Verbrauchseinheiten Zahnseide und 52 Interdentalraumbürst-

85 chen ungefähr 73 bis 110 Euro pro Jahr. Dies sind umgerechnet rund 20 bis 30 Cent pro Tag – also kein großer Aufwand, wenn man die Kosten für fälligen Zahnersatz und Zahnbehandlungen bedenkt.

90 Ein präventives interdisziplinäres und systemgesichertes, d.h. für alle ausreichend finanzierbare Mund- und Zahnhygieneversorgung fördert nicht nur die Lebensqualität sondern trägt auch zu einer Kostenreduktion im Gesundheitswesen bei.

Antragsbereich V/ **Antrag 16**

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerIn(nen):
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Parteivorstand

Aufbau einer medizinischen Heimbetreuung („Heimärzte“)

Aufbau einer medizinischen Heimbetreuung („Heimärzte“)

5 Die ASG fordert die Bundestagsfraktion auf, durch Schaffung von speziellen ärztlichen Stellen („Heimärzte“) eine fach- und patientengerechte medizinische Betreuung von Pflegebedürftigen in Heimen zu etablieren. (Kein Votum)

Begründung:

10 Der demografische Wandel wird zu einem Anstieg von pflegebedürftigen Personen führen, die in stationären Pflegeeinrichtungen (Heimen) betreut werden müssen.

15 Pflegebedürftige Patienten erfordern eine besondere medizinische Versorgung. Themen wie „medizinische Hilfsmittel“, „psychiatrische Erkrankungen“, „besondere Gefährdungen“, „Ernährung“, „Prävention und Früherkennung von Begleit-Erkrankungen“, „adäquate

Medikation“ sind bei dieser Patienten-
gruppe häufig sehr komplex und mit
besonderen Fragestellungen verbunden.

25

Das Versorgungsniveau dieser Patienten-
gruppe durch das in den KV-Systemen
abgebildete Hausarztssystem ist derzeit
unzureichend (Zeitmangel der Hausärz-
te, fehlende Spezialisierung, unzurei-
chende Leistungsvergütung, einge-
schränkte Befugnisse der Hausärzte).

30

Eine Versorgung der Patientengruppe
soll künftig durch gerontologisch beson-
ders qualifizierte Ärzte erfolgen (Heim-
ärzte). Die Qualifikationen sind zu defi-
nieren. Die Stellen sind zusätzlich zu den
in den KV vorhandenen Arztsitzen zu
schaffen. Die Finanzierung erfolgt
außerhalb der KV-Budgets, wobei Lei-
stungsverluste der KV-Hausärzte initial
ausgeglichen werden müssen. Die Lei-
stungsvergütung der Heimärzte muss
auf die speziellen Leistungen zugeschnit-
ten sein.

35

40

45

Die Stellen werden regional gemäß der
Anzahl an Pflegeeinrichtungen und Pa-
tienten geplant. Es muss ausreichend,
besonders qualifiziertes Fachpersonal für
die Unterstützung der Heimärzte vorge-
halten werden (z.B. MFAs).

50

Die Heimärzte sind für die umfassende
medizinische Versorgung von Patienten
in stationären Pflegebedürftigen in ih-
rem regionalen Bereich zuständig. Sie
übernehmen hausärztliche Leistungen
und sind zu regelmäßigen Sprechstun-
den in den Heimen verpflichtet (medizi-
nische Versorgungsaufgabe). Die freie
Arztwahl bleibt für die Patienten dabei
aber weiterhin gewährleistet (Möglich-
keit andere Hausärzte oder Fachärzte
auszuwählen).

55

60

65

Die Heimärzte übernehmen darüber hin-
aus weitere Aufgaben in der Überwa-
chung der Pflegeheime und in der Bera-

70

75 tzung der Heime bei medizinischen Fragestellungen (z.B. Hygiene). Sie sind dabei mit entsprechenden Befugnissen und Kompetenzen ausgestattet (bzgl. Zutritt, Kontrollen, Berichterstattung).

80 Sie sind außerdem Ansprechpartner für die Bevölkerung (Informations- und Aufklärungsarbeit) und für die Entscheidungsträger bei der Versorgungsplanung in Bezug auf stationäre Pflegeeinrichtungen.

85 Ziel: Es wird für eine volkswirtschaftlich bedeutende und kostenintensive Patientengruppe ein spezifisch zugeschnittenes Hausarzt-Versorgungssystem entwickelt.

90 Vorteile:
Das medizinische Versorgungsniveau für die Patientengruppe wird verbessert und professionalisiert.

95 Verstärkte Prävention und Früherkennung von Erkrankungen führt zu Kosteneinsparungen (z.B. Vermeidung von Krankenhausaufenthalten).

100 Versorgungsfehlentwicklungen in Heimen können früher erkannt und behoben werden (höhere Transparenz).

Es sind Ansprechpartner für die Leitung und das Personal der stationären Einrichtungen bei medizinischen Fachfragen vorhanden (Hygiene, Ernährung usw.).

Antragsbereich V/ Antrag 17

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hannover

EmpfängerIn(nen):

SPD-Bundestagsfraktion

**Reformierung des Berufskrankheiten-
rechts im SGB VII (Sozialgesetzbuch VII /
Gesetzliche Unfallversicherung)**

**Reformierung des Berufskrankheiten-
rechts im SGB VII (Sozialgesetzbuch VII /
Gesetzliche Unfallversicherung)**

Die ASG Bundeskonferenz beschließt
folgende Resolution:

(Weiterleitung als Material an die SPD-
Bundestagsfraktion)

5 Die von den ehrenamtlichen Gremien
(Arbeitnehmer- u. Arbeitgebervertreter)
der gesetzlichen Unfallversicherung ge-
billigten Vorschläge zur Reformierung
des Berufskrankheitenrechts des SGB VII
10 zu unterstützen und an die SPD Bunde-
stagsfraktion zur Beratung weiterzulei-
ten.

Ausgangslage:

15 Das Berufskrankheitenrecht in Deutsch-
land hat sich grundsätzlich als rechtssi-
cher und zuverlässig erwiesen, dennoch
gibt es immer wieder Kritik zum Beispiel
an der „geringen Zahl der Anerkennun-
gen“ oder zur Beweislast. Auch wenn
20 sich manche Kritikansätze bei genauerer
Betrachtung schnell entkräften lassen, so
sind dennoch Schwächen der heutigen
BK-Systematik erkennbar. Es erscheint
daher sinnvoll, Anpassungen vorzuneh-
25 men, die zum einen Klarheit und Trans-
parenz verbessern sollten, zum anderen
aber auch den Wandel in der Arbeitswelt
so gut wie möglich berücksichtigen.

30 Insgesamt sollen die vorgeschlagenen
Maßnahmen Rahmenbedingungen dafür
verbessern, dass

35 • möglichst alle Berufskrankheiten zur
Anzeige und Anerkennung kommen,
• in möglichst vielen relevanten Fällen
die individuellen Präventionsmaßnah-

men verbessert werden und

- 40 • zielgerichteter vor allem solche Erkrankungen angezeigt werden, die wesentlich arbeitsbedingt beeinflusst sind.

Als Reformpunkte werden unterstützt:

- 45 1. „Transparenz und Beschleunigung bei der Einführung neuer Berufskrankheiten“:

50 Grundsätzlich hat sich das Vorgehen des BMAS bewährt, sich in medizinischen Fragestellungen betreffend die Berufskrankheiten durch das Expertengremium „Ärztlicher Sachverständigenbeirat Berufskrankheiten“ (ÄSVB) beraten zu lassen.
55 Einfach formuliert: der Verordnungsgeber verfügt eben nicht über ausreichende eigene Expertise und zieht daher sinnigerweise einen wissenschaftlichen Beraterkreis hinzu. Allerdings wird
60 immer wieder bemängelt, dass dieser Prozess nicht transparent ist. Weder ist das Gremium rechtlich verankert, noch sind die Besetzung des Beirats oder seine Beratungsthemen bekannt.

65 Es wird vorgeschlagen, den ÄSVB und seine Tätigkeit rechtlich zu verankern. Die Einzelheiten sollen in einer Verordnung geregelt werden. Hierzu soll ein
70 Dialog mit dem BMAS aufgenommen werden.

75 Ergänzung § 9 Abs. 1 Satz 3 SGB VII Neu: Zur Unterstützung bei der Aufgabenerfüllung nach Satz 2 wird beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales ein Ärztlicher Sachverständigenbeirat Berufskrankheiten (ÄSVB) gebildet. Das
80 Nähere regelt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf.

85

2. „Forschung“:

90 Um die Transparenz der Forschung und
Forschungsförderung der gesetzlichen
Unfallversicherung und den Stellenwert
von Forschung mit BK-Relevanz in der
öffentlichen Wahrnehmung weiter zu
erhöhen, wird die Einführung einer Be-
richtspflicht vorgeschlagen.

95 § 9 Abs. 8 SGB VII soll wie folgt ergänzt
werden:

Folgende Sätze sollen als Sätze 2 und 3
eingefügt werden.

100 Die Deutsche Gesetzliche Unfallversiche-
rung e. V. veröffentlicht jährlich einen
Bericht über ihre Forschungsaktivitäten
und die Forschungsaktivitäten der Träger
105 der gesetzlichen Unfallversicherung mit
Ausnahme der Sozialversicherung für
Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau.
Der Bericht erstreckt sich auf die Ti-
tel/Themen der Forschungsvorhaben, die
110 Höhe der aufgewendeten Mittel sowie
die Zuwendungsempfänger und For-
schungsnehmer externer Projekte.

115 3. „Beweismaßstab für „Einwirkungen“ (Expositionsermittlung)“:

Die retrospektive Expositionsermittlung
120 in Berufskrankheiten (BK)-Verfahren ist
für alle Beteiligten in der Praxis oft mit
einigen Herausforderungen verbunden.
Die Tätigkeitsanalyse einschließlich Er-
mittlung der erforderlichen Betriebs- und
Expositionsdaten erfolgt in der Regel
125 über Befragungen der Versicherten und
betroffenen Unternehmen. Branchen-
spezifische Kenntnisse sind hierbei eine
notwendige Grundlage, um eine aussa-
gekräftige Anamnese zu erstellen. Dabei
130 ist zu berücksichtigen, dass die Erinne-
rung an Jahrzehnte zurückliegende Ex-
positionssituationen in der Regel kaum
die Detailtiefe und Genauigkeit erreichen
kann, die beispielsweise für eine konsi-
stente Dosisberechnung wünschenswert

135 wären.

Die gesetzliche Unfallversicherung kennt diese Schwachpunkte und versucht, diese Lücken zu schließen. In diesen Fällen beschreiben die Versicherten ihre Arbeitsbedingungen möglichst genau, und die mit der technischen Ermittlung beauftragten Personen schließen auf der Grundlage der Vergleichsdaten auf ihre Belastungen.

Eine rechtliche Verankerung der Praxis zum Umgang mit Expositionsdaten aus vergleichbaren Fällen ist daher erforderlich. Zusätzlich ist die Beweisführung in Sonderfällen neu zu gewichten.

§ 9 SGB VII soll um den folgenden neuen Absatz 10 ergänzt

155 S1) Der Unfallversicherungsträger erhebt alle Beweismittel, die zur Ermittlung des Sachverhalts erforderlich sind.

160 S2) Dabei kann er neben den in § 21 Absatz 1 Satz 1 des Zehnten Buches genannten Beweismitteln auch auf Erkenntnisse zurückgreifen, die er oder ein anderer Unfallversicherungsträger an vergleichbaren Arbeitsplätzen oder zu vergleichbaren Tätigkeiten gewonnen hat.

170 S3) Dies gilt unter anderem in den Fällen, in denen die Ermittlungen zu den Umständen der versicherten Tätigkeit dadurch erschwert sind, dass der Arbeitsplatz nicht mehr oder nur in geänderter Ausprägung vorhanden ist.

175 S4) Die Unfallversicherungsträger können zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 2 und 3 einzeln oder gemeinsam tätigkeitsbezogene Expositionsregister erstellen.

180 S5) Grundlage für diese Register können die Ergebnisse aus systematischen Erhe-

185 bungen, aus Ermittlungen in Einzelfällen
sowie aus Forschungsvorhaben sein.
S6) Die Unfallversicherungsträger kön-
nen Erhebungen an geeigneten Arbeits-
plätzen durchführen.

190 4. „Unterlassungszwang“:

Von den jährlich ca. 20.800 beruflich
bedingt Erkrankten bei den neun Berufs-
krankheiten mit Unterlassungszwang
195 können 92,5 % ihre Tätigkeit nach indivi-
duellen Präventionsmaßnahmen (nach §
3 BKV) fortführen. In allen diesen Fällen
werden entsprechende Maßnahmen
individuell zusammengestellt. In diesen
200 Fällen führt die Beibehaltung des Unter-
lassungszwanges im Regelfall zum Ver-
lust des ausgeübten Berufes bzw. Ar-
beitsplatzes.

205 Es wird gefordert den Unterlassungs-
zwang durch zielgenauere Regelungen
und Maßnahmen wie folgt zu ersetzen:
§ 9 Absatz 1 Satz 2 2. Halbsatz 2. Alterna-
tive SGB VII („oder wenn sie zur Unter-
lassung aller Tätigkeiten geführt haben,
210 die für die Entstehung, die Verschlimme-
rung oder das Wiederaufleben der
Krankheit ursächlich waren oder sein
können“) wird gestrichen.

215 § 9 Absatz 4 SGB VII soll neu gefasst
werden:

Satz 1: Besteht für Versicherte, bei denen
220 eine Berufskrankheit anerkannt wurde,
die Gefahr, dass bei der Fortsetzung der
versicherten Tätigkeit die Krankheit
wiederauflebt oder sich verschlimmert
und lässt sich diese Gefahr nicht durch
225 andere geeignete Mittel beseitigen, ha-
ben die Unfallversicherungsträger darauf
hinzuwirken, dass die Versicherten die
gefährdende Tätigkeit unterlassen.

230 Satz 2: Die Versicherten sind über die mit
der Tätigkeit verbundenen Gefahren und
mögliche Schutzmaßnahmen umfassend

aufzuklären.

- 235 Satz 3: Bei Berufskrankheiten werden
von der Pflicht zur Mitwirkung i. S. d. §§
60 ff SGB I (Sozialgesetzbuch I) auch die
Teilnahme an angebotenen individual-
präventiven Maßnahmen und die dauer-
240 hafte Mitwirkung an Verhaltenspräven-
tion umfasst.

- Die bisher bestehenden BK-Tatbestände
mit Unterlassungszwang sind bezüglich
245 der Zielrichtung bis XX.XX.201X [zeitnah
zum Inkrafttreten / + max. 1 Jahr] durch
den Ordnungsgeber zu überprüfen.
Sofern der Unterlassungszwang bei ei-
nem BK-Tatbestand vorrangig die Ziel-
250 setzung Prävention verfolgt, ist dieses
versicherungsrechtliche Merkmal ersatz-
los zu streichen. In allen übrigen Fällen
sind die Tatbestände bis zum XX.XX.201Y
zu präzisieren, insbesondere zum Aus-
255 maß/Schweregrad der Erkrankung.
Für eine Streichung des Unterlassungs-
zwangs (1.) ist die Flankierung durch die
anderen Maßnahmen (2.-3.) unabding-
bar.

- 260 5. „Rückwirkung“:

- Im Sinne einer Gleichbehandlung aller
Erkrankungsfälle soll diese Regelung für
265 alle zukünftigen Berufskrankheiten-
Tatbestände einheitlich gelten und daher
unmittelbar in § 9 SGB VII verankert
werden. Die Einführung einer einheitli-
chen Rückwirkungsregelung sollte wie
270 folgt gestaltet werden.

- § 9 Absatz 5 soll durch neue Sätze 1 bis 4
ergänzt werden und damit wie folgt neu
gefasst sein:

- 275 S. 1 Der Versicherungsfall kann in den
Fällen des Absatzes 1 frühestens ab dem
Tag des Inkrafttretens der Rechtsverord-
nung vorliegen.

- 280 S. 2 Der Versicherungsfall kann in den

285 Füllen des Absatzes 2 frühestens ab dem Zeitpunkt vorliegen, zu dem die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft im Sinne des Absatz 2 vorlagen.

290 S. 3 Leistungen nach dem dritten Kapitel werden nicht für Zeiträume vor dem Tag des Versicherungsfalls im Sinne der Sätze 1 und 2 erbracht.

295 S. 4 Krankheiten, die vor dem Tag der Bezeichnung in der Rechtsverordnung eingetreten sind, sind auf Antrag als Berufskrankheit nach Absatz 1 anzuerkennen, soweit zu diesem Zeitpunkt noch ein Gesundheitsschaden infolge der Erkrankung vorgelegen hat.

300 S. 5 Soweit Vorschriften über Leistungen auf den Zeitpunkt des Versicherungsfalls abstellen, ist bei Berufskrankheiten auf den Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Behandlungsbedürftigkeit oder,
305 wenn dies für den Versicherten günstiger ist, auf den Beginn der rentenberechtigenden Minderung der Erwerbsfähigkeit abzustellen.

310 Es bedarf einer Regelung in den Übergangsvorschriften, durch die sichergestellt wird, dass in Bezug auf alle BK-Tatbestände, die bereits in der BKV geregelt sind, die bisherigen Regelungen zur
315 Rückwirkung fortgelten.

Sonstiges

Antragsbereich So/ **Antrag 1**

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Baden-Württemberg

EmpfängerIn(nen):
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Parteivorstand

Reform des Arzneimittelneuordnungsgesetzes (AMNOG)

Reform des Arzneimittelneuordnungsgesetzes (AMNOG)

- 5 Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefordert, eine Initiative zur Novellierung des AMNOG (Arzneimittel Neuordnungsgesetz) mit der Zielsetzung zu ergreifen, dass der von den gesetzlichen Krankenkassen zu erstattende Arzneimittelpreis an den pharmazeutischen Unternehmer nur den tatsächlichen, wissenschaftlich ermittelten medizinischen Zusatznutzen berücksichtigt und nicht Traumrenditen zu erfüllen hat.
- 10

(Kein Votum)

Bitte an Antragssteller um Neuformulierung

Begründung:

- 15 Die Ausgaben für Arzneimittel sind im Jahr 2015 erneut um 4,3 % gegenüber dem Vorjahr angestiegen. Die durch das AMNOG seit dem Jahre 2011 vorgegebenen jährlichen Einspareffekte werden
- 20 nicht einmal ansatzweise erreicht. Hochgerechnet, beträgt der verfehltete Einspar-effekt rund 6 Mrd.€. Diese Kostensteigerungen bezahlen ausschließlich die Versicherten über ihren Zusatzbeitrag. In
- 25 der Konsequenz bedeutet dies: Mit Beitragsgeldern der Versicherten wird Wirtschaftspolitik gemacht.

- 30 Wenn das Hamburger-Grundsatzprogramm der Partei weiterhin Gültigkeit haben soll, dann sind aus den letzten Wahlergebnissen die notwendigen Schlüsse zu ziehen und d.h. die Partei

35 muss zu ihrer früheren Kernkompetenz -
die soziale Gerechtigkeit - mit einem
glaubwürdigen politisch-programmati-
schen Gesamtkonzept zurückfinden.
Dazu zählt die Frage der Steuergerech-
40 tigkeit ebenso wie die finanzielle Siche-
rung und bedarfsgerechte Ausstattung
unserer solidarischen, gesetzlichen So-
zialversicherungssysteme: Renten-, Kran-
ken-, Pflege-, Arbeitslosenversicherung.
Wir benötigen eine neue Reformagenda
45 nicht im Sinne der AGENDA 2010, son-
dern mit der Zielsetzung der finanziellen
und strukturellen Verbesserung wo Ver-
sorgungsdefizite deutlich erkennbar
sind.

50 Das gilt bspw. auch für die gesetzliche
Rentenversicherung, denn ein Standard-
Rentenniveau von 43 % vor Steuern, wie
es ab 2030 bevorsteht, bedeutet ein mil-
55 lionenfaches Abrutschen von Rentnerin-
nen und Rentnern in die Grundsicherung
und damit in die Altersarmut. Das be-
deutet aber auch, dass der aus den Ren-
ten zu zahlende Kranken- und Pflegever-
60 sicherungsbeitrag geringer wird und
nicht mehr ausreichen wird für die be-
darfsgerechte, solidarisch finanzierte
Kranken- und Pflegeversicherung in einer
älter werdenden Gesellschaft im Sinne
einer Vollversicherung.

Antragsbereich So/ Antrag 2

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Süd

Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften - Bereich „gruppennützige“ Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen –

Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften - Bereich „gruppennützige“ Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen –

5 Das Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften - Bereich „gruppennützige“ Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen muss zurückgezogen werden. (Kein Votum, mehrheitlich)

Begründung:

10 Das Gesetz wurde aus unserer Sicht beschlossen, ohne dass ein Zwang zur Umsetzung von EU-Recht besteht und ethische Bedenken nicht geprüft wurden. So hat zum Beispiel von Seiten der Betroffenen der Beirat der Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung, sowie der Beirat der Angehörigen und gesetzlichen Betreuer/Innen (BAB), im Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) auf seine insbesondere die ethischen Bedenken in seinen Schreiben an die Fraktionen im Bundestag hingewiesen und eine Ablehnung des damaligen Entwurf zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften Bereich „gruppennützige“ Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen, gefordert.

30 Wir berufen auf Prof. Dr. Jörg Pont, Wien, Innere Medizin und Onkologie, wonach Ethik als normative Wissenschaft bezeichnet wird, die sich dem Studium menschlichen Verhaltens mit besonderer Berücksichtigung der Bestimmung von richtigem und falschem Verhalten widmet.

35 Das heißt, dass in der Gesellschaft eine Übereinstimmung darüber, was richtig

und falsch ist, erzielt worden sein muss.

40

Diese Ethik bildet sich in einer Gesellschaft im Laufe vieler Jahre und Jahrzehnte.

45

Angehörige von geistig behinderten Menschen und psychisch Erkrankte sehen sich wieder in Zeiten der Nationalsozialisten kommen und fürchten, dass mit diesem Gesetz geistig behinderte Menschen und psychisch kranke Menschen wieder zu Versuchskaninchen der Arzneimittelindustrie werden könnten.

50

55

Der Experte für Ethik und klinische Prüfungen der Unionsfraktion, Hubert Hüppe (CDU), kritisierte, dass einige Sachverständige, „erschreckend viel weiter“ gingen als der strittige Gesetzentwurf. Er warnte vor einem „Türöffner für fremdnützige Forschung an Menschen mit geistiger Behinderung“. Angesichts der Probleme von Vorausverfügungen gehe es langfristig offenbar darum, diese „abzuschaffen und die Tür ganz zu öffnen“. Angehörige befürchten, dass hinter allem der Gedanke an „Profit“ steckt.

60

65

70

Prof. Dr. Hans Werner Horn, Berlin, Fakultät für Sozialwesen, ehemaliger Studiengangsleiter "Arbeit mit Menschen mit Behinderung" an der Dualen Hochschule BaWü in Villingen-Schwenningen, schreibt dazu:

75

Es bleibt in dem Gesetz völlig unklar, wie Menschen sich rechtzeitig - also bevor sie nicht mehr über kognitive Fähigkeiten verfügen - entscheiden sollen. Denn wer kann schon sagen, welche Bedingungen zu einem späteren Zeitpunkt, nämlich dann, wenn man zur Experimentiermasse gemacht werden soll, gegeben sind.

80

85

Prof. Dr. Horn stellt weiter fest, dass namhafte Fachleute, wie Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl vom Berliner Institut für christliche Ethik und Politik und Prof. Dr. Johannes Pantel, Mediziner an

90 der Goethe Universität Frankfurt, bestätigen, dass solche Experimente überflüssig und für die Wissenschaft nicht förderlich sind.

95 Wir bedauern, dass der Antrag von Bundestagsabgeordneten sowie die Schreiben der Betroffenen zur Beibehaltung des bisher geltenden hohen Schutzniveaus bei der fremdnützigen Forschung an nichteinwilligungsfähigen Patienten, keine Berücksichtigung fand.

100 Wir lehnen deshalb das Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften - Bereich „gruppennützige“
 105 Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen – ab und fordern den Parteivorstand und die Fraktion deshalb auf, den bisherigen Schutz für diesen Personenkreis wieder herzustellen

Antragsbereich So/ Antrag 3

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
 ASG Bayern

EmpfängerIn(nen):

SPD-Bundestagsfraktion

SPD-Partei Vorstand

Chemikalien in Lebensmittel Plastikverpackungen gefährden nachweislich Umwelt und Gesundheit

Chemikalien in Lebensmittel Plastikverpackungen gefährden nachweislich Umwelt und Gesundheit

5 Die ASG Bundesdelegiertenkonferenz (Annahme) fordert den Parteivorstand und die SPD Bundestagsfraktion auf sich gegen die Verwendung von Plastikverpackungen die gesundheitsschädliche Chemikalien enthalten einzusetzen.

10 Im Hinblick auf die gesundheitsgefährdenden Chemikalien die sich aktuell in fast allen Lebensmittelkunststoffverpackungen befinden und nachweislich zu Allergien, Fettleibigkeit bis hin zu Un-

15 fruchtbarkeit, Krebs und Herzkrankheiten führen, müssen diese schnell durch gesundheitlich unbedenkliche ersetzt werden.

Begründung:

20 Wissenschaftler/Innen warnen: Chemikalien lösen sich aus dem Kunststoff und gelangen in den menschlichen Körper. Einige Stoffe können gravierende
25 Gesundheitsschäden verursachen, von Allergien und Fettleibigkeit bis hin zu Unfruchtbarkeit, Krebs und Herzerkrankungen.

Gefährliche Zusatzstoffe

30 Viele Chemikalien, die zur Herstellung von Kunststoffen eingesetzt werden, sind extrem giftig. Gesundheitsgefährdend an vielen Kunststoffprodukten
35 sind vor allem die Zusatzstoffe. Da die Chemikalien im Plastik nicht fest gebunden sind, können sie mit der Zeit entweichen. Sie gehen in die Umwelt über und werden auch vom menschlichen Körper
40 aufgenommen. Besonders weitreichende Auswirkungen haben dabei hormonell wirksame Substanzen. Dazu gehören vor allem Weichmacher (Phthalate), Bisphenol A (BPA), bromierte Flamm-
45 schutzmittel und Organozinnverbindungen.

Künstliche Hormone

50 Diese unterschiedlichen Substanzen haben eines gemeinsam: Sie sind sogenannte „endokrine Disruptoren“, das bedeutet, sie können ins Hormonsystem eingreifen, das alle Stoffwechselforgänge
55 des Körpers steuert. Eine Vielzahl von Erkrankungen und Störungen wird mit diesen künstlichen Hormonen in Verbindung gebracht.

Antragsbereich So/ Antrag 4

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerIn(nen):

SPD-Bundesparteitag

SPD-Bundestagsfraktion

SPD-Parteivorstand

**Reduzierung der Mehrwertsteuer bei
Arzneimittel auf 7%**

**Reduzierung der Mehrwertsteuer bei
Arzneimittel auf 7%**

- 5 Der ermäßigte Steuersatz von 7% soll (Annahme)
den Enderverbraucher*innen bei be-
stimmten Umsätzen entlasten. Es ist
daher nicht nachvollziehbar, warum der
Mehrwertsteuersatz bei 19% liegt, zumal
Arzneimittel lebensnotwendige Güter
sind. Wir fordern eine Reduzierung des
Mehrwertsteuersatzes von 7%. Die ak-
tuellen Preise ohne Mehrwertsteuer
10 müssen eingefroren werden, um zu ver-
hindern, dass nach der Reduzierung der
Mehrwertsteuer Pharmaunternehmen
und Großhandel ihre Marge vergrößern.

Antragsbereich So/ Antrag 5

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesund-
heitswesen
ASG Bayern

**Schaffung einer Ombudsstelle im
Gesundheitswesen**

**Schaffung einer Ombudsstelle im
Gesundheitswesen**

- 5 Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG (Nichtbefassung)
fordert den Parteivorstand und die SPD
Bundestagsfraktion auf ,auf Ebene der
Ländergesundheitsministerien so ge-
nannte Ombudsmänner als Ansprech-
partner für Beschwerdesachen im
Gesundheitsbereich ähnlich wie bei Ban-
ken oder Versicherungen oder des Wehr-

10 beauftragten zu etablieren.

Begründung:

15 Die Politik glaubt ,dass durch die so genannte Selbstverwaltung im Gesundheitswesen alle Probleme der gesetzlichen Krankenkassen ,der Leistungserbringer bis hin zu den Kammern sich von selber lösen .

20 Der medizinische Dienst der Krankenkassen agiert z.B. in Altenheimen ohne jegliche Kontrolle und Legitimation.

25 Auch die Aufsicht von Gesundheits- und Veterinärämter sowie von Ärzte- oder Apothekenkammern insbesondere bei Streitigkeiten ist schwierig und bürgerfern.

30 Eine bessere Kontrolle der Krankenkassen scheint auch oft z.B. bei Vorstandsbezügen geboten .

35 Durch die Schaffung eines Ombudsmannes, wie z.B. im Bankenbereich, ließe sich in einem ersten Schritt wenigstens eine Kontroll- und Schlichtungsinstanz schaffen.

Ebenfalls könnte eine solche Instanz ,ähnlich der eines Wehrbeauftragten , einmal im Jahr Bericht erstatten und so den Politikern als Indikator im Gesundheitswesen dienen .