



BESCHLÜSSE
der ordentlichen
Bundeskonzferenz der
Arbeitsgemeinschaft
der Sozialdemokratinnen und
Sozialdemokraten im
Gesundheitswesen (ASPG)

Berlin am 12. September 2026

ASG-Bundeskonferenz 2026 – Übersicht der Beschlüsse

Nummer	Beschluss	Antragsteller:in	Status
L01	Zurück zu den beiden von unseren Grundwerten getragenen, fundamentalen sozialdemokratischen Leitlinien der Gesundheitspolitik: „Versorgung nach Bedarf! – Finanzierung nach Leistungsfähigkeit!“ Daher: Strukturreformen statt Kürzungssorgen!	ASG-Bundesvorstand	angenommen
L01-Ä01	Änderungsantrag zu L01	Kathrin Jackel-Neusser	angenommen
L02	Pflegereform statt weiterem Kürzungsgesetz	ASG-Bundesvorstand	angenommen
L02-Ä01	Änderungsantrag zu L02	Tina Rudolph	angenommen
L03	Zur SPD-DNA stehen: nie wieder ohne Bürger:innenversicherung	Landesverband Thüringen und Landesverband Sachsen	angenommen in geänderter Fassung
Ini01	Solidarische Mittel schützen – riskante Geldanlagen parlamentarisch aufklären	Rüdiger Wolf-Sebottendorff	angenommen
Ini01-Ä01	Änderungsantrag zu Ini01	Sebastian Langer-Corinth	angenommen
KH01	Gesetzliche Verankerung Übergangsmandat Interessenvertretungen bei Trägerwechsel	Landesverband Nordrhein-Westfalen	angenommen
KH02	Maßnahmen zur finanziellen Absicherung der Schmerzmedizin	Landesverband Nordrhein-Westfalen	angenommen
KH03	Krankenhausapotheken strukturell stärken	Landesverband Nordrhein-Westfalen	angenommen
V01	Förderung genossenschaftlicher Medizinischer Versorgungszentren (gMVZ) und gemeinnütziger Sektorenübergreifender Versorgungseinrichtung (SÜV)	Landesverband Bayern	angenommen
V02	Verbot des Verkaufs von KV-Zulassungen	Landesverband Bayern	überwiesen
V02-Ä01	Änderungsantrag zu V02	Tina Rudolph	angenommen
V02-Ä02	Änderungsantrag zu V02	Jan Schabbeck	angenommen
V02-Ä03	Änderungsantrag zu V02	Friedrich von Samson-Himmelstjerna	angenommen
V02-Ä04	Änderungsantrag zu V02	Jan Schabbeck	angenommen
V03	Gesetzliche Regelung zur Primärversorgung	Landesverband Nordrhein-Westfalen	angenommen
V04	Notfallversorgung reformieren – Rettungskette stärken, Leitstellen modernisieren, Versorgung sichern, Menschenleben retten	Landesverband Thüringen und Landesverband Sachsen	angenommen
V04-Ä01	Änderungsantrag zu V04	Matthias Bonigut	angenommen
V04-Ä02	Änderungsantrag zu V04	Katja Hoffmann	nicht befasst
V05	Frauen mit Fehlgeburten besser versorgen	SPD Bezirk Hessen-Süd	angenommen
PPP01	Evidenzbasierte Steuerung der psychotherapeutischen Versorgung stärken - Transparenz als Grundlage einer bedarfsgerechten Versorgung	Landesverband Sachsen und Landesverband Thüringen	angenommen
PPP02	Gesetzliche Absicherung einer bedarfsgerechten wohnortnahen über die GKV finanzierten ambulanten Psychotherapie	Landesverband Nordrhein-Westfalen	angenommen
PPP03	Niederschwellige Vermittlung von langfristiger Psychotherapie	Landesverband Nordrhein-Westfalen	angenommen
P01	Pflege gerecht finanzieren – Versorgung sichern statt Leistungen begrenzen	Landesverband Nordrhein-Westfalen	angenommen
P02	Weiterentwicklung des § 113c SGB XI; Korrektur der Personalanhaltswerte für vollstationäre Pflegeeinrichtungen hin zu bedarfsgerechter Versorgung	SPD Bezirk Hessen-Süd	angenommen
P03	Gesetzliche Regelung zur rehabilitativen Pflege	Landesverband Nordrhein-Westfalen	angenommen in geänderter Fassung
P03-Ä01	Änderungsantrag zu P03	Barbara Schleußer	angenommen
AB01	Gesetzliche Förderung und rechtliche Absicherung von Weiterbildungsverbünden zur Sicherstellung der ärztlichen Facharztweiterbildung	SPD Bezirk Hessen-Süd	angenommen in geänderter Fassung
AB01-Ä01	Änderungsantrag zu AB01	Stefanie Minkley	angenommen
AB02	Qualität der Pflegeausbildung verbessern – Auszubildende stärken	Bezirk Hessen-Nord	angenommen
AB02-Ä01	Änderungsantrag zu AB02	Benjamin Schiller	angenommen
AB02-Ä02	Änderungsantrag zu AB02	Benjamin Schiller	angenommen
AB03	PTA-Beruf zukunftsfähig weiterentwickeln	Landesorganisation Hamburg	angenommen

Nummer	Beschluss	Antragsteller:in	Status
AB03-Ä01	Änderungsantrag zu AB03	Nicole Iben	abgelehnt
PrG01	Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitssystem: Gesundheit stärken – Prävention ausbauen, „Health in All Policies“ umsetzen und regionale Versorgungsstrukturen etablieren	SPD Bezirk Hessen-Süd	angenommen in geänderter Fassung
PrG01-Ä01	Änderungsantrag zu PrG01	Carlo Reifgerste	angenommen
PrG01-Ä02	Änderungsantrag zu PrG01	Christoph Seifert	angenommen
PrG02	Gesundheit fördern – sozial gerechte Abgabe auf stark zuckerhaltige Produkte und Stärkung präventiver Ernährungsstrukturen	Bezirk Hessen-Nord	angenommen in geänderter Fassung
PrG02-Ä01	Änderungsantrag zu PrG02	Nicole Iben	angenommen
PrG03	Einnahmen der GKV: Verursacher statt Versicherte in die Pflicht nehmen!	SPD Bezirk Hessen-Süd	angenommen
PrG04	Einführung eines Pflichtfachs „Gesundheitskompetenz und Resilienz“ an allen allgemeinbildenden Schulen	Landesverband Saar	angenommen in geänderter Fassung
PrG05	Gesetzliche Regelung zur verbindlichen Einführung von Schulgesundheitsfachkräften	Landesverband Nordrhein-Westfalen	angenommen
PrG06	Aufklärung und Versorgung bei Sepsis stärken	SPD Bezirk Hessen-Süd	angenommen in geänderter Fassung
PrG07	Gesundheit schützen – Einführung eines allgemeinen Tempolimits von 130 km/h auf Bundesautobahnen als Maßnahme der Prävention und Public Health	Bezirk Hessen-Nord	angenommen in geänderter Fassung
PrG07-Ä01	Änderungsantrag zu PrG07	Sebastian Langer-Corinth	angenommen
UK01	Klimaschutz und Klimaanpassung als Gemeinschaftsaufgabe im Grundgesetz verankern und verstärkte finanzielle Förderung	Landesverband Nordrhein-Westfalen	angenommen
UK02	Gesundheit schützen, Krankheiten vermeiden – Klimaschutz als Prävention und Beitrag zur nachhaltigen Finanzierung unseres Gesundheitssystems	Bezirk Hessen-Nord	angenommen
OR01	Namensänderung der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG)	Landesverband Bayern	erledigt durch Beschlusslage
OR02	Mehr Sichtbarkeit und bessere Ansprechbarkeit für sozialdemokratische Gesundheitspolitik – die ASG wird zu „SPD Gesundheit“	Bezirk Hessen-Nord	überwiesen an den ASG-Bundesvorstand
OR03	Demokratische Willensbildung stärken – Bundeskonferenzen der ASG künftig wieder zweitägig durchführen	Bezirk Hessen-Nord	angenommen in geänderter Fassung
OR03-Ä01	Änderungsantrag zu OR03	Tina Rudolph	zurückgezogen
OR03-Ä02	Änderungsantrag zu OR03	Annika Lange	angenommen
So01	Kein Abbau der Standards im betrieblichen Schutz von Beschäftigten durch Bürokratieabbau	Landesverband Nordrhein-Westfalen	angenommen
So02	Familienvielfalt stärken – Reproduktive Gerechtigkeit und rechtliche Gleichstellung umsetzen	SPD Bezirk Hessen-Süd	überwiesen an ASG-Bundesvorstand und an ASG-Bundesausschuss
So03	Recht auf Schwangerschaftsabbruch in das Grundgesetz aufnehmen	SPD Bezirk Hessen-Süd	angenommen
So03-Ä01	Änderungsantrag zu So03	Benjamin Schiller	zurückgezogen
So04	Geschlechterspezifische Medizin	Bezirk Hessen-Nord	angenommen in geänderter Fassung
So04-Ä01	Änderungsantrag zu So04	Christoph Seifert	abgelehnt
So05	Rechtssichere Finanzierung und verlässliche Anerkennung von Assistenzhunden	Landesverband Schleswig-Holstein	angenommen
Ini02	Waldbrandrauch kennt keine Grenzen – Gesundheitsschutz ressortübergreifend und europäisch stärken	Nicole Iben	angenommen in geänderter Fassung
Ini03	Prävention und Rehabilitation vor Pflege	Mathias Junggeburth	angenommen in geänderter Fassung
Ini04	Krankschreibung durch Psychotherapeut*innen/ Psychologische Psychotherapeut*innen	Stefanie Minkley	angenommen in geänderter Fassung
Ini04-Ä01	Änderungsantrag zu Ini04	Falko Tesch	angenommen
Ini04-Ä02	Änderungsantrag zu Ini04	enes baskal	zurückgezogen
Ini04-Ä03	Änderungsantrag zu Ini04	Ruben Henschke	angenommen
Ini05	Versorgungssicherheit bei geschlechtsangleichenden Maßnahmen gewährleisten	Stefanie Minkley	angenommen

Antragsübersicht

Inhaltsverzeichnis

L - Leitanträge und Resolutionen

L01	Zurück zu den beiden von unseren Grundwerten getragenen, fundamentalen sozialdemokratischen Leitlinien der Gesundheitspolitik: „Versorgung nach Bedarf! – Finanzierung nach Leistungsfähigkeit!“ Daher: Strukturreformen statt Kürzungsorgien!	5
L01-Ä01	Änderungsantrag zu L01	10
L02	Pflegereform statt weiterem Kürzungsgesetz	11
L02-Ä01	Änderungsantrag zu L02	14
L03	Zur SPD-DNA stehen: nie wieder ohne Bürger:innenversicherung	15
Ini01	Solidarische Mittel schützen – riskante Geldanlagen parlamentarisch aufklären	16
Ini01-Ä01	Änderungsantrag zu Ini01	18

KH - Krankenhaus

KH01	Gesetzliche Verankerung U ₂ -bergangsmandat Interessenvertretungen bei Trägerwechsel	19
KH02	Maßnahmen zur finanziellen Absicherung der Schmerzmedizin	20
KH03	Krankenhausapotheken strukturell stärken	21

V - Versorgung

V01	Förderung genossenschaftlicher Medizinischer Versorgungszentren (gMVZ) und gemeinnütziger Sektorenübergreifender Versorgungseinrichtung (SÜV)	22
V02	Verbot des Verkaufs von KV Zulassungen	24
V02-Ä01	Änderungsantrag zu V02	25
V02-Ä02	Änderungsantrag zu V02	26
V02-Ä03	Änderungsantrag zu V02	27
V02-Ä04	Änderungsantrag zu V02	28
V03	Gesetzliche Regelung zur Primärversorgung	29
V04	Notfallversorgung reformieren – Rettungskette stärken, Leitstellen modernisieren, Versorgung sichern, Menschenleben retten	30
V04-Ä01	Änderungsantrag zu V04	34
V04-Ä02	Änderungsantrag zu V04	35
V05	Frauen mit Fehlgeburten besser versorgen	38

PPP - Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie

PPP01	Evidenzbasierte Steuerung der psychotherapeutischen Versorgung stärken - Transparenz als Grundlage einer bedarfsgerechten Versorgung	39
PPP02	Gesetzliche Absicherung einer bedarfsgerechten wohnortnahen über die GKV finanzierten ambulanten Psychotherapie	43
PPP03	Niederschwellige Vermittlung von langfristiger Psychotherapie	44

P - Pflege

P01	Pflege gerecht finanzieren – Versorgung sichern statt Leistungen begrenzen	45
P02	Weiterentwicklung des § 113c SGB XI; Korrektur der Personalanhaltswerte für vollstationäre Pflegeeinrichtungen hin zu bedarfsgerechter Versorgung.	48
P03	Gesetzliche Regelung zur rehabilitativen Pflege	49
P03- Ä01	Änderungsantrag zu P03	50

AB - Ausbildung und Beruf (Ärzt:innen, Pflegekräfte und Therapeut:innen und weitere Berufe)

AB01	Gesetzliche Förderung und rechtliche Absicherung von Weiterbündeln zur Sicherstellung der ärztlichen Facharztweiterbildung	51
AB01- Ä01	Änderungsantrag zu AB01	52
AB02	Qualität der Pflegeausbildung verbessern – Auszubildende stärken	53
AB02- Ä01	Änderungsantrag zu AB02	55
AB02- Ä02	Änderungsantrag zu AB02	56
AB03	PTA Beruf zukunftsfähig weiterentwickeln	57
AB03- Ä01	Änderungsantrag zu AB03	58

PrG - Prävention und Gesundheitskompetenz

PrG01	Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitssystem: Gesundheit stärken – Prävention ausbauen, „Health in All Policies“ umsetzen und regionale Versorgungsstrukturen etablieren	59
PrG01- Ä01	Änderungsantrag zu PrG01	61
PrG01- Ä02	Änderungsantrag zu PrG01	62
PrG02	Gesundheit fördern – sozial gerechte Abgabe auf stark zuckerhaltige Produkte und Stärkung präventiver Ernährungsstrukturen	63
PrG02- Ä01	Änderungsantrag zu PrG02	64
PrG03	Einnahmen der GKV: Verursacher statt Versicherte in die Pflicht nehmen!	65
PrG04	Einführung eines Pflichtfachs „Gesundheitskompetenz und Resilienz“ an allen allgemeinbildenden Schulen	66

PrG05	Gesetzliche Regelung zur verbindlichen Einführung von Schulgesundheitsfachkräften	67
PrG06	Aufklärung und Versorgung bei Sepsis stärken	68
PrG07	Gesundheit schützen – Einführung eines allgemeinen Tempolimits von 130 km/h auf Bundesautobahnen als Maßnahme der Prävention und Public Health	69
PrG07-Ä01	Änderungsantrag zu PrG07	71

UK - Umwelt und Klima

UK01	Klimaschutz und Klimaanpassung als Gemeinschaftsaufgabe im Grundgesetz verankern und verstärkte finanzielle Förderung	72
UK02	Gesundheit schützen, Krankheiten vermeiden – Klimaschutz als Prävention und Beitrag zur nachhaltigen Finanzierung unseres Gesundheitssystems	73

OR - Organisationspolitik

OR01	Namensänderung der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG)	75
OR02	Mehr Sichtbarkeit und bessere Ansprechbarkeit für sozialdemokratische Gesundheitspolitik – die ASG wird zu „SPD Gesundheit“	76
OR03	Demokratische Willensbildung stärken – Bundeskonferenzen der ASG künftig wieder zweitägig durchführen	77
OR03-Ä01	Änderungsantrag zu OR03	78
OR03-Ä02	Änderungsantrag zu OR03	79

So - Sonstiges

So01	Kein Abbau der Standards im betrieblichen Schutz von Beschäftigten durch Bürokratieabbau	80
So02	Familienvielfalt stärken – Reproduktive Gerechtigkeit und rechtliche Gleichstellung umsetzen	81
So03	Recht auf Schwangerschaftsabbruch in das Grundgesetz aufnehmen	82
So03-Ä01	Änderungsantrag zu So03	83
So04	Geschlechterspezifische Medizin	84
So04-Ä01	Änderungsantrag zu So04	85
So05	Rechtssichere Finanzierung und verlässliche Anerkennung von Assistenzhunden ASG-Landesverband Schleswig-Holstein (Antragstellende) Landesverband Schleswig-Holstein	86

Ini - Initiativanträge

Ini02	Waldbrandrauch kennt keine Grenzen – Gesundheitsschutz ressortübergreifend und europäisch stärken	88
Ini03	Prävention und Rehabilitation vor Pflege	90

Ini04	Krankschreibung durch Psychotherapeut*innen/Psychologische Psychotherapeut*innen	91
Ini04-Ä01	Änderungsantrag zu Ini04	92
Ini04-Ä02	Änderungsantrag zu Ini04	93
Ini04-Ä03	Änderungsantrag zu Ini04	94
Ini05	Versorgungssicherheit bei geschlechtsangleichenden Maßnahmen gewährleisten	95

IB - Initiativbewerbungen

IB01	Initiativbewerbung	96
IB02	Kandidatur als Beisitzende des Bundesvorstandes der ASG Anne Schawohl - ASG Sachsen	97

Antrag L01: Zurück zu den beiden von unseren Grundwerten getragenen, fundamentalen sozialdemokratischen Leitlinien der Gesundheitspolitik: „Versorgung nach Bedarf! – Finanzierung nach Leistungsfähigkeit!“ Daher: Strukturreformen statt Kürzungsorgien!

Laufende Nummer: 37

Antragsteller*in:	ASG Bundesvorstand
Status:	angenommen
Sachgebiet:	L - Leitanträge und Resolutionen

1 Die jüngst eingeschlagene Richtung der Gesundheitspolitik ist falsch und birgt
2 katastrophale Risiken und Folgen für Patientinnen und Patienten.

3 **Präambel**

4 Zweifellos bietet das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erhebliche
5 wirtschaftliche Effizienzreserven bei zugleich deutlich verbesserungswürdigem
6 qualitativem Output. Das finanzielle Defizit der GKV ist jedoch nicht Folge eines
7 gescheiterten Systems als solches. Es zeigt in erster Linie den Zusammenhang zwischen
8 wirtschaftlicher Entwicklung und damit Beitragseinnahmen einerseits und
9 Kostenentwicklungen andererseits bei bisher ausgebliebenen oder noch nicht wirksamen
10 strukturellen Reformen. Konjunkturrell- und strukturell verursachte Probleme mit
11 reinen Spar- bzw. Umfinanzierungsgesetzen bekämpfen zu wollen, ist das falsche
12 Instrument. Es ignoriert real vorhandene Versorgungsbedarfe und Entwicklungen und
13 verkennt die fundamentale sozialpolitische Dimension unseres Solidarsystems. Gerade
14 in unsicheren Zeiten wie diesen, die geprägt sind von militärischen, wirtschaftlichen
15 und gesellschaftlichen Krisen, ist es der Sozialstaat, der den Menschen Sicherheit
16 gibt; Insbesondere denen, die wirtschaftlich schwächer sind. Ein Rückbau des
17 Sozialstaats, wie ihn das „GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz“ (BStabG)
18 durchführt, führt zu noch größerer Verunsicherung und sich verschärfenden realen
19 Versorgungsproblemen. Dem müssen wir zukünftig noch stärker eine Vision
20 entgegenstellen, wie die Menschen gut und sicher versorgt werden können und welche
21 Ressourcen es dazu braucht. Nicht andersherum.

22

23 **Würdigung beschlossener Strukturreformen**

24 Wir erkennen aktuell in vielen Gesetzentwürfen und Reformvorhaben zahlreiche Inhalte
25 wieder, die in der vergangenen Wahlperiode im Kabinett beschlossen oder vorbereitet
26 wurden – etwa beim Pflegekompetenzgesetz, der Apothekenreform, der
27 Notfallversorgungsreform, der Modernisierung der Pflegeassistentenberufe oder der
28 Lebendorganspende. Dass auf diese Entwürfe aufgebaut wurde und wird, erkennen wir
29 ausdrücklich als richtigen und wichtigen Schritt an.

30 So ist es zweifellos gut und zukunftsweisend, dass neben der Ärzteschaft endlich
31 weitere wichtige Berufsgruppen wie Pflegefachkräfte und Apothekerschaft künftig mehr
32 ihrer Kompetenzen zum Wohle der Patientinnen und Patienten einbringen dürfen und
33 werden. Dieser Weg muss mit großem Elan auch gegen die Widerstände des alten Systems
34 schnell und konsequent weiter beschritten werden: auch Psychotherapeutinnen,

technische Assistent:innen, Notfall- und Rettungssanitäter: innen, Physician assistants, Hebammen und andere Berufe müssen mehr Kompetenzen legal und für ihre jeweiligen Bereiche selbstverantwortlich für die Menschen einbringen können.

Und auch die nunmehr seit Jahren vorliegende Notfallreform muss endlich Realität werden. Hier steckt gerade im deutschen System viel Potential zu einer qualitativ besseren, zielgerichteteren und so auch wirtschaftlich effizienteren gesundheitlichen Versorgung von Menschen.

Das Krankenhausreformatungsanpassungsgesetz (KHAG)

Selbstverständlich müssen Gesetze hinsichtlich Praktikabilität und Wirkung regelmäßig überprüft und gegebenenfalls zielgenau angepasst werden; zumal solche Gesetze, die fundamental in die künftige Versorgungslandschaft eingreifen, wie die Krankenhausreform, die in der vergangenen Legislaturperiode von uns durchgesetzt wurde.

Allerdings zeigt sich bei den vorgenommenen „Anpassungen“, dass schon die Koalitionsverhandlungen durch die entsprechende Besetzung der Arbeitsgruppen enorme Hürden geschaffen haben und nicht zuletzt durch die einschlägige Auslegung des seither unionsgeführten Gesundheitsressorts die „Anpassungen“ tatsächlich eher als „Verwässerungen“ und „Verzögerungen“ zu sehen sind. Insbesondere ist zu bemängeln, dass keine einzige Änderung durch das KHAG die Qualität der Versorgung oder die zügige Ausgestaltung einer zukunftsfähigen Krankenhausstruktur befördert, sondern leider eher das Gegenteil.

Die vielen neuen und erweiterten Ausnahmemöglichkeiten für Krankenhäuser sind kritisch zu betrachten, auch wenn diese Ausnahmen in einigen Regionen durchaus ihre Berechtigung haben. Das entbindet die Länder jedoch nicht von ihrer Pflicht, eine konzentrierte und zukunftsfähige Krankenhauslandschaft zu schaffen.

Dafür müssen die Mittel des Krankenhaustransformationsfonds entsprechend eingesetzt werden. Ebenso sind die Länder nicht von ihrer Verpflichtung entbunden, für eine adäquate Investitionsfinanzierung zu sorgen, die den aktuellen Realitäten seit Einführung der dualen Krankenhausfinanzierung Rechnung trägt.

Verschärft wird die Lage nochmals durch die Einsparungen im Krankenhausbereich durch das BStabG. Diese erhöhen und beschleunigen die Risiken eines „kalten Strukturwandels“ durch ein ungesteuertes Abteilungs- und Krankenhaussterben. Die vorgesehene „Flexibilisierung“ des Pflegepersonaleinsatzes im Krankenhaus wiederum droht die Versorgungsqualität drastisch zu gefährden und das betreffende Personal weiter zu überlasten.

Das „GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz“ (BStabG)

Das BStabG soll auf Basis einer Auswahl von Empfehlungen einer Kommission kurz- und mittelfristig Beitragsanhebungen der gesetzlichen Krankenkassen stoppen.

Grundproblem der gesetzlichen Ausrichtung ist die von der parlamentarischen Mehrheit akzeptierte „Deckelung der Ausgaben entsprechend der Einnahmen“. Dies ist ein fundamentaler Paradigmenwechsel der Gesundheitspolitik. Seit Jahrzehnten orientiert sich die wertegeleitete sozialdemokratische Gesundheitspolitik an den Fundamenten

„Versorgung nach Bedarf“ und „Finanzierung nach Leistungsfähigkeit“; unsere Werte dahinter „Solidarität und Gerechtigkeit“.

Mit der detailreichen Umsetzung der fehlgeleiteten „Deckelungsideologie“ des BStabG werden bestehende schlechte Strukturen fortgeschrieben bzw. verschärft: schon bestehende Unterversorgung wird dramatisch mehr, während relative Übervergütungen nicht bzw. nicht zielgenau abgebaut werden. Nicht nur beim „prominenten“ Beispiel der Psychotherapie droht die zunehmende Unterversorgung schon kurzfristig für die Betroffenen in voller Härte erlebbar zu werden. Oder durch die systematische Deckelung (Budgetierung) von Präventionsleistungen, werden diese absehbar ebenfalls schon sehr bald in den Praxen umfänglich reduziert werden.

Die künftige nurmehr lediglich Teil-Finanzierung von Lohnsteigerungen von Pflegekräften wiederum wird absehbar zu einer Situation führen, in der noch weniger bereit sind, in der Pflege zu arbeiten, wenn nicht verlässlich gegengesteuert wird.

Im Ergebnis lehnen wir die Ausrichtung des Spargesetzes als ASG auch aus folgenden Gründen strikt ab:

- **Unverhältnismäßig hohe Belastung der Patient:innen und pauschale Kürzungen bei Leistungserbringenden:**

Die Zuzahlungen steigen um bis zu 50 Prozent, Leistungen und Angebote werden infrage gestellt bzw. reduziert und der Zugang zu Arztterminen erschwert, während beispielsweise die Pharmaindustrie (etwa durch den Wegfall systematischer Preisbremsen und neue Standortausnahmen bei Rabatten), mit Blick auf deren enormen erzielte Renditen, geschont wird.

- **Gesamtgesellschaftliche Aufgaben bleiben auf Versichertenbeiträge abgewälzt:**

Der Bund unterdeckt die Krankenversicherung von Grundsicherungsempfänger:innen weiterhin um rund 10 Milliarden Euro jährlich und kürzt zeitgleich den regulären Bundeszuschuss um weitere 2 Milliarden Euro.

- **Gefährdung der Versorgungsqualität:**

Die Aufweichungen bei den Personalvorgaben im Krankenhaus und den Personalbemessungsinstrumenten gefährden die Patientensicherheit sowie die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten.

Zügig erforderliche Kehrtwende vom Irrweg

Das „GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz“ (BStabG) muss so schnell wie möglich revidiert werden. Es muss gegengesteuert werden, bevor ein größerer, irreversibler Schaden in der Versorgung der Menschen eintritt. Hier sind alle Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten auf allen Ebenen aufgerufen, gesetzliche Anpassungen und strukturelle Reformen zu fordern und zu betreiben. Die realen Versorgungsstrukturen, die (Präventions-) Angebote und deren Finanzierung müssen sich möglichst schnell wieder am Bedarf orientieren. Flankiert von echten qualitäts-, effizienz- und gerechtigkeitsorientierten Strukturreformen und der Perspektive einer wirklich gerechten Finanzierung der Versorgung der gesamten Bevölkerung durch eine umfassende „Bürgerversicherung“ in die alle nach ihrer Leistungsfähigkeit einzahlen und ohne Terminbevorzugungen die gleichen, qualitativ möglichst hochwertigen, jeweils passenden Leistungen nach dem jeweiligen Bedarf erhalten.

Statt gefährlicher Kürzungsorgien braucht es jetzt und in Zukunft wieder den politischen Mut zu echten, nachhaltigen Strukturreformen, die das System effizienter machen und vorhandene Mittel gerecht einsetzen:

- **Krankenhausreform konsequent umsetzen:**

Die angelegte Spezialisierung und Konzentration gilt es, ohne Verwässerung umzusetzen.

- **Erfolge im Bereich der Pflege erhalten:**

Als das Pflegebudget 2019 eingeführt wurde, fehlten 40.000 Pflegekräfte. Durch die frühzeitig von der ASG geforderte und der SPD durchgesetzte Ausgliederung der Finanzierung aus den DRGs, die Refinanzierung von Tarifverträgen und die generalisierende Ausbildung konnten 50.000 Pflegekräfte gewonnen werden, die Löhne haben sich deutlich verbessert und die Lohnunterschiede zwischen Pflege im Krankenhaus und stationärer Langzeitpflege und ambulanter Pflege haben sich deutlich angenähert und die Zahl der Auszubildenden in der Pflege ist deutlich gestiegen. Diese Errungenschaften müssen wir schützen. Daher gilt es, an erfolgreichen krankenhauspolitischen Instrumenten wie dem Pflegebudget (Herauslösung der Pflegekosten aus den DRGs) und Pflegepersonalbemessungsinstrumenten (wie der PPR 2.0) sowie noch umso mehr an Pflegepersonaluntergrenzen festzuhalten.

- **Verbindliches Primärversorgungssystem:**

Ein Primärversorgungssystem, dass Doppeluntersuchungen und unnötige (Fach-)Arztkontakte reduziert, darf es nur mit einer verbindlichen Termingarantie für gesetzlich Versicherte entsprechend der medizinischen Dringlichkeit und der Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen geben. Nur dann wird auch sichergestellt, dass die Patient:innen entsprechend ihres Bedarfs schnell zur passenden Diagnostik und Therapie kommen können. Auf der anderen Seite müssen wir die Logik von Einbestellungssysteme durchbrechen, bei denen Versicherte einmal im Quartal zur Routine kommen sollen, um die Chipkarte einzulesen, obwohl die Kapazitäten anderweitig besser genutzt werden könnten.

- **Notfallreform & Ambulantisierung:**

Notaufnahmen müssen gezielt entlastet werden und die riesigen Potenziale der Ambulantisierung endlich gehoben werden. Hier bietet sich die drastische, verbildliche Ausweitung von Hybrid-DRGs an. Dabei muss sichergestellt werden, dass alle sinnvollen und notwendigen Eingriffe auch erbracht und ausreichend finanziert werden. Hier brauchen wir zudem bessere Evaluations- und Steuerungsinstrumente, z. B. durch eine verbindliche gemeinsame Auswertung von KV- und Krankenkassendaten.

- **Fokussierte Prävention:**

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind nicht nur die häufigste Todesursache, sondern gehen mit vielen leidvollen Krankheiten einher. In Ergänzung zur dringend erforderlichen Verbesserung der (Lebens-)Verhältnisse und der Stärkung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen (Ernährung, Tabak, etc.) ist hier eine „fokussierte Prävention“ überfällig: So gilt es, durch gezielte, strukturierte Programme möglichst frühzeitig entsprechende Risiken zu identifizieren, vorzubeugen und Ereignisse wie Infarkte und Schlaganfälle zu vermeiden. Sind sie eingetreten, müssen möglichst weitere Verschlechterungen zu Lasten der

167 Betroffenen verhindert werden. Im Ergebnis kann so persönliches Leid vermieden
168 oder gelindert werden und auch schnell Milliarden von Euros eingespart.

169 • **Gerechtigkeit im Versicherungssystem & Gemeinwohlorientierung:**

170 Weiterhin muss der Einstieg in eine solidarische Bürgerversicherung vorbereitet
(u. a. durch Einführung der pauschalen Beihilfe für Bundesbeamt:innen und die
171 Mitnahmemöglichkeit von Altersrückstellungen beim Wechsel in die GKV) und der
172 Abfluss von Beitragsgeldern als Renditen verhindert werden
173 (Reinvestitionsverpflichtung sowie Regulierung investorenbetriebener MVZ).

174
175
176
177
Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion

Antrag L01-Ä01

Laufende Nummer: 56 • Änderungsantrag zu L01

Antragsteller*in:	Kathrin Jackel-Neusser
Status:	angenommen
Sachgebiet:	L - Leitanträge und Resolutionen

Zeile 57 - 59

- 57 ~~Durch die~~Die vielen neuen und erweiterten Ausnahmemöglichkeiten für Krankenhäuser ~~und~~
58 ~~Planungsbehörden besteht nun eine noch größere Verantwortung für die Länder,~~sind kritisch zu
betrachten, auch wenn diese Ausnahmen in einigen Regionen durchaus ihre Berechtigung haben. Das
entbindet die Länder jedoch nicht von ihrer Pflicht, eine
59 ~~konzentrierte, zukunftssträchtige Strukturen~~ und zukunftsfähige Krankenhauslandschaft zu schaffen.
Dafür müssen die Mittel des Krankenhaustransformationsfonds entsprechend eingesetzt werden.
Ebenso sind die Länder nicht von ihrer Verpflichtung entbunden, für eine adäquate
Investitionsfinanzierung zu sorgen, die den aktuellen Realitäten seit Einführung der dualen
Krankenhausfinanzierung Rechnung trägt.

Antrag L02: Pflegereform statt weiterem Kürzungsgesetz

Laufende Nummer: 38

Antragsteller*in:	ASG Bundesvorstand
Status:	angenommen
Sachgebiet:	L - Leitanträge und Resolutionen

1 Die vom BMG eingeschlagene Richtung der Pflegepolitik ist falsch und darf so nicht
2 mitgetragen werden.

3 Ohne Zweifel steht die soziale Pflegeversicherung unter erheblichem Reformdruck. Die
4 aktuelle Ausgestaltung sichert die Finanzierung der erbrachten Leistungen bei weitem
5 nicht auskömmlich. Durch eine schlechte wirtschaftliche Entwicklung, die nicht
6 ausreichende Beteiligung von Kapital und großen Vermögen und damit auch nicht
7 ausreichend steigende Einnahmen entsteht ein wachsendes Defizit. Dieses beruht auch
8 darauf, dass die (gesetzliche) Pflegeversicherung für Leistungen aufkommt, die
9 eigentlich Gemeinschaftsaufgabe sind und darauf, dass es noch immer finanziell eine
10 strikte Trennung – trotz gleichen Leistungsspektrums – zwischen gesetzlicher- und
11 privater Pflegeversicherung gibt. Der steigenden Inanspruchnahme und den
12 dynamisierten Leistungen stehen dadurch insgesamt deutlich zu geringe Einnahmen
13 gegenüber.

14 Zugleich explodieren die privat zu stemmenden Lasten (Eigenanteile) der von
15 Pflegebedürftigkeit Betroffenen und deren An- und Zugehörigen geradezu. Und nicht
16 zuletzt müssen hierdurch auch wieder immer öfter Leistungen der Sozialämter (Hilfen
17 zur Pflege) in Anspruch genommen werden, was wiederum die kommunalen Haushalte
18 dramatisch belastet.

19

20 **Ziel der SPD bleibt: Eine Pflegevollversicherung für alle Bürger:innen**

21 Gerade weil die Pflegeversicherung aktuell wieder enorm unter politischen Druck gerät
22 bekräftigen wir unsere grundsätzliche Position:

23

24 **Die SPD fordert perspektivisch eine Pflegevollversicherung für alle!**

25

26 Um dieser Zielvision näher zu kommen hat die Bundeskonferenz der ASG 2024
27 beschlossen, sich einzusetzen:

- 28 1. Für die Deckelung der Eigenanteile von Pflegebedürftigen.
- 29 2. Die Pflegevollversicherung zunächst als optionales Modell einzuführen.
- 30 3. Hier zur Anschubfinanzierung eine Teilüberführung des Pflegevorsorgefonds zu
31 prüfen.
- 32 4. Und perspektivisch die Pflegeversicherung mit der Krankenversicherung zu
33 fusionieren.

34

35 Bekanntlich hat das Wahlergebnis zu einer Koalition geführt, in der diese Punkte
36 nicht durchgesetzt werden konnten. Allerdings konnte die ernsthafte Prüfung des
37 ersten Punktes verabredet werden.

38

39 Vor dem Hintergrund unserer Beschlusslagen scheint eine Zustimmung zu den
40 Überlegungen des BMG durch die SPD nicht denkbar.

41 Zwingend bei einer Reform der Pflegeversicherung ist aus Sicht der ASG daher:

42 • **Dynamisierung / Preisanpassung von Leistungen**

43 Statt „Reformen“, die dazu führen, die Leistungen der Pflegeversicherung immer
44 weiter sinken, müssen diese konsequent an Inflation und Bedarfe angepasst
45 werden. Werden bei steigenden Kosten Leistungssteigerungen ausgesetzt, entwertet
46 dies die Sozialversicherung und privatisiert pflegerisch-gesundheitliche
47 Risiken.

48 • **Erhöhung der Solidarität und Gerechtigkeit**

49 Schon kurzfristig geboten ist eine echte finanzielle Beteiligung der Privaten
50 Pflegeversicherung (PPV) an den risikobedingt höheren Leistungsbedarfen der
51 Sozialen Pflegeversicherung (SPV)
52 Und perspektivisch müssen auch Einkommen aus Kapitalerträgen und Vermögen mit
53 zur Finanzierung der Sozialversicherungen herangezogen werden. Die einseitige
54 Belastung von Lohn und Gehalt aus Arbeit und Beschäftigung sind ungerecht und
55 reichen zur Finanzierung der Sozialsysteme nicht mehr aus.

56 • **Stärkung der Pflege durch Angehörige**

57 Pflegende Angehörige sind das Rückgrat der geleisteten Pflege in Deutschland.
58 Deren gesellschaftlich eminent wichtige Leistung darf insbesondere mit Blick auf
59 Rentenansprüche nicht zu deren Nachteil werden. Im Gegenteil brauchen wir eine
60 Stärkung der Familienpflegezeit und die vom Familienministerium angekündigte
61 Weiterentwicklung eines Pflegegeldes für pflegende Angehörige als
62 Lohnersatzleistung.

63 • **Deckelung der Eigenanteile („Sockel-Spitze-Tausch“)**

64 Die Dynamik der Überlastung durch immer höhere Eigenanteile bei stationärer
65 Pflegebedürftigkeit muss durchbrochen werden. Betroffene müssen Planbarkeit
66 erhalten. Private Rücklagen dürfen im Sozialstaat nicht nur als nutzbare
67 finanzielle Verfügungsmasse betrachtet werden, sondern sind auch Ausdruck einer
68 individuell erbrachten Lebensleistung.

69 • **Aufstiegschancen sichern, keine allgemeine „Sippenhaft“**

70 Wir lehnen den Vorschlag, dass die seit zehn Jahren gültige Grenze von 100.000€,
71 ab der das Einkommen der Kinder zur Finanzierung der Pflege der Eltern
72 herangezogen wird, abgeschafft werden soll, sodass diese wieder bis auf einen
73 Selbstbehalt für die Pflegekosten aufkommen müssen, entschieden ab. Gerade in
74 Familien, in denen bisher wenig Vermögen aufgebaut werden konnte, wäre das ein
75 entscheidender Eingriff, der das sozialdemokratische Aufstiegsversprechen
76 gefährdet und eher die Altersabsicherung der kommenden Generation gefährdet.

76 • **Keine Privatisierung von Risiken**

77 Vorschläge, die steigenden Kosten der Pflege durch verpflichtende private
78 Zusatzversicherungen decken zu wollen, lehnen wir ab. Wenn zusätzliche Säulen
79 der zur Diskussion stehen, fordern wir – einen zusätzlichen staatlichen
Pflegefonds, durch den einen Teil der Beiträge zur Pflegeversicherung am
Kapitalmarkt angelegt werden, das Risiko und die Chancen daraus aber von allen

Versicherten gleichermaßen getragen werden. In anderen Ländern hat dieses Vorgehen zu einer Entlastung der Versicherten geführt.

- **Transparenz und Zugänglichkeit**

Die demographische Entwicklung geht mit einer erheblich steigenden Anzahl an Pflegebedürftigen Personen in den kommenden Jahren einher. Um einer überwältigenden Inanspruchnahme von stationären Pflegeangeboten vorzubeugen, muss ambulante Versorgung zugänglicher gemacht und gestärkt werden. Sowohl pflegende Angehörige als auch Pflegebedürftige müssen stärker dabei unterstützt werden, Leistungen in Anspruch nehmen zu können, die eine ambulante Versorgung sicherstellen. Leistungen müssen frühzeitig erklärt und transparent dargestellt sowie deren Zugänglichkeit sichergestellt werden. Professionellen Dienstleistern muss eine auskömmliche und möglichst unbürokratische Finanzierung ihrer Leistungen sichergestellt werden. Eine frühzeitige – ggf. auch aufsuchende – Pflegeberatung können zur langfristigen Sicherstellung ambulanter Versorgung beitragen.

- Keine Privatisierung von Gewinnen bei der Vergesellschaftung von Risiken
- Auch der Zuwachs und die mittlerweile strukturelle Bedeutung von private-Equity-

Unternehmen im Pflegebereich und die damit einhergehende Gewinnabschöpfung tragen zur

Verschärfung der Ausgabendynamik bei. Diese gilt es einzudämmen.

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion

Antrag L02-Ä01

Laufende Nummer: 58 • Änderungsantrag zu L02

Antragsteller*in:	Tina Rudolph
Status:	angenommen
Sachgebiet:	L - Leitanträge und Resolutionen

Zeile 98

98

- Keine Privatisierung von Gewinnen bei der Vergesellschaftung von Risiken
- Auch der Zuwachs und die mittlerweile strukturelle Bedeutung von private-Equity-Unternehmen im Pflegebereich und die damit einhergehende Gewinnabschöpfung tragen zur Verschärfung der Ausgabendynamik bei. Diese gilt es einzudämmen.

Antrag L03: Zur SPD-DNA stehen: nie wieder ohne Bürger:innenversicherung

Laufende Nummer: 36

Antragsteller*in:	Landesverband Thüringen und Landesverband Sachsen
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Sachgebiet:	L - Leitanträge und Resolutionen

- 1 Wir erneuern das Bekenntnis zur Bürger:innenversicherung als einer der zentralen
- 2 Forderungen der SPD und fordern für zukünftige Verhandlungen über eine Koalition auf
- 3 Bundesebene, dass dem Ergebnis seitens der SPD-Verhandler:innen nur zugestimmt wird,
- 4 wenn die Einführung einer Bürger:innenversicherung als Teil der Vereinbarung
- 5 vorgesehen ist.
- 6 Unter einer Bürger:innenversicherung verstehen wir nach wie vor keine Einheitskasse,
- 7 sondern dass die Dualität zwischen gesetzlicher und privater Kranken- und
- 8 Pflegeversicherung aufgelöst wird und alle solidarisch in das gleiche
- 9 Versicherungssystem einzahlen und den gleichen gesetzlichen Leistungsstandard

Empfänger*in(nen)

SPD-Parteivorstand, SPD-Bundesparteitag

Antrag Ini01: Solidarische Mittel schützen – riskante Geldanlagen parlamentarisch aufklären

Laufende Nummer: 42

Antragsteller*in:	Rüdiger Wolf-Sebottendorff
Status:	angenommen
Sachgebiet:	L - Leitanträge und Resolutionen

1 Die ASG Bundeskonferenz möge beschließen:

2 Die ASG-Bundeskonzferenz fordert die SPD-Bundestagsfraktion auf, die parlamentarische
3 Aufklärung über risikobehaftete Geldanlagen gesetzlicher Kranken- und Pflegekassen
4 sowie Kassenärztlicher Vereinigungen und berufsständiger Versorgungswerke konsequent
5 fortzuführen und daraus notwendige gesetzgeberische Konsequenzen abzuleiten. Die SPD-
6 Landtagsfraktionen werden aufgefordert, die Aufklärung im Zuständigkeitsbereich der
7 Länder zu unterstützen.

8 **1. Umfang, Ursachen und Aufsichtsverantwortung aufklären**

9 Die SPD-Bundestagsfraktion soll auf einen Bericht der Bundesregierung an den
10 Gesundheitsausschuss innerhalb von sechs Monaten hinwirken, der unter Einbeziehung
11 der zuständigen Bundes- und Landesbehörden Anlagevolumen, Herkunft und Zweckbindung
12 der eingesetzten Mittel, Wertberichtigungen sowie bereits eingetretene und drohende
13 Verluste darstellt.

14 Aufzuklären sind insbesondere die Entscheidungswege, das Anlage- und
15 Risikomanagement, die Kontrolle durch die Selbstverwaltungsorgane sowie Kenntnisstand
16 und Handeln der Aufsichtsbehörden. Ebenso sind die Rolle beteiligter
17 Finanzdienstleister, Vermittler und Gutachter sowie mögliche Interessenkonflikte zu
18 untersuchen. Über den Fortgang der Aufarbeitung ist regelmäßig zu berichten.

19 **2. Sicherheit und Liquidität wirksam durchsetzen**

20 Es ist zu prüfen, ob die geltenden Anlagevorschriften und Aufsichtsinstrumente
21 ausreichen und wirksam angewendet werden, um den Vorrang von Sicherheit und
22 ausreichender Liquidität vor Rendite durchzusetzen. Maßgeblich sind insbesondere die
23 §§ 80 bis 86 SGB IV, die für Kassenärztliche Vereinigungen gemäß § 78 Absatz 6 SGB V
24 entsprechend gelten.

25 Bereits eingeleitete Änderungen des Anlagekatalogs sind auf ihre Wirksamkeit und auf
26 verbleibende Schutzlücken zu überprüfen. Dabei müssen auch die wirtschaftlichen
27 Risiken mittelbarer und mehrstufiger Anlagekonstruktionen berücksichtigt werden.

28 **3. Transparenz, Kontrolle und Prävention stärken**

29 Bestehende Pflichten sind konsequent durchzusetzen und, soweit erforderlich, durch
30 verbindliche Mindeststandards zu ergänzen. Dazu gehören nachvollziehbar dokumentierte
31 Anlageentscheidungen, fachlich qualifiziertes und vom Vertrieb unabhängiges
32 Risikomanagement, wirksame interne Kontrollen und regelmäßige Berichte an die
33 zuständigen Selbstverwaltungsorgane.

34 Für komplexe oder mit besonderen Risiken verbundene Anlagen sind risikogerechte
35 vorherige Anzeigepflichten zu prüfen. Wesentliche neu auftretende Risiken und

36 Verluste müssen der Aufsicht unverzüglich mitgeteilt werden. Eine ausreichende
37 personelle und fachliche Ausstattung sowie eine abgestimmte Aufsichtspraxis von Bund
38 und Ländern sind sicherzustellen.

39 **4. Verantwortlichkeiten klären und Schäden begrenzen**

40 Bei Anhaltspunkten für Pflichtverletzungen sind persönliche Verantwortlichkeiten
41 sowie Schadensersatz- und Regressansprüche nach den jeweils geltenden rechtlichen
42 Maßstäben zu prüfen. Dies umfasst auch mögliche Ansprüche gegen beteiligte
43 Finanzdienstleister, Vermittler und Gutachter. Berechtigte Ansprüche sind konsequent
44 und fristgerecht durchzusetzen; vermeidbare weitere Schäden sind abzuwenden.

45 Pauschale Vorverurteilungen lehnt die ASG ab. Erforderlich sind eine vollständige
46 Aufklärung, die Bewertung des Einzelfalls und klare Konsequenzen nach Recht und
47 Gesetz.

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundes- und Landtagsfraktionen

Antrag Ini01-Ä01

Laufende Nummer: 59 • Änderungsantrag zu Ini01

Antragsteller*in:	Sebastian Langer-Corinth
Status:	angenommen
Sachgebiet:	L - Leitanträge und Resolutionen

Zeile 4

- 2 Die ASG-Bundeskonzferenz fordert die SPD-Bundestagsfraktion auf, die parlamentarische
3 Aufklärung über risikobehaftete Geldanlagen gesetzlicher Kranken- und Pflegekassen
4 sowie Kassenärztlicher Vereinigungen und berufsständiger Versorgungswerke konsequent
fortzuführen und daraus notwendige
5 gesetzgeberische Konsequenzen abzuleiten. Die SPD-Landtagsfraktionen werden
6 aufgefordert, die Aufklärung im Zuständigkeitsbereich der Länder zu unterstützen.

Antrag KH01: Gesetzliche Verankerung U[?]bergangsmandat Interessenvertretungen bei Trägerwechsel

Laufende Nummer: 4

Antragsteller*in:	Landesverband Nordrhein-Westfalen
Status:	angenommen
Sachgebiet:	KH - Krankenhaus

- 1 **Die ASG Bundeskonferenz möge beschließen:**
- 2 Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefordert sicherzustellen, dass beim Übergang
- 3 kirchlicher Einrichtungen in öffentliche oder private Trägerschaft oder umgekehrt für
- 4 die betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer keine vertretungslose Zeit für die
- 5 betriebliche Interessenvertretung und die Schwerbehindertenvertretung entsteht und
- 6 das Betriebsverfassungsgesetz und das Bundespersonalvertretungsgesetz dahin gehend zu
- 7 ergänzen, dass Personalräte öffentlicher Träger sowie Mitarbeitervertretungen
- 8 kirchlicher Einrichtungen, die auf einen privaten Träger übergehen, durch ein
- 9 Übergangsmandat gesichert werden, bis eine neue Interessenvertretung gewählt ist.

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion

Antrag KH02: Maßnahmen zur finanziellen Absicherung der Schmerzmedizin

Laufende Nummer: 8

Antragsteller*in:	Landesverband Nordrhein-Westfalen
Status:	angenommen
Sachgebiet:	KH - Krankenhaus

- 1 **Die ASG Bundeskonferenz möge beschließen:**
- 2 Die SPD- Bundestagsfraktion wird aufgefordert, sich dafür einzusetzen, dass die
- 3 Finanzierung spezialisierter Schmerzzentren an Krankenhäusern auch künftig
- 4 sichergestellt wird. Die drohende Schließung dieser hochspezialisierten Zentren in
- 5 Krankenhäusern muss abgewendet werden.

Empfänger*in(nen)

SPD- Bundestagsfraktion

Antrag KH03: Krankenhausapotheken strukturell stärken

Laufende Nummer: 7

Antragsteller*in:	Landesverband Nordrhein-Westfalen
Status:	angenommen
Sachgebiet:	KH - Krankenhaus

- 1 **Die ASG-Bundeskonzferenz möge beschließen:**
- 2 Die SPD Bundestagsfraktion wird aufgefordert, sich dafür einzusetzen, dass
- 3 Krankenhausapotheken und krankenhausversorgende Apotheken als Strukturmerkmale in die
- 4 Leistungsgruppen der Krankenhäuser aufgenommen werden, um die Qualität und Effizienz
- 5 in der Behandlung von Krankenhauspatient*innen sowie die
- 6 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) zu erhalten bzw. zu verbessern.

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion

Antrag V01: Förderung genossenschaftlicher Medizinischer Versorgungszentren (gMVZ) und gemeinnütziger Sektorenübergreifender Versorgungseinrichtung (SÜV)

Laufende Nummer: 30

Antragsteller*in:	Landesverband Bayern
Status:	angenommen
Sachgebiet:	V - Versorgung

- 1 Um die ambulante und sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung in Deutschland
2 nachhaltig zu stärken, setzt die SPD sich für folgende Maßnahmen ein:
- 3 1. Förderung genossenschaftlicher und gemeinnütziger Strukturen: Die SPD setzt sich
4 für die gezielte Förderung genossenschaftlich organisierter Medizinischer
5 Versorgungszentren (MVZ) sowie gemeinnütziger GmbHs ein, um eine demokratische
6 Kontrolle und Gemeinwohlorientierung in der Gesundheitsversorgung zu sichern.
- 7 2. Finanzierung der Anfangsinvestitionen: Für die Gründung dieser Zentren sind
8 öffentliche Mittel für die anfänglichen Investitionskosten bereitzustellen,
9 analog zur Finanzierung von Krankenhausbauten. Diese Mittel sollen als
10 Startkapital dienen, um die genossenschaftliche oder gemeinnützige Trägerschaft
11 zu ermöglichen.
- 12 3. Reform der Vergütungsmodelle: Es sind neue Vergütungsregelungen zu schaffen, die
13 eine Selbstkostendeckung oder Vorhaltevergütung vorsehen. Diese müssen für alle
14 zulassungspflichtigen Gesundheitsberufe gelten, die in der interdisziplinären
15 und multiprofessionellen Versorgung tätig sind.
- 16 4. Selbstverantwortliche Arbeit ohne Arztvorbehalt: Gesundheitsfachkräfte sollen
17 voll selbstverantwortlich arbeiten und ihre Leistungen ohne Arztvorbehalt
18 abrechnen können. Hierfür sind gesetzliche Anpassungen erforderlich, um die
19 Eigenverantwortung der Berufe zu stärken.
- 20 5. Sicherung der Gründungsberechtigung: Die satzungsrechtlichen, sozialrechtlichen
21 und zulassungsrechtlichen Regelungen sind so zu gestalten, dass
22 genossenschaftliche MVZ auch bei personellen Veränderungen (z. B. Ausscheiden
23 eines Gründers) ihre Gründungsvoraussetzungen weiterhin erfüllen. Hierfür ist es
24 unabdingbar, dass angestellte Ärzt:innen die Gründungsberechtigung für ein
25 genossenschaftliches MVZ erwerben können.
- 26 6. Fokus auf unterversorgte Regionen: Besonders in ländlichen oder
27 strukturschwachen Gebieten sollen diese Maßnahmen priorisiert werden, um die
28 flächendeckende medizinische Versorgung zu sichern.

29
30
31
32
33

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion

Antrag V02: Verbot des Verkaufs von KV Zulassungen

Laufende Nummer: 29

Antragsteller*in:	Landesverband Bayern
Status:	überwiesen
Sachgebiet:	V - Versorgung

1 Der Verkauf von KV-Zulassungen an den Wunschnachfolger der abgebenden Ärztin oder des
2 abgebenden Arztes im Sinne der Abgabe an die meistbietende Person soll verboten
3 werden.

4 Durch diese Praxis erhalten finanzstarke, investorengeführte Medizinische
5 Versorgungszentren (MVZ) einen unfairen Zugang zu Abrechnungsmöglichkeiten, während
6 kommunale oder gemeinnützige Organisationen massiv benachteiligt werden. Wir wollen,
7 das die Möglichkeit des Haltens von MVZ durch zugelassene Krankenhäuser auf den
8 regionalen Einzugsbereich des Krankenhauses reduziert wird.

9 kommunale oder gemeinnützige Organisationen massiv benachteiligt werden. Wir wollen,
10 dass entsprechende Grundlage im SGB V geschlossen wird und Krankenhäuser nur solche
11 MVZ gründen und halten dürfen, die einen regionalen Bezug haben.

12

13 Die KV-Zulassungen sollen zukünftig in einem transparenten und diskriminierungsfreien
14 Vergabeverfahren an Bewerber:innen vergeben werden, die sich zu einer langfristigen,
15 gemeinwohlorientierten medizinischen Versorgung verpflichten. Dabei könnten folgende
16 Kriterien berücksichtigt werden:

- 17 • Qualifikation und Erfahrung der Bewerber:innen,
- 18 • Versorgungsbedarf in der Region (z. B. Unterversorgung in ländlichen Gebieten),
- 19 • Verpflichtung zur gemeinnützigen oder kommunalen Trägerschaft (z. B. durch
- 20 • Priorisierung von Bewerber:innen aus diesem Bereich).
- 21 • Ausschluss von Verkäufen an private-Equity-Ketten unter festzusetzenden
- 22 Maßstäben, um zu hohe Kumulationen zu verhindern
- 23 • Priorisierung von Bewerber:innen aus diesem Bereich).
- 24 • Wir fordern, dass die Weitergabe von KV-Sitzen an Investor-geführte
- 25 Versorgungszentren (Aktiengesellschaften, Private Equity) nur gestattet werde,
- 26 wenn die Weitergabe innerhalb der Ärzt:innenschaft bzw. die Überführung in ein
- 27 kommunales oder genossenschaftlich-geführtes MVZ nicht möglich ist

Empfänger*in(nen)

ASG-Bundesvorstand

Antrag V02-Ä01

Laufende Nummer: 63 • Änderungsantrag zu V02

Antragsteller*in:	Tina Rudolph
Status:	angenommen
Sachgebiet:	V - Versorgung

Zeile 2

- 1 Der Verkauf von KV-Zulassungen an den Wunschnachfolger der abgebenden Ärztin oder des
2 abgebenden Arztes im Sinne der Abgabe an die meistbietende Person soll verboten werden.

Zeile 14

- 13 • Verpflichtung zur gemeinnützigen oder kommunalen Trägerschaft (z. B. durch
14 Priorisierung von Bewerber:innen aus diesem Bereich).
- Ausschluss von Verkäufen an private-Equity-Ketten unter festzusetzenden Maßstäben, um zu hohe Kumulationen zu verhindern

Antrag V02-Ä02

Laufende Nummer: 62 • Änderungsantrag zu V02

Antragsteller*in:	Jan Schabbeck
Status:	angenommen
Sachgebiet:	V - Versorgung

Zeile 5

- 3 Durch diese Praxis erhalten finanzstarke, investorengeführte Medizinische
4 Versorgungszentren (MVZ) einen unfairen Zugang zu Abrechnungsmöglichkeiten, während
5 kommunale oder gemeinnützige Organisationen massiv benachteiligt werden. Wir wollen, dass die Möglichkeit des Haltens von MVZ durch zugelassene Krankenhäuser auf den regionalen Einzugsbereich des Krankenhauses reduziert wird.

Antrag V02-Ä03

Laufende Nummer: 64 • Änderungsantrag zu V02

Antragsteller*in:	Friedrich von Samson-Himmelstjerna
Status:	angenommen
Sachgebiet:	V - Versorgung

Zeile 14

- 13 • Verpflichtung zur gemeinnützigen oder kommunalen Trägerschaft (z. B. durch
- 14 Priorisierung von Bewerber:innen aus diesem Bereich).
- Wir fordern, dass die Weitergabe von KV-Sitzen an Investor-geführte Versorgungszentren (Aktiengesellschaften, Private Equity) nur gestattet werde, wenn die Weitergabe innerhalb der Ärzt:innenschaft bzw. die Überführung in ein kommunales oder genossenschaftlich-geführtes MVZ nicht möglich ist

Antrag V02-Ä04

Laufende Nummer: 65 • Änderungsantrag zu V02

Antragsteller*in:	Jan Schabbeck
Status:	angenommen
Sachgebiet:	V - Versorgung

Zeile 5

- 3 Durch diese Praxis erhalten finanzstarke, investorengeführte Medizinische
4 Versorgungszentren (MVZ) einen unfairen Zugang zu Abrechnungsmöglichkeiten, während
5 kommunale oder gemeinnützige Organisationen massiv benachteiligt werden. Wir wollen, dass
entsprechende Grundlage im SGB V geschlossen wird und Krankenhäuser nur solche MVZ gründen
und halten dürfen, die einen regionalen Bezug haben.

Antrag V03: Gesetzliche Regelung zur Primärversorgung

Laufende Nummer: 6

Antragsteller*in:	Landesverband Nordrhein-Westfalen
Status:	angenommen
Sachgebiet:	V - Versorgung

1 **Die ASG-Bundeskonzferenz möge beschließen:**

2 Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefordert, sich für die gesetzliche Verankerung
3 einer möglichst sektorenübergreifend organisierten, am Gemeinwohl sowie am realen
4 regionalen Bedarf ausgerichteten multiprofessionellen Primärversorgung im SGB V sowie
5 in den angrenzenden Sozialgesetzbüchern einzusetzen und hierfür entsprechende
6 Voraussetzungen in der Bedarfsplanung sowie den Vergütungsstrukturen zu schaffen.

7 Es soll sichergestellt werden, dass Inhalte der Primärversorgung bedarfsgerecht in
8 unterschiedlichen Versorgungsstrukturen erbracht werden können. Dies umfasst
9 insbesondere ambulante (etwa Primärversorgungszentren) und pflegerische Angebote
10 sowie Einrichtungen der akutstationären Versorgung aller Versorgungsstufen - von der
11 Grund- und Regelversorgung bis hin zur Maximalversorgung - einschließlich der im
12 Rahmen der Krankenhausreform vorgesehenen sektorenübergreifenden
13 Versorgungseinrichtungen. Ziel ist es, eine sektorenübergreifende und flexible
14 Ausgestaltung zu ermöglichen, die sich an

15 den jeweiligen regionalen Bedarfen orientiert und dabei soziale Aspekte von
16 Gesundheit, lebensweltbezogene Faktoren sowie präventive und gesundheitsfördernde
17 Ansätze systematisch einbezieht.

18

19 Dabei muss eine datenbasierte und sektorenübergreifend ausgerichtete Bedarfsplanung
20 gewährleistet werden, in die der Öffentliche Gesundheitsdienst als zentraler Akteur
21 zur Erhebung, Bewertung und Steuerung regionaler Versorgungsbedarfe systematisch
22 einzubinden ist. Sie muss insbesondere die Versorgung in strukturschwachen Kommunen
23 und Stadtteilen mit erhöhtem Entwicklungsbedarf sowie im ländlichen Raum stärken.

24 Darüber hinaus sind Strukturen zu entwickeln, die eine bedarfsgerechte Begleitung
25 komplexer Versorgungsverläufe gewährleisten und zugleich eine Weiterentwicklung von
26 Aufgabenverteilungen sowie Substitutions- und Delegationsmodellen ermöglichen, wobei
27 digitale Lösungen gezielt zur Unterstützung der Versorgungskoordination einzusetzen
28 sind. Zur effektiven Gestaltung werden Vergütungsstrukturen benötigt, die
29 multiprofessionelle Zusammenarbeit fördern, anstatt sie zu behindern oder zentrale
30 Versorgungsleistungen auf ehrenamtliches Engagement zu verlagern. Hierbei könnten
31 regionale Gesundheitsbudgets

32 eine innovative Finanzierungsoption darstellen und sollten entsprechend erprobt
33 werden.

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion

Antrag V04: Notfallversorgung reformieren – Rettungskette stärken, Leitstellen modernisieren, Versorgung sichern, Menschenleben retten

Laufende Nummer: 35

Antragsteller*in:	Landesverband Thüringen und Landesverband Sachsen
Status:	angenommen
Sachgebiet:	V - Versorgung

- 1 Die ASG setzt sich für eine umfassende und nachhaltige Reform der Notfallversorgung
2 in Deutschland ein. Ziel ist eine moderne, leistungsfähige und verlässlich
3 funktionierende Rettungskette – vom Eingang des Notrufs über die Disposition, den
4 Rettungsdiensteinsatz und die präklinische Versorgung bis zur abschließenden
5 Behandlung im Krankenhaus.
- 6 Die Notfallversorgung steht bundesweit vor erheblichen Herausforderungen. Steigende
7 Einsatzzahlen, der demografische Wandel, die Krankenhausstrukturreform sowie eine
8 zunehmende Inanspruchnahme des Rettungsdienstes für nicht lebensbedrohliche
9 Erkrankungen verändern die Anforderungen grundlegend. Gleichzeitig bestehen
10 erhebliche strukturelle Defizite: uneinheitliche Leitstellensysteme, unterschiedliche
11 Qualitätsstandards, unzureichende Datennutzung sowie kleinteilige Leitstellen- und
12 Rettungsdienststrukturen verhindern eine effiziente und patientenorientierte
13 Versorgung.
- 14 Die Notfallversorgung darf deshalb nicht isoliert betrachtet werden. Notruf,
15 Leitstelle, Rettungsdienst, Krankenhausversorgung und Sekundärtransporte bilden eine
16 zusammenhängende Rettungskette. Reformen müssen sektorenübergreifend erfolgen und
17 bundesweit vergleichbare Qualitätsstandards schaffen.
- 18 Für die ASG gilt daher: Eine leistungsfähige Notfallversorgung braucht klare
19 Verantwortlichkeiten, moderne digitale Strukturen, größere und resiliente
20 Leitstellen, bundesweit einheitliche Qualitätsstandards sowie eine datenbasierte
21 Planung. Der Rettungsdienst darf dabei nicht dauerhaft die Defizite der ambulanten
22 Versorgung kompensieren.
- 23 **Die ASG setzt sich deshalb für folgende Punkte ein**
- 24 1. Bundeseinheitliche Hilfsfrist schaffen. Es wird beschlossen, dass
25 die Hilfsfrist bundesweit einheitlich definiert wird. Dabei ist verbindlich
26 festzulegen, ob ausschließlich die Fahrzeit oder Dispositions- und Fahrzeit gemeinsam
27 berücksichtigt werden. Gleichzeitig ist ein bundesweiter Mindeststandard nach
28 Dringlichkeit - beispielsweise zwölf Minuten Fahrzeit – festzulegen. Dadurch werden
29 erstmals bundesweite Qualitätsvergleiche möglich.
- 30 2. Medizinische Hilfeersuchen zentral steuern. Es wird beschlossen, dass
31 - medizinische Hilfeersuchen künftig über eine einheitliche Notrufstruktur zentral
32 gesteuert werden.
- 33 - Leitstellen auf Grundlage standardisierter Notrufabfragen über das jeweils
34 geeignete Einsatzmittel (RTW, NEF, KTW, Notfall-KTW oder andere Transportmittel)
35 entscheiden.

- die Notfallversorgung stärker mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst und weiteren ambulanten Versorgungsangeboten verzahnt wird.

3. Leitstellen leistungsfähiger und resilienter organisieren. Es wird beschlossen, dass

- die Leitstellenstruktur neu organisiert wird; Zielgröße sind integrierte Leitstellen mit Versorgungsbereichen von 500.000 bis 1.000.000 Einwohnerinnen und Einwohnern.

- größere Leitstellen den gemeinsamen Zugriff auf Rettungswagen, Notarzteinsatzfahrzeuge, Krankentransportwagen, Feuerwehren und weitere Einsatzmittel ermöglichen und dadurch die Resilienz erhöhen.

- ab einer Versorgungsgröße von etwa einer Million Einwohnerinnen und Einwohnern die Einrichtung eines Telenotarzt-Arbeitsplatzes vorgesehen wird.

- bundesweit einheitliche Leitstellen- und Kommunikationssysteme einschließlich verbindlicher IT-Standards und interoperabler Schnittstellen eingeführt werden.

4. Moderne Technologien konsequent nutzen. Es wird beschlossen, dass

- Automatic Mobile Location (AML), eCall-Systeme, digitale Übersetzungshilfen sowie weitere digitale Assistenzsysteme flächendeckend eingeführt werden.

- Videotelefonie als optionale Ergänzung der standardisierten Notrufabfrage (SNAP) eingeführt wird.

Dabei gilt: Die Videoverbindung wird ausschließlich durch die Leitstelle initiiert. Das Audiogespräch bleibt jederzeit führend. Die Nutzung erfolgt ausschließlich bei definierten Indikationen, beispielsweise Reanimationen, starken Blutungen, Vergiftungen oder zur Lageeinschätzung bei Bränden.

Datenschutz und IT-Sicherheit müssen den Anforderungen des BSI-Grundschutzes entsprechen.

Die Nutzung erfolgt Ende-zu-Ende-verschlüsselt, wird vollständig dokumentiert und in das Qualitätsmanagement einschließlich Compliance-Monitoring und CIRS eingebunden. Videotelefonie darf die telefonische Erstanleitung, insbesondere die Telefonreanimation, niemals verzögern.

5. Daten konsequent nutzen. Es wird beschlossen, dass

- Einsatzdaten digital an die Notaufnahmen übertragen werden

- die Erhebung, Zusammenführung und wissenschaftliche Auswertung von Einsatzdaten gesetzlich verpflichtend eingeführt wird.

- ein landesweites Berichtswesen aufgebaut wird, das bundesweit einheitliche Parameter nutzt.

- Einsatzdaten künftig verbindlich Grundlage für die Planung von Leitstellen, Rettungswachen, Rettungsmitteln und Krankenhausstandorten werden.

6. Die Landes-Rettungsdienstgesetze grundlegend reformieren. Es wird beschlossen, dass

- verbindliche Mindeststandards für Leitstellen, Rettungswachen und strukturierte Notrufabfragen eingeführt werden.

- eine landesweite, kreisübergreifende Standortplanung für Rettungswagen und

- 78 Notarzteinsatzfahrzeuge erfolgt.
79 - auch für Notarzteinsatzfahrzeuge eine verbindliche Hilfsfrist definiert wird.
- 80 7. Bedarfsgerechte Rettungsmittel einsetzen. Es wird beschlossen, dass
81 - abgestufte Rettungsmittel, insbesondere sog. Notfall-Krankentransportwagen
82 (Notfall-KTW), flächendeckend eingeführt werden.
83 - für geeignete Einsatzlagen eine Hilfsfrist von bis zu 30 Minuten vorgesehen werden
84 kann.
85 - hochqualifizierte Rettungswagen dadurch für zeitkritische Notfälle verfügbar
86 bleiben.
- 87 8. Die Kompetenzen von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern stärken und besser
88 nutzen. Es wird beschlossen, dass
89 - gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit, der Bundesärztekammer, den
90 Fachgesellschaften sowie den Berufsverbänden ein bundesweit verbindlicher
91 Leistungskatalog entwickelt wird.
92 - heilkundliche Maßnahmen, die Bestandteil der Ausbildung sind (inklusive
93 Medikationsgabe), bundesweit eigenverantwortlich durchgeführt werden dürfen.
94 - Rechtssicherheit für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter geschaffen und
95 bundesweit einheitliche Versorgungsstandards etabliert werden.
- 96 9. Organisation und Trägerschaft des Rettungsdienstes weiterentwickeln. Es wird
97 beschlossen, dass
98 - der Rettungsdienst in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen wird;
99 - dass die Struktur der Leitstellen und Rettungswachen als Landesaufgabe ausgestaltet
100 wird, statt wie bisher auf kommunaler Ebene.
101 - eine landesweit einheitliche Fahrzeugstrategie entwickelt wird.
102 - Beschaffung, Ausstattung und Fahrzeugkonzepte stärker standardisiert werden, um
103 Wirtschaftlichkeit und Resilienz zu erhöhen.
- 104 10. Rettungswachen und Krankenhausversorgung gemeinsam planen. Es wird beschlossen,
105 dass
106 - die Krankenhausstrukturreform konsequent in die Rettungsdienstplanung einbezogen
107 wird.
108 - längere Transportwege sowie steigende Sekundärtransporte frühzeitig berücksichtigt
109 werden.
- 110 11. Die Ersthelfer-Versorgung verbessern. Es wird beschlossen, dass
111 - Ersthelfersysteme insbesondere unter Einbindung medizinischen Fachpersonals weiter
112 ausgebaut werden.
113 - smartphonebasierte Ersthelferalarmierung flächendeckend eingeführt wird.
114 - ein bundesweites AED-Kataster aufgebaut wird, auf das die Leitstellen zentral
115 zugreifen können.
116 - öffentlich zugängliche Defibrillatoren flächendeckend und möglichst rund um die Uhr
117 verfügbar gemacht werden.
118 - geeignete Polizeifahrzeuge zusätzlich mit automatisierten externen Defibrillatoren

119 ausgestattet werden.

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion

Antrag V04-Ä01

Laufende Nummer: 41 • Änderungsantrag zu V04

Antragsteller*in:	Matthias Bonigut
Status:	angenommen
Sachgebiet:	V - Versorgung

Zeile 27

- 25 die Hilfsfrist bundesweit einheitlich definiert wird. Dabei ist verbindlich
26 festzulegen, ob ausschließlich die Fahrzeit oder Dispositions- und Fahrzeit gemeinsam
27 berücksichtigt werden. Gleichzeitig ist ein bundesweiter Mindeststandard nach Dringlichkeit -
28 beispielsweise zwölf Minuten Fahrzeit - festzulegen. Dadurch werden erstmals
29 bundesweite Qualitätsvergleiche möglich.

Antrag V04-Ä02

Laufende Nummer: 66 • Änderungsantrag zu V04

Antragsteller*in:	Katja Hoffmann
Status:	nicht befasst
Sachgebiet:	V - Versorgung

Zeile 5

- 1 Die ASG setzt sich für eine umfassende und nachhaltige Reform der Notfallversorgung
- 2 in Deutschland ein. Ziel ist eine moderne, leistungsfähige und verlässlich
- 3 funktionierende Rettungskette - vom Eingang des Notrufs über die Disposition, den
- 4 Rettungsdiensteinsatz und die präklinische Versorgung bis zur abschließenden
- 5 Behandlung im Krankenhaus.

Der bestehende Antrag ist bereits stark auf Leitstellen, Rettungsdienst und präklinische Versorgung fokussiert. Um die Inhalte der AKG-Stellungnahme zur Notfallreform abzubilden, sollte vor allem die Schnittstelle zur klinischen Notfallversorgung und zu den Integrierten Notfallzentren (INZ) ergänzt werden. Inhaltlich bietet sich dies als zusätzlicher Abschnitt nach Punkt 10 („Rettungswachen und Krankenhausversorgung gemeinsam planen“) oder als neue Punkte 11 bis 15 an; die bisherigen Nummern verschieben sich entsprechend.

Ergänzung zum Antrag

11. Integrierte Notfallzentren wirtschaftlich und rechtssicher ausgestalten

Es wird beschlossen, dass

- die Einführung Integrierter Notfallzentren als zentraler Bestandteil einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung unterstützt wird.
- Patientinnen und Patienten, die durch den Rettungsdienst in eine Notaufnahme eingeliefert werden, nicht erneut der Ersteinschätzung unterliegen.
- für diese Patientinnen und Patienten eine rechtssichere und wirtschaftlich tragfähige Vergütung sichergestellt wird, indem sie bei der ambulanten Leistungserbringung am Krankenhausstandort den eingewiesenen Patientinnen und Patienten gleichgestellt werden.
- die Reform so ausgestaltet wird, dass Krankenhäuser keine wirtschaftlichen Nachteile aus medizinisch sachgerechten Zuweisungen des Rettungsdienstes erleiden.

12. Fallabschließende Diagnostik in Integrierten Notfallzentren ermöglichen

Es wird beschlossen, dass

- Notdienstpraxen und Kooperationspraxen innerhalb Integrierter Notfallzentren erweiterte diagnostische Leistungen des Krankenhauses unmittelbar beauftragen können.
- hierfür eine eigenständige, rechtssichere Leistungs- und Vergütungsbeziehung geschaffen wird.
- unnötige Doppeluntersuchungen, zusätzliche Wege und vermeidbare Verlegungen von Patientinnen und Patienten vermieden werden.
- die gesamte Notfallversorgung stärker auf eine fallabschließende Behandlung ausgerichtet wird.

13. Ambulante Kooperationsstrukturen stärken

Es wird beschlossen, dass

- Kooperationspraxen als wesentlicher Bestandteil der Patientensteuerung innerhalb Integrierter

Notfallzentren gestärkt werden.

- für die Versorgung von Patientinnen und Patienten, die durch eine standardisierte Ersteinschätzung dorthin vermittelt werden, angemessene Vergütungszuschläge geschaffen werden.
- finanzielle Fehlanreize beseitigt und die Übernahme zusätzlicher Versorgungsaufgaben durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte gefördert werden.

14. Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen absichern

Es wird beschlossen, dass

- spezialisierte Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche bundesweit bedarfsgerecht aufgebaut werden.
- die Versorgung von Kindern und Jugendlichen auch dann sichergestellt wird, wenn regionale Engpässe bei kinder- und jugendärztlichen Vertragsarztkapazitäten bestehen.
- Krankenhäuser in diesen Fällen erweiterte ambulante Behandlungsmöglichkeiten einschließlich einer vollständigen ambulanten Vergütungsfähigkeit erhalten.
- die wohnortnahe Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen unabhängig von regional verfügbaren vertragsärztlichen Strukturen gewährleistet wird.

15. Regionale Versorgungskoordination stärken

Es wird beschlossen, dass

- die Leitstellen- und Rettungsdienstreform mit den im Rahmen der Krankenhausreform vorgesehenen regionalen Koordinierungsstrukturen verzahnt wird.
- in jeder Notfallregion eine verbindliche Koordinierungsstruktur etabliert wird, die Rettungsdienst, Leitstellen, Krankenhäuser und weitere Leistungserbringer zusammenführt.
- regionale Versorgungskapazitäten transparent und in Echtzeit verfügbar gemacht werden.
- eine abgestufte Koordination zwischen regionaler Steuerung und landesweiter Koordination geschaffen wird, um sowohl Regelversorgung als auch Krisenlagen besser bewältigen zu können.

16. Notfallstrukturen während der Transformationsphase absichern

Es wird beschlossen, dass

- die bestehenden Notfallstrukturen bis zur vollständigen Umsetzung der Krankenhaus- und Notfallreform finanziell abgesichert werden.
- die Vorhaltung leistungsfähiger Notaufnahmen als Bestandteil der Daseinsvorsorge anerkannt und finanziell gestärkt wird.
- Übergangsregelungen geschaffen werden, die insbesondere Krankenhäuser mit umfassenden Notfallaufgaben bei den erforderlichen Strukturveränderungen unterstützen.
- die Finanzierung von Notfallstrukturen stärker an Vorhaltekosten und Versorgungsverantwortung ausgerichtet wird.

Ergänzung der Begründung

Nach dem Absatz „Eine nachhaltige Reform darf sich deshalb nicht auf einzelne Bereiche beschränken...“ sollte folgender Absatz eingefügt werden:

Die Notfallversorgung endet jedoch nicht mit dem Eintreffen des Rettungswagens am Krankenhaus. Die derzeit im Gesetzgebungsverfahren befindliche Reform der Notfallversorgung und die Einführung Integrierter Notfallzentren sind für das Gelingen der Krankenhausstrukturreform von zentraler Bedeutung. Nur wenn Patientinnen und Patienten sektorenübergreifend, medizinisch bedarfsgerecht

und möglichst fallabschließend versorgt werden, können Notaufnahmen entlastet und Ressourcen effizient eingesetzt werden.

Hierfür müssen die finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen zwischen Rettungsdienst, Integrierten Notfallzentren, Krankenhäusern, Notdienstpraxen und Kooperationspraxen sachgerecht ausgestaltet werden. Dies betrifft insbesondere die rechtssichere Behandlung rettungsdienstlich eingelieferter Patientinnen und Patienten, die Möglichkeit einer unmittelbaren diagnostischen Zusammenarbeit zwischen Praxen und Krankenhäusern, die wirtschaftliche Einbindung von Kooperationspraxen sowie die Sicherstellung der Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen.

Darüber hinaus erfordert die Krankenhausreform eine enge Verzahnung von Rettungsdienstplanung, Leitstellenstrukturen und regionalen Koordinierungsaufgaben der Krankenhäuser. Die ASG verfolgt daher das Ziel einer durchgängigen und verlässlichen Rettungskette von der ersten Kontaktaufnahme über die präklinische Versorgung bis zur abschließenden Behandlung im Integrierten Notfallzentrum oder Krankenhaus. Dies setzt eine auskömmliche Finanzierung der vorhandenen Notfallstrukturen während der Transformationsphase voraus und stärkt das Vertrauen der Bevölkerung in die anstehenden Strukturveränderungen des Gesundheitswesens.

Antrag V05: Frauen mit Fehlgeburten besser versorgen

Laufende Nummer: 18

Antragsteller*in:	SPD Bezirk Hessen-Süd
Status:	angenommen
Sachgebiet:	V - Versorgung

- 1 Wenn Schwangere eine Fehlgeburt erleiden gibt es drei medizinisch gleichwertige
- 2 Optionen, über die die Betroffenen mit allen Vor- und Nachteilen aufgeklärt werden
- 3 sollen. Derzeit wird von den behandelnden Ärzt*innen am häufigsten die chirurgische
- 4 Option (Kürettage/Abrasio/"Ausschabung") empfohlen, da diese die einzige abrechenbare
- 5 Variante ist.
- 6 Wir fordern Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung über die drei Optionen Abwarten,
- 7 medikamentöse Therapie und Saugkürettage.
- 8 Wir fordern vom Bundestag und der Bundesregierung die Abschaffung oder mindestens
- 9 Reform des Arzneimittelgesetz (AMG) § 47 a sowie eine entsprechende gesetzliche
- 10 Lösung, die festlegt, dass auch die leitliniengerechte medikamentöse Therapie von
- 11 Missed Abortions durch die Krankenkassen vergütet wird.

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion

Antrag PPP01: Evidenzbasierte Steuerung der psychotherapeutischen Versorgung stärken - Transparenz als Grundlage einer bedarfsgerechten Versorgung

Laufende Nummer: 33

Antragsteller*in:	Landesverband Sachsen und Landesverband Thüringen
Status:	angenommen
Sachgebiet:	PPP - Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie

- 1 Die Steuerung der psychotherapeutischen Versorgung soll konsequent auf eine
2 belastbare, bundesweit vergleichbare und öffentlich nachvollziehbare Datengrundlage
3 zu stellen.
4
- 5 Gesundheitspolitische Entscheidungen müssen auf verlässlichen Erkenntnissen über
6 Versorgungslage, Wartezeiten, Versorgungswege, Finanzierungsstrukturen und
7 Behandlungsergebnisse beruhen. Nur so können Versorgungslücken erkannt, Reformen
8 sachgerecht bewertet und Beitragsmittel wirksam und wirtschaftlich eingesetzt werden.
9 Hierzu sind insbesondere folgende Maßnahmen umzusetzen:
- 10 1. Versorgung transparent machen
- 11 Der Bundesgesetzgeber schafft die Voraussetzungen für eine bundesweit einheitliche
12 Erhebung, Zusammenführung und Veröffentlichung zentraler Daten zur
13 psychotherapeutischen Versorgung.
- 14 Gesetzliche Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen sowie weitere nach dem SGB V
15 für Sicherstellung, Finanzierung oder Organisation der psychotherapeutischen
16 Versorgung zuständige Institutionen werden verpflichtet, die jeweils in ihrem
17 gesetzlichen Zuständigkeitsbereich vorhandenen Daten nach einheitlichen Standards zu
18 erheben und regelmäßig in aggregierter Form zu veröffentlichen.
- 19 Die Berichtspflichten orientieren sich an den jeweiligen gesetzlichen Zuständigkeiten
20 der beteiligten Institutionen. Jede Institution berichtet ausschließlich über die
21 Daten und Sachverhalte, für die sie nach geltendem Recht verantwortlich ist oder über
22 die sie im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben verfügt. Doppelstrukturen bei der
23 Datenerhebung sind zu vermeiden. Dies gilt auch für alle folgenden Maßnahmen, soweit
24 dies relevant ist. Insbesondere sollen regelmäßig und bundesweit vergleichbar
25 veröffentlicht werden:
- 26 - tatsächliche Wartezeiten auf psychotherapeutische Leistungen,
27 - regionale Versorgungslücken,
28 - Vermittlungserfolge und nicht erfolgreich vermittelte Behandlungsbedarfe,
29 - Daten zu Kostenerstattungsverfahren,
30 - Unterschiede zwischen Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie,
31 - regionale Unterschiede der Versorgung,
32 - sowie weitere für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten psychotherapeutischen
33 Versorgung relevante Versorgungsdaten.
34
- 35 Ziel ist eine objektive und nachvollziehbare Bewertung der tatsächlichen
36 Versorgungslage als Grundlage gesundheitspolitischer Entscheidungen.

2. Finanzierungs- und Versorgungsstrukturen transparent gestalten Gesetzliche Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen sowie weitere zuständige Institutionen werden verpflichtet, im Rahmen ihrer jeweiligen gesetzlichen Aufgaben Transparenz über besondere Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen der psychotherapeutischen Versorgung herzustellen.

Die gesetzlichen Krankenkassen berichten insbesondere über Selektivverträge, Verträge der besonderen Versorgung, Ausschreibungen, psychotherapienahe Versorgungsangebote sowie digitale Gesundheitsanwendungen. Offenzulegen sind insbesondere Zielgruppen, Leistungsumfang, Vertragspartner, Vergütungsmodelle, Finanzvolumina, Qualitätsanforderungen sowie vorliegende Evaluationsergebnisse.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen berichten ergänzend über Vermittlungen durch Terminservicestellen, verfügbare Versorgungskapazitäten sowie weitere in ihren Zuständigkeitsbereich fallende Versorgungsdaten. Besondere Transparenz ist bei Angeboten erforderlich, die außerhalb der Richtlinienpsychotherapie erbracht oder finanziert werden, insbesondere bei Programmen der sogenannten Sekundärprävention, Frühintervention, niedrigschwelligen Versorgung, Gesundheitscoachings oder vergleichbaren Versorgungsformen sowie beim Einsatz digitaler Gesundheitsanwendungen.

Hierbei ist nachvollziehbar darzustellen,

- welche Patientengruppen versorgt werden,
- aufgrund welcher Indikationen die Leistungen erbracht werden,
- welche Qualifikation die Leistungserbringenden besitzen,
- ob die Leistungen ergänzend, überbrückend oder anstelle einer Richtlinienpsychotherapie eingesetzt werden,
- sowie welche Finanzmittel hierfür aufgewendet werden.

Darüber hinaus ist transparent darzustellen, ob psychotherapienahe Versorgungsangebote bei bestehender psychischer Erkrankung entsprechend den jeweils geltenden evidenzbasierten medizinischen Leitlinien (S1 bis S3) sowie den Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie eingesetzt werden oder ob sie an die Stelle einer nach den wissenschaftlich anerkannten Standards indizierten psychotherapeutischen Krankenbehandlung treten.

Transparenz muss ermöglichen zu beurteilen, ob neue oder besondere Versorgungsformen die leitliniengerechte psychotherapeutische Versorgung sinnvoll ergänzen oder diese ganz oder teilweise ersetzen. Für digitale Gesundheitsanwendungen ist darüber hinaus diagnosespezifisch darzustellen, insbesondere für psychische Erkrankungen nach Kapitel F der ICD-10-GM, - bei welchen Indikationen sie eingesetzt werden,

- ob sie eine laufende Psychotherapie ergänzen,
- ob sie eine Wartezeit bis zum Beginn einer bereits geplanten Psychotherapie überbrücken,
- oder ob sie eingesetzt werden, obwohl eine medizinisch indizierte Psychotherapie nicht innerhalb einer vertretbaren Frist verfügbar war,
- in welchem Umfang verordnete digitale Gesundheitsanwendungen tatsächlich aktiviert und genutzt sowie regelhaft abgeschlossen oder vorzeitig abgebrochen werden.

Ziel ist eine transparente und evidenzbasierte Bewertung neuer Versorgungsformen sowie ihrer Auswirkungen auf die psychotherapeutische Regelversorgung.

3. Versorgung evidenzbasiert weiterentwickeln Die Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung soll auf wissenschaftlicher Evidenz beruhen. Hierzu sind besondere Versorgungsformen, digitale Gesundheitsanwendungen sowie gesetzliche und untergesetzliche Reformen regelmäßig hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Versorgung zu evaluieren.

Unabhängige wissenschaftliche Evaluationen sollen insbesondere untersuchen,

- die Auswirkungen auf Wartezeiten und den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung,
- die Qualität und Kontinuität der Behandlung,
- Behandlungsergebnisse und Patient:innennutzen,
- den Übergang in die Richtlinienpsychotherapie,
- stationäre und teilstationäre Behandlungen,
- Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie weitere patientenrelevante Endpunkte,
- die Wirtschaftlichkeit des Mitteleinsatzes,
- und die Auswirkungen auf die kollektivvertragliche psychotherapeutische Versorgung.

Vor wesentlichen gesetzlichen oder untergesetzlichen Änderungen mit Auswirkungen auf die psychotherapeutische Versorgung ist eine unabhängige und öffentlich zugängliche Reformfolgenabschätzung durchzuführen. Diese soll insbesondere die Auswirkungen auf

- die verfügbaren Behandlungskapazitäten,
- Wartezeiten,
- die regionale Versorgung,
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie,
- Menschen mit schweren oder komplexen psychischen Erkrankungen,
- die wirtschaftliche Stabilität psychotherapeutischer Praxen,
- sowie mögliche Verlagerungen in Selektivverträge, digitale Gesundheitsanwendungen oder Kostenerstattungsverfahren darstellen.

Spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten wesentlicher Reformen ist eine wissenschaftliche Evaluation vorzulegen. Werden relevante Verschlechterungen der Versorgung festgestellt, sind die zugrunde liegenden Regelungen zu überprüfen und erforderlichenfalls gesetzgeberisch anzupassen. Ziel ist eine Gesundheitspolitik, die Reformen nicht nur beschließt, sondern ihre tatsächlichen Auswirkungen überprüft und die psychotherapeutische Versorgung auf Grundlage wissenschaftlicher Evidenz kontinuierlich weiterentwickelt.

4. Transparenz dauerhaft sichern Die erhobenen Daten sind jährlich in einem bundesweiten Transparenzbericht zur psychotherapeutischen Versorgung zusammenzuführen.

Das Bundesministerium für Gesundheit führt hierzu die Daten der gesetzlichen

131 Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigungen, des Bundesamtes für Soziale
132 Sicherung sowie weiterer gesetzlich bestimmter Institutionen zusammen und
133 veröffentlicht diese in standardisierter, vergleichbarer, barrierefreier und
134 maschinenlesbarer Form.
135
136 Der Transparenzbericht ist dem Deutschen Bundestag, den Ländern, den
137 Selbstverwaltungspartnern sowie der Öffentlichkeit jährlich vorzulegen. Ziel ist eine
138 dauerhaft belastbare Datengrundlage für eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der
139 psychotherapeutischen Versorgung sowie eine transparente und nachvollziehbare
140 Verwendung der Beitragsmittel.

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion

Antrag PPP02: Gesetzliche Absicherung einer bedarfsgerechten wohnortnahen über die GKV finanzierten ambulanten Psychotherapie

Laufende Nummer: 13

Antragsteller*in:	Landesverband Nordrhein-Westfalen
Status:	angenommen
Sachgebiet:	PPP - Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie

- 1 **Die ASG Bundeskonferenz möge beschließen:**
- 2 Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefordert, sich für die gesetzliche Absicherung
- 3 einer bedarfsgerechten wohnortnahen über die GKV finanzierten ambulanten
- 4 Psychotherapie einzusetzen.
- 5 Neben der konsequenten und zügigen Umsetzung des am selben Tag wie das GKV-
- 6 Beitragssatzstabilisierungsgesetz verabschiedeten Entschließungsantrages gehört dazu
- 7 mindestens die Rücknahme der kurz vor Toresschluss eingefügten Streichung der
- 8 Angemessenheitsprüfung und eine den tatsächlichen Bedarfen angepasste Bedarfsplanung.

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion

Antrag PPP03: Niederschwellige Vermittlung von langfristiger Psychotherapie

Laufende Nummer: 9

Antragsteller*in:	Landesverband Nordrhein-Westfalen
Status:	angenommen
Sachgebiet:	PPP - Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie

1 Die ASG Bundeskonferenz möge beschließen:

2 Die SPD-Bundes- und Landtagsfraktionen werden aufgefordert sich dafür einzusetzen,
3 dass für gesetzlich Versicherte mit einer behandlungsbedürftigen psychischen
4 Erkrankung eine niederschwellige Vermittlungsform geschaffen wird, die für die
5 Durchführung einer angemessenen, längerfristigen ärztlichen bzw. psychologischen
6 Psychotherapie notwendig ist. Eine DSGVO-konforme, digitale Lösung durch die
7 Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) bzw. Psychotherapeut*innen und die
8 Krankenversicherungen muss angestrebt werden. Aufgrund des bestehenden Mangels an
9 geeigneten Therapieplätzen sollte zusätzlich der Zugang zu genannten, qualifizierten
10 Psychotherapeut*innen außerhalb des KV-Systems vereinfacht und vereinheitlicht
11 werden. Private Psychotherapeut*innen und (teil-) stationäre Einrichtungen müssen mit
12 einbezogen werden.

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundes- und Landtagsfraktionen

Antrag P01: Pflege gerecht finanzieren – Versorgung sichern statt Leistungen begrenzen

Laufende Nummer: 12

Antragsteller*in:	Landesverband Nordrhein-Westfalen
Status:	angenommen
Sachgebiet:	P - Pflege

1 **Die ASG-Bundeskonzferenz möge beschließen:**

2 Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefordert, sich im weiteren Gesetzgebungsverfahren
3 zum Pflegeuordnungsgesetz (PNOG) für eine grundlegende Überarbeitung des
4 Referentenentwurfs einzusetzen.

5 Die finanzielle Stabilisierung der sozialen Pflegeversicherung ist notwendig. Sie
6 darf jedoch nicht durch Leistungskürzungen, Zugangshürden oder eine Verlagerung
7 finanzieller Risiken auf Pflegebedürftige, Angehörige, Beschäftigte und Kommunen
8 erreicht werden. Pflege ist Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge. Eine
9 sozialdemokratische Pflegereform muss Versorgungssicherheit, Versorgungsgerechtigkeit
10 und Solidarität gleichermaßen gewährleisten.

11 Die ASG NRW fordert deshalb:

12 **1. Pflege vor Armut schützen**

13 Pflegebedürftigkeit darf nicht zum Armutsrisiko werden.

14 Wir fordern:

- 15 • die Einführung eines Sockel-Spitze-Tauschs mit verbindlicher Begrenzung der
16 pflegebedingten Eigenanteile,
- 17 • die schrittweise Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zu einer solidarisch
18 finanzierten Pflegevollversicherung,
- 19 • die vollständige Refinanzierung tariflicher Lohnsteigerungen und
20 inflationsbedingter
21 Kostensteigerungen,
- 22 • eine regelmäßige und verlässliche Dynamisierung der Pflegeleistungen und
23 • die zügige Bearbeitung von Sozialhilfe- und Pflegewohngeldanträgen innerhalb ver-
24 bindlicher Fristen. Die im PNOG vorgesehene Streckung der Leistungszuschläge in der
25 stationären Pflege lehnen wir ab.

26 **2. Keine Leistungskürzungen durch die Hintertür**

27 Die finanzielle Stabilisierung der Pflegeversicherung darf nicht durch die
28 Einschränkung von Leistungsansprüchen erfolgen.

29 **Wir lehnen insbesondere ab:**

- 30 • die geplante Anpassung der Begutachtungssystematik mit dem Ziel einer Begrenzung
31 der Zahl leistungsberechtigter Pflegebedürftiger,
- 32 • die Halbierung von Leistungsansprüchen in den ersten Monaten bei neu festgestellten
33 Pflegegraden 2 und 3,
- 34 • Einschränkungen beim Entlastungsbetrag in Pflegegrad 1 und

- jede faktische Rücknahme des seit 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Menschen mit Demenz, psychischen Erkrankungen und kognitiven Einschränkungen dürfen nicht zusätzlich benachteiligt werden.

3. Solidarische Finanzierung statt Kostenverlagerung

Gesamtgesellschaftliche Aufgaben müssen aus Steuermitteln finanziert werden.

Die ASG NRW fordert:

- die vollständige Rückzahlung der von der Pflegeversicherung getragenen Corona-Sonderlasten,
- die dauerhafte Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen,
- einen solidarischen Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung,
- die perspektivische Weiterentwicklung zu einer Pflegebürgerversicherung und
- eine stärkere Beteiligung hoher Einkommen an der Finanzierung der Pflege.

Die Stabilisierung der Pflegeversicherung darf nicht einseitig zulasten von Pflegebedürftigen, Angehörigen und Beschäftigten erfolgen.

4. Pflegekräfte stärken statt Personalabbau fördern

Gute Pflege braucht gute Arbeitsbedingungen.

Die ASG NRW fordert:

- die vollständige Refinanzierung tariflicher Vergütungen,
- die konsequente Umsetzung und Weiterentwicklung der Personalbemessung (Pe-BeM),
- verlässliche Dienstpläne und bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf,
- den Ausbau von Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten,
- klare Kompetenz- und Entwicklungspfade für Pflegefachpersonen und
- die Begrenzung von Zeitarbeit zugunsten stabiler Beschäftigungsverhältnisse.

Kostendämpfungsmaßnahmen dürfen nicht dazu führen, dass Einrichtungen Personal abbauen oder tarifliche Standards unter Druck geraten.

5. Versorgungssicherheit in allen Regionen gewährleisten

Pflegepolitik muss die Stabilität der Versorgungsstrukturen sichern.

Deshalb fordern wir:

- die gleichwertige Förderung ambulanter und stationärer Versorgungsformen,
- die Stärkung kommunaler Pflegeplanung,
- den Ausbau sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen,
- gezielte Investitionen in Digitalisierung und Entbürokratisierung und
- die Förderung innovativer Versorgungsmodelle unter Wahrung guter Arbeitsbedingungen.

Digitalisierung muss und darf Beschäftigte entlasten, darf aber nicht als Ersatz für fehlendes Personal missverstanden werden.

6. Prävention und Rehabilitation ausbauen

- 74 Die stärkere Ausrichtung auf Prävention und Rehabilitation ist grundsätzlich zu
75 begrüßen. Sie darf jedoch nicht als Begründung für Leistungskürzungen dienen.
- 76 Die ASG NRW fordert:
- 77 • den Ausbau präventiver Angebote für ältere Menschen,
 - 78 • eine Stärkung geriatrischer Rehabilitation,
 - 79 • den Ausbau rehabilitativer Pflege,
 - 80 • die Förderung von Community Health Nursing und anderen innovativen
 - 81 Versorgungsberufen und
 - 82 • verbindliche Rehabilitationsprüfungen vor dauerhafter Pflegebedürftigkeit.
- 83 Prävention muss zusätzliche Versorgung schaffen und darf nicht als Instrument zur
84 Leistungsbegrenzung missbraucht werden.
- 85

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion

Antrag P02: Weiterentwicklung des § 113c SGB XI; Korrektur der Personalanhaltswerte für vollstationäre Pflegeeinrichtungen hin zu bedarfsgerechter Versorgung.

Laufende Nummer: 22

Antragsteller*in:	SPD Bezirk Hessen-Süd
Status:	angenommen
Sachgebiet:	P - Pflege

- 1 Die Personalbemessung §113c SGB XI (Stationäre Pflegeeinrichtungen) ist
- 2 wissenschaftlich zu überprüfen und weiterzuentwickeln, einschließlich Regelungen zur
- 3 Refinanzierung der Personalkosten.
- 4 Zwingend eingebunden werden müssen der Deutschen Pflegerat, die Pflegekammern, sowie
- 5 Vertreter der Pflegeforschung.
- 6 Ziel:
- 7 Sicherheit der Bewohner durch hohe Versorgungsqualität; gute Arbeitsbedingungen und
- 8 damit Personalbindung.
- 9

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagfraktion

Antrag P03: Gesetzliche Regelung zur rehabilitativen Pflege

Laufende Nummer: 5

Antragsteller*in:	Landesverband Nordrhein-Westfalen
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Sachgebiet:	P - Pflege

1 **Die ASG-Bundeskonzferenz möge beschließen:**

- 2 Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefordert, sich für die gesetzliche Verankerung
3 der rehabilitativen Pflege in den Sozialgesetzbüchern einzusetzen.
- 4 Das bedeutet Grenzen zwischen SGB V und SGB XI aufzulösen und u.a. auch in
5 stationären Pflegeeinrichtungen Voraussetzungen für ggf. mehrmonatige Rehabilitation
6 durch ein multiprofessionelles Team (neben Pflegekräften u.a. auch Ärzt*innen,
7 Apotheker*innen, Sozialarbeiter*innen, Betreuungskräfte, diverse Therapeut*innen) zu
8 schaffen, bei denen der Pflegebedürftige im Mittelpunkt steht, seine Lebensqualität
9 verbessert und unter Umständen eine Rückkehr ins häusliche Umfeld ermöglicht wird.

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion

Antrag P03-Ä01

Laufende Nummer: 48 • Änderungsantrag zu P03

Antragsteller*in:	Barbara Schleußer
Status:	angenommen
Sachgebiet:	P - Pflege

Zeile 4 - 11

~~4 Das von Oskar Dierbach in Mülheim-Ruhrgarten entwickelte Konzept wurde von der AOK
5 Rheinland-Hamburg als Projekt „SGB-Reha“ über die Grenzen von SGB V und SGB XI hinweg
6 in mehreren Pflegeeinrichtungen mit Erfolg umgesetzt. Bewohner konnten nach
7 intensiver therapeutischer Pflege und Betreuung im multiprofessionellen Team an
8 Lebensqualität und Selbstbestimmung gewinnen, teils sogar nach Hause entlassen
9 werden. Die Zahl der Krankenhauseinweisungen nahm ab und die betreuenden Teams haben
10 an Arbeitszufriedenheit gewonnen. Gesetzliche Regelungen zur Umsetzung des
11 erfolgreichen Konzeptes müssen ohne Verzögerung geschaffen werden.~~

Das bedeutet Grenzen zwischen SGB V und SGB XI aufzulösen und u.a. auch in stationären
Pflegeeinrichtungen Voraussetzungen für ggf. mehrmonatige Rehabilitation durch ein
multiprofessionelles Team (neben Pflegekräften u.a. auch Ärzt*innen, Apotheker*innen,
Sozialarbeiter*innen, Betreuungskräfte, diverse Therapeut*innen) zu schaffen, bei denen der
Pflegebedürftige im Mittelpunkt steht, seine Lebensqualität verbessert und unter Umständen eine
Rückkehr ins häusliche Umfeld ermöglicht wird.

Antrag AB01: Gesetzliche Förderung und rechtliche Absicherung von Weiterbildungsverbänden zur Sicherstellung der ärztlichen Facharztweiterbildung

Laufende Nummer: 24

Antragsteller*in:	SPD Bezirk Hessen-Süd
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Sachgebiet:	AB - Ausbildung und Beruf (Ärzt:innen, Pflegekräfte und Therapeut:innen und weitere Berufe)

- 1 Die SPD setzt sich auf Landes- und Bundesebene dafür ein, dass Weiterbildungsverbände
2 (WBV) gesetzlich gefördert und rechtlich abgesichert werden, um die
3 Facharztqualifikation in dem erforderlichen Umfang auch künftig gewährleisten zu
4 können.
- 5 Insbesondere fordern wir:
- 6 1. Die Einführung einer gesetzlichen Förderstruktur für Weiterbildungsverbände, um
7 deren Aufbau, Koordination und nachhaltigen Betrieb finanziell abzusichern.
- 8 2. Die Schaffung einer rechtssicheren Regelung zur Arbeitnehmerüberlassung im Rahmen
9 der ärztlichen und psychotherapeutischen Weiterbildung, analog zum Gesetz über
10 befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung (ÄArbVtG), um
11 sektorenübergreifende Rotationen zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen
12 praktikabel und rechtlich eindeutig zu ermöglichen.
- 13 3. Die Stärkung sektorenverbindender Weiterbildungsstrukturen, insbesondere durch die
14 gezielte Unterstützung regionaler Kooperationen zwischen Krankenhäusern,
15 Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und niedergelassenen Praxen.

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundes- und Landtagsfraktionen

Antrag AB01-Ä01

Laufende Nummer: 67 • Änderungsantrag zu AB01

Antragsteller*in:	Stefanie Minkley
Status:	angenommen
Sachgebiet:	AB - Ausbildung und Beruf (Ärzt:innen, Pflegekräfte und Therapeut:innen und weitere Berufe)

Zeile 9

- 8 2. Die Schaffung einer rechtssicheren Regelung zur Arbeitnehmerüberlassung im Rahmen
9 der ärztlichen und psychotherapeutischen Weiterbildung, analog zum Gesetz über befristete
Arbeitsverträge mit
10 Ärzten in der Weiterbildung (ÄArbVtG), um sektorenübergreifende Rotationen zwischen
11 stationären und ambulanten Einrichtungen praktikabel und rechtlich eindeutig zu
12 ermöglichen.

Antrag AB02: Qualität der Pflegeausbildung verbessern – Auszubildende stärken

Laufende Nummer: 32

Antragsteller*in:	Bezirk Hessen-Nord
Status:	angenommen
Sachgebiet:	AB - Ausbildung und Beruf (Ärzt:innen, Pflegekräfte und Therapeut:innen und weitere Berufe)

- 1 Der SPD-Bundesvorstand wird aufgefordert, sich über die SPD-Bundestagsfraktion und
2 die SPD geführten Ministerien für eine schnelle und konkrete Weiterentwicklung der
3 generalistischen Pflegeausbildung (Pflegeberufegesetz (PflBG)) sowie die dazugehörige
4 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung) einzusetzen.
- 5 Die SPD setzt sich für eine Pflegeausbildung ein, die wissenschaftlich fundiert,
6 praxisnah und zukunftssicher gestaltet ist. Die Erfahrungen aus der praktischen
7 Umsetzung seit Einführung der generalistischen Pflegeausbildung zeigen, dass
8 bestehende Strukturen weiterentwickelt und angepasst werden müssen.
- 9 Wir fordern die gesetzliche Umsetzung folgender sechs Kernmaßnahmen:
- 10 1. Feste Grundlagen und systematische Wissensvermittlung im Unterricht
- 11 Die Rahmenlehrpläne müssen bundesweit fachlich weiterentwickelt und stärker
12 strukturiert werden. Medizinisch-pflegerische Kernkompetenzen wie Anatomie,
13 Physiologie, Krankheitslehre und Medikamentenkunde dürfen nicht ausschließlich
14 fragmentiert in wechselnden Lernfeldern behandelt werden.
- 15 Sie müssen als feste, zusammenhängende Lernbereiche mit ausreichenden Wiederholungs-
16 und Vertiefungsphasen vermittelt werden, um eine sichere Handlungskompetenz im
17 Berufsalltag zu fördern.
- 18 2. Verlässliche und kontrollierte Absicherung der Praxisanleitung
- 19 Die gesetzlich vorgeschriebene Praxisanleitung von mindestens zehn Prozent der
20 praktischen Ausbildungszeit muss durch geeignete Kontrollmechanismen verlässlich
21 sichergestellt werden.
- 22 Die Refinanzierungsmodelle und personellen Rahmenbedingungen müssen so angepasst
23 werden, dass Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter im erforderlichen Umfang von
24 ihren regulären Stationspflichten freigestellt werden können.
- 25 Nur so kann eine qualifizierte Praxisanleitung im Pflegealltag verlässlich umgesetzt
26 werden.
- 27 3. Ausgewogenes Verhältnis zwischen angeleitetem Unterricht und selbstständigen
28 Lernanteilen
- 29 Für selbstständige Lernphasen muss ein verbindlicher Rahmen geschaffen werden, der
30 diese als ergänzendes und nicht ersetzendes Ausbildungsformat definiert.
- 31 Sicherheitsrelevante Ausbildungsinhalte wie die Medikamentenlehre müssen weiterhin
32 überwiegend durch angeleitete Lehr- und Lernformen vermittelt werden.
- 33 Das Verhältnis zwischen Präsenzunterricht und selbstständigen Lernanteilen muss so
34 gestaltet sein, dass die Qualität der Wissensvermittlung gesichert bleibt.
- 35 4. Pädagogisch sinnvolle und ausgewogene Verteilung der Praxisphasen

Die Steuerung der praktischen Einsätze in Kliniken und Pflegeeinrichtungen muss stärker lernzielorientiert aufeinander aufbauen.

Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass einzelne Einsatzbereiche überprüft und weiterentwickelt werden müssen. Insbesondere die Einbindung der Kindermedizin (Pädiatrie) soll hinsichtlich ihres Umfangs und ihrer Bedeutung für die Kompetenzentwicklung angemessen berücksichtigt werden.

Längere Außeneinsätze müssen zudem so gestaltet werden, dass Auszubildende den Bezug zu ihrem primären Lernumfeld beim Ausbildungsträger erhalten.

5. Wirksamer gesetzlicher Schutz vor ausbildungsfremden Tätigkeiten

Das Pflegeberufegesetz muss um klare bundesweit gültige Regelungen zum Schutz vor ausbildungsfremden Tätigkeiten ergänzt werden.

Auszubildende dürfen aufgrund von Personalengpässen in den Einrichtungen nicht regelmäßig für Tätigkeiten eingesetzt werden, die nicht ihrem Ausbildungsziel dienen, wie beispielsweise regelmäßige Transportdienste oder Bettenaufbereitung.

Die für den Kompetenzerwerb notwendige Lernzeit muss geschützt werden.

6. Bundesweite wissenschaftliche Qualitätsprüfung und Evaluationsklausel

Es ist unverzüglich eine unabhängige, bundesweite Gesamtevaluation der generalistischen Pflegeausbildung anhand klarer und messbarer Qualitätskriterien einzuleiten.

Sollten sich im Rahmen der Evaluation wesentliche strukturelle Defizite bestätigen, müssen notwendige Weiterentwicklungen und Anpassungen des Ausbildungssystems geprüft und umgesetzt werden.

7. Die logische Konsequenz einer generalistischen Ausbildung ist die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Weiterbildung. Daher setzen wir uns für eine bundeseinheitliche Regelung der staatlichen Fachweiterbildungen ein. Dies wird die Qualität steigern und die bundesweite Anerkennung der Abschlüsse gewährleisten.

und umgesetzt werden.

Die Finanzierung der Schulsozialarbeit in den Ausbildungsstätten wird vollständig refinanziert und vollumfänglich gewährleistet.

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion

SPD-Mitglieder der Bundesregierung

Antrag AB02-Ä01

Laufende Nummer: 51 • Änderungsantrag zu AB02

Antragsteller*in:	Benjamin Schiller
Status:	angenommen
Sachgebiet:	AB - Ausbildung und Beruf (Ärzt:innen, Pflegekräfte und Therapeut:innen und weitere Berufe)

Zeile 58

- 56 Sollten sich im Rahmen der Evaluation wesentliche strukturelle Defizite bestätigen,
57 müssen notwendige Weiterentwicklungen und Anpassungen des Ausbildungssystems geprüft
58 und umgesetzt werden.

7. Die logische Konsequenz einer generalistischen Ausbildung ist die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Weiterbildung. Daher setzen wir uns für eine bundeseinheitliche Regelung der staatlichen Fachweiterbildungen ein. Dies wird die Qualität steigern und die bundesweite Anerkennung der Abschlüsse gewährleisten.

Antrag AB02-Ä02

Laufende Nummer: 69 • Änderungsantrag zu AB02

Antragsteller*in:	Benjamin Schiller
Status:	angenommen
Sachgebiet:	AB - Ausbildung und Beruf (Ärzt:innen, Pflegekräfte und Therapeut:innen und weitere Berufe)

Zeile 58

- 56 Sollten sich im Rahmen der Evaluation wesentliche strukturelle Defizite bestätigen,
57 müssen notwendige Weiterentwicklungen und Anpassungen des Ausbildungssystems geprüft
58 und umgesetzt werden.

Die Finanzierung der Schulsozialarbeit in den Ausbildungsstätten wird vollständig refinanziert und vollumfänglich gewährleistet.

Antrag AB03: PTA Beruf zukunftsfähig weiterentwickeln

Laufende Nummer: 1

Antragsteller*in:	Landesorganisation Hamburg
Status:	angenommen
Sachgebiet:	AB - Ausbildung und Beruf (Ärzt:innen, Pflegekräfte und Therapeut:innen und weitere Berufe)

- 1 Im Apothekengesetz weicht das Bundesministerium für Gesundheit von dem ursprünglichen
2 Referentenentwurf ab. So ist die berufsbegleitende Weiterbildung gestrichen worden
3 und damit der zusätzliche Kompetenzerwerb, außerdem sollen nur noch PTA in Apotheken,
4 die im ländlichen Raum liegen, zeitweise den Apotheker oder die Apothekerin vertreten
5 dürfen und das auch nur auf Antrag bei der zuständigen Landesbehörde.
6
7 Wir finden, dass der vorliegende Gesetzesentwurf unserer Beschlusslage,
8 Gesundheitsberufe wie den der PTA aufzuwerten, wo es möglich ist, nicht gerecht wird.
9
10 Wir fordern die SPD-Bundestagsfraktion auf, sich dafür einzusetzen, dass die
11 ursprünglichen Planungen wieder aufgenommen werden, und sich dazu u.a mit dem
12 Berufsverband der PTA und PTA Schulverband regelmäßig auszutauschen.

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion

Antrag AB03-Ä01

Laufende Nummer: 47 • Änderungsantrag zu AB03

Antragsteller*in:	Nicole Iben
Status:	abgelehnt
Sachgebiet:	AB - Ausbildung und Beruf (Ärzt:innen, Pflegekräfte und Therapeut:innen und weitere Berufe)

Zeile 1 - 10

- 1 ~~Im Apothekengesetz weicht das Bundesministerium für Gesundheit von dem ursprünglichen~~
2 ~~Referentenentwurf ab. So ist die berufsbegleitende Weiterbildung gestrichen worden~~
3 ~~und damit der zusätzliche Kompetenzerwerb, außerdem sollen nur noch PTA in Apotheken,~~
4 ~~die im ländlichen Raum liegen, zeitweise den Apotheker oder die Apothekerin vertreten~~
5 ~~dürfen und das auch nur auf Antrag bei der zuständigen Landesbehörde.~~
- 6 ~~Wir finden, dass der vorliegende Gesetzesentwurf unserer Beschlusslage,~~
7 ~~Gesundheitsberufe wie den der PTA aufzuwerten, wo es möglich ist, nicht gerecht.~~ Wir fordern die SPD-
Fraktion auf, sich gemeinsam mit dem Bundesverband PTA und dem PTA-Schulverband dafür
einzusetzen, dass der PTA-Beruf durch die Möglichkeit der Weiterqualifizierung aufgewertet wird.
- 8 , was mehr eigenständiges Arbeiten unter Anwesenheit von Apotheker:innen ermöglicht.

- Wir fordern die SPD-Bundestagsfraktion auf, sich dafür einzusetzen, dass die
- 11 ursprünglichen Planungen wieder aufgenommen werden, und sich dazu u.a mit dem
- 12 Berufsverband der PTA und PTA Schulverband regelmäßig auszutauschen.

Antrag PrG01: Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitssystem: Gesundheit stärken – Prävention ausbauen, „Health in All Policies“ umsetzen und regionale Versorgungsstrukturen etablieren

Laufende Nummer: 20

Antragsteller*in:	SPD Bezirk Hessen-Süd
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Sachgebiet:	PrG - Prävention und Gesundheitskompetenz

- 1 Die SPD setzt sich auf allen politischen Ebenen, insbesondere im Rahmen der
2 anstehenden GKV-Finanzreform des Gesundheitssystems, dafür ein,
3 1. Gesundheitsförderung und Prävention deutlich auszubauen
4 insbesondere vor dem Hintergrund des schlechten Abschneidens Deutschlands beim
5 Public-Health-Index (AOK, Deutsche Krebsgesellschaft).
6 Dazu gehören insbesondere:
7 Maßnahmen zur Verhältnisprävention und Verhaltensprävention
8 1. Verbot von Werbung für Tabakprodukte, alkoholische Getränke und Vapes im
9 öffentlichen Raum
10 2. Verbot von Werbung für stark zuckerhaltige Lebensmittel, die sich an Kinder
11 richtet
12 3. Verbot des Alkoholkonsums für Kinder sowie stärkere Einschränkung der
13 Verfügbarkeit von Alkohol
14 4. Erhöhung der Alkoholsteuer
15 5. Konsequenter Nichtraucherchutz, insbesondere in der Gastronomie
16 6. Einführung neutraler Verpackungen für Tabakprodukte
17 7. Einführung einer gestaffelten Zuckerabgabe, insbesondere auf zuckerhaltige
18 Getränke
19 8. Landesweit verbindliche Qualitätsstandards für Schulessen sowie klare Vorgaben für
20 Snack- und Getränkeangebote (z. B. keine stark gezuckerten Softdrinks an Schulen)
21 9. Regelungen zum Kinderschutz bei Lebensmittelwerbung für ungesunde Produkte
22 Förderung gesunder Lebenswelten
23 10. Förderung von Bewegungsangeboten in Kindertagesstätten, Schulen und Betrieben
24 11. Ausbau bewegungsfreundlicher Infrastruktur im Rahmen der Verkehrspolitik (z. B.
25 sichere Rad- und Fußwege)
26 12. Unterstützung von Kampagnen und Beratungsangeboten zur Förderung eines aktiven
27 Lebensstils
28
29 2. Den Ansatz „Health in All Policies“ konsequent umzusetzen
30 Gesundheitliche Auswirkungen sollen systematisch bei allen politischen Entscheidungen
31 berücksichtigt werden, auf kommunaler, Landes- und Bundesebene.

- 32 Dabei ist insbesondere sicherzustellen:
- 33 - eine stärkere Ausrichtung des Gesundheitssystems auf Ganzheitlichkeit und
- 34 Lebensweltorientierung
- 35 - die konsequente Berücksichtigung sozialer Determinanten von Gesundheit
- 36 3. Regionale, bedarfsgerechte und intersektorale Versorgungsstrukturen zu stärken**
- 37 a) Regionale Gesundheitsbudgets
- 38 Einführung regionaler Gesundheitsbudgets zur flexiblen, sektorenübergreifenden und
- 39 bedarfsgerechten Finanzierung von Gesundheitsleistungen
- 40 b) Regionale Gesundheitskonferenzen
- 41 Stärkung und flächendeckender Ausbau regionaler Gesundheitskonferenzen unter
- 42 Einbeziehung von Akteur:innen aus Gesundheitswesen, Sozialbereich, Bildung,
- 43 Stadtentwicklung und Zivilgesellschaft
- 44 c) Gesundheitskioske
- 45 Ausbau von Gesundheitskiosken als niedrigschwellige, interdisziplinäre Anlaufstellen,
- 46 insbesondere in sozial benachteiligten Regionen, zur besseren Verzahnung von
- 47 Prävention, Beratung und Versorgung
- 48 4. Maßnahmen der Prävention in der Lebenswelt Arbeit stärker mit einzubeziehen

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundes- und Landtagsfraktionen

Antrag PrG01-Ä01

Laufende Nummer: 68 • Änderungsantrag zu PrG01

Antragsteller*in:	Carlo Reifgerste
Status:	angenommen
Sachgebiet:	PrG - Prävention und Gesundheitskompetenz

Zeile 17

- 17 7. Einführung einer gestaffelten Zucker~~steuer~~abgabe, insbesondere auf zuckerhaltige
18 Getränke

Antrag PrG01-Ä02

Laufende Nummer: 70 • Änderungsantrag zu PrG01

Antragsteller*in:	Christoph Seifert
Status:	angenommen
Sachgebiet:	PrG - Prävention und Gesundheitskompetenz

Zeile 48

48

4. Maßnahmen der Prävention in der Lebenswelt Arbeit stärker mit einzubeziehen

Antrag PrG02: Gesundheit fördern – sozial gerechte Abgabe auf stark zuckerhaltige Produkte und Stärkung präventiver Ernährungsstrukturen

Laufende Nummer: 19

Antragsteller*in:	Bezirk Hessen-Nord
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Sachgebiet:	PrG - Prävention und Gesundheitskompetenz

- 1 Die ASG fordert die SPD-Bundestagsfraktion
- 2 Die ASG fordert die SPD-Bundestagsfraktion sowie die SPD- Mitglieder in der
- 3 Bundesregierung
- 4 auf,
- 5 1. eine sozial gerechte, gestaffelte Abgabe auf stark zuckerhaltige Getränke und
- 6 stark zuckerhaltige Lebensmittel mit klar definierten Schwellenwerten
- 7 einzuführen, orientiert am Zuckergehalt und an wissenschaftlichen
- 8 Präventionsstandards,
- 9 2. dabei die gesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Folgekosten von übermäßigem
- 10 Zuckerkonsum systematisch zu berücksichtigen, insbesondere durch
- 11 ernährungsbedingte Erkrankungen wie Adipositas, Typ-2-Diabetes und Herz-
- 12 Kreislauf-Erkrankungen,
- 13 3. die Einnahmen aus dieser Abgabe vollständig zweckgebunden in einen nationalen
- 14 Gesundheits- und Präventionsfonds einzubringen,
- 15 4. aus diesem Fonds gezielt Maßnahmen zur Förderung gesunder Ernährung zu
- 16 finanzieren, insbesondere:
- 17 • den schrittweisen Ausbau eines gesunden, einfachen Frühstücksangebots in
- 18 Kitas und Grundschulen,
- 19 • die Verbesserung der Gemeinschaftsverpflegung in Bildungseinrichtungen,
- 20 • sowie Präventionsprogramme für Kinder und Jugendliche,
- 21 5. dabei insbesondere sozial benachteiligte Regionen und Bevölkerungsgruppen
- 22 prioritär zu berücksichtigen, um gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren,
- 23 6. gemeinsam mit Ländern, Kommunen und Fachinstitutionen praxistaugliche Modelle
- 24 zur Umsetzung zu entwickeln, die Einrichtungen organisatorisch und finanziell
- 25 nicht überfordern,
- 26 7. Anreize für die Lebensmittelwirtschaft zu stärken, den Zuckergehalt in Produkten
- 27 schrittweise und nachhaltig zu reduzieren, etwa durch die Anpassung von
- 28 Rezepturen und eine verbesserte Kennzeichnung.

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion

Antrag PrG02-Ä01

Laufende Nummer: 50 • Änderungsantrag zu PrG02

Antragsteller*in:	Nicole Iben
Status:	angenommen
Sachgebiet:	PrG - Prävention und Gesundheitskompetenz

Zeile 1

- 1 Die ASG fordert die SPD-Bundestagsfraktion sowie die ~~zuständigen Bundesministerien~~SPD- Mitglieder
in der Bundesregierung
- 2 auf,

Antrag PrG03: Einnahmen der GKV: Verursacher statt Versicherte in die Pflicht nehmen!

Laufende Nummer: 23

Antragsteller*in:	SPD Bezirk Hessen-Süd
Status:	angenommen
Sachgebiet:	PrG - Prävention und Gesundheitskompetenz

- 1 Die SPD lehnt die Erhöhung der Zuzahlungen u.a. auf Medikamente ab, da dies eine
- 2 unsoziale und Adhärenzgefährdende Maßnahme ist. Um die fehlenden Mehreinnahmen
- 3 auszugleichen, sollten stattdessen an anderer Stelle konsumbezogene Abgaben erhoben
- 4 werden, die tatsächlich einen Steuerungseffekt haben und dadurch präventiv wirken,
- 5 etwa Abgaben auf Tabak, Alkohol und Zucker.

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion

Antrag PrG04: Einführung eines Pflichtfachs „Gesundheitskompetenz und Resilienz“ an allen allgemeinbildenden Schulen

Laufende Nummer: 31

Antragsteller*in:	Landesverband Saar
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Sachgebiet:	PrG - Prävention und Gesundheitskompetenz

- 1 Die SPD-Mitglieder in der Bundesregierung werden aufgefordert, gemeinsam mit den
2 Ländern im Rahmen der Kultusministerkonferenz (KMK) darauf hinzuwirken, dass:
- 3 1. ein verbindliches Unterrichtselement „Gesundheitskompetenz und Resilienz“
4 (alternativ „Gesundheit“) für alle Schulformen der Primar- und Sekundarstufe
5 eingeführt oder bundesweit vergleichbare verbindliche Bildungsstandards
6 geschaffen werden.
- 7 2. ein fächerübergreifendes Curriculum entwickelt wird, das physische Gesundheit
8 (Ernährung, Bewegung, Prävention, Erste Hilfe und medizinische Grundkenntnisse)
9 sowie mentale Gesundheit (Emotionsregulation, Konfliktbewältigung,
10 Stressmanagement und Resilienzförderung) gleichermaßen berücksichtigt.
- 11 3. Gesundheitskompetenz im digitalen Zeitalter als verpflichtender Bestandteil des
12 Curriculums verankert wird. Schülerinnen und Schüler sollen befähigt werden,
13 Gesundheitsinformationen kritisch zu bewerten, Desinformation zu erkennen und
14 verantwortungsbewusst mit digitalen Gesundheitsangeboten umzugehen.
- 15 4. die Ausbildung von Lehrkräften dahingehend angepasst wird, dass spezialisierte
16 Fachkräfte für dieses Gebiet qualifiziert werden, unterstützt durch
17 Kooperationen mit externen Expertinnen und Experten aus Medizin, Psychologie,
18 Ernährungswissenschaften sowie Gesundheitsförderung.
- 19 5. Bund und Länder in Abstimmung u. A. Mit BIÖG und AÖGW geeignete Förderprogramme
20 für Lehrmaterialien, Fortbildungen und wissenschaftliche Begleitung
21 bereitstellen.
- 22 6. die Einführung und Umsetzung des Unterrichtscurriculums wissenschaftlich
23 evaluiert und regelmäßig auf Wirksamkeit sowie Weiterentwicklungsbedarf
24 überprüft wird.

Empfänger*in(nen)

SPD-Mitglieder der Bundesregierung

Antrag PrG05: Gesetzliche Regelung zur verbindlichen Einführung von Schulgesundheitsfachkräften

Laufende Nummer: 11

Antragsteller*in:	Landesverband Nordrhein-Westfalen
Status:	angenommen
Sachgebiet:	PrG - Prävention und Gesundheitskompetenz

- 1 **Die ASG-Bundeskonzferenz möge beschließen:**
- 2 Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefördert, sich für die gesetzliche Verankerung
- 3 einer verbindlichen Einführung von Schulgesundheitsfachkräften und ihrer Finanzierung
- 4 in den Bundesländern einzusetzen. So sollen Prävention, Gesundheitskompetenz,
- 5 Inklusion und Chancengleichheit gefördert, gesundes Aufwachsen für alle Kinder
- 6 unterstützt, Lehrer:innen, das gesamte Schulteam und Eltern entlastet und die Arbeit
- 7 der Kinder- und Jugendärz:innen und Gesundheitsämter sinnvoll ergänzt werden.

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion

Antrag PrG06: Aufklärung und Versorgung bei Sepsis stärken

Laufende Nummer: 16

Antragsteller*in:	SPD Bezirk Hessen-Süd
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Sachgebiet:	PrG - Prävention und Gesundheitskompetenz

- 1 Die SPD setzt sich dafür ein, eine Kampagne zur Aufklärung über die Frühsymptome der
2 Sepsis („Blutvergiftung“) zu initiieren und flächendeckend umzusetzen.
- 3 Die Kampagne soll insbesondere umfassen:
- 4 • Aufklärung der Zivilbevölkerung über Frühsymptome und Notfallreaktionen sowie
5 Informationsangebote in Unternehmen und öffentlichen Einrichtungen
- 6 • Einsatz niedrigschwelliger Kommunikationsformate (z. B. Social Media, QR-Codes)
- 7 • Fortbildungen für medizinisches Fachpersonal sowie Schulungsangebote für
8 Schüler*innen
- 9 • Sensibilisierung und Schulung des Rettungswesens, einschließlich moderner
10 Diagnostikverfahren
- 11 • Aufbau ehrenamtlich geschulter Akutlotsenprogramme zur Unterstützung von
12 Betroffenen und Angehörigen
- 13 • Verbreitung einer standardisierten Sepsis-Checkliste für Bevölkerung und
14 Fachpersonal
- 15 Als Vorbild kann die erfolgreiche Sepsiskampagne des Main-Taunus-Kreises (MTK)
16 dienen.

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundes- und Landtagsfraktionen

Antrag PrG07: Gesundheit schützen – Einführung eines allgemeinen Tempolimits von 130 km/h auf Bundesautobahnen als Maßnahme der Prävention und Public Health

Laufende Nummer: 28

Antragsteller*in:	Bezirk Hessen-Nord
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Sachgebiet:	PrG - Prävention und Gesundheitskompetenz

1 Die ASG fordert die SPD-Bundestagsfraktion auf, die gesetzlichen Voraussetzungen für
2 die Einführung eines allgemeinen Tempolimits von 130 km/h auf Bundesautobahnen zu
3 schaffen und diese Maßnahme als Bestandteil einer modernen Präventions-, Gesundheits-
4 und Verkehrspolitik umzusetzen.

5 Ein allgemeines Tempolimit dient insbesondere folgenden gesundheitspolitischen
6 Zielen:

7 1. Verbesserung der Verkehrssicherheit

8 Die Zahl schwerer Verkehrsunfälle sowie tödlicher und schwerwiegender Verletzungen
9 auf Bundesautobahnen ist nachhaltig zu reduzieren. Ein geringeres
10 Geschwindigkeitsniveau verkürzt Bremswege, vermindert die Aufprallenergie und
11 verbessert die Reaktionsmöglichkeiten aller Verkehrsteilnehmenden.

12 2. Schutz der öffentlichen Gesundheit

13 Durch gleichmäßigere Fahrgeschwindigkeiten sollen verkehrsbedingte Luftschadstoffe,
14 Verkehrslärm sowie klimaschädliche Emissionen reduziert werden. Dadurch werden
15 gesundheitliche Belastungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen,
16 Schlafstörungen und stressbedingte Erkrankungen verringert.

17 3. Beitrag zu einer nachhaltigen Mobilität

18 Ein Tempolimit senkt Kraftstoffverbrauch und CO₂-Emissionen und unterstützt eine
19 ressourcenschonende sowie klimaverträgliche Mobilität.

20 4. Stärkung der Verhältnisprävention

21 Die ASG bekräftigt das gesundheitspolitische Leitbild der Verhältnisprävention.
22 Gesundheit wird nicht ausschließlich durch individuelles Verhalten bestimmt, sondern
23 maßgeblich durch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Ein Tempolimit ist eine
24 wirksame strukturelle Präventionsmaßnahme, die Gesundheitsrisiken reduziert, bevor
25 Krankheiten und Verletzungen entstehen.

26 5. Vermeidung langfristiger gesundheitlicher und psychosozialer Unfallfolgen

27 Schwere Verkehrsunfälle verursachen häufig lebenslange körperliche Einschränkungen,
28 chronische Schmerzen, psychische Traumafolgestörungen sowie erhebliche soziale und
29 wirtschaftliche Belastungen für Betroffene und ihre Angehörigen. Ein Tempolimit trägt
30 dazu bei, diese vermeidbaren gesundheitlichen Langzeitfolgen nachhaltig zu
31 reduzieren.

32 6. Gesundheit in allen Politikbereichen konsequent verankern

33 Die ASG bekräftigt den von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) getragenen Ansatz
34 „Health in All Policies“. Gesundheitsschutz ist nicht allein Aufgabe des

- 35 Gesundheitswesens, sondern muss bei politischen Entscheidungen aller Ressorts
36 berücksichtigt werden. Verkehrs-, Umwelt-, Klima- und Infrastrukturpolitik sind daher
37 zugleich Gesundheitspolitik.

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion

Antrag PrG07-Ä01

Laufende Nummer: 60 • Änderungsantrag zu PrG07

Antragsteller*in:	Sebastian Langer-Corinth
Status:	angenommen
Sachgebiet:	PrG - Prävention und Gesundheitskompetenz

Zeile 38

~~38 7. Wissenschaftliche Begleitung~~

Zeile 39 - 41

~~39 Die Auswirkungen eines allgemeinen Tempolimits auf Verkehrssicherheit,
40 Bevölkerungsgesundheit, Umweltbelastung und volkswirtschaftliche Folgekosten sind
41 wissenschaftlich zu begleiten und regelmäßig zu evaluieren.~~

Antrag UK01: Klimaschutz und Klimaanpassung als Gemeinschaftsaufgabe im Grundgesetz verankern und verstärkte finanzielle Förderung

Laufende Nummer: 14

Antragsteller*in:	Landesverband Nordrhein-Westfalen
Status:	angenommen
Sachgebiet:	UK - Umwelt und Klima

1 Die ASG Bundeskonferenz möge beschließen:

2 Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefordert, sich für die Verankerung des
3 Klimaschutzes und der Klimaanpassung im Grundgesetz als Gemeinschaftsaufgabe
4 einzusetzen, um die Finanzierung kommunaler Klimaschutz- und Anpassungsmaßnahmen
5 dauerhaft abzusichern. Daneben soll ein zusätzliches Bundesförderprogramm zur
6 Klimaanpassung in Kommunen, Gesundheits-, Pflege-, Bildungs- und Sozialeinrichtungen
7 eingerichtet werden, damit eine sozial ökologische Transformation gelingen kann und
8 die Lebensbedingungen für Menschen heute und in Zukunft verbessert werden. Gesundheit
9 benötigt eine gesunde Erde!

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion

Antrag UK02: Gesundheit schützen, Krankheiten vermeiden – Klimaschutz als Prävention und Beitrag zur nachhaltigen Finanzierung unseres Gesundheitssystems

Laufende Nummer: 25

Antragsteller*in:	Bezirk Hessen-Nord
Status:	angenommen
Sachgebiet:	UK - Umwelt und Klima

- 1 Die ASG bekräftigt den Grundsatz:
- 2 „Klimaschutz ist Gesundheitsschutz!“
- 3 Aufbauend auf dem Beschluss der ASG-Bundeskonzferenz 2024
- 4 „Schützen wir das Klima und uns selbst – Klimaschutz ist Gesundheitsschutz“
- 5 entwickelt die ASG diesen Ansatz weiter.
- 6 Klimaschutz ist ein wesentlicher Bestandteil einer vorsorgenden Gesundheitspolitik.
- 7 Maßnahmen zum Schutz des Klimas tragen dazu bei, gesundheitliche Risiken zu
- 8 reduzieren, Krankheitslast zu vermeiden und langfristig die Stabilität unseres
- 9 solidarisch finanzierten Gesundheitssystems zu unterstützen.
- 10 Die ASG fordert:
- 11 1.
- 12 Die Bundesregierung soll Klimaschutz stärker als Bestandteil moderner Gesundheits-
- 13 und Präventionspolitik verankern und gesundheitliche Auswirkungen politischer
- 14 Entscheidungen ressortübergreifend berücksichtigen.
- 15 Der Ansatz „Health in All Policies“ soll als Leitprinzip sozialdemokratischer
- 16 Gesundheitspolitik weiterentwickelt werden.
- 17 2.
- 18 Bei wesentlichen politischen Vorhaben in den Bereichen Klima, Energie, Verkehr,
- 19 Landwirtschaft und Stadtentwicklung sollen gesundheitliche Auswirkungen systematisch
- 20 bewertet werden.
- 21 Hierzu sollen geeignete Instrumente wie Health Impact Assessments
- 22 (Gesundheitsfolgenabschätzungen) stärker genutzt und weiterentwickelt werden.
- 23 3.
- 24 Die Bundesregierung soll die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels sowie die
- 25 gesundheitlichen Vorteile wirksamer Klimaschutzmaßnahmen regelmäßig wissenschaftlich
- 26 erfassen und transparent darstellen.
- 27 Dabei sollen insbesondere Auswirkungen auf:
- 28 • gesetzliche Krankenversicherung,
- 29 • Pflegeversicherung,
- 30 • Öffentlichen Gesundheitsdienst,
- 31 • kommunale Gesundheitsvorsorge
- 32 berücksichtigt werden.
- 33 4.

34 Klimaschutzmaßnahmen mit besonderem gesundheitlichem Nutzen sollen gezielt gestärkt
35 werden, insbesondere:

- 36 • Maßnahmen zur Verbesserung der Luftqualität,
- 37 • klimafreundliche und bewegungsfördernde Mobilität,
- 38 • wirksamer Hitzeschutz,
- 39 • klimaresiliente Städte und Gemeinden,
- 40 • Schutz besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen.

41 5.

42 Die Bundesregierung soll sich auf europäischer Ebene dafür einsetzen, dass
43 Klimaschutzmaßnahmen nicht ausschließlich nach kurzfristigen wirtschaftlichen
44 Auswirkungen bewertet werden.

45 Bei politischen Entscheidungen müssen auch berücksichtigt werden:

- 46 • gesundheitliche Auswirkungen,
- 47 • vermiedene Krankheitslast,
- 48 • langfristige Belastungen oder Entlastungen für Gesundheits- und Sozialsysteme.

49 6.

50 Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) soll personell, finanziell und strukturell
51 gestärkt werden, damit Kommunen Klimaanpassung, Gesundheitsvorsorge und
52 Bevölkerungsschutz wirksam umsetzen können.

Empfänger*in(nen)

SPD-Mitglieder der Bundesregierung

Antrag OR01: Namensänderung der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG)

Laufende Nummer: 15

Antragsteller*in:	Landesverband Bayern
Status:	erledigt durch Beschlusslage
Sachgebiet:	OR - Organisationspolitik

- 1 Namensänderung der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten
- 2 im Gesundheitswesen (ASG) in SPD Gesundheit. Der ASG Bundesvorstand wird
- 3 aufgefordert, die Namensänderung beim SPD Parteivorstand einzubringen und einen
- 4 entsprechenden Antrag auf dem nächsten Bundesparteitag zu erwirken.

Empfänger*in(nen)

ASG-Bundesvorstand, SPD-Parteivorstand

Antrag OR02: Mehr Sichtbarkeit und bessere Ansprechbarkeit für sozialdemokratische Gesundheitspolitik – die ASG wird zu „SPD Gesundheit“

Laufende Nummer: 27

Antragsteller*in:	Bezirk Hessen-Nord
Status:	überwiesen
Sachgebiet:	OR - Organisationspolitik

- 1 Der SPD-Parteivorstand wird aufgefordert, die Arbeitsgemeinschaft der
- 2 Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) künftig unter der
- 3 Bezeichnung „**SPD Gesundheit**“ zu führen und die hierfür erforderlichen
- 4 organisatorischen, kommunikativen sowie gegebenenfalls satzungsrechtlichen
- 5 Anpassungen vorzunehmen.
- 6 Die Bezeichnung „SPD Gesundheit“ ergänzt und ersetzt die bisherige öffentliche
- 7 Bezeichnung der Arbeitsgemeinschaft. Die Aufgaben, Rechte, Pflichten,
- 8 Organisationsstruktur sowie die inhaltliche Arbeit der Arbeitsgemeinschaft bleiben
- 9 hiervon unberührt.

Empfänger*in(nen)

ASG-Bundesvorstand

Antrag OR03: Demokratische Willensbildung stärken – Bundeskonzferenzen der ASG künftig wieder zweitägig durchführen

Laufende Nummer: 34

Antragsteller*in:	Bezirk Hessen-Nord
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Sachgebiet:	OR - Organisationspolitik

- 1 Die Bundeskonferenzen der ASG werden künftig grundsätzlich an zwei
2 aufeinanderfolgenden Tagen durchgeführt.
- 3
- 4 Der Bundesvorstand soll sich weiterhin dafür einsetzen, dass die organisatorischen,
5 finanziellen und
- 6 Der Bundesvorstand der ASG wird beauftragt, einen Antrag zum Bundesparteitag
7 einzubringen, um die organisatorischen, finanziellen und
- 8 räumlichen Voraussetzungen hierfür im Rahmen der Planung zukünftiger
9 Bundeskonferenzen berücksichtigt und eine Tagungsstruktur vorgesehen werden, die
- 10 • der Beratung, Diskussion und Beschlussfassung der Anträge ausreichend Zeit
11 einräumt,
- 12 • gesundheitspolitische Debatten und den fachlichen Austausch fördert,
- 13 • die Beratung von Änderungsanträgen ermöglicht und
- 14 • den Austausch und die Vernetzung der Gliederungen stärkt.
- 15 Die Beratung und Beschlussfassung der Anträge soll den Schwerpunkt der
16 Bundeskonferenz bilden.

Empfänger*in(nen)

ASG-Bundesvorstand, SPD-Parteivorstand

Antrag OR03-Ä01

Laufende Nummer: 71 • Änderungsantrag zu OR03

Antragsteller*in:	Tina Rudolph
Status:	zurückgezogen
Sachgebiet:	OR - Organisationspolitik

Zeile 4

- 4 Der ~~Bundes~~Parteivorstand wird ~~beauftragt~~gebeten, die organisatorischen, finanziellen und
5 räumlichen Voraussetzungen hierfür im Rahmen der Planung zukünftiger
6 Bundeskonferenzen zu berücksichtigen und eine Tagungsstruktur vorzusehen, die

Antrag OR03-Ä02

Laufende Nummer: 72 • Änderungsantrag zu OR03

Antragsteller*in:	Annika Lange
Status:	angenommen
Sachgebiet:	OR - Organisationspolitik

Zeile 4

- 4 Der Bundesvorstand der ASG wird beauftragt, einen Antrag zum Bundesparteitag einzubringen, um die
5 organisatorischen, finanziellen und
6 räumlichen Voraussetzungen hierfür im Rahmen der Planung zukünftiger
Bundeskonzferenzen zu berücksichtigen und eine Tagungsstruktur vorzusehen, die

Antrag So01: Kein Abbau der Standards im betrieblichen Schutz von Beschäftigten durch Bürokratieabbau

Laufende Nummer: 10

Antragsteller*in:	Landesverband Nordrhein-Westfalen
Status:	angenommen
Sachgebiet:	So - Sonstiges

1 Die ASG Bundeskonferenz möge beschließen:

2 Die SPD-Bundes- und Landtagsfraktionen werden aufgefordert dafür Sorge zu tragen,
3 dass es auf Umwegen nicht zu einer Gefährdung der Beschäftigten kommt, wenn durch
4 einen Bürokratieabbau kurzfristige Einsparungen in den Firmen in dem Gebiet der
5 betrieblichen Sicherheit möglich sind. Wenn die aktuellen Vorschläge für die
6 Einsparungen in dem Bereich genauer betrachtet werden, ist eine gewisse Beliebigkeit
7 zu vermuten. Längerfristige Kosteneinsparungen sind fraglich. Folgendes muss beachtet
8 werden:

9 1. Ein Abbau von betrieblichen Regelungen zum anscheinend übersteigerten Schutz der
10 Beschäftigten muss strukturiert und faktenbasiert geprüft werden. Grundsätzlich ist
11 dies zu befürworten.

12 2. Der Schutz der Beschäftigten darf nicht von der Betriebsgröße abhängen. Die
13 betrieblichen Gefährdungen müssen weiterhin im Vordergrund stehen. Den
14 Unfallversicherungsträger (UV-Träger, z.B. Berufsgenossenschaften) sollen neue
15 Aufgaben für Firmen mit weniger als 50 Mitarbeiter erhalten. Die Personen für die
16 neuen Betreuungsformen müssen zuerst eingestellt werden. Die Kosten sind von der
17 Gesamtheit der Firmen zu zahlen.

18 3. Es ist bekannt, dass der betriebliche Schutz von Beschäftigten kostet. Wenn der
19 Schutz der Beschäftigten als ein Teil der Firmenkultur gelebt wird, fühlen sich die
20 Beschäftigten wertgeschätzt. Diese Wertschätzung, geringere Ausfallzeiten durch
21 Unfälle und reduzierte Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung sind der „Return
22 of Invest“ für die Firmen

23 4. Eine willkürliche Kürzung gefährdet das Vertrauen in die Arbeitgeber und die
24 Politik.

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundes- und Landtagsfraktionen

Antrag So02: Familienvielfalt stärken – Reproduktive Gerechtigkeit und rechtliche Gleichstellung umsetzen

Laufende Nummer: 17

Antragsteller*in:	SPD Bezirk Hessen-Süd
Status:	Sonstiges Überwiesen an ASG-Bundesausschuss/-vorstand
Sachgebiet:	So - Sonstiges

- 1 Die SPD setzt sich für die vollständige Gleichstellung queerer Paare und
- 2 alleinstehender Personen mit Kinderwunsch ein. Familienvielfalt ist gesellschaftliche
- 3 Realität – unser Recht muss sie endlich widerspiegeln.
- 4 Wir fordern:
- 5 1. Gleichberechtigte Kostenübernahme von Kinderwunschbehandlungen
- 6 2. ☐ Reform des Abstammungsrechts
- 7 3. Private Samenspenden sind rechtssicher zu regeln und alle Beteiligten klar
- 8 abzusichern.
- 9 4. Regelung der Eizellspende
- 10 5. Adoption vereinfachen
- 11 Gesetzliche Krankenkassen sollen mindestens die ersten drei Versuche einer
- 12 Kinderwunschbehandlung auch für queere Paare und alleinstehende Personen übernehmen –
- 13 analog zur Regelung für verheiratete heterosexuelle Paare.
- 14 Dies soll bei Behandlungen mit Samenspende, sowohl über Samenbanken als auch mit
- 15 privaten Spendern, gelten.
- 16 Beide Elternteile, auch bei queeren Eltern, sollen von Geburt an auf der
- 17 Geburtsurkunde eingetragen werden können.
- 18 Die Pflicht zur Stiefkindadoption für die zweite Mutter bzw. den nicht-gebärenden
- 19 Elternteil ist abzuschaffen.
- 20 Ein durch alle Parteien unterzeichneter und notariell geprüfter Vertrag muss
- 21 ausreichen, um von den Vaterschaftsansprüchen und Unterhaltsanforderungen
- 22 zurücktreten zu können.
- 23 Es bedarf einer klaren, diskriminierungsfreien, ethisch verantwortbaren gesetzlichen
- 24 Grundlage für Eizellspenden unter Wahrung ethischer Standards. Die
- 25 Regierungskommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin hat
- 26 hier wissenschaftlich fundierte Vorschläge erarbeitet.
- 27 Adoptionen sind unbürokratischer zu gestalten.
- 28 Altersgrenzen müssen sich am Kindeswohl orientieren. Ehe darf keine Voraussetzung
- 29 sein. Auch alleinstehende Personen müssen diskriminierungsfreien Zugang erhalten.

Empfänger*in(nen)

ASG-Bundesvorstand, ASG- Bundesausschuss

Antrag So03: Recht auf Schwangerschaftsabbruch in das Grundgesetz aufnehmen

Laufende Nummer: 3

Antragsteller*in:	SPD Bezirk Hessen-Süd
Status:	angenommen
Sachgebiet:	So - Sonstiges

- 1 Wir fordern das Recht auf Schwangerschaftsabbruch explizit in das Grundgesetz
- 2 aufzunehmen. Damit soll sichergestellt werden, dass Schwangere selbstbestimmt und
- 3 ohne strafrechtliche Sanktionen über einen Abbruch ihrer Schwangerschaft entscheiden
- 4 können.

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion

Antrag So03-Ä01

Laufende Nummer: 61 • Änderungsantrag zu So03

Antragsteller*in:	Benjamin Schiller
Status:	zurückgezogen
Sachgebiet:	So - Sonstiges

Zeile 1 - 4

- 4 ~~Wir fordern das Recht auf Schwangerschaftsabbruch explizit in das Grundgesetz aufzunehmen. Damit soll sichergestellt werden, dass Schwangere selbstbestimmt und ohne strafrechtliche Sanktionen über einen Abbruch ihrer Schwangerschaft entscheiden können.~~

Wir fordern das Recht auf Schwangerschaftsabbruch explizit in das Grundgesetz aufzunehmen. Damit soll sichergestellt werden, dass Schwangere selbstbestimmt und ohne strafrechtliche Sanktionen über einen Abbruch ihrer Schwangerschaft entscheiden können.

Wir fordern das Recht auf Schwangerschaftsabbruch explizit anzuerkennen und (3) "Begeht die Schwangere die Tat, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe." in § 218 (Schwangerschaftsabbruch) StGB zu streichen

Antrag So04: Geschlechterspezifische Medizin

Laufende Nummer: 26

Antragsteller*in:	Bezirk Hessen-Nord
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Sachgebiet:	So - Sonstiges

- 1 Die ASG fordert die SPD-Bundes- und Landtagsfraktionen auf,
- 2 • die geschlechtsspezifische Ausstattung in Krankenhäusern konsequent zu
- 3 verbessern,
- 4 • medizinische Geräte, Diagnoseverfahren und Behandlungsstandards stärker an den
- 5 Bedürfnissen von Frauen auszurichten,
- 6 • die geschlechtersensible medizinische Forschung deutlich auszubauen und
- 7 dauerhaft zu fördern,
- 8 • sicherzustellen, dass Frauen in klinischen Studien angemessen vertreten sind und
- 9 Forschungsergebnisse geschlechtsspezifisch ausgewertet werden.

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundes- und Landtagsfraktionen

Antrag So04-Ä01

Laufende Nummer: 57 • Änderungsantrag zu So04

Antragsteller*in:	Christoph Seifert
Status:	abgelehnt
Sachgebiet:	So - Sonstiges

Zeile 2

- 2 • die geschlechtsspezifische „und geschlechtersensible“ Ausstattung in Krankenhäusern konsequent
zu
3 verbessern,

Zeile 5

- 4 • medizinische Geräte, Diagnoseverfahren und Behandlungsstandards stärker an den
5 Bedürfnissen „aller Geschlechter“ (Streichung: von ~~Frauen~~ Frauen) auszurichten,

Zeile 8

- 8 • sicherzustellen, dass (Streichung: „von Frauen in klinischen Studien angemessen vertreten sind
9 und“) ~~und~~
9 Forschungsergebnisse geschlechtsspezifisch ausgewertet werden.

Antrag So05: Rechtssichere Finanzierung und verlässliche Anerkennung von Assistenzhunden ASG-Landesverband Schleswig-Holstein (Antragstellende) Landesverband Schleswig-Holstein

Laufende Nummer: 2

Antragsteller*in:	Landesverband Schleswig-Holstein
Status:	angenommen
Sachgebiet:	So - Sonstiges

Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefordert, sich für eine bundesgesetzliche Neuordnung der Anerkennung, Zertifizierung und Finanzierung von Assistenzhunden einzusetzen. Das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) und die Assistenzhundeverordnung (AHundV) sollen weiterhin die Anforderungen an Anerkennung, Kennzeichnung, Ausbildung, Prüfung und Qualitätssicherung regeln. Die Finanzierung soll als eigenständiger Rechtsanspruch im SGB IX verankert werden.

Die Neuordnung soll insbesondere Folgendes sicherstellen:

1. Finanzierung und Leistungsumfang

Die zuständigen Rehabilitationsträger übernehmen bedarfsgerecht die Kosten der Anschaffung und Ausbildung sowie nachweisbare behinderungsbedingte Mehrkosten der laufenden Haltung. Der Anspruch wird als Leistung zur sozialen Teilhabe im SGB IX geregelt.

2. Klare Zuständigkeiten und bundeseinheitliche Leistungsgewährung

Die Zuständigkeiten der Rehabilitationsträger, insbesondere der Träger der Eingliederungshilfe und der gesetzlichen Unfallversicherung, werden eindeutig abgegrenzt. Anspruch und Leistungsumfang dürfen nicht vom Wohnort oder von unterschiedlichen örtlichen Bewilligungspraxen abhängen.

3. Funktionsfähige Anerkennungs- und Zertifizierungsstrukturen

Die im Gesetzentwurf zur Änderung des BGG (Drucksache 21/5140) vorgesehenen Übergangsregelungen werden zügig verabschiedet und umgesetzt. Darüber hinaus werden eine dauerhaft funktionsfähige fachliche Stelle sowie verlässliche Prüfungs- und Zertifizierungswege geschaffen. Bestehende Mensch-Assistenzhund-Gemeinschaften, laufende Ausbildungen, international oder anderweitig geprüfte Teams und Grenzgänger werden rechtssicher berücksichtigt.

4. Qualitätssicherung und verlässliche Ausbildungsstrukturen

Die Systematik der AHundV bleibt verbindlicher Maßstab. Tiere ohne eine den gesetzlichen Anforderungen entsprechende Ausbildung und Prüfung werden klar von

34 Assistenzhunden abgegrenzt. Internationale Qualitätsstandards, insbesondere von
35 Assistance Dogs International (ADI) und der International Guide Dog Federation
36 (IGDF), werden angemessen berücksichtigt. Qualifizierte inländische
37 Ausbildungseinrichtungen erhalten verlässliche Rahmenbedingungen.

38

39 **5. Bedarfsgerechter Zugang in allen Lebensphasen**

40 Der Zugang richtet sich nach dem individuellen behinderungsbedingten Bedarf und steht
41 insbesondere auch Kindern und älteren Menschen mit Behinderungen offen.
42 Assistenzhunde werden als Instrument selbstbestimmter sozialer Teilhabe und, soweit
43 einschlägig, der Teilhabe am Arbeitsleben anerkannt.

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion

Antrag Ini02: Waldbrandrauch kennt keine Grenzen – Gesundheitsschutz ressortübergreifend und europäisch stärken

Laufende Nummer: 46

Antragsteller*in:	Nicole Iben
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Sachgebiet:	Ini - Initiativanträge

1 Antragsteller: ASG Hessen Nord

2

3 Die ASG fordert die SPD-Bundestagsfraktion und die SPD-Mitglieder der Bundesregierung
4 auf, den gesundheitlichen Schutz der Bevölkerung vor Waldbrandrauch und der damit
5 verbundenen Feinstaubbelastung verbindlich zu stärken und als festen Bestandteil des
6 Gesundheits-, Umwelt- und Bevölkerungsschutzes zu verankern.

7 Die Bundesregierung wird gebeten, unter gemeinsamer Federführung des
8 Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des Bundesministeriums des Innern (BMI)
9 sowie gemeinsam mit dem Bundesministerium für Umwelt, Klimaschutz, Naturschutz und
10 nukleare Sicherheit (BMUKN), dem Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und
11 Heimat (BMLEH), dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und dem
12 Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMBFSFJ)
13 folgende Maßnahmen umzusetzen:

14 1. Bundesweites Warnsystem für Waldbrandrauch

15 Die Bundesregierung entwickelt gemeinsam mit den Ländern ein bundesweit abgestimmtes
16 Warn- und Informationssystem für Waldbrandrauch.

17 Waldbrandwarnungen müssen dabei mit Informationen über die tatsächliche und erwartete
18 Feinstaub- und Rauchbelastung verbunden werden.

19 Das System muss:

- 20 • bestehende Warnsysteme von Bund, Ländern und Kommunen miteinander verknüpfen,
- 21 • die Bevölkerung frühzeitig und verständlich über gesundheitlich relevante
22 Rauchbelastungen informieren,
- 23 • konkrete Verhaltensempfehlungen enthalten,
- 24 • insbesondere Hinweise zu Aufenthalt und körperlicher Aktivität im Freien
25 geben.

26 2. Bestehende Schutzpläne um Waldbrandrauch ergänzen

27 Das BMG entwickelt gemeinsam mit den Ländern einheitliche gesundheitliche
28 Handlungsempfehlungen für starke Rauch- und Feinstaubbelastungen.

29 Bestehende Klima- und Notfallpläne von Kitas, Schulen, Pflegeeinrichtungen,
30 Krankenhäusern und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen sind um konkrete
31 Maßnahmen zum Schutz vor Waldbrandrauch zu ergänzen.

32 Besonders berücksichtigt werden Kinder und Jugendliche, ältere Menschen, Schwangere
33 sowie Menschen mit Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

34 3. Beschäftigte wirksam schützen

35 Das BMAS entwickelt gemeinsam mit den Ländern, den Unfallversicherungsträgern und den
36 zuständigen Stellen verbindliche Kriterien für den Arbeitsschutz bei starker
37 Rauchbelastung.

38 Für besonders belastete Beschäftigte – insbesondere Feuerwehr, Rettungsdienst,
39 Katastrophenschutz, Forstwirtschaft, Landwirtschaft und kommunale Dienste – sind

40 geeignete Schutzmaßnahmen und Gefährdungsbeurteilungen sicherzustellen.
41 Es sind außerdem klare Kriterien für die Einschränkung oder Unterbrechung nicht
42 zwingend notwendiger Arbeiten bei gesundheitlich relevanter Rauchbelastung
43 festzulegen.

44 4. Feinstaubbelastung bei Waldbränden messen und öffentlich machen
45 Das BMUKN baut gemeinsam mit den Ländern die Messung und Bewertung der Luftqualität
46 bei größeren Waldbrandereignissen aus.
47 Es muss schnell festgestellt werden können:

- 48 • wo Waldbrandrauch auftritt,
- 49 • wie hoch die Feinstaubbelastung ist,
- 50 • wohin sich die Rauchbelastung voraussichtlich ausbreitet.

51 Die Messergebnisse und daraus abgeleiteten gesundheitlichen Warnungen sind der
52 Bevölkerung schnell, verständlich und möglichst über bestehende digitale Warn- und
53 Informationssysteme zugänglich zu machen.

54 5. Gesundheitliche Folgen systematisch erfassen
55 Das BMG etabliert gemeinsam mit dem Robert Koch-Institut und dem BMUKN ein
56 bundesweites Verfahren zur systematischen Erfassung der gesundheitlichen Folgen von
57 Waldbrandrauch.
58 Dabei sollen insbesondere Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen,
59 Notfallbehandlungen und Krankenhauseinweisungen berücksichtigt werden.
60 Die gewonnenen Erkenntnisse sind regelmäßig auszuwerten und für die Weiterentwicklung
61 der Schutzmaßnahmen zu nutzen.

62 6. Waldbrandprävention mit Gesundheitsschutz verbinden
63 Das BMLEH entwickelt gemeinsam mit den Ländern Maßnahmen zur Waldbrandprävention und
64 zum Aufbau klimaresilienter Wälder weiter.

65

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion, SPD-Mitglieder in der Bundesregierung

Antrag Ini03: Prävention und Rehabilitation vor Pflege

Laufende Nummer: 40

Antragsteller*in:	Mathias Junggeburth
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Sachgebiet:	Ini - Initiativanträge

1 **Kommunale Handlungsfähigkeit auch unter Haushaltssicherung ermöglichen**

2 **Antrag**

3 **Die ASG-Bundeskonzferenz möge beschließen:**

4 Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefodert, sich im weiteren Gesetzgebungsverfahren
5 zum Pflegeneuordnungsgesetz dafür einzusetzen, den Vorrang von Prävention und
6 Rehabilitation vor Pflege nicht nur im System der Pflegeversicherung zu stärken,
7 sondern ihn durch geeignete Finanzierungs- und Förderstrukturen auch auf kommunaler
8 Ebene wirksam werden zu lassen.

9 Gemeinsam mit den Ländern ist sicherzustellen, dass Kommunen präventive und
10 rehabilitative Maßnahmen zur Vermeidung, Verringerung oder Verzögerung von
11 Pflegebedürftigkeit auch dann entwickeln, kofinanzieren und dauerhaft etablieren
12 können, wenn sie sich in der Haushaltssicherung befinden. Geeignete Maßnahmen dürfen
13 nicht allein deshalb unterbleiben, weil sie kommunalrechtlich als freiwillige
14 Leistungen eingeordnet werden.

15 Dies umfasst insbesondere aufsuchende, beratende, koordinierende und vernetzende
16 Unterstützungsangebote, die bereits vor Eintritt von Pflegebedürftigkeit ansetzen,
17 vorhandene Ressourcen stärken, Versorgungskrisen vermeiden und den Verbleib in der
18 eigenen Häuslichkeit unterstützen.

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion

Antrag Ini04: Krankschreibung durch Psychotherapeut*innen/ Psychologische Psychotherapeut*innen

Laufende Nummer: 49

Antragsteller*in:	Stefanie Minkley
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Sachgebiet:	Ini - Initiativanträge

- 1 Die ASG-Bundeskonzferenz möge beschließen:
- 2 Die Bundestagsfraktion wird aufgefordert, sich dafür einzusetzen, dass - im Zuge der
- 3 Gesundheitsreform - die Befugnis zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch
- 4 Gesundheitsreform - die Befugnis zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen
- 5 des therapie- und krankheitsbezogenen Wirkungsbereiches von
- 6
- (weitergebildeten) Psychotherapeut*innen sowie (ausgebildeten) Psychologischen
- 7
- Psychotherapeut*innen im Rahmen ihrer fachlichen Kompetenz und ebenso die
- 8
- Überweisungsbefugnis von Psychotherapeut*innen und Psychologische
- 9
- Psychotherapeut*innen - falls erforderlich - zur somatischen Abklärung an Ärzt*innen
- 10
- gesetzlich verankert werden.
- 11

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion

Antrag Ini04-Ä01

Laufende Nummer: 54 • Änderungsantrag zu Ini04

Antragsteller*in:	Falko Tesch
Status:	angenommen
Sachgebiet:	Ini - Initiativanträge

Zeile 3

- 2 Die Bundestagsfraktion wird aufgefordert, sich dafür einzusetzen, dass - im Zuge der
3 Gesundheitsreform - die Befugnis zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ~~von~~durch
4 (weitergebildeten) Psychotherapeut*innen sowie (ausgebildeten) Psychologischen
5 Psychotherapeut*innen im Rahmen ihrer fachlichen Kompetenz und ebenso die
6 Überweisungsbefugnis von Psychotherapeut*innen und Psychologische
7 Psychotherapeut*innen - falls erforderlich - zur somatischen Abklärung an Ärzt*innen
8 gesetzlich verankert werden.

Antrag Ini04-Ä02

Laufende Nummer: 74 • Änderungsantrag zu Ini04

Antragsteller*in:	enes baskal
Status:	zurückgezogen
Sachgebiet:	Ini - Initiativanträge

Zeile 8

- 2 Die Bundestagsfraktion wird aufgefordert, sich dafür einzusetzen, dass - im Zuge der
3 Gesundheitsreform - die Befugnis zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit von
4 (weitergebildeten) Psychotherapeut*innen sowie (ausgebildeten) Psychologischen
5 Psychotherapeut*innen im Rahmen ihrer fachlichen Kompetenz und ebenso die
6 Überweisungsbefugnis von Psychotherapeut*innen und Psychologische
7 Psychotherapeut*innen - falls erforderlich - zur somatischen Abklärung an Ärzt*innen
8 gesetzlich verankert werden für solche Erkrankungen und Störungen gesetzlich, deren Diagnostik und
Behandlung in ihren jeweiligen fachlichen und berufsrechtlichen Kompetenzbereich fallen.

Antrag Ini04-Ä03

Laufende Nummer: 73 • Änderungsantrag zu Ini04

Antragsteller*in:	Ruben Henschke
Status:	angenommen
Sachgebiet:	Ini - Initiativanträge

Zeile 3

- 2 Die Bundestagsfraktion wird aufgefordert, sich dafür einzusetzen, dass - im Zuge der
- 3 Gesundheitsreform - die Befugnis zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen des therapie-
- 4 und krankheitsbezogenen Wirkungsbereiches von
- 5 (weitergebildeten) Psychotherapeut*innen sowie (ausgebildeten) Psychologischen
- 6 Psychotherapeut*innen im Rahmen ihrer fachlichen Kompetenz und ebenso die
- 7 Überweisungsbefugnis von Psychotherapeut*innen und Psychologische
- 8 Psychotherapeut*innen - falls erforderlich - zur somatischen Abklärung an Ärzt*innen
- gesetzlich verankert werden.

Antrag Ini05: Versorgungssicherheit bei geschlechtsangleichenden Maßnahmen gewährleisten

Laufende Nummer: 52

Antragsteller*in:	Stefanie Minkley
Status:	angenommen
Sachgebiet:	Ini - Initiativanträge

1 Die ASG-Bundeskonzferenz möge beschließen:

2 Die ASG fordert die SPD-Bundestagsfraktion und die sozialdemokratischen Mitglieder
3 der Bundesregierung auf, sich dafür einzusetzen, dass medizinisch notwendige
4 geschlechtsangleichende Maßnahmen für trans*, nicht-binäre und andere Menschen mit
5 Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie dauerhaft und rechtssicher
6 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben.

7 Dazu fordern wir:

- 8 1. die **Fortführung der bisherigen Versorgungspraxis**, bis eine verbindliche
9 gesetzliche oder untergesetzliche Neuregelung besteht. Bereits begonnene
10 Behandlungen dürfen nicht unterbrochen werden;
- 11 2. die weitere Finanzierung insbesondere von **Hormontherapien, Operationen und**
12 **anderen medizinisch indizierten Transitionsbehandlungen**. Leistungen, die bisher
13 ohne gesonderten Kostenübernahmeantrag regulär erbracht wurden, sollen nicht
14 durch neue bürokratische Hürden erschwert werden;
- 15 3. einen gesetzlichen Leistungsanspruch im SGB V auf medizinisch notwendige
16 geschlechtsangleichende Maßnahmen, unabhängig davon, ob sich eine Person binär
17 oder nicht-binär identifiziert;
- 18 4. dass Krankenkassen neue Anträge nicht pauschal unter Verweis auf die aktuelle
19 Rechtslage ablehnen und laufende Behandlungen nicht aufgrund möglicher
20 Regressrisiken gefährdet werden;
- 21 5. eine zügige Regelung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss unter Beteiligung von
22 Fachgesellschaften, Betroffenenvertretungen und Patientenorganisationen. Reicht
23 dies für eine verlässliche Versorgung nicht aus, muss der Gesetzgeber selbst
24 tätig werden.

25

Empfänger*in(nen)

SPD-Bundestagsfraktion, SPD-Mitglieder in der Bundesregierung

Antrag IB01: Initiativbewerbung

Laufende Nummer: 39

Antragsteller*in:	Thomas Wieser
Status:	zugelassen
Sachgebiet:	IB - Initiativbewerbungen

1 Persönliche Motivation

2 2019 wurde ich erstmals in den ASG-Bundesvorstand gewählt, nachdem ich zuvor den
3 Landesverband in Sachsen-Anhalt geleitet hatte. Durch Teilnahme an nahezu allen
4 Sitzungen konnte ich kontinuierlich an unseren gemeinsamen Projekten mitarbeiten.
5 Nachdem wir uns im Vorstand tiefgehend mit der Restrukturierung der
6 Gesundheitsversorgung (Aufhebung der Sektorengrenzen, Aufbau regionaler
7 Versorgungsstrukturen, Krankenhausreform) beschäftigt haben und unter unserem SPD-
8 Gesundheitsminister Karl Lauterbach viel angesprochen werden konnte, beobachten wir
9 nun mit großer Sorge, welche Maßnahmen von dem aktuell von der CDU geführten
10 Gesundheitsministerium ergriffen werden. Als Fach-Arbeitsgemeinschaft ist es unserer
11 Aufgabe, die Maßnahmen und Pläne kritisch zu begleiten und möglichst wirksam in die
12 Fraktion und Parteispitze hineinzuwirken und Impulse an die Regierenden zu senden.
13 Ich bin weiter aktiv tätig am Komplex „Korruption in der Medizin“ durch meine
14 Tätigkeit bei MEZIS und *Neurology first*. Es geht nicht nur um den Einfluss der
15 Pharmaindustrie auf die ärztliche Fortbildung (Stichwort CME- Zertifizierung) sondern
16 auch um Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln den Prinzipien der
17 evidenzbasierten Medizin folgend. Politische Vorgaben zur Eingrenzung der
18 Einflussnahmen von Pharmakonzernen auf medizinisches Personal sind weiterhin dringend
19 geboten. Unverändert ist in diesem Bereich noch viel zu tun.
20 Zuletzt möchte ich darauf drängen, dass grundsätzliche Missstände in der
21 Gesellschaft, die sich eben auch im Gesundheitssystem bemerkbar machen, zu bekämpfen.
22 Exemplarisch sei dabei der Zusammenhang von Armut und (fehlende) Gesundheit genannt.
23 Damit eng verbunden ist meiner Meinung nach auch der Zusammenhang von sozialer
24 Herkunft und Bildungschancen. Ich denke, dass der Weg über die Beschäftigung mit dem
25 Thema Gesundheit, eben auch die „Ur-Themen“ der Sozialdemokratie berührt werden, die
26 mich ja letztendlich zum Eintritt in die SPD bewogen haben.

Antrag IB02: Kandidatur als Beisitzende des Bundesvorstandes der ASG Anne Schawohl - ASG Sachsen

Laufende Nummer: 43

Antragsteller*in:	Anne Schawohl
Status:	zugelassen
Sachgebiet:	IB - Initiativbewerbungen

1 Liebe Genossinnen und Genossen,
2 ich kandidiere für den Bundesvorstand der ASG, weil ich dazu beitragen möchte, unsere
3 gesundheitspolitische Kompetenz noch stärker zu bündeln – über Berufsgruppen,
4 Versorgungsebenen und Landesgrenzen hinweg.
5 Dabei ist mir besonders wichtig, dass die Perspektiven Ostdeutschlands im
6 Bundesvorstand verlässlich vertreten sind.
7 Auch mehr als 35 Jahre nach der Wiedervereinigung bestehen strukturelle Unterschiede,
8 die konkrete Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung haben.
9 Lange Wege, eine alternde Bevölkerung, Fachkräftemangel und eine geringere Dichte
10 medizinischer und psychosozialer Angebote prägen vielerorts die Versorgung.
11 Gerade in Flächenländern zeigt sich, ob politische Konzepte auch außerhalb gut
12 versorgter Ballungsräume funktionieren.
13 Diese Erfahrungen sind natürlich keine ostdeutschen Sonderthemen. Sie sind ein
14 Frühwarnsystem für Entwicklungen, die zunehmend ganz Deutschland betreffen. Deshalb
15 möchte ich die ostdeutschen ASG-Landesverbände stärker miteinander und mit der
16 Bundesebene vernetzen. Ihre Erfahrungen, Ideen und politische Arbeit müssen im
17 Bundesvorstand sichtbar sein und frühzeitig in bundespolitische Positionen
18 einfließen.
19 In meine Kandidatur bringe ich neben meiner Erfahrung als Wirtschaftsmediatorin und
20 Streitschlichterin langjährige Praxiskenntnisse aus unterschiedlichen Bereichen des
21 Gesundheitswesens ein.
22 Nachdem ich unter anderem im Case Management, Entlass- und Überleitungsmanagement
23 sowie im Innovations- und Projektmanagement tätig war, koordinierte ich 2022 bis
24 2025 den Aufbau des Kinder-Tele-Intensivnetzwerkes in Sachsen.
25 Seit April 2025 leite ich die Abteilung Patientenverwaltung bzw. Leistungsabrechnung
26 am Universitätsklinikum Dresden. Ich kenne die Herausforderungen des
27 Krankenhauswesens, der Abrechnung und Finanzierung sowie der Zusammenarbeit mit
28 Krankenkassen aus der Praxis.
29 Dabei erlebe ich täglich, wie komplizierte Zuständigkeiten, Fehlanreize und wachsende
30 Bürokratie die Versorgung erschweren. Überbordende Dokumentations-, Prüf- und
31 Abrechnungspflichten binden Arbeitszeit, die für Patient fehlt. Gesundheitspolitik
32 muss deshalb nicht nur gute Ziele formulieren, sondern auch verstehen, wie
33 Entscheidungen vor Ort tatsächlich wirken.
34 Diese Praxiserfahrung möchte ich in den Bundesvorstand einbringen: für eine

- 35 Gesundheitspolitik, die regionale Unterschiede ernst nimmt, Versorgung konsequent aus
36 Sicht der Patient denkt und diejenigen entlastet, die sie jeden Tag gewährleisten.
37 Ich möchte Brücken bauen – zwischen Ost und West, zwischen Stadt und Land, zwischen
38 den verschiedenen Gesundheitsberufen und zwischen politischem Anspruch und
39 praktischer Umsetzung.