



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

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

Redaktion: Klaus-Heinrich Dedring, Michaela Kühn

Herausgeber: Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und  
Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG)

Willy-Brandt-Haus, Wilhelmstraße 141, 10963 Berlin, Telefon 030/25591-403

E-Mail: [arbeitsgemeinschaften@spd.de](mailto:arbeitsgemeinschaften@spd.de)

# Beschlussbuch

## Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen

### Inhaltsverzeichnis

#### I. Angenommene und überwiesene Anträge

<b>Antragsbereich</b>	<b>Seite</b>
Leitanträge	7
Arbeit	26
Digitales	36
Solidarität	38
Versorgung	41
Sonstiges	53

#### II. Weitere Anträge 54

## Übersicht aller Anträge

mit Initiativanträgen

Nr.	Antragsbereich	Antragsteller	Überschrift	Beschluss	Seite
L1	Leitanträge	ASG Bundesvorstand	Gleicher Zugang zu Gesundheit und Pflege - Solidarität stärken, Qualität erfahrbar machen, Fachkräfte sichern	(Angenommen in geänderter Fassung) EmpfängerIn(nen): SPD-Bundestagsfraktion SPD-Parteivorstand	7
L2	Leitanträge	ASG Bundesvorstand	Gesundheit trotz Armut – Soziale Realität verändern	(Angenommen in geänderter Fassung)	16
L3	Leitanträge	ASG Bundesvorstand	Reform der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen	(Angenommen) EmpfängerIn(nen): ASG Bundesvorstand	25
Ini1	Arbeit	ASG Bundesvorstand	Keine Sonderregelungen zum Nachteil der DRK-Schwestern	(Angenommen in geänderter Fassung) EmpfängerIn(nen): Bundesministerium für Arbeit und Soziales	25
A1	Arbeit	ASG Hessen-Süd	Masterplan Medizinstudium 2020: Gute Ärzt*innen braucht das Land!	(Überwiesen an ASG Bundesvorstand zur Einrichtung einer Arbeitsgruppe) EmpfängerIn: SPD-Bundestagsfraktion	26
A2	Arbeit	ASG Hessen-Süd	Psychotherapeutengesetz – Reform der Psychotherapieausbildung	(Angenommen)	28
A4	Arbeit	ASG Berlin	Der ruinöse und krankmachende Wettbewerb zu Lasten der Pflegerinnen und Pfleger im Krankenhaus muss beendet werden!	(Angenommen) EmpfängerIn(nen): sozialdemokratische Mitglieder in der Bundesregierung SPD-Bundestagsfraktion	28

A5	Arbeit	ASG Hessen-Süd	Die Zukunft von Hebammen sicherstellen!	(Überwiesen an den ASG Bundesausschuss)  EmpfängerIn(nen): SPD-Bundestagsfraktion	30
A7	Arbeit	ASG Hannover	Steigende Zahl von Schwerbehinderten	(Angenommen)  EmpfängerIn(nen): Bundesministerium für Arbeit und Soziales SPD-Bundestagsfraktion	31
A8	Arbeit	ASG Hannover	Kostenfreiheit der Ausbildung in den therapeutischen Berufen	(Überwiesen als Material zu L3 an ASG Bundesvorstand)	32
A9	Arbeit	ASG Baden-Württemberg	Beschäftigung in der sog. 24 Stunden-Pflege im häuslichen Bereich	(Angenommen)  EmpfängerIn(nen): SPD-Bundestagsfraktion SPD-Parteivorstand	32
A10	Arbeit	ASG Saar	Befundung muss Vergütet werden	(Angenommen)  EmpfängerIn(nen): SPD-Bundestagsfraktion	33
A11	Arbeit	ASG Saar	Akademisierung von Logopäden	(Überwiesen als Material zu L3 an ASG Bundesvorstand)	34
A12	Arbeit	ASG Saar	Akademisierung des Hebammenwesens	(Überwiesen als Material zu L3 an ASG Bundesvorstand)	34
A13	Arbeit	ASG Bayern	Novellierung des HeilprG (Heilpraktiker*innengesetz)	(Angenommen in geänderter Fassung)  EmpfängerIn(nen): SPD-Bundestagsfraktion SPD-Parteivorstand	34
A14	Arbeit	ASG Bremen	Verabschiedung des Pflegereformgesetzes und der Einführung der Generalistik im Bundestag	(Angenommen in geänderter Fassung)	35

D1	Digitales	ASG Berlin	Einführung der digitalen Patientenakte und Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen	(Angenommen)	36
D2	Digitales	ASG Berlin	Patientenzentrierte Vernetzung und Zusammenarbeit der Sektoren in eHealth-Strategie konsequent weiterentwickeln	(Angenommen) EmpfängerIn(nen): SPD-Bundestagsfraktion	37
D3	Digitales	ASG Hessen-Süd	Datenschutz bei Medizinprodukten	(Angenommen)	38
S1	Solidarität	ASG Nordrhein-Westfalen	Überprüfung des Morbi-RSA dringend erforderlich	(Angenommen)	38
S2	Solidarität	ASG Hessen-Süd	Privatisierungen im Gesundheitswesen stoppen!	(Angenommen) EmpfängerIn(nen): SPD-Bundestagsfraktion	39
S4	Solidarität	ASG Baden-Württemberg	Patientenentschädigungs- und Härtefallfonds als sinnvolle Ergänzung der bestehenden Regelungen zur Unterstützung von Patientinnen und Patienten in Schadensfällen	(Angenommen in der Fassung der Antragskommission) EmpfängerIn(nen): SPD-Bundestagsfraktion SPD-Parteivorstand	39
Ini4	Versorgung	ASG Hannover	Neuregelung des öffentlichen Entschädigungsrechtes gemäß Entwurf vom 10.01.2017	(Angenommen)	41
V1	Versorgung	ASG Berlin	Stationäre Versorgung an den Bedürfnissen der Patient*innen ausrichten	(Angenommen in geänderter Fassung) EmpfängerIn(nen): SPD-Bundestagsfraktion	41
V2	Versorgung	ASG Hessen-Süd	Öffentlich betriebene MVZs ermöglichen	(Angenommen) EmpfängerIn(nen): Länder und Kommunen SPD-Bundestagsfraktion	42

V3	Versorgung	ASG Berlin	Einheitliche Standards für Terminservicestellen bundesweit durchsetzen	(Überwiesen an den Bundesvorstand) EmpfängerIn(nen): SPD-Bundestagsfraktion	42
V4	Versorgung	ASG Berlin	Quartalsbezug in der ambulanten Vergütung abschaffen!	(Angenommen) EmpfängerIn(nen): SPD-Bundestagsfraktion	43
V6	Versorgung	ASG Hessen-Süd	Bewertung ambulanter psychotherapeutischer Leistungen durch den Bewertungsausschuss	(Angenommen) EmpfängerIn(nen): SPD-Bundestagsfraktion	43
V7	Versorgung	ASG Berlin	Pflegende Angehörige entlasten: Rechtsanspruch auf adäquate Tageszeitenbetreuung einführen!	(Angenommen in der Fassung der Antragskommission)	44
V8	Versorgung	ASG Nordrhein-Westfalen	Umsetzung Präventionsgesetz	(Angenommen) EmpfängerIn(nen): Bundes SGK Landkreistag Städte- und Gemeindebund Städtetag	44
V10	Versorgung	ASG Hannover	Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst statt Notaufnahme	(Überwiesen an den ASG Bundesvorstand)	45
V11	Versorgung	ASG Hannover	Ärztemangel (Abmeldung von Kliniken von der Notfallversorgung)	(Überwiesen an den ASG Bundesvorstand)	45
V12	Versorgung	ASG Hannover	Verlängerung des Elterngeldes bei Geburten von Frühgeborenen (Frühchen)	(Angenommen)	45
V13	Versorgung	ASG Hannover	Apotheken	(Überwiesen an den ASG Bundesvorstand)	46
V14	Versorgung	ASG Baden-Württemberg	Stärkung der medizinischen Primärversorgung	(Angenommen in der Fassung der Antragskommission) EmpfängerIn(nen): SPD-Bundestagsfraktion SPD-Landtagsfraktionen	47

V15	Versorgung	ASG Baden-Württemberg	Zur notwendigen Maßnahmenverbesserung der Mund- und Zahnhygiene geriatrischer Patienten	(Angenommen in der Fassung der Antragskommission)  EmpfängerIn(nen): SPD-Bundestagsfraktion SPD-Landtagsfraktionen	47
V16	Versorgung	ASG Bayern	Aufbau einer medizinischen Heimbetreuung („Heimärzte“)	(Überwiesen an ASG Bundesvorstand)	48
V17	Versorgung	ASG Hannover	Reformierung des Berufskrankheitenrechts im SGB VII (Sozialgesetzbuch VII / Gesetzliche Unfallversicherung)	(Überwiesen als Material an an die SPD-Bundestagsfraktion)  EmpfängerIn(nen): SPD-Bundestagsfraktion	48
So1	Sonstiges	ASG Baden-Württemberg	Reform des Arzneimittelneordnungsgesetzes (AMNOG)	(Überwiesen als Material an ASG Bundesvorstand)  EmpfängerIn(nen): SPD-Bundestagsfraktion SPD-Parteivorstand	53
So3	Sonstiges	ASG Bayern	Chemikalien in Lebensmittel Plastikverpackungen gefährden nachweislich Umwelt und Gesundheit	(Angenommen)  EmpfängerIn(nen): SPD-Bundestagsfraktion SPD-Parteivorstand	53
So4	Sonstiges	ASG Bayern	Reduzierung der Mehrwertsteuer bei Arzneimittel auf 7%	(Angenommen) EmpfängerIn(nen): SPD-Bundesparteitag SPD-Bundestagsfraktion SPD-Parteivorstand	54



# I. Angenommene und überwiesene Anträge

## Leitanträge

Antragsbereich L/ Antrag 1

ASG Bundesvorstand

EmpfängerIn(nen):  
SPD-Bundestagsfraktion  
SPD-Parteivorstand

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

(Angenommen in geänderter Fassung)

5 Gesundheits- und Pflegepolitik haben nach dem Stillstand unter Schwarz/Gelb in der aktuellen Regierungspolitik wieder einen höheren Stellenwert erhalten. Allerdings darf nicht übersehen werden, dass mit den Koalitionspartnern CDU und CSU notwendige Reformen nur halbherzig umgesetzt werden konnten. Gegen massive Widerstände aus der Union konnte erreicht werden, dass

10 • mit dem Versorgungsstärkungsgesetz Grundlagen für eine gut erreichbare medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten auf hohem Niveau in die Wege geleitet wurde,

15 • mit dem Krankenhausstrukturgesetz die Versorgungsqualität künftig einen höheren Stellenwert, auch in der Krankenhausplanung, erhält und mehr Geld für gute Krankenhausbehandlung zur Verfügung gestellt wird,

• die Psychiatriereform noch einmal grundlegend verändert wurde und die Personalausstattung verbindliche Vorgabe bleibt,

20 • mit drei Pflegestärkungsgesetzen die Pflegeleistungen verbessert wurden, ab 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff gilt und Kommunen neue Aufgaben erhalten und

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

25 Zudem wurden

• nach mehreren Anläufen ein Präventionsgesetz beschlossen und

30 • ein Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) eingerichtet, das der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit der wissenschaftlichen Aufarbei-

tung wesentlicher Fragen zu Qualität und Transparenz der Versorgung beauftragt.

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

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

#### 45 **Solidarität stärken, paritätische Bürgerversicherung einführen**

50 Die ASG fordert, dass die Gesundheitskosten solidarisch aufgebracht werden, damit alle Menschen in gleichem Maße am medizinischen Fortschritt teilhaben und sich auf eine gute medizinische Versorgung verlassen können, die allein vom jeweiligen Bedarf bestimmt wird. Deshalb sollen alle in der Bürgerversicherung für Gesundheit und Pflege versichert werden. Arbeitgeber und Versicherte zahlen den Beitrag paritätisch.

55 Eine Mehrklassenmedizin ist für eine demokratische Gesellschaft ebenso wenig hinnehmbar wie die fortschreitenden sozial bedingten Ungleichheiten im Gesundheitszustand der Bevölkerung. Sie können nur mit der solidarischen Bürgerversicherung überwunden werden.

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

65 Jede und jeder erhält im Krankheitsfall die benötigten Leistungen bei Ärzt\_innen und Therapeut\_innen, in der häuslichen Krankenpflege und in Krankenhäusern. Alle bezahlen in einer Krankenversicherung ihrer Wahl, einen Beitrag in Höhe ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit. Die Mitglieder der Krankenversicherung und Arbeitgeber teilen sich den Beitrag je zur Hälfte.

70 Diese Forderung wird als zentrale Forderung in das Wahlprogramm aufgenommen.

Parallel dazu werden die SPD-geführten und –mitgeführten Landesregierungen aufgefordert, baldmöglichst eine Bundesratsinitiative zur Einführung der Bürgerversicherung sowohl in der Kranken- als auch in der Pflegeversicherung zu ergreifen.

75

## a) Der Weg zur Bürgerversicherung

Alle Bürgerinnen und Bürger sollen am Ende in einer Bürgerversicherung ihrer Wahl versichert sein. Damit entfällt die Versicherungspflichtgrenze. Merkmale einer Bürgerversicherung sind: alle Einkommensarten tragen gleichermaßen zur guten Versorgung bei, die Beiträge sind prozentual einkommensabhängig, es gelten die Familienmitversicherung sowie das Sachleistungsprinzip. Die Bürgerversicherungen sind als selbstverwaltete, gemeinnützige Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert.

Jeder neu oder erstmals Versicherte wird automatisch Mitglied einer Bürgerversicherung. Wer bisher in einer Privaten Krankenversicherung versichert ist, der oder die erhält für ein Jahr das Recht, sich zu entscheiden, ob er oder sie in dieser verbleiben will oder in eine Bürgerversicherung wechselt.

Bemessungsgrundlage sind alle Einkünfte. Die bisherige alleinige Finanzierung aus Arbeitseinkommen führt zu hohen Beiträgen der Arbeitnehmer\_innen und privilegiert Vermögenseinkünfte in unannehmbare Weise. Vermögenseinkünfte oberhalb einer Bagatellgrenze sind bei der Finanzierung unserer Gesundheitsausgaben zu berücksichtigen.

Hierbei sind bereits bestehende Erhebungsverfahren zu nutzen, um zusätzliche und doppelte Prozesse bei den Krankenkassen zu vermeiden.

Mit der Umgestaltung unseres Krankenversicherungssystems muss jetzt ohne weitere Verzögerungen begonnen werden. Jeder künftige Koalitionsvertrag mit der SPD muss erste Schritte zur Umsetzung einer Bürgerversicherung enthalten, um unser solidarisches Krankenversicherungssystem zukunftsfest zu machen. Sie müssen pragmatisch und praxistauglich sein. Dies sind:

- Bei Einkommen aus Lohn oder Rente zahlen Arbeitgeber, bzw. Rentenversicherung den Krankenversicherungsbeitrag jeweils zur Hälfte. Die paritätische Finanzierung der Krankenversicherung nimmt die Arbeitgeber in Verantwortung für die Gesundheit ihrer Beschäftigten. Sie tragen gemeinsam mit den Versicherten in der Selbstverwaltung der Krankenversicherung dafür Sorge, dass Prävention und Versorgung im Krankheitsfall gewährleistet sind.

- Bis zur vollständigen Einführung der Bürgerversicherung sind Bund und Länder aufgefordert, sofort in einem ersten Schritt, durch Änderung des Beamtenrechts ihren Beamt\_innen auch die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung zu den gleichen Bedingungen wie alle anderen Arbeitnehmer zu ermöglichen, wenn sie das wünschen.

- Mit der Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze wird die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung schrittweise dem Niveau der Rentenversicherung angepasst. Es ist ungerecht, dass Facharbeiterlöhne bis zu 4.350 Euro monatlich vollständig verbeitragt werden, darüber hinausgehende Einkünfte jedoch



Als erster Schritt sollen die Gebührenordnung EBM für gesetzlich Versicherte und die GOÄ/GOP für privat Versicherte angeglichen werden.

170 Unterschiedliche Vergütungen, die allein durch den Versicherungsstatus bedingt sind, tragen zu unerwünschten Versorgungsunterschieden bei. Ein Gesundheitswesen für alle Bürgerinnen und Bürger braucht den gleichen Zugang zu allen Gesundheitsdienstleistungen.

### **b) Integrierte Strukturen schaffen**

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

### **c) Krankenhaus**

Jeder Bürger soll Zugang zu einer guten und sicheren Krankenhausversorgung haben.  
185 Zur Sicherung einer hochwertigen und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung müssen über das Krankenhausstrukturgesetz hinaus, weitere Verbesserungen erfolgen. Patientinnen und Patienten brauchen klare und rechtsverbindliche Standards in allen qualitätsrelevanten Bereichen. Dazu gehören:

190 • Verbindliche Standards für die Anforderungen an die Krankenhausplanung. Grundsätzlich soll die Versorgung nach sachlichen Kriterien für eine gute flächendeckende Versorgung gestaltet werden. Die integrierte Qualitäts- und Bedarfsplanung der Länder muss mit einer ausreichenden Finanzierung insbesondere für die Krankenhausinvestitionen hinterlegt sein. Eine versorgungsorientierte Planung hat Vorrang vor ökonomischer Steuerungsstrategie. Entsprechend sind – so lange das Konzept Fallpauschale  
195 aufrechterhalten wird – aus der Strukturplanung entstehende Mehraufwendungen vollständig durch Landesmittel zu kompensieren.

200 • Die Möglichkeit öffentlicher Krankenhäuser, durch regionalen Zusammenschluss ihr Leistungsspektrum zu optimieren - der öffentliche Versorgungsauftrag muss über dem Wettbewerbsrecht stehen.

• Krankenhäuser sollen grundsätzlich nicht als gewinnorientierte Unternehmen nach primär wirtschaftlichen Interessen geführt werden.

205 • Entwicklung von Krankenhäusern zu integrierten regionalen Gesundheitszentren mit ambulanter fachärztlicher Versorgung, medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Dienstleistungen.

210 • Vorgaben zur personellen und technischen Ausstattung müssen eine gute und sichere Krankenhausversorgung für Patienten und Personal gewährleisten. Deshalb wollen

wir neben den bestehenden hohen technischen Standards (GeräteVO, Hygieneregeln etc.) endlich auch entsprechende gesetzliche personelle Mindeststandards in Krankenhäusern. Diese sind ebenso wie tarifliche Vergütungen vollständig zu finanzieren.

215 Die ASG fordert, dass die personellen Mindeststandards zukünftig zu 100% finanziert werden.

#### **d) Pflege – neue Leistungen müssen allen zugutekommen**

Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff – fünf Pflegegrade - ersetzt ab Januar 2017 die  
220 Begutachtung der Pflegebedürftigkeit nach Minuten. Die vorhandenen Fähigkeiten des Menschen werden in diesem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff besser abgebildet. Somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige sollen in Zukunft die erforderlichen Leistungen erhalten.

225 Damit die Verbesserungen bei Pflegebedürftigen und Pflegenden ankommen, müssen die Finanzierungsgrundlagen ausreichen, um die erforderlichen Fachkräfte zu beschäftigen und die steigenden Zuzahlungen der Versicherten zurückzuführen. Es ist erforderlich, dass die Leistungen im Rahmen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs allen Pflegebedürftigen unabhängig vom jeweiligen Einkommen zur Verfügung stehen.

230 Pflegebedürftige und deren Angehörige müssen in der Lage sein, die neuen Betreuungsleistungen in Anspruch zu nehmen. Dies gilt vor allem auch für die Versorgung zu Hause.

Deshalb setzt sich die ASG für eine Weiterentwicklung der Pfl egeteilkostenversicherung zu einer solidarischen Pflegevollversicherung ein. Durch eine Pflegevollversicherung wird gewährleistet, dass, wie im System der Krankenversicherung, alle im Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) aufgeführten Leistungen, unabhängig vom Einkommen, allen Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen (Sachleistungsprinzip). In Kombination mit der Bürgerversicherung können die dafür erforderlichen Einnahmen gesichert werden.  
240

#### **Fachkräfte und gute Arbeit**

Für eine qualitativ hochwertige Versorgung mit Dienstleistungen in Gesundheit und  
245 Pflege werden unabhängig von medizinischem Fortschritt mehr Fachkräfte, vor allem in der pflegerischen Versorgung, benötigt. Die Gewinnung zusätzlicher Fachkräfte ist eine vorrangige Aufgabe. Ausbildungs-, Arbeits- und Einkommensbedingungen sind die Schlüssel zur Sicherung des Personalbedarfs.

#### **a) Ausbildung**

250 Die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen bedarf insbesondere im Hinblick auf ihre bisherige Sonderrolle im Beruflichen Bildungssystem einer grundlegenden Neuorientierung. Die Ausbildungen müssen konsequent und unter Anwendung des Berufsbildungssystems von den bisherigen Schulen in das öffentliche Schulsystem verla-  
255

gert werden.

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

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

Die Organisation der Ausbildung zukünftiger Ärztinnen und Ärzte fördert auch heute noch ein technisches Verständnis von Medizin. Erforderlich ist aber – gerade angesichts der wenig tauglichen Auswahlmechanismen zum Studium – eine Stärkung humanistischer Kompetenzen, von Empathiefähigkeit und die Ausbildung zu einer Medizin des ganzen Menschen. Tatsächlich aber werden Reformen der letzten Jahre – wie zum Beispiel die Gruppengröße und Lehrrelationen der Klinik – nur sehr schleppend umgesetzt. Erforderlich sind daher:

- Die konsequente Einhaltung und Überprüfung der in der Approbationsordnung vorgegebenen Standards für die Qualität der Lehre.
- Eine systematische Evaluation der zahlreichen, in den letzten Jahrzehnten etablierten Modellstudiengänge und die konsequente Umsetzung der Ergebnisse in die Approbationsordnung.
- Regelmäßiger, supervidierter Patientenkontakt durch die Einbindung der Studierenden in Behandlungskonzepte vom ersten Semester an.

Die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten ist seit dem Bologna-Prozess mit der Einführung von Bachelor und Master nicht mehr klar geregelt. Durch die Gesetzeslücken klagen sich derzeit Menschen mit Bachelorabschlüssen und aus anderen Studienfächern in die Approbation. Die Ausbildung zum Psychotherapeuten muss neu geregelt werden, um die Fachlichkeit der Psychotherapeuten in Kliniken und Praxen zu gewährleisten. Durch die Ausbildungsinhalte ist sicher zu stellen, dass mit Psychotherapeutischen Arbeitsmethoden neben Bildungsbürgern auch Menschen mit geringer Bildung erreicht und behandelt werden können.

## **295 b) Arbeitsbedingungen und Einkommen**

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

300

- Verlässliche Dienstpläne ohne vorhersehbare Überstunden. Arbeit und Freizeit müssen planbar sein.

- Betriebliches Gesundheitsmanagement muss zur Pflicht für alle Gesundheitseinrichtungen werden.

- Tarifliche Vergütung muss gesetzliche Grundlage für alle Gesundheitsdienstleistungen werden.

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

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

### 315 c) Personalbemessung

Die ASG fordert, dass für die fachlich hochwertige Versorgung im Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen eine gesetzliche Vorgabe für die Personalausstattung und für eine Fachkraftquote entwickelt wird. Festgelegt werden muss dabei auch eine komplette Finanzierung der Kosten durch die Krankenkassen.

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

330 In den psychiatrischen Kliniken ist die noch bis Ende 2019 geltende Personalverordnung Psychiatrie (PsychPV) vollständig umzusetzen. Der G-BA hat den Auftrag erhalten, in seinen Richtlinien Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal, festzulegen, die möglichst evidenzbasiert sein müssen und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Die Finanzierung der dafür erforderlichen Personalausstattung ist durch den Gesetzgeber sicherzustellen.

Für die Pflegeeinrichtungen wurde gesetzlich bestimmt, dass ein wissenschaftlich fundiertes Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs nach qualitativen und quantitativen Maßstäben bis zum 30. Juni 2020 entwickelt und erprobt werden soll. Hierzu sind einheitliche Maßstäbe zu ermitteln, die insbesondere Qualifikationsanforderungen, quantitative Bedarfe und die fachliche Angemessenheit der Maßnahmen berücksichtigen. Für die Zwischenzeit ist eine bundeseinheitliche Personalbemessung auf Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und dessen Finanzierung sicherzustellen. Grundlage für den bundeseinheitlichen Pflegeschlüssel soll der aktuell



höchste Pflegeschlüssel aller Bundesländer sein, um sicherzustellen, dass in keinem Bundesland eine Verschlechterung der Situation für Pflegende und Pflegebedürftige entsteht. Dies ist vor dem Hintergrund der Personalsituation in den Pflegeeinrichtungen, der damit verbundenen Belastungen für die Pflegekräfte und der daraus resultierenden Gefährdung der Pflegequalität dringend erforderlich. Zur Mitfinanzierung ist der mit dem Pflegestärkungsgesetz ab dem Jahr 2015 eingerichtete Pflegevorsorgefonds in einen Pflegepersonalfonds umzuwidmen.

### **Digitalisierung des Gesundheitswesens gestalten**

355 Mit der Digitalisierung der Gesellschaft erleben wir eine historische Zäsur, die alle Lebensbereiche erfasst. Von der Algorithmisierung des Sozialen bleibt auch das Gesundheitswesen nicht frei. Während die Heilkunst und alle ihre Bereiche und Facetten von einem interpersonalen Selbstverständnis geprägt sind, bieten neue technische Möglichkeiten enormen Chancen einerseits und eine besondere Herausforderung für die 360 Gestalt des Gesundheitswesens insgesamt. Neben der politischen Herausforderung, die neuen Möglichkeiten für alle Menschen zugänglich, nutzbar und nutzbringend zu machen steht die Frage, welche Rückwirkungen Technik auf gesellschaftlichen Bedingungen und unser soziales und gesellschaftliches Selbstverständnis hat.

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

- Konsequenter Datenschutz und Datenautonomie. Datenautonomie bedeutet, dass die Entscheidungsfreiheit über Speicherung und Verwendung medizinischer oder medizinisch relevanter personalisierbarer Daten allein bei dem betroffenen Bürger oder der Bürgerin liegt. Das gilt auch für solche biomedizinischen Daten, die in großem Umfang ohne unmittelbare medizinische Funktion und freiwillig erhoben werden. Die Datenschutzvorschriften müssen die entsprechenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, 370 Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten von biomedizinischen Daten, z.B. von Gesundheits-Apps sicherstellen.

- Schneller Ausbau der technischen Infrastruktur insbesondere in ländlichen Räumen und ein rechtlicher Rahmen, der die neuen Möglichkeiten nutzbar macht sowie der Aufbau einer einheitlichen Telematik- Infrastruktur. Für die notwendige Vernetzung muss sichergestellt sein, dass die verwendeten Systeme integrierbar und interoperabel sind. Es ist notwendig, sich auf einheitliche Standards für die heutigen und zukünftigen Anwendungen zu verständigen. Dabei muss Deutschland keine Standards erfinden, sondern kann internationale Standards, z.B. von Österreich, nutzen.

- 385 • Die sektorenübergreifende Interoperabilität der Gesundheits-IT zu beschleunigen, um insbesondere in den ländlichen Räumen eine qualitativ gute medizinische Versorgung zu gewährleisten.

- 390 • Die Möglichkeiten, für die bestmögliche Versorgung chronisch kranker Menschen im häuslichen Umfeld, die Hilfe von E-Health und Telematik stärker zu nutzen sowie die

Einbindung von medizinischen Expertensystemen in den medizinischen Alltag umfassen zu verbessern. Zuwendung und Empathie können dadurch allerdings nicht ersetzt werden.

395 • Über den Nutzen für mehr Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung und Gesundheitsförderung zu informieren, z. B. durch die Speicherung des Medikationsplanes auf der e-Card. Es muss aber auch definiert werden, was mit IT konkret erreicht werden soll. Der individuellen Nutzen ist gegen evtl. Risiken abzuwägen. Das gilt auch für solche biomedizinische Daten, die in großem Umfang freiwillig erhoben werden.

400

• Technik hat Grenzen. Deshalb gehört dazu auch die umfassende Information der Betroffenen über Nutzungsmöglichkeiten und Grenzen des Nutzens. Patienten müssen real frei wählen können, welchen Grad an Medikalisierung ihres Alltags sie wünschen.

405 • Stärkung der Patientenautonomie durch die Förderung hochwertiger, qualitätsgesicherter, allgemein verständlicher und umfassender Angebote zur Laieninformation auch im Internet. Dazu gehört chancengleicher Zugang und Haftung für fehlerhafte, unvollständige oder irreführende Informationen.

## **Antragsbereich L/ Antrag 2**

ASG Bundesvorstand

### **Gesundheit trotz Armut – Soziale Realität verändern**

(Angenommen in geänderter Fassung)

Wer arm ist, wird häufiger krank und hat eine kürzere Lebenserwartung. Dieser Zusammenhang zwischen sozialem Status (Einkommen, Bildung, Wohnumfeld, Herkunft, Beschäftigung) und Gesundheit wird in der Gesundheitspolitik zu wenig berücksichtigt. Dabei hat Armut weitreichende Folgen.

Leben im sozialen Brennpunkt bedeutet höhere Krankheitsrisiken bei geringeren Ressourcen und schlechtem Zugang zu Hilfe. Menschen mit Einkommen im unteren Fünftel sterben in Deutschland im Durchschnitt mehr als acht Jahre früher als Menschen mit Einkommen im obersten Fünftel – in Schweden beträgt die Differenz nur zwei Jahre. Armut ist der wichtigste Grund und Risikofaktor für Krankheit, Leiden und vorzeitigen Tod. Ärmere Menschen sind auch häufiger, früher und länger chronisch krank, haben mehr Herzinfarkte, Schlaganfälle und häufiger Diabetes. Zudem korreliert die Lebenserwartung durchgängig mit sozialem Status und Einkommen: Wer mehr hat, der lebt auch gesünder und damit länger. Zugleich sind die Strukturen und Akteure des Gesundheitswesens nicht auf die Bedarfe sozial benachteiligter Menschen ausgerichtet.

## Hoher Dauerstress mit Konsequenzen

20

Die Ursachen sind vielfältig: Arbeitslosigkeit stresst, schlecht bezahlte Arbeit ist meist körperlich oder seelisch besonders beanspruchend, preiswertere Wohngebiete sind verkehrsreicher und somit einer stärkeren Luft- wie Feinstaub- und Lärmbelastung ausgesetzt oder schlechter durch öffentliche Verkehrsmittel angebunden, Schulen und Sportstätten sind oft weiter entfernt. Arme Kinder fallen häufiger tödlichen Unfällen zum Opfer – die häufigste Todesursache im Kindesalter. Den höheren Belastungen stehen weniger Bewältigungsressourcen gegenüber. Je höher das Einkommen, umso ausgeprägter ist die Überzeugung, selbst etwas für die Gesundheit tun zu können. Armut dagegen erzeugt Gefühle der Abhängigkeit und Unterlegenheit, der Resignation und des Fatalismus.

30

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die mit fast 50 Prozent häufigste Todesursache. Hier haben Menschen, die am Arbeitsplatz hohen Anforderungen bei gleichzeitig geringer Eigenkontrolle ausgesetzt sind, die berufliche Gratifikationskrisen erleiden oder arbeitslos sind, die von Wechselschichtarbeit oder Lärm durch laute Wohngebieten betroffen sind, durch Dauerstress ein höheres Infarktrisiko. Diese Faktoren finden sich überproportional im Alltag ärmerer Menschen. Riskantes Bewältigungsverhalten wie Rauchen, Alkoholkonsum oder „Stressfressen“ als Versuche der „Selbsttherapie“ erhöhen die Gefährdung weiter.

40

### Armut ist körperliches und seelisches Risiko für Kinder

Armut macht körperlich und seelisch krank. Das betrifft besonders in sozialer Armut lebende Kinder. Sie leiden weit häufiger an Infektionskrankheiten, Asthma bronchiale, Zahnkrankheiten, Kopf- und Rückenschmerzen, Nervosität und Magenschmerzen als ihre Altersgenoss\*innen aus sozial höheren Schichten. Störungen der Sinnesorgane werden später erkannt und später, zum Beispiel durch eine Brille, ausgeglichen. Auch die Säuglingssterblichkeit ist in armen Familien höher. Wer in Armut aufwächst, hat als Erwachsener eine schlechtere Gesundheit.

50

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

Sozial Benachteiligte essen häufig nicht nur unausgewogen, sie bewegen sich auch zu wenig, haben mehr psychosomatische Beschwerden, ein geringeres Selbstwertgefühl und sind häufiger von sozialer Ausgrenzung und unzureichenden Hilfen betroffen. So verschlechtert Armut auch bei Erwachsenen die Gesundheit. Arbeitslosigkeit, insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit, und prekäre Beschäftigung machen häufig auch vorher gesunde Menschen dauerhaft krank. Arbeitslose haben eine um 20 bis 30 Prozent erhöhte Sterblichkeit. Ein erhöhtes Risiko besteht nicht nur für die erwähnten Herz-Kreislauf-Krankheiten, sondern auch für Krebs. Besonders gefährdet sind allein erziehende Frauen – sie sind zu 40 Prozent von Einkommensarmut betroffen. Ihnen fehlen oft zeitliche und finanzielle Ressourcen für Gesundheitsvorsorge.

60

## **Armut verstellt den Weg zu ärztlicher Hilfe**

65

Benachteiligte nehmen deutlich weniger Arztkontakte in Anspruch. Eigenbeteiligungen und Zuzahlungen verursachen soziale Benachteiligung: Wer weniger Geld hat, der verschlechtert seinen Zustand und geht trotz schwererer Krankheit später zum Arzt oder kommt erst über die Notaufnahme in das Versorgungssystem – wenn es oft zu spät ist.

70

Am offenkundigsten wird der eingeschränkte Zugang von ärmeren Menschen zum Gesundheitswesen anhand der regionalen Verteilung von Arzt- und Psychotherapiepraxen: Während in Vierteln mit hohem Privatpatientenanteil ein Überangebot zu verzeichnen ist, sind in sozialen Brennpunkten deutlich weniger zu finden. Dabei sind

75

Krankenanteil, Schweregrad und notwendiger medizinischer Aufwand in benachteiligten Stadtteilen und Regionen ungleich höher. Hier hat die Selbstverwaltung kläglich versagt.

## **Ungleichbehandlung von sozial Benachteiligten**

80

Das Verhalten der Akteure, insbesondere im ärztlichen Bereich, unterscheidet sich ebenfalls erheblich, wenn auch oft unbewusst: Benachteiligte bekommen deutlich weniger Kontaktzeit mit dem Arzt und weniger Informationen. Mittelschichtangehörige erhalten Erklärungen, Unterschichtangehörige Anweisungen. Selbst die Unabhängige

85

Patientenberatung Deutschland (UPD) orientiert sich vorwiegend an den Bedürfnissen der Mittelschicht. Zurückhaltende Verordnung durch vermeintlichen Budgetdruck trifft benachteiligte Menschen ebenfalls häufiger.

90

Dabei benötigen Benachteiligte einen höheren ärztlichen Aufwand: Je größer die soziale Distanz, desto größer sind Verständigungsschwierigkeiten – auch ohne Migrationshintergrund. Vorstellungen von Krankheit und Krankheitsursachen unterscheiden sich aufgrund unterschiedlicher Bildungsgrade erheblich. Werden diese Voraussetzungen nicht beachtet, werden ärztliche Empfehlungen weniger verstanden – und werden so auch weniger befolgt. Aufgrund von Verständigungsproblemen kommt es auch häufig zu Fehl- oder verzögerten Diagnosen und unzureichender oder falscher Therapie.

95

Besonders kritisch ist die psychotherapeutische Versorgung der armen, bildungsfernen Bevölkerung zu sehen. Probleme entstehen aus mehreren Gründen: Durch Verständigungsprobleme in der Arztpraxis werden seelische Probleme seltener angesprochen, Psychotherapie wird psychisch belasteten Menschen seltener empfohlen. Andererseits setzen diese Patienten eine Psychotherapieempfehlung seltener um. Wird Therapie in Anspruch genommen, ist die erste Hürde die Therapeutensuche, die Anrufe erfordert und durch den Prozess des Suchens viele der sowieso geschwächten Patienten zusätzlich abschreckt.

100

105

Der Arbeitskontext ist in allen kassenzugelassenen Therapieverfahren deutlich sprachlastig und kognitiv orientiert, was bei einer geringeren Sprachkompetenz überfordert und entmutigt. Von ärmerer und bildungsferner Klientel werden deutlich mehr Therapien abgebrochen oder nach wenigen Sitzungen beendet. Das regelmäßige Einhalten

von Sitzungsterminen stellt eine weitere Hürde dar: In prekären Arbeitsverhältnissen sind verlässliche Arbeitszeiten und die flexible Gestaltung eines Arbeitszeitkontos seltener möglich. Für Verhandlungen darum sieht sich der Arbeitnehmer in einer zu schwachen Position.

### **Gesundheit allen ermöglichen**

115

Gesundheit ist ein Menschenrecht. Wer die Chancen für eine gute Gesundheit und längere Lebenserwartung für alle verbessern will, der muss soziale Ungleichheit abbauen. Die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen durch Wirtschafts-, Sozial-, Beschäftigungs-, Einkommens- und Steuerpolitik, Umweltpolitik, Verkehrspolitik, Stadtplanung und sozialem Wohnungsbau sind dabei die wichtigsten Voraussetzungen. Die Verbesserung der Lebensverhältnisse muss ebenso konkret im praktischen Alltag beginnen, um die soziale Realität und Gesundheit der betroffenen Menschen umgehend zu verbessern. Gesundheitspolitik muss der ungleichen, schlechteren Versorgung von Ärmeren entgegenwirken. . Daran muss sich eine sozial gerechte Gesundheitspolitik messen lassen.

Dafür sind folgende Handlungsschritte notwendig:

#### **a.) Prävention stärken**

130

Wir brauchen ein Präventionsgesetz, das eine an den Zielgruppen orientierte Vorbeugung fördert. Der Erfolg von Präventionsangeboten muss sich vor allem daran messen, diejenigen zu erreichen, die benachteiligt sind. In der Mittel- und Oberschicht ist gesundheitsbewussteres Verhalten und die Nutzung von präventiven Angeboten weiter verbreitet. Auch wenn deren weitere Förderung wünschenswert ist, muss der Fokus klar auf sozial Benachteiligte gerichtet sein, hinsichtlich Angeboten, Ansprache und Kostenfreiheit. Neben den verhaltenspräventiven Maßnahmen muss es primär um die Veränderung von Lebensbedingungen gehen.

140

Prävention und Gesundheitsförderung müssen als gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe verstanden werden. Ein Präventionsgesetz 2.0 darf sich nicht nur auf Gesundheitspolitik beschränken, sondern muss weitere Politikfelder einbeziehen, etwa die Arbeitsmarkt-, Jugend-, Familien-, Bildungs-, Umwelt-Wirtschafts- und Verbraucherschutzpolitik. Es muss darüber hinaus gewährleisten, dass sich für Prävention und Gesundheitsförderung, neben den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, auch alle weiteren relevanten Institutionen finanziell verantwortlich zeigen: Sozialversicherungsträger (Gesetzliche Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung), Private Krankenversicherung, Bund, Länder und Kommunen. Die Angebote müssen an der Lebenswelt ärmerer Menschen ansetzen. Zudem müssen sie einen echten Gesundheitsnutzen bieten, statt durch Marketing und Risikoselektion von Krankenkassen motiviert zu sein. Sonst bleiben sie Lifestyle-Präventionsmaßnahmen und helfen nur Besserverdienenden.

150

Für eine Beurteilung des aktuellen Präventionsgesetzes ist ein kontinuierliches Moni-

toring in Bezug auf die Wirkungen zur Verbesserung der Gesundheitschancen sozial  
155 Benachteiligter einzuführen und die Regelungen entsprechend anzupassen.

Bei den Präventionsanstrengungen ist auch der Zusammenhang von Gesundheit und  
Ernährung in den Fokus zu nehmen. Ernährungsbedingte Leiden sollen nach Schätzun-  
gen des Bundesgesundheitsministeriums ein Drittel aller Kosten im Gesundheitswesen  
160 verursachen. Die Frage wie durch Ernährung, auch durch das individuelle Ernährungs-  
verhalten die Gesundheit gefördert und das Krankheitsgeschehen positiv beeinflusst  
werden kann, muss in das öffentliche Interesse rücken.

Die Bildung über gesundes Essen und dessen Zubereitung muss bei den Kleinsten in  
165 Kitas und Schulen anfangen und kostenfrei abgegeben werden. Es bedarf auch Präven-  
tionsstrategien wie es gelingen kann, das Wissen über gesunde Ernährung auch in tat-  
sächliches Verhalten umzusetzen. Schulkantinen, die eine gesunde und schmackhafte  
Verpflegung gewährleisten, sollten selbstverständlich sein.

170 Durch zuckerhaltige Getränke und Lebensmittel werden immer mehr, insbesondere  
sozial benachteiligte Menschen übergewichtig. Ein erhöhtes Risiko an Krebs und Diabe-  
tes zu erkranken, mit den entsprechenden langfristigen Folgen für das Gesundheitswe-  
sen. Hier muss in Deutschland ein gesellschaftliches Umdenken und bewussterer Kon-  
sum erfolgen.

175 Ein besonderes Problem sind Zuckergetränke. Schon eine Dose am Tag erhöht das Risi-  
ko für Adipositas und Typ-2- Diabetes sowie Nieren- und Herzerkrankungen. Eine so  
eindeutige Studienlage gibt es für kein anderes Lebensmittel. Eine Sonderabgabe auf  
besonders zuckerhaltige Getränke ist in zahlreichen Ländern etabliert und auch, gegen  
180 den Widerstand der Getränkeindustrie in Deutschland einzuführen. Die Wirksamkeit  
einer solchen Abgabe ist belegt. So ging in Mexiko, Finnland oder auch Frankreich der  
Zuckergetränkekonsum um 40 Prozent zurück. In Ungarn änderten 40 Prozent der Her-  
steller ihre Rezepturen.

185 Darüber hinaus bedarf es eines wirksamen Verbots der an Kinder gerichteten Werbung  
für zuckerhaltige Getränke und Lebensmittel, sowie einer verbraucherfreundlichen  
Nährwertkennzeichnung( Lebensmittelampel).

Desweiteren fordern wir ein Verbot für Tabak- und Alkoholwerbung und somit ein An-  
190 heben des Präventionsniveaus auf europäische Standards.

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

Um eine angemessene Behandlung sozial benachteiligter Menschen sicherzustellen,  
195 müssen sich auch die behandelnden Heilberufe am Bedarf sozial benachteiligter Men-  
schen orientieren. Das bedeutet eine wertschätzende, möglicherweise aufwendigere  
Medizin und Pflege unter Beteiligung von anderen Sozialberufen, Strukturen der sozia-  
len- und Gemeinwesenarbeit und gegebenenfalls Dolmetschern.

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

Die höheren Anforderungen an Ärzte und Heilberufe bei der Versorgung Benachteilig-  
210 ter müssen sich auch bei der Bereitstellung von Ressourcen widerspiegeln. Honorare im  
sozialen Brennpunkt müssen höher sein. In sozialen Brennpunkten müssen Vergü-  
tungsanreize, z.B. Preiszuschläge, auf wesentliche Leistungen, zusätzliche Basisversor-  
gungspauschalen oder eine Finanzierung sozialarbeiterischer Leistungen durch Sozial-  
etats, gewährt werden.

215 Wir wollen ein Schwerpunktprogramm „Gesunde Städte“ analog dem Erfolgsmodell  
„Soziale Stadt“ für die Entwicklung von Modellprojekten, um eine optimierte Versor-  
gung in sozial benachteiligten Quartieren zu entwickeln und zu überprüfen. Diese Mo-  
delle sollen in gemischten Teams insbesondere ärztliche, pflegerische, sozialpädagogi-  
220 sche und interkulturelle Kompetenzen zusammenzuführen. Die derzeitige Trennung  
der Finanzierungsquellen nach den Sozialgesetzbüchern (SGB II, SGB III, SGB V, etc.) ist  
ein wesentlicher Hemmschuh für integrierte Versorgungsstrukturen. Daher sollten  
Modellprojekte entwickelt werden, in denen die finanziellen Ressourcen gepoolt wer-  
den.

225 Gerade im Bereich der Arzneimitteltherapie besteht das Risiko, vermeidbare Schäden  
zu erleiden. Insbesondere Menschen mit einem geringeren Bildungsgrad und ältere  
Menschen haben Schwierigkeiten, bei der Verschreibung von mehreren Medikamenten  
den Überblick über Dosis und Einnahmezeitpunkte zu behalten. Das trifft umso mehr  
230 zu, wenn sich Medikamente aufgrund von wechselnden Rabattverträgen in ihrem Aus-  
sehen und ihrer Dosierung verändern. Der Anspruch auf einen Medikationsplan ist hier  
ein erster wichtiger Schritt in Richtung mehr Patientensicherheit. Medikationspläne  
sollten zur Unterstützung des Medikationsmanagements in Softwareprogrammen so  
umgesetzt werden, dass ein Medikationscheck durchgeführt werden kann. Sobald die  
235 elektronische Gesundheitskarte funktionsfähig ist, sollte der Medikationsplan in die  
Karte integriert werden. Wir fordern, ein Vergütungskonzept für die Verblistierung von  
Arzneimitteln zu entwickeln und die flächendeckend einzuführen.

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

Dazu gehört die enge Einbindung von Kommunen bei der kleinräumigen Verteilung  
von Arztsitzen. So lässt sich sicherstellen, dass bestehende oder neue Praxen nicht in

die finanzstärkste Region des jeweiligen Planungsbereichs umziehen. In der ambulante  
245 Bedarfsplanung durch die KVen müssen zudem auch die Sozialstrukturen der Pla-  
nungsbereiche und dadurch entstehender Mehrbedarf an Versorgung berücksichtigt  
werden. Dies kann durch eine Verlagerung dieser Strukturen in die Krankenhausambu-  
lanzen in sozialen Brennpunkten erfolgen.

250 Die Bürgerversicherung ist der einzige Weg, um ein solidarisches Gesundheitswesen zu  
gewährleisten, in dem der Zugang zur medizinischen Versorgung allein von der medizi-  
nischen Notwendigkeit abhängt. In der Bürgerversicherung gibt es eine einheitliche  
Vergütung der medizinischen Leistungen. Die heute bestehenden finanziellen Anreize  
für die Behandlung von Privatversicherten entfallen. In der nächsten Legislaturperiode  
255 ist zunächst sofort die paritätische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung  
wieder einzuführen. Der medizinische Fortschritt darf nicht allein von den Versiche-  
ten, wie jetzt über Zusatzbeiträge, getragen werden. Ebenso muss die soziale Ausgren-  
zung durch Eigenbeteiligungen und Zuzahlungen für notwendige Behandlungen ab-  
geschafft werden.

260

### **c.) Gleicher Zugang zu guter Rehabilitation**

Theoretisch steht allen Menschen eine Rehabilitationsmaßnahme zu, wenn sie von  
ärztlicher Seite als dringend zu Erhaltung der Arbeitskraft und gesellschaftlichen Teil-  
265 habe angesehen wird. Praktisch sieht das ganz anders aus. Ärmere Menschen haben  
oft prekäre Arbeitsverhältnisse, die befristet sind, viel Flexibilität erfordern und wenig  
Freiräume bieten bei einer geringen Entlohnung pro Zeiteinheit. Dementsprechend  
kann sich der Arbeitnehmer für sein privates Umfeld nur wenig oder keine unterstütz-  
ende Dienstleistung einkaufen. Äußert ein Patient im Gespräch Zweifel daran, die  
270 Maßnahme durchführen zu können, wird sie vom Arzt nicht beantragt.

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

280

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



tes Behandlungssetting.

290

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

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

300

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

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

310

#### **e.) Monitoring auf soziale Bedingungen von Gesundheit ausrichten**

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes soll den Zusammenhang zwischen Armut, sozialem Status, Bildungsbenachteiligung, Versorgungsstruktur, ärztlichem Handeln und Kommunikation und vergleichbaren Faktoren einerseits und dem Gesundheitsstatus, gesunder Lebenszeit und Lebenserwartung andererseits als besonderen Schwerpunkt kontinuierlich beobachten und veröffentlichen.

315

#### **f.) Versorgungsforschung fokussieren**

Der Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit ist das wichtigste Gesundheitsrisiko. Entsprechend soll der Rahmen der Förderung der wissenschaftlichen Forschung in der Medizin ausgerichtet werden, auch in den interdisziplinären Studiengängen Public Health, die sich mit der Erforschung von Krankheitsursachen, Verteilung in der Gesellschaft, Präventionsstrategien, Versorgungsunterschiede im Gesundheitssystem als auch der individuellen Ebene beschäftigen. Dazu gehören sowohl Programme zur Erforschung von Präventionsstrategien wie insbesondere Versorgungsunterschieden sowohl in der allgemeinen Struktur wie im konkreten Handeln.

325

330

### **g.) Armut, soziale Ungleichheit und Bildungsungleichheit bekämpfen**

335

Alle Maßnahmen zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit beruhen auf der Verbesserung der Chancengleichheit und einem materiellen und bildungsbezogenen Ausgleich. Ein Anspruch auf eine erfüllende und sinnstiftende Arbeit und die erforderlichen Rahmenbedingungen, eine gerechte Verteilung von Geld, Einkommen und Vermögen, bessere Bildung für alle und die Übernahme der Verantwortung für Bildungserfolg (auch, aber nicht nur in der Gesundheitsbildung) durch die Gesellschaft sind unverzichtbar, wenn Bemühungen um gerechte Gesundheitschancen erfolgreich sein sollen und eine Angleichung der Lebenserwartung der Benachteiligten an die Privilegierten in dieser Gesellschaft gelingen soll.

345

Insbesondere soll die Handlungskompetenz gefördert werden durch geeignete **Maßnahmen zur Stärkung der emotionalen und kognitiven Ressourcen und der Selbstwirksamkeit** (Hilfe zur Selbsthilfe).

350 Die ASG fordert für das Wahlprogramm der SPD:

- die Einführung einer Kindergrundsicherung,
- die Einführung eines flächendeckenden sozialen Arbeitsmarktes,

355

- eine grundlegende Reform des ALG II,
- eine deutliche Anhebung des gesetzlichen Mindestlohnes.

### **h.) Gesundheitskompetenz stärken**

360

Wenn Patienten gut informiert sind, können sie die richtigen Entscheidungen ihre Gesundheit betreffend treffen. Das setzt voraus, dass sie gesundheitsrelevante Informationen auch verstehen können. Dafür ist es notwendig, niedrigschwellige Informationsangebote zu schaffen. Diese sollen gesundheitsrelevante Informationen vermitteln, vor allem aber auch die Menschen über ihre Patientenrechte aufklären.

365

Notwendig ist dafür eine wirklich unabhängige, kompetente Patientenberatung (UPD), die parteiisch für Patienten ist und auf der Basis solider Daten, offizieller Behandlungsleitlinien und gültiger Rechtsprechung arbeitet. Sie sollte auch dezentral in der Fläche vertreten sein, um einen niedrigschwelligen Zugang zu gewährleisten. Patientenberatung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und sollte daher aus Steuermitteln, und nicht wie heute über die GKV, finanziert werden. Die UPD sollte auch als ein Seismograph von Problemen bei der gesundheitlichen Versorgung dienen.

## **Antragsbereich L/ Antrag 3**

ASG Bundesvorstand

EmpfängerIn(nen):  
ASG Bundesvorstand

### **Reform der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen**

(Angenommen)

Der Bundesvorstand der ASG soll sich in seiner nächsten Amtsperiode schwerpunktmäßig mit der Reform der Qualifizierungsstrukturen der Gesundheitsfachberufe beschäftigen, 5 eine diesbezügliche Arbeitsgruppe initiieren unter Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern der A-Länder und der SPD-Bundestagsfraktion und spätestens bis zur nächsten Bundeskonferenz ein Positionspapier mit konkreten Handlungsempfehlungen vorlegen.

# **Arbeit**

## **Antragsbereich Ini/ Antrag 1**

ASG Bundesvorstand

EmpfängerIn(nen):  
Bundesministerium für Arbeit und Soziales

### **Keine Sonderregelungen zum Nachteil der DRK-Schwestern**

(Angenommen in geänderter Fassung)

Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG bittet die Bundesministerin für Arbeit und Soziales im Arbeitnehmerüberlassungsrecht keine Sonderregelungen zum Nachteil der 5 DRK-Schwestern zuzulassen. Wir lehnen die Zementierung des Sonderstatus der DRK Schwesternschaften durch eine Änderung des DRK-Gesetzes ab.

Wir fordern die uneingeschränkte Gleichstellung der DRK Schwestern mit anderen Arbeitnehmerinnen.

10 Zugleich bitten wir die Landesregierungen, die in ihren Universitätskliniken und in den kommunalen Krankenhäusern beschäftigten DRK-Schwestern in ein Angestelltenverhältnis zu übernehmen.

## Antragsbereich A/ Antrag 1

ASG Hessen-Süd

EmpfängerIn(nen):  
SPD-Bundestagsfraktion

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

(Überwiesen an Bundesvorstand zur Einrichtung einer Arbeitsgruppe)

5 Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefordert sich bei der Reform des Medizinstudiums, die im Koalitionsvertrag festgeschrieben ist, und seit Mai 2015 von einer Bund-/Länder-Arbeitsgruppe erarbeitet wird, für folgende Punkte einzusetzen:

Im Prozess der Reformierung müssen mehr als bisher Verbände der Medizinstudierenden. Ein\*e studentische\*r Vertreter\*in benötigt einen dauerhaften Sitz in der Bund-/Länder-Arbeitsgruppe.

10 Auswahl der Studienplatzbewerber\*innen

Die Abiturnote sollte im Auswahlverfahren u.a. aufgrund der unterschiedlichen Bildungssysteme der 16 Bundesländer und damit ihrer schlechten Vergleichbarkeit an Gewicht verlieren. Eignungstests, wie der Test für medizinische Studiengänge (TMS) wären, staatlich geprüft und durchgeführt, eine gute Ergänzung zur Auswahl der Studienplatzbewerber\*innen. Des Weiteren sollten gesellschaftliches und soziales Engagement, wie ein freiwilliges soziales Jahr, und eine vorangegangene Berufsausbildung im medizinischen Bereich (z.B. Pflege, Rettungsassistenz, Physio-/Logo-/Ergotherapie) positiv auf eine Studienplatzbewerbung angerechnet werden.

20 Teilzulassungen und Teilstudienplätze lehnen wir vehement ab.

Fließender Übergang von Vorklinik zur Klinik

25 Die strikte Trennung von vorklinischen und klinischen Lehrinhalten ist veraltet und nicht zielführend. Stattdessen sollten Lehrinhalte besser verzahnt und aufeinander aufbauend gestaltet werden: In Vorlesungen und Seminaren zur Anatomie macht es Sinn chirurgische Erkrankungen und Therapiemöglichkeiten zu lehren, in der Biochemie werden grundlegende Kenntnisse für die Pharmakologie gelegt und sollten dementsprechend verknüpft werden und in der Physiologie müssen die Organfunktionen parallel zu Fehlfunktionen und Erkrankungen v.a. der Inneren Medizin gelehrt werden. Diese vermehrte Verzahnung von vorklinischem, klinisch-theoretischem und klinischem Wissen wurde bereits in vielen Modellstudiengängen erfolgreich umgesetzt und ist nun bundesweit einheitlich zu implementieren.

35 Ein\*e praktizierende\*r Ärztin\*Arzt benötigt das Wissen der Vorklinik, welches im Physikum abgefragt wird, so gut wie gar nicht. Deshalb müssen die vorklinischen Lehrinhalte entschlackt und vor allem die Grundlagenfächer Chemie, Physik und Biologie auf medizinisch relevante Inhalte reduziert werden. Aus den Erkenntnissen zu einer besseren Gestaltung der Lehrinhalte muss dann auch eine Reform des ersten Abschnittes der

ärztlichen Prüfung (Physikum) resultieren. Im Fokus haben hierbei die beruflich/ medizinisch relevanten Inhalte zu stehen.

40

#### Interprofessionelle Lehre

Es ist für Ärzt\*innen unabdingbar zu wissen, welche Therapiemöglichkeiten andere medizinischen Fachberufe haben, da sie diejenigen sind, die die Überweisungen zu ebendiesen ausstellen. Eine stärkere Verknüpfung der ärztlichen Ausbildung mit anderen medizinischen Fachberufen stärkt nicht nur strukturell und fachlich die medizinische Versorgung, sondern führt auch zu einer höheren gegenseitigen Wertschätzung aller medizinischen Berufe.

45

#### Praxisorientierung ist nicht alles

50

Eine starke Praxisnähe im Studium durch z.B. Skillslabs, in denen kommunikative Kompetenzen gestärkt werden sollen, und Formate, wie das Problem-orientierte Lernen (POL), muss gefördert werden. Die Probleme liegen allerdings nicht in der fehlenden Praxisnähe – dem Medizinstudium mangelt es vor allem an anderen Stellen. Der erst dieses Jahr verabschiedete Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) und Zahnmedizin (NKLZ) muss nun bundesweit angewandt, evaluiert, weiterentwickelt und ergänzt werden, sodass eine qualitativ gute Ärzt\*innenausbildung sicher gestellt werden kann.

55

60

Die Lehrinhalte des Medizinstudiums müssen ständig auf ihren aktuellen Forschungsstand überprüft und entsprechend angepasst werden. Trotzdem darf ein immer größeres Wissen über medizinische Forschungsinhalte nicht zu einer Überfrachtung des Studiums führen – die Spezialisierung erfolgt erst im Anschluss während der Fachärzt\*innenausbildung – im Studium muss sich auf relevante Kernkompetenzen beschränkt werden.

65

Das Medizinstudium ist bisher sehr verschult, eigene Interessen finden bisher kaum Platz zur Ausfaltung. In Zukunft sollte mehr individuelle Schwerpunktsetzung ermöglicht werden; das steigert die Lernmotivation und kann den individuellen Ausbildungsweg formen.

70

Neue Medien sollten sinnvoll für die Lehre genutzt werden, so können bspw. aufgezeichnete Vorlesungen nicht nur für die eigene Fakultät, sondern bundesweit online verfügbar gemacht werden.

75

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

#### Stärkung der Allgemeinmedizin

80

Durch Zwangsmaßnahmen oder Quoten bei der Studienbewerbung wird nicht erreicht, dass sich mehr Studierende entscheiden, eine Allgemeinmedizinische Praxis im ländlichen Raum zu eröffnen. Vielmehr muss endlich sichergestellt werden, dass jede deutsche Universität einen Lehrstuhl der Allgemeinmedizin installiert und dass genü-

gend Kapazitäten für Interessierte, die eine Famulatur oder einen Teil des Praktische  
Jahres (PJ) in einer Allgemeinarztpraxis ableisten wollen, gegeben sind. Ein Netzwerk  
85 akademischer Lehrpraxen, wie es der Medizinischen Fakultätentag (MFK) fordert, ist  
für die Koordination und den fachlichen Austausch sinnvoll.

Die wichtigste Stellschraube bleibt allerdings eine Steigerung der Attraktivität der Ar-  
beitsbedingungen für Allgemeinmediziner\*innen. Eine anderen Fachrichtungen  
90 gleichwertige Bezahlung und günstige Kredite für eine Praxisgründung sind hier einfa-  
che finanzielle Anreize.

Ein Pflichttertial oder –Quartal in der Allgemeinmedizin lehnen wir ab.

95 Wissenschaftliche Kompetenzen vermitteln – unabhängig von der Promotion  
Die vordergründige Praxisorientierung des Medizinstudiums führt dazu, dass wissen-  
schaftliche Kompetenzen oft nur nebenbei vermittelt werden. Wir fordern, dass die  
Evidenzbasierte Medizin (EbM) an Bedeutung gewinnt und an allen medizinischen Fa-  
kultäten in einem selbstständigen Institut gelehrt wird.

100 Mit wissenschaftlicher Forschung kommen viele Medizinstudierende erst während ih-  
rer Promotion in Kontakt. Medizinische Promotionen sind in ihrem Umfang und wis-  
sensschaftlichen Anspruch sehr unterschiedlich, oft nur mangelhaft betreut und haben  
im akademischen Umfeld einen sehr schlechten Ruf. Angelehnt an das Beispiel Öster-  
105 reich begrüßen wir die Einführung eines Berufsdoktorats, der mit Abschluss des Stu-  
diums vergeben, aber nicht Teil des offiziellen Namens wird. Im gleichen Zuge sollte  
das Erstellen einer wissenschaftlichen Arbeit sowie deren enge Betreuung durch eine\*n  
Dozent\*in verpflichtender Teil des Medizinstudiums werden.

110 Für ein faires PJ  
Für das Praktische Jahr unterstützen wir die Forderungen der bvmd auf eine bundeweit  
einheitliche Aufwandsentschädigung in Höhe des Bafög-Höchstsatzes (aktuell 597 Eu-  
ro) monatlich sowie eine Fehltageregelung, die krankheitsbedingtes Fehlen nicht von  
Urlaubstagen abzieht. Durch ein Mindestmaß von vier Stunden PJ-Unterricht und ei-  
115 nem Fünftel der wöchentlichen Arbeitszeit für das Selbststudium zur Rekapitulation  
von erlebten Krankheitsfällen und Vorbereitung auf die mündliche Prüfung des Zwei-  
ten Staatsexamens wird eine umfangreichere Lehre im PJ als bisher sichergestellt.

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

125 Eine Erhöhung der Studienplätze ist aufgrund der hohen Nachfrage und der vielen Be-  
werber\*innen unabdinglich.

Abschließend sprechen wir uns klar gegen die Privatisierung von Lehr- und Universi-  
tätskliniken aus. Eine umfassende, solide Ausbildung des medizinischen Nachwuchses

ist kostet Zeit und Geld. Die Zielsetzung privater Unternehmen ist es jedoch Kosten zu reduzieren. Dies kann theoretisch nur schwer in Einklang gebracht werden, praktisch gar nicht.

## **Antragsbereich A/ Antrag 2**

ASG Hessen-Süd

### **Psychotherapeutengesetz – Reform der Psychotherapieausbildung**

**(Angenommen)**

Die bisherigen 2stufigen Psychotherapeutenausbildungen sollen unverzüglich durch eine universitäre Direktausbildung ersetzt werden. Diese Direktausbildung soll mit dem  
5 Staatsexamen und der einheitlichen Approbation unter der Bezeichnung „Psychotherapeut/Psychotherapeutin“ abgeschlossen werden und zur Weiterbildung berechtigen.

## **Antragsbereich A/ Antrag 4**

ASG Berlin

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

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

**(Angenommen)**

Die ASG fordert die sozialdemokratischen Mitglieder des Bundestages und der Bundesregierung erneut dazu auf, gegenüber den zuständigen Gremien tätig zu werden, damit  
5 die Kosten für die hochqualitativen Pflegeleistungen in den Krankenhäusern endlich strukturell angemessen berücksichtigt und dauerhaft finanziert werden. Temporäre Pflegestellenförderprogramme sind gut gemeint, aber ein Tropfen auf den heißen Stein.

Sowohl ein erhöhter Pflegebedarf (bspw. von demenzerkrankten oder behinderten Patientinnen und Patienten) als auch der allgemeine Pflegebedarf ist von der dafür mit dem Krankenhausstrukturgesetz eingesetzten Expertenkommission vor dem 31.12.2017 im Sinne der Sicherheit der Patientinnen und Patienten abzubilden.

Wo nötig, sind künftig in besonders kritischen Bereichen, wie z.B. schon in der

15 Neonatologie erfolgt, durch den Gemeinsamen Bundesausschuss Qualitätsvorgaben rechtssicher festzulegen und von den Krankenhäusern verbindlich umzusetzen.

Die Einhaltung von Personalvorgaben ist im Zuge der Budgetverhandlungen nachzuweisen und von Krankenhäusern in ihren Qualitätsberichten zu dokumentieren.

20

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

## **Antragsbereich A/ Antrag 5**

ASG Hessen-Süd

EmpfängerIn(nen):  
SPD-Bundestagsfraktion

### **Die Zukunft von Hebammen sicherstellen!**

(Überwiesen an den ASG Bundesausschuss)

Geburtshelfer\*innen in Deutschland stehen seit Jahren vor dem großen Problem, dass kaum eine Versicherung ihre obligate Haftpflichtversicherung übernehmen will, bzw. sie unmöglich hohe Prämien fordern. Dies hat zur Folge, dass es immer weniger freiberufliche Hebammen gibt und sich viele für eine Anstellung im Krankenhaus oder in einem der wenigen Geburtshäuser entscheiden. Dem großen Wert, den Hebammen für die selbstständige Begleitung einer Schwangerschaft und Durchführung einer Geburt haben, wird hier nicht Rechnung getragen. Die meisten Eltern wünschen sich eine Vor- und Nachbereitung durch Hebammen; bei Geburt ist es sogar vorgeschrieben, dass eine Hebamme anwesend sein muss. Trotz der enorm großen Verantwortung, die diese Berufsgruppe für die Gesellschaft leistet, nämlich den Start eines neuen Lebens zu ermöglichen, stirbt der Berufsstand langsam aus.

15 Bis 2016 gilt noch eine Gruppenhaftpflichtversicherung des Deutschen Hebammenverbandes, danach steht die Berufsausübung der freien Hebammen vor dem Aus – wenn die Bundesregierung nicht entsprechend reagiert. Die Geburtshilfe müsste dann voll von Ärztinnen und Ärzten übernommen werden, die eigentlich nur bei Komplikationen in Erscheinung treten müssen. Außerdem hat eine Schwangere nach SGB V den Anspruch auf Hebammenhilfe sowie auf freie Wahl des Geburtsortes, was weiterhin gesichert werden muss.

Grund für die hohen Prämien der Haftpflichtversicherung sind die großen Summen, die bei einem schwerwiegenden Fehler während der Geburt, inklusive Schmerzensgeld und Erwerbsausfall, möglicherweise ein Leben lang ausbezahlt würden. Sie sind gestiegen, weil die medizinische Versorgung sowie hohe Anwaltskosten teurer werden, obwohl die



Anzahl der Schadensfälle rückläufig ist.

Eine schon lange erforderliche durch das Gesundheitsministerium festgelegte Steige-  
30 rung der Hebammen-Vergütung, die gerade so über dem Mindestlohn liegt, sowie Zus-  
chüsse zur Versicherungsprämie wären Schritte zur Besserung, aber keine langfristige  
Lösung zum Erhalt des Berufsstandes. Wir fordern neben diesen Maßnahmen die Vergü-  
tung präventiver Leistungen sowie von geleisteter Rufbereitschaft von Hebammen. Zur  
flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit Hebammenhilfe ist es außerdem  
35 notwendig die Betriebskosten für Hebammenpraxen ohne Geburtshilfe in den Pauschal-  
len zu berücksichtigen, finanzielle Anreize zur Niederlassung von Hebammen in infrast-  
rukturschwachen Gebieten zu schaffen und die Vergütungsunterschiede in neuen und  
alten Bundesländern aufzuheben.

40 Wir fordern einen Haftpflichtfonds, vergleichbar mit jenem in Österreich und in den  
Niederlanden, in den Hebammen einen Pauschalbeitrag zahlen und dessen Restbetrag  
vom Staat aufgefüllt wird, womit die Geburtshilfe endlich zur gesamtgesellschaftlichen  
Aufgabe werden würde.

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

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

## **Antragsbereich A/ Antrag 7**

ASG Hannover

EmpfängerIn(nen):  
Bundesministerium für Arbeit und Soziales  
SPD-Bundestagsfraktion

### **Steigende Zahl von Schwerbehinderten**

(Angenommen)

Solange Arbeitgeber die vorgeschriebene Zahl schwerbehinderter Menschen nicht be-  
schäftigen, wird für jeden unbesetzten Pflichtarbeitsplatz eine Ausgleichsabgabe in Höhe  
5 von mindestens 500,00 € monatlich gefordert. Die Zahlung der Ausgleichsabgabe hebt

die Pflicht zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen nicht auf.

§ 77 SGB IX ist jährlich zum 01. 07. eines Jahres anzupassen.

## **Antragsbereich A/ Antrag 8**

ASG Hannover

### **Kostenfreiheit der Ausbildung in den therapeutischen Berufen**

(Überwiesen als Material zu L3 an ASG Bundesvorstand)

Es wird gefordert, dass die Ausbildung in den therapeutischen Berufen (Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie) an staatlichen Bildungseinrichtungen (z.B. Fach- bzw. Hoch-  
5 schulen) durchgeführt wird und kostenfrei ist, um den Fachkräftenachwuchs zu gewährleisten.

## **Antragsbereich A/ Antrag 9**

ASG Baden-Württemberg

EmpfängerIn(nen):  
SPD-Bundestagsfraktion  
SPD-Parteivorstand

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

(Angenommen)

Beschäftigungsverhältnisse in Haushalten von Pflegebedürftigen, die den Mindestlohn missachten, das Arbeitszeitgesetz nicht einhalten oder Sozialversicherungsbetrug zur  
5 Folge haben, müssen bekämpft werden.

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

Es müssen auf Bundesebene Wege gefunden werden, die massenhaft vorhandenen

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

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

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

30 Alle ordnungsrechtlichen Mittel müssen ausgeschöpft und die Ordnungsbehörden mit den erforderlichen personellen Mitteln ausgestattet werden, um illegaler Beschäftigung in diesem Bereich entgegenzuwirken.

## **Antragsbereich A/ Antrag 10**

ASG Saar

EmpfängerIn(nen):  
SPD-Bundestagsfraktion

### **Befundung muss Vergütet werden**

(Angenommen)

Die ASG fordert, die Einführung einer Abrechnungsposition für den Erstbefund / die Befunderhebung durch den Physiotherapeuten in der GKV, analog dem Bereich anderer 5 Heilmittelerbringer.

## **Antragsbereich A/ Antrag 11**

ASG Saar

### **Akademisierung von Logopäden**

(Überwiesen als Material zu L3 an ASG Bundesvorstand)

Die ASG unterstützt die primärqualifizierende Akademisierung der Logopäden in Deutschland.

## **Antragsbereich A/ Antrag 12**

ASG Saar

### **Akademisierung des Hebammenwesens**

(Überwiesen als Material zu L3 an ASG Bundesvorstand)

Die ASG unterstützt die primärqualifizierende Akademisierung der Hebammen in Deutschland.

## **Antragsbereich A/ Antrag 13**

ASG Bayern

EmpfängerIn(nen):  
SPD-Bundestagsfraktion  
SPD-Parteivorstand

### **Novellierung des HeilprG (Heilpraktiker\*innengesetz)**

(Angenommen in geänderter Fassung)

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

Dabei sind insbesondere folgende Punkte zu berücksichtigen:

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

2. Zugangsvoraussetzungen:

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

15 kann.

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

20 Prüfung:

In einer Prüfungsordnung ist der Umfang der Ausbildung sowie der schriftlichen, mündlichen und praktischen Prüfung festzuschreiben.

Übergangsphase:

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

30 Dokumentation und Behandlungsvertrag:

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

35 Einschränkungen der Heilkunde:

Gesetze, die auch vor der Novellierung des HeilprG beschränkten, bleiben erhalten. Zusätzlich gilt, dass Heilpraktiker\*innen keine invasiven Untersuchungen durchführen.

Qualitätssicherung:

Externe Qualitätsmanagement ist durchzuführen. Die Kontrolle obliegt dem Gesundheitsamt und ist die zuständige Beschwerdestelle.

## **Antragsbereich A/ Antrag 14**

ASG Bremen

### **Verabschiedung des Pflegereformgesetzes und der Einführung der Generalistik im Bundestag**

(Angenommen in geänderter Fassung)

5 Ein Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) und die Einführung der Generalistik muss dringend vom Bundestag verabschiedet werden.

# Digitales

## Antragsbereich D/ Antrag 1

ASG Berlin

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

(Angenommen)

#### 1. Digitalisierung im Gesundheitswesen – patientenzentriert und transparent

Die flächendeckende und hochwertige medizinische Versorgung für alle ist das primäre Ziel sozialdemokratischer Gesundheitspolitik. Um den besonderen Herausforderungen der unterschiedlichen Versorgungssituationen in Ballungsräumen und strukturschwachen Regionen sowie der demographischen Entwicklung zu begegnen, müssen wir Innovationen in der Versorgung fördern. Gleichzeitig müssen der Zugang zur Gesundheitsversorgung für Patientinnen und Patienten erleichtert, sowie die Arbeitsprozesse und die Kommunikation der Gesundheitsberufe untereinander optimiert werden. Das Erreichen dieser Ziele wird durch eine konsequente Digitalisierung im Gesundheitswesen unterstützt. Dabei müssen die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten klar im Fokus stehen. Chancen bestehen vor allem in der Vermeidung unnötiger Untersuchungen durch eine verbesserte und transparente Dokumentation sowie in der verbesserten Versorgung über Sektorengrenzen hinweg.

#### 2. Recht auf eine elektronische Patientenakte

Zentrales Element digitaler Innovationen für Patientinnen und Patienten ist deren Zugang zu einer persönlichen elektronischen Patientenakte. Sie eröffnet Patientinnen und Patienten neue Entscheidungsmöglichkeiten, gibt ihnen im Sinne einer gestärkten informationellen Selbstbestimmung die Kontrolle über die eigenen Gesundheitsdaten und ermöglicht eine Versorgung, die sich an der individuellen Lebenssituation orientiert. In der Akte sollen alle Befunde, Arztbriefe, Notfalldokumente, der Medikationsplan und gegebenenfalls weitere Daten gespeichert werden und bei der Behandlung zugänglich sein. Die Patientinnen und Patienten haben hierbei stets die Hoheit über ihre Daten und entscheiden sowohl über die Speicherung als auch über den Zugriff durch weiterbehandelnde Ärzte oder andere Gesundheitsdienstleister. Eine Erweiterung des Patientenrechtegesetzes (§ 630g BGB) könnte sowohl den Versicherten der gesetzlichen als auch der privaten Krankenversicherung das Recht auf eine elektronische Patientenakte gewährleisten.

#### 3. Finanzierung und Umsetzung

Die Kosten für die Anschaffung und die Nutzung der elektronischen Patientenakte werden durch die gesetzlichen sowie die privaten Krankenversicherungen getragen. Auf längere Sicht soll sich auch die Pflegeversicherung an der Finanzierung beteiligen. Ferner werden die Krankenkassen und alle behandelnden Institutionen zur aktiven Information

über die Möglichkeiten der Nutzung der Akte beim Kontakt mit den Patientinnen und Patienten verpflichtet. Arztpraxen und Kliniken werden durch ein Investitionsprogramm in der Herstellung der technischen Voraussetzungen zur Nutzung der elektronischen Patientenakte unterstützt. Im Gegenzug besteht eine gesetzliche Pflicht für Ärztinnen und Ärzte sowie für Kliniken, die elektronische Patientenakte zu pflegen und zu nutzen sofern dies durch die Patientinnen und Patienten gewünscht wird.

#### 4. Datenstandards und Datenschutz

Um den freien Datenaustausch zwischen verschiedenen informationstechnischen Systemen zu ermöglichen und gleichzeitig einen hohen Datenschutz zu gewährleisten, dürfen nur solche Angebote finanziert werden, die a) durch das BSI auf ihre Sicherheit zertifiziert wurden und b) den zu definierenden Kommunikationsstandards folgen und somit die Telematikinfrastruktur zum Datenaustausch nutzen. Nur so wird die unproblematische Verwendung in den Arztpraxen sowie Kliniken unabhängig von dem von Patientinnen und Patienten frei gewählten Anbietern einer Akte sichergestellt.

#### 5. Berücksichtigung der digitalen Nutzungsrealitäten

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

### **Antragsbereich D/ Antrag 2**

ASG Berlin

EmpfängerIn(nen):  
SPD-Bundestagsfraktion

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

(Angenommen)

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

## **Antragsbereich D/ Antrag 3**

ASG Hessen-Süd

### **Datenschutz bei Medizinprodukten**

(Angenommen)

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

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

# **Solidarität**

## **Antragsbereich S/ Antrag 1**

ASG Nordrhein-Westfalen

EmpfängerIn(nen):  
SPD-Bundestagsfraktion

### **Überprüfung des Morbi-RSA dringend erforderlich**

(Angenommen)

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



## **Antragsbereich S/ Antrag 2**

ASG Hessen-Süd

EmpfängerIn(nen):  
SPD-Bundestagsfraktion

### **Privatisierungen im Gesundheitswesen stoppen!**

(Angenommen)

Landkreisen und Städten muss es möglich sein zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung notwendige Krankenhäuser, insbesondere der Maximalversorgung, zu halten.

- 5 Die medizinische Versorgung darf nicht in der Hand von privaten Konzernen mit dem Ziel der Gewinnmaximierung liegen.

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

10 ausgetragen wird.

## **Antragsbereich S/ Antrag 4**

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen  
ASG Baden-Württemberg

EmpfängerIn(nen):  
SPD-Bundestagsfraktion  
SPD-Parteivorstand

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

(Angenommen in der Fassung der Antragskommission)

- 5 Wir fordern als sinnvolle Ergänzung der bestehenden Regelungen einen Patientenentschädigungs- und Härtefallfonds zu schaffen. Der SPD-Parteivorstand wird daher aufgefordert, das Begehren der Bundesländer Rheinland-Pfalz und Bayern zur Einrichtung eines Patientenentschädigungs- und Härtefallfonds (PatEHF) als eine bundesunmittelbare Stiftung des öffentlichen Rechts, die aus Haushaltsmitteln des Bundes finanziert wird, zu unterstützen (BR 665/16 vom 09.11.2016, Drucksache 17/11008).

10

Ein solcher Fonds wäre ein wichtiges Instrument, mit dessen Hilfe

- eine Anerkennung der Schädigung stattfindet, die ein Patient erlitten hat.
  - es gerade in psychisch besonders belastenden Auseinandersetzungen sehr viel schneller als heute gelingen könnte, Rechtsfrieden herzustellen.
- 15
- Krankenkassen und Versicherer mit weit weniger Aufwand eine Verständigung über etwaige Regresse erzielen könnten.
  - eine Entlastung der Gerichte erreicht werden könnte.
  - das Arzt-Patientenverhältnis weit weniger Schaden nehmen würde als während
- 20
- einer verfestigten gerichtlichen Auseinandersetzung.

Ein Leistungsanspruch aus dem PatEHF soll unter folgenden (kumulativen) Voraussetzungen gegeben sein:

25 – überwiegend wahrscheinlicher Behandlungs- oder Organisationsfehler oder unbekannte Komplikation,

– erhebliche Gesundheitsverletzung,

30 – überwiegend wahrscheinlich durch die Behandlung verursacht, – nachhaltige Belastung der Lebensführung oder -situation des Geschädigten bzw. seiner Angehörigen (im Falle des Todes).

Der PatEHF soll das bestehende zivilrechtliche Haftungssystem nicht ersetzen, sondern dieses ergänzen.

# Versorgung

## Antragsbereich Ini/ Antrag 4

ASG Hannover

EmpfängerIn(nen):  
Bundesministerium für Arbeit und Soziales  
SPD-Bundestagsfraktion

### **Neuregelung des öffentlichen Entschädigungsrechtes gemäß Entwurf vom 10.01.2017**

(Angenommen)

Es wird beantragt entgegen den in § 38 und § 39 vorgesehen Entwurfes zum SGB XIII, die Heilbehandlung und ergänzenden Reha-Leistungen, ergänzend zu § 40 des Entwurfes von der Gesetzlichen Unfallversicherung und nach deren Leistungsrahmen ausführen zu lassen.  
5

## Antragsbereich V/ Antrag 1

ASG Berlin

EmpfängerIn(nen):  
SPD-Landtagsfraktionen

### **Stationäre Versorgung am Bedarf der Patient\*innen ausrichten**

(Angenommen in geänderter Fassung)

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

Dafür sollen insbesondere die Mittel aus dem Krankenhausstrukturfonds verwendet werden, um die bestehende Infrastruktur beispielsweise für benötigte Pflegeeinrichtungen oder ambulante Gesundheitszentren nutzbar zu machen.  
10

## **Antragsbereich V/ Antrag 2**

ASG Hessen-Süd

EmpfängerIn(nen):  
Länder und Kommunen  
SPD-Bundestagsfraktion

### **Öffentlich betriebene MVZs ermöglichen**

(Angenommen in geänderter Fassung)

Landkreise und Städte sollen darin unterstützt werden selbst Medizinische Versorgungszentren (MVZ) einzurichten und zu betreiben, um die medizinische Versorgung, auch in ländlichen Gebieten sicherzustellen. Ärzt\*innen und medizinischem Fachpersonal wird es so ermöglicht ohne das Risiko der Selbstständigkeit in einer Festanstellung ambulant tätig zu sein. Die Arbeitsbedingungen, insbesondere für Allgemeinmediziner\*innen und die flächendeckende medizinische Versorgung können so verbessert werden.

## **Antragsbereich V/ Antrag 3**

ASG Berlin

EmpfängerIn(nen):  
SPD-Bundestagsfraktion

### **Einheitliche Standards für Terminservicestellen bundesweit durchsetzen**

(Überwiesen an den ASG Bundesvorstand)

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

## **Antragsbereich V/ Antrag 4**

ASG Berlin

EmpfängerIn(nen):  
SPD-Bundestagsfraktion

### **Quartalsbezug in der ambulanten Vergütung abschaffen!**

(Angenommen)

Die sozialdemokratischen Abgeordneten des Bundestags werden aufgefordert, sich für eine Abschaffung des Quartalsbezugs in der ambulanten Vergütung einzusetzen. Um einer zu häufigen Wiedereinbestellung ohne medizinischen Nutzen für den/die Patient\*in entgegen zu wirken, sollten Vergütungspauschalen nicht wie bisher auf Quartalsbasis abrechenbar sein. Stattdessen bedarf es einer grundsätzlichen Überarbeitung der ambulanten Vergütungssystematik. Es sollte in dem Zusammenhang überprüft werden, ob die Einführung jährlicher Pauschalen sinnvoll sein kann.

## **Antragsbereich V/ Antrag 6**

ASG Hessen-Süd

EmpfängerIn(nen):  
SPD-Bundestagsfraktion

### **Bewertung ambulanter psychotherapeutischer Leistungen durch den Bewertungsausschuss**

(Angenommen)

Angemessene und gerechte Honorierung für die ambulante psychotherapeutische Versorgung

- 5 Um die ambulante Versorgung psychisch kranker Patienten sicherstellen zu können, sollen die psychotherapeutischen Kassenleistungen gerecht und angemessen vergütet werden. Dieser bereits im Sozialgesetzbuch (SGB V) formulierte Auftrag an die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen soll präzisiert werden. Die entsprechende gesetzliche Passage ist folgendermaßen zu ergänzen: „Die Überprüfung der Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen erfolgt jährlich auf Grundlage der
- 10 jeweils aktuellen Daten“. Dieser Antrag bezieht sich auf ambulante psychotherapeutische Kassenleistungen, die Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbringen.

## **Antragsbereich V/ Antrag 7**

ASG Berlin

### **Pflegende Angehörige entlasten: Rechtsanspruch auf adäquate Tageszeitenbetreuung einführen!**

(Angenommen in der Fassung der Antragskommission)

1. Die SPD wird sich auf Bundesebene dafür einsetzen, dass Pflegebedürftige einen Rechtsanspruch auf eine wohnortnahe Tageszeitenbetreuung erhalten.
- 5 2. Mit diesem Rechtsanspruch verbunden wird die Garantie, dass für die wohnortnahe Tageszeitenbetreuung genügend Angebote zur Verfügung stehen.
- 10 3. Flankierend muss sichergestellt werden, dass die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen über das vorhandene Angebot und ihren Rechtsanspruch informiert sind.

## **Antragsbereich V/ Antrag 8**

ASG Nordrhein-Westfalen

EmpfängerIn(nen):

Bundes SGK

Landkreistag

Städte- und Gemeindebund

Städtetag

### **Umsetzung Präventionsgesetz**

(Angenommen)

- Die Städte und Kreise werden aufgefordert, zur Umsetzung des Präventionsgesetzes auf kommunaler Ebene „Koordinierungsstellen für Prävention und Gesundheitsförderung“ einzurichten, die in Abstimmung mit der Kommunalen Gesundheitskonferenz operative Aufgaben der Umsetzung übernehmen und insbesondere die praktische Abstimmung mit den Krankenkassen suchen.
- 5

## **Antragsbereich V/ Antrag 10**

ASG Hannover

### **Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst statt Notaufnahme**

(Überwiesen an den ASG Bundesvorstand)

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

## **Antragsbereich V/ Antrag 11**

ASG Hannover

### **Ärztemangel (Abmeldung von Kliniken von der Notfallversorgung)**

(Überwiesen an den ASG Bundesvorstand)

Es wird eine landesweite Zentrale in den einzelnen Bundesländern gefordert, wo die Rettungsdienste im Notfall freie Kapazitäten abfragen können.

## **Antragsbereich V/ Antrag 12**

ASG Hannover

### **Verlängerung des Elterngeldes bei Geburten von Frühgeborenen (Frühchen)**

(Angenommen)

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

## **Antragsbereich V/ Antrag 13**

ASG Hannover

### **Apotheken**

(Überwiesen an den ASG Bundesvorstand)

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

## **Antragsbereich V/ Antrag 14**

ASG Baden-Württemberg

EmpfängerIn(nen):

SPD-Bundestagsfraktion

SPD-Landtagsfraktionen

### **Stärkung der medizinischen Primärversorgung**

(Angenommen in der Fassung der Antragskommission)

Wir fordern alle politisch Verantwortlichen in Land und Bund auf, sich für die Sicherung und Stärkung der medizinischen Primärversorgung einzusetzen. Ohne eine starke und 5 qualitativ gute Primärversorgung drohen eine größere Kostensteigerung und eine schlechtere Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Es müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, in denen die Akteure gut arbeiten können und die ausreichend finanziert sind.

10 Daher haben wir folgende Hauptforderungen:

- Umsetzung der Trennung des haus- und fachärztlichen Bereiches vor allem in der Finanzierung
- 15 • Umsetzung eines Einschreibesystems in der primärärztlichen Ebenen mit Zugang zur Facharztebene nur mit Überweisung in Fortentwicklung der baden-württembergischen hausarztzentrierten Versorgung
- Bessere Finanzierung delegationsfähiger Leistung, damit auch für die nichtärztlichen 20 Berufsgruppen wie Medizinische Fachangestellte (MFA), Versorgungsassistentinnen in



der Hausarztpraxis (VERAH) und Nichtärztliche Praxisassistentinnen (NÄPA) mehr Gelder zu Verfügung stehen. Ihrer Leistungen und Fähigkeiten müssen auch finanziell anerkannt werden.

25 • größere Gruppenpraxen und Kooperationen müssen auch im privatärztlichen Bereich gefördert werden, um attraktive Arbeitsplätze für den Nachwuchs zu schaffen.

• Größere Gruppenpraxen und Kooperationen müssen auch im primärärztlichen Bereich gefördert werden, um attraktive Arbeitsplätze für den Nachwuchs zu schaffen.

## **Antragsbereich V/ Antrag 15**

ASG Baden-Württemberg

EmpfängerIn(nen):  
SPD-Bundestagsfraktion  
SPD-Landtagsfraktionen

### **Zur notwendigen Maßnahmenverbesserung der Mund- und Zahnhygiene geriatrischer Patienten**

(Angenommen in der Fassung der Antragskommission)

Wir benötigen dringendst notwendige Maßnahmen zur Verbesserung der Mund- und Zahnhygiene geriatrischer Patientinnen und Patienten.

5

Das am 16. Dezember 2016 verabschiedete PSG III bringt notwendige Verbesserungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ebenso wie bei den vorherigen Gesetzen PSG I und II.

10 Allerdings müssen diesen Gesetzen weitere Reformen auch zur Verbesserung der Lebensqualität folgen. Dazu gehört das Thema Mund- und Zahnhygiene mit entsprechenden Maßnahmen der präventiven Gesundheitsversorgung, insbesondere für geriatrische Patientinnen und Patienten. Das betrifft sowohl die stationären wie auch die ambulanten Versorgungsbereiche. In den stationären Altenpflegeheimen sind dazu dringendst  
15 die Voraussetzungen zu schaffen, damit insbesondere für immobile Patientinnen und Patienten eine fachgerechte, zahnmedizinische Behandlung sichergestellt werden kann. Dazu sind entsprechende Rechtsverordnungen zu erlassen.

## **Antragsbereich V/ Antrag 16**

ASG Bayern

### **Aufbau einer medizinischen Heimbetreuung („Heimärzte“)**

(Überwiesen an ASG Bundesvorstand)

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

## **Antragsbereich V/ Antrag 17**

ASG Hannover

EmpfängerIn(nen):  
SPD-Bundestagsfraktion

### **Reformierung des Berufskrankheitenrechts im SGB VII (Sozialgesetzbuch VII / Gesetzliche Unfallversicherung)**

(Überwiesen als Material an die SPD-Bundestagsfraktion)

Die ASG Bundeskonferenz beschließt folgende Resolution:

Die von den ehrenamtlichen Gremien (Arbeitnehmer- u. Arbeitgebervertreter) der gesetzlichen Unfallversicherung gebilligten Vorschläge zur Reformierung des Berufskrankheitenrechts des SGB VII zu unterstützen und an die SPD Bundestagsfraktion zur Beratung weiterzuleiten.

Ausgangslage:

Das Berufskrankheitenrecht in Deutschland hat sich grundsätzlich als rechtssicher und zuverlässig erwiesen, dennoch gibt es immer wieder Kritik zum Beispiel an der „geringen Zahl der Anerkennungen“ oder zur Beweislast. Auch wenn sich manche Kritikan-sätze bei genauerer Betrachtung schnell entkräften lassen, so sind dennoch Schwächen der heutigen BK-Systematik erkennbar. Es erscheint daher sinnvoll, Anpassungen vorzunehmen, die zum einen Klarheit und Transparenz verbessern sollten, zum anderen aber auch den Wandel in der Arbeitswelt so gut wie möglich berücksichtigen.

Insgesamt sollen die vorgeschlagenen Maßnahmen Rahmenbedingungen dafür verbessern, dass

- 20 • möglichst alle Berufskrankheiten zur Anzeige und Anerkennung kommen,  
• in möglichst vielen relevanten Fällen die individuellen Präventionsmaßnahmen verbessert werden und  
• zielgerichteter vor allem solche Erkrankungen angezeigt werden, die wesentlich arbeitsbedingt beeinflusst sind.

25

Als Reformpunkte werden unterstützt:

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

35

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

40

Ergänzung § 9 Abs. 1 Satz 3 SGB VII

- Neu: Zur Unterstützung bei der Aufgabenerfüllung nach Satz 2 wird beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales ein Ärztlicher Sachverständigenbeirat Berufskrankheiten (ÄSVB) gebildet. Das Nähere regelt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf.

45

2. „Forschung“:

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

50

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

Folgende Sätze sollen als Sätze 2 und 3 eingefügt werden.

- Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. veröffentlicht jährlich einen Bericht über ihre Forschungsaktivitäten und die Forschungsaktivitäten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung mit Ausnahme der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. Der Bericht erstreckt sich auf die Titel/Themen der Forschungsvorhaben, die Höhe der aufgewendeten Mittel sowie die Zuwendungsempfänger und Forschungsnehmer externer Projekte.

60

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

Die retrospektive Expositionsermittlung in Berufskrankheiten (BK)-Verfahren ist für alle Beteiligten in der Praxis oft mit einigen Herausforderungen verbunden. Die Tätigkeitsanalyse einschließlich Ermittlung der erforderlichen Betriebs- und Expositionsda-

65 ten erfolgt in der Regel über Befragungen der Versicherten und betroffenen Unter-  
nehmen. Branchenspezifische Kenntnisse sind hierbei eine notwendige Grundlage, um  
eine aussagekräftige Anamnese zu erstellen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die  
Erinnerung an Jahrzehnte zurückliegende Expositionssituationen in der Regel kaum die  
70 Dosisberechnung wünschenswert wären.

Die gesetzliche Unfallversicherung kennt diese Schwachpunkte und versucht, diese  
Lücken zu schließen. In diesen Fällen beschreiben die Versicherten ihre Arbeitsbedin-  
gungen möglichst genau, und die mit der technischen Ermittlung betrauten Personen  
75 schließen auf der Grundlage der Vergleichsdaten auf ihre Belastungen.  
Eine rechtliche Verankerung der Praxis zum Umgang mit Expositionsdaten aus ver-  
gleichbaren Fällen ist daher erforderlich. Zusätzlich ist die Beweisführung in Sonderfäl-  
len neu zu gewichten.

80 § 9 SGB VII soll um den folgenden neuen Absatz 10 ergänzt

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

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

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

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

S5) Grundlage für diese Register können die Ergebnisse aus systematischen Erhebun-  
gen, aus Ermittlungen in Einzelfällen sowie aus Forschungsvorhaben sein.

S6) Die Unfallversicherungsträger können Erhebungen an geeigneten Arbeitsplätzen  
durchführen.

100 4. „Unterlassungszwang“:

Von den jährlich ca. 20.800 beruflich bedingt Erkrankten bei den neun Berufskrankhei-  
ten mit Unterlassungszwang können 92,5 % ihre Tätigkeit nach individuellen Präventi-  
onsmaßnahmen (nach § 3 BKV) fortführen. In allen diesen Fällen werden entsprechen-  
de Maßnahmen individuell zusammengestellt. In diesen Fällen führt die Beibehaltung  
105 des Unterlassungszwanges im Regelfall zum Verlust des ausgeübten Berufes bzw. Ar-  
beitsplatzes.

Es wird gefordert den Unterlassungszwang durch zielgenauere Regelungen und Maß-  
nahmen wie folgt zu ersetzen:

110 § 9 Absatz 1 Satz 2 2. Halbsatz 2. Alternative SGB VII („oder wenn sie zur Unterlassung aller Tätigkeiten geführt haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können“) wird gestrichen.

§ 9 Absatz 4 SGB VII soll neu gefasst werden:

115 Satz 1: Besteht für Versicherte, bei denen eine Berufskrankheit anerkannt wurde, die Gefahr, dass bei der Fortsetzung der versicherten Tätigkeit die Krankheit wiederauflebt oder sich verschlimmert und lässt sich diese Gefahr nicht durch andere geeignete Mittel beseitigen, haben die Unfallversicherungsträger darauf hinzuwirken, dass die Versicherten die gefährdende Tätigkeit unterlassen. Satz 2: Die Versicherten sind über  
120 die mit der Tätigkeit verbundenen Gefahren und mögliche Schutzmaßnahmen umfassend aufzuklären.

Satz 3: Bei Berufskrankheiten werden von der Pflicht zur Mitwirkung i. S. d. §§ 60 ff SGB I (Sozialgesetzbuch I) auch die Teilnahme an angebotenen individualpräventiven Maß-  
125 nahmen und die dauerhafte Mitwirkung an Verhaltensprävention umfasst.

Die bisher bestehenden BK-Tatbestände mit Unterlassungszwang sind bezüglich der Zielrichtung bis XX.XX.201X [zeitnah zum Inkrafttreten / + max. 1 Jahr] durch den Verordnungsgeber zu überprüfen. Sofern der Unterlassungszwang bei einem BK-Tatbestand vorrangig die Zielsetzung Prävention verfolgt, ist dieses versicherungs-  
130 rechtliche Merkmal ersatzlos zu streichen. In allen übrigen Fällen sind die Tatbestände bis zum XX.XX.201Y zu präzisieren, insbesondere zum Ausmaß/Schweregrad der Erkrankung.

Für eine Streichung des Unterlassungszwangs (1.) ist die Flankierung durch die anderen Maßnahmen (2.-3.) unabdingbar.

135

5. „Rückwirkung“:

Im Sinne einer Gleichbehandlung aller Erkrankungsfälle soll diese Regelung für alle zukünftigen Berufskrankheiten-Tatbestände einheitlich gelten und daher unmittelbar in § 9 SGB VII verankert werden. Die Einführung einer einheitlichen Rückwirkungsregelung sollte wie folgt gestaltet werden.  
140

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

145 S. 1 Der Versicherungsfall kann in den Fällen des Absatzes 1 frühestens ab dem Tag des Inkrafttretens der Rechtsverordnung vorliegen.

S. 2 Der Versicherungsfall kann in den Fällen des Absatzes 2 frühestens ab dem Zeitpunkt vorliegen, zu dem die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft im Sinne des Absatz 2 vorlagen.  
150

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

S. 4 Krankheiten, die vor dem Tag der Bezeichnung in der Rechtsverordnung eingetre-

155 ten sind, sind auf Antrag als Berufskrankheit nach Absatz 1 anzuerkennen, soweit zu diesem Zeitpunkt noch ein Gesundheitsschaden infolge der Erkrankung vorgelegen hat.

S. 5 Soweit Vorschriften über Leistungen auf den Zeitpunkt des Versicherungsfalls ab-  
160 stellen, ist bei Berufskrankheiten auf den Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Behandlungsbedürftigkeit oder, wenn dies für den Versicherten günstiger ist, auf den Beginn der rentenberechtigenden Minderung der Erwerbsfähigkeit abzustellen. Es bedarf einer Regelung in den Übergangsvorschriften, durch die sichergestellt wird, dass in Bezug auf alle BK-Tatbestände, die bereits in der BKV geregelt sind, die bisherigen Regelungen zur Rückwirkung fortgelten.

# Sonstiges

## Antragsbereich So/ Antrag 1

ASG Baden-Württemberg

EmpfängerIn(nen):  
SPD-Bundestagsfraktion  
SPD-Parteivorstand

### **Reform des Arzneimittelneuordnungsgesetzes (AMNOG)**

(Überwiesen als Material an ASG Bundesvorstand)

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

10 Dabei soll Evaluert ob der von den gesetzlichen Krankenkassen zu erstattende Arzneimittelpreis an den pharmazeutischen Unternehmer, auf Basis des tatsächlichen, wissenschaftlich ermittelten medizinischen Zusatznutzen ermittelt und damit eine einheitliche Positivliste einzuführen die intendierte Qualitätsverbesserung bringt; Es soll darauf hin gewirkt werden, das die Preise für Arzneimittel in einem transparenten und öffentlichen Preisregister zugänglich gemacht werden und der AMNOG Prozess hinsichtlich be-  
15 stimmter Verfahrensschritte und Instrumente optimiert werden

## Antragsbereich So/ Antrag 3

ASG Bayern

EmpfängerIn(nen):  
SPD-Bundestagsfraktion  
SPD-Parteivorstand

### **Chemikalien in Lebensmittel Plastikverpackungen gefährden nachweislich Umwelt und Gesundheit**

(Angenommen)

5 Die ASG Bundesdelegiertenkonferenz fordert den Parteivorstand und die SPD Bundestagsfraktion auf sich gegen die Verwendung von Plastikverpackungen die gesundheits-schädliche Chemikalien enthalten einzusetzen.

Im Hinblick auf die gesundheitsgefährdenden Chemikalien die sich aktuell in fast allen Lebensmittelkunststoffverpackungen befinden und nachweislich zu Allergien, Fettleibigkeit bis hin zu Unfruchtbarkeit, Krebs und Herzkrankheiten führen, müssen diese 10 schnell durch gesundheitlich unbedenkliche ersetzt werden.

## **Antragsbereich So/ Antrag 4**

ASG Bayern

EmpfängerIn(nen):  
SPD-Bundesparteitag  
SPD-Bundestagsfraktion  
SPD-Parteivorstand

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

(Angenommen)

Der ermäßigte Steuersatz von 7% soll den Enderverbraucher\*innen bei bestimmten Umsätzen entlasten. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum der Mehrwertsteuersatz bei 19% liegt, zumal Arzneimittel lebensnotwendige Güter sind. Wir fordern eine Reduzierung des Mehrwertsteuersatzes von 19% auf 7%. Die aktuellen Preise ohne Mehrwertsteuer müssen eingefroren werden, um zu verhindern, dass nach der Reduzierung der Mehrwertsteuer Pharmaunternehmen und Großhandel ihre Marge vergrößern.

## **II. Weitere Anträge**

### **1. Für erledigt erklärt wurden die Anträge:**

A3;A6;S3;S5;S6;V9;

### **2. Nichtbefassung wurde beschlossen für die Anträge:**

Ini2;Ini3;Ini5;Ini6;So2;So5;

Hinweis: Ini 2,3,5 und 6 gehen als Material an den ASG Bundesvorstand

### **3. Zurückgezogen wurden der Antrag:**

V5;