



BESCHLÜSSE

der ordentlichen

Bundeskonferenz der Arbeitsgemeinschaft

der Sozialdemokratinnen und

Sozialdemokraten im Gesundheitswesen

(ASG)

„Gesundheit und Pflege 2040 - die ASG als
Zukunftswerkstatt“

am 21. Mai 2022 in Berlin

Inhaltsverzeichnis:

I. Angenommene und überwiesene Anträge

Antragsbereiche:

Leitanträge

Pflege

Beruf, Beschäftigung, Ausbildung

Solidarität, Finanzierung und Planung

Versorgung

Digitales und Sonstiges

Initiativanträge

II. Weitere Anträge

Redaktion: Jerzy Bohdanowicz, Claudia Wiebusch, Michaela Kühn

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

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

E-Mail: arbeitsgemeinschaften@spd.de

Inhalt

LEITANTRÄGE.....	5
Antrag L 01/ 2.....	5
Gesundheit und Pflege 2040 – die ASG als Zukunftswerkstatt.....	5
Antrag L 02/ 8.....	6
Den Aufbruch wagen - Gesundheitsversorgung sichern – Solidarität stärken.....	6
Antrag L 03/ 35.....	8
Wende in der Gesundheitspolitik: Für ein gerechtes, nachhaltiges und barrierefreies Gesundheitssystem.....	8
Antrag L04.....	24
PFLEGE.....	26
Antrag P 01/ 9a.....	26
Aktueller Reformbedarf der Pflegeversicherung.....	26
Antrag P 02/ 15.....	28
Pflege: Genug geklatscht – wir werden handeln!.....	28
Gute Bezahlung in der Pflege.....	29
Antrag P 04/ 11.....	29
Verbindliche Qualitätssicherung und Mindestpersonalausstattung in der stationären Reha und stationären Kurz- und Landzeitpflege.....	29
Antrag P 05/ 18 c.....	30
Reglementierung der Leiharbeit in der akutstationären Pflege veranlassen.....	30
Antrag P 06/ 31.....	30
Leiharbeit in der Pflege regulieren.....	30
BERUF, BESCHÄFTIGUNG, AUSBILDUNG.....	31
Antrag B 01/ 5.....	31
Leistungsbereich Kommunikation in der PPR 2.0.....	31
Antrag B 03/ 3.....	32
Berufliche Bildung im Gesundheitswesen.....	32
Antrag B 04/ 1.....	33
Antrag B 05/ 16.....	34
Triage-Gesetz.....	34
SOLIDARITÄT, FINANZIERUNG UND PLANUNG.....	34
Antrag S 01/ 13.....	34
Umstellung der Trägerschaft, Finanzierung und Bedarfsplanung im Bereich der Krankenhausversorgung.....	34
Antrag S 02/ 18 a.....	35
Gewinnabschöpfung in Krankenhäusern durch private Investoren reglementieren.....	35

Antrag S 04/ 26 a	35
Weltweit gerechte Verteilung von Corona-Impfstoffen	35
Antrag S 05/ 18 b	36
Antrag S 06/ 19	36
Finanzierung der akutstationären Krankenversorgung reformieren –	37
Zukunftskonzept zur Investitionsfinanzierung entwickeln.....	37
Antrag S 07/ 33	37
„Sicherstellung und deckende Finanzierung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum“ .	37
Antrag S 09/ 21	37
Neuordnung der kassenärztlichen Bedarfsplanung zur Vermeidung unterversorgter Teilgebiete	37
VERSORGUNG.....	38
Antrag V 01/ 14 a.....	38
Programm für eine bessere und verlässliche Geburtshilfe	38
Antrag V 02/32 a	38
„Gewalt in der Geburtshilfe“ eigener Straftatbestand, Hilfe für Betroffene und Pflichtfortbildung für Fachpersonal.....	38
Antrag V 03/ 4	39
Sicherung der Qualität in der psychiatrischen Versorgung.....	39
Antrag V04/ 28	39
Antrag V 06/ 25	40
Mentale Gesundheit / Psychotherapie	40
Antrag V 07/ 12	40
Medizinische Versorgung von Nicht-Versicherten	40
Antrag V 08/ 7	41
Zukunft für den Gesundheitskiosk - Niedrigschwellige Gesundheitsberatung ausreichend finanzieren!	41
DIGITALES und SONSTIGES	41
Antrag So 01/17.....	41
Elektronisches Rezepts als Zusatzangebot anstatt als „Regelversorgung“	42
Antrag So 02/ 36.....	42
Maßnahmen zur Reduktion von mehrfach-antibiotikaresistenten Keimen in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Gemeinschaftseinrichtungen.....	42
Antrag So 03/ 27	42
Klimaneutrales Gesundheitswesen	42
Erfolgreiche Gesundheitspolitik braucht auch wirksame Klimapolitik.....	43
INITIATIVANTRÄGE	45

Antragsbereich	Beschlus-Nr.	Antragssteller	Antragstitel	Beschluss
LEITANTRÄGE				
Leitanträge	L 01/2	BuVo	Gesundheit und Pflege 2040 – die ASG als Zukunftswerkstatt	Angenommen in geänderter Fassung
Leitanträge	L 02/8	BuVo	Solidarische Bürgerversicherung: Den Aufbruch wagen - Gesundheitsversorgung sichern - Solidarität stärken	Angenommen in geänderter Fassung
Leitanträge	L 03/35	Hessen-Süd	Wende in der Gesundheitspolitik: Für ein gerechtes, nachhaltiges und barrierefreies Gesundheitssystem	Überweisung als Material an den ASG Bundesvorstand und an die SPD Bundestagsfraktion
Leitanträge	L 04	BuVo	Zukunft des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)	Angenommen
PFLEGE				
Pflege	P 01/9a	Ba-Wü	Aktueller Reformbedarf der Pflegeversicherung	Angenommen in geänderter Fassung
Pflege	P 02/15	Thüringen	Pflege: Genug geklatscht – wir werden handeln!	Angenommen
Pflege	P 03/24	Bayern	Gute Bezahlung in der Pflege	Abgelehnt
Pflege	P 04/11	Ba-Wü	Verbindliche Qualitätssicherung und Mindestpersonalausstattung in der stationären Reha und stationären Altenpflege	Angenommen in geänderter Fassung
Pflege	P 05/18c	Bayern	Reglamentierung der Leiharbeit in der akutstationären Pflege veranlassen	Angenommen in geänderter Fassung
Pflege	P 06/31	NRW	Leiharbeit in der Pflege regulieren	Angenommen
BERUF, BESCHÄFTIGUNG, AUSBILDUNG				
Beruf	B 01/5	BuVo	Leistungsbereich Kommunikation in der PPR 2.0	Angenommen
Beruf	B 03/3	BuVo	Berufliche Bildung im Gesundheitswesen	Angenommen
Beruf	B 04/1	NRW	Faire und existenzsichernde Vergütung für Medizinstudierende im Praktischen Jahr!	Angenommen in geänderter Fassung
Beruf	B 05/16	Bayern	Triage-Gesetz	Abgelehnt
SOLIDARITÄT, FINANZIERUNG UND PLANUNG				
Solidarität	S 01 /13	Hessen-Süd	Umstellung der Trägerschaft, Finanzierung und Bedarfsplanung im Bereich der Krankenhausversorgung	Überweisung an den ASG Bundesvorstand in geänderter Fassung
Solidarität	S 02/18a	Bayern	Gewinnabschöpfung in Krankenhäusern durch private Investoren reglamentieren	Angenommen in geänderter Fassung
Solidarität	S 04/26a	Bayern	Weltweit gerechte Verteilung von Corona-Impfstoffen	Angenommen
Finanzierung	S 05/18b	Bayern	Beihilfe/ europrechtliche Zulässigkeit von Zuschüssen der öffentlichen Hand an Kliniken in öffentlicher Trägerschaft (privatwirtschaftliche Rechtsform) prüfen	Angenommen in geänderter Fassung
Finanzierung	S 06/19	Bayern	Finanzierung der akutstationären Krankenversorgung reformieren - Zukunftskonzept zur Investitionsfinanzierung entwickeln	Angenommen in geänderter Fassung
Finanzierung	S 07/33	Hessen-Nord	„Sicherstellung und deckende Finanzierung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum“	Annahme in geänderter Fassung
Planung	S 09/21	Bayern	Neuordnung der kassenärztlichen Bedarfsplanung zur Vermeidung unterversorgter Teilgebiete	Angenommen
VERSORGUNG				
Versorgung	V 01/14a	Thüringen	Programm für eine bessere und verlässliche Geburtshilfe	Angenommen
Versorgung	V 02/32a	NRW	Gewalt in der Geburtshilfe“ eigener Straftatbestand, Hilfe für Betroffene und Pflichtfortbildung für Fachpersonal	Angenommen in geänderter Fassung und Überweisung an die ASJ
Versorgung	V 03/4	BuVo	Sicherung der Qualität in der psychiatrischen Versorgung	Angenommen in geänderter Fassung
Versorgung	V 04/28	Bayern	Stationäre psychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische und psychosomatische Versorgung	Angenommen in geänderter Fassung und Überweisung an die SPD Bundestagsfraktion
Versorgung	V 06/25	Bayern	Mentale Gesundheit / Psychotherapie	Angenommen
Versorgung	V 07/12	Hessen-Süd	Medizinische Versorgung von Nicht-Versicherten	Überweisung an den ASG Bundesvorstand
Versorgung	V 08/7	BuVo	Zukunft für den Gesundheitskiosk - Niedrigschwellige Gesundheitsberatung ausreichend finanzieren!	Angenommen in geänderter Fassung
DIGITALES und SONSTIGES				
Digitales und Sonstiges	So 01/17	Bayern	Elektronisches Rezept als Zusatzangebot anstatt als „Regelversorgung“	Abgelehnt
Digitales und Sonstiges	So 02/36	Westliches Westfalen	Maßnahmen zur Reduktion von mehrfach-antibiotikaresistenten Keimen in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Gemeinschaftseinrichtungen	Angenommen
Digitales und Sonstiges	So 03/27	Bayern	Klimaneutrales Gesundheitswesen	Angenommen
Digitales und Sonstiges	So 04/29	Bremen	Erfolgreiche Gesundheitspolitik braucht auch wirksame Klimapolitik	Angenommen in geänderter Fassung
INITIATIVANTRÄGE				
Initiativ	Ini 01	Niederbayern	Lasten gemeinsam und gerecht tragen! Solidarität aller! Solidarität jetzt!	Angenommen

1 I. Angenommene und überwiesene Anträge

2 **LEITANTRÄGE**

3 **Antrag L 01/ 2**

4

5 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
6 *ASG Bundesvorstand*

7 (Angenommen in geänderter Fassung)

8

9 **Gesundheit und Pflege 2040 – die ASG als Zukunftswerkstatt**

10

11 Die Gliederungen der ASG und dessen Bundesvorstand beschäftigen sich mit sozialdemokratischer Ge-
12 sundheits- und Pflegepolitik weit über einzelne Legislaturperioden hinaus. Hierzu haben wir 2019 im
13 Rahmen einer Zukunftswerkstatt in Workshops der Bundeskonferenz mit allen Delegierten die weitere
14 Zukunft in den Blick genommen und Themen, Vorstellungen und politisch gewünschte Entwicklungen
15 identifiziert und andiskutiert. Diesen weit nach vorne gerichteten sozialpolitischen Blick wollen wir
16 auch die kommenden Jahre weiter einnehmen und entsprechende gesundheits- und pflegepolitische
17 Themen, Ziele sowie mögliche Maßnahmen beschreiben.

18 In den Diskussionen rund um „Gesundheit und Pflege 2040“ wurden schon einige Felder klar umris-
19 sen:

20 1. **Digitalisierung zum Wohle der Menschen**

21 Auch wenn die einzelnen Erwartungen hinsichtlich der „Technik der Zukunft“ sehr unter-
22 schiedlich sind, ist klar, dass diese den Menschen dienen muss und keine neuen sozialen Un-
23 gleichheiten in der Versorgung schaffen darf. Ziel muss vielmehr ein besserer Zugang für alle
24 und die Überwindung von bestehenden ungleichen Gesundheitschancen durch neue Techno-
25 logien sein.

26

27 2. **Künftige Rolle des Staates**

28 In allen Diskussionen über die Zukunft zeichnet sich unter Sozialdemokrat*innen die klare
29 Erwartungshaltung ab, dass der Staat als Garant für gute Versorgung und Beschäftigung er-
30 heblich mehr direkte Verantwortung übernehmen muss.

31

32 3. **Profitorientierung im Gesundheitswesen**

33 Wie bereits im letzten Wahlprogramm betont und im aktuellen Koalitionsvertrag punktuell
34 angelegt, besteht eine drängende Aufgabe der Zukunft im Finden einer neuen Balance zwi-
35 schen notwendiger Wirtschaftlichkeit und Daseinsvorsorge. Eine Profitorientierung muss zu-
36 rückgedrängt werden, da sie versorgungs- und beschäftigungspolitische Ziele konterkariert.

37

38 4. **Zukunft der Beschäftigten**

39 Die ASG wirbt auf allen Ebenen weiter dafür, dass die weiter steigende volle Dramatik des
40 Fachkräftemangels politisch erfasst wird. Die Zukunft muss erheblich bessere und sicherere
41 Arbeitsplätze im Gesundheits- und Pflegewesen bieten. Mit Perspektive für die berufliche

1 und private Weiterentwicklung, damit die Beschäftigung über einen langen Zeitraum ausge-
2 übt werden kann, um gesund im Beruf alt zu werden.
3

4 **5. Zukunft des Sozialrechts**

5 Seit Bestehen der verschiedenen Sozialgesetzbücher zeigen sich an den Schnittstellen und
6 hinsichtlich Leistungsansprüchen für Anspruchsberechtigte Friktionen und Unklarheiten. Teil-
7 weise wird dem durch Koordinationsstrukturen (Pflegestützpunkte, Bürgerämter u.ä.) entge-
8 gengewirkt. Die ASG wird auch vertieft die Frage des direkten Zusammenführens von Sozial-
9 gesetzen betrachten und die Synchronisation von Leistungsansprüchen vorantreiben (z.B.
10 Teilhabe, Pflege, chronische Erkrankung).
11

12 **6. Träger der Kranken- und Pflegeversicherung**

13 Das historisch begründete, komplexe Verhältnis der Träger der Krankenversicherung und de-
14 ren Wettbewerb bzw. Koexistenz ist vielfach Gegenstand von nach vorne gerichteten Diskus-
15 sionen. Somit muss auch die Frage der Trägerschaft der Sozialversicherung weiter diskutiert
16 werden bis hin zur Frage einheitlicher Versicherungen.

17 Der ASG-Bundesvorstand wird die Themen weiter vertiefen und perspektivisch hin zur Beschlussreife
18 entwickeln. So bleibt gewährleistet, dass die ASG und die SPD zum Wohle der Bürger:innen *die* inno-
19 vative Kraft im Bereich der Sozialpolitik bleiben.
20

21 **Antrag L 02/ 8**

22
23 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
24 *ASG Bundesvorstand*

25
26 Adressaten: Parteivorstand der SPD, SPD-Bundestagsfraktion und Bundesregierung
27

28 (Angenommen in geänderter Fassung)
29

30 **Solidarische Bürgerversicherung**

31 **Den Aufbruch wagen - Gesundheitsversorgung sichern – Solidarität stärken**

32
33 Die Bundesdelegiertenkonferenz möge beschließen:

34 Parteivorstand der SPD, Bundestagsfraktion und Bundesregierung werden aufgefordert, die notwen-
35 digen Schritte zur Einführung einer Solidarischen (Bürger)-Versicherung im Gesundheitswesen zu un-
36 ternehmen.

37 Die jüngsten gesundheitspolitischen Vorhaben, die im Koalitionsvertrag als Aufbruch in eine moderne
38 sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik beschrieben sind, werden von der ASG aus-
39 drücklich begrüßt.

40 Das Ziel, den Aufbruch in eine moderne sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik, kann
41 aber nur erreicht werden, wenn erforderliche Gesundheits- und Pflegeleistungen unabhängig vom Ver-
42 sichertenstatus allen Menschen in Deutschland zur Verfügung stehen. Um alle - in der Stadt und auf

1 dem Land - gut zu versorgen und zu pflegen, ist eine Stärkung unseres solidarischen Krankenversiche-
2 rungssystems durch Einführung einer Bürgerversicherung unumgänglich.

3 Der Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP ist der Abschaffung des in Europa
4 einmaligen und kostspieligen dualen Systems von gesetzlicher und privater Krankenversicherung nicht
5 nähergekommen. Es fehlen die Visionen! Die Herausforderungen der
6 Digitalisierung, sowie die nachhaltige Verzahnung der Sektoren, der Fachkräftegewinnung und die
7 Überwindung des deutschen Weges zwischen gesetzlicher und privater Versicherung bleiben „bisher“
8 ungelöst. Der Koalitionsvertrag trifft hierzu keine Festlegungen.

9 Deutschland braucht die Bürgerversicherung

10 Die Bürgerversicherung ist eine zentrale Forderung der SPD und wird von einer deutlichen Mehrheit
11 der Bevölkerung unterstützt. Ihre Einführung ist jedoch ein komplexes Vorhaben, das nicht in einer
12 Legislaturperiode zu realisieren ist. Schlüsselfragen sind dabei als politische Schwerpunkte zu definie-
13 ren. Eine Ungleichbehandlung muss entfallen. „Willkürlich“ festgelegte Beitragsbemessungsgrenzen
14 sind ebenso abzuschaffen, wie die Frage wer gesetzlich und wer privat krankenversichert wird. Weder
15 Beschäftigungsverhältnis noch Einkommenshöhe sollen von Bedeutung sein. Beides hat mit der Logik
16 von privater oder gesetzlicher Krankenversicherung nichts zu tun.

17 Um mit Priorität den im Koalitionsvertrag vereinbarten Aufbruch zu gestalten, brauchen wir eine gesi-
18 cherte Versorgung und mehr Wahlfreiheit noch in dieser Legislaturperiode.

19 Sicherung der Versorgung

20 Wir haben in Deutschland eine sehr unterschiedliche Gesundheitsversorgung. Daher will die Koalition
21 gemeinsam mit den KV-en die Versorgung in unterversorgten Regionen sicherstellen. Dies wird aber
22 nur gelingen, wenn die heimliche Versorgungssteuerung beseitigt wird. Bislang gibt es die meisten
23 ärztlichen Niederlassungen dort, wo viele Privatpatient*innen wohnen. Dies betrifft sowohl einzelne
24 Stadtteile als auch große ländliche Bereiche. Solange für die gleiche Behandlung von Privatversicherten
25 mindestens das Doppelte bis Dreifache gegenüber gesetzlich Versicherten abgerechnet werden kann,
26 ist die ungleiche Versorgung nicht zu beseitigen. Dass Ärzt*innen in Regionen mit wenig Privatpati-
27 ent*innen mehr als doppelt so viel arbeiten müssen, um das gleiche Einkommen zu erzielen, ist unge-
28 recht.

29 Wir fordern daher eine Angleichung der ärztlichen Vergütungssysteme EBM und GOÄ. Sie ist danach
30 auszurichten, dass die Gesamtvergütung der niedergelassenen Ärzt*innen nicht geschmälert wird und
31 eine finanzielle Überlastung der GKV unterbleibt.

32 Wahlrechte stärken

33 Bereits vor 30 Jahren wurden die Wahlrechte der Versicherten in der GKV gestärkt. Zuvor gab es eine
34 strikte Zuordnung zu einer Krankenkasse. Wechselmöglichkeiten waren stark eingeschränkt und be-
35 standen bei Arbeiter*innen gar nicht. Ein Wechsel zwischen privaten Krankenversicherungen ist auf-
36 grund der begrenzten Mitnahme der Altersrückstellungen erschwert und zwischen PKV und GKV nur
37 in wenigen Ausnahmefällen möglich. Die Versicherungspflichtgrenze ordnet die Versicherten dem ei-
38 nen oder anderen System zu. Für bestimmte Statusgruppen, wie Beamt*innen, ist die gesetzliche Ver-
39 sicherung mit einer Verdoppelung der Beitragshöhe verbunden. Selbständige, die privat versichert
40 sind, können selbst mit geringen Einkünften nicht zur GKV wechseln und bleiben oft auf hohen Bei-
41 tragsschulden sitzen.

42 Es ist an der Zeit, jetzt den nächsten Schritt zu gehen und die Wahlrechte für alle zu stärken.

1 Wir fordern daher den Wechsel zwischen PKV und GKV ohne Altersbeschränkung und unberücksichtigt
2 von Einkommen und Status zu ermöglichen. Durch Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist
3 beim Wechsel von der PKV zur GKV die Mitgabe eines möglichst großen Teils der Altersrückstellung so
4 zu regeln, wie er beim Wechsel zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen erfol-
5 gen würde.

6 Für Beamt*innen, die von der Versicherungspflicht befreit sind, wird durch Änderung im SGB V zu Be-
7 ginn des Dienstverhältnisses ein Wahlrecht zwischen Beihilfe und Tragung des Arbeitgeberanteils der
8 Beiträge durch den Dienstherrn eingeführt und die freiwillige Versicherung ermöglicht.

9

10 **Antrag L 03/ 35**

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

13

14 Adressaten: SPD-Bundesparteitag, SPD-Bundestagsfraktion

15 (Überweisung als Material für den ASG Bundesvorstand und an die SPD-Bundestagsfraktion)

16

17

18 **Wende in der Gesundheitspolitik: Für ein gerechtes, nachhaltiges und barrierefreies Ge-** 19 **sundheitssystem**

20

21 Wir brauchen die Wende in der Gesundheitspolitik:

22 Für ein gerechtes, nachhaltiges und barrierefreies Gesundheitssystem

23 Aus der Krise lernen

24 Die COVID-19-Pandemie ist seit über zwei Jahren ein Dauerstresstest für unsere Gesellschaft und unser
25 Gesundheitssystem. Diese Herausforderung zeigt deutlich die große Bedeutung eines funktionieren-
26 den Gesundheitssystems, aber auch die Schwächen und Missstände, die unser gegenwärtiges System
27 hat, welches sich marktwirtschaftlichen Anreizen fügt und welches zu Lasten des überarbeiteten und
28 zum großen Teil unterbezahlten Personals ausgetragen wird. Sie zeigt die große Rolle des öffentlichen
29 Gesundheitsdienstes und einer vorausschauenden und koordinierten Krankenhausplanung und dass
30 ersteres unterfinanziert und zweiteres von vielen Bundesländern zu wenig wahrgenommen wurde. Sie
31 zeigt einerseits die Grenzen des nationalen Handels, da ein Virus keine nationalen Grenzen beachtet,
32 andererseits auch die Abhängigkeit von internationalen Wirtschaftszusammenhängen.

33 Wir wollen die richtigen Konsequenzen aus der Pandemie ziehen und unser Gesundheitssystem nach-
34 haltig reformieren, um es resilienter, gerechter und niedrigschwelliger zu machen, sodass eine gute
35 medizinische Versorgung für alle Menschen gewährleistet ist. Wir werden die Pandemie nur mit einer
36 internationalen Kampagne, mit Zusammenhalt und nachhaltigen Maßnahmen dauerhaft in den Griff
37 bekommen.

38 Nun haben wir die Pandemie noch nicht überwunden und Europa befindet sich in einer nächsten Krise:
39 Der Krieg in der Ukraine wird viele Geflüchtete mit Traumata zu uns bringen. Das Gesundheitssystem

1 unseres reichen Landes muss für solche Krisen gewappnet sein, sowohl in der unbürokratischen Erst-
2 versorgung als auch in der dauerhaften Eingliederung der ankommenden Menschen in unser Sozial-
3 system. Frieden ist eine Grundvoraussetzung für Gesundheit, deshalb setzen wir uns selbstverständlich
4 als Partei weiter für den Frieden ein.

5 Nach den Erfahrungen aus der Covid-19-Pandemie ist eine grundlegende Reform des deutschen Ge-
6 sundheitswesens unverzichtbar. Es gibt viel zu tun. Wir Sozialdemokrat*innen werden uns dafür stark
7 machen, dass es ein stabiles, zukunftssicheres und gutes Gesundheitssystem flächendeckend für alle
8 Menschen gibt, bürgernah und solidarisch; denn: Gute Gesundheitsversorgung ist Pflichtaufgabe für
9 jede politische Ebene!

10 Die SPD setzt sich für eine grundlegende Reform des Gesundheitswesens mit folgenden Punkten ein:

11 1. Gesundheitspolitik ist eine zentrale öffentliche Aufgabe, Privatisierung muss gestoppt werden

12 Das gesamte Gesundheitswesen steht vor enormen Herausforderungen. Nicht nur ausreichend Infra-
13 struktur der Gesundheitsversorgung wohnortnah für alle Menschen zur Verfügung zu stellen, sondern
14 auch gesundheitliche Aufklärung und Prävention nachhaltig zu verankern, muss durch das Gesund-
15 heitssystem gewährleistet werden. Das geht nur, wenn wir Gesundheitspolitik als zentrale öffentliche
16 Aufgabe verstehen.

17 Das Gesundheitswesen wurde jedoch in den letzten Jahrzehnten immer mehr dem Wettbewerb des
18 freien Marktes überlassen. Die öffentliche Hand wurde zunehmend aus der grundgesetzlichen Verant-
19 wortung für die öffentliche Daseinsvorsorge zurückgedrängt. Dies war ein Fehler und wir Sozialdemo-
20 krat*innen wollen dieser Entwicklung Einhalt gebieten. Gesundheitspolitik darf nicht nach Kassenlage
21 gemacht werden!

22 Die Pandemie hat sehr deutlich gezeigt, wie wichtig es ist, dass die öffentliche Hand im Gesundheits-
23 wesen eine zentrale und steuernde Rolle hat. Die öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser
24 übernehmen dabei Verantwortung für eine hochwertige medizinische Versorgung und sind eine wich-
25 tige Säule im Gesundheitswesen. Der massenhafte Verkauf von Kliniken und anderen medizinischen
26 Einrichtungen an private Unternehmen und Konzerne war ein großer Fehler, der am besten rückgängig
27 gemacht werden sollte. Wir stellen uns daher entschieden gegen eine weitere Privatisierung von Kran-
28 kenhäusern!

29 Im Bereich der Daseinsvorsorge dürfen dividendengetriebenen Klinikkonzernen keine Steuerungsfunktion
30 überlassen werden. Gesundheit ist für uns Sozialdemokrat*innen keine Ware und dient nicht der Ge-
31 winnmaximierung. Es muss durch Bundesgesetze geregelt werden, dass die erzielten Gewinne aus So-
32 zialversicherungsbeiträgen dem Versorgungssystem nicht entzogen werden dürfen.

33 Die Pandemie hat die ohnehin schon schwierige Lage der Krankenhäuser weiter verschärft. Viele Kran-
34 kenhäuser sind in einer prekären wirtschaftlichen Lage und schreiben kontinuierlich Verluste. Die
35 Landkreise und Kreisfreien Städte haben den Sicherstellungsauftrag und müssen die Kranken-
36 häuser bislang in erheblichem Maße finanziell unterstützen, da die Bundesländer die gesetzliche Pflicht
37 zur Finanzierung der Investitionen in den Krankenhäusern vernachlässigen. Die von den Ländern getä-
38 tigten Investitionsmittel waren insgesamt nicht ausreichend. Dies hat zu einem hohen Investitionsstau
39 geführt und in manchen Häusern zu erheblichen Defiziten, da Investitionen aus dem laufenden Betrieb
40 finanziert werden musste. Dieser Zustand ist für uns nicht akzeptabel. Zentral ist, dass eine dauerhafte
41 und krisensichere Finanzierung für die kommunalen und freigemeinnützigen Krankenhäuser zukünftig
42 gewährleistet wird.

43 Wir fordern die Bundesländer auf, gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz endlich und vollständig aus
44 originären Landesmitteln die Investitionen für die öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser

1 zu erstatten. Wir Sozialdemokrat*innen halten eine dauerhafte und deutliche Aufstockung der origi-
2 nären Landesmittel für die Krankenhausfinanzierung für unverzichtbar.

3 Für das gesamte Angebot an Infrastruktur im Gesundheitswesen ist gerade in der Fläche eine stabili-
4 sierende Funktion der öffentlichen Hand nötig. Medizinische Versorgungszentren aus Zusammen-
5 schlüssen von Ärzten stellen genauso wie einzelne Praxen eine wichtige Säule im medizinischen Ange-
6 bot dar. Wichtig ist genauso wie im Klinikbetrieb, dass die MVZ nicht von den Konzernen, die auch
7 Kliniken betreiben, als reine Zuweisungspraxis genutzt werden. Auch für die Medizinischen Versor-
8 gungszentren gilt, dass sie nicht nach dem reinen Leitmotiv der Gewinnmaximierung und Gewinnab-
9 schöpfung betrieben werden dürfen. Wir wollen Kommunen, die selbst Ärzt*innenhäuser und MVZs
10 betreiben wollen, mit Landes- und Bundesmitteln unterstützen.

11 Die Aufgaben der öffentlichen Hand bestehen dabei nicht nur darin, die Krankenhausstandorte zu si-
12 chern, sondern auch darin, ein verzahntes System aller Angebote im Gesundheitswesen herzustellen.
13 Dazu gehört für uns die sektorenübergreifende Versorgung, genauso wie die Aufhebung der strikten
14 Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die Versorgungsstruktur muss angepasst
15 an die regional unterschiedlichen Bedarfe sein, denn nur so kann es in der Fläche gewährleistet wer-
16 den.

17 Neben dem Erhalt von Kliniken in öffentlicher Hand fordern wir ein umfassendes Rekommunalisie-
18 rungsprogramm für alle Kliniken, die ursprünglich in kommunaler Trägerschaft waren sowie die Ent-
19 lastung der Kommunen bei den Zuschüssen für kommunale Kliniken. Keine Gebietskörperschaft in
20 Deutschland darf durch angespannte Haushaltslagen zum Verkauf eigener Klinikbetriebe gezwungen
21 werden. Ein unbürokratisches und wirksames Unterstützungsprogramm, aus Haushaltsmitteln des
22 Landes, hat die notwendige Entlastung sicher zu stellen.

23 Wir Sozialdemokrat*innen setzen uns dafür ein, dass es überall ein auf die jeweilige Region abge-
24 stimmtes Konzept zur Gesundheitsversorgung erstellt und regelmäßig überprüft wird. Notwendig sind
25 eine vollständige Überarbeitung der Bedarfsbemessung, Kooperationen im Gesundheitsbereich, mehr
26 Einfluss für die Kommunen, Gesundheitszentren/Nahversorgungszentren, Einsatz von besonders ge-
27 schulten Pflege-fachkräften sowie E-Health, aber auch Motivation und Qualifikation der Studierenden
28 in der Medizin, um sie für unterversorgte Regionen zu gewinnen.

29 2. Gerechte Verteilung der Kosten und richtige Konsequenzen aus der Krise

30 Die Lasten und Kosten der Krise mussten Viele tragen. Wir fordern eine gerechte Finanzierung und
31 Umverteilung. Krankenhäuser und Praxen, die massenhaft Hygieneschutzartikel vorhalten, die elektive
32 Eingriffe verschieben mussten, neue, insbesondere Intensiv-, Isolations- und Beatmungskapazitäten
33 geschaffen haben, Betten freihalten und COVID-bedingte Dienstauffälle kompensieren mussten, be-
34 nötigen eine vollständige Refinanzierung dieser Aufwendungen. Auch die Alten- und Pflegeheime, die
35 Reha-Kliniken, die Psychiatrischen Krankenhäuser, die Geburtshäuser sowie ambulanten medizini-
36 schen Angebote hatten erhebliche Mehraufwendungen und benötigen entsprechende Unterstützung.

37 Der Rettungsschirm des Bundes war hierzu ein erster Aufschlag, darf aber nicht die einzige Hilfe blei-
38 ben. Auch ist die Pandemie noch nicht vorbei, die Finanzierung darf nicht ständig nur kurzfristig befris-
39 tet sein.

40 Gerade im Gesundheitswesen gibt es keine großen Rücklagen oder Gewinne aus der Vergangenheit,
41 so dass die Zahlen aus 2019 eine gute Grundlage für die Berechnung der notwendigen Ausgleichszah-
42 lungen sind. Wir benötigen eine Garantie für alle, die hier schnell und unkompliziert in Vorlage getre-
43 ten sind. Kliniken brauchen hier Planungssicherheit.

1 Ausgleichszahlungen die quartalsweise in Frage gestellt werden ist keine Arbeitsgrund-lage. Es ist wei-
2 terhin nötig, damit Angebote wie im Reha-Bereich oder für psychisch-krank Menschen jetzt nicht in
3 eine finanzielle Schieflage geraten und dadurch bedroht sind.

4 Durch Lockdowns, Arbeitslosigkeit und soziale Isolation ist die psychische Belastung vieler Menschen
5 gestiegen und es gibt eine deutliche Erhöhung von psychiatrischen Erkrankungen von Erwachsenen
6 und auch Kindern. Hier benötigen wir unbedingt eine flächendeckende, ausreichende Versorgung, das
7 bedeutet eine deutliche Aufstockung des aktuellen Bestands.

8 Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) war in dieser Krise mehr belastet als je zuvor und kam seinen
9 Aufgaben aufgrund der jahrelangen Mittel- und Personalkürzungen kaum hinterher. Der ÖGD ist eine
10 unverzichtbare Säule des Gesundheitssystems und muss krisensicher gestärkt und mit mehr Kompe-
11 tenzen und Mittel für die Krankheits-prävention und Gesundheitsförderung ausgestattet werden. Der
12 Pakt für den ÖGD ist hier ein guter Anfang – hier muss jetzt eine gute Umsetzung und nachhaltige
13 Finanzierung erfolgen. Das Präventionsgesetz jedoch muss ergänzt und erneuert werden und darf
14 nicht, wie bisher nur in Einzelprojekten von Krankenkassen resultieren, sondern muss eine bundes-
15 weite (New) Public Health-Strategie in den Blick nehmen mit Präventionsstrukturen über alle politi-
16 schen Ebenen und Regionen.

17 Die Pharmaindustrie wurde für die schnelle Entwicklung von Impfstoffen enorm subventioniert. Trotz-
18 dem hat die Bundesregierung erneut viel Geld für den Erwerb der Impfstoffe und ein drittes Mal für
19 die europäische Initiative Covax, die die gerechte Verteilung des Impfstoffes ermöglichen soll, bezahlt.
20 Unternehmen dürfen aus der Krise nicht mit öffentlichen Gelder solche Gewinne abschöpfen. In künf-
21 tigen Verträgen muss festgelegt werden, dass mit Investitionssummen auch ein Anspruch der Regie-
22 rung auf den Erwerb des Impfstoffes besteht.

23 Insgesamt müssen die Bundesregierung und Landesregierungen dafür sorgen, dass die Kosten der Krise
24 am stärksten auf starke Schultern verteilt wird. Da in der Krise die Schere zwischen Arm und Reich
25 weiter wuchs, muss der Staat hier als umverteilende Steuerungsmacht agieren. Armut korreliert stark
26 mit schlechter Gesundheit und muss auch in dieser Hinsicht mit allen staatlichen Mitteln bekämpft
27 werden.

28 Für ein gutes Krisenmanagement ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Politik
29 notwendig, ohne die jeweilige Unabhängigkeit zu verlieren. In einer Pandemie, wie wir sie erleben,
30 muss frühzeitig ein Krisenstab gegründet werden, der sich über die aktuelle Lage berät, Votumen aus-
31 spricht und insbesondere die Bevölkerung unabhängig und wissenschaftlich fundiert informiert. Hier
32 müssen neben den naturwissenschaftlichen Sparten auch die Geisteswissenschaften sowie Vertre-
33 ter*innen für Kinder, Jugendliche und ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen vertreten
34 sein.

35 Wir haben in der Krise feststellen müssen, dass wir uns bei systemrelevanter Infrastruktur und Waren,
36 wie Medikamenten und Hygieneartikeln, nicht auf internationale Wirtschaftsströme verlassen können.
37 Die Bundesregierung und Landesregierungen müssen einen Warenkorb an unerlässlich notwendigen
38 Waren erstellen, die in einer Krise benötigt und wenn möglich im Inland oder zumindest der EU her-
39 gestellt werden. Deutschland kann hier gezielt Unternehmen anwerben und attraktive Standorte für
40 Schlüsselindustrien werben.

41 3. Stärkung des Personals und Steigerung der Attraktivität der Berufe im Gesundheitswesen

42 Zu den Lehren aus der Pandemie gehört auch, dass das deutsche Gesundheitssystem besser vorberei-
43 tet war als viele andere in der Welt. Das System wird allerdings getragen von unterbezahlten und über-
44 arbeiteten Menschen und wird, wenn der Staat nicht gezielt dagegen steuert, mehr und mehr nach

1 wirtschaftlichen und finanziellen Anreizen gesteuert, zu Lasten dieser „systemrelevanten“ Beschäftig-
2 ten. Im Zuge der Krise wurde zumindest gesellschaftlich abstrakt eine entsprechende Wertschätzung
3 endlich sichtbar. Diese Anerkennung muss nun auch hinsichtlich der Arbeitsbedingungen und Bezah-
4 lung Rechnung getragen werden.

5 Im Gesundheitssystem fehlt ausreichend Personal. Trotz der Aufstockung um 46.000 ärztliche Vollzeit-
6 stellen im Zeitraum von 2002 bis 2017 in Deutschland, der gleichzeitigen Schließung von Klinikstand-
7 orten, ist es offenbar nicht gelungen, im Klinikalltag eine gute Balance herzustellen, wurde doch gleich-
8 zeitig bei den Pflegekräften massiv gespart. Im Saldo fehlen mehr als 100.000 Pflegekräfte. Das liegt
9 zum großen Teil daran, dass der Pflegeberuf mit seinen harten Arbeitsbedingungen, Schichtarbeit und
10 nur mittelmäßiger Bezahlung für einen Fachberuf nicht attraktiv genug ist. Um mehr Auszubildende
11 und auch Quereinsteiger*innen für diesen Beruf und bereits ausgebildete Pflegekräfte zurück zu ge-
12 winnen gilt es nicht nur die Wertschätzung zu zeigen, sondern diese auch in konkret verbesserte Ar-
13beitsbedingungen und bessere Bezahlung umzusetzen. Es wird daher ein Gesamtkonzept zur Stärkung
14 der Pflege benötigt. Hierzu fordern wir folgende Maßnahmen:

15 Wir fordern Personalmindeststandards in Form eines allgemeinverbindlichen gesetzlich implementier-
16 ten Personalschlüssels für alle bettenführenden Stationen und Funktions-abteilungen in Krankenhäu-
17 sern und Pflegebetrieben, um die Arbeitsbelastung und den Stress zu reduzieren und der Arbeit am
18 Patient*innenbett gerecht zu werden. Als Orientierung muss dabei ein pflegewissenschaftlich fundier-
19 tes Personalbemessungs-instrument verwendet werden, dass sich beispielsweise an der bewährten
20 Pflegepersonal-Regelung (PPR 2.0) orientiert. Bei einer Unterschreitung der Schlüssel müssen Konse-
21 quenzen in der Form von Betten- oder Stationsschließungen folgen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass
22 die am 11. Oktober 2018 in Kraft getretene Verordnung zu Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV) nicht
23 ausreichend ist, da sie lediglich für vier pflegeintensive Klinikbereiche gilt und dadurch gefährliche Ver-
24 lagerungsdynamiken des Klinikpersonals verursacht. Darüber hinaus orientieren sich die Personalun-
25 tergrenzen willkürlich ohne sachliche Begründung an den unteren 25% der Kliniken mit der schlech-
26 testen Personalausstattung, was dazu führt, dass nur das Viertel der Krankenhäuser mit der schlech-
27 testen Personalausstattung nachbessern muss, bis es das Personalniveau des zweitschlechtesten Vier-
28 tels der Kliniken erreicht hat.

29 Für eine grundlegende Verbesserung der Arbeitsbedingungen innerhalb der Gesundheitsbranche be-
30 nötigt es gesetzlich festgelegte und gezielt an die jeweiligen Berufe des Gesundheitswesens ange-
31 passte Überstunden-, Pausen- und Schichtdienstregelungen. Die Schichtdienstpläne müssen ausrei-
32 chend früh bekannt und verlässlich sein.

33 Wir wollen generell eine schrittweise Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit bei vollem Lohnaus-
34 gleich und dies insbesondere im Gesundheitssektor zur Attraktivitäts-steigerung der systemrelevanten
35 Berufe umsetzen. Jegliche Aufweichung der Arbeits- und Ruhezeitregelung, auch in Krisenzeiten, ist
36 nicht hinnehmbar. Die Einhaltung von Arbeitsrecht, Arbeitsschutz und Arbeitszeiten muss besser kon-
37 trolliert und die Betriebsräte hier gestärkt werden.

38 24-Stunden Schichten für Ärzt*innen sind nicht mehr zeitgemäß und dürfen nur in Ausnahmefällen für
39 Bereitschaftsdienste mit <30 % Arbeitszeit genehmigt werden. Für über 8 Stunden hinausgehende
40 Dienste und Dienste am Wochenende muss es im gleichen Monat ausgleichende freie Tage geben. Es
41 darf nicht mehr sein, dass Ärzt*innen regelhaft mit weit über 50 Wochenarbeitsstunden eingeplant
42 werden, wie es aktuell häufig der Fall ist.

43 Die Rahmenbedingungen für die Angestellten im Gesundheitssystem müssen verbessert werden, z.B.
44 durch passend zu den Arbeitszeiten Angebote an Kita-Plätzen, grundsätzlich familienfreundliche Ar-
45beitszeitmodelle, Jobticket und Betriebswohnungen.

1 Außerdem sind Arbeitgeber*innen zur Entwicklung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderungsprogramme zu verpflichten.
2

3 Das Klinikpersonal muss in seiner verpflichtenden Dokumentationstätigkeit zum Beispiel durch intelligente Digitalisierung oder der Einstellung von Dokumentationskräften entlastet werden.
4

5 Wir fordern das abschlagsfreie Renteneintrittsalter für Pflegekräfte, die mehr als 25 Jahre im Schichtdienst gearbeitet haben auf 60 Jahre abzusenken und bei mehr als 30 Jahren auf 55 Jahre sowie bei 35 Jahren auf 50 Jahre. Darüber hinaus müssen alternative Arbeitszeitmodelle entwickelt werden, die es Pflegekräften ab dem 50 Lebensjahr erlauben abschlagsfrei aus dem Schichtmodell auszusteigen und in Tagdienstmodelle zu wechseln.
6
7
8
9

10 Wir unterstützen die Implementierung eines einheitlichen Tarifvertrages für die Kranken- und Altenpflege, der sukzessive auf alle Berufsgruppen des Gesundheitswesens auszuweiten ist. Wir setzen uns ein für eine angemessene, bundesweite Erhöhung des Mindestlohns für Pflegehilfskräfte. Denkbar ist auch den Urlaubsanspruch um einen Tag pro Arbeitsmonat zu erhöhen. Die Vergütung der Beschäftigten im Gesundheitssystem muss deren tragender gesellschaftlicher Rolle gerecht werden. Außerdem braucht es eine angemessene tarifliche Ausbildungsvergütung in allen Berufen des Gesundheitswesens. Damit ist der berufsbedingten Benachteiligung der Pflegekräfte hinsichtlich des Streikrechts entgegenzuwirken. Geeignete Maßnahmen zur Erhöhung des gewerkschaftlichem Organisationsgrades und einer besseren Wahrnehmung des Streikrechts sind zu entwickeln. Durch Stärkung der Betriebsräte und Gewerkschaften wird die Mitbestimmung der Pflegenden gestärkt.
11
12
13
14
15
16
17
18
19

20 Um dem Ärzt*innenmangel, der insbesondere in ländlichen Regionen besteht, entgegenzuwirken, müssen auch im ambulanten Bereich attraktivere Arbeitszeiten, Sicherheiten und mehr Flexibilität geschaffen werden. Hier müssen Modelle von öffentlichen MVZs mit Festanstellung und alternativen Strukturen gefördert und evaluiert werden.
21
22
23

24 Eine zukunftsorientierte Ausgestaltung aller Ausbildungen der Gesundheitsfachberufe, unter Berücksichtigung des digitalen Wandels mit deutschlandweit einheitlichen Lehrplänen. Die Zusammenführung der Ausbildungsberufe in der Alten-, Kinder- und Krankenpflege hat hier zu keiner Verbesserung der aktuellen Situation geführt. Sie schließt weder die Versorgungslücke noch führt diese Reform zu einer gesteigerten Wertschätzung oder Verbesserung der Arbeitsbedingungen.
25
26
27
28

29 Auch die anderen Gesundheitsfachberufe Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Hebammen benötigen eine stärkere Wertschätzung und deutliche Lohnsteigerungen. Die im Eckpunktepapier der Bund-Länder-Gruppe beschlossene Abschaffung des Schulgeldes, Ausbildungsvergütung, Modernisierung und Vereinheitlichung der Berufsgesetze und Ausbildungs- sowie Prüfungsverordnungen und Akademisierung sind hier erste richtige Schritte.
30
31
32
33

34 Wir wollen in Krankenhäusern bundesweit die Anstellung von Stationsapotheker*innen nach niedersächsischem Vorbild einführen. Diese beraten das ärztliche Personal in Fragen der medikamentösen Therapie und sind federführend für die Durchführung verantwortlich. Dies ist auch als Kooperation zwischen Apotheken und insbesondere kleineren Krankenhäusern möglich. Das entlastet das Pflegepersonal, welches oft Aufgaben in diesem Bereich delegiert bekommt. Zusätzlich erhöht sich die Patient*innensicherheit durch verstärkte Nutzung pharmazeutischer Expertise.
35
36
37
38
39

40 Für eine praxisorientiertere Qualitätssicherung im Gesundheitswesen ist die staatliche Überprüfung des pflegerischen und gesundheitlichen Standards notwendig. Dieser muss zeitgemäß auf den aktuellen wissenschaftlichen Stand angepasst und umgesetzt werden.
41
42

1 Gesetzliche Vorgaben zur regelmäßigen Teilnahme an Fortbildungen und Möglichkeiten der weiter-
2 führenden beruflichen Qualifikation des Pflegefachpersonals durch den Arbeitgeber sind zu beschlie-
3 ßen. Die besuchten Fortbildungsmaßnahmen gelten als Arbeitszeit.

4 Wir Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten möchten auch den Einstieg für Quereinsteiger*innen
5 erleichtern und entsprechend ein Programm für Rückkehrer*innen implementieren. Viele Menschen
6 haben den Pflegeberuf gelernt, aber nach einigen Jahren den Beruf gewechselt. Auch diese Personen
7 möchten wir zurückgewinnen.

8 4. Flächendeckende gute medizinische Grundversorgung

9 Gute medizinische Grundversorgung gehört zur Daseinsvorsorge, daher muss es überall eine wohnor-
10 tnahe gute Versorgung geben. Leider gibt es gerade in der Fläche immer mehr Versorgungslücken. Wir
11 Sozialdemokrat*innen setzen uns für gleichwertige Lebensverhältnisse aller Menschen ein.

12 Die Bundesländer sind gemeinsam mit den Landkreisen und kreisfreien Städten verantwortlich eine
13 flächendeckende und bedarfsorientierte Krankenhausversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.
14 Dieses Ziel, die flächendeckende Funktionsfähigkeit der Krankenhäuser, hat oberste Priorität und ist
15 von zentraler Bedeutung. Daher ist in der Fläche eine andere Versorgung nötig, als in der Großstadt.
16 Damit dies dauerhaft sichergestellt werden kann, schlagen wir umfangreiche Maßnahmen vor.

17 Eine Schließung von Krankenhäusern, insbesondere auf dem Land, führt zu einem Rückzug der Ge-
18 meinschaft, unseres Staates, und schadet der Attraktivität des Landlebens. Viele Menschen wollen auf
19 dem Land leben, auch im höheren Alter. Daher braucht es neben den Krankenhäusern im ländlichen
20 Bereich auch eine ausreichende Versorgung durch medizinische Versorgungszentren. Nur so kann auch
21 das Versprechen, gleichwertige Lebensverhältnisse in Stadt und Land zu schaffen, erfüllt werden. Wir
22 lehnen die Schließung von Krankenhäusern vehement ab, wenn dadurch keine ausreichende wohnor-
23 tnahe medizinische Grundversorgung mehr gewährleistet ist. Hier ist eine sinnvolle Krankenhauspla-
24 nung notwendig, welche die Landesregierungen bisher nicht ausreichend vollzogen haben.

25 Die zentrale Rolle der Hausärztin oder des Hausarztes hat sich im Laufe der Zeit geändert: Die meisten
26 Jungmediziner*innen sind nicht bereit 24/7 erreichbar zu sein. Schnelle und professionelle Beratung
27 kann auch in einem Netzwerk oder in gesonderten Anlaufstellen für die Randzeiten organisiert werden
28 und so für eine Entlastung der Hausärzt*innen vor Ort führen und damit die Praxen stabilisieren.

29 Ein Aufbauprogramm des Gesundheitswesens muss dabei auch ein flächendeckendes ambulantes An-
30 gebot an Haus- und Fachärzt*innen dauerhaft sicherstellen. Dies wird eine immer größere Herausfor-
31 derung und zeigt aktuell schon die Grenzen der Möglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigung.

32 Dort, wo Hausärzt*innen die flächendeckende Versorgung nicht gewährleisten können, sollen in Zu-
33 kunft mit einem regional abgestimmten Konzept der Gemeindepflegekraft ergänzt werden. Wenn dies
34 dann noch gut an das regionale Krankenhaus angebunden ist, ist ein flächendeckendes gutes Angebot
35 auch in Zukunft möglich. Ein gutes Quartiersmanagement mit einer Orientierung an der gesundheitli-
36 chen Versorgung ist ergänzend eine gute Möglichkeit für die Menschen vor Ort. Die Gemeindepflege-
37 kraft kann in das Quartiersmanagement eingebunden werden und so auch die notwendige mobile Ver-
38 sorgung koordinieren. Dazu gehört auch das aktive Nachfragen, wenn sich jemand im Quartal nicht
39 meldet.

40 Eine zentrale Anlaufstelle kann dabei in Zukunft auch die Apotheke vor Ort sein. Die Apotheke und das
41 Fachpersonal dort haben ein großes Wissen, was ohne große Schwellen genutzt werden. Jetzt in der
42 Impfkampagne wurden die Apotheken bereits einbezogen, dies ist noch in anderen Fällen, wie z. B.
43 Verbandswechsel, Ernährungsberatung etc. möglich.

1 Für eine wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln gehört für uns ein klares Be-
2 kenntnis zur Apotheke vor Ort. Während der Pandemie haben die Apotheker*innen gezeigt, welch
3 wertvollen Beitrag sie leisten: Unter anderem die Herstellung von Desinfektionsmitteln bei Liefereng-
4 pässen, die Durchführung von Antigenschnell-tests und die Ausstellung von Impfzertifikaten wurden
5 erfolgreich und schnell neben der Alltagsarbeit implementiert. Auch sind die Apotheken niedrigschwel-
6 lige Anlaufstellen für Gesundheitsfragen. Die persönliche Beratung in Verbindung mit schneller Ver-
7 sorgung auch nachts und am Wochenende stellt eine unverzichtbare Säule im Gesundheitsnetzwerk in
8 Stadt und Land dar. Die Kompetenz der Apotheker*innen als Fachleute für Arzneimittel muss in Zu-
9 kunft stärker genutzt werden, gerade in einer immer älter werdenden Gesellschaft, die häufig mit Mul-
10 timedikation zu kämpfen hat. Eine bessere pharmazeutische Betreuung und eine engere Kooperation
11 zwischen Ärzt*innen und Apotheker*innen erhöht die Patientensicherheit und spart Kosten durch eine
12 besser abgestimmte Medikation. Die von der SPD unterstützten pharmazeutischen Dienstleistungen,
13 die ab 2022 von der Krankenversicherung finanziert werden können, sind dabei ein Schritt in die rich-
14 tige Richtung und sollen ausgebaut werden.

15 Wir setzen uns aus diesen Gründen für eine Stärkung der Vor-Ort-Apotheke gegenüber den anonymen
16 Versandapotheken ein, zumal diese oft Großkonzerne aus dem Ausland sind, die sich an Beiträgen aus
17 dem Solidarsystem bereichern, ohne vor Ort den gleichen Mehrwert zu bieten.

18 Wichtig dabei ist, dass vor Ort die Quartiere und die Versorgungsgebiete bestimmt werden. Entschei-
19 dend ist, dass die Entfernung für bestimmte Bereiche, wie z.B. zum/zur Hausärzt*in, zur Apotheke,
20 zum Allgemeinkrankenhaus, zum/zur Fachärzt*in etc. bestimmt werden. Dies muss einheitlich geregelt
21 werden. Der Zugang zur medizinischen Grundversorgung muss in 30 Minuten für jeden erreichbar sein.

22 Es braucht neben den Krankenhäusern für die stationäre Versorgung im ländlichen Bereich auch eine
23 ausreichende ambulante Versorgung. Wir wollen den Aufbau von medizinischen Versorgungszentren
24 unterstützen und uns dafür auf Landesebene einsetzen. Gerade damit es ein gutes flächendeckendes
25 Angebot gibt, stärken wir Gemeinschafts-praxen und medizinische Versorgungszentren, die von einem
26 Landkreis, einer Gemeinde oder einem anderen öffentlichen Träger geführt werden. Hierfür ist eine
27 Anschubfinanzierung vom Land nötig. Selbstverständlich ist für uns Sozialdemokrat*innen, dass auch
28 in den Medizinischen Versorgungszentren es eine tarifliche Bezahlung der Mitarbeiter*innen geben
29 muss. So können Versorgungslücken entgegengewirkt werden und Jungmediziner*innen müssen nicht
30 das Risiko der Selbstständigkeit aufnehmen, wenn sie sich in ländlichen Gebieten niederlassen wollen.

31 Wir Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten unterstützen jede Region, jede Kommune und jeden
32 Landkreis, die Modelle für ein gutes und abgestimmtes medizinisches Angebot vor Ort entwickeln und
33 in kommunaler Hand führen. So können auch dort wohnortnah Versorgungslücken geschlossen wer-
34 den, wenn die KV immer mehr Schwierigkeiten hat die Versorgung sicherzustellen. Dabei unterstützen
35 wir auch Modelle, die die strikte Trennung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung aufheben
36 und so Versorgungslücken wieder geschlossen werden. Die Kassenärztliche Vereinigung, die ihren Ver-
37 sorgungsauftrag nicht gerecht wird, hat die Kosten hierfür zu übernehmen. Hier sind die Länder ge-
38 fragt, das mit einem guten Controlling die Versorgungslücken festzustellen. In Absprache mit den Land-
39 kreisen und Kreisfreien Städten werden z. B. die örtlichen Krankenhäuser beauftragt die Versorgungs-
40 lücken zu schließen. Die KV wird durch das Land zur Finanzierung dessen verpflichtet.

41 Dabei ist eine Weiterentwicklung der bestehenden Krankenhausstrukturen sicher sinnvoll, um sowohl
42 die Zusammenarbeit einzelner Kliniken und die sektorübergreifende bzw. sektorfreie Arbeit zu för-
43 dern.

44 5. Abschaffung der Fallpauschalen und der finanziellen Anreize im System

1 Bei der Versorgung von Patient*innen ist deren Gesundheit und Sicherheit das höchste Gut. Dies darf
2 nicht aufgrund von finanzieller Fehlanreize oder marktwirtschaftlichen Steuerungen gefährdet wer-
3 den. Dies und die zusätzliche Einteilung in gesetzlich und privat Krankenversicherte sorgt aber seit
4 Jahrzehnten für genau diese Fehlanreize zulasten der Patient*innen. Das Abrechnungssystem der Fall-
5 pauschalen über DRGs (Diagnosis Related Groups, Diagnosebezogene Fallgruppen) muss deshalb ab-
6 geschafft werden, die kaufmännische motivierte Fixierung auf erzeugte Behandlungsfälle muss durch-
7 brochen werden. Die Herausnahme der Pflegepersonalkosten erster richtiger Schritt.

8 Die SPD setzt sich dafür ein, dass das gesamte Finanzierungssystem der stationären Versorgung
9 schnellsten und grundlegend reformiert wird, damit auch dauerhaft eine gute medizinische Versor-
10 gung gewährleistet werden kann. Das System befand sich schon vor der Pandemie in manchen Berei-
11 chen kurz vor dem finanziellen Kollaps und wurde nur durch die Ausbeutung der überarbeiteten Be-
12 schäftigten im Gesundheitssektor getragen.

13 Anstelle der Fallpauschalen (DRGs) muss ein bedarfsgerechtes Kostendeckungsprinzip eingeführt wer-
14 den und somit die Unterfinanzierung der Krankenhäuser beendet werden. Bei wirtschaftlicher Be-
15 triebführung entstandene Kosten müssen vollständig gedeckt werden. Durch die ausbleibenden Fehl-
16 anreize werden dann die im System zur Verfügung stehenden Mittel sinnvoll und bedarfsgerecht aus-
17 gegeben.

18 Die SPD setzt sich dafür ein, dass eine Expertenkommission bestehend aus Gewerkschaftsvertreter*in-
19 nen, Öffentlicher Hand, der Liga der Wohlfahrtsverbände, Vertreter*innen der Krankenkassen und
20 Vertreter*innen aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen innerhalb von zwei Jahren ein alternatives
21 Finanzierungssystem erarbeitet.

22 Strukturentscheidungen (Schließung von Krankenhäusern oder Betten und Privatisierungen) dürfen
23 nicht über finanzielle Steuerungsmechanismen entschieden werden, sondern über am Bedarf orien-
24 tierte Sachentscheidungen. Steuerungsinstrumente wie Pay for Performance oder Selektivverträge
25 sollen gesetzlich untersagt werden. Am Prinzip der dualen Finanzierung (laufende Kosten durch die
26 Kassen, Investitionen durch die Länder) ist festzuhalten. Die Investitionsmittel müssen jedoch im Sinne
27 des Abbaus des bestehenden Investitionsstaus, des Erhalts und der Modernisierung der bestehenden
28 Infrastruktur deutlich erhöht werden. Zudem ist eine gesetzlich bindende Investitionsquote einzufüh-
29 ren, die für alle Länder gleichermaßen Geltung hat.

30 Im Bereich der Daseinsvorsorge dürfen dividendengetriebene Klinikkonzerne keine Steuerungsfunk-
31 tion besitzen. Daher muss aus unserer Sicht geregelt werden, dass die erzielten Gewinne aus Sozial-
32 versicherungsbeiträgen dem Versorgungssystem nicht entzogen werden.

33 6. Digitalisierung im Gesundheitswesen

34 Corona und die Kontaktbeschränkungen haben den digitalen Wandel im Gesundheitswesen, der be-
35 reits vor der Pandemie begonnen hat, vorangetrieben. Dies kann zu einer Ressourcenoptimierung und
36 zu einer Qualitätssteigerung führen. Der Schutz der intimen gesundheitsbezogenen Daten muss hier
37 Grundlage jeden Handelns sein. Jede*r Patient*in muss selbstbestimmt seine Daten verwalten und
38 über die Einsicht in Teile der eigenen Gesundheitsakte entscheiden dürfen.

39 Gesundheitsdaten sind besonders schützenswert, da sie persönlich, intim und möglicherweise stigma-
40 tisierend sein können und in manchen Fällen auch über die Genetik bzw. familiäre Zusammenhänge
41 Rückschlüsse erlauben können.

42 Wir Sozialdemokrat*innen setzen uns dafür ein, dass bei allen Gesetzesvorhaben im Gesundheitsbe-
43 reich die Datenschutzbehörden zwingend und kontinuierlich zu konsultieren sind. Dem Bundesbeauf-

1 trugten für Datenschutz und der Zivilgesellschaft sind bei Gesetzesvorhaben eine angemessene zeitliche
2 Frist für Stellungnahmen einzuräumen. Bei der Weitergabe von Gesundheitsdaten an das Implantatregister,
3 die Arzneimittelbehörde BfArM und andere Register/Stellen muss der Datenschutz gewährleistet sein.
4

5 Betriebsärzte dürfen grundsätzlich keinen Zugang zur elektronischen Patient*innenakte erhalten.

6 Digitale Gesundheitsanwendungen (DIGA) müssen schon vor der Zulassung zur Verordnung auf Datenschutzaspekte
7 und ihren medizinischen Nutzen geprüft werden. Eine Kostenerstattung von DIGA durch
8 die Krankenkassen ist nur analog der Zulassung von Arzneimitteln und Medizinprodukten nach gründlicher
9 Abwägung von Kosten/Nutzen, aber auch Risiken und Nebenwirkungen zulässig.

10 Es darf bei Versicherten nicht vorausgesetzt werden, dass jede*r über ein neueres Smartphone verfügt.
11 Zur datensicheren Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sollen neben der Nutzung von Smartphones
12 alternativ Papiausdrucke, die mit QR-Code versehen sind, für Rezepte, AU-Bescheinigungen
13 und andere Bescheinigungen genutzt werden können.

14 Zur effizienteren Patient*innenversorgung sollen Bund und Länder datenschutzsichere Server und
15 Plattformen zur Verfügung stellen, über die Kliniken nach Einverständnis durch die Patient*innen unbürokratisch
16 und schnell Befunde und medizinische Dokumente über gemeinsam behandelte Patient*innen austauschen
17 können. Hier muss das Faxgerät im Jahre 2022 endlich ausgedient haben.

18 **7. Überprüfung der Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung**

19 Gerade in den Anfängen der Krise hat sich deutlich gezeigt, dass die Kassenärztliche Vereinigung (KV)
20 und ihre ärztlichen Praxen überfordert waren und ihren Sicherstellungsauftrag nur eingeschränkt
21 nachkamen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat es schon vor der Pandemie nicht mehr flächendeckend
22 geschafft, dass die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen, psychotherapeutischen und zahnärztlichen
23 Versorgung gewährleistet wird.

24 Die regelmäßige Nichterreichbarkeit über die Telefonnummer 116117 und die fehlenden Facharzttermine
25 zeigen deutlich die Lücken im System auf. Dies wurde in der Pandemie verstärkt, in dem z. B. die
26 Defizite bei der Bevorratung offensichtlich wurden.

27 Wir Sozialdemokrat*innen setzen uns entschieden dafür ein, dass die Länder ihre Kontroll- und Steuerungsfunktion
28 endlich wahrnehmen. Die Kassenärztliche Vereinigung muss in die Pflicht genommen werden ihren
29 Versorgungsauftrag vollumfänglich zu erfüllen und bei Nichterfüllung zu hohen Kompensationszahlungen
30 herangezogen werden. Es ist dauerhaft zu gewährleisten, dass wir in der Fläche ein gutes medizinisches
31 Angebot vorhalten. Dazu ist es auch nötig, dass die Größe der Versorgungsgebiete überprüft werden und
32 teilweise deutlich verkleinert werden, damit nicht nur in den Zentren, sondern flächendeckend ein
33 gutes Angebot an Fachärzt*innen vorhanden ist.

34 Gleichzeitig möchten wir Sozialdemokrat*innen den Landkreisen und kreisfreien Städten, die hier Modellversuche
35 implementieren wollen die Möglichkeit dazu geben. Landkreise und kreisfreie Städte, die z.B. die stationäre
36 und ambulante Versorgung besser vernetzen wollen und so ihre Kliniken stärken wollen oder die die
37 Steuerungsfunktion übernehmen wollen, soll dies im Modell ermöglicht werden. Jedes Modell, was die
38 Versorgungssicherheit in der Fläche stärkt und von der kommunalen Ebene gewollt wird, wird von uns
39 unterstützt.

40 Unser oberstes Ziel ist die Versorgungssicherheit. Wir Sozialdemokrat*innen setzen uns dafür ein, dass
41 die Aufgabe für die Sicherstellung der kompletten wohnortnahen Versorgung in Zukunft garantiert
42 werden kann. Dies setzt voraus, dass sowohl die Bundesländer, als auch die KV endlich ihre Aufgaben
43 vollumfänglich wahrnehmen.

1 Wir Sozialdemokrat*innen setzen uns damit auch dafür ein, dass den kommunalen Gebietskörper-
2 schaften ein vorrangiges Recht zur Übernahme vakanter Vertragsarztsitze mit dem Ziel der Einrichtung
3 kommunaler Versorgungsstrukturen zukommt. Damit kann Versorgung bedarfsgerecht gesteuert und
4 es können familiengerechte, flexible Arbeitsplätze für Ärzt*innen angeboten werden.

5 8. Krankenhausplanung: die Länder müssen steuern

6 Viele Bundesländer kommen ihrer Verantwortung in Bezug auf die Krankenhausplanung und -unter-
7 stützung nicht nach. Dies hat zu einem hohen Investitionsstau geführt und in manchen Häusern zu
8 erheblichen Defiziten, da Investitionen aus dem laufenden Betrieb finanziert werden musste. Dieser
9 Zustand ist für uns nicht akzeptabel.

10 Wir Sozialdemokrat*innen wollen ein stabiles und flächendeckendes Gesundheitssystem.

11 Die Corona-Pandemie hat sehr deutlich gezeigt, wie wichtig es ist, dass die öffentliche Hand hier im
12 Gesundheitswesen eine zentrale und steuernde Rolle einnimmt. Es hat sich gezeigt, dass die stationäre
13 medizinische Versorgung in öffentliche Verantwortung gehört, da sie aus unserer Sicht zentraler Punkt
14 der sozialen Infrastruktur und damit der Daseinsvor- und fürsorge ist. Grundsätzlich muss das Land
15 eine solide Bedarfsanalyse für alle medizinischen Bereiche unter Beteiligung der Landkreise und kreis-
16 freien Städte erstellen. Diese muss regelmäßig fortgeschrieben werden und genau darauf hingewirkt
17 werden, dass aktuelle Versorgungsengpässe rechtzeitig erkannt und entgegengesteuert werden.

18 Die vergangenen Monate haben allerdings ebenfalls nochmals verstärkt gezeigt, dass auch die ambu-
19 lante ärztliche Versorgung immer problematischer in der Fläche ist. Hier muss mit verschiedenen Ini-
20 tiativen entgegengewirkt werden. Es hat sich deutlich gezeigt, dass die Kassenärztliche Vereinigung
21 ihrer Verpflichtung nicht nachkommt.

22 Bei der Weiterbildung von Ärzt*innen sollten Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzt*innen unter-
23 stützt werden Kooperationen aufzubauen und Rotationen zu ermöglichen. Der Auf- und Ausbau von
24 Weiterbildungsverbänden erfordert organisatorische und finanzielle Unterstützung und sollte auf
25 Landkreisebene verankert, begleitet und koordiniert werden mit entsprechender finanzieller Ausstat-
26 tung.

27 Wichtig für eine solide Planung ist, dass es nur nach dem Bedarf geht und nicht die schlechte Finanze-
28 rung gerade in der Fläche zu einer Reduzierung des Angebotes führt. Daher fordern wir die nachhaltige
29 Verankerung der zuständigen kommunalen Mittelebene in der Versorgungsplanung sowie die Ände-
30 rung des SGB V dahingehend, dass der kommunalen Ebene in der medizinischen Versorgung ebenfalls
31 einen wesentlichen konnexitätsrelevanten Part zugesteht.

32 Zentral ist, dass eine dauerhafte und krisensichere Finanzierung für die kommunalen und frei-gemein-
33 nützige Krankenhäuser gewährleistet ist.

34 Grundsätzlich muss diese Steuerung nach festgelegten Zielen stattfinden, wobei es um Qualität geht,
35 Ausbau von Präventionsangeboten und der Erreichbarkeit der medizinischen Angebote. Uns Sozialde-
36 mokrat*innen ist eine qualitativ-hochwertige medizinische Versorgung genauso wichtig, wie die Si-
37 cherstellung eines flächendeckenden medizinischen Angebotes. Dabei spielen gerade kleinere Kran-
38 kenhäuser in ländlichen Regionen eine bedeutende Rolle. Zur Absicherung dieser dringend notwendi-
39 gen Krankenhäuser ist eine gezielte Patientenlenkung in die Kliniken des ländlichen Raums nötig. Diese
40 intelligente Steuerung führt zu einer Stärkung des Angebotes in der Fläche. Dabei können auch Kran-
41 kenhausverbände sinnvoll sein und solche Verbände sollen auch gefördert werden. Diese Verbände
42 dürfen allerdings nicht erzwungen werden.

1 Auch sollte zur Steuerung geprüft werden, ob ein Landesgesundheitsamt gebildet werden kann, damit
2 die regionalen Gesundheitsämter eine direkte Anlaufstelle haben. Gerade in der Pandemie waren die
3 Gesundheitsämter oft alleine gelassen und benötigen mehr Unterstützung.

4 Die Universitätskliniken haben in einer Pandemie eine zentrale Rolle. Die staatliche Universitätsmedi-
5 zin hat bei der Bewältigung der Krise eine Vorreiterrolle. Von der Entwicklung von Tests über die Erar-
6 beitung von medizinischen Behandlungsstandards bis hin zur konkreten Patientensteuerung zwischen
7 Kliniken und darüber hinaus hatten Universitätskliniken und spezielle Maximalversorger die zentrale
8 Rolle. Und deren Expert/innen standen staatlichen Entscheider/innen zur Verfügung.

9 Die Universitätskliniken spielen auch als Partner für die Forschung und Entwicklung eine zentrale Be-
10 deutung. Insgesamt zeigt die Pandemie wie wichtig die öffentliche Förderung von Forschung ist.

11 Wir Sozialdemokrat*innen sehen keinen Widerspruch in der Stärkung der Krankenhäuser in der Fläche
12 und der Stärkung der Universitätskliniken, sondern es gehört für uns zusammen. Gerade deshalb ist es
13 uns auch wichtig, dass die Universitätskliniken in öffentlicher Trägerschaft sind.

14 Die entstandenen Strukturen zwischen den Krankenhäusern und den Unikliniken, weiteren Maximal-
15 versorgern und deren bundesweite Vernetzung müssen systematisch implementiert werden.

16 Die eigenständige Finanzierung der Häuser muss gewährleistet werden. Eine zentrale fachliche Patien-
17 tensteuerung bei schweren Erkrankungen ist nötig. Der Austausch von know-how und die enge Zusam-
18 menarbeit zwischen den örtlichen Krankenhäusern und den Universitätskliniken ist wichtig.

19 Wir wollen eine Reform der präklinischen Notfallversorgung zur Entlastung des Rettungsdienstes. Hier-
20 bei soll der Rettungsdienst und die medizinische Notfallversorgung sind als eigenständiger Leistungs-
21 bereich im SGB V zu verankern. Der Rettungsdienst ist nicht als Krankentransportleistung, sondern als
22 medizinische Leistung zu qualifizieren.

23 Ein klar definierter deutschlandweit gültiger Indikationskatalog zur Klärung der Zuständigkeit von Ret-
24 tungsdienst und Ärztlichem Bereitschaftsdienst ist zu implementieren sowie eine zentrale Koordina-
25 tion und Disposition des Rettungs- und Ärztlichen Bereitschaftsdienstes.

26 Wir benötigen ein staatlich gefördertes und hinreichend beworbenes Aufklärungspro-gramm der Be-
27 völkerung bezüglich der Nutzung von Notruf- und Notfallnummern (112 im Vergleich zur 116117) und
28 der Notwendigkeit derselbigen.

29 Ein deutschlandweit einheitlichen Vorgabenkatalog, welche erweiterten Versorgungsmaßnahmen
30 (EVMs) durch Rettungsdienstfachpersonal im Notfall durchgeführt werden dürfen, soll eingeführt wer-
31 den. Das System des*der „Ärztlichen Leiter*in Rettungs-dienstes“ ist insoweit zu überprüfen.

32 Eine Fachärzt*innenausbildung Notfallmedizin soll nach dem Beispiel anderer Länder (Großbritannien)
33 in Deutschland etabliert werden

34 Eine Weiterentwicklung der bestehenden Krankenhausstrukturen ist auf Landesebene sinnvoll, um so-
35 wohl die Zusammenarbeit einzelner Kliniken zu fördern, genauso wie regionale Zusammenarbeit und
36 Öffnung der Klinik für ambulante Strukturen oder kurz-stationäre Strukturen voranzutreiben. Kranken-
37 hausverbände zu erzwingen oder gar als Voraussetzung zu machen für die notwendigen investiven
38 Mittel des Landes lehnen wir ab.

39 In der Pandemie zeigte sich, dass wir z. B. den Ausbau an Beatmungsgeräten in den Krankenhäusern
40 benötigten und manche Kliniken auch personell an die Kapazitätsgrenzen kamen. Gleichzeitig sind
41 Reha-Kliniken und auch andere Spezialkliniken in Kurzarbeit gegangen. Diese Strukturen haben gezeigt,
42 dass die Angebote vor Ort viel besser verzahnt werden sollten und eine bessere Zusammenarbeit

1 nach Bedarf möglich wäre. Im Interesse der Menschen werden wir uns dafür stark machen, dass die
2 Angebote und Spezialist*innen stärker zusammenarbeiten und es so eine optimale Versorgung aller
3 Menschen gewährleistet werden kann. Auch dies gehört zu einer guten landesweiten Krankenhaus-
4 planung, die sich auf regionale Konzepte stützt.

5 Ein wichtiges Thema ist auch die hospizliche und palliative Versorgung. Hier ist eine gute Vernetzung
6 und Steuerung in jeder Region nötig. Auch im letzten Lebensabschnitt ist Würde und Schmerzfreiheit
7 wichtig und daher darf dieses Thema in dem Gesamt-konzept nicht fehlen. Eine wichtige Rolle vor Ort
8 kann dabei die Stärkung des Pflege-stützpunktes bedeuten, um die Betroffenen und Angehörigen nie-
9 derschwellig und umfassend beraten zu können. Ein gutes Entlassungsmanagement in den Kranken-
10 häusern ist flächendeckend nötig und muss entsprechend vergütet werden.

11 9. Geburtshilfe und Hebammenversorgung

12 Für uns Sozialdemokrat*innen ist klar, dass eine gute und wohnortnahe Geburtshilfe für jede Familie
13 vorhanden sein muss. Gute Geburtshilfe und auch anschließend eine gute Begleitung durch eine Heb-
14 amme darf kein Glücksfall sein, sondern es muss zur Regel wieder werden. Es ist uns eine Herzensan-
15 gelegenheit, dass alle Frauen von Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit eine gute me-
16 dizinische und soziale Betreuung vorfinden.

17 Frauen und Neugeborene können in Deutschlands Kreißsälen zunehmend nur noch unzureichend ver-
18 sorgt werden. Wir setzen uns daher für nachhaltige Maßnahmen wie für mehr Personal im Kreißsaal,
19 auch hebammengeleitete Kreißsäle und eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit, eine bes-
20 sere ambulante Notfallversorgung sowie Maßnahmen für ein gutes Belegungs- und Auslastungsma-
21 nagement ein. Hier gibt es gute digitale Lösungen, die regional aufgebaut werden sollten.

22 Die meisten Gynäkologie-Stationen in den Kliniken arbeiten nicht kostendeckend. Die komplette Ge-
23 burtenhilfe ist drastisch unterfinanziert, so dass viele Krankenhäuser nur noch aus emotionalen Grün-
24 den eine Gynäkologie haben. Die flächendeckende Versorgung kann beispielsweise mit wohnortnahen
25 Geburtshilfeeinrichtungen optimiert werden.

26 Ein großer Teil der Hebammen arbeitet freiberuflich. Diese Berufsgruppe kämpft mit steigenden Kos-
27 ten, zum Beispiel der Haftpflichtversicherung und einer überbordenden Bürokratie. Die Vergütung
28 steht hierzu in keinem angemessenen Verhältnis.

29 Auch fehlt ein flächendeckendes Netz für geburtshilfliche Notfallversorgung für Schwangere. Ein funk-
30 tionierendes Netzwerk an geburtshilfliche-gynäkologische Notdienste unter Einbindung der Hebam-
31 men mit enger Kooperation der Kliniken mit Kreißsälen wird aber dringend benötigt. Dies muss mit
32 einer guten Nachbetreuung in enger Zusammenarbeit mit den Frühen Hilfen, Mütterpflegerinnen und
33 Babylotsen. begleitet werden

34 Auch in diesem Bereich ist es ganz wichtig, dass wir die Ausbildungskapazitäten erhöhen und die At-
35 traktivität des Berufs der Hebamme stärken.

36 Wir werden die Hebammenversorgung verbessern. Wir werden ein Hebammenregister erstellen, ein
37 Konzept zur Beseitigung von Unterversorgung entwickeln, eine geeignete Versorgungsplanung einfüh-
38 ren und für mehr Ausbildungsplätze für Hebammen und Entbindungspfleger sorgen, um die flächen-
39 deckende Versorgung sicherzustellen. Insbesondere werden wir uns für eine Senkung der finanziellen
40 Belastung der Hebammen durch Versicherungsbeiträge einsetzen.

41 Hebammen sind Müttern und Kindern nicht nur während der Geburt eine verlässliche Stütze, sondern
42 stellen vor allem in der Vor- und Nachsorge eine der wichtigsten Ansprechpersonen dar. Wir werden
43 nicht zulassen, dass junge Familien nach der Geburt auf sich allein gestellt sind.

1 10. Psychiatrische Angebote stärken, vernetzen und ausbauen

2 Psychisch-krank Menschen oder Menschen mit psychischer Beeinträchtigung benötigen ganz beson-
3 ders unser Augenmerk. Hier ist der Fachkräftemangel schon besonders zu spüren. Insbesondere im
4 ambulanten Bereich fehlen Angebote und noch immer ist das Thema mit einem Tabu belegt. Grund-
5 sätzlich benötigen wir bundesweit einheitliche Kriterien, die zur Grundlage jeder regionalen Bedarfs-
6 planung werden. Wir Sozialdemokrat*innen setzen uns dafür ein, dass es mittelfristig zu einem guten
7 und ausreichenden ambulanten Angebot in der Fläche kommt, der gut und eng mit dem stationären
8 Angebot verzahnt ist. Aktuell ist leider das ambulante Angebot nicht nach Bedarf vorhanden. Dies führt
9 zu einem sogenannten Drehtür-Effekt und viele kranke Menschen müssen immer wieder in die Klinik.

10 Die Sektorengrenzen bei der Versorgung von psychisch kranken Menschen machen sich besonders ne-
11 gativ bemerkbar und müssen im Interesse der Menschen aufgehoben werden. Hier könnte die Koor-
12 dination und Kooperation zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich oder zwischen ver-
13 schiedenen Kliniken helfen. Auch das Therapeutengesetz muss in diese Richtung weiterentwickelt wer-
14 den.

15 Hierbei kann auch geprüft werden, in wie weit man die Kliniken zu psychosozialen Versorgungszentren
16 weiterentwickeln kann. Auch die Gemeindepsychiatrie muss gestärkt und ausgebaut werden.

17 Wir Sozialdemokrat*innen setzen uns dafür ein, dass es zu einer Aufhebung der Sektorengrenzen
18 kommt. Es muss möglich sein im Interesse der Patient*innen, dass es Angebote von einem Träger sek-
19 torenübergreifend aus dem Bereich SGB XII und SGB V gibt. Hier ist eine Mischfinanzierung unser Ziel.

20 11. Bürger*innenversicherung – Ende der Zwei-Klassen-Medizin

21 Schon heute zeigt sich die aktuelle Zwei-Klassenmedizin bzw. Drei-Klassen-Medizin. Am deutlichsten
22 wird dies bei der Terminvergabe oder zum Beispiel beim Zahnersatz und bei den Sehhilfen sichtbar.
23 Die gesetzliche Krankenkasse zahlt in der Regel keine Brille und auch beim Zahnersatz sehr wenig.
24 Nichtversicherte Menschen erhalten nur die nötigsten Notfallversorgungen, chronische Erkrankungen
25 werden nicht behandelt. Auf diese Weise wird Armut in den Gesichtern der Menschen wieder sichtbar.
26 Auch in der stationären Versorgung werden Privatpatient*innen anders behandelt als gesetzlich Ver-
27 sicherte. Dieser Zustand ist für uns Sozialdemokrat*innen nicht akzeptabel.

28 Wir treten weiterhin für die Bürger*innenversicherung ein, weil so das Gesundheitssystem auch im
29 nicht-investiven Bereich gerecht finanzierbar ist. Im bestehenden Gesundheitssystem werden Ärzt*in-
30 nen benachteiligt, die sich an Orten mit wenigen Privatpatient*innen niederlassen. Die aktuelle Tren-
31 nung in privat und gesetzlich Versicherte verschärft somit das Problem der Unterversorgung in vielen
32 Regionen. Wir setzen uns auf Bundesebene für ein Ende der Zweiklassenmedizin und für die Einfüh-
33 rung einer Bürger*innenversicherung ein.

34 Wir fordern, dass alle (gesetzlichen und aktuell privaten) Krankenkassen einen „Tarif Bürgerversiche-
35 rung“ anbieten müssen. Für alle Kassen muss ein Kontrahierungszwang bestehen und die Versiche-
36 rungspflichtgrenze ist abzuschaffen. Die privaten Krankenversicherungen sollen künftig nur noch Zu-
37 satzleistungen anbieten dürfen. Private Krankenversicherungstarife nach altem Muster werden abge-
38 schafft, somit ist kein Entzug aus der Solidargemeinschaft mehr möglich. Gleichzeitig muss eine Rechts-
39 grundlage zur Mitnahme von „Altersrückstellungen“ ehemals Privatversicherter in den „Tarif-Bürger-
40 versicherung“ bzw. „Altersrückstellungen“ als Beitragssenkungsanspruch geschaffen werden. Die Bür-
41 gerversicherungstarife werden für Beamt*innen geöffnet.

42 Kapitaleinkommen sollen zukünftig durch einen Aufschlag auf die Abgeltungssteuer von 7 % in die Fi-
43 nanzierung der Bürgerversicherungstarife mit einbezogen werden. Und eine Verdopplung des Auf-
44 schlags auf die Abgeltungssteuer (auf 14 %) wird geprüft.

1 Wir wollen die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze überprüfen.

2 Nur so wird das „Ausbrechen“ aus der Solidargemeinschaft für gut verdienende Bürger*innen (solche
3 die über der bisherigen Jahres-arbeitsentgeltgrenze/ Versicherungs-pflichtgrenze liegen) für die Zu-
4 kunft verhindert. Zukünftig muss sich jede neu zu versichernde Person einem Bürger*innenversiche-
5 rungstarif anschließen.

6 Der zukünftige Einbezug besonders einkommensstarker Bevölkerungsschichten in das Solidarsystem
7 wird das Beitragsaufkommen erweitern und so weitere Beitragssteigerung abmildern.

8 Durch diese Maßnahmen wird das Beitragsaufkommen signifikant erhöht und den finanziellen Heraus-
9 forderungen, vor denen das Gesundheitswesen steht und dem allgemeinen sozialpolitischen Wunsch,
10 geringe und mittlere Einkommen bei den Sozialabgaben spürbar zu entlasten (weil sie von Steuerensen-
11 kungen kaum oder gar nicht profitieren), wird Rechnung getragen.

12 Alle Bürgerversicherungstarife werden in den morbiditätsorientierten Risiko-strukturausgleich zwi-
13 schen den Krankenkassen miteinbezogen. Durch den sich auf alle Kassen erstreckenden Risikostruk-
14 turausgleich wird verhindert, dass bestimmte Kassen durch eine besonders risikobehaftete Mitglied-
15 schaft gegenüber anderen Kassen benachteiligt werden.

16 12. Zugang für ein gutes Gesundheitssystem für alle. Grundrecht auf Gesundheit.

17 Alle Menschen haben das Recht auf eine gute medizinische Versorgung. Dies ist eine Grundvorausset-
18 zung für den gesellschaftlichen Zusammenhalt und ein zentraler Bestandteil unserer Politik. Das Men-
19 schenrecht auf Gesundheit ist auf der Grundlage des Artikels 1 und 2 des Grundgesetzes der Bundes-
20 republik Deutschland ausnahmslos sicherzustellen.

21 Gesetzliche Einschränkungen für den Zugang zu medizinischer Versorgung sind umgehend aufzuhe-
22 ben. Eine Einschränkung unter das Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht tragbar.

23 Deshalb fordern wir Aufnahme der Asylbewerber*innen genauso wie alle in Deutschland lebenden EU-
24 Bürger*innen in die Gesetzliche Krankenversicherung.

25 Die Übermittlungspflichtausnahme des Aufenthaltsstatus ist auf den Sozial- und Gesundheitsbereich
26 auszuweiten, damit Papierlose ihren Rechtsanspruch auf medizinische Versorgung ohne Angst vor eine
27 Abschiebung wahrnehmen können.

28 Wir wollen bundesweit mehr Clearingstellen, also Beratungsstellen für Menschen ohne Krankenversi-
29 cherung, implementieren und mit ausreichenden finanziellen und personellen Mitteln ausstatten und
30 wir fordern die bundesweite Einrichtung eines anonymen Behandlungsscheins zur gesundheitlichen
31 Versorgung papierloser Menschen.

32 Bis zur Einführung der Bürger*innenversicherungen müssen die PKV die Versicherten, die ihre Beiträge
33 nicht zahlen können und von sozialer Notlage betroffen sind, als Versicherte zum Mindestsatz weiter-
34 führen. Unabhängig davon muss der Versicherte immer einen Versicherungsschutz haben.

35 Der Zugang zu präventiver medizinischer Versorgung (Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen etc.) ist
36 auch bei eingeschränkten Leistungen zu ermöglichen (z.B. bei Beitragsschulden).

37 Krankenkassen müssen dazu verpflichtet werden Menschen mit Beitragsschulden verlässliche und so-
38 zialverträgliche Regelungen zu Ratenzahlungen anzubieten.

39 Für Menschen in prekären Lebenslagen muss ein niederschwelliges medizinisches Versorgungsange-
40 bot („Medical Street Work“ etc.) als Teil des Regelsystems über den öffentlichen Gesundheitsdienst

1 aufgebaut werden. Es müssen außerdem kostenlose Sprachvermittler*innen (Dolmetscher*innen) für
2 die ambulante und stationäre Versorgung bereitgestellt werden.

3 Wir wollen Diskriminierung im Gesundheitssektor durch geeignete Maßnahmen (Ombudspersonen,
4 Antidiskriminierungsbeauftragte und Trainings) bekämpfen.

5 Die Abrechnungsmöglichkeiten mit der EHIC-Karte (Europäische Krankenversicherungskarte) muss
6 verbessert und die europaweite Rechtslage für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz geklärt
7 werden.

8 Health in all policies, leave no one behind! – für einen neuen Ansatz in der internationalen Gesund-
9 heitspolitik

10 Wir fordern die Einrichtung eines globalen Gesundheitsfonds mit dem langfristigen Ziel ein weltweit
11 solidarisches Gesundheitssystem (Universal-Health-Coverage; leave no one behind) aufzubauen, um
12 das Menschenrecht auf Gesundheit (Artikel 12 UN-Sozialpakt) zu verwirklichen und den nachhaltigen
13 Entwicklungszielen (SDGs) der Vereinten Nationen gerecht zu werden. Der Fonds soll sich aus gestaf-
14 felten Beiträgen aller UN-Mitgliedsstaaten finanzieren und dazu dienen in den Ländern des „globalen
15 Südens“ eine nachhaltige Gesundheitsinfrastruktur zu erschließen, die allen Menschen einen bedarfs-
16 gerechten Zugang zu medizinischer Versorgung bietet. Der bestehende Global Funds zur Bekämpfung
17 von Aids, Tuberkulose und Malaria kann als Grundlage dienen und ausgeweitet werden.

18 Solidarität bei der Pandemiebekämpfung bedeutet auch, dass wir weltweit eine gerechte Impfstoff-
19 verteilung benötigen. Wir setzen uns dafür ein, dass die Vereinten Nationen einen gerechten interna-
20 tionalen Verteilungsschlüssel für Impfstoffe, insbesondere die Covid-19-Impfstoffe, beschließen, der
21 soziale und ökonomische Aspekte berücksichtigt. Dabei sollen die Impfstoffe weltweit produziert und
22 auf alle Länder gleichermaßen verteilt werden.

23 Die Firmen haben eine große finanzielle Unterstützung bei der Herstellung des Impfstoffes erhalten,
24 im Gegenzug erwarten wir, dass alle daran beteiligt werden, dass weltweit alle Menschen einen kos-
25 tenlosen Zugang zum Impfen bekommen. Wir fordern nach wie vor einen TRIPS-Waiver für die COVID-
26 Impfstoffe, denn geistiges Eigentum kann nicht vor Menschenleben stehen. Lizenzen, Technologien
27 und Patente der Impfstoffe müssen im Sinne der Abwägung zwischen geistigem Eigentum und Men-
28 schenleben und der internationalen Solidarität freigegeben werden. Eine nachhaltige Bekämpfung der
29 Pandemie und der bestehenden Mutationen kann nur erfolgen, wenn die Länder des „globalen Sü-
30 dens“ in gleichem Maße mit den Impfstoffen versorgt werden, wie die Länder des „globalen Nordens“.

31 Wir fordern eine kritische Auseinandersetzung der Finanzierung der WHO und eine deutliche Beitrags-
32 steigerung der Mitgliedsstaaten, um unabhängiger von Spendengeldern mit möglicherweise Einfluss-
33 nahme aus der Wirtschaft und von Privaten Spe-der*innen zu werden. Spenden sollten aufgrund einer
34 angepassten staatlichen Finanzierung weniger als 25% des Budgets ausmachen. Die WHO kann ihren
35 vielfältigen Aufgaben nur gerecht werden, wenn ihr Budget entsprechend erhöht wird und weitgehend
36 unabhängig von privaten Geldgebern ist.

37 Die World-Health-Organisation (WHO) sollte zukünftig mit mehr Kompetenzen ausgestattet sein, um
38 konkrete Sanktionsmöglichkeiten auszusprechen.

39 Als Koordinationsbehörde für das internationale öffentliche Gesundheitswesen gehören zum bisheri-
40 gen Mandat der WHO laut BMG die Festlegung weltweit gültiger Normen und Standards, die Formu-
41 lierung evidenzbasierter gesundheitspolitischer Grundsätze und die Ausgestaltung der Forschungs-
42 agenda für Gesundheit, mit dem Ziel das bestmögliche Gesundheitsniveau für alle Menschen zu ver-
43 wirklichen. Sämtliche Normen und Vorgaben können jedoch nur zur Umsetzung gebracht werden,
44 wenn die WHO zielgerichtete Hilfe für sogenannte „Entwicklungsländer“ organisieren kann als auch

1 die Möglichkeit besitzt, Staaten für das Missachten des Menschenrechts auf Gesundheit zur Rechen-
2 schaft zu ziehen und in letzter Instanz zu sanktionieren.

3

4 **Antrag L04**

5

6 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
7 *ASG Bundesvorstand*

8

9 (Angenommen)

10

11 **Zukunft des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)**

12 Mit der Corona Pandemie wurden die Grenzen eines vorrangig wettbewerblich ausgerichteten Ge-
13 sundheitswesens deutlich. Daseinsvorsorge hat an Bedeutung gewonnen. Der Wert gut ausgestatteter
14 Krankenhäuser, hochkompetentem Personal, der Bevorratung von Schutzausrüstung, dem Einhalten
15 von Hygieneregeln und der Zusammenarbeit unterschiedlicher Versorgungssektoren ist unserer Ge-
16 sellschaft bewusst geworden. Vor allem aber ist der ÖGD wieder in den Blick der Öffentlichkeit gerückt.
17 Aufbau von Teststationen, Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie, Kontrollen, Beratung mussten
18 in Windeseile zur Verfügung gestellt werden. Aufgaben, die mit dem vorhandenen Personal oft nicht
19 bewältigt werden konnten. Der dringende Handlungsbedarf, den ÖGD für künftige Herausforderungen
20 zu wappnen ist deutlich geworden. Die zukünftige Ausrichtung des ÖGD muss in einem umfassenden
21 Sinn erfolgen, der alle erforderlichen Aufgaben in den Blick nimmt.

22 **Forderungen der ASG**

23 Die ASG hält eine umfassende Reform und eine neue Aufgabenbeschreibung des ÖGD für erforder-
24 lich. Dabei sind nachstehende Forderungen kurz und mittelfristig umzusetzen

- 25 • Das ÖGD-Personal ist zukünftig in der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundes-
26 amtes zu erfassen. Bislang fehlen diese wichtigen Daten. Dies erschwert eine faktengestützte
27 Diskussion über den Personalbedarf und Vergleiche zwischen den Gesundheitsämtern. Die De-
28 finition einer Personalmindestausstattung für ein Mustergesundheitsamt ist dadurch schwie-
29 rig, muss aber rasch angegangen und umgesetzt werden. Die Darstellung der Personalsituation
30 ist zu unterteilen in finanzierte und real besetzte Stellen. Darüber hinaus ist auch eine Erhe-
31 bung der durchschnittlichen tatsächlichen Arbeitszeit der Mitarbeitenden sinnvoll.
- 32 • Die vom Bund zugesagte Finanzierung der erforderlichen Stellen in den Gesundheitsämtern
33 vor Ort für die kommenden 5 Jahre muss sich auf alle Berufsgruppen in allen Aufgabenberei-
34 chen des ÖGD beziehen.
- 35 • Die Anstrengungen zur Personalgewinnung dürfen nicht auf den ärztlichen Dienst beschränkt
36 werden. Die Bezahlung aller erforderlichen Stellen ist anzupassen, um die Attraktivität einer
37 Beschäftigung im ÖGD zu erhöhen. In den Tarifverträgen des öffentlichen Dienstes ist dies si-
38 cherzustellen.
- 39 • Es ist zu prüfen, welche Aufgaben (z. B. Führungsaufgaben), die nicht durch den Mangelberuf
40 Ärztin oder Arzt erbracht werden müssen, sondern durch andere Berufsgruppen mit eher po-
41 pulationsbezogener Sicht (z. B. Sozialwissenschaftler/-innen, Biometriker/-innen, Statistiker/-

- 1 innen, Epidemiolog/-innen, Gesundheitswissenschaftler/-innen) übernommen werden kön-
2 nen.
- 3 • Neben der verbesserten Bezahlung ist es aber auch unerlässlich, dass gute Arbeitsbedingun-
4 gen vor Ort herrschen. Hierbei geht es u.a. um gutes Personalmanagement (Einsatz von Instru-
5 menten der Personalgewinnung, -bindung und -entwicklung), um Motivation und Arbeits-
6 klima, Gesundheitsmanagement für die Beschäftigten, um gute und motivierte Führungs-
7 kräfte, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, aber auch um eine gute Willkommens-,
8 Bleibe- und Abschiedskultur sowie Wissenstransfer. Auch die Geschäftsprozesse innerhalb des
9 ÖGD sind im Hinblick auf Arbeitsbedingungen zu überprüfen.
 - 10 • Sowohl in der ärztlichen wie auch in anderen Gesundheits- und Sozialberufen müssen in den
11 Lehrplänen die Aufgaben des ÖGD Eingang finden und praktische Ausbildung in den Gesund-
12 heitsämtern ermöglicht werden, um das erforderliche Personal zu gewinnen.
 - 13 • Für die Aufgabenwahrnehmung beim ÖGD sind den dort Beschäftigten Fort- und Weiterbil-
14 dungen anzubieten. Diese Angebote sind zwischen den Bundesländern abzustimmen.
 - 15 • Für das Förderprogramm des Bundes zur technischen und digitalen Auf- und Ausrüstung ist
16 eine Erhebung durchzuführen, welche Informations- und Kommunikationstechnologie und die
17 dafür notwendigen Schulungen erforderlich sind. Da bislang die Ausstattung sehr uneinheitlich
18 ist und Systeme teilweise nicht kompatibel sind, sind gemeinsame Standards zur Sicherstellung
19 einer übergreifenden Kommunikation sowie Interoperabilität unabdingbar.
 - 20 • Wichtig ist der Aufbau einer zuverlässigen und einheitlichen (bundesweiten) Datenbasis und
21 eines (standardisierten) Berichtswesens, auf dessen Grundlage man sich über Fragestellungen
22 aus den unterschiedlichsten Bereichen verständigen kann.
 - 23 • Hygienebegehungen durch die Gesundheitsämter in Arztpraxen, Altenpflegeheimen und Kran-
24 kenhäusern müssen intensiviert werden, um Patienten und Pflegebedürftige wirksam vor In-
25 fektionen zu schützen. Die derzeit vorhandenen Stellen reichen nicht aus, um wenigstens alle
26 drei Jahre eine Kontrolle durchzuführen. Eine rasche Personalaufstockung ist nicht in Sicht, da
27 zunächst zwei bis dreijährige Ausbildungen je nach Bundesland durchlaufen werden müssen.
28 Das vom Gesundheitsamt Heidelberg mit externen Akteuren entwickelte und vom ESF geför-
29 derte „Heidelberger Hygienerating“¹, das auf Basis der aktuellen Checklisten der Gesundheits-
30 ämter berät, ermöglicht eine höhere Zahl von Kontrollbesuchen der Hygieneinspektoren und
31 eine Verbesserung der Hygiene in den Einrichtungen. Es ist zu prüfen, wie die Beteiligung der
32 Gesundheitseinrichtungen an einem vom ÖGD zertifizierten Hygienerating ausgeweitet wer-
33 den kann.
 - 34 • Der öffentliche Gesundheitsdienst darf nicht auf seine hoheitlichen Aufgaben beschränkt wer-
35 den. Vielmehr muss er eine stärkere Rolle im Rahmen der Daseinsvorsorge wahrnehmen. Ne-
36 ben den beiden zentralen Aufgaben der Gesundheitsämter bei der Unterstützung besonders
37 vulnerabler Personengruppen und der Gesundheitsförderung reichen sie von der internatio-
38 nalen Zusammenarbeit, Versorgungsforschung, Gesundheitsberichterstattung, Koordination
39 unterschiedlicher Akteure im Rahmen von Gesundheitskonferenzen bis zur Gesundheitsinfor-
40 mation.

- 1 • Die Beratung der Gesundheitsämter für die Bevölkerung, besondere Zielgruppen, Schulen, Kin-
2 dertageseinrichtungen etc. sind nicht nur auf Anforderung zu leisten. Vielmehr besteht eine
3 Bringschuld der Ämter. Sie sind dazu personell und technisch in die Lage zu versetzen.
- 4 • Landesgesundheitsämter und vergleichbare Stellen müssen verstärkt Dienstleister für die Ge-
5 sundheitsämter werden und für deren Beratung zur Verfügung stehen. Ihre Sammlung und
6 Auswertung wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen müssen für Ämter
7 online zur Verfügung stehen.
- 8 • Es soll ein Bundesgesundheitsamt eingerichtet werden, das die Akteure in Praxis, Wissen-
9 schaft, Zivilgesellschaft und Politik vernetzt, Versorgungsforschung beauftragt und gesund-
10 heitliche Aktivitäten wie Präventionsbemühungen in Deutschland strukturell unterstützt. Dies
11 ermöglicht auch eine stärkere Mitfinanzierung der Aufgaben des Öffentlichen Gesundheits-
12 dienstes durch den Bund. Ebenso kann mit einem Bundesgesundheitsamt die Zusammenarbeit
13 mit anderen europäischen Ländern bei der Herstellung gleicher Gesundheitschancen gestärkt
14 werden.

15

16 **PFLEGE**

17

18 **Antrag P 01/ 9a**

19

20 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
21 *Landesverband Baden-Württemberg*

22 (Angenommen in geänderter Fassung)

23

24 **Aktueller Reformbedarf der Pflegeversicherung**

25

26 Die ASG begrüßt die geplanten Regelungen im Koalitionsvertrag 2021 - 2025 und drängt auf die Um-
27 setzung der für Pflegebedürftige und Pflegenden erforderlichen Änderungen.

28

29 Die Pflegereform 2021 war in wesentlichen Punkten an der Blockade der CDU/CSU gescheitert. Pfl-
30 gebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen fühlen sich seitdem im Stich gelassen. Der „größte
31 Pflegedienst Deutschlands“ – Pflege durch Angehörige - wurde nicht nennenswert entlastet. Viele
32 Hoffnungen auf Besserung und Vereinfachung wurden enttäuscht. Die Erhöhung der Pflegesachlei-
33 stungen ist dabei nur ein Tropfen auf dem heißen Stein.

34

35 Gleichzeitig sind immer mehr Versorgungsangebote bereits ausgeschöpft. Es mangelt an qualifizierten
36 Pflegekräften wie an Betreuungskräften und Alltagsbegleitern. Es mangelt auch an notwendigen Aus-
37 bildungsplätzen und Schulungsangeboten in diesem Bereich. Agenturen für haushaltsnahe Dienstlei-
38 stungen, die für eine Entlastung der Pflege sorgen könnten, sind nicht in notwendigem Maße entstan-
39 den.

40 Die ASG fordert daher die SPD-Bundestagsfraktion auf, die Umsetzung folgender Punkte mit aller
41 Dringlichkeit noch in dieser Legislaturperiode einzufordern:

- 1 • Der Pflegevorsorgefonds ist aufzulösen und in den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu
2 überführen.
- 3 • Die zum 01.07.2021 geplante Dynamisierung der Pflegeleistungen, insbesondere Pflegegeld
4 und Verhinderungs- sowie Tagespflegebudget, ist schnellstmöglich nachzuholen.
- 5 • Der Kaufkraftverlust in der stationären Pflege durch die nicht regelmäßige Dynamisierung der
6 Pflege-Leistungsentgelte ist stufenweise innerhalb der nächsten zwei Jahre nachzuholen.
- 7 • Die Pflegeberatung in den Pflegekassen und Pflegestützpunkten wird weiter ausgebaut und
8 nachhaltig finanziert.
- 9 • Die Pflegeberater*innen werden zu Pflegelotsen, die eine zeitnahe und zugehende Beratung
10 umsetzen können, weiterentwickelt.
- 11 • Das Einheitliche Entlastungs-Budget (EEB = Zusammenlegung und Erhöhung von Kurzzeit-
12 pflege, Verhinderungspflege und Entlastungsbudget) ist unverzüglich umsetzen. Der Zugang
13 zu den durch das EEB finanzierten Leistungen ist zu vereinfachen und flexibler zu gestalten.
14 (Wegfall der Vorversicherungszeit bei Verhinderungspflege, volle Weiterzahlung des Pflege-
15 geldes bei Leistungen des EEBs)
- 16 • Das Tagespflegebudget bleibt erhalten und wird entsprechend den anderen Leistungen dyna-
17 misiert. Es wird auch zukünftig nicht auf das Pflegegeld angerechnet.
- 18 • In der bisherigen Grauzone - LiveIn-Pflege (24h - Betreuung) werden Rahmenbedingungen für
19 eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung geschaffen (Verdi-DGB-Konzept, Kooperation
20 Bund – Länder – Gebietskörperschaften – Bundesagentur für Arbeit)

21
22 Das bedeutet:

- 23
- 24 ○ Die tatsächliche Anwesenheit der Pflegeperson ist als Bereitschaftsdienst zu vergüten
25 und solidarisch jeweils durch die Gesetzliche und Private Pflegeversicherung zu finan-
26 zieren.
- 27 ○ Gründungszuschüsse für kommunale Agenturen für haushaltsnahe Dienstleistungen
- 28 ○ Kommunale Koordination der Ausbildungsmöglichkeiten durch die Altenhilfe
- 29 ○ Vereinfachte Kostenübernahme dieser Leistungen über das einheitliche Entlastungs-
30 budget sowie Umwidmungsmöglichkeit von bis zu 40 % des Sachleistungs-Budgets.
- 31
- 32 • Es erfolgt eine Allgemeinverbindlichkeitserklärung eines bundesweiten Tarifes für die Alten-
33 pflege.
- 34 • Zur bundeseinheitlichen Harmonisierung der Pflegeassistentenberufe ist eine dreijährige eigen-
35 ständige Assistenz Ausbildung auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes – BBiG vorzusehen,
36 die den Zugang zu weiteren Fachausbildungen unter Anrechnung der Ausbildungsdauer er-
37 möglicht.
- 38 • Vergünstigungen für alle Unternehmen, die Pflegefachkräfte über Bedarf ausbilden.
- 39 • Kostendeckende Vergütung von solitärer Kurzzeitpflege und Tagespflege.
- 40 • Wir wollen möglichst frühzeitig Pflegebedürftigkeit vermeiden. Wir fördern den präventiven
41 Hausbesuch durch Mittel des Präventionsgesetzes und die geriatrische Rehabilitation von Pfl-
42 gebedürftigen und besondere Kuren für Pflegepersonen.
- 43 • Die Aufgabe der Kommunen in der Koordination der Leistungsangebote wird gestärkt. Sie sol-
44 len mehr Mitgestaltungsmöglichkeiten bei der Ausrichtung der pflegerischen Versorgungsan-
45 gebote vor Ort im Rahmen der Versorgungsverträge erhalten.
- 46

47 Des Weiteren wird die SPD-Bundestagsfraktion aufgefordert, mittelfristig - über das bisherige Maß
48 hinaus - bei Eintreten von Pflegebedürftigkeit eine finanzielle Überforderung zu vermeiden.

49 Daher sind:
50
51

- 1 • pflegebedingte Aufwendungen in ambulanten und stationären Einrichtungen, vollständig von
2 der Pflegeversicherung zu tragen (Pflegevollversicherung).
3 • Ausbildungskosten aus allgemeinen Steuermitteln, wie im SGB XI vorgesehen, zu finanzieren.
4 • die Investitionskosten von den Bundesländern vollständig, ebenfalls aus allgemeinen Steuer-
5 mitteln - nach Pflegebuchführungsverordnung - für ambulante und stationäre Einrichtungen
6 zu finanzieren. Eine solche Förderung verringert entsprechend die von den Pflegebedürftigen
7 bisher zu tragenden (Investitions-) Kosten in den ambulanten und stationären Einrichtungen.
8 Gleichzeitig gewinnen die Bundesländer damit die Steuerungsfunktion zur Sicherstellung der
9 stationären Pflegeinfrastruktur in ihren Ländern zurück. Stadt- und Landkreise müssen wieder
10 stärker ihrer Pflegeplanung durch die jeweilige Landesregierung unterstützt werden.
11 • in den stationären Einrichtungen die medizinischen Behandlungskosten vollständig, wie bei
12 der häuslichen Pflege, von der GKV zu finanzieren.
13

14 Grundsätzlich sind die Länder nach § 9 SGB XI „für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlen-
15 mäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur“ verantwortlich. Da
16 kein Gleichgewicht zwischen Bedarf und Nachfrage besteht, müssen die Länder die finanzielle För-
17 derung der Pflegeinfrastruktur wieder massiv ausbauen.
18

19 Zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und Sozialer Pflegeversicherung auf der einen Seite
20 sowie der privaten Krankenversicherung und privaten Pflegepflichtversicherung auf der anderen
21 Seite wird ein voller Finanzkraft- und Morbiditätsausgleich herbeigeführt, vergleichbar dem Fi-
22 nanzkraft- und Morbiditätsausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung.
23

24 **Antrag P 02/ 15**

25

26 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
27 *Landesverband Thüringen*

28 (Angenommen)

29 **Pflege: Genug geklatscht – wir werden handeln!**

30

31

32 Die ASG fordert eine 30 Stunden Woche (vorzugsweise als 4 Tage Woche) bei vollem Lohnausgleich für
33 alle Pflegekräfte. Für Mitarbeiter*innen im Pflege- und Gesundheitssektor soll zudem eine angemessene
34 Entlohnung für körperlich schwere Tätigkeiten und Verantwortung im Schichtdienst gewährt werden.
35

36

37 **Antrag P 03/ 24**

38

39 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
40 *Landesverband Bayern*

41 Adressaten: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, SPD-Bundestagsfraktion

42 (Abgelehnt)

1 **Gute Bezahlung in der Pflege**

2
3 Einführung eines Einstiegsgehalts für examinierte Pflegefachkräfte von 24 Euro brutto je Stunde. Die
4 Bundesregierung wird aufgefordert ein Einstiegsgehalt von 24 Euro brutto je Stunde für Pflegefach-
5 kräfte flächendeckend einzuführen. Das Mindestentgelt für Pflegefachkräfte (im Sinne §4 Pflegeberu-
6 fegesetz) im §2 der vierten Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche (4.
7 PflegeArbbV) soll auf 24 Euro brutto je Stunde angehoben werden.

8

9 **Antrag P 04/ 11**

10

11 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
12 *Landesverband Baden-Württemberg*

13

14 Adressaten: SPD-Bundestagsfraktion

15

16 (Angenommen in geänderter Fassung)

17

18 **Verbindliche Qualitätssicherung und Mindestpersonalausstattung in der stationären Reha**
19 **und stationären Kurz- und Landzeitpflege.**

20

21 Forderung: Gesicherte Qualität und Mindestpersonalregelung in der stationären medizinischen Reha
22 und in der stationären Altenpflege

23 Die ASG-Bundeskonferenz möge beschließen:

24 Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefordert eine Gesetzesinitiative in der Koalition zu ergreifen mit
25 der politischen Zielsetzung der Etablierung einer verbindlichen gesetzlichen und wissenschaftlich ab-
26 gesicherten Qualitätssicherung und Mindestpersonalregelung sowohl in der stationären medizini-
27 schen Rehabilitation, als auch in der stationären Altenpflege einzuführen.

28 Ein wichtiger Schwerpunkt bei der Qualitätssicherung ist die Festlegung auf diagnosebezogene Stan-
29 dards zur verbindlichen Durchführung von aktivierenden Reha-Maßnahmen, wie z. B. Krankengymnas-
30 tik, Ergotherapie, therapeutisches Schwimmen, Gymnastik, usw.).

31 Was heute selbstverständlich in der somatischen Krankenhausversorgung gilt, muss auch in Zukunft
32 für die stationäre medizinische Reha und Altenpflege Standard sein, als Voraussetzung für den Ab-
33 schluss von Versorgungsverträgen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und Einrichtungen
34 der stationären Reha und Pflege.

35 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bekommt den gesetzlichen Auftrag dazu wissenschaftlich
36 abgesicherte Kriterien zu entwickeln und diese zu beschließen. Wenn diese Voraussetzungen vorlie-
37 gen, sind jährlich für jede Einrichtung sowohl in der stationären Reha als auch in der stationären Alten-
38 pflege entsprechende Qualitätsberichte zu veröffentlichen.

39

40

1 **Antrag P 05/ 18 c**

2

3 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
4 *ASG Bayern*

5

6 Adressaten: ASG Bundeskonferenz

7

8 (Angenommen in geänderter Fassung)

9

10 **Reglementierung der Leiharbeit in der akutstationären Pflege veranlassen**

11

12

13 Die SPD Bundestagsfraktion wird aufgefordert in Zusammenarbeit mit dem sozialdemokratischen Bundesgesundheitsministerium in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu prüfen, inwieweit durch gesetzliche Vorgaben der Einsatz von pflegerischen Leiharbeitskräften – insbesondere in Bereichen mit kritischer Versorgungssituation – reglementiert werden kann. Es soll auch geprüft werden, ob zukünftig ein Verbot für den Einsatz von Leiharbeit insbesondere in systemkritischen Bereichen, bspw. der Intensivversorgung, der neonatologischen Versorgung und im OP-Bereich, mit entsprechenden Übergangsfristen umgesetzt werden könnte. Darüber hinaus soll geprüft werden, ob die durch private Leiharbeitsfirmen ggü. den Einrichtungen in Rechnung gestellten Ansätze für Leiharbeit gedeckelt werden können.

22

23

24 **Antrag P 06/ 31**

25

26 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
27 *ASG Nordrhein-Westfalen*

28

29 (Angenommen)

30

31 **Leiharbeit in der Pflege regulieren**

32

33

34 Arbeitnehmer*innen-Überlassung, hier Leih- oder Zeitarbeit genannt, war ursprünglich auch in der Pflege dazu gedacht, kurzfristig und temporär personelle Engpässe zu beheben und Stammebelegschaften durch externe Kräfte zeitweise zu verstärken.

37

38 Inzwischen hat aber die Leiharbeit in vielen Bereichen des pflegerischen Arbeitsmarktes solche Ausmaße angenommen, dass sie zu erheblichen Problemen führt. Hier sind Lösungen überfällig.

40

41 Die SPD-Bundestagsfraktion wird daher gebeten, sich für folgende Maßnahmen einzusetzen:

42

43 1. Die wichtigste Maßnahme zur Begrenzung der Leiharbeit ist die Einführung verbindlicher, gesetzlich geregelter Personalschlüssel in allen Bereichen des Berufsfeldes Pflege. Eine an den jeweiligen Versorgungsauftrag angepasste Personalausstattung ist kurzfristig in allen Bereichen der Pflege zu ermitteln, zu finanzieren und umzusetzen. Dabei sind realistische Personalausfallquoten einzurechnen und zu refinanzieren.

48

1 2. Der Anteil von Leiharbeitenden ist auf das notwendigste Maß zu begrenzen. Es sollen einrichtungs-
2 bezogene feste Quoten definiert werden, die das Verhältnis von Festangestellten zu Leiharbeitenden
3 definieren. Eine Quote von 9:1 erscheint sinnvoll.
4

5 3. Der Einsatz von Leiharbeitenden soll nur für eine festgelegte Mindestdauer in der gleichen Einheit
6 erfolgen. Sinnvoll erscheint hier, ein Mindesteinsatz an drei aufeinanderfolgenden Tagen. Stunden-
7 weise oder 1-Tages Einsätze von Leiharbeitenden sind zu unterbinden.
8

9 4. Die Einarbeitung von Leiharbeitenden in einrichtungs- und stationsbezogene Standards, Routinen,
10 Örtlichkeiten und Gepflogenheiten muss mindestens anteilig zu Lasten und auf Kosten der Verleihfirma
11 erfolgen. Dafür erforderliche Zeiten müssen vertraglich abgesichert werden.
12

13 5. Leiharbeitende dürfen nicht bereits in der prospektiven Dienstplangestaltung berücksichtigt wer-
14 den. Ihr Einsatz ist darauf zu begrenzen, kurzfristig auftretende personelle Engpässe zu kompensieren.
15

16 6. Die Einrichtungen sollen bei der Entwicklung und Umsetzung zuverlässiger, familien-freundlicher
17 Dienstplanmodelle, belastbarer Vertretungsregelungen und beim Aufbau eigener Springerpools unter-
18 stützt werden.
19

20 7. Auch Leiharbeitende sollten entsprechend geltender Tarifverträge genauso bezahlt werden wie ihre
21 Kolleg*innen in festen Arbeitsverhältnissen.
22

23 8. Wie im Krankenhausbereich in den Abrechnungsbestimmungen zum Pflegebudget sollten auch in
24 anderen pflegerischen Arbeitsmarktsegmenten die Kosten für Leiharbeitende nur bis zur Höhe der ta-
25 rifvertraglichen Vergütung refinanziert werden.
26

27

28 **BERUF, BESCHÄFTIGUNG, AUSBILDUNG**

29

30 **Antrag B 01/ 5**

31 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
32 *ASG Bundesvorstand*

33 Adressaten: SPD-Bundestagsfraktion, Pflegebeauftragte

34

35 (Angenommen)

36

37 **Leistungsbereich Kommunikation in der PPR 2.0**

38

39 Mit Beschluss vom 26. Juni 2021 forderte der ASG-Bundesausschuss betreffend Personalausstattung
40 im Pflegedienst der Krankenhäuser die kurzfristige gesetzliche Verankerung der PPR 2.0 für den Über-
41 gangszeitraum, in dem ein noch zu entwickelndes und zu erprobendes Personalbemessungsverfahren
42 zur Verfügung steht.

43 Daran anknüpfend hat der ASG Bundesvorstand in seiner Sitzung am 17.1.2022 beschlossen:

1 Der ASG Bundesvorstand begrüßt, dass die kurzfristige Einführung der PPR 2.0. von der SPD im Koalitionsvertrag durchgesetzt werden konnte.
2

3 Jedoch finden weder in der ursprünglichen noch in der PPR 2.0 die psychosozialen Arbeitsinhalte der
4 Pflege angemessene Berücksichtigung. Bei den Einordnungsmerkmalen für die Pflegestufen der Allge-
5 meinen Pflege sollten die vier Leistungsbereiche Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung sowie Bewe-
6 gung und Lagerung daher um einen Leistungsbereich Kommunikation ergänzt und die Zuordnungsre-
7 geln entsprechend angepasst werden.

8

9 **Antrag B 03/ 3**

10

11 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
12 *ASG Bundesvorstand*

13

14 Adressaten: ASG Bundesvorstand, SPD Bundestagsfraktion

15

16 (Angenommen)

17

18

19 **Berufliche Bildung im Gesundheitswesen**

20

21 Die ASG-Bundesdelegiertenkonferenz hat im März 2017 den ASG-Bundesvorstand beauftragt, zur Re-
22 form der Qualifizierungsstrukturen der Gesundheitsfachberufe ein Positionspapier zu entwickeln und
23 vorzulegen.

24

25 Diesem Auftrag konnte im Rahmen einer Projektgruppe der Friedrich-Ebert-Stiftung entsprochen wer-
26 den, an der seitens des Bundesvorstandes Ingrid Rehwinkel und Herbert Weisbrod-Frey beteiligt wa-
27 ren.

28 Die dort entwickelten und begründeten Handlungsvorschläge werden hier der Bundesdelegierten-kon-
29 ferenz 2022 zur Diskussion und Beschlussfassung vorgestellt:

30

31 1. Die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen sind geprägt durch ein Zusammenspiel von theo-
32 retisch-schulischer und betrieblich-praktischer Ausbildung. Im Gegensatz zu anderen Berufen mit die-
33 ser Struktur wird das Berufsbildungsgesetz (BBiG) auf die Regelung solcher Ausbildungen nicht ange-
34 wendet. Daraus resultieren viele Nachteile für die Auszubildenden, die Lehrenden und die Schulen.
35 Wir fordern daher, die Ausbildungen auf der Grundlage des BbiG neu zu regeln und insbesondere die
36 Schulen des Gesundheitswesens in das allgemeine öffentliche Berufsbildungswesen zu integrieren.

37

38 2. Die duale Struktur der Ausbildungen mit zum Teil hohen Anteilen betrieblich-praktischer Ausbil-
39 dungszeiten sollte beibehalten werden, ohne eine Akademisierung der Ausbildungen zu verhindern.
40 Wir fordern daher, dass die theoretische Ausbildung an den drei alternativen Lernorten: Hochschule –
41 Berufsschule – Schule des Gesundheitswesens stattfinden kann, wobei ein einheitlicher Rahmen für
42 das Ausbildungsverhältnis und den Lernort Betrieb bestehen sollte.

43

44 3. Um Ausbildungskapazitäten qualitativ und quantitativ zu erweitern, bedarf es gut ausgebildeter
45 Lehrkräfte. Deren Qualifikation muss an den Standard angepasst werden, den die Kultusministerkon-
46 ferenz in ihrer diesbezüglichen Rahmenvereinbarung für das Lehramt an beruflichen Schulen formu-
47 liert hat. Dafür fordern wir, die Einrichtung beziehungsweise die Ausweitung von Lehramts-Studien-
48 standorten an öffentlichen Universitäten wie es für andere Fachrichtungen längst etabliert ist.

49

1 4. Wenn zukünftig duale Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen ausschließlich (Hebammen) o-
2 der überwiegend (therapeutische Berufe) oder teilweise (Pflegeberufe) an Hochschulen stattfinden,
3 wird üblicherweise die staatliche Abschlussprüfung mit der Verleihung des akademischen Grades „Ba-
4 chelor“ verknüpft sein. Sinnvolle Aufstiegsmöglichkeiten in Masterstudiengänge sollten von vornhe-
5 rein mitgedacht werden. Neben dem wissenschaftlichen Studium des jeweiligen Faches und der Qua-
6 lifizierung für Lehre und Forschung, sollten Masterstudiengänge auch so konzipiert werden, dass sie
7 zu erweiterten Kompetenzen im jeweiligen Berufsfeld führen. Wir fordern daher Masterabschlüsse im
8 Feld Gesundheit als eine Art Approbation anzulegen, die etwa bei den therapeutischen Berufen zur
9 selbstständigen Ausübung der Heilkunde berechtigt und die sogenannte sektorale Heilpraktikererlaub-
10 nis ersetzt. Der Direktzugang von PatientInnen zu Physio- und Ergotherapie bzw. zur Logopädie könnte
11 dann bei Berufsangehörigen mit einem Masterabschluss zum Regelfall werden. Analog dazu kann auch
12 bei den Pflegeberufen ein Masterabschluss zur selbstständigen Ausübung der Heilkunde und zur par-
13 tiellen Substitution ärztlicher Tätigkeiten berechtigen.

14
15 5. Die Ausbildungen in den landesrechtlich geregelten Pflegeassistentenberufen sind ausgesprochen he-
16 terogen, wenig standardisiert und stellen häufig Sackgassenqualifizierungen dar, die in schlecht be-
17 zahlte Jobs ohne Aufstiegsmöglichkeiten, aber mit zahlreichen frauenspezifischen Benachteiligungen
18 münden. Wir fordern daher eine dreijährige eigenständige Assistenz Ausbildung auf Grundlage des
19 BbiG. Das Berufsprofil dieser Ausbildung sollte sich beziehen auf die Unterstützung der Pflegebedürf-
20 tigen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens und dem Erhalt beziehungsweise der Wiedererlangung
21 ihrer Selbstständigkeit. Die Ausbildung soll generalistisch ausgerichtet sein, d. h. sie soll zur Pflege und
22 Betreuung von Menschen aller Altersstufen qualifizieren mit Schwerpunkt in der ambulanten und sta-
23 tionären Langzeitpflege. Der Zugang zur Ausbildung soll nicht reglementiert sein. Die Ausbildung er-
24 möglicht den Zugang zu weiteren Fachausbildungen in Sozial- und Pflegeberufen unter Anrechnung
25 der Ausbildungsdauer. Mit der Ausbildung kann und soll der Erwerb allgemeinbildender Abschlüsse
26 verknüpft sein. Die tarifliche Vergütung ist dem Berufsabschluss entsprechend anzupassen.

27
28 6. Aufstiegs- und Umstiegsperspektiven tragen wesentlich zur Attraktivität eines Berufes bei und ent-
29 scheiden oft über den Verbleib im Beruf. Aufgrund der Sonderstellung der Ausbildungen in den Ge-
30 sundheitsfachberufen im beruflichen Bildungssystem wird sowohl die horizontale wie die vertikale
31 Durchlässigkeit erheblich beschränkt. So kann an Schulen des Gesundheitswesens kein allgemeinbil-
32 dender Abschluss erworben werden, der einen Übergang ins tertiäre Bildungssystem ermöglicht. Der
33 Wechsel zwischen den Berufen ist trotz hoher Schnittmengen bei den fachlichen und sozialen Kompe-
34 tenzen sehr erschwert. Wir fordern daher, die Reform der Qualifizierungsstrukturen auch unter der
35 Perspektive zu vollziehen, dass Aufstiegs- und Umstiegsmöglichkeiten geschaffen werden, die auf der
36 Wertschätzung von bereits vorhandenen, auch informell erworbenen Kompetenzen beruhen.

37
38 7. Die Entwicklung der wissenschaftlichen Fachdisziplinen steht, vielleicht mit Ausnahme der Pflege-
39 wissenschaft, noch sehr am Anfang. Sie ist aber für eine wissenschaftliche Lehrerbildung, für den Pro-
40 fessionalisierungsprozess und für eine evidenzbasierte Berufsausübung unabdingbar. Wir fordern da-
41 her den massiven Ausbau von Forschungskapazitäten und die Etablierung von eigenständigen Fakultä-
42 ten für Pflegewissenschaft, Therapiewissenschaft und Hebammenwissenschaft, insbesondere an öf-
43 fentlichen Universitäten.

46 **Antrag B 04/ 1**

47 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
48 *ASG Nordrhein-Westfalen*

49 Adressaten: SPD-Bundestagsfraktion

1 (Angenommen in geänderter Fassung)

2

3 **Faire und existenzsichernde Vergütung für Medizinstudierende im Praktischen Jahr.**

4 Die Mitglieder des SPD-Bundestagsfraktion werden aufgefordert, sich für eine obligatorische, bundesweit einheitliche und existenzsichernde Vergütung in Anlehnung an den BAföG Höchstsatz für Medizinstudierende in ihrem letzten klinischen Studienabschnitt einzusetzen.

7

8 **Antrag B 05/ 16**

9 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
10 *ASG Bayern*

11 Adressaten: SPD-Bundestagsfraktion

12

13 (Abgelehnt)

14

15 **Triage-Gesetz**

16 Die SPD-Abgeordneten der Bundestagsfraktion setzen sich dafür ein, dass umgehend ein Triage-Gesetz verabschiedet wird, mit dem die Rechtsgrundlage und der rechtliche Handlungsrahmen bei unvermeidbaren und existentiellen Auswahlentscheidungen für Ärzt*innen geschaffen wird.

19

20

21 **SOLIDARITÄT, FINANZIERUNG UND PLANUNG**

22

23 **Antrag S 01/ 13**

24

25 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
26 *Bezirk Hessen-Süd*

27

28 (Überweisung an den ASG Bundesvorstand in geänderter Fassung)

29

30

31 **Umstellung der Trägerschaft, Finanzierung und Bedarfsplanung im Bereich der Krankenhausversorgung**

32

33

34

35 Mittels Anträge und Stellungnahmen auf kommunaler, Landes- und Bundesebene innerparteilich und in der öffentlichen Diskussion darauf hinzuwirken, dass im Bereich der Krankenhausversorgung eine

36

1 überregionale, nach Erfordernissen über Ländergrenzen hinausgehende bundeseinheitliche Bedarfs-
2 planung und Finanzierung geschaffen wird.

3
4 Grundlage der Bedarfsplanung muss allein die jeweils aktuelle Sachlage demographischer, morbidi-
5 tätsbezogener Gegebenheiten in Verbindung mit den auf wissenschaftlicher Grundlage geprüften me-
6 dizinischen Behandlungsmöglichkeiten sein.

7 Die Finanzierung erfolgt mittels Budgetermittlung und Verteilung durch gleichwertig strukturierte Kör-
8 perschaften öffentlichen Rechts mit ausgewogenen demokratischen Institutionen unter Wahrung
9 größtmöglicher Transparenz.

10
11 Es werden prozessuale Prüfkriterien entwickelt, welche den Nutzen der Mittelverwendung für das
12 Wohl der Patient*innen kontinuierlich bewerten. Eine begleitende unabhängige Versorgungsfors-
13 chung ist hierzu erforderlich

14
15 Die ASG-Bundeskonferenz fordert innerparteilich und in den SPD-Fraktionen im Bund und Land dazu
16 auf, gesetzlich zu regeln, dass Wirtschaftsformen mit Kapitalabfluss und privatwirtschaftlichen Inves-
17 toren in Einrichtungen der Patientenversorgung verboten werden.

18
19

20 **Antrag S 02/ 18 a**

21
22 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
23 *ASG Bayern*

24
25 Adressat: ASG Bundeskonferenz

26
27 (Angenommen in geänderter Fassung)

28 29 **Gewinnabschöpfung in Krankenhäusern durch private Investoren reglementieren**

30
31
32 Die SPD Bundestagsfraktion wird aufgefordert, dass das BMG und das BMJ zeitnah prüfen, inwieweit
33 bei staatlich geförderten und durch das gesetzliche Krankenversicherungssystem finanzierten Kliniken
34 die Abschöpfung von Gewinnen reglementiert werden kann. Bei der akutstationären Krankenversor-
35 gung handelt es sich um einen wesentlichen Baustein der Daseinsvorsorge, der nicht zur Gewinnmaxi-
36 mierung bzw. Renditeoptimierung von Investoren/ Shareholdern missbraucht werden darf.

37
38

39 **Antrag S 04/ 26 a**

40
41 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
42 *Landesverband Bayern*

43 Adressaten: SPD Bundestagsfraktion, Ministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit

44 (Angenommen)

45 **Weltweit gerechte Verteilung von Corona-Impfstoffen**

46
47 Das von Deutschland gegebene Versprechen sich für Multilateralismus zu engagieren, muss mit Inhal-
48 ten unterfüttert werden, das gilt insbesondere für Maßnahmen zur Bekämpfung der Covid-19 Pande-
49 mie.

1 Zwar wurden und werden von Deutschland und anderen Industrienationen Impfstoffe im Rahmen der
2 Covax Initiative zur Verfügung gestellt. Allerdings bleiben die Lieferungen weit hinter den Zusagen zu-
3 rück. So wurden von den von der EU zugesagten 353 Millionen Impfdosen nur 118 Millionen ausgelie-
4 fert, ähnlich sind die Zahlen weltweit (z.B. USA 1.1 Milliarden zugesagt, ca. ¼ ausgeliefert). Schuld da-
5 ran sind unter anderem komplizierte Vertrags- und Lieferverhandlungen. Diese Hindernisse müssen
6 schnellstmöglichst aus dem Weg geräumt werden.

7 Wir fordern die Bundesregierung, namentlich Ministerin S. Schulze, auf dies in den Mittelpunkt ihrer
8 Arbeit zu stellen. Weiter fordern wir, dass Deutschland seine Blockade aufgibt und Möglichkeiten
9 schafft, über die Freigabe von Patenten bzw. ggfls. über umfangreiche Lizenzen und vollständigen
10 Technologietransfer die Produktion von Impfstoffen auf breitere Beine zu stellen (insbesondere in In-
11 dien und Afrika), damit endlich ausreichend für alle produziert wird. Gerade afrikanische Länder, die
12 99% ihrer Impfstoffe importieren, müssen in der Lage sein sich unabhängig besser selbst zu versorgen
13 und mit entsprechenden Technologien und Kapazitäten auch auf zukünftige Pandemien vorzubereiten.

14 Die vorliegenden Finanzplanungen durch den vorherigen Entwicklungsminister Müller sind bei weitem
15 nicht ausreichend und müssen korrigiert werden. Verbesserungen in diesem Bereich müssen in Zent-
16 rum der Arbeit des Ministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit stehen.

17

18 **Antrag S 05/ 18 b**

19

20 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
21 *ASG Bayern*

22

23 Adressat: ASG Bundeskonferenz

24

25 (Angenommen in geänderter Fassung)

26

27

28 **Beihilfe / europarechtliche Zulässigkeit von Zuschüssen der öffentlichen Hand an Kliniken in öffent-** 29 **licher Trägerschaft (privatwirtschaftliche Rechtsform) prüfen**

30

31 Die SPD Bundestagsfraktion wird aufgefordert, dass das BMG und das BMJ zeitnah prüfen inwieweit
32 eine europarechtskonforme, uneingeschränkte Finanzmittelzuführung an Kliniken der öffentlichen
33 Hand in privater Rechtsform (bspw. GmbH) durch den Träger der Einrichtung möglich ist. Die benann-
34 ten Bundesministerien setzen sich ggü. der Europäischen Kommission für entsprechende Regelungen
35 ein. Zudem wird geprüft, ob (steuer-)rechtliche Erleichterungen hinsichtlich einer Rückführung von Kli-
36 niken aus einer privaten Rechtsform in eine kommunale Rechtsform ermöglicht werden können.

37

38

39 **Antrag S 06/ 19**

40

41 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
42 *Landesverband ASG Bayern*

43

44 Adressaten: SPD-Bundestagsfraktion, ASG-Bundesvorstand

45

46 (Angenommen)

47

1 **Finanzierung der akutstationären Krankenversorgung reformieren –**

2 **Zukunftskonzept zur Investitionsfinanzierung entwickeln**

3

4 Die Bundesregierung sowie die für die Krankenhausfinanzierung (Investitionen) vorrangig zuständigen
5 Bundesländer werden aufgefordert, umgehend den aktuellen Investitionsbedarf zu ermitteln und Fi-
6 nanzierungskonzept zum Abbau des Investitionsstaus sowie zu einer adäquaten künftigen Finanzie-
7 rung zu entwickeln. Ergebnisse der dringend erforderlichen Reform der Krankenhausplanung (bspw.
8 Sicherstellungsmandate) sind dabei in die prospektive Finanzplanung einzubeziehen.

9

10 **Antrag S 07/ 33**

11

12 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
13 *Bezirk Hessen-Nord*

14

15 Adressaten: SPD Bundestagsfraktion, SPD Parteivorstand

16

17 (Angenommen in geänderter Fassung)

18

19

20 **„Sicherstellung und deckende Finanzierung der Gesundheitsversorgung im ländlichen**
21 **Raum“**

22

23 Die ASG-Bundeskonferenz fordert die SPD-Bundestagsfraktion und den SPD-Parteivorstand auf, bei der
24 im Koalitionsvertrag avisierten Novellierung der DRG den § 17b KHG um die Einführung einer decken-
25 den Finanzierung der Gesundheitsversorgung zu ergänzen, wobei die vorwiegend kommunalen Klini-
26 ken und die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger im ländlichen Raum gestärkt werden sollen.

27 Die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern in räumlicher
28 Nähe ist auch in Zukunft unabdingbar.

29

30 Wir lehnen grundsätzlich eine Privatisierung der Krankenhäuser ab, da sie zu Leistungs-einbußen oder
31 schlechteren Arbeitsbedingungen der im Gesundheitswesen Beschäftigten führt.

32

33

34 **Antrag S 09/ 21**

35

36 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
37 *Landesverband ASG Bayern*

38

39 Adressaten: SPD Bundestagsfraktion, ASG Bundesvorstand

40

41 (Angenommen)

42

43 **Neuordnung der kassenärztlichen Bedarfsplanung zur Vermeidung unterversorgter Teilge-**
44 **biete**

45

46 Im Rahmen einer Neugestaltung der Bedarfsplanung der gesundheitlichen Versorgung ist sicherzu-
47 stellen, dass die ärztliche Versorgung der Bevölkerung auch in derzeit unterversorgten Teilgebieten
48 innerhalb der aktuell bestehenden Planungsgebiete gewährleistet ist.

49

1 **VERSORGUNG**

3 **Antrag V 01/ 14 a**

5 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
6 *ASG Thüringen*

7 (Angenommen)

8 **Programm für eine bessere und verlässliche Geburtshilfe**

11 Die ASG fordert eine flächendeckend hohe Qualität und Versorgungssicherheit in der Geburtshilfe und
12 Schwangerenversorgung. Die im Koalitionsvertrag 2021 vereinbarten Ziele setzen dafür den richtigen
13 Rahmen – vor allem mit der Aussage das Nationale Gesundheitsziel "Gesundheit rund um die Geburt"
14 mit einem Aktionsplan umzusetzen. Die ASG sieht darüber hinaus insbesondere Handlungsbedarf bei
15 Fehlanreizen in der Vergütung und bei der Zusammenarbeit von Geburtskliniken sowie Perinatalzen-
16 tren. Deshalb fordert die ASG ergänzend zum Koalitionsvertrag

17 • dass die Finanzierungsanreize, die bisher Kaiserschnitte wesentlich attraktiver vergüten als natürli-
18 che Geburten, bereinigt werden.

19 • dass kleinere Kliniken mit Geburtsstation schwangere Frauen mit absehbarer Geburtskomplikation
20 in ein Perinatalzentrum verlegen können, ohne dass sie einen wirtschaftlichen Nachteil durch die feh-
21 lende Entbindung haben.

22 • dass Hebammen im Krankenhaus eine attraktivere Vergütung erhalten.

23 • verbindliche Vorgaben, für welche Tätigkeiten ärztliche Honorarkräfte in der Geburtshilfe eingesetzt
24 werden dürfen. Grundlage für diese Vorgaben ist eine Evaluation der Kaiserschnittraten und der Be-
25 handlungsqualität in Häusern, die Honorarkräfte einsetzen, insbesondere ob ein Zusammenhang zwi-
26 schen der Höhe der Kaiserschnitttrate und dem Einsatz von Honorarkräften besteht.

28 **Antrag V 02/32 a**

30 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
31 *ASG Nordrhein-Westfalen*

32 Adressaten: SPD Bundestagsfraktion

33 (Angenommen in geänderter Fassung und Überweisung ASJ)

34 **„Gewalt in der Geburtshilfe“ eigener Straftatbestand, Hilfe für Betroffene und Pflichtfort- 35 bildung für Fachpersonal**

37
38 Die Bundestagsfraktion der SPD wird aufgefordert sich mit der Dimension des Problems zu beschäfti-
39 gen und zu prüfen ob Gewalt in der Geburtshilfe ggfls als Straftatbestand zu werten ist. Ähnlich der

1 „häuslichen Gewalt“ sind Frauen und Kinder in einer hilflosen Lage. Aktuell ist es sehr schwierig Gewalt
2 unter der Geburt anzuzeigen bzw. die Aussicht auf ein erfolgreiches zivilrechtliches Verfahren ist ge-
3 ring. Neben dem Strafrecht soll es präventiv jährliche Pflichtfortbildungen für das Fachpersonal geben
4 und Ansprechpersonen bei den Kommunen für betroffene Personen als Unterstützung und erste Hilfe.

5

6 **Antrag V 03/ 4**

7

8 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
9 *ASG Bundesvorstand*

10 Adressat SPD-Bundestagsfraktion

11 (Angenommen in geänderter Fassung)

12 **Sicherung der Qualität in der psychiatrischen Versorgung**

13

14 Zur Sicherung der Qualität psychiatrischer Versorgung ist die bedarfsgerechte und den Leitlinien ent-
15 sprechende Behandlung über alle Versorgungsbereiche hinweg sicherzustellen.

16 Dazu sind insbesondere folgende Maßnahmen erforderlich:

- 17 • Die Personalausstattung in der psychiatrischen Versorgung für medizinische, pflegerische, the-
18 rapeutische und soziale Berufe muss gesetzlich geregelt werden.
- 19 • Es muss sichergestellt werden, dass die genannten Berufsgruppen ausschließlich bei der Ein-
20 richtung beschäftigt werden, die den Versorgungsauftrag hat.
- 21 • Die Gesetzesregelung muss übergreifende Geltung für die ambulante, stationäre, teilstatio-
22 näre und aufsuchende Versorgung haben.
- 23 • Es muss eine gesicherte Finanzierung dieser Personalausstattung, einschließlich der Tarifstei-
24 gerungen durch die Krankenkassen erfolgen
- 25 • Die vollständige Finanzierung der Investitionskosten für erforderliche bauliche Veränderungen
26 und technische Ausstattung ist von Bund und Ländern zu gewährleisten.
- 27 • Von den Leistungserbringern ist die Versorgungsqualität transparent darzustellen.

28

29

30 **Antrag V04/ 28**

31

32 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
33 *ASG Bayern*

34 (Angenommen in geänderter Fassung und Überweisung an die SPD Bundestagsfraktion)

35 **„Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)“ - Dringender Kor-** 36 **rekturbedarf**

37

38 Der Zeitplan zur sanktionsbewährten Einführung der PPP-RL soll korrigiert und nach hinten verscho-
39 ben werden um die Auswirkungen auf die Versorgung ausreichend zu erproben und den Krankenhäu-
40 sern die Möglichkeit zu geben notwendige Finanzmittel mit den Krankenkassen vereinbaren und in
41 das erforderliche Personal umsetzen zu können.

1 Der G-BA ist damit zu beauftragen, die Richtlinie dergestalt zu korrigieren, dass personenzentrierte,
2 sektorenübergreifende und stationsvermeidende Behandlung durch psychiatrische und psychosoma-
3 tische Einrichtungen befördert wird, anstatt diese systematisch zu gefährden.

4

5 **Antrag V 06/ 25**

6

7 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
8 *ASG Bayern*

9 (Angenommen)

10 **Mentale Gesundheit / Psychotherapie**

11

12

13 Die ASG Bundeskonferenz möge beschließen, sich für die mentale Gesundheit von Erwachsenen sowie
14 Kindern- und Jugendlichen einzusetzen. Daher soll die Forderung nach deutlich mehr Kassenzulassun-
15 gen für psychologische Psychotherapeuten* (PP) für Erwachsene sowie Kinder- und Jugendlichen-Psy-
16 chotherapeut*en (KJP) unterstützt werden.

17

18 **Antrag V 07/ 12**

19

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

22 (Überweisung an den ASG Bundesvorstand)

23

24 **Medizinische Versorgung von Nicht-Versicherten**

25

26

27 Gesundheit ist ein Menschenrecht. In Deutschland werden nicht krankenversicherte Menschen jedoch
28 schlechter gesundheitlich versorgt. Selbst eine Akutversorgung wird oft in niedrigerem Umfang ge-
29 währleistet als bei Krankenversicherten aus Angst der Leistungserbringer auf den Kosten sitzen zu blei-
30 ben. Wir fordern Gleichbehandlung bei der medizinischen Basisversorgung, egal wie und ob die Men-
31 schen versichert sind oder nicht.

32 Die medizinische Versorgung der nicht krankenversicherten Menschen ist im Sinne des Gemeinwohles
33 Aufgabe des Staates und kann nicht auf den Schultern von Ehrenamtlichen und Gemeinnützigen Ver-
34 einen lasten. Erste Priorität muss sein alle Menschen in eine reguläre Krankenversicherung zu bringen.
35 Hierzu müssen bundesweit Clearingsstellen eingerichtet werden, die die Nichtversicherten beraten,
36 wie sie wieder in eine Krankenversicherung eintreten können.

37 Für Geflüchtete und Asylbewerber*innen sollte es nach dem Bremer Modell möglich sein sofort eine
38 eGK (elektronische GKV-Karte) zu erhalten, mit dieser die Krankenkasse die Kosten über das Sozialamt
39 abrechnen können. Dies führt dazu, dass unbürokratische medizinische Hilfe erbracht werden kann,
40 ohne dass Praxen und Kliniken auf ihren Kosten sitzen bleiben oder mit bürokratischen Hürden beim
41 Sozialamt ihre Kosten rückerstatten lassen können. Insbesondere muss sichergestellt werden, dass il-
42 legalisierte Menschen nicht eine medizinische Behandlung vermeiden, weil sie Angst haben so an die

1 Ausländerbehörde gemeldet und abgeschoben zu werden. Hier kann eine anonyme Krankenbehand-
2 lung, die staatlich finanziert wird, eine Lösung sein.

3 Menschen, die sich es nicht leisten können, müssen von den Zuzahlungen verschreibungspflichtigen
4 Medikamenten, Brillen und zahnmedizinischen Behandlungen befreit werden. Wohnungslosen Men-
5 schen müssen zudem Krankenkassenbeitragsschulden erlassen werden

6 Die Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) muss den kassenärztlichen Sicherstellungsauftrag auch
7 in Bezug auf wohnungslose Patienten garantieren.

8 Es müssen mehr finanzielle Mittel bereitgestellt werden, um medizinische Angebote im niedrigschwel-
9 ligen Bereich sicherzustellen und die Menschen vor Ort aufzufangen.

10

11 **Antrag V 08/ 7**

12

13 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
14 *ASG Bundesvorstand*

15

16 Adressat: SPD-Bundestagsfraktion

17 (Angenommen in geänderter Fassung)

18 **Zukunft für den Gesundheitskiosk - Niedrigschwellige Gesundheitsberatung ausreichend** 19 **finanzieren!**

20

21 Wir fordern die SPD-Bundestagsfraktion auf, die Grundlagen zur Einführung und Etablierung des Ver-
22 sorgungsangebots niedrigschwelliger Beratungsangebote (z.B. Gesundheitskiosk) zu schaffen.

23 Dies erfordert insbesondere eine dauerhafte Finanzierungsgrundlage sowie eine realistische politische
24 Durchsetzungsmöglichkeit für niedrigschwellige Beratungsangebote im Rahmen des SGB V.

25 Nachrangig kann auch eine Finanzierung über Steuermittel erfolgen, sollte im Rahmen des Kranken-
26 versicherungssystems eine Finanzierung nicht gewährleistet werden können.

27

28 **DIGITALES und SONSTIGES**

29

30 **Antrag So 01/17**

31

32 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
33 *ASG Bayern*

34 Adressaten: SPD Bundestagsfraktion, ASG Bundesvorstand

35 (Abgelehnt)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40

Elektronisches Rezept als Zusatzangebot anstatt als „Regelversorgung“

Der Bundesminister für Gesundheit sowie die SPD Bundestagsfraktion werden aufgefordert sich dafür einzusetzen, dass die Anwendung des elektronischen Rezeptes lediglich als Zusatzangebot und nicht als „Regelversorgung“ etabliert wird. Hierbei werden insbesondere Patient*innen benachteiligt, die nicht über die elektronische Infrastruktur oder das notwendige Verständnis verfügen, elektronische Rezepte einzulösen.

Es sollte darauf hingewirkt werden, das bestehende physische papiergestützte Rezept-Verordnungssystem beizubehalten und dieses vorerst nur um elektronische Zusatzangebote zu erweitern.

Antrag So 02/ 36

*Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Nordrhein-Westfalen*

Adressat: SPD Bundestagsfraktion

(Angenommen)

Maßnahmen zur Reduktion von mehrfach-antibiotikaresistenten Keimen in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Gemeinschaftseinrichtungen

Dass wirksame Präventionsmaßnahmen ergriffen werden um die zunehmende Verbreitung von mehrfach-antibiotikaresistenten Keimen in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Gemeinschaftseinrichtungen zu unterbinden. Erfahrung aus der SARS-CoV 2-Pandemie müssen auch genutzt werden. Neben Forschung und Entwicklung neuer medizinischer und technischer Verfahren bzw. Geräten, sollen die genannten Einrichtungen in der Durchführung von Präventionsmaßnahmen unterstützt werden.

Antrag So 03/ 27

*Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern*

(Angenommen)

Klimaneutrales Gesundheitswesen

Die ASG-Bundeskonzferenz möge beschließen, dass die notwendigen Investitionsbedarfe für Klimagerechtigkeit, etwa die Nutzung klimaneutral gewonnener Energie oder die Errichtung klimaneutraler

1 Kliniken mit „grünem Fingerprint“, bundesweit bei der klima-neutralen Gesundheitsversorgung zwin-
2 gend Berücksichtigung finden muss. Klimagerechtigkeit, ökologisches Vorgehen und sozialer Schutz
3 müssen einen besonderen Stellenwert im Gesundheitswesen der Bundesrepublik finden. Dies soll be-
4 deuten, dass sich die Bundes-ASG dafür einsetzt, dass im Gesundheitssektor verbindliche Vorgaben für
5 ökologisches und klimagerechtes Handeln eingeführt werden.

6

7 **Antrag So 04/ 29**

8

9 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*
10 *ASG Bremen*

11 (Angenommen in geänderter Fassung)

12

13

14 **Erfolgreiche Gesundheitspolitik braucht auch wirksame Klimapolitik**

15

16 Klimawandel macht krank. Er hat gefährliche Auswirkungen auf unsere Gesundheit. Die Corona-Pan-
17 demie hat gezeigt, wie das Ökosystem und Gesundheit miteinander verbunden sind, und wie schnell
18 dadurch die Gesundheit erheblich gefährdet wird.

19 Verbrennungsprozesse mit ihren daraus resultierenden Substanzen wie Kohlendioxid und Methan ge-
20 fährden die Natur durch Temperaturanstiege, Überschwemmungen, Dürren und Anstiege der Meeres-
21 spiegel. Sie beeinträchtigen damit auch die Gesundheit der Menschen. Vor allem vulnerable Gruppen
22 sind davon betroffen. Infektionen und Pandemien werden sich weiterverbreiten, wenn es keine vor-
23 sorgende Klimastrategie und angepasste Klimaanstrengungen vor Ort gibt.

24 Der Klimawandel ist zwar ein zentraler Bestandteil der Umweltpolitik. Klima- und Umweltwissenschaft
25 haben die Auswirkungen auf die Gesundheit bisher vernachlässigt. Es ist deshalb nicht überraschend,
26 dass weder in der Umwelt- noch in der Gesundheitspolitik die vielfältigen negativen Einflüsse auf die
27 Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen eine maßgebliche Rolle gespielt haben.

28 In den USA dagegen wird zu Recht von Ärztinnen und Ärzten, Ärzteorganisation und von Wissenschaft-
29 lerinnen und Wissenschaftlern diese Wechselbeziehung als größter Notfall für die Gesundheit bezeich-
30 net. Wenn diese Entwicklung nicht durch eine neue wirksame Gesundheitspolitik gestoppt wird, sind
31 massive negative gesundheitliche Folgen für die Menschen sehr wahrscheinlich. Ebenso wenig sind
32 bisher die problematischen Auswirkungen der Klimakrise auf die Gesundheit Bestandteil in medizini-
33 scher oder pflegerischer Ausbildung. 2021 hat sich der Deutsche Ärztetag erstmals umfassend mit die-
34 sem Problembereich beschäftigt

35 Aus gesundheitspolitischer Sicht sind umgehend wirksame Maßnahmen zu ergreifen, um gesundheits-
36 schädliche Auswirkungen des Klimawandels auf allen Ebenen gezielt präventiv zu bekämpfen und an-
37 gepasste Klimaschutzmaßnahmen in den Einrichtungen für Gesundheit und Pflege zu etablieren.

38 Die ASG fordert deshalb sozialdemokratische Verantwortungsträger*innen auf verschiedenen Ebenen
39 auf:

- 1 ▪ Die gesundheitsschädlichen Auswirkungen des Klimawandels sind zukünftig in der Umweltschutz-
2 und Gesundheitspolitik auf der Bundes-, Landes- und Kommunalebene, aber auch in der Wirtschafts-
3 und Finanzpolitik, konkret zu berücksichtigen.
- 4 ▪ Es müssen kommunale, regionale und nationale Hitzeschutz- und Überschwemmungs-pläne erstellt
5 und die Trinkwasserversorgung sichergestellt werden. (Frankreich kann hier als Beispiel dienen).
- 6 ▪ Pandemie-/Endemie-Masterpläne sind zu erstellen bzw. zu erneuern.
- 7 ▪ Kommunale Hitzeinseln und dort vorhandene Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung
8 sind zu lokalisieren und in einem Kataster zu führen.
- 9 ▪ Folgen der Klima- und Hitzekrisen betreffen Krankenhauspatientinnen und -patienten und Pflege-
10 heimbewohnerinnen und -bewohner besonders stark, deshalb müssen Krankenhäuser und Pflege-
11 heime zukünftig eigene Klimapläne erarbeiten und umsetzen.
- 12 ▪ Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen müssen zukünftig auch Programme zur Senkung des Res-
13 sourcenverbrauchs vorlegen, um durch reduzierten Ressourcenverbrauch einen spürbaren Beitrag
14 zum Klimaschutz und zur Wirtschaftlichkeit zu leisten.
- 15 ▪ Die Nachhaltigkeit in den Krankenhäusern ist sicherzustellen. Dafür sind zum Beispiel Nachhaltigkeits-
16 beauftragte mit der Etablierung einer Arbeitsgruppe „Green Team“ unter Leitung der Geschäftsfüh-
17 rung zu bilden. Eine entsprechende Refinanzierung durch die zuständigen Kostenträger ist sicherzu-
18 stellen.
- 19 ▪ Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen sind in das
20 Curriculum für Studierende der Medizin und der Pflegewissenschaften und in weiteren Ausbildungen
21 aufzunehmen.
- 22 ▪ Prävention und Gesundheitserziehung (ressourcenschonendes, gesundes Leben) soll in Lehrplänen
23 der Schulen und Kitas platziert werden, bestehende entsprechende Maßnahmen sollen gestärkt wer-
24 den.
- 25 ▪ Bei der Landes-Krankenhausplanung und in die Planung stationärer Pflegeeinrichtungen sind Folgen
26 des Klimawandels als Kriterium für die Bedarfsplanung der betroffenen Disziplinen zu beachten; In die
27 Investitionsplanungen der Länder sind zukünftig Schäden durch Klimakrisen ebenso wie energiespa-
28 rende Maßnahmen zu berücksichtigen.
- 29 ▪ Für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sollen Auswirkungen des Klimawandels bei Sanierungen
30 und Neubauten von Gebäuden (u. a. Lage, Baustoffrecycling, Hochwasser- und Starkregenschutz,
31 Vergabeverordnung) berücksichtigt werden. (In Eschweiler wurden z.B. 2021 etliche der Keller des ört-
32 lichen Krankenhauses geflutet. Dabei mussten Patientinnen und Patienten in andere Häuser evakuiert
33 werden und es entstand ein beträchtlicher Schaden an der technischen Ausrüstung).
- 34 ▪ Energieschonende Entwicklungen für die Medizintechnik und für weitere Techniken, u.a. Ladestatio-
35 nen an Krankenhäusern, sind zu beachten und zu fördern.
- 36 ▪ Die Zusammenhänge zwischen Klimawandel und Gesundheit und sozialer Betreuung (z.B.aufsu-
37 chende Altenarbeit) sind bisher kaum bekannt. Die Zuständigen müssen das hohe Informationsdefizit
38 durch verständliche Informationen wirksam reduzieren.

1 ▪ In der Weiterbildung und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften und anderen Berufen
2 müssen die Auswirkungen des Klimawandels, notwendige Maßnahmen des Klimaschutzes, die zuneh-
3 mende Belastung durch Hitze und der ressourcen-schonende Einsatz von Verbrauchsmaterial thema-
4 tisiert und integriert werden.

5

6 **INITIATIVANTRÄGE**

7

8 **Antrag Ini 01**

9 *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen Nieder-*
10 *bayern*

11 Adressaten: Bundeskonferenz der ASG Bayern

12

13 (Angenommen)

14

15

16 **Lasten gemeinsam und gerecht tragen! Solidarität aller! Solidarität jetzt!**

17

18 Um die großen Lasten, die jetzt auf uns zukommen, gemeinsam schultern zu können, fordern wir drin-
19 gend die Einführung einer Solidarabgabe und einer Solidarsteuer auf große Vermögen.

20 Wir fordern jetzt über die gerechte Lastenverteilung zu beraten und zu beschließen!

21

22

23

24 II. Weitere Anträge

25

26 **1. Für erledigt erklärt wurde:**

27 ➤ Antrag S 03/23

28 ➤ Antrag B 02/22

29

30 **2. Zurückgenommen wurde:**

31 ➤ Antrag S 08/34

32 ➤ Antrag V 05/20

33