

The SPD logo consists of a solid red square with the white text "SPD" centered inside.The ASG logo consists of a white square with a thin red border and the red text "ASG" centered inside.

**Anträge zur ordentlichen
Bundeskonferenz der
Arbeitsgemeinschaft der
Sozialdemokratinnen und
Sozialdemokraten im Gesund-
heitswesen (ASG)**

29.–30. März 2019 in Berlin

Antragstexte zur Bundeskonferenz 2019

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen

Die Antragskommission tagte am 23. Februar 2019 unter Leitung von Klaus Stahl im Willy-Brandt-Haus in Berlin zu den fristgerecht eingegangenen Anträgen für die ASG Bundeskonferenz 2019 in Berlin. Die Antragskommission legt hiermit ihre Voten vor.

Mitglieder der Antragskommission

Bundesvorstand: Klaus Stahl
Boris Velter

Von den Bezirken / Landesverbänden benannte Mitglieder:

LV Hannover	Wilhelm Drabke
LV Saar	Dorothea Kerner
LV Schleswig-Holstein	Andreas Hering
LV Bayern	Joachim Strobel
LV Hessen-Nord	Olga Fischer
LV Hessen-Süd	Wilfried Weyl
LV Sachsen-Anhalt	Thomas Wieser
LV Nordrhein-Westfalen	Jane Elisabeth Splett
LV Baden-Württemberg	Manfred Bleil
LV Rheinland-Pfalz	Andreas Höcker
LV Thüringen	Birgit Green

Unterstrichene Texte entsprechen den Änderungsvorschlägen der Antragskommission.

Inhaltsverzeichnis

Leitanträge.....	7
Antragsbereich L/ Antrag 1	7
Entschießung zur Europawahl: Wählen für ein soziales Europa.....	7
Antragsbereich L/ Antrag 2	8
Mehr Soziale Gerechtigkeit bei Gesundheit und Pflege – Konkrete Maßnahmen.....	8
Arbeit.....	11
Antragsbereich Ar/ Antrag 1.....	11
Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung.....	11
Antragsbereich Ar/ Antrag 2.....	11
Arbeitszeitgesetz auch für Ärzt*innen!.....	11
Antragsbereich Ar/ Antrag 3.....	12
Wir fordern faire Bedingungen im Praktischen Jahr des Medizinstudiums!	12
Antragsbereich Ar/ Antrag 4.....	13
Hebammen	13
Digitales.....	14
Antragsbereich D/ Antrag 1	14
Einrichtung einer Enquetekommission	14
Pflege.....	15
Antragsbereich P/ Antrag 1.....	15
Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zur Bürgerpflegeversicherung.....	15
Antragsbereich P/ Antrag 2.....	16
Pflegeversicherung: Personalausstattung und Tarifabschlüsse nicht zu Lasten der Pflegebedürftigen finanzieren.....	16
Antragsbereich P/ Antrag 3.....	17
Pflege-Personalbemessung in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen.....	17
Antragsbereich P/ Antrag 4.....	18
Änderung der Anrechnung von Auszubildenden in der GuK-Pflege und OTA-Schülern auf den Personalschlüssel	18

Antragsbereich P/ Antrag 5.....	19
Anerkennung der Heilerziehungspflege als Fachpersonalqualifikation in Pflegeeinrichtungen der Jungen Pflege.....	19
Antragsbereich P/ Antrag 6.....	20
Umsetzung des einheitlichen Pflege-Entlastungsbudgets aus dem Koalitionsvertrag zum 01.01.2020.....	20
Antragsbereich P/ Antrag 7.....	21
Aufsuchende Pflegeberatung.....	21
Antragsbereich P/ Antrag 8.....	23
Pflege-Unterstützungs-Geld ausweiten.....	23
Solidarität.....	24
Antragsbereich S/ Antrag 1.....	24
Schluss mit der Hintertür-Privatisierung – Stärkung der Sozialversicherungen.....	24
Antragsbereich S/ Antrag 2.....	26
Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der gesetzlichen Pflegeversicherung (PflV) zur Bürgerversicherung und zur Pflegevollversicherung.....	26
Antragsbereich S/ Antrag 3.....	29
Gestaltung einer einheitlichen Bürgerversicherung	29
Antragsbereich S/ Antrag 4.....	30
Freiwillige gesetzliche Versicherung	30
Antragsbereich S/ Antrag 5.....	31
Übernahme des hälftigen Beitrages zur Pflegeversicherung für Rentner durch die Deutsche Rentenversicherung.....	31
Versorgung	32
Antragsbereich V/ Antrag 1	32
Für funktionierende Kliniken/Pflegeeinrichtungen	32
Antragsbereich V/ Antrag 2	34
Benachteiligung der Psychiatrie im Pflegestärkungsgesetz beenden	34
Antragsbereich V/ Antrag 3	35
Finanzierung der Krankenhäuser. Rahmenbedingungen für das Krankenpflegepersonal ..	35
Antragsbereich V/ Antrag 4	36
Krankenkassenüberschüsse für Investitionen in Krankenhäuser nutzen.....	36
Antragsbereich V/ Antrag 5	37

Sicherung der flächendeckenden Krankenversicherung durch öffentliche und caritative Krankenhäuser	37
Antragsbereich V/ Antrag 6	37
Mehr Tempo für Qualitätsoffensive in den Krankenhäusern	37
Antragsbereich V/ Antrag 7	38
Medizinische Versorgungszentren (MVZ).....	38
Antragsbereich V/ Antrag 8	39
Ärzte.....	39
Antragsbereich V/ Antrag 9	40
Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum	40
Antragsbereich V/ Antrag 10	41
Stärkung der häuslichen Therapie im deutschen Gesundheitswesen.....	41
Antragsbereich V/ Antrag 11	42
Förderung der integrativen und sprechenden Medizin.....	42
Antragsbereich V/ Antrag 12	43
Behandlung koordinieren statt budgetieren.....	43
Antragsbereich V/ Antrag 13	43
Elektronische Gesundheitskarte.....	43
Antragsbereich V/ Antrag 14	44
Ausreichende medizinische Versorgung sicherstellen: Bundesweite Lösung zur Finanzierung der Behandlung von Menschen mit unklarem Versicherungsstatus einführen	44
Antragsbereich V/ Antrag 15	45
Gesetzesentwurf zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) in der Psychotherapie.....	45
Antragsbereich V/ Antrag 16	45
Etablierung des Medikationsmanagements	45
Antragsbereich V/ Antrag 17	46
Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland	46
Antragsbereich V/ Antrag 18	48
Versand mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln	48
Antragsbereich V/ Antrag 19	49
Regelung des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln	49
Antragsbereich V/ Antrag 20	50

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Zahnersatz und Sehhilfe verbessern!	50
Antragsbereich V/ Antrag 21	51
Zulassungspflicht für Medizinprodukte	51
Antragsbereich V/ Antrag 22	52
Register für Medizinprodukte	52
Antragsbereich V/ Antrag 23	53
Beseitigung von Mangelernährung in der onkologischen Versorgung	53
Antragsbereich V/ Antrag 24	54
Legalisierung der Verwendung von Cannabis zu gesundheitlichen Zwecken	54
Antragsbereich V/ Antrag 25	54
IGeL Abzocke zurückdrängen	54
Sonstige	55
Antragsbereich So/ Antrag 1	55
Umbenennung der ASG in AG Gesundheit und Pflege in der SPD	55
Antragsbereich So/ Antrag 2	56
Bessere Vernetzung der in der Gesundheitspolitik innerhalb der SPD tätigen Mitglieder	56
Antragsbereich So/ Antrag 3 Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen ASG Baden-Württemberg	56
EmpfängerIn: SPD-Bundestagsfraktion	56
<i>Empfehlung der Antragskommission: Annahme</i>	56
Reform des AMNOG	56
Antragsbereich So/ Antrag 4	57
Novellierung des Patientenrechtegesetzes bei einem vermuteten schweren Behandlungsfehler	57
Antragsbereich So/ Antrag 5	60
Geburtsschäden	60
So/ Antrag 6	61
Patientenfürsprecher	61
Antragsbereich So/ Antrag 7	62
Datenschutz / Patientenschutz durch private und gesetzliche Krankversicherer	62
Antragsbereich So/ Antrag 8	62
Finanzierung nicht-kommerzieller Klinischer Prüfungen	62
Antragsbereich So/ Antrag 9	63

Einschränkung Kitsysteme zur Herstellung gentechnisch veränderter Organismen	63
Antragsbereich So/ Antrag 10	64
Entbürokratisierung / Abschaffung der Formblätter nach § 13 ff Betäubungsmittelrecht.	64
Antragsbereich So/ Antrag 11	65
Sozialversicherungspflicht von ausländischen Betreuungskräften / Pflegekräften in der häuslichen Pflege	65
Antragsbereich So/ Antrag 12	65
Alle Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner von der gesetzlichen Erhöhung der Erwerbsminderungsrenten profitieren lassen.....	65
Antragsbereich So/ Antrag 13	67
Vorsorge darf nicht bestraft werden: Doppelte Verbeitragung stoppen!	67
Antragsbereich So/ Antrag 14	68
Zuständigkeit SGB XIV - Gesetzliche Unfallversicherung.....	68
Antragsbereich So/ Antrag 15	68
Abschaffung des §219a	68
Antragsbereich So/ Antrag 16	69
Resolution: Echte Informationsfreiheit für Frauen!	69
Antragsbereich So/ Antrag 17	70
Klimawandel und Gesundheit	70
Antragsbereich So/ Antrag 18	72
Tempo30 innerorts.....	72

Leitanträge

Antragsbereich L/ Antrag 1

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bundesvorstand

Entschließung zur Europawahl: Wählen für ein soziales Europa

Europa ist mehr als ein Bündnis von Wirtschaftspartnern. Die Europäische Union hat uns Frieden, Reisefreiheit und Zusammenarbeit in vielen Bereichen gebracht. Jetzt geht es um den Aufbau des sozialen Europas Das ist das entscheidende Zukunftsprojekt für die Menschen in allen Mitgliedsländern.

- 5 Die Europawahl am 26. Mai 2019 ist eine Richtungswahl. Mit einer starken Beteiligung wollen wir Demokratie und Bürgernähe stärken und für ein sozial ausgerichtetes Europa eintreten. Die Menschen müssen sich bei der Entwicklung der EU mitgenommen fühlen. Dies war einer der wichtigsten Gründe für den EU-Sozialgipfel im November 2017 in Göteborg. Dort haben der Rat und das Parlament die europäische Säule sozialer Rechte
- 10 proklamiert. Sie soll neue und wirksamere Rechte für die Bürgerinnen und Bürger in Europa gewährleisten und Sozialdumping ein Ende setzen. Die europäische Säule sozialer Rechte soll allen Menschen in der EU Chancengleichheit beim Zugang zum Arbeitsmarkt, faire Arbeitsbedingungen und Löhne, Sozialschutz und soziale Inklusion, einschließlich des Rechts auf Gesundheitsversorgung und Pflege garantieren.
- 15 Diese soziale Säule muss jetzt mit finanziellen Mitteln und einklagbaren Rechten ausgestattet werden. Es muss gelingen, dass die Mitgliedsstaaten sich auch in sozialen Angelegenheiten regelkonform verhalten. Die soziale Zusammenführung der Menschen in den Mitgliedsstaaten muss wirksam unterstützt werden. Die Bevölkerung und soziale Gruppen müssen stärker an der Gestaltung Europas beteiligt werden.
- 20 Wir brauchen dafür eine starke sozialdemokratische Fraktion im Europa-Parlament.

Antragsbereich L/ Antrag 2

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bundesvorstand

EmpfängerInnen: SPD-Bundesparteitag

Empfehlung der Antragskommission: Annahme in geänderter Fassung

Mehr Soziale Gerechtigkeit bei Gesundheit und Pflege – Konkrete Maßnahmen

Eines der größten sozialen Probleme im Feld der Gesundheits- und Pflegepolitik ist die extreme Ungleichheit hinsichtlich der Gesundheitschancen und in der realen gesundheitlichen Versorgung. „Wer arm ist, ist öfter und schwerer krank und stirbt früher“ ist traurige Wahrheit auch in einem der reichsten Länder der Welt. Diesem skandalösen Missstand systematisch entgegenzuwirken sehen wir als zentrale Aufgabe der Sozialdemokratie für die kommenden Jahre und Jahrzehnte.

Zur Einleitung des Prozesses sind von Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten in entsprechender Verantwortung im Bund und in den Ländern schnell folgende Maßnahmen zu ergreifen bzw. zu unterstützen:

1) Bessere Berücksichtigung gesunder Ernährung in der Grundsicherung und ~~Information~~ Beratung

Es müssen schnell Wege gefunden und beschritten werden, dass Bezieher*innen von Grundsicherung nicht länger für sich und ihre Kinder im Bereich gesunder Ernährung sparen (müssen). Ggf. sind Kosten gesunder Ernährung neben einer pauschalen Zuwendung vollständig zu erstatten.

Bereits in der Schule muss das Thema gesunde Ernährung systematisch verankert werden. Zudem sind Wege zu suchen, wie Ernährungsberatung zielgenau in sozial schwächeren Quartieren angeboten wird.

2) Ausweitung der Zuzahlungsfreiheit und Begrenzung von Eigenbeteiligungen
Menschen mit geringem Einkommen müssen vollständig von Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen befreit werden.

3) Bedarfsgerechte Änderung der örtlichen Verteilung von Arzt- und Psychotherapeutenpraxen

Es sind kurzfristig Lösungen zu finden, sodass Versorgungsangebote (Praxen) dort hingehen (müssen), wo sozial schwächere Strukturen bestehen. Hierbei soll die Kommune zentraler Akteur werden.

4) Verhalten der Leistungserbringer (Mittelschichtorientierung, Sprache)
Kammern und Ausbildungsstätten müssen kurzfristig verpflichtet werden, sich mit der Thematik umgehend zu befassen. Medizinische Fachgesellschaften müssen gefordert

werden, ausgrenzende diagnostische und therapeutische Verfahren zu identifizieren und zurückzudrängen.

35 5) Zurückdrängen prekärer Arbeits- und Lebensverhältnisse

Um krankmachende Armut- bzw. Arbeitsverhältnisse schnell zurückzudrängen sind folgende Maßnahmen zu realisieren:

- eigenständige Kindergrundsicherung
- Ausbau „echter sozialer Arbeitsmarkt“
- Reform des ALG II

40 - Anhebung Mindestlohn

6) Zielgruppenorientierte Prävention

Präventionsmittel müssen umgehend in erheblichem Umfang in Richtung sozial Schwächerer gelenkt werden. Hierzu muss eine Verpflichtung zu entsprechend zielgruppenorientiertem Engagement der Kassen geschaffen werden. Ggf. müssen Präventionsgelder
45 aber auch den Kassenentscheidungen entzogen und durch dazu befugte Behörden vergeben werden.

Um den schädlichen Zuckerkonsum zu verringern, sind umfassende Maßnahmen zu ergreifen: Insbesondere eine Sonderabgabe für zuckerhaltige Getränke, ein wirksames Verbot von an Kinder gerichteter Werbung für zuckerhaltige Produkte, sowie eine ver-
50 ständliche Lebensmittelampel.

7) medizinische Versorgung

Budget- und Zeitdruck in Praxen und Krankenhäusern treffen zuvorderst sozial Schwächere. Hier muss die Vergütung kurzfristig so geändert werden, dass alle Anreize, bei diesen zu sparen, beseitigt werden. Beispielsweise durch unbürokratische Kostenerstattung
55 durch die Kassen oder durch zielgruppengenaue Entbudgetierung.

Kurzfristig ist ein Schwerpunktprogramm „Gesunde Stadt“ analog dem Erfolgsmodell „Soziale Stadt“ für die Entwicklung von Modellprojekten zu etablieren, um eine optimierte Versorgung in sozial benachteiligten Quartieren zu entwickeln und zu überprüfen. Diese Modelle sollen in gemischten Teams insbesondere ärztliche, pflegerische, sozial-
60 pädagogische und interkulturelle Kompetenzen zusammenzuführen.

8) Zugang zu Rehabilitation

Für eine bessere Chancengleichheit der benachteiligten Klientel sind Reha-Coaches zu etablieren, die standardmäßig jeden rehabilitationsbedürftigen Patienten entsprechend seiner sozialen und beruflichen Situation beraten, die Rehabilitationsnotwendigkeiten
65 mit Behandlungsbedarf und Zielen erarbeiten, den Antrag mit den Patient*innen besprechen und ggf. auch gemeinsam ausfüllen.

9) (Versorgungs-)Forschung fokussieren

Der Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit ist das größte Gesundheitsrisiko. Entsprechend muss der Rahmen der Förderung der wissenschaftlichen For-
70 schung in der Medizin ausgerichtet werden, auch in den interdisziplinären Studiengängen Public Health, die sich mit der Erforschung von Krankheitsursachen, Verteilung in der Gesellschaft, Präventionsstrategien, Versorgungsunterschiede im Gesundheitssystem als auch der individuellen Ebene beschäftigen.

10) Zurückdrängen reiner Renditeorientierung bei Kliniken, Medizinischen Versorgungszentren und ärztlichen Einzelkassensitzen zugunsten von Patientinnen und Patienten

Das MVZ, der Kassensitz und auch die Klinik mussten nach herkömmlichem Verständnis die Einkommen der im Betrieb arbeitenden Menschen und eine gute Ausstattung der Betriebsstätte erwirtschaften. Betriebe und Praxen, die von einer gewinnmaximierenden „Gesundheitsindustrie“ aufgekauft werden, müssen zusätzlich zum Beispiel für den Absatz anderer Konzernprodukte und möglichst hohe Aktiengewinne sorgen. Hierdurch ist systematisch mit einer schlechteren Versorgung von Patienten zu rechnen, die einen hohen Bedarf an Zuwendung haben (Gespräch, bodenständige Erläuterungen, interkulturelle Aufarbeitung, Zeit u.a.), da der Konzerngewinn vor dem Versorgungsziel steht.

Arbeit

Antragsbereich Ar/ Antrag 1

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Süd

EmpfängerInnen: SPD-Bundestagsfraktion

Empfehlung der Antragskommission: Annahme in geänderter Fassung

Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung

Die ASG fordert die SPD-Bundestagsfraktion, sich für eine zügige Verabschiedung des Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes einzusetzen. Insbesondere sollen die ärztlichen und psychotherapeutischen Interessen anteilig gewichtet werden.

5

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die diskriminierende Beschränkung der Psychotherapeuten auf max. 10% der Sitze in den KV-Vertretungen ersatzlos aufgehoben wird.

Begründung:

10 Ausgehend vom vorliegenden Referentenentwurf vom 03.01.2019 mit weiteren Ausführungen mündlich

Antragsbereich Ar/ Antrag 2

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Süd

EmpfängerIn: SPD-Bundestagsfraktion

Empfehlung der Antragskommission: Annahme in geänderter Fassung

Arbeitszeitgesetz auch für Ärzt*innen!

~~Arbeitgeber dürfen in Zukunft keine Opt-out-Regelungen mit ihren Mitarbeiter*innen mehr schließen.~~ Die wöchentliche Arbeitszeit darf auch für Ärzt*innen einschließlich Bereitschaftsdienste (ausgenommen Rufbereitschaft), wie im europäischem Arbeitszeitgesetz festgeschrieben, eine Höchstarbeitszeit von 48 Stunden einschließlich Überstunden nicht überschreiten.

5

Neuformulierung der AK: Eine sogenannte Opt-out-Regelung muss diesen rechtlichen Rahmenbedingungen entsprechen.

~~Die hierzu notwendigen Mehreinstellungen des ärztlichen Personals ist vom Arbeitgeber gegen zu finanzieren.~~

Begründung: erfolgt mündlich

Antragsbereich Ar/ Antrag 3

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Nord

Empfehlung der Antragskommission: Überweisung an Projektgruppe Masterplan Medizinstudium 2020

Wir fordern faire Bedingungen im Praktischen Jahr des Medizinstudiums!

Das Praktische Jahr (PJ) als unverzichtbare Schnittstelle zwischen theoretischem Studium und praktischer ärztlicher Tätigkeit befindet sich in der Krise. Fehlende oder ungenügende Bezahlung bei 40 Stunden Arbeit pro Woche sind die Regel. 40% der Medizinstudierenden müssen im PJ auf ihr Ersparnis zurückgreifen. Rund 28% sind neben der emotional und körperlich belastenden Vollzeittätigkeit am Krankenbett zudem noch auf Nebenjobs angewiesen. Anstatt unterrichtet zu werden oder lernen zu dürfen (Examensvorbereitung, Vor- und Nachbereitung des Stationsalltags), werden PJ-Studierende mancherorts größtenteils für stumpfe Routinetätigkeiten wie Blutabnahmen, Botengänge und Dokumentation eingesetzt.

10 Nach Abschluss des Praktischen Jahrs übernehmen die angehende Ärztinnen und Ärzte die Verantwortung für Gesundheit und Wohlbefinden, Leben oder Tod ihrer Patientinnen und Patienten. Auf diese enorme Verantwortung müssen sie angemessen vorbereitet werden.

15 Doch wie soll das funktionieren, wenn die Zeit, die jeden Tag nach 8 Stunden strapaziöser Arbeit bleibt, nicht für Erholung, sondern für den Broterwerb genutzt werden muss? Übermüdet und in finanziellen Sorgen ist erfolgreiches Lernen unmöglich.

20 Wann sollen sie sich das lebensnotwendige klinische Wissen aneignen, wenn in den 40 Stunden Arbeitszeit pro Woche oft keine Zeit für Unterricht oder Selbststudium bleibt? Blutabnahmen und körperliche Untersuchungen allein genügen nicht als Examensvorbereitung und formen keinen kompetenten ärztlichen Nachwuchs.

25 Wie sollen sie lernen, aus der Studierenden- in die Arztrolle zu wechseln, vom passiven Beobachtenden zum aktiven Verantwortungstragenden im Stationsteam zu werden, wenn ihnen die Kliniken nicht einmal genug Wertschätzung entgegenbringen, um ihnen Spind, Arbeitskleidung und einen Zugang zum Patientenverwaltungssystem bereit zu stellen? Solange PJ-Studierende wie maximal geduldete Gäste behandelt werden, können sie nicht lernen, wie sich die volle Verantwortungsübernahme als Arzt oder Ärztin für Patientinnen und Patienten anfühlt.

Die ASG fordert daher:

30

1. Bafög-Höchstsatz als Aufwandsentschädigung und für alle über 25-jährigen zusätzlich den Krankenversicherungsbeitrag

2. Das Gewähren von Krankheitstagen in gesplitteten Tertialen

35

3. Mindestens 4 Stunden Lehrveranstaltungen und mindestens 8 Stunden Selbststudium pro Woche

4. Persönlicher Zugang zum Patientenverwaltungssystem

40

5. Eigene Arbeitskleidung und eigene Aufbewahrungsmöglichkeit für Kleidung und persönliche Gegenstände

Die Gesellschaft wird immer älter. Die Medizin wird immer anspruchsvoller und komplexer. Eine auch zukünftig exzellente Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland steht und fällt mit der Qualität der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte.

45

Antragsbereich Ar/ Antrag 4

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen: SPD-Bundestagsfraktion, SPD-Parteivorstand

Empfehlung der Antragskommission: Überweisung als Material an die SPD-Bundestagsfraktion

Hebammen

Hebammen, vor allem freiberufliche, die in der Hausgeburtsilfe oder in Geburtshäusern tätig sind, werden extrem belastet durch hohe Haftpflichtversicherungs-Prämien. Diese erreichen derzeit einen Betrag von 7.600 € pro Jahr.

5

Grund für diese auch weiterhin fortlaufende Steigerung (2020: über 9.000 €) sind die hohen Folgekosten bei Behandlungsfehlern, die zwar selten auftreten, dann aber hohe Versorgungsansprüche nach sich ziehen bis in zweistellige Millionenhöhen.

10

Die Politik hat darauf reagiert mit einer Erstattung von bis zu 5000 € pro Jahr unter bestimmten Voraussetzungen. Auch verzichten mittlerweile die Krankenkassen darauf, ihre Behandlungskosten einzufordern. Und auch wurden vor kurzem die Honorare für den Geburtsbeistand aufgestockt.

15

Dennoch ist der finanzielle Aufwand für die Haftpflichtversicherung der Hebammen noch unerträglich hoch, ist deren wirtschaftliche Existenz massiv in Frage gestellt.

Sie allein in die Haftung zu nehmen, wenn Schäden in dieser risikoreichen Phase der Menschwerdung eintreten, halten wir für unzumutbar. Wir fordern die Beteiligung des

15

Gemeinwesens, so wie dies auch bei Schäden durch empfohlene Schutzimpfungen sichergestellt ist, und plädieren für die Einrichtung eines Haftungsfonds in derlei Schadensfällen, verbunden mit einer stark erniedrigten Haftungsgrenze für die Hebammen. Grobe Fahrlässigkeit oder vorsätzliche Schädigung können dann strafrechtlich geahndet werden.

Digitales

Antragsbereich D/ Antrag 1

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Baden-Württemberg

EmpfängerIn: SPD-Bundestagsfraktion

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Einrichtung einer Enquetekommission

Die ASG fordert die Einrichtung einer Enquetekommission des Bundestags zur Untersuchung der Auswirkungen der Digitalisierung, der Nutzung von Algorithmen, der KI (künstliche Intelligenz) sowie Datenschutz- und IT-Sicherheit im Gesundheitswesen.

Aus den Erkenntnissen sollen Ethikleitlinien entwickelt werden.

5

Begründung:

Die Digitalisierung macht es möglich, durch intelligente Nutzung der Daten medizinisches Wissen und therapeutische Möglichkeiten breiter und einfacher verfügbar zu machen.

10 Mehr Effizienz und Transparenz in der Leistungserbringung durch die neuen technischen Möglichkeiten sind auf den ersten Blick gut. Dies birgt aber auch Risiken für die Patienten, beim Umgang mit ihren persönlichen Daten und evtl. dem Verlust der Individualität bei ihrer Behandlung.

Es besteht das Risiko, dass nur noch Auswertungen von Ergebnissen, basierend auf Algo-

15 rithmen Beachtung finden.

Das Gleiche gilt auch für die Wertschöpfung im Gesundheitswesen.

In der Enquetekommission sollen die Einsatzmöglichkeiten und ihre Grenzen beleuchtet werden. Was sind die Vorteile und Nachteile bei der Nutzung der lernenden Systeme in
20 der Medizin und der Pflege. Es ist herauszuarbeiten, wo sind die Risiken für die Patienten und wie ist es mit dem Schutz ihrer Persönlichkeit.

Pflege

Antragsbereich P/ Antrag 1

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bundesvorstand

EmpfängerIn: SPD-Parteivorstand

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zur Bürgerpflegeversicherung

1) Wir fordern, die soziale wie private Pflegeversicherung stufenweise zur Pflegevollversicherung zu entwickeln. Erster Schritt ist die Entwicklung eines Sachleistungskatalogs für Pflege und Betreuung. Zuzahlungen werden begrenzt. Dabei wird die persönliche Leistungsfähigkeit berücksichtigt. Nur dann können dringend notwendige bessere Vergütungen und Personalausstattungen sowie weitere Qualitätsverbesserungen ohne Mehrkosten für Pflegebedürftige und Kommunen realisiert werden.

2) Wir fordern die Einführung der Pflegebürgerversicherung. Alle Pflegeversicherten sollen entsprechend ihrem Einkommen solidarisch prozentual Beiträge entrichten und den gleichen Leistungsanspruch bekommen.

Begründung:

zu 1) Eine Pflegevollversicherung ist eine Frage der sozialen Gerechtigkeit. Damit wollen wir Pflegebedürftige und ihre Angehörigen vor negativen Folgen des Risikos Pflege zu schützen und zwar vor allem in Bezug auf das finanzielle Risiko, das eine Teilleistungsversicherung, wie sie bislang besteht, mit sich bringt. Pflegebedürftige, aber auch die Kommunen (Hilfe zur Pflege) sollen bei Qualitätsverbesserungen in der Pflege nicht zur Kasse gebeten werden, die entsprechenden Kosten sollen von der Solidargemeinschaft getragen werden. Pflegebedürftige arbeiten über Jahrzehnte, erziehen Kinder – die künftigen Beitragszahlerinnen und Beitragszahler – und finanzieren so den Sozialstaat. Werden sie pflegebedürftig, geraten sie schnell in die Situation, ihr gesamtes Ersparnis aufbrauchen zu müssen und auf das Sozialamt angewiesen zu sein. Das ist unwürdig und im Hinblick auf die Lebensleistung dieser Menschen respektlos.

Wir wollen deswegen die Pflegevollversicherung. Finanziert werden kann sie durch Einsparungen bei der Hilfe zur Pflege und eine moderate Beitragssatzerhöhung. Da dies nicht von jetzt auf gleich möglich ist, wollen wir die Pflegeversicherung schrittweise hin zu einer Vollversicherung entwickeln. Grundlage ist ein Sachleistungskatalog für Pflege und Betreuung, in dem die von der Versicherung übernommenen Leistungen festgelegt sind. Ein solcher Katalog mit qualitätsgesicherten Leistungen hat sich bereits in der Krankenversicherung bewährt. Er kann je nach Bedarf weiterentwickelt werden. Steigende Kosten würden von der Versicherung gezahlt.

zu 2) Wie die Bürgerversicherung in der Krankenversicherung wird auch die Bürgerversicherung in der Pflege nachhaltig die Versorgung verbessern, die Solidarität stärken und zu mehr Finanzierungsgerechtigkeit führen. Gerade die Pflegeversicherung eignet sich für eine zügige Einführung einer Bürgerversicherung. Private und soziale Pflegeversicherung haben schon heute einen identischen Leistungskatalog.

Dennoch gibt es nur einen Finanzausgleich, der die unterschiedlichen Kosten zwischen den sozialen Pflegekassen berücksichtigt. Die Haushalte mit pflegebedürftigen Personen liegen aber mit mehr als 70 Prozent in der unteren Einkommenshälfte. Sie haben damit den größten Teil der Leistungsausgaben zu schultern.

Mit der Umsteuerung auf eine Bürgerversicherung wird der solidarische Ausgleich zwischen allen gestärkt. Die Pflegebürgerversicherung ist die Grundlage dafür, dass alle, unabhängig von ihrem Status und ihrem Einkommen, alle erforderlichen Pflege- und Betreuungsleistungen erhalten.

Diese Reform auf der Einnahmeseite ist eine wichtige Grundlage der Pflegevollversicherung.

Antragsbereich P/ Antrag 2

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bundesvorstand

Empfehlung der Antragskommission: Erledigt bei Annahme P1

Pflegeversicherung: Personalausstattung und Tarifabschlüsse nicht zu Lasten der Pflegebedürftigen finanzieren

Erforderliche pflegerische Maßnahmen sind im Rahmen der Pflegeversicherung (SGB XI) als Pflegesachleistung vollständig zu finanzieren. Die SPD Bundestagsfraktion wird aufgefordert noch im Jahr 2019 eine entsprechende Gesetzesänderung des SGB XI einzubringen, die ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege umfasst und deren vollständige Finanzierung vorsieht.

Begründung:

In den §§ 84 und 89 SGB XI ist vorgesehen, dass die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen bei den Pflegesatzverhandlungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Diese 2014 ins Gesetz eingefügte Regelung sollte bewirken, dass die Bezahlung der Pflegekräfte in der Altenpflege erhöht und an das Niveau der Krankenpflege angeglichen werden können. Bis dahin lag der durchschnittliche Verdienst in der Altenpflege rund 21 Prozent niedriger.

Die Gesetzesänderung entfaltet allerdings bisher kaum Wirkung. Da bei jeder Tarifierhöhung der Pflegesatz der Einrichtung steigt, erhöht sich damit im Teilleistungssystem der Pflegeversicherung auch die Zuzahlung der Pflegebedürftigen. Diese Erhöhung der Zuzahlung trifft vor allem Menschen mit niedrigen und mittleren Einkünften und insbesondere Frauen.

Ohne eine vollständige Finanzierung der Pflegeleistungen bleiben Tarifverträge in der Altenpflege weiter unter Druck. Eine deutlich bessere tarifvertragliche Vergütung ist jedoch neben guten Arbeitsbedingungen die wesentliche Voraussetzung, um in der Zukunft mehr und gut qualifiziertes Personal in der Altenpflege zu halten und zu gewinnen. Die vollständige Finanzierung der Personalkosten in der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege bedarf auch deshalb einer raschen Umsetzung, da mit der Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben bis zum 30.06.2020 (§ 113c SGB XI) in den Folgejahren eine deutliche Erhöhung der Personalkosten zu erwarten ist.

Die vollständige Finanzierung der pflegerischen Maßnahmen ist ein erster notwendiger Schritt zu einer Pflegevollversicherung. Sie ist eine Frage der sozialen Gerechtigkeit.

Antragsbereich P/ Antrag 3

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Nordrhein-Westfalen

EmpfängerIn: SPD-Bundestagsfraktion

Empfehlung der Antragskommission: Überweisung an die SPD-Bundestagsfraktion

Pflege-Personalbemessung in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen

Die SPD-ASG möge beschließen, dass bundesweit verbindliche und gesetzlich verankerte Personalbemessungsvorgaben installiert werden. Ziel ist eine höhere Anzahl von ausgebildeten Pflegefachkräften in Krankenhäusern und anderen stationären Pflegeeinrichtungen zur bedarfsgerechten, menschlichen Pflege.

5 In Deutschland werden gegenüber anderen europäischen Nachbarländern bis zu doppelt so viele Patienten von nur einer Pflegefachkraft betreut. Trotz größtem Einsatz der Pflegefachkräfte kann aufgrund der derzeitigen Personalsituation nicht den objektiven Bedürfnissen von Pflegebedürftigen entsprochen werden.

Es gilt zu beachten, dass in Folge des medizinischen Fortschritts und der gestiegenen Lebenserwartung die Anzahl multimorbider Pflegebedürftiger sich noch deutlich erhöhen wird.

Als Erstmaßnahme fordern wir, dass bei einer Annahme von einer genannten durchschnittlichen Zahl von 26 zu betreuenden und auf Hilfe in pflegerischer Hinsicht angewiesenen Personen im Nachtdienst ohne Ausnahme mindestens 2 Pflegefachkräfte, die 15 notwendigen Tätigkeiten verrichten.

Des weiteren muss das Ziel einer angemessenen Personalbemessung sein, dass eine ortskundig geschulte und korrekt eingearbeitete hauptverantwortliche Pflegefachkraft ausnahmslos für nicht mehr als 6 Patienten/Bewohner zuständig ist.

Auf ausgewiesenen Intensivbehandlungsstationen in Krankenhäusern für nicht mehr als 20 2 Personen.

Pflegehilfskräfte sind in diesem Kontext nicht inbegriffen sondern sind bei evidentem Mehraufwand unverzichtbar additiv hinzuzuziehen.

Begründung:

25 Demenz und Multimorbidität sind biographisch individuell und dies bedeutet Neuland in der menschenwürdig.

Antragsbereich P/ Antrag 4

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Nord

EmpfängerIn: SPD-Bundestagsfraktion

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Änderung der Anrechnung von Auszubildenden in der GuK-Pflege und OTA-Schülern auf den Personalschlüssel

Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefordert, sich dafür einzusetzen, den Anrechnungsschlüssel von Auszubildenden in der GuK-Pflege sowie von OTA-Schülern dahingehend zu ändern, dass die Auszubildenden nicht mehr als „Lückenfüller“ für nicht besetzte Stellen herangezogen werden dürfen und die praktische Anleitung nur noch lückenhaft und sporadisch erfolgt.

Begründung:

Es steht außer Frage, dass nur eine qualifizierte Anleitung durch Fachkräfte und Praxisanleiter eine fundierte Ausbildung ermöglicht und die Auszubildenden auch die Möglichkeit bekommen müssen, ihre Kenntnisse unter fachlicher Aufsicht anzuwenden. Derzeit ist es sehr häufig so, dass die Auszubildenden und OTA-Schüler in Krankenhäusern allein gelassen werden, weil es nicht genügend Fachkräfte gibt, die sich um die Ausbildung kümmern können. Damit bekämpft man aber keinen Pflegenotstand, er wird dadurch nur noch gravierender, weil viele Auszubildende die Ausbildung abbrechen und in andere Berufe abwandern. Gerade im Gesundheitswesen und in der Altenpflege braucht man hochqualifizierte Fachkräfte, die man natürlich auch sehr gut ausgebildet haben muss, damit das System nicht in naher Zukunft zusammenbricht. Es ist deshalb unabdingbar, dass motivierte junge Menschen, die sich für die entsprechende Ausbildung interessieren, von erfahrenen Fachkräften angeleitet und überwacht werden müssen, damit sie die Freude am Beruf nicht dadurch verlieren, weil man sie als billige Arbeitskräfte heranzieht und die Ausbildung auf der Strecke bleibt.

Es sollte somit gesetzlich festgelegt werden, dass Auszubildende und OTA-Schüler in Krankenhäusern nie allein ohne Fachaufsicht arbeiten dürfen.

25

Antragsbereich P/ Antrag 5

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Nordrhein-Westfalen

Empfehlung der Antragskommission: Nichtbefassung

Anerkennung der Heilerziehungspflege als Fachpersonalqualifikation in Pflegeeinrichtungen der Jungen Pflege

Die ASG Bundeskonferenz wird gebeten, im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zur Novellierung des WTG NRW darauf hinzuwirken, dass die Heilerziehungspflege auch in Einrichtungen der Jungen Pflege als Fachpersonalqualifikation anerkannt wird. Dazu
5 sollte § 1, Absatz 1, Ziffer 4, der WTG DVO* wie folgt formuliert werden:

„4. in der Eingliederungshilfe und in Einrichtungen für junge pflegebedürftige Menschen (Junge Pflege) auch Heilerziehungspflegerin oder Heilerziehungspfleger.“

10 Begründung:

Heilerziehungspfleger/innen sind heilpädagogisch und pflegerisch qualifizierte Fachkräfte, die für die Assistenz, Beratung, Begleitung, Pflege und Bildung von Menschen mit Behinderung im ambulanten, stationären oder Arbeitsbereich eingesetzt werden. Nach der aktuellen Rechtslage in NRW sind sie jedoch in Pflegeeinrichtungen nach SGB XI
15 nicht als Fachkräfte anerkannt und einsetzbar. Sie sind dort vielmehr den (Pflege-)Hilfskräften zugeordnet.

In Einrichtungen der Eingliederungshilfe sind Heilerziehungspfleger/innen demgegenüber sachgerecht als Fachkräfte anerkannt und einsetzbar.

In Einrichtungen der Jungen Pflege werden jüngere Menschen nach dem SGB XI betreut.
20 Die Betreuung dieser Zielgruppe umfasst auch erhebliche pädagogische Anteile und kommt insofern dem Leistungsspektrum in Eingliederungseinrichtungen gleich.

Vor diesem Hintergrund ist es zum Wohle der betroffenen jungen pflegebedürftigen Menschen erforderlich, den Einsatz von Heilerziehungspfleger/innen als Fachkräfte nicht nur in der Eingliederungshilfe, sondern auch in der Jungen Pflege zu ermöglichen. Dazu
25 bedarf es der entsprechenden Änderung von § 1, Absatz 1, Ziffer 4, der WTG DVO*.

Antragsbereich P/ Antrag 6

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Baden-Württemberg

EmpfängerIn: SPD-Bundestagsfraktion

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Umsetzung des einheitlichen Pflege-Entlastungsbudgets aus dem Koalitionsvertrag zum 01.01.2020

Die ASG begrüßt die Regelung eines einheitlichen Pflege-Entlastungsbudgets aus dem Koalitionsvertrag der GroKo. Sie fordert jedoch, das Tagespflege-Budget nicht in dieses Entlastungsbudget einzubinden, um dafür zu sorgen, dass genügend Mittel für den weiteren Ausbau der Tagespflege zur Verfügung stehen. Das Entlastungsbudget soll die Inanspruchnahme von Entlastungsleistungen für die Pflegebedürftigen und ihre Pflegepersonen erleichtern. Dazu ist es sinnvoll, anstelle des Tagespflegebudgets den monatlichen Entlastungsbetrag von 125 € einzubinden.

Wir fordern daher die SPD-Regierungsmitglieder und die SPD-Bundestagsfraktion auf, das alternative Entlastungsbudget durch die Bündelung von bisherigem Kurzzeitpflegebudget (1.612 €) + Verhinderungspflegebudget (1.612 €) + Entlastungsbetrag (1.500 €) zum 01.01.2020 umzusetzen. Daraus ergibt sich ein Jahresbetrag in Höhe von 4.724 €, der insgesamt für Entlastungsleistungen in der Pflege zur Verfügung steht.

Begründung:

(Auszug aus dem Koalitionsvertrag, Abschnitt Pflege – Seite 97)

Um Angehörige besser zu unterstützen, gehören insbesondere Angebote in der Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie in der Tages- und Nachtpflege, die besonders pflegende Angehörige entlasten, zu einer guten pflegerischen Infrastruktur. Wir wollen die o. g. Leistungen, die besonders pflegende Angehörige entlasten, zu einem jährlichen Entlastungsbudget zusammenfassen, das flexibel in Anspruch genommen werden kann.

Mit einem Entlastungsbudget können wir erheblich zur Entbürokratisierung in der ambulanten Pflege beitragen, die häusliche Versorgung stärken und pflegende Angehörige entlasten.

Ein einheitliches Entlastungsbudget ist aus Sicht der ASG Baden-Württemberg sehr zu begrüßen. Aus der Rückmeldung der Betroffenen und der Pflegeberatung ist erkennbar, dass das Nebeneinander von vier verschiedenen Entlastungstöpfen (Zusätzlicher Entlastungsbetrag + Verhinderungspflege + Kurzzeitpflege + Tagespflege) mit verschiedenen Voraussetzungen für den, der die Leistung erbringt, regelmäßig dazu führt, dass die bestehenden Möglichkeiten nicht oder nicht ausreichend genutzt werden.

Die im Koalitionsvertrag vorgesehene Ausgestaltung des Entlastungsbudgets ist jedoch zu überdenken.

Bisher sieht der Koalitionsvertrag folgende Bündelung vor:

Tages(Nacht-)pflegebudget + Kurzzeitpflegebudget + Verhinderungspflegebudget

Um den weiteren Ausbau der Tagespflege nicht zu gefährden, ist es wichtig, hierfür weiterhin ein gesondertes Budget vorzuhalten. Gerade die Tagespflege ist am besten dafür geeignet, dass Pflegebedürftige möglichst lange in ihrer Häuslichkeit verbleiben können. Gleichzeitig werden dadurch ihre Pflegepersonen wesentlich entlastet. Bisher stehen je-
40 doch nicht ausreichend Angebote zur Verfügung.

Wir schlagen deshalb vor, das einheitliche jährliche Entlastungsbudget wie folgt auszugestalten:

Kurzzeitpflegebudget + Verhinderungspflegebudget + Entlastungsbetrag = 4.724 € jährlich

45 Erst durch die Einbindung des monatlichen Entlastungsbetrages (125 € x 12 = 1.500 €) entsteht ein übersichtliches, einheitliches und auch von Laien bei entsprechender Beratung händelbares Budget (4.724 €).

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens sollte auch überlegt werden, ob eine Anhebung des neuen Pflege-Entlastungsbudgets von dann jährlich 4.724 € auf 5.000 € möglich
50 lich ist.

Ein Teil des nicht ausgeschöpften Jahresbudgets sollte auf das nächste Jahr übertragen werden können.

Durch die Inanspruchnahme des Entlastungsbudgets soll keine Kürzung des Pflegegeldes mehr erfolgen.

55 Gerade wenn der einzelne Pflegebedürftige bzw. dessen Pflegeperson zukünftig eigenverantwortlich über das Entlastungsbudget verfügen kann, wird es eher mehr als weniger Beratungsbedarf geben. Die Inanspruchnahme eines Entlastungsbudgets bedarf deshalb einer umfassenden und zeitnah zur Verfügung stehenden sowie zugehenden Pflegeberatungsinfrastruktur. Diese ist weiterhin auszubauen.

60 Die Umsetzung des von uns vorgeschlagenen einheitlichen Entlastungsbudgets ist durch die Große Koalition zum 01.01.2020 umzusetzen.

Antragsbereich P/ Antrag 7

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Thüringen

EmpfängerIn: sozialdemokratische Mitglieder in der Bundesregierung, SPD-Bundestagsfraktion

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Aufsuchende Pflegeberatung

Die ASG fordert, dass die Pflegeberatung nach §7a SGB XI weiterentwickelt wird zu einer tatsächlich flächendeckenden, aufsuchenden Pflegeberatung.

Begründung:

In den letzten Jahren wurde mit den Pflegestärkungsgesetzen I–III die Pflegeleistungen Tagespflege und Entlastungsleistungen verbessert. Oft aber werden diese Leistungen nicht in

Anspruch genommen, weil detaillierte Informationen zu Pflegegraden, ambulanter Versorgung, Tagespflege, Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie Entlastungsleistungen nicht in der Bevölkerung ankommen.

Pflegende Angehörige sind oft überfordert und überblicken die vielen Angebote nicht. Sie brauchen unbedingt Beratung, damit es dem Gepflegten möglichst gut geht und die Belastung für die Pflegeperson abgemildert wird. Ja, SGB XI sieht bereits Pflegeberatung und es Pflegestützpunkte als Lösung für dieses Problem vor, aber viele Menschen – gerade auch in ländlichen Regionen – haben keine Chance, von diesen Angeboten Gebrauch zu machen.

- Die Pflegeberatung nach §7a SGB XI ist allerdings praxisuntauglich, denn sie wird schlecht vergütet und sieht keine Entschädigung für längere Fahrtstrecken vor. Daher siedelt sie sich nur in sehr großen Städten und in Ballungsräumen an. In dünneren besiedelten Teilen der Bundesrepublik – etwa Thüringen – kommt sie so gut wie gar nicht vor.

- Inzwischen gibt es viele Pflegestützpunkte nach §7c SGB XI, auch wenn nicht flächendeckend: Aber eine qualifizierte Pflegeberatung setzt Kenntnisse aus erster Hand der Pflegesituation vor Ort in der Häuslichkeit – etwa der Zuschnitt der Wohnung –, und außerdem ist es meistens unrealistisch, den Gepflegten zum Pflegestützpunkt mitzunehmen.

Wir brauchen also die aufsuchende Pflegeberatung, um individuell zugeschnittene Problemlösungen zu finden.

Diese Beratung umfasst: Information über geeignete Hilfsangebote der Pflegeversicherung; Ausfüllen von Antragsformularen; Hinweise zu Therapieangeboten (etwa Logopädie, Ergo- und Physiotherapie); Wohnraumanpassung, Hilfsmittelangebote und Rehabilitationsangebote für Pflegende Angehörige.

Umsetzung

Die Pflegeberatung nach §7a SGB XI ist weiterzuentwickeln.

- Im Rahmen der Pflegeberatung muss ein Hausbesuch bei der gepflegten Person stattfinden. Selbst bei großer Entfernung ist die Wegstrecke im vollen Umfang zu erstatten.
- Findet der pflegende Angehörige keine Pflegeberatung in seinem unmittelbaren Umfeld, kontaktiert er die Pflegekasse. Diese nennt ihm die zwei nächstgelegenen Pflegeberatungen. Auch wenn diese weiter weg liegen, darf er sie beauftragen.
- Pflegeberatung muss unabhängig sein.

- Kommunale Pflegeberatung ist nicht unabhängig, denn sie kann dem Ökonomisierungszwang unterliegen.

- Eine Beratung, die selber weitere Leistungen aus SGB V oder SGB XI anbietet, ist nicht unabhängig. Auch eine Beratung, die enge Beziehungen zu einzelnen Anbietern unterhält (Pflegediensten, Therapiepraxen, Homecare-Erbringern) ist nicht unabhängig.

- Auf ärztlicher Empfehlung findet eine Pflegeberatung auch bei Personen statt, die noch keinen Pflegegrad haben.

Diese Änderung muss so schnell wie möglich umgesetzt sein.

Antragsbereich P/ Antrag 8

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Thüringen

EmpfängerInnen: SPD-Bundestagsfraktion, SPD-Parteivorstand, ~~sozialdemokratische Mitglieder in der Bundesregierung~~

Empfehlung der Antragskommission: Annahme in geänderter Fassung

Pflege-Unterstützungs-Geld ausweiten

Die ASG fordert, analog zum Kinderkrankengeld, die schrittweise Einführung eines Pflege-Krankengeldes. ~~Bisher bekommen Angehörige mit dem Pflegeunterstützungsgeld nur einmalig einen finanziellen Ausgleich, wenn ein Pflegefall akut auftritt. Wenn pflegende Angehörige weiterarbeiten gehen und wiederholt akute Pflegesituationen eintreten, müssen sie in der Regel Urlaub nehmen. Das Pflege-Krankengeld wird für maximal bis zu 7 Tage im Jahr gezahlt. Das Pflege-Krankengeld wird jeweils zur Hälfte durch den Arbeitgeber und aus Steuermitteln finanzieren.~~

5

Begründung:

Bisher bekommen Angehörige mit dem Pflegeunterstützungsgeld nur einmalig einen finanziellen Ausgleich, wenn ein Pflegefall akut auftritt. Wenn pflegende Angehörige weiterarbeiten gehen und wiederholt akute Pflegesituationen eintreten, müssen sie in der Regel Urlaub nehmen. Das Pflege-Krankengeld wird für maximal bis zu 7 Tage im Jahr gezahlt. Das Pflege-Krankengeld wird jeweils zur Hälfte durch den Arbeitgeber und aus Steuermitteln finanzieren. Pflegende Angehörige sind die wichtigste Säule im deutschen Pflegesystem. Viele geraten jedoch an die Grenzen ihrer Belastungsfähigkeit, wenn sie parallel arbeiten wollen. Sie reduzieren ihr Arbeitspensum oder geben ihre Tätigkeit vollständig auf, was häufig mit sozialer Vereinsamung und finanziellen Existenzängsten verbunden ist. Im Sinne einer besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf müssen pflegende Angehörige unterstützt und entlastet werden. Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf muss genauso selbstverständlich werden wie die Vereinbarkeit von Kindern und Beruf.

10

15

Solidarität

Antragsbereich S/ Antrag 1

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Baden-Württemberg

EmpfängerInnen: SPD-Bundestagsfraktion, SPD-Parteivorstand

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Schluss mit der Hintertür-Privatisierung – Stärkung der Sozialversicherungen

Der SPD-Parteivorstand und die SPD-Bundestagsfraktion werden aufgefordert, Initiativen in der Koalition zur Stärkung und zum Ausbau der sozialen Sicherungssysteme und der Elemente des sozialen Ausgleichs zu ergreifen, um die schon zu weit fortgeschrittene Privatisierung zu stoppen und zurückzudrängen. Die Leistungsdefizite in den Systemen der sozialen Absicherung sind zu schließen.

- Soziale Gerechtigkeit beginnt nicht erst bei der Ausgabenseite, sondern muss schon bei der Einnahmeseite ansetzen. Die Einnahmesituation der öffentlichen Haushalte muss umfassend verbessert werden, indem auch hohe und höchste Einkommen und Vermögen sowie alle in Deutschland wirtschaftenden Unternehmen zu angemessenen Steuerzahlungen herangezogen werden.
- Um die bedarfsgerechte Bereitstellung von Sozialleistungen auf Dauer zu verbessern, sind alle Bürgerinnen und Bürger in die öffentlich-rechtlichen Sozialversicherungssysteme einzubeziehen. Die Alterssicherung muss über eine Erwerbstätigenversicherung und die Absicherung bei Krankheit und Pflege über Bürgerversicherungen erfolgen. Alternativ ist in der Kranken- und Pflegeversicherung ein systemübergreifender voller Morbiditäts- und Finanzkraftausgleich ein zuführen.
- Die Mindestsicherungssysteme müssen bedarfsgerecht ausgestaltet werden. Insbesondere bedarf es einer deutlichen Anhebung der Regelsätze in der Grundsicherung unter Berücksichtigung besonderer Bedarfe z.B. behinderter Menschen.
- Die zunehmend marktähnlich organisierte Kranken- und Pflegeversorgung muss so reguliert werden, dass die begrenzten Mittel zum Wohle der Menschen mit Bedarfen und nicht zur Renditegewinnung privater Unternehmen eingesetzt werden.
- In der Alterssicherung muss die gesetzliche Rentenversicherung gestärkt werden, damit diese wieder die Lebensstandardsicherung übernimmt mit einem Rentenniveau von mind. 53 Prozent.
- In der Krankenversicherung muss zu einem bedarfsdeckenden Leistungskatalog zurückgekehrt werden (bspw. Zahnersatz, Hörgeräte, Sehhilfen).
- Die soziale Pflegeversicherung muss zu einer Vollversicherung ausgebaut werden, die bedarfsdeckende Leistungen solidarisch absichert. Dazu ist notwendig dass im stationären Bereich die Länder die Investitionskosten übernehmen,

- In der Absicherung bei Arbeitslosigkeit muss das Arbeitslosengeld I wieder die grundsätzliche Leistung bei Arbeitslosigkeit werden, insbesondere indem der Zugang erleichtert und die Dauer des Leistungsbezuges ausgeweitet werden.
- Gesamtgesellschaftliche Aufgaben müssen grundsätzlich aus Steuermitteln finanziert werden und dürfen nicht in immer größerem Umfang den Sozialversicherungssystemen zugeordnet werden.

40

Begründung:

Mit großer Sorge betrachtet die ASG die Entwicklungen der letzten Jahrzehnte. Starke gesellschaftliche Kräfte haben den Sozialstaat ins Visier genommen. Ungeachtet des Sozialstaatsgebots im Grundgesetz und der sozialen Gegebenheiten werden die sozialen Sicherungssysteme und Netze abgebaut und privatisiert, vielfach bis hin zu einer bloßen Grundsicherung bei privater Eigenvorsorge.

Auf- und Zuzahlungen sowie Eigenbeteiligungen bei der gesundheitlichen Versorgung steigen ebenso wie die Eigenanteile in der stationären Pflege. Das Rentenniveau sinkt beständig. Zugleich wird gegen den Grundsatz der solidarischen Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme eklatant verstoßen, weil hohe und höchste Einkommen und Vermögen nicht oder nur unzureichend zur Finanzierung herangezogen werden und multinationale Konzerne, die große Gewinne mit Geschäften in Deutschland machen, hier keine Steuern zahlen.

Die SPD darf sich nicht damit abfinden, dass das Armutsrisiko in Deutschland und insbesondere Kinder- und Altersarmut beständig zunehmen, Millionen Menschen im Niedriglohnsektor und in prekären Beschäftigungsverhältnissen arbeiten, die Zahl langzeitarbeitsloser Menschen ohne Chancen auf reguläre Beschäftigung sich verfestigt.

Der im Grundgesetz verankerte Sozialstaat und eine funktionierende soziale Sicherung sind Garanten sozialer Stabilität und des inneren Friedens. Wachsende soziale Ungleichheiten, Ungerechtigkeiten und Gegensätze führen dagegen zu Politik- und Staatsverdrossenheit, Fremdenfeindlichkeit und Kriminalität. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Wahlergebnisse zur Bundestagswahl 2017 sind die Anzeichen unübersehbar, dass sich der gesellschaftliche Zusammenhalt auflöst.

Vor diesem Hintergrund kommt es heute darauf an, die sozialen Sicherungssysteme und die Elemente des sozialen Ausgleichs zu stabilisieren und auszubauen und die fortschreitende Privatisierung der Daseinsvorsorge und zentraler Lebensrisiken zu beenden.

Antragsbereich S/ Antrag 2

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Baden-Württemberg

EmpfängerIn: SPD-Bundestagsfraktion

Empfehlung der Antragskommission: Erledigt bei Annahme P1 und S1

Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der gesetzlichen Pflegeversicherung (PflV) zur Bürgerversicherung und zur Pflegevollversicherung

Die ASG fordert den SPD-Parteivorstand auf, darauf hinzuwirken, dass die SPD-geführten Landesregierungen und auch die Koalitionen mit SPD-Beteiligung die Initiative für einen gemeinsamen Gesetzentwurf im Bundesrat einbringen mit der Zielsetzung

- 5 1. der Einführung der Bürgerversicherung sowohl in der Kranken- als auch in der Pflegeversicherung
2. der Vollversicherung statt der Teilkostenabsicherung in der Pflegeversicherung.

Begründung:

- 10 Bereits vor 15 Jahren beschloss der SPD-Bundesparteitag 2003 in Bochum die Forderung zur Einführung der Bürgerversicherung. Die Partei bildete zusammen mit den GRÜNEN die Regierungskoalition bis 2005. Die SPD war dann sowohl an Regierungskoalitionen von 2005 – 2009 und dann wieder von 2013 – 2017 und dann in der jetzigen Wahlperiode wieder an der Regierung mit beteiligt. Im Vorfeld der Regierungsbild
- 15 wurde stets die Forderung nach der Bürgerversicherung erhoben, jedoch ist nicht bekannt, dass es je einen SPD-Gesetzentwurf gab während der Regierungsbeteiligung. Auch nicht von Seiten des Bundesrats, als die SPD-geführten Landesregierungen die Mehrheiten zusammen mit Koalitionspartner hatten, die selbst die Bürgerversicherung fordern (Grüne und Die Linke).
- 20 Um wieder Glaubwürdigkeit zurückzugewinnen, denn die seit Monaten stagnierenden Umfragen von 15 Prozent zeigen deutlich wie auch die Wählerverluste der letzten Landtagswahlen und der Bundestagswahl, dass die SPD dringendst mit ihrer Kernkompetenz neben der Friedenspolitik nämlich der Frage sozialen Gerechtigkeit wieder Vertrauen zurück gewinnen muss. Das gelingt nicht mit Parteitagsbeschlüssen, sondern nur
- 25 mit konkreten Gesetzesinitiativen.
Das gilt für die Kranken- und Pflegeversicherung mit der Weiterentwicklung zur Bürgerkranken- und -pflegeversicherung, in der die gesamte Bevölkerung pflichtversichert wird. Die SPD muss versuchen verlorengangenes Vertrauen wiederzugewinnen. D.h. für die Pflegeversorgung:
- 30
 - alle pflegebedingten Ausgaben sind insgesamt solidarisch durch zu finanzieren
 - Investitionskosten sind Aufgabe der öffentlichen Hand und dafür sind notwendigen Finanzmittel durch Steuerfinanzierung bereitzustellen,
 - die Behandlungspflege wird von der GKV übernommen,

35 - die Pflegeleistungen sind der Kostenentwicklung anzupassen und jährlich zu dynamisieren.

Wenn das Hamburger-Grundsatzprogramm der Partei weiterhin Gültigkeit haben soll, dann sind aus den Wahlergebnissen sowohl auf Bundesebene als auch in den Bundesländern endlich die vorgenannten notwendigen politischen Schlüsse zu ziehen und die Partei muss zu ihrer früheren Kernkompetenz - die soziale Gerechtigkeit - mit einem glaubwürdigen politisch-programmatischen Gesamtkonzept zurückfinden. Dazu zählt die Frage der Steuergerechtigkeit ebenso wie die finanzielle Sicherung und bedarfsgerechte Ausstattung unserer solidarischen, gesetzlichen Sozialversicherungssysteme: Renten-, Kranken-, Pflege-, Arbeitslosenversicherung. Wir benötigen eine neue Reformagenda nicht im Sinne der AGENDA 2010, sondern mit der Zielsetzung der finanziellen Verbesserung und strukturellen Verbesserung wo Defizite deutlich erkennbar sind. Das gilt bspw. für die gesetzliche Rentenversicherung, denn ein Standard-Rentenniveau von 48 % vor Steuern, wie es nach Gesetz bis 2025 gilt, ist nicht ausreichend zur dauerhaften Lebensstandardsicherung. Vor dem Hintergrund von millionenfacher Teilzeit- und prekärer Beschäftigung, bedeutet dies ein Millionenfaches abrutschen von Rentnerinnen und Rentner in die Grundsicherung. Das bedeutet aber auch, dass der aus den Renten zu zahlende Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag geringer wird und nicht mehr ausreichen wird, für die bedarfsgerechte, solidarisch finanzierte Kranken- und Pflegeversicherung in einer älter werdenden Gesellschaft.

Deshalb sind Reformen mit der Zielsetzung der Bürgerpflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und in der gesetzlichen (sozialen) Pflegeversicherung (SPV), als zentrale Garanten für eine solidarische Sozialversicherung bei Erkrankung und Pflegebedürftigkeit, notwendig. Mit beiden Solidarsystemen, in denen rund 87 Prozent der Bevölkerung überwiegend pflichtversichert sind, besitzt Deutschland ein gutes und modernes in die Zukunft orientiertes Gesundheits- und Pflegesystem. Die überwiegend durch Pflichtbeiträge finanzierte Kranken- und Pflegeversicherung ist - auch bei aller berechtigter Kritik an einzelnen Versorgungsdefiziten -, ein Garant für eine durchgehende Versorgungskette – von der Gesundheitsförderung, der Prävention zur Früherkennung von Krankheiten, der akuten Krankenbehandlung, der Rehabilitation, der Pflege, der sozialen Dienste – und einer hochwertigen, gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Versicherten. Die SPD steht zu diesem zu sozialstaatlich ausgerichteten, öffentlichen und selbstverwalteten Gesundheits- und Pflegesystem. Deshalb ist endlich die Forderung für eine Bürgerversicherung und einer Pflegevollversicherung mit konkreten gesetzlichen Entwürfen und einer öffentlichen Kampagne Nachdruck zu verleihen.

Die Einteilung der Bevölkerung in Versicherungspflichtige und in Nicht-Versicherungspflichtige in der Kranken- und Pflegeversicherung ist nicht mehr zeitgemäß. Heute gilt, wer als Arbeitnehmer/-in ein Bruttoentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze erhält (im Jahr 2016: 56.250 €) oder als Beamtin/Beamter Anspruch auf Beihilfe hat, versichert sich in der Regel in einer privaten Krankenversicherung (PKV). Das gilt auch für viele Selbständige. Dieser Bevölkerungsteil beteiligt sich nicht an der solidarischen Finanzierung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Die seit vielen Jahren von der SPD und anderen Parteien, Gewerkschaften, Sozialverbänden und Wissenschaftlern eingeforderte Reform für eine soziale Bürgerkranken- und -pflegeversicherung ist deshalb längst überfällig. Die Aufteilung in ein sozialstaatlich ausgerichtetes

Versicherungssystem (GKV bzw. PflV) und in ein privatrechtliches Versicherungssystem (PKV) ist antiquiert und wird den Ansprüchen, die an eine allgemeine demokratische Gesellschaft der Partizipation gestellt werden, nicht weiter gerecht. Für die SPD heißt dies, die GKV und die PflV sind deshalb zu einer allgemeinen Bürgerpflichtversicherung weiterzuentwickeln. Dieser gesellschaftliche Reformwillen ist deshalb durch gesetzliche Initiativen sowohl im Landtag von Baden-Württemberg als auch im Bundestag zu verdeutlichen.

Mit dem zum 1.1.2015 in Kraft getretenen „Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)“ wurde der paritätisch finanzierte GKV-Beitragssatz auf 14,6 v.H. festgesetzt. Damit wurde gleichzeitig der Arbeitgeberanteil bei 7,3 v.H. de facto festgeschrieben. Die Folge ist, dass Mehrausgaben der Krankenkasse die über der Grundlohnsumme liegen, von den Versicherten über den kassenindividuellen Zusatzbeitrag allein finanziert werden müssen. Die Selbstverwaltung (Vorstand und Verwaltungsrat) der jeweiligen Krankenkasse ist verpflichtet, den bedarfsnotwendigen Versichertenzusatzbeitrag zu beschließen. Damit rückt der Zusatzbeitrag, als entscheidender Wettbewerbsparameter für die angeblich wirtschaftliche bzw. unwirtschaftliche Verwendung der Beitragsgelder in den Vordergrund. Es wird ein politisch-medialer Druck auf die jeweiligen Krankenkassen ausgeübt, Einsparungen bspw. auch unter Inkaufnahme des Verlustes der Versichertennähe, bspw. durch die Schließung von Geschäftsstellen insbesondere im kleinstädtischen Bereich vorzunehmen.

Im letzten Jahr (2014) haben die Arzneimittelausgaben der GKV einen neuen Höchststand erreicht: sie sind um 3,3 Milliarden Euro auf 35,4 Milliarden Euro zum Vorjahr gestiegen, was einem Plus von 10,3 Prozent entspricht. Insbesondere die Preispolitik der pharmazeutischen Unternehmen für die patentgeschützten Fertigarzneimittel treibt die Ausgaben in die Höhe: diese stiegen um 15,1 Prozent. Diese Hochpreispolitik für neue Medikamente – bspw. Immunpräparate, Hepatitis-C- Arzneimittel, Krebsmittel - sind maßgebliche Kostentreiber. Nach Daten des Arzneiverordnungsreports (AVR) des wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO) kostete die durchschnittliche patentgeschützte Verordnung rund 25 Prozent mehr gegenüber dem Vorjahr. Diese Hochpreispolitik bringt die gesetzliche Krankenversicherung über kurz oder lang an die Grenze der Finanzierbarkeit. Durch die gesetzliche Festschreibung des Arbeitgeberanteils des allgemeinen Krankenversicherungs-Beitragssatzes, bezahlen diese Mehrkosten ausschließlich die Versicherten.

Antragsbereich S/ Antrag 3

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen: SPD-Bundestagsfraktion, SPD-Parteivorstand

Empfehlung der Antragskommission: Ablehnung

Gestaltung einer einheitlichen Bürgerversicherung

Wenn also eine Einheitsversicherung kommen soll, dann nicht nach den Regeln des GKV-Systems, sondern nach den Grundlagen der privaten Versicherung, nämlich den Prinzipien der Kostenerstattung folgend: Der Patient erhält eine Rechnung, lässt sie sich von seiner Krankenversicherung erstatten, sollte sogar eine gewisse Selbstbeteiligung auferlegt bekommen, wie sie in vielen Versicherungsfeldern alltägliche Praxis ist, würde also
5 dadurch zur Eigenverantwortung herangezogen werden und zur Mengenregulierung beitragen. Eine reformierte GOÄ mit besserer Wertschätzung von Gesprächs- und Untersuchungsleistungen ließe den Arzt wieder mit Würde seinem Beruf nachgehen und sollte ihn den Zwängen der Ökonomisierung entheben.

10 **Begründung:**

Ist, aus der Sicht eines niedergelassenen Hausarztes, eine einheitliche Bürgerversicherung sinnvoll und wünschenswert? Ja, aber nur, wenn sie durchdacht und ausgereift ist!

15 Die gegenwärtig existierende Dualität von privater Krankenversicherung (PKV) mit der ihr eigenen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einerseits und gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) andererseits, in der die ärztlichen Leistungen über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet werden, erscheint nicht mehr zeitgemäß für eine demokratische Gesellschaft heutigen Zuschnitts.

20 Das Privatarztwesen war zunächst das grundlegende System in einer feudalen und später bürgerlichen Gesellschaft; das System der solidarischen Krankenversicherung hingegen wurde mit Bismarcks Sozialgesetzgebung eingeführt, um auch ärmeren Schichten eine ärztliche Versorgung zu ermöglichen, als Betreuung 2. Klasse zwar, aber sicher nicht ohne den Hintergedanken einer Querfinanzierung durch die wohlhabende Schicht.

25 Das ganze Gebilde ist aber mittlerweile verkommen: Als Folge fortlaufenden Aushungerns ärztlicher Leistungshonorierung in der GKV hin zu einer planwirtschaftlichen Verwaltung des Mangels entwickelte sich gegenläufig das Privatarztwesen zu einer Art Wegelagerung, nötig allerdings, damit überhaupt erst ein wirtschaftliches Arbeiten der meisten Arztpraxen möglich ist. Jetzt, mit einer konzeptlosen Einheitsversicherung (einer
30 Ideologie gleich, die in unserer Partei herumgeistert) nur die GOÄ zu kassieren und die PKV in eine GKV momentaner Prägung zu integrieren, wäre lediglich eine von Neid gesteuerte Aktion, würde das Ende des freien Arztberufes bedeuten und unserem Gesundheitswesen schweren Schaden zufügen.

35 Eine 7-Minuten-Taktung, wie sie der Standard in unseren GKV-Praxen ist, ein Minimum von 70 Patienten pro Tag als Voraussetzung für ein wirtschaftliches Überleben, das kann ebenso wenig ein intelligentes, kreatives und wirtschaftliches Arbeiten ermöglichen wie die anderen Gängelungen, denen ein Kassenarzt ausgesetzt ist. Ein Mangel an Zeit für

Gespräch und Untersuchung, Budgetierung, Regressdrohung, überbordender Verwaltungsaufwand und die Bevormundung durch eine „leitliniengerechte“ Therapie stehen in Gegensatz zu ganzheitlicher, zuwendungsintensiver Betreuung, Voraussetzung für eine
40 individuelle, humane Behandlung, welche Krankheitsursachen nachspürt und nicht nur die Verwaltung von Krankheit bedeutet. Komplementärmedizinische Behandlungsmöglichkeiten gehören auch zum Handwerk, unter anderem um all den vielen funktionellen, vegetativen, somatoformen und psychischen Leiden gerecht zu werden, die raffiniertere Therapien erfordern als das Maschinenmodell des Menschen vorsieht, das ihm als leben-
45 digem Organismus nicht gerecht wird.

Die „sprechende Medizin“, vielfach beschworen und doch aus wirtschaftlicher Raison herzlich wenig gepflegt, gerät allerdings auch in der GOÄ immer mehr unter die Räder, weil diese sich mangels Anpassung (politisch gewollt keine Nachbesserung seit über 20 Jahren, also eine inflationsbedingte Einkommensminderung um skandalöse 40 %) immer
50 mehr dem GKV-Honorar annähert, also auch hier die Anamnese- und Gesprächsleistungen immer weiter ausgedünnt werden, wohingegen sich über technische Leistungen noch gutes Geld verdienen lässt (einer starken Lobby zu verdanken). Die SPD blockiert seit Jahren eine Nachbesserung oder Neugestaltung der GOÄ und macht sich hier an einer negativen Entwicklung mit schuldig.

55

Antragsbereich S/ Antrag 4

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Saar

EmpfängerIn: SPD-Parteivorstand

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Freiwillige gesetzliche Versicherung

Wir fordern, dass die gesetzliche Krankenversicherung ihren freiwillig Versicherten Mitgliedern ausnahmslos die gleichen Rechte und Pflichten einräumt wie ihren pflichtversicherten Mitgliedern. Die Gleichbehandlung aller Mitglieder muss zukünftig gewährleistet
5 werden.

Begründung:

Die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Versicherten wie beispielsweise Freiberufler, Selbstständige oder Arbeitnehmer deren Einkommen die Beitragsversicherungspflichtgrenze überschreitet oder Beamte sind keine Pflichtmitglieder in der
10 GKV. Sie haben die Wahl und könnten sich auch privat versichern. Entscheiden sie sich aber dafür in der GKV zu bleiben zum Beispiel aus Solidarität, haben die freiwillig in der GKV Versicherten derzeit Nachteile gegenüber den Pflichtversicherten. Sie müssen während der Elternzeit zusätzlich zum Arbeitnehmer - auch den Arbeitgeberanteil in die

15 Krankenkasse zahlen. Ein Pflichtversicherter zahlt lediglich den Arbeitnehmeranteil. Davon sind insbesondere junge Frauen und Familien betroffen.

Aber auch freiwillig versicherte Menschen im Rentenalter haben Nachteile. Haben diese keinen Arbeitgeber mehr (sie sind ja nun in Rente), so müssen auch diese dann den Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil der Versicherung bezahlen wenn diese ihre Rente 20 aus den berufsständischen Versorgungswerken beziehen.

Wir fordern, dass alle Menschen im Gesundheitssystem gleichbehandelt werden. Durch die ungleiche Behandlung von Freiwilligen- und Pflichtmitgliedern in der GKV ist dies aktuell jedoch nicht gegeben.

Antragsbereich S/ Antrag 5

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Saar

EmpfängerIn: SPD-Bundestagsfraktion, SPD-Parteivorstand

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Übernahme des hälftigen Beitrages zur Pflegeversicherung für Rentner durch die Deutsche Rentenversicherung

Seit 2004 tragen die Bezieher einer gesetzlichen Rente den vollen Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung, anders als die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung, die hälftig von der Rentenversicherung getragen werden. Die ASG Saar fordert, dass diese Belastung der Rentner aufgehoben wird und der Zustand von vor 2004 wiederhergestellt 5 wird. Dazu ist in § 59 Abs.1 SGB XI der Satz „die Beiträge aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung sind von dem Mitglied alleine zu tragen“ zu streichen. Außerdem unterstützt die ASG das Vorhaben der SPD-Bundestagsfraktion, die Belastung von Betriebsrenten und Direktversicherungen mit dem vollen Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung auf den hälftigen Beitragssatz zu redu- 10 zieren.

Begründung:

Die damalige Gesetzesänderung diente der Entlastung der Rentenversicherung und belastete einseitig die Rentner und Rentnerinnen. Durch den Abzug des vollen Beitrages zur 15 Pflegeversicherung sinkt die Nettorente, wodurch auch die Bezieher und Bezieherinnen kleiner Renten belastet werden.

Die damalige Begründung für die Belastung der Rentner und Rentnerinnen bestand in zwei Argumenten: 1. Werde der Beitrag der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Sparmaßnahmen in diesem Bereich sinken, wovon auch die Renten und Rentnerinnen 20 profitieren würde. Eine Reduzierung der Beiträge zur GKV hat aber nicht stattgefunden, die Beiträge sind heute höher als zum damaligen Zeitpunkt. Auch das zweite Argument ist inzwischen obsolet. Die Rentner und Rentnerinnen hätten damals nur kurze Zeit in die 1995 eingeführte Pflegeversicherung eingezahlt. Daher sei es unter dem Gesichtspunkt der Generationengerechtigkeit für sie zumutbar, den vollen Beitrag zu zahlen. Wer

25 heute in Rente geht, hat aber fast 25 Jahre Beiträge für die Pflegeversicherung gezahlt. Die Beitragssätze werden gesetzlich festgelegt, sie werden ab 2019 wieder heraufgesetzt und mit weiteren Steigerungen ist zu rechnen. Die Abzüge für Rentner und Rentnerinnen werden also auch in Zukunft durch den vollen Beitrag zu Pflegeversicherung überproportional steigen. Hinzu kommt, dass sie von der Absenkung des Beitrages zur Arbeitslosenversicherung und durch die volle Verbeitragung in der GKV bei Betriebsrenten und sonstigen Zusatzversorgungen auch von der Wiedereinführung der Parität nicht profitieren. Sie sind die Verlierer bei den anstehenden Veränderungen der Sozialversicherungsbeiträge.

Versorgung

Antragsbereich V/ Antrag 1

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Nordrhein-Westfalen

EmpfängerIn: SPD-Bundestagsfraktion

Empfehlung der Antragskommission: Annahme in geänderter Fassung

Für funktionierende Kliniken/Pflegeeinrichtungen

Die ASG möge beschließen:

- Finanzierung und Sicherstellung einer menschenwürdigen Pflege für alle Versicherten. Daher Reform bzw. Abschaffung des gegenwärtigen Fallpauschalensystems DRG (Diagnose Related Groups)
- 5 - Verbindliche Personalbemessungsinstrumente und bundeseinheitliche Pflegeschlüssel in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, um u.a. die Berufsflucht zu stoppen.
~~Ein höheres Entgelt und ein gemeinsamer Flächentarifvertrag für beruflich Pflegende (TVöD) und Verbindlichkeit der Entgelttabellen des TVöD bei Pflegesatzverhandlungen.~~
- 10 Hinzunahmen von „Service-Kräften“ nur zur Ergänzung, keinesfalls zum Abbau von Fachpersonal.
- Gesetzliches Mitbestimmungsrecht auf Grundlage des Betriebsverfassungsgesetzes.
- Vollständige Refinanzierung von Tarifgehältern. Allgemeinverbindlichkeitserklärung des
15 TVöD für das Gesundheits- und Sozialwesen, für Kliniken und Pflegeeinrichtungen. ?
- Finanzierung und Sicherstellung von Weiterbildung, Besprechungskultur und Teamentwicklung.
- Schluss mit Privatisierung und Ausgründungen aller „Töchter“ und ausgegliederten Bereiche in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern. Keine Zerstückelung von Kliniken
20 und Pflegeeinrichtung, Hygiene und Reinigung, Küche, Wäscherei Hauswirtschaft, Hausmeisterei, IT, Pfortenempfang. Nicht zuletzt Pflege und Ärzteschaft. Alle sind Teil funktionsfähiger Einrichtungen, Teil der funktionierenden Klinik.

- Verbesserte Ausbildungsbedingungen und systematische Weiterentwicklung und Finanzierung von Fort- und Weiterbildung.

25

Begründung:

Unter Wettbewerbsdiktaten des privatisierten Gesundheitssektors, denen öffentliche Kliniken und Kliniken unterworfen werden, bricht das System der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Deutschland personell und finanziell zusammen.

30 Personell wird das System Jahr für Jahr ausgepresst. Schon bereits im Jahr 2015 stellten Kollegen*innen an rund 1.300 Krankenhäusern mit ihrer Gewerkschaft Ver.di fest, dass nichtbesetzte und nicht finanzierte Stellen im Volumen von 162.000 Vollzeitstellen an den Kliniken Deutschlands fehlen. Allein in der Pflege mindestens 70.000. Hinzu kommen die zehntausenden Stellen in anderen Bereichen – der Ärzte, der Reinigung, Küche, Wäs-
35 scherei, Hauswirtschaft, Hausmeisterei, IT-Technik, etc., die für eine funktionierende Krankenhauseinheit unentbehrlich sind.

Die Demonstrationen und Streiks der Beschäftigten der Kliniken, verweisen schlaglichtartig auf die derzeitige Versorgungssituation. Reform auf Reform, tatsächlich Antireform auf Antireform, an deren Ende die Versicherten, Bürgerinnen und Bürger mehr aufwen-
40 den sollen, Privatisierung und Konzernkonzentrationen mit Renditeerwartungen zunehmen und einhergehend die Versorgungssituation verschlechtert, kennzeichnen die politischen Entscheidungen gegen das Gesundheitssystem seit mittlerweile Jahrzehnten.

Im Rahmen des Regimes der Fallpauschalen (DRGs) müssen immer weniger Beschäftigte in immer kürzerer Zeit immer mehr Patientinnen und Patienten versorgen. Zur Rentabili-
45 tät, einer Klinik, im derzeitigen System der Fallpauschalen (DRG), treten fachärztliche Behandlungen, häufigere Operationen, wiederholte Untersuchungen in einer Art Fließbandsystem immer mehr in den Vordergrund. Sinn und Zweck werden von Fachleuten vermehrt angezweifelt.

Die Versorgung im ländlichen Bereich, Notfälle, Infektionswellen und nicht zuletzt die
50 demographische Entwicklung eines steigenden Anteils geriatrischer Patienten spielen hingegen weniger bis keine Rolle, wenn es um die Profite oder „Schwarze Nullen“ geht.

Im Bereich der Altenpflege nicht anders. In Nordrhein-Westfalen werden 18.000 bis 20.000 Plätze im stationären Bereich bis 2025 fehlen, wenn nicht administrativ gegenge-
55 steuert wird.

Antragsbereich V/ Antrag 2

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Rheinland-Pfalz

Empfehlung der Antragskommission: Ablehnung

Benachteiligung der Psychiatrie im Pflegestärkungsgesetz beenden

1. Die im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes an die Allgemeinkrankenhäuser gegebene
2. Zusage, dass jede zusätzliche Pflegefachkraft von den Krankenkassen finanziert wird, ist
3. rückwirkend zum 1.1.2019 auf die Kliniken der Psychiatrie analog anzuwenden.
- 5 4. Gleiches gilt für die Anerkennung tariflicher Entwicklungen.

Begründung:

10 Durch das KHSG sind in den §§ 9,10 KHEntgG Vorschriften aufgenommen worden die eine Anpassung der DRG Sätze auf die Lohnentwicklung vorsehen. Eine entsprechende Regelung wurde für die Bundespflegesatzverordnung nach der die Vergütung der Kliniken der Psychiatrie grundsätzlich erfolgt nicht vorgesehen. Das führt dazu, dass steigende Lohnkosten in den DRG Krankenhäusern zu entsprechenden höheren Einnahmen führt – nicht jedoch in den Kliniken der Psychiatrie.

15 Auf einem ohnehin dramatisch strapazierten Arbeitsmarkt für Gesundheitsfachkräfte (man fragt sich, woher die notwendigen Fachkräfte kommen sollen) droht nun auch noch ein Abwerbverhalten zwischen den Krankenhäusern zu Lasten der psychiatrischen Einrichtungen, die im Pflegestärkungsgesetz der Bundesregierung massiv benachteiligt werden.

20 Zeile 4 des Antrags zielt hierbei insbesondere darauf ab, dass verhindert werden soll, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen zu einem Wechsel in Allgemeinkrankenhäuser zu ermuntern, weil sie dort sicherer sein können, von tariflichen Entwicklungen zu profitieren.

25 Die Dringlichkeit des Antrags wird noch evidenter durch die im Juli 2018 geänderte Rechtsprechung, worin das Bundesverfassungsgericht für freiheitsentziehende Maßnahmen durch Fixierung eine eins-zu-eins-Betreuung fordert. Dies ist schlicht nicht darstellbar, wenn gleichzeitig keine neuen Fachkräfte in die psychiatrischen Einrichtungen „ge-lockt“ werden und parallel sogar Abwanderung von Angestellten begünstigt wird.

Antragsbereich V/ Antrag 3

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Nord

EmpfängerIn: SPD-Bundestagsfraktion

Empfehlung der Antragskommission: Überweisung an SPD-Bundestagsfraktion

Finanzierung der Krankenhäuser. Rahmenbedingungen für das Krankenpflegepersonal

Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefordert, ein Gesetz einzubringen, dass in den Krankenhäusern eine bedarfsgerechte und verlässliche Mindestpersonalbesetzung vorgeschrieben ist. Die Finanzierung der Krankenhäuser muss verbessert werden. Diese zusätzlichen Mittel müssen sich mess- und nachweisbar in zusätzlichem Personal und besserer Pflege auswirken und es muss sichergestellt werden, dass die finanziellen Mittel beim Pflegepersonal auch ankommen.

Begründung:

Es ist erschreckend, dass eine Krankenschwester an die Bundeskanzlerin schreiben muss, um auf die ungeheure Misere in der Krankenpflege in Deutschland hinzuweisen. Sie schreibt von Personal, das innerlich bereits gekündigt hat, von chronisch übermüdeten Pflegekräften, die nur noch versuchen können, den größten Schaden für die Patienten abzuwenden. „Es herrscht nur noch Frust und Flucht“ berichtet sie in ihrem Hilferuf an Bundeskanzlerin Merkel. Die Patienten sind zum Wirtschaftsfaktor geworden, sie sind nur noch Fallzahlen und Kostenfaktoren! Sie werden aber nicht mehr als Menschen betrachtet.

Unsere Position: Gesundheit darf nicht zur Ware degradiert werden, der Mensch muss wieder in den Mittelpunkt der Bemühungen um seine Gesundheit gestellt werden.

Der Kostensenkungsdruck und der Wettbewerb im Krankenhausbereich sind buchstäblich „aus dem Ruder gelaufen“. Seit Einführung des DRG-Systems wird der finanzielle Rahmen der meisten Krankenhäuser immer enger. Die personelle Lage an den Krankenhäusern, besonders derjenigen mit Maximalversorgung spitzt sich dramatisch zu. Die ausreichende Versorgung der Patientinnen und Patienten ist zunehmend bedroht.

Viele Krankenhäuser haben erhebliche Probleme, qualifizierten Nachwuchs für den pflegerischen und auch für den ärztlichen Bereich zu gewinnen und im Rahmen des DRG-Systems zu finanzieren.

Trotz starker Zunahme der Fallzahlen sank die Zahl der Pflegekräfte in den letzten Jahren kontinuierlich. Nach unseren Informationen fehlen in Deutschland 162.000 Stellen in den Krankenhäusern, 70 000 allein in der Pflege. Für die Beschäftigten bedeutet dies eine enorme Belastung in ihrer täglichen Arbeit. In keinem anderen Land Europas gibt es im Verhältnis zu den Patienten weniger Pflegekräfte als in Deutschland. Hierzulande versorgt eine Pflegekraft durchschnittlich 13 Patienten, in Norwegen sind es lediglich 4.

Auch in anderen Berufsgruppen steigt die Arbeitsbelastung. Im Reinigungsdienst werden z.B. nur 3 Minuten für die tägliche Komplettreinigung eines Patientenzimmers veranschlagt.

Die Krankenhäuser müssen dringend zusätzliches Geld erhalten, um es in zusätzliches Personal und damit bessere Versorgung der Patienten zu investieren. Dies muss sich auch in einer besseren Vergütung des Pflegepersonals auswirken und es muss sichergestellt werden, dass diese zusätzlichen Mittel auch bei den Pflegekräften ankommen.

40 Die Arbeit im Krankenhaus darf nicht krank machen, die Beschäftigten müssen dringend entlastet werden.

Antragsbereich V/ Antrag 4

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bremen

Empfehlung der Antragskommission: Ablehnung

Krankenkassenüberschüsse für Investitionen in Krankenhäuser nutzen

Die ASG fordert ein ergänzendes Krankenhausinvestitionsprogramm auf Bundesebene zur Finanzierung notwendiger Krankenhausinvestitionen. Angesichts gestiegener Krankenkasseneinnahmen und einer Kassenrücklage von inzwischen 21 Mrd. Euro, das entspricht einer Reserve von 4 Monatsraten, erwartet die ASG eine sinnvolle Verwendung
5 eines Teils dieser Gelder. Für uns wäre dies, in die Verbesserung der Krankenhausinfrastruktur zu investieren. Diese Investitionen in die Daseinsvorsorge nutzt zukünftigen Generationen und würde einen zusätzlichen sinnvollen Anstoß für Arbeitsplätze und Wirtschaft erzeugen. Es würde gegenwärtig gut in die mittelfristige konjunkturelle Entwicklung passen.

10 Eine bundesweite Aufstockung der Investitionsmittel um erforderliche 6 Mrd. Euro p.a. wäre eine große Unterstützung für die Zukunftsfähigkeit der Krankenhäuser und einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Diese Mittel könnten den Krankenhausstrukturfonds ergänzen, allerdings müsste die Zweckbindung des Strukturfonds dabei viel weiter geöffnet werden, damit sinnvolle Maßnahmen zur Moderni-
15 sierung der Krankenhäuser im Strukturwandel und den aktuellen technischen Herausforderungen entsprechend beantragt und sinnvoll genutzt werden können.

Antragsbereich V/ Antrag 5

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Nordrhein-Westfalen

EmpfängerIn: SPD-Bundestagsfraktion

Empfehlung der Antragskommission: Nichtbehandlung

Sicherung der flächendeckenden Krankenversicherung durch öffentliche und caritative Krankenhäuser

Die ASG der NRW SPD bittet die Mitglieder der Bundestagsfraktion und insbesondere die Mitglieder der SPD Bundestagsfraktion im Ausschuss für Gesundheit sich dafür einzusetzen, dass eine flächendeckende Krankenhausversorgung durch öffentliche und caritative Häuser sowohl in Städten, als auch auf dem Land gefordert wird.

⁵ Für Krankheitsbilder in den Bereichen Onkologie und Kardiologie sowie für Altersmedizin sind spezialisierte Zentren erforderlich. Diese Zentren dürfen aber nicht zu Lasten der wohnortnahen und vielfältigen Versorgung durch Krankenhäuser gehen.

Antragsbereich V/ Antrag 6

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Thüringen

EmpfängerIn: sozialdemokratische Mitglieder in der Bundesregierung, SPD-Bundestagsfraktion

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Mehr Tempo für Qualitätsoffensive in den Krankenhäusern

Die ASG fordert, dass die Qualitätsoffensive in den Krankenhäusern mit weiteren Schritten vorangetrieben wird. Gute und überdurchschnittliche Qualität muss sich lohnen, schlechte Qualität finanziell sanktioniert werden. Die Qualitätsindikatoren, die derzeit vom Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) unter Beteiligung der Fachgesellschaften entwickelt werden, werden von einigen Bundesländern nicht in die jeweilige Landeskrankenhausplanung übernommen, so dass ein Flickenteppich in der Krankenhausqualität droht. Daher sollten Anreize gesetzt werden und anhand der Qualitätsindikatoren finanzielle Qualitätszu- und -abschläge durch die gesetzlichen Krankenkassen vereinbart werden. Auf diese Weise soll ein Wettbewerb um bessere und überdurchschnittliche Qualität gefördert werden.

⁵

¹⁰

Begründung:

In vielen Ländern gilt zunehmend die Devise Pay Per Performance, wohingegen sich Qualitätszu- und -abschläge in Deutschland bislang nicht konsequent durchsetzen konnten. Die zugrundeliegenden Indikatoren können nur bundeseinheitlich und mit den Fachgesellschaften entwickelt werden, um Akzeptanz zu schaffen und einen föderalen Flickenteppich zu verhindern. Die Krankenhausplanung der Bundesländer ist in der aktuellen Ausgestaltung zu träge und langwierig, um auf Veränderungen in der Qualität einer Klinik und ihrer Fachabteilungen zu reagieren. Daher sollten zusätzliche finanzielle Anreize zur Qualitätsoptimierung durch die Krankenkassen gesetzt werden.

Antragsbereich V/ Antrag 7

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Baden-Württemberg

EmpfängerIn: SPD-Bundestagsfraktion

Empfehlung der Antragskommission: Erledigt bei Annahme V1

Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefordert, eine Gesetzesinitiative zu ergreifen mit dem Ziel, dass die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) durch Krankenhäuser für die ambulante ärztliche und/oder zahnärztliche Versorgung nur dann möglich ist, wenn dieselbe einen unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort des
5 Krankenhauses nachweisen und eine Unterversorgung gegeben ist oder droht.

Begründung:

Finanzinvestoren – Investmentgesellschaften, Hedgefonds, Private-Equity-Gesellschaften – entdecken neben der stationären Versorgung von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen
10 neue Finanzanlagemöglichkeiten in der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen medizinischen Versorgung durch Gründung von MVZ durch den Kauf maroder Krankenhäuser.

Mittel und langfristig beinhaltet dies eine erhebliche Gefährdung der bedarfsgerechten ambulanten ärztlichen und zahnmedizinischen Versorgung in ländlichen Gebieten dar.
15 Darauf weist auch der Sachverständigenrat in seinem Gutachten 2018 - Seite 393 - zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hin.

Durch die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vorgenommene Streichung des bisherigen gesetzlichen Merkmals „fachübergreifend“, wurde die Gründung von arztgruppengleichen Praxisformen ermöglicht und damit wird der ambulante „Ver-
20 sorgungsmarkt“ nach Gesichtspunkten der Rendite Finanzinvestoren geöffnet.

Antragsbereich V/ Antrag 8

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen: SPD-Bundestagsfraktion, SPD-Parteivorstand

Empfehlung der Antragskommission: Überweisung an SPD-Bundestagsfraktion

Ärzte

Wir fordern von der Politik (und von den ärztlichen Landesorganisationen) eine bessere Wertschätzung und Anerkennung der hausärztlichen Tätigkeit.

- 5 Unserer Forderung: Bessere Anerkennung und finanzielle Ausstattung des Hausarztes, ein umfangreicheres Angebot an Zeit und eine Minimierung an bürokratischer Überfrachtung im kassenärztlichen Regelwerk käme einer besseren und kostengünstigen Medizin zugute.

10 **Begründung:**

Während die, bei uns so hochangesehene, universitäre Medizin ein Menschenbild pflegt, das reduziert ist auf biochemisch-physikalisch-technische Gegebenheiten, so zeichnet die Basismedizin sich durch ein umfassendes und damit vollständiges Verständnis des Menschen aus, das psychologische, philosophische und theologische Grundlagen mit einbezieht – und einbeziehen muss, da nur dadurch die alltägliche Patientenbetreuung zu bewältigen ist. Der Begriff "Ganzheitlichkeit" steht dafür.

15 Diese Tätigkeit bezieht auch komplementärmedizinische Maßnahmen mit ein, denen die gängige Wissenschaft nicht gerecht wird. Der Erfahrungsschatz des Praktikers muss dem, natürlich unverzichtbaren, wissenschaftlichen Apparat der sogenannten Schulmedizin gleichrangig gegenübergestellt werden.

20 Der Hausarzt als gut ausgebildeter und ausgestatteter Allgemeinmediziner steht zu seiner Klientel in einem engen Vertrauensverhältnis und kann die anfallenden Aufgaben an Diagnostik und Therapie zu 90% erfüllen in eigener Regie. Gibt man ihm, was nötig ist an Zeit und finanziellen Ressourcen, so kann er erheblich umfassende, aber zugleich wesentlich kostengünstigere Leistungen bringen als dies eine Verzettelung in diverse Facharztbereiche schafft.

25 Auch den von der pharmazeutischen Industrie eingeführten, zum Teil exzessiv teuren, aber nicht immer wirkungsvollen Innovationen kann eine auf Erfahrung und Beobachtung beruhende Arbeit des niedergelassenen Hausarztes ein Korrektiv entgegenstellen; hier droht nämlich eine Kostenlawine, die irgendwann nicht mehr finanzierbar ist.

Antragsbereich V/ Antrag 9

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Nord

Empfehlung der Antragskommission: Erledigt durch Gesetzgebung: Versorgungsstärkungsgesetz

Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum

Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefordert, die gesetzlichen Voraussetzungen für die Schaffung ärztlicher Versorgungszentren für Haus- und Fachärzte im ländlichen Raum zu
5 verbessern.

Kompensierte Arztpraxen mit einer guten Verkehrsanbindung sollen dabei gefördert werden. Vorrangig sollen so jungen Ärztinnen und Ärzten attraktive Bedingungen in ländlichen Regionen geboten werden.

Derartige Einrichtungen sind an oder im Umfeld kommunaler bzw. kommunal getragener
10 Krankenhäuser besonders zu fördern, da dies kurze Wege in der Gesundheitsversorgung auf dem Land bedeutet. Überdies sind bei einer Angliederung an ein Krankenhaus für alle Seiten nützliche Synergien zu erwarten.

Dazu brauchen die kommunalen Gebietskörperschaften rechtliche Gestaltungs- und Beteiligungsmöglichkeiten, um mit allen Beteiligten entsprechende Ärztezentren zu ver-
15 wirklichen.

Ferner sind die bisherigen Regeln zur Ärzteversorgung unter Einbeziehung der kommunalen Gebietskörperschaften zu überarbeiten und vor allem den Bedürfnissen kleinerer Gemeinden und Mittelzentren anzupassen.

20 **Begründung:**

Die hausärztliche Versorgung in ländlich geprägten Regionen ist schon heute völlig unzureichend und lässt, überschaubar für die kommenden 5 Jahre, noch eine Verschärfung erwarten.

Um einen Haus- oder Facharzt zu finden, müssen Wege von mehr als 20 km auch ohne
25 Möglichkeit des Nahverkehrs in Kauf genommen werden.

Bewährt haben sich kompensierte Arztpraxen bspw. in Mittelhessen, die, angebunden an gute öffentliche Verkehrsverbindungen, eine adäquate ärztliche Versorgung aufweisen, da sie weitgehend den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechen.

Antragsbereich V/ Antrag 10

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Nord

Empfehlung der Antragskommission: Überweisung an ASG-Bundesausschuss

Stärkung der häuslichen Therapie im deutschen Gesundheitswesen

- 5 Der SPD-Parteivorstand wird aufgefordert, ein gesundheitspolitisches Grundsatzprogramm zu entwickeln, welches die Defizite, aber auch Lösungsvorschläge aufzeigt, bisher etablierte Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen in Richtung „Stärkung der häuslichen Therapie“ zukunftsgerichtet und insbesondere unter Einsatz telemedizinischer Anwendungen für spezielle Patientengruppen weiterzuentwickeln. Den Versorgungsbedürfnissen ambulant und stationär pflegebedürftiger Personen ist dabei in gesonderter Weise Rechnung zu tragen. Eine patientenzentrierte Gesundheitsversorgung sollte sich stets nach dem Grundsatz richten „die Medizin muss sich nach dem Patienten richten und nicht der Patient nach der Medizin“
- 10 Dies gilt insbesondere für die Bereiche der zahnmedizinischen und psychiatrischen Behandlung als auch der Versorgung chronisch Nierenkranker.

Begründung:

- 15 Das deutsche Gesundheitssystem zählt weltweit mit zu den besten. Der demographische Wandel zwingt jedoch auch zu einer bedarfsgerechten Anpassung etablierter Versorgungsstrukturen. Bedingt durch den medizinisch-technischen Fortschritt wird durch eine fortschreitende „Ambulantisierung der Medizin“ es zunehmend ermöglicht, den etablierten Versorgungsgrundsatz „ambulant vor stationär“ tatsächlich auch zu realisieren.
- 20 Insbesondere ältere Patienten mit einem multimorbiden Krankheitsgeschehen sind jedoch zunehmend darauf angewiesen, dass ambulante medizinische Versorgungsstrukturen im Rahmen der häuslichen Therapie angeboten und in Anspruch genommen werden.

Antragsbereich V/ Antrag 11

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen: SPD-Bundestagsfraktion, SPD-Parteivorstand

Empfehlung der Antragskommission: Überweisung SPD-Bundestagsfraktion

Förderung der integrativen und sprechenden Medizin

Wir fordern von der Politik die integrative und sprechende Medizin zu fördern, um eine individualisierte und an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Medizin zu ermöglichen. Entsprechend sollten auch die exorbitant hohen Kosten für Diagnostik und Therapie auf den Prüfstand kommen: Beahlt die Menschen und nicht die Industrie

Begründung:

Monokausale Biomedizin und Ökonomie bilden eine unheilige Allianz. Wir Ärzte müssen mit Rückgrat für die Prinzipien einer guten Medizin eintreten.

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient muss immer im Mittelpunkt stehen. Nur so ist es möglich, den Patienten in seiner individuellen Situation zu verstehen. Und nur mit diesem Verständnis kann man den Patienten bei seiner mehr oder minder vollständigen Genesung unterstützen.

15

Folgende Punkte sind dabei besonders wichtig:

1. Gute Medizin braucht Zeit! Der medizinische Alltag muss eine empathische Beziehung zwischen Arzt und Patient ermöglichen.

20

2. Wir brauchen eine individualisierte Medizin, die versucht, den einzelnen Patienten zu verstehen. Die Leitlinien sind nur ein Hilfsmittel für eine Therapie, die von der individuellen Situation des Patienten ausgeht.

25 3. Die Integrative Medizin mit dem Ziel der Salutogenese muss einen festen Platz in unserer Arbeit finden. Sie ergänzt die klassische Schulmedizin um sinnvolle Elemente der Komplementär- und Alternativmedizin, um den Patienten auf seinem individuellen Weg der (Selbst)Heilung zu unterstützen. Gewinnmaximierungen dürfen bei Therapieentscheidungen keine Rolle spielen.

Antragsbereich V/ Antrag 12

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Thüringen

EmpfängerInnen: sozialdemokratische Mitglieder in der Bundesregierung, SPD-Bundestagsfraktion

Empfehlung der Antragskommission: Überweisung an die SPD-Bundestagsfraktion

Behandlung koordinieren statt budgetieren

Die ASG fordert, dass chronisch kranke Menschen künftig Anspruch auf eine koordinierte Behandlung durch ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin erhalten. Die Zunahme chronischer Erkrankungen verlangt eine andere Art der medizinischen Behandlung und Betreuung, als es im noch immer stark gegliederten Gesundheitssystem Realität ist. Chronisch kranke Menschen brauchen klare Behandlungspfade und professionelle Betreuung über die Vielzahl der notwendigen Leistungserbringer hinweg. Der Sachverständigenrat (Gesundheitswesen) empfiehlt darüber hinaus Anreize zu setzen, damit die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) in Anspruch genommen wird. Die ASG unterstützt den Vorschlag "einen von allen Krankenkassen verpflichtend anzubietenden vergünstigten Wahl-
5
10
tarif" einzuführen. Teilnehmende Patienten erhalten weitere Vorteile bei der Versorgung, etwa durch bevorzugte Terminvergabe. Die HausärztInnen werden für die Koordination durch eine extrabudgetäre Pauschale honoriert.

Begründung:

15 Die Hausarzt-Zentrierte Versorgung hat sich in Deutschland trotz aller politischen Bemühungen nur punktuell durchgesetzt. In vielen Ländern weltweit sind HausärztInnen zentrale Lotsen im Gesundheitssystem. Diese Steuerungsfunktion muss vor allem im Sinne einer besseren Versorgungsqualität auch in Deutschland ausgebaut werden.

Antragsbereich V/ Antrag 13

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Süd

EmpfängerIn: SPD-Bundestagsfraktion

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Elektronische Gesundheitskarte

Die ASG fordert die Bundeskonferenz der ASG auf, sich für die zügige Einführung der bisher geplanten elektronischen Gesundheitskarte einzusetzen. Die zusätzliche Einbeziehung von Daten der Pflege vor der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte wird

vorerst abgelehnt, da dies nur zu Verzögerungen führt. Nach abschließender Einführung
5 der elektronischen Gesundheitskarte kann in einem nächsten Schritt die Verwendung für die Pflegeversorgung geprüft und ggf. erweitert werden.

Begründung:

Erfolgt mündlich

Antragsbereich V/ Antrag 14

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Berlin

EmpfängerInnen: sozialdemokratische Mitglieder in der Bundesregierung, SPD-Bundespar-
teitag, SPD-Bundestagsfraktion

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Ausreichende medizinische Versorgung sicherstellen: Bundesweite Lösung zur Finanzierung der Behandlung von Menschen mit unklarem Versicherungsstatus einführen

Die ASG / die SPD fordert die Mitglieder der SPD-Bundestagsfraktion und die sozialde-
mokratischen Mitglieder der Bundesregierung auf, eine bundesweite Lösung zur Finan-
zierung der Behandlung von Menschen mit unklarem Versicherungsstatus zu entwickeln
5 und umzusetzen.

Ziel muss sein, dass für jeden Menschen in Deutschland medizinische Versorgung gere-
gelt (ggf. vor-) finanziert wird, damit Jede und Jeder notwendige medizinische Hilfe auch
real erhalten kann. In einem ersten Schritt muss grundsätzlich für alle Kinder und Ju-
gendliche in Deutschland ein Versicherungsschutz sichergestellt werden.

10 **Begründung:**

Trotz Versicherungspflicht sind nach Schätzungen in Deutschland hunderttausende Men-
schen ohne bzw. ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz. Betroffen sind bei-
spielsweise Selbstständige, Privatversicherte mit Beitragsrückständen sowie deren Kin-
15 der, Menschen ohne Wohnung oder legalen Aufenthaltsstatus sowie arbeitssuchende EU-
Bürger, die im Rahmen der Arbeitnehmerfreizügigkeit in Deutschland sind. Diese Men-
schen werden bei akuten Schmerzzuständen und Unfällen behandelt. Weitere medizini-
sche Versorgung oder Beratung wird nach aktueller Gesetzeslage nicht erstattet. Eine
Nichtbehandlung von Krankheiten oder Verletzungen kann beispielsweise für Menschen
20 mit chronischen Erkrankungen lebensbedrohlich werden.

In Berlin wird aktuell als Erstanlaufstelle für diese Menschen eine Clearingstelle einge-
richtet. Diese prüft, ob die Patientinnen und Patienten mit ungeklärtem Versicherungs-
status in eine gesetzliche Krankenversicherung oder private Versicherung vermittelt wer-
den können und helfen diesen dabei. Gleichzeitig sollen die Gründe für den fehlenden

25 Versicherungsschutz systematisch erfasst werden und als Grundlage für gesetzliche Änderungen dienen. Sollte keine Möglichkeit der Kostenübernahme bestehen, werden medizinische Leistungen über einen steuerfinanzierten Fonds erstattet. Das Berliner Modell kann für eine bundesweite Lösung als Vorbild dienen, um Menschen in der ganzen Bundesrepublik ausreichend versorgen zu können.

30 Langfristiges Ziel muss sein, alle betroffenen Menschen in die Regelversorgung zu überführen. ASG Berlin (Beschluss vom 14. Januar 2019)

Antragsbereich V/ Antrag 15

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Süd

Empfehlung der Antragskommission: Voraussichtlich erledigt durch Gesetzgebungsverfahren zum TSVG

Gesetzesentwurf zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) in der Psychotherapie

Die ASG Hessen-Süd fordert die Bundeskonferenz der ASG auf, dem Gesetzesentwurf TSVG in der vorliegenden Form nicht zuzustimmen und durch Veränderung darauf hinzuwirken, dass die freie Therapeutenwahl für die Patienten weiterhin gewährleistet ist.

5 **Begründung:** Erfolgt mündlich

Antragsbereich V/ Antrag 16

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Süd

Empfehlung der Antragskommission: Erledigt bei Annahme geänderte Fassung V17

Etablierung des Medikationsmanagements

5 Zusätzlich zum Recht auf einen Medikationsplan ab drei verordneten Dauermedikamenten sollen Patient*innen auch das Recht erhalten, dass ein regelmäßiges Medikationsmanagement durch eine Apotheke ihrer Wahl durchgeführt wird, was entsprechend durch die Krankenversicherung vergütet werden soll. Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte soll durch die SPD vorangetrieben werden, um eine einfache Einsicht und Aktualisierung des Medikationsplans möglich zu machen. Ein Medikationsmanagement soll auch in Krankenhäusern durch Stationsapotheker*innen erfolgen.

10 Begründung:

Ende 2016 wurde der bundeseinheitliche Medikationsplan eingeführt, der für alle Patient*innen verpflichtend zu erstellen ist, falls diese mindestens drei Medikamente über mindestens 4 Wochen einnehmen. Dies geschieht in der Realität, trägt aber keineswegs zu einer erhöhten Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) bei. Aktualisierungen werden, wenn überhaupt, meist nur auf einem Papier durchgeführt, das immer unübersichtlicher wird; zuweilen existieren verschiedene Versionen, welche die aktuelle ist, lässt sich nur schwer nachvollziehen. Hier ließe sich durch eine elektronische Version auf der Gesundheitskarte Abhilfe schaffen.

Allerdings erhöht auch eine alleinige Anwesenheit eines Medikationsplanes keineswegs die AMTS. Sinn eines solchen Plans ist es, die verordneten Medikamente auf Sinnhaftigkeit und Interaktionen zu überprüfen. Solange dies nicht geschieht, ist der Medikationsplan wertlos. Daher ist eine Überprüfung im Rahmen eines Medikationsmanagements nötig, wofür Apotheker*innen als ausgewiesene Arzneimittelexperten ausgebildet sind. Sie können Nebenwirkungen sowie potentielle Arzneimittelwechselwirkungen, die mit zunehmender Zahl verordneter Präparate rasant ansteigen, erkennen und mit den verordnenden Ärzt*innen Rücksprache halten, um so die Zahl der Medikamente und der arzneimittelbedingten Krankenhauseinweisungen zu reduzieren. Dies bietet auch finanzielle Vorteile, da jährlich 250.000 Patienten wegen vermeidbarer Nebenwirkungen in Krankenhäuser eingeliefert werden.

Auch in Krankenhäusern selbst sollten vermehrt Apotheker*innen eingestellt werden, da diese die Medikation der verschiedenen ärztlichen Fachrichtungen zusammenfassen und gegebenenfalls auf Interaktionen hinweisen können. Das vor kurzem in Niedersachsen beschlossene Gesetz kann hier als Vorbild dienen.

Antragsbereich V/ Antrag 17

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen: SPD-Bundestagsfraktion, SPD-Parteivorstand

Empfehlung der Antragskommission: Annahme in geänderter Fassung

Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland

Wir fordern, Projekte zur Arzneimittelsicherheit zu fördern und mehr Ressourcen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapie in Kliniken und im ambulanten Bereich zur Verfügung zu stellen.

- 5 • Optimierung der Versorgung multimorbider Patienten/innen durch bessere Betreuung und interdisziplinäre Zusammenarbeit (Ärzte/innen, Apotheker/innen, Psychotherapeuten/innen, etc.).
 - Verbesserung der Arzneimitteltherapie durch medizinische und pharmazeutische Überprüfung der Polymedikation der Patienten/innen

- 10 • Förderung der Therapietreue der Patienten durch ein zwischen Ärzten/innen und Apotheker/innen abgestimmtes Medikationsmanagement, was entsprechend durch die Krankenversicherung vergütet werden soll.
- Verbesserte Unterstützung der Ärzte/innen bei der evidenzbasierten und wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln durch Apotheker/innen.
- 15 • Pflicht zur ausreichenden Versorgung durch Stationsapotheker in Kliniken (wie derzeit in Niedersachsen durch Änderung des Krankenhausgesetzes geplant)

Begründung:

Richtig angewendet gehören Arzneimittel zu den wirksamsten Instrumenten medizinischer Hilfe. Aufgrund der höheren Lebenserwartung steigt die Behandlungsdauer chronischer Erkrankungen und die Zahl multimorbider Patienten/innen. Arzneimittel werden damit häufig zu jahrelangen Begleitern von Patienten/innen.

Eine Arzneimitteltherapie ist dabei oft nicht frei von Risiken. Die gleichzeitige Gabe von verschiedenen Arzneimitteln erhöht das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen.

25 Auch die fehlende Therapietreue der Patienten/innen kann ein maßgeblicher Risikofaktor darstellen.

Um diese Probleme bewältigen zu können, sind innovative Versorgungskonzepte gefragt, die dem erhöhten Betreuungsbedarf multimorbider Patienten gerecht werden.

Die Mordserie in Delmenhorst und Oldenburg (30 Tote), wo ein Krankenpfleger bei 90 Patienten/innen eine Überdosis des Herzmittels Ajmalin verabreicht hat, hätte ebenso wie Arzneimitteltherapiefehler durch ein funktionierendes Arzneimittelmanagement auffallen und ggf. verhindert werden können.

Ein Beispiel für die Ausgestaltung einer verbesserten Arzneimitteltherapie ist die Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen - ARMIN, eine Zusammenarbeit zwischen den Apothekerverbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen in Sachsen und Thüringen sowie der AOK PLUS. Das Projekt umfasst drei Module:

1. Wirkstoffverordnung:

Verordnung von Wirkstoffen anstelle von spezifischen Präparaten

40

2. Medikationskatalog:

Erleichterung der Auswahl des richtigen Wirkstoffs

3. Medikationsmanagement:

45 Überprüfung der Gesamtmedikation (einschließlich der Selbstmedikation), Optimierung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) bei multimorbiden Patienten/innen und Verbesserung der Therapietreue der Patienten/innen.

Quellen: www.arzneimittelinitiative.de

Antragsbereich V/ Antrag 18

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Süd

Empfehlung der Antragskommission: Ablehnung

Versand mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln

Der Versand von verschreibungspflichtigen (Kurz: Rx-) Arzneimitteln soll deutschlandweit verboten werden. Des Weiteren soll eine weitere Kategorie „Apothekerpflichtige Arzneimittel“ in die Arzneimittelverschreibungsverordnung aufgenommen werden. Diese sollen ohne Rezept erhältlich sein, bedürfen vor der Abgabe jedoch eines intensiven Beratungsgesprächs durch eine*n approbierte*n Apotheker*in und sind folglich ebenfalls vom Versandhandel auszunehmen.

Begründung:

In Deutschland gelten durch die Arzneimittelpreisverordnung Festpreise für alle Rx-Arzneimittel. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass mit lebensnotwendigen Gütern, die Medikamente per definitionem sind, kein Preiskampf betrieben werden soll und Patienten sich in Notsituationen nicht nach Rabatten umsehen müssen. Der Europäische Gerichtshof urteilte 2016, dass sich ausländische Versandapotheken nicht an dieses deutsche Recht halten müssen und somit Rabatte auf Rx-Arzneimittel geben dürfen. Der so entstehenden Inländerdiskriminierung muss dementsprechend Einhalt geboten werden.

Würden die Preise auch für deutsche Apotheken freigegeben, würde es in strukturschwachen Gebieten zu Preisanstiegen kommen, was die dort lebende Bevölkerung stark benachteiligen würde. Diese könnten dann selbstverständlich bei den günstigeren Versandapotheken bestellen, dies ginge jedoch zu Lasten der Vor-Ort-Apotheken in diesen Gebieten. Diese erfüllen unverzichtbare Aufgaben wie Notdienste, Anfertigung unwirtschaftlicher Arzneimittel und die Beschaffung dringender Medikamente in kürzester Zeit, die Versandapotheken nicht übernehmen können oder wollen. Schließen diese Apotheken aufgrund mangelnder Wirtschaftlichkeit, würde der ländliche Raum weiter geschwächt. Folglich kommt nur ein Verbot des Versandhandels infrage. Dass dies europarechtlich problemlos möglich ist, zeigt sich an der Tatsache, dass dies in EU-Mitgliedsstaaten bereits geltendes Recht ist und die EU-Kommission selbst ein Versandhandelsverbot für Tierarzneimittel durchgesetzt hat.

Weiterhin sollten die Kategorien, in die sich Arzneimittel einteilen lassen, verfeinert werden. In Australien und Neuseeland hat sich die Kategorie „pharmacist-only medicines“ bewährt: dort wurden verschiedene Medikamente aus der Verschreibungspflicht entlassen und sind nun ohne Rezept erhältlich, wenn sich Patient*innen vor Abgabe auf ein intensives Beratungsgespräch mit einem Apotheker/einer Apothekerin einlassen, der/die entscheidet, ob das jeweilige Medikament geeignet ist oder eine Abgabe ohne ärztliche Konsultation verweigert werden sollte. Hierfür eignen sich beispielsweise Arzneimittel zur Behandlung erektiler Dysfunktion, unkomplizierter Infekte für die kein Erregerabstrich nötig ist oder die Gripeschutzimpfung. Andere bisher „einfach“ verschreibungs-

freie Medikamente, die erst vor Kurzem aus der Verschreibungspflicht entlassen wurden, wie cortisonhaltige Nasensprays oder Mittel zur Notfallverhütung, sollten in die gleiche Kategorie eingestuft werden, um dem erhöhten Beratungsbedarf Rechnung zu tragen. Dies würde insbesondere Arztpraxen entlasten und Patient*innen ermöglichen, niedrigschwellig und zügig medizinische Hilfe zu bekommen. Da ein intensiver Apotheker-Patient-Kontakt nötig ist, sollte sich das Versandhandelsverbot auch auf diese Kategorie Arzneimittel beziehen.

Antragsbereich V/ Antrag 19

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen: SPD-Bundestagsfraktion, SPD-Parteivorstand

Empfehlung der Antragskommission: Ablehnung

Regelung des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln

Im Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln soll das bestehende deutsche Recht

- der einheitlichen Apothekenabgabepreise für verschreibungspflichtige Arzneimittel
- das Sachleistungsprinzip und
- das Werbe- und Zugabeverbot

beibehalten werden.

Deshalb wird im SGB-V den deutschen Krankenkassen verboten, Rezepte von Vertragspartnern, die sich nicht an die bestehenden deutschen Regelungen halten, zu erstatten.

15 Begründung:

Durch den Beschluss des europäischen Gerichtshofs im Herbst 2016 insbesondere ausländischen Versandapotheken Rabatte auf rezeptpflichtige Arzneimittel zu erlauben, ist das bestehende deutsche System, das deutschen Anbietern selbiges verbietet, aus dem Gleichgewicht.

20 Ein simples Verbot des Versandhandels wie von Minister Gröhe (CDU), Ministerin Huml (CSU) und den Apothekerverbänden gefordert, ist rechtlich nicht möglich, da seit 2003 der Versandhandel von Arzneimitteln in Deutschland generell erlaubt ist (allerdings mit Regeln siehe oben).

Auch die vom jetzigen Gesundheitsminister Jens Spahn angebotene Lösung einer Rabattbegrenzung auf 2.50 € für ausländische Versandapotheken ist rechtlich auch kaum haltbar.

Wer sich auf irreguläre Weise in Deutschland Vorteile verschafft, kann und muss aber als

Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen werden.

Es ist nicht nachzuvollziehen, warum Patienten mit Rabatten belohnt werden sollen und sich aus der Solidargemeinschaft verabschieden, oder gar ohnehin zuzahlungsbefreite Patienten noch zusätzlich Boni bei ausländischen Versendern erhalten sollen. Auch die flächendeckende Versorgung mit Arzneimitteln durch Landapotheken, die insbesondere bei der Betäubungsmittelversorgung, der Anfertigung individueller Rezepturen oder in den Nacht- und Notdiensten wichtige Aufgaben übernehmen, würden durch diese Initiative der SPD gestärkt.

Die Vorschläge der CDU/CSU würden spätestens bei der europäischen Notifizierungskommission scheitern und so letztendlich mehr schaden als nutzen.

Antragsbereich V/ Antrag 20

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Berlin

EmpfängerIn: SPD-Bundesparteitag

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Zahnersatz und Sehhilfe verbessern!

Die sozialdemokratischen Mitglieder des Bundestags und der Bundesregierung werden aufgefordert, sich dafür einzusetzen, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen für Sehhilfen und Zahnersatz verbessert werden. Angestrebt werden soll die volle Finanzierung des Zahnersatzes bzw. die volle Finanzierung der Sehhilfen.

Begründung:

Zahnersatz und Sehhilfen sind kostspielige Gesundheitsleistungen, die auch bei einer anteiligen Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen, für die viele Menschen heutzutage sparen müssen, damit sie sich diese überhaupt leisten können. Dabei sind Kosten im finanziellen Umfang einer Städtereise oder eines Kleinwagens keine Ausnahme.

Dabei ist beides erforderlich, um am Leben teilhaben zu können. Menschen mit unvollständigem Gebiss werden häufig als ungepflegt wahrgenommen und ausgegrenzt. Zahnersatz wird je nach Finanzierungsmodell und Krankenkasse (z.B. Festbetrag, Bonusheftnutzer*innen, ...) in verschiedenen Prozenzhöhen übernommen, jedoch nicht komplett.

Im Moment werden Brillen für Kinder und Jugendliche sowie stark fehlsichtige Erwachsene bezahlt. Ohne Sehhilfe sind Menschen aber schon bei geringen Dioptrien vom Alltag ausgeschlossen und können beispielsweise schwer lesen oder nicht mehr Autofahren.

Dass eine Finanzierung grundsätzlich möglich sein kann, zeigen aktuelle Informationen, dass die Rücklagen der gesetzlichen Krankenkassen auf 21 Milliarden Euro zu beziffern sind.

Antragsbereich V/ Antrag 21

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

EmpfängerInnen: SPD-Bundestagsfraktion, SPD-Parteivorstand

Zulassungspflicht für Medizinprodukte

Wir fordern die SPD-Bundestagsfraktion und die SPE-Fraktion im Europaparlament auf, im Bereich Medizinprodukte vom System der benannten Stellen abzurücken und sich für ein EU-weites behördliches Zulassungsverfahren *einzuführen* einzusetzen.

5 **Begründung:**

Die neue EU-Verordnung über Medizinprodukte (MDR) ist am 25. Mai 2017 in Kraft getreten, gefolgt von einer dreijährigen Übergangsfrist, in der wahlweise noch das alte oder schon das neue Medizinprodukterecht angewendet werden darf. Mit der MDR sollen Medizinprodukte sicherer werden, indem die Anforderungen an die Organisation, 10 Ausstattung und qualitätsgesicherte Arbeitsweise der Benannten Stellen detaillierter und strenger geregelt werden.

Medizinprodukte der Klasse IIa, IIb und III werden anstelle einer behördlichen Zulassung durch eine Benannte Stelle beurteilt. Die Benannten Stellen werden staatlich akkreditiert und überwacht, sind jedoch in Deutschland private Unternehmen, zum Beispiel TÜV und 15 DEKRA. Die Medizinproduktehersteller können sich eine Benannte Stelle innerhalb Europas aussuchen und beauftragen. Da die Medizinproduktehersteller die Bewertung durch die Benannten Stellen vergüten, kann eine möglicherweise beeinträchtigte Unabhängigkeit der Stelle nicht ausgeschlossen werden. Über die Zertifizierung entscheidet die Benannte Stelle oft nur anhand der eingereichten Unterlagen - das Produkt selbst wird 20 nicht beurteilt. Selbst wenn eine Benannte Stelle ein Produkt ablehnt kann der Medizinproduktehersteller einfach zu einer anderen Benannten Stelle in der EU erneut eine Prüfung versuchen.

Jüngst hat eine unter dem Schlagwort „Implant Files“ veröffentlichte Recherche investigativer Journalisten zur neuerlichen Diskussion um die Zulassung von Medizinprodukten 25 geführt.

Zudem ist die Zahl der sogenannten Benannten Stellen, die für den Marktzugang von Medizinprodukten zuständig sind, bereit jetzt in Europa von ursprünglich 80 auf 55 zurückgegangen. Auch aufgrund der oben genannten höheren Anforderungen an Benannte Stellen wird sich deren Zahl künftig tendenziell noch weiter reduzieren. Die Medizintechnikbranche hat sich in der Vergangenheit immer wieder besorgt über Engpässe bei den 30 Bewertungsstellen geäußert, die für die Zulassung neuer Medizinprodukte zuständig sind. „Der Engpass bei den Medizinprodukte-Bewertungsstellen ist absehbar und existiert bereits jetzt. Und er kann nicht nur für die Hersteller, sondern auch für die Patientenversorgung gefährlich werden“, fasste der Industrieverband BVMed die Ergebnisse 35 einer Konferenz „Aktueller Stand der Implementierung der MDR“ bereits Mitte März 2018 zusammen.

Fehlerhafte Medizinprodukte wie Implantate verursachen nach Medienrecherchen immer häufiger Verletzungen und auch Todesfälle. In Deutschland seien im Jahr 2017 14.034 Fälle gemeldet worden, bei denen es zu Verletzungen, Todesfällen oder anderen 40 Problemen gekommen sei, die im Zusammenhang mit Medizinprodukten stehen könnten.

Die Verdachtsfälle nahmen stark zu, berichteten die Sender NDR und WDR sowie die Süddeutsche Zeitung. Die drei Medien hätten in Zusammenarbeit mit dem internationalen Konsortium für Investigative Journalisten (ICIJ) sowie etwa 60 Medienpartnern dazu 45 recherchiert. Die Recherchen würden unter dem Titel „Implant Files“ weltweit veröffentlicht.

Die Zunahme der Meldezahlen wird in Deutschland seit Jahren von der zuständigen Behörde – dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) – registriert und auch veröffentlicht. Die aktuellste Zahl auf der Webseite ist von 2016, als rund 50 12.000 Fälle gemeldet wurden.

Quellen:

- Mehr Verletzungen und Todesfälle durch fehlerhafte Medizinprodukte, Dtsch Arztebl, 55 26. November 2018

- Medizinprodukte: Zahl der Benannten Stellen deutlich gesunken, Dtsch Arztebl, 10. Dezember 2018

60 • www.sueddeutsche.de/thema/Implant_Files

Antragsbereich V/ Antrag 22

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hannover

EmpfängerIn: SPD Bundestagsfraktion zur Einleitung eines Gesetzgebungsverfahrens

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Register für Medizinprodukte

Die ASG Bundeskonferenz fordert, dass in einem zukünftigen Zentralregister über Medizinprodukte auch veröffentlicht wird, wer an der Entwicklung dieses Medizinprodukts mitgewirkt und darüber Studien bzw. wissenschaftliche Aufsätze veröffentlicht hat. Die 5 Pflicht zur Veröffentlichung ist gesetzlich zu verankern.

Begründung:

In letzter Zeit sollen Medizinprodukte auf den "Deutschen Markt" gekommen sein, die Folgebehandlungen bei Patienten ausgelöst haben und wo sich später herausstellte, dass

10 die Anwender an der Entwicklung des Produktes beteiligt waren bzw. in wirtschaftlichen Kontakten zu den Produzenten / Herstellern standen.

Antragsbereich V/ Antrag 23

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Nord

Empfehlung der Antragskommission: Annahme in geänderter Fassung

Beseitigung von Mangelernährung in der onkologischen Versorgung

Die Bundesregierung wird aufgefordert, initiativ dafür Sorge zu tragen, dass eine nachhaltige Beseitigung von Mangelernährung insbesondere in der onkologischen Versorgung erfolgt. Hierzu soll insbesondere der Gemeinsame Bundesausschuss ~~durch gesetzliche Vorgaben~~ zeitnah verpflichtet werden, im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz ein entsprechendes Screeningverfahren zur Feststellung von Mangelernährung zu prüfen.

~~implementieren. Des Weiteren ist die Gemeinsame Selbstverwaltung zu verpflichten, geeignete Abrechnungsmöglichkeiten für die Durchführung eines solchen Screeningverfahrens (ambulant/stationär) zu vereinbaren.~~

Begründung:

Der Gesundheitszustand von Krebspatienten in Deutschland ist häufig durch Ernährungseinschränkungen gekennzeichnet, die durch die Erkrankung und ihre Therapie bedingt sind. Einer in der Folge auftretenden Mangelernährung steht keine angemessene Ernährungstherapie gegenüber. Dieses Versorgungsdefizit tritt sowohl in der stationären als auch ambulanten Patientenversorgung auf.

Bei rd. einem Drittel der stationär an Krebs behandelten Patienten ist eine Mangelernährung festzustellen. 20-30% aller Krebserkrankten versterben jedoch nicht an ihrer Krebserkrankung, sondern an den Folgen einer Mangelernährung.

Antragsbereich V/ Antrag 24

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen: SPD-Bundestagsfraktion, SPD-Parteivorstand

Empfehlung der Antragskommission: Erledigt durch Gesetzgebung

Legalisierung der Verwendung von Cannabis zu gesundheitlichen Zwecken

Die Bundeskonferenz der ASG fordert die Bundestagsfraktion auf, auf die Legalisierung des Gebrauchs von Cannabispräparaten hinzuwirken. Es soll durch Änderung des Betäubungsmittelgesetzes die Apothekenpflicht von Cannabispräparaten verankert werden.

5

Begründung:

Wie Beispiele aus den USA, den Niederlanden oder Tschechien zeigen führt die Legalisierung des Gebrauchs von Cannabispräparaten nicht zu größeren Zahlen von Suchtabhängigen. Stattdessen werden gerade im Polizei- und im Justizdienst Entlastungen erzielt. Auch die Beschaffungskriminalität verringert sich. Bei einem Bezugsweg über Apotheken durch Unterstellung als apothekenpflichtige Medikamente ließe sich durch Sachverstand auch die Kontrolle weiter verbessern. Einschränkungen hinsichtlich der Bezugsmenge und der Abgabe an Jugendliche ließen sich verwirklichen. Nicht zuletzt würden sogar noch Steuereinnahmen generiert und einem Teil des illegalen Rauschgifthandels der Boden entzogen.

Antragsbereich V/ Antrag 25

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Berlin

EmpfängerInnen: sozialdemokratische Mitglieder in der Bundesregierung, SPD-Bundesparteitag, SPD-Bundestagsfraktion

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

IGeL Abzocke zurückdrängen

Die ASG / die SPD fordert die Mitglieder der SPD-Bundestagsfraktion und die sozialdemokratischen Mitglieder der Bundesregierung auf, gesetzliche Maßnahmen zu ergreifen, überflüssige und nicht ungefährliche Selbstzahlerangebote aus Arztpraxen zurückzudrängen. Patientinnen und Patienten müssen effektiv vor einer systematischen Verunsicherung und folgender finanzieller Abzocke geschützt werden. Sinnvolle Leistungen müssen GKV-Leistungen sein. Unsinnige Zusatzangebote haben in Arztpraxen nichts verloren.

5

Begründung:

- 10 Bei manchen Arztgruppen scheinen sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) mehr zur Regel zu werden als qualitativ anerkannte und von den Kassen erstattete Diagnose- und Therapieverfahren. Die zunehmende Ausweitung von IGeL-Angeboten führt bei den Patientinnen und Patienten zu großen Verunsicherungen. Zum einen suggeriert der Verkauf von IGeL, dass die Gesetzliche Krankenversicherung nur eine unzu-
- 15 reichende Versorgung bieten würde. Zum anderen kann die tatsächliche Sinnhaftigkeit und Wirkung von IGeL-Angeboten von den Patientinnen und Patienten kaum adäquat abgeschätzt werden, zumal sich das Angebot ständig erweitert und verändert. Um Patientinnen und Patienten nicht weiter in Arztpraxen in unangenehme Situationen zu bringen und die zunehmende Abzocke zu beenden, ist das Anbieten von IGeL deutlich zurück
- 20 zu drängen.

Sonstige

Antragsbereich So/ Antrag 1

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen: SPD-Bundestagsfraktion, SPD-Parteivorstand

Empfehlung der Antragskommission: Zurückgezogen

Umbenennung der ASG in AG Gesundheit und Pflege in der SPD

Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG fordert die Umbenennung der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen in Arbeitsgemeinschaft Gesundheit und Pflege in der SPD (ASG)

⁵ **Begründung:**

Der jetzige Name ist schlichtweg zu lang! Außerdem verbessert die explizite Nennung der Pflege-berufe unser Tätigkeitsprofil.

Antragsbereich So/ Antrag 2

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen: SPD-Bundestagsfraktion, SPD-Parteivorstand

Empfehlung der Antragskommission: Als Material an den Bundesvorstand

Bessere Vernetzung der in der Gesundheitspolitik innerhalb der SPD tätigen Mitglieder

Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG fordert insbesondere die in der Bundestagsfraktion gesundheitspolitisch tätigen Abgeordneten/tinnen auf, wenigstens einmal pro Jahr ein gemeinsames Seminar zum Thema Gesundheitspolitik durchzuführen.

5 Begründung:

Es ist mehr als überfällig und des Weiteren sinnvoll eine bessere Vernetzung der in der Gesundheitspolitik tätigen Genossinnen und Genossen zu schaffen.

Gerade das Sachwissen vieler in der ASG engagierten Mitglieder scheint in der praktischen Politik nicht anzukommen. Auch wäre darauf hinzuarbeiten einen Vertreter der

10 ASG fest mit Sitz und Stimme im Parteivorstand zu verankern.

Antragsbereich So/ Antrag 3

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Baden-Württemberg

EmpfängerIn: SPD-Bundestagsfraktion

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Reform des AMNOG

Die ASG fordert die SPD-Bundestagsfraktion auf, eine politische Initiative in der Koalition zur Novellierung des AMNOG (Arzneimittel-Neuordnungs-Gesetz) mit der Zielsetzung zu ergreifen, dass der von den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) zu erstattende Arzneimittelpreis patentgeschützter Arzneimittel an den pharmazeutischen Unternehmer (pU),

5 den tatsächlichen, wissenschaftlich ermittelten medizinischen Zusatznutzen berücksichtigt, rückwirkend vom ersten Tag des Inverkehrbringens gilt und nicht „Mondpreise“ zu zahlen sind, die zu Traumrenditen führen.

Begründung:

10 Der neueste Arzneiverordnungsreport (AVR) 2018 des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO) beschreibt, dass die Arzneimittelausgaben 2017 um weitere 3,7 Prozent zum Vorjahr gestiegen seien. Hauptursache dafür seien die patentgeschützten Arzneimittel, auf die 18,5 Milliarden Euro des GKV-Arzneimittelmarktes entfielen.

Damit habe sich deren Umsatzanteil in den letzten 20 Jahren von 33 Prozent auf 45 Prozent erhöht. Die aktuelle Entwicklung sei an den 20 führenden Patentarzneimitteln zu erkennen. Ihre Verordnungs-kosten (7,0 Mrd. Euro) seien im Vergleich zum Vorjahr (plus 16,3 Prozent) wesentlich stärker gestiegen, als die Kosten im Gesamtmarkt (plus 3,7 Prozent). Dies habe Mehrkosten von einer Milliarde Euro verursacht und erkläre damit den größten Teil des Kostenanstiegs im Gesamtmarkt: 1,376 Mrd. Euro gegenüber 2016.

20 Weiterhin zeigt die Analyse der einzelnen Marksegmente des AVR, dass die Fertigarzneimittel (6,98 Euro/Tag) inzwischen fast 20 Mal teurer sind als Generika (0,36 Euro/Tag) und damit auf mittlere Jahrestherapiekosten von ungefähr 2.500 Euro kommen. Verglichen mit den Fertigarzneimitteln 2017: von den 34 neuen Wirkstoffen kosten 24 Arzneimittel mehr als 20.000 Euro/Jahr. Bei den meisten Onkologika liegen die Jahrestherapiekosten über 60.000 Euro. Spitzenreiter sind Orphan-Arzneimittel für seltene Krankheiten. Sieben Präparate kosten mehr als 100.000 Euro/Jahr. Dabei sei keine klare Relation zum therapeutischen Nutzen erkennbar.

Quelle: Arzneiverordnungsreport (AVR) 2018 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) – Pressemappe anlässlich der Pressekonferenz zur Vorstellung des AVR 2018 am 20.09.2018 in Berlin – Statement von Prof. em. Dr. med. Ulrich Schwabe

Antragsbereich So/ Antrag 4

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Baden-Württemberg

Empfehlung der Antragskommission: Überweisung an SPD-Bundesvorstand

Novellierung des Patientenrechtegesetzes bei einem vermuteten schweren Behandlungsfehler

- Das 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz war und ist ein wichtiger erster Schritt zur Stärkung der Patientenrechte bei einem vermuteten schweren Behandlungsfehler.
- Die Rechte des Versicherten und die Pflichten der Krankenkasse sind im SGB V in § 66
- 5 Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehler geregelt. Mit dieser Gesetzesänderung wurden die in mehreren Gesetzen vorhandenen Einzelparagraphen und gesprochenes Richterrecht kodifiziert und in einem eigenen Gesetz zusammengefasst. Das war und ist ein Fortschritt für Patientinnen und Patienten bei denen ein Behandlungsfehler vermutet wird.
- 10 Diesem ersten Schritt müssen nun nach sechs Jahren weitere Schritte folgen. Es liegen nun Erfahrungen mit dem Gesetz vor, die aufzeigen dass und wo eine Gesetzesnovellierung notwendig ist.
- 15 **Behandlungsunterlagen oder deren Kopien:** Die kurzfristige Herausgabe der vollständigen Unterlagen, wie im Gesetz verpflichtend geregelt, ist Voraussetzung für eine Prüfung von Behandlungsverläufen und eine erfolgreiche Geltendmachung von Ansprüchen. Dieser Verpflichtung kommen oftmals Behandler und Krankenhäuser nicht oder

nicht in ausreichendem Maß nach. Die Kosten für die Kopien sind oftmals ein Hinderungsgrund für die Patienten diese Akten in ihrer Vollständigkeit kopieren zu lassen. Diese sind deshalb in vollem Umfang unentgeltlich den Patienten zur Verfügung zu stellen.
20

Forderung: Die Nicht-Herausgabe der vollständigen Patientenakte, ist zu sanktionieren.
Gerichtliche Arzthaftungsverfahren: Die gerichtlichen Haftungsverfahren dauern in vielen Fällen sehr lang, sie ziehen sich oftmals über viele Jahre hin. Das ist neben der psychischen und physischen Situation in der sich Patienten oder deren Familien befinden eine große Härte.
25

Forderung: Die Verfahren müssen dringend beschleunigt werden. Sachverständigen sind grundsätzlich möglichst kurze Fristen zur Gutachtenerstellung zu setzen, weil hierin einer der Gründe für überlange Verfahren liegt. Zu fördern sind Alternativen zu den gerichtlichen Auseinandersetzungen und diese sind allgemein bekannt zu machen.
30
Qualität medizinischer Gutachten: Die Qualität medizinischer Gutachten ist für Patientinnen und Patienten bei der Geltendmachung von Ansprüchen ganz entscheidend. Mitunter ist die Qualität medizinischer Gutachten der verschiedenen gutachterlich tätigen Stellen mangelhaft.
35

Forderung: Dieser Problematik ist durch konkrete Vorgaben und qualitative Mindestanforderungen von Gutachten zu begegnen. Patientenentschädigungsfonds oder Härtefallfonds als sinnvolle Ergänzung der bestehenden Regelungen zur Unterstützung von Patientinnen und Patienten in Schadensfällen:
40

Ein solcher Fonds könnte ein wichtiges Instrument sein, mit dessen Hilfe
- eine Anerkennung der Schädigung stattfindet, die ein Patient erlitten hat.
- es gerade in psychisch besonders belastenden Auseinandersetzungen sehr viel schneller als heute gelingen könnte, Rechtsfrieden herzustellen.
45
- Krankenkassen und Versicherer mit weit weniger Aufwand eine Verständigung über etwaige Regresse erzielen könnten.
- eine Entlastung der Gerichte erreicht werden könnte.
- das Arzt-Patientenverhältnis weit weniger Schaden nehmen würde als während einer verfestigten gerichtlichen Auseinandersetzung.
50

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Patientenrechtegesetz wurde überparteilich von den Fraktionen im Deutschen Bundestag und auch durch den Bundesrat die Einrichtung eines Patientenentschädigungsfonds gefordert. Dieser ist von den Haftpflichtversicherern zu finanzieren.

55
Forderung: Als sinnvolle Ergänzung der bestehenden Regelungen ist ein Patientenentschädigungs- und Härtefallfonds zu schaffen.
Die ASG fordert deshalb den SPD-Parteivorstand auf, das Begehren der Bundesländer Rheinland-Pfalz und Bayern zur Einrichtung eines Patientenentschädigungs- und Härtefallfonds (PatEHF) als eine bundesunmittelbare Stiftung des öffentlichen Rechts, die aus
60
Haushaltsmitteln des Bundes finanziert wird, zu unterstützen (Bundesrat Drucksache 665/16 vom 09.11.2016).

Begründung:

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

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

- 80 – überwiegend wahrscheinlicher Behandlungs- oder Organisationsfehler oder unbekannte Komplikation,
– erhebliche Gesundheitsverletzung,
– überwiegend wahrscheinlich durch die Behandlung verursacht,
– nachhaltige Belastung der Lebensführung oder -situation des Geschädigten
- 85 bzw. seiner Angehörigen (im Falle des Todes).
Der PatEHF soll das bestehende zivilrechtliche Haftungssystem nicht ersetzen, sondern dieses ergänzen.
Der Patientenentschädigungsfonds soll subsidiär sein und nur dann greifen, wenn vorrangige haftungsrechtliche Verfahren abgeschlossen sind und eine anderweitige Haftung für die eingetretene Gesundheitsverletzung durch die Gutachterkommission, Schlichtungsstelle, den MDK oder durch das Gericht abgelehnt wurde. Die Höchstsumme der Entschädigung soll auf 100.000 Euro begrenzt sein und nur in Ausnahmefällen auf bis zu 200.000 Euro erhöht werden.
- 90 Immaterielle Schäden sollen nicht erstattet werden.
- 95 Der Härtefallfonds soll soziale Härtefälle im Wege einer Überbrückungsleistung ausgleichen, wenn die allgemeinen Leistungsvoraussetzungen des PatEHF im Rahmen einer summarischen Prüfung bejaht wurden. Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen können einmalig bis zu 20.000 Euro als Sonderleistung, oder zur Durchsetzung des haftungsrechtlichen Anspruchs, ausbezahlt werden.
- 100 Der PatEHF soll zunächst für alle Behandlungen in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern gelten und als ein auf zehn Jahre angelegtes Modellprojekt konzipiert sein. In diesen zehn Jahren sollen unter wissenschaftlicher Begleitung alle relevanten Daten (Zahl der Anspruchsteller, finanzielles Volumen, Verfahren zur Abwicklung der Ansprüche, Bewährung der Leistungsvoraussetzungen etc.) erhoben werden, bevor der Fonds
- 105 in eine endgültige und ggfs. sektorenübergreifende Form überführt werden kann. Der PatEHF soll als bundesunmittelbare Stiftung des öffentlichen Rechts konzipiert erfolgen soll.

Ein bereits vorliegendes Rechtsgutachten (Prof. Dr. Hart/Prof. Dr. Francke, „Der Modellversuch eines Patientenentschädigungs- und Härtefallfonds für Schäden durch medizi-

nische Behandlungen: Einordnung, Zwecke, Verfahren, Organisation, Finanzierung, Gesetzesvorschlag“, 2013) leitet alle wesentlichen Eckdaten für Leistungsvoraussetzungen, Leistungsobergrenzen, Finanzbedarf und Finanzierungsmodell sowie Organisationsformen her und enthält ein konkretes Umsetzungskonzept.

115 Diese Rechtsgutachten ist damit eine geeignete Grundlage für die Ausgestaltung des Patientenentschädigungs- und Härtefallfonds.

Antragsbereich So/ Antrag 5

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hannover

EmpfängerIn: SPD-Bundestagsfraktion

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Geburtsschäden

Die ASG Bundeskonferenz fordert, dass Geburtsschäden, die ein Kind während des zeitlich begrenzten Vorgangs einer Geburt erleidet, dem eines Körperschaden nach § 26 des Referentenentwurfs zum SGB XIV als weiteres entschädigendes Ereignis gleichzusetzen sind. Dieser Tatbestand ist als selbstständige Norm ins zukünftige SGB XIV aufzunehmen.

Weiterleitung an die SPD Bundestagsfraktion mit der Bitte um Berücksichtigung bei der Beratung des Gesetzes.

10

Begründung:

Erfolgt mündlich bei der Antragsberatung der Buko nach aktueller Gesetzesberatung.

Antragsbereich So/ Antrag 6

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hannover

EmpfängerInnen: SPD Bundestagsfraktion mit der Bitte ein Gesetzgebungsverfahren einzuleiten

SPD Landtagsfraktionen mit der Bitte ein Gesetzgebungsverfahren über den Bundesrat durch die entsprechende Landesregierung einzuleiten, bzw. bei Landeszuständigkeit ein eigenes Gesetzgebungsverfahren einzuleiten

Empfehlung der Antragskommission: Überweisung an ASG-Bundesvorstand

Patientenfürsprecher

Die ASG Bundeskonferenz möge beschließen, dass für die Tätigkeit der Patientenfürsprecher einheitliche Regelungen in einem Rahmengesetz vorgegeben werden.

5 In diesem Gesetz sollte verbindlich geregelt werden:

1. Rechtsverbindlichkeit für alle Bundesländer
2. Anforderungsprofil unter Berücksichtigung von Vorkenntnissen und Tätigkeiten
- 10 3. Karenzzeit (Übergangszeit) von 36 Monaten für Mitarbeiter des betreffenden Krankenhauses nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst bis zum Beginn der neuen Aufgabe als Patientenfürsprecher
4. Ernennung des Patientenfürsprechers für einen Zeitraum von 5 Jahren ohne ein Kündigungsrecht durch den Krankenhausträger, welches die Unabhängigkeit einschränkt.
- 15 5. Ehrenamtlichkeit mit einer Aufwandsentschädigung nach Größe des Krankenhauses / Verordnung zur Regelung einer angemessenen Aufwandsentschädigung
6. Recht der Auskunftsverweigerung / Schweigepflicht (Verschwiegenheit) wie bei Ärzten / Pflegepersonal - gegenüber der Leitung des Krankenhauses, sowie den Ermittlungsbehörden (Polizei / Staatsanwaltschaft) außer bei Kapitaldelikten - auch schon bei einem Anfangsverdacht
- 20 7. Fort- und Weiterbildungspflicht zu Lasten des Krankenhauses / der Einrichtung
8. Pflicht zur Dokumentation von Gesprächen mit Patienten und Angehörigen unter Berücksichtigung einer Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren
9. Katalog der "Verpflichtenden Aufgaben" und der freiwilligen Aufgaben unter Berücksichtigung des Rechtsdienstleistungsgesetz (RDG) in Bezug auf die Rechtsberatung
- 25 10. Ausschluss einer Verbundregelung bei Krankenhausketten - je Institutskennzeichen / IK Nummer - der betreffenden Einrichtung ein Patientenfürsprecher

Begründung:

30 Da es bisher keine bundeseinheitlichen Regelungen für Patientenfürsprecher gibt und teilweise ein Wildwuchs herrscht, ist eine Rahmenvorgabe durch den Bund erforderlich.

Antragsbereich So/ Antrag 7

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hannover

EmpfängerInnen: SPD-Bundestagsfraktion zur Einleitung eines Gesetzgebungsverfahrens

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Datenschutz / Patientenschutz durch private und gesetzliche Krankenversicherer

- 5 Die ASG Bundeskonferenz fordert, dass der Datenschutz durch die gesetzlichen und privaten Krankenversicherer eingehalten wird und der Einsatz von Detekteien bzw. externen Ermittlungsdiensten zur Überwachung von arbeitsunfähigen Versicherten gesetzlich untersagt wird und als eigener Straftatbestand ins Strafgesetzbuch aufgenommen wird.

10 **Begründung:**

- In letzter Zeit ist es immer häufiger vorgekommen, dass zur Überwachung von arbeitsunfähigen Versicherten Detekteien oder externe Dienste eingesetzt wurden.

Antragsbereich So/ Antrag 8

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen: SPD-Bundestagsfraktion, SPD-Parteivorstand, SPE-Fraktion

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Finanzierung nicht-kommerzieller klinischer Prüfungen

Wir fordern die SPD-Bundestagsfraktion und die SPE-Fraktion im Europaparlament auf, sich für die strukturierte Förderung von nicht kommerziellen klinischen Prüfungen (Therapieoptimierungsstudien, Therapievergleichsstudien) auf nationaler und auf EU-Ebene einzusetzen.

- 5 Die Förderung kann durch Förderprogramme der EU oder Nationale Förderprogramme wie z.B. die DFG oder deutsche Krebshilfe gestaltet werden.

Begründung:

Klinische Prüfungen mit dem Ziel verschiedene Therapieregime untereinander zu vergleichen oder die Therapie zu optimieren, werden selten durchgeführt.

- Die Arzneimittelhersteller haben das primäre Interesse, „innovative“ Arzneimittel auf den Markt zu bringen, die in der Regel hochpreisig sind.

15 •Bei Vergleichsstudien besteht das Risiko, dass ein Arzneimittel oder -regime gegenüber einem Konkurrenzpräparat oder -regime unterlegen ist. In diesem Fall könnte ein unterlegenes Präparat nicht mehr vermarktet werden, so dass Arzneimittelhersteller Vergleichsstudien nach der Marktzulassung eher meiden.

•Arzneimitteln mit abgelaufenem Patentschutz sind in der Regel bereits relativ günstig und einem intensiven Wettbewerb mit Generika unterworfen, so dass sich Vergleichsuntersuchungen zwischen unterschiedlichen Arzneimitteln und -regimen seitens der Pharmaindustrie nicht lohnen.

Dennoch besteht seitens der Patienten ein zunehmender Bedarf an Vergleichsstudien, um die optimalen bzw. pharmakoökonomisch sinnvollsten Therapien für Patientengruppen zu identifizieren. Dies kann nicht ausschließlich durch Metaanalysen erreicht werden. Nicht-kommerzielle klinische Prüfungen werden zwar im universitären Bereich häufiger durchgeführt, jedoch sind diese klinischen Prüfungen häufig unterfinanziert, was zu geringeren Qualitätsstandards während der klinischen Prüfung (z.B. zu stark reduziertes Monitoring), zu geringer statistischer Aussagekraft wegen zu geringer Patientenzahlen (underpowered studies) und vorzeitigen Abbrüchen aus Geldmangel führen kann.

Quellen: Nicht-kommerzielle klinische Studien: Eine Frage des Geldes, Dtsch Arztebl 2006; 103(42): A-2756 / B-2396 / C-2307

Antragsbereich So/ Antrag 9

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen: SPD-Bundestagsfraktion, SPD-Parteivorstand

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Einschränkung Kitsysteme zur Herstellung gentechnisch veränderter Organismen

Wir fordern die Einschränkung bzw. Verbot des freien Bezugs von Baukästen und Materialien durch Privatpersonen, wenn damit die Herstellung von gentechnisch veränderten Organismen „im Wohnzimmer“ möglich ist.

Begründung:

Die Entwicklung der „Genschere“ (Crispr / Cas9 Methode) war 2015 der wissenschaftliche Durchbruch des Jahres. Dabei handelt es sich um eine biochemische Methode, mit der unter besonders einfachen Technik das Erbgut sämtlicher Organismen (Bakterien, Tiere, Pflanzen und Menschen) zu verändern.

Mittlerweile bieten US-amerikanische Anbieter über das Internet den Bezug für Privatpersonen an. Solange keine pathogenen Mikroorganismen enthalten sind, gibt es bislang gesetzlich keine Handhabe die Verbreitung solcher Baukästen einzudämmen. In Hinblick

15 auf die Entwicklung von resistenten Keimen und der unkontrollierten Verbreitung gentechnisch veränderter Organismen birgt dieses Verfahren ein nicht abschätzbares Risiko. Der Umgang damit sollte in der Hand von spezialisierten Wissenschaftlern in einer geschützten Umgebung vorbehalten bleiben.

Antragsbereich So/ Antrag 10

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen: SPD-Bundestagsfraktion, SPD-Parteivorstand

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Entbürokratisierung / Abschaffung der Formblätter nach § 13 ff Betäubungsmittelrecht

Die Landesdelegiertenkonferenz der ASG fordert die Bundestagsfraktion auf die Nachweisführung im Betäubungsmittelrecht zu vereinfachen.

5 Insbesondere wird § 13 ,14 und 15 der BTM-Rechts –Änderungsverordnung dahingehend geändert, dass eine ständige Nachweisführung auf Formblättern entfällt. Ein Abgleich der Bestände z.B. in der Jahresinventur oder monatlich aus dem Warenwirtschaftssystem heraus sollte genügen.

Begründung:

10 Bereits jetzt wird der Warenbezug von Betäubungsmitteln durch ein Melde- Belegverfahren erfasst. Der Abgang jeder Packung wird durch BTM-Rezepte lückenlos nachgewiesen. Eine zusätzliche Dokumentation jeder einzelnen Packung auf vorgeschriebenen Formblättern könnte entfallen, da in Apotheken der aktuelle Bestand aus dem Warenwirtschaftssystem belegt werden kann. In Altenheimen kann die Kontrolle durch Kopie
15 des TM-Rezeptes erreicht werden. Der Zeitaufwand zur Dokumentation ließe sich so erheblich verringern.

Antragsbereich So/ Antrag 11

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hannover

EmpfängerIn: SPD-Bundestagsfraktion

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Sozialversicherungspflicht von ausländischen Betreuungskräften / Pflegekräften in der häuslichen Pflege

Die ASG Bundeskonferenz fordert eine stärkere Prüfpflicht der Pflegekassen und der Prüfdienste der DRV bei ausländischen Betreuungskräften / Pflegekräften in der häuslichen Betreuung / Pflege, ob die gesetzlichen Vorgaben des Arbeitsrechts und des Sozialversicherungsrecht durch den deutschen Arbeitgeber eingehalten werden. Hierzu hat
5 der Gesetzgeber die Rechtsgrundlagen im SGB V, VI und IX zu erweitern.

Weiterleitung an die SPD Bundestagsfraktion mit der Bitte um Einleitung eines Gesetzgebungsverfahrens

10 **Begründung:**

Nur bei etwa 10 % der ausländischen Betreuungskräfte/Pflegekräfte in der häuslichen Betreuung / Pflege werden die gesetzlichen Vorgaben erfüllt. Es hat sich hier ein grauer Markt mit ausbeuterischen Tendenzen entwickelt, die an einen neuen Sklavenmarkt
15 grenzen.

Antragsbereich So/ Antrag 12

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Berlin

EmpfängerInnen: sozialdemokratische Mitglieder in der Bundesregierung, SPD-Bundespartei, SPD-Bundestagsfraktion

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Alle Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner von der gesetzlichen Erhöhung der Erwerbsminderungsrenten profitieren lassen

Die sozialdemokratischen Mitglieder des Bundestages und der Bundesregierung werden aufgefordert, dass die Regelungen des Rentenpakets, welches seit dem 01.01.2019 in Kraft ist, für alle Erwerbsminderungsrentenempfängerinnen und -empfänger gelten.

5 Hintergrund:

Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner sind in der Regel unverschuldet in diese Situation geraten und können nicht mehr aus gesundheitlichen Gründen arbeiten. In vielen Fällen fallen Erwerbsminderungsrenten niedrig aus, und führen damit oft in die Einkommensarmut.

10 Das neue Rentenpaket, welches am 01.01.2019 in Kraft getreten ist, sieht Verbesserungen bei Erwerbsminderungsrenten vor.

Bisher werden Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner so gestellt, als hätten sie bis zum Alter von 62 Jahren und 3 Monaten gearbeitet, auch wenn sie durch Krankheit früher aus dem Berufsleben ausgeschieden sind. Ab 2019 erhalten Erwerbsminderungs-

15 rentnerinnen und -rentner so viel Rente, als ob sie bis zur Regelaltersgrenze von 65 Jahren und 8 Monaten gearbeitet hätten. Dies hat eine Rentenerhöhung zur Folge. Die Zurechnungszeit für neu beginnende Erwerbsminderungsrenten wird nach 2019 bis 2031 schrittweise auf das dann geltende Renteneintrittsalter erhöht.

Allerdings gilt diese Rentenerhöhung nur für Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner, deren Bezug von Erwerbsminderungsrente im Jahr 2019 begonnen hat. Damit werden ca. 1,8 Millionen „Bestands-“Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner vom geplanten Gesetz ausgeschlossen. Der Ausschluss dieser Gruppe von den dringend notwendigen Verbesserungen ihrer Erwerbsminderungsrenten ist unsolidarisch. Ein Ausschluss ist daher nicht nachvollziehbar und abzulehnen. Bereits im Erwerbsminderungsrenten-

25 Leistungsverbesserungsgesetz, das am 01.01.2018 in Kraft trat, sind die bestehenden Erwerbsminderungsrenten von der Rentenerhöhung ausgeschlossen worden. Auch das Rentenpaket von 2014 enthielt ausschließlich Rentenerhöhungen für Erwerbsgeminderte, die erstmals nach Juli 2014 eine Erwerbsminderungsrente bekommen haben. Es müssen also die seit 2014 erfolgten Rentenerhöhungen im gleichen Umfang nachträglich

30 auch für die Personen geltend gemacht werden, bei denen der Rentenbeginn vor Juli 2014 liegt.

In einer Stellungnahme zum Rentenpaket der Bundesregierung vom 19.10.2018 (Drucksache 425/18) fordert der Bundesrat, auch Bestandsrentnerinnen und -rentner mit einem Rentenbeginn von 2001 bis 2014 in die geplanten Verbesserungen bei der Erwerbs-

35 minderungsrente einzubeziehen. Laut Bundesrat hätten diese Personen wegen der Rentenabschläge weiterhin sehr niedrige Renten, und seien in erhöhtem Maße auf Leistungen der Grundsicherung angewiesen

Zudem hält der Koalitionsvertrag der Bundesregierung folgendes fest:

40

a) „Verbesserungen bei der Erwerbsminderungsrente.“ (S. 15 des Koalitionsvertrags)

b) „Wir werden diejenigen besser absichern, die aufgrund von Krankheit ihrer Erwerbstätigkeit nicht mehr nachgehen können.“ (S. 92 des Koalitionsvertrags)

Antragsbereich So/ Antrag 13

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Berlin

EmpfängerInnen: sozialdemokratische Mitglieder in der Bundesregierung, SPD-Bundespar-
teitag, SPD-Bundestagsfraktion

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Vorsorge darf nicht bestraft werden: Doppelte Verbeitragung stoppen!

Die ASG fordert die Mitglieder der SPD-Bundestagsfraktion und die sozialdemokrati-
schen Mitglieder der Bundesregierung auf, auf dem Weg der Weiterentwicklung der ge-
setzlichen Krankenversicherung hin zu einer Bürgerversicherung, die Beitragshöhe auf
Versorgungsbezüge zu halbieren. Die volle Verbeitragung von Versorgungsbezügen erle-
5 ben Betroffene als ungerecht und sie nährt den Eindruck, dass Vorsorge bestraft wird.

Begründung:

10 Seit 1. Januar 2004 müssen alle gesetzlich versicherten Bezieher von Betriebsrenten und
anderen Versorgungsbezügen auf ihre Versorgungsbezüge den vollen Beitragssatz zur
Krankenversicherung entrichten. Für Versicherte in der Krankenversicherung der Rent-
ner bedeutete dies eine Verdoppelung des Beitragssatzes. Die Erhöhung betraf auch frei-
willig versicherte Ruheständler, die vor dem 1. Januar 1993 bereits das 65. Lebensjahr
15 vollendet hatten und aufgrund einer Übergangsvorschrift zuvor nur den halben Beitrags-
satz zahlen mussten. Auch bei schon bestehenden Direktversicherungsverträgen sind
seither alle nach dem 1. Januar 2004 ausgezahlten Kapitalabfindungen voll beitrags-
pflichtig.

Die Regelung ist permanent wiederkehrender Grund für massiven Unmut bei den be-
20 troffenen Rentnerinnen und Rentnern. Diese empfinden die Zahlung des vollen Beitrags-
satzes (statt z.B. des hälftigen) auf diese ergänzende „Rente“ als ungerecht. Nicht zuletzt
entsteht der Eindruck, dass hier das durchaus akzeptierte Prinzip der Leistungsfähigkeit
bei der Beitragserhebung unlogisch im Vergleich zu gesetzlichen Rentenzahlungen um-
gesetzt wird. Und dass privates Vorsorgen durch zu hohe Beiträge „bestraft“ würde. Ent-
25 geltumswandlungen zugunsten einer betrieblichen Altersversorgung in der Sozialversi-
cherung sind seit 2004 beitragsfrei, sofern diese im Rahmen der Freibeträge (2018 bis zu
260 Euro monatlich) vorgenommen werden.

Die von der SPD angestrebte Bürgerversicherung ist nicht in einem Schritt umsetzbar. Ein
zügiger Schritt sollte jedoch die Beseitigung dieser unsystematischen Verbeitragung sein.
30 Auch, um die Akzeptanz der solidarischen Krankenversicherung an dieser wichtigen
Stelle wieder zu erhöhen.

Antragsbereich So/ Antrag 14

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hannover

EmpfängerIn: SPD-Bundestagsfraktion mit der Bitte um Berücksichtigung bei der Beratung
des lfd. Gesetzgebungsverfahrens

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Zuständigkeit SGB XIV - Gesetzliche Unfallversicherung

Die ASG Bundeskonferenz fordert, dass entgegen den in § 43 und 44 vorgesehenem Entwurf zum SGB XIV, die Heilbehandlung und ergänzende Reha Leistungen, ergänzend zu § 47 des Entwurfs von der Gesetzlichen Unfallversicherung und nach deren Leistungsrahmen ausführen zu lassen. Dieser Antrag folgt auf dem gleichlautenden Antrag der ASG Bundeskonferenz 2017 zum Vorentwurf des SGB XIII, der aber bei der Erstellung des Referentenentwurfs zum SGB XIV ignoriert wurde und deshalb unverständlicherweise kein Antragstext bearbeitende Beachtung fand.

10

Begründung:

Erfolgt mündlich aufgrund des aktuellen Sachstandes des Gesetzgebungsverfahrens während der Antragsberatung auf der Buko.

Antragsbereich So/ Antrag 15

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Saar

Empfehlung der Antragskommission: erledigt durch Annahme von SO 16

Abschaffung des §219a

Die ASG fordert die ersatzlose Streichung des §219a (Werbung für den Abbruch der Schwangerschaft) zu beschließen.

ASG und SPD-Fraktion müssen sich generell und endgültig für die Abschaffung des § 219a positionieren und den Gesetzentwurf der SPD - Fraktion vom März 2017 und den SPD Bundesvorstandsbeschluss vom 22.04.2018 umsetzen. Bei der Auseinandersetzung hierüber dürfen die Abgeordneten keinem Koalitionszwang unterliegen, sondern jede/r einzelne Abgeordnete seine Gewissensentscheidung treffen.

Antragsbereich So/ Antrag 16

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Süd

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Resolution: Echte Informationsfreiheit für Frauen!

Wir fordern die Umsetzung der UN-Frauenrechtskonvention, deren Ratifizierung in Deutschland seit 2016 aussteht, und die Abschaffung des Paragraphen 219a und eine ausschließliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs im Schwangerschaftskonfliktgesetz vor.

Bei Abbrüchen aus medizinischer Indikation muss neben der ärztlichen Aufklärung kein Pflicht-Beratungsgespräch stattfinden. Die Kosten für den Eingriff werden von den Krankenkassen übernommen.

10

Begründung:

Die Debatte um den Paragraphen 219a, die durch die Verurteilung der Ärztin Kristina Hänel und die folgenden Proteste, maßgeblich angestoßen wurde, ist somit in einer Gesetzesänderung eingegangen, die nun im Bundestag abgestimmt werden soll.

15 Die Einigung soll dazu führen, dass Ärztinnen und Ärzte nun legal darüber informieren dürfen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen.

Inwiefern sie prinzipiell auch Informationen über die Durchführung an sich bereitstellen dürfen ist nicht festgelegt.

Der Gesetzesentwurf ein Mindestmaß an Informations- und Rechtssicherheit für betroffene Frauen und Ärzt*innen vor – mehr war mit den Unionsparteien nicht drin.

Eine Umsetzung der UN-Frauenrechtskonvention, deren Ratifizierung in Deutschland seit 2016 aussteht, ist noch nicht vollständig umgesetzt.

Der Schwangerschaftsabbruch ist leider nach wie vor im Strafgesetzbuch unter den Tötungsdelikten geregelt. Er ist zwar straffrei, aber nicht grundsätzlich legal. Das gilt auch für Abbrüchen aus medizinischer Indikation, zum Schutze des Lebens der Frau.

Die Kosten werden grundsätzlich nicht von den Krankenkassen übernommen.

30 Immerhin: Die SPD hat die Forderung nach einer Liste von Kliniken und Ärzt*innen, die einen Abbruch durchführen, in den Entwurf mit einbringen können. Außerdem sollen Verhütungsmittel bis zum Alter von 22 Jahren endlich kostenfrei werden.

Die Einigung mit CDU/CSU ist deshalb nur der kleinste Kompromiss, den wir eingehen konnten. Der Weg zur völligen Informationsfreiheit für Frauen und ein Recht über ihren eigenen Körper im Sinne der UN Frauenrechtskonvention ist noch weit – und wir werden weiter dafür kämpfen.

Antragsbereich So/ Antrag 17

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Süd

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Klimawandel und Gesundheit

Die SPD erkennt den Zusammenhang von Klimawandel und den daraus resultierenden gesundheitlichen Folgen als eine progressive Bedrohung an, welche dringend durch konsequente Maßnahmen auf kommunaler, regionaler und nationaler Ebene sowie einen
5 nachhaltigen Umgang mit begrenzten, vor allem fossilen Ressourcen angegangen werden muss. Sie unterstützt dementsprechend Grundsätze zur Emissionseinsparung beim motorisierten Individualverkehrs (MIV).

Zudem beobachtet sie ein Defizit an Bewusstsein über diesen Zusammenhang in der Bevölkerung und fordert insbesondere die Akteure des Gesundheitssektors dazu auf, ihre
10 Positionen zu nutzen, um die Öffentlichkeit aufzuklären.

Begründung:

In Deutschland besteht in Sachen Klimawandel und Gesundheit ein erheblicher Informationsbedarf. Der Klimawandel verursacht direkte Schädigungen wie zum Tode führende
15 Verletzungen durch Umweltkatastrophen oder eine Belastung des Herz-Kreislauf-Systems durch steigende Temperaturen und Hitzewellen.

Zu indirekten Konsequenzen zählen Verunreinigung bzw. Versalzungen des Grund- und Trinkwassers durch erhöhten Meeresspiegel, Abschmelzen der Pole und thermale Expansion und daraus resultierender Hygienemängel. Die Folgen sind zunehmende Zahlen
20 an Durchfallerkrankungen, parasitären und vektorübertragenen Erkrankungen.

Ein erhöhter Schadstoffausstoß durch den MIV verursacht neben Verbrennung fossiler Kraftstoffe auch Luftverschmutzung durch Stickoxide und in dessen Folge Erkrankungen der Atemwege sowie des Herz-Kreislauf-Systems. Die erhöhte Feinstaubexposition in Städten führt jedes Jahr nachweislich zu mehreren Tausend Todesfällen allein in
25 Deutschland, insbesondere in der wachsenden Gruppe der Senioren. Des Weiteren findet eine nicht unerhebliche Lärmbelastung durch den MIV statt. Dies stellt auch eine finanzielle Mehrbelastung des öffentlichen Gesundheitssektors dar.

Steigende Temperaturen bedingen Dürre und daraus resultierende Nahrungsmittel- und Wasserknappheit. Diese führen zu Mangelernährung, neurologische Störungen und Ent-
30 wicklungsstörungen, die wiederum für Infektionskrankheiten prädisponieren.

Darüber hinaus ermöglichen Veränderungen des Klimas, bereits bestehenden Erregern sich weiter auszubreiten und neue Erreger in neuen ökologischen Nischen zu etablieren. Die Konsequenz sind Durchfall-, Lungen-, Haut- und neurologische Erkrankungen, die durch Bakterien und Parasiten über Vektoren oder direkt übertragen werden können.
35 Außerdem verursachen neu etablierte Pflanzen- und Tierarten allergische Erscheinungen.

Maßnahmen:

40 Um diesen Entwicklungen entschieden entgegen zu treten, müssen auf kommunaler, regionaler und nationaler Ebene entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden. Es müssen in allen Sektoren die CO₂-Emissionen durch sinnvolles Einsparen von Energie, Nutzung neuer und effizienterer Technologien sowie die Eindämmung von Abfallproduktion gesenkt werden. Zudem ist eine Stärkung gesundheitspräventiver Maßnahmen, welche mit dem zusätzlichen Nutzen der Emissionsreduktion einhergehen (Beispiel: Radfahren statt Auto), durch adäquate Infrastrukturen in den Kommunen zu fördern. Weiterhin muss eine Bevorzugung der Infrastrukturverbesserung für den MIV zugunsten einer verstärkten Förderung des öffentlichen Nah- und Fernverkehrs aufgegeben werden, sodass das Auto nicht mehr das primäre Fortbewegungsmittel der Zukunft ist.

50 Es ist Aufgabe und Verantwortung der Politik, über den Zusammenhang von Klimawandel und Gesundheit aufzuklären.

Die SPD sollte sich ihrer Position als politische Partei der Bundesrepublik Deutschland bewusst sein, um sich verantwortungsvoll für Handlungsmaßnahmen einzusetzen, die dem Klimawandel und den daraus resultierenden gesundheitlichen Konsequenzen bestmöglich entgegenwirken.

Antragsbereich So/ Antrag 18

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Süd

EmpfängerIn: SPD-Bundestagsfraktion

Empfehlung der Antragskommission: Annahme

Tempo30 innerorts

Im Sinne präventiver Gesundheitspolitik setzt sich die ASG dafür ein, das Leben und die Gesundheit aller Menschen im Straßenverkehr und insbesondere von Fußgängern und Radfahrern zu schützen. Die Straßenverkehrsordnung (§3, §45(1c) StVO) ist dahingehend
5 zu ändern, dass es den Städten und Gemeinden und den Straßenverkehrsbehörden leichter ermöglicht wird, innerorts auch auf Bundes-, Landes- und Kreisstraßen, sowie auf Straßen mit ampelgeregelten Kreuzungen Geschwindigkeitsbegrenzungen von 30km/h anzuordnen.

10 Begründung:

Bisher erfordert die StVO von den Städten und Gemeinden für Tempo30-Regelungen an den o.g. Hauptstraßen innerorts den umfänglichen Nachweis über Lärm- und Schadstoffbelastung bzw. wird Tempo30 etwa vor Krankenhäusern und Schulen lediglich über kurze 300Meter-Strecken genehmigt. Auch für Straßen mit ampelgeregelten Kreuzungen
15 ist Tempo30 bisher kaum möglich.

Doch jährlich sterben in Deutschland lt. Stat. Bundesamt etwa 3.000 Menschen im Straßenverkehr, rund 70.000 Menschen werden schwerverletzt. Überproportional viele Straßenverkehrsoffer sind Radfahrer und Fußgänger auf Straßen innerorts. Neben oder in Kombination mit Abbiegeunfällen spielt unangepasste Geschwindigkeit sehr häufig eine
20 Rolle. Es ist nachgewiesen, dass sich bei Tempo30 innerorts im Vergleich zu Tempo50 der Bremsweg halbiert und die Überlebensrate bei Unfällen steigt.

Hinter den genannten Zahlen verbirgt sich unermessliches menschliches Leid, das die Öffentlichkeit über knappe Polizeimeldungen hinaus kaum erreicht. Die SPD muss sich besonders für die schwachen und ungeschützten Verkehrsteilnehmer einsetzen. Auch dies
25 wäre ein Teilbereich der Gesundheitsprävention und somit Thema für die ASG.

Die benötigte Durchfahrtszeit durch die Zentren der Städte und Gemeinden reduziert sich nicht wesentlich bei Höchstgeschwindigkeiten von 30km/h. Vielmehr kann der Verkehr häufig regelmäßiger fließen.