



**Bundeskonzferenz  
der Arbeitsgemeinschaft der  
Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten  
im Gesundheitswesen (ASG)**

**19./20. November 2010 in Berlin**

# **B e s c h l ü s s e**

**Antrag 1**  
**ASG-Bundesvorstand**

**Der Patient im Mittelpunkt. Leitsätze für ein Gesundheitssystem mit solidarischer Finanzierung und zukunftsfähigen Versorgungsstrukturen**

Gesundheit ist ein Menschenrecht. Im Mittelpunkt aller Gesundheitspolitik stehen für uns die Patientin und der Patient. Sein Wohlergehen ist der Kern aller gesundheitspolitischen Überlegungen. Doch obwohl über das ganze politische Spektrum hinweg weitgehend Einvernehmen über diesen Leitgedanken besteht, deckt er sich nicht mit den Alltagserfahrungen vieler Patientinnen und Patienten.

Der Patient im Zentrum bedeutet für uns, das Gesundheitswesen und seine Weiterentwicklung an den Bedürfnissen und Bedarfen der Versicherten und der Patientinnen und Patienten auszurichten.

Dabei stellen sich alte und neue Herausforderungen, die zu meistern sind:

- Die älter werdende Gesellschaft stellt auch das Gesundheitswesen vor neue Herausforderungen und verlangt die Anpassung der medizinischen Infrastruktur.
- Die Veränderung der Bevölkerungsdichte und -struktur aufgrund der demografischen Entwicklung verlangt insbesondere nach Lösungen für strukturschwache Regionen.
- Mit Armut sind noch immer die größten Gesundheitsrisiken verbunden. Arme Menschen haben eine schlechtere Versorgung.
- Prävention, insb. durch gesunde Lebensbedingungen, ist eine Herausforderung für die gesamte Gesellschaft – nicht für einen Sozialversicherungszweig.
- Durch immer mehr chronisch und mehrfach Kranke gelangt eine hauptsächlich auf Kuration ausgerichtete Medizin an ihre Grenzen. Die Erweiterung von Defizit- auch zu Potenzialorientierung muss im Gesundheitssystem vorangebracht werden.
- Der medizinisch technischer Fortschritt und damit die zunehmende Komplexität der Therapieformen erfordern Spezialisierung und vernetzte Behandlungsstrukturen, sowie Hausärztinnen und Hausärzte, die ausgebildet und ausgestattet sind, um ihre Koordinierungsfunktion auszuüben..
- Die Stärkung der Patientenrechte im Zwiespalt zwischen Respekt und Selbstbestimmung einerseits und Fürsorge und struktureller Abhängigkeit andererseits bleibt ständige Aufgabe

Das vorrangige Ziel sozialdemokratischer Gesundheitspolitik muss sein, gesellschaftliche Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass die Gesundheit für Jede und Jeden gefördert, erhalten und wiederhergestellt wird. Insbesondere um einerseits die Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede an gesunden Lebensjahren und der Lebenserwartung zwischen unterer und oberer Sozialschicht zu schließen und um nachträglich entstehende „Reparaturkosten“ so weit wie möglich zu reduzieren oder gar zu vermeiden. Das verstehen wir unter der sich aus dem Sozialstaatsgebot des GG abgeleiteten staatlichen Daseinsvorsorge. Sozialdemokratische Gesundheitspolitik ist deshalb Querschnittspolitik. Notwendig sind deshalb mehr „Investitionen“ in Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung, beginnend im Kindergarten und in der Schule, in Prävention und Vorsorge, in Bildung, in gesunde und nicht krankmachende Arbeitsbedingungen (Humanisierung der Arbeitswelt), in ein gesundes Wohnumfeld.

Ein Systemwechsel wie es Schwarz-Gelb in ihrem Koalitionsvertrag mit dem Ziel formuliert, den einkommensabhängigen, prozentualen Beitragssatz durch eine einkommensunabhängige Kopfprämie schrittweise zu ersetzen und den Arbeitgeberbeitrag de facto „einzufrieren“, ist falsch und deshalb abzulehnen. Einkommensunabhängige Versichertenbeiträge führen zu steigenden Belastungen unterer und mittlerer

Einkommen, bei gleichzeitiger Entlastung höhere Einkommen. Die ebenfalls geplante Ausweitung der Kostenerstattung, als auch die Festbeträge/Mehrkostenregelung stellt eine schleichende Privatisierung durch die Hintertür dar. Ein solcher Paradigmenwechsel zerstört die Grundprinzipien des Solidaritätssystems GKV und hat mit mehr Gerechtigkeit, Transparenz und Entbürokratisierung nichts gemein. Das Gegenteil ist der Fall. Wir lehnen diese Entwicklung ab. Sie ist nicht geeignet, adäquate Antworten auf die beschriebenen Herausforderungen zu geben.

Um überall in Deutschland guten Zugang, bedarfsgerechte Angebote, moderne, evidenzbasierte Behandlung und beste Qualität für alle sicher zu stellen, sind zahlreiche organisatorische und strukturelle Anpassungen nötig. Erforderlich sind mehr ortsnahe Lösungen, die den regionalen Gegebenheiten und Anforderungen Rechnung tragen und die Koordination und Bündelung aller Verantwortlichen und Integration aller Versorgungsbereiche ermöglichen. Dazu gehört auch ein neues Leitbild zur Ausrichtung der Steuerungsinstrumente, weg von einer monetären zu einer realen Motivation der Leistungserbringer für eine bessere Versorgung. Der Patient im Mittelpunkt heißt auch Versorgungsorientierung statt Budget- und Gewinnorientierung.

### **Solidarische Bürgerversicherung**

Deutschland ist das einzige Land in Europa, das sich den „Luxus“ ein zweigeteiltes Krankenversicherungssystem der Vollversorgung von Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater Versicherung (PKV) leistet. Dieses Nebeneinander von GKV und PKV wird der Gewährleistung einer umfassenden und gerecht finanzierten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, als ein vorrangiger Auftrag des Sozialstaatsgebots nicht gerecht.

Bürgerversicherung bedeutet: Alle Bürgerinnen und Bürger sind in ihr versichert. Der Beitrag ist prozentual einkommensabhängig nach Leistungsfähigkeit. Es gelten Morbi-RSA, Kontrahierungszwang, Sachleistungsprinzip und Familienmitversicherung. Entsprechend einem umfassenden Leistungskatalog werden alle notwendigen Leistungen erbracht. Gesetzliche Krankenversicherungen sind Bürgerversicherungen. Auch private Unternehmen sollen zu den identischen Bedingungen Bürgerversicherung anbieten können.

Die Forderung der PKV, dass Verträge der gesetzlichen Krankenkassen bspw. bei Rabattverträgen von Arzneimitteln auch für sie zu gelten hat, zeigt einmal mehr, dass die Trennung von GKV und PKV antiquiert und damit überholt ist.

- In einem ersten Schritt ist zur Herstellung der solidarischen Lastenteilung der Krankheitskosten, die PKV in vollem Umfang in den Finanzkraft- und Risikostrukturausgleich (MRSA) der GKV einzubeziehen. Hierdurch kann dem Ziel, die finanziellen Belastungen der Bevölkerung insgesamt sozial gerechter auszutarieren, besser als bisher entsprochen werden.
- Die Unterschiede in der Honorierung von Leistungen für gesetzlich und privat Versicherte sind zu beseitigen. Gegenwärtig erhalten Ärztinnen und Ärzte für privat Versicherte eine wesentlich höhere Vergütung wie für gesetzlich Versicherte. Damit besteht ein natürlicher Anreiz, privat Versicherte bevorzugt zu behandeln. Die ASG fordert deshalb, auch um die notwendige Akzeptanz für die Bürgerversicherung bei den Leistungserbringern (z. B. Ärzte) zu erreichen, die Zusammenführung der Vergütungssysteme von GKV und PKV. Jede medizinische Leistung soll in Zukunft einheitlich vergütet werden. Damit ist die heute schon festzustellende Zwei- oder Mehr-Klassenmedizin am ehesten zu verhindern. Zugleich wird mit einer einheitlichen Honorierung die Diskriminierung im Wartezimmer beseitigt. Der Krankenstatus der Patienten steht wieder im Vordergrund. Zugleich rücken bei der Behandlung ökonomische Motive des Arztes in den Hintergrund.

Bürgerversicherung bedeutet auch, ein einheitliches Versicherungssystem für alle Bürgerinnen und Bürger zu schaffen, das auf der Basis von paritätisch und solidarisch erbrachten Beiträgen beruht und durch einen Steueranteil, ergänzt wird. Dieser soll vorrangig zur Deckung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben

verwendet werden

Zudem ist in weiteren Einzelschritten die Beitragsbemessungsgrenze in der Sozialversicherung zu vereinheitlichen. Ziel sollte sein, diese auf die Höhe der gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung anzuheben.

- Da eine solche Reform, wie alle Erfahrung zeigt, nur gegen heftigste Widerstände umgesetzt werden kann, sind die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen jährlich so anzupassen, dass diese die Ausgaben der Krankenkassen zu hundert Prozent decken. Dies ist ausschließlich und vollständig aus dem wieder herzustellenden paritätischen Beitragsaufkommen von Arbeitnehmer und Arbeitgeber sowie aus Steuermitteln für die versicherungsfremden und eindeutig abzugrenzenden gesamtgesellschaftlichen Leistungen die die GKV zu erbringen hat, zu finanzieren. Einseitige Belastungen, wie z. B. Sonder- und Zusatzbeiträge, sind als Fremdkörper in einem Solidarsystem ebenso abzuschaffen wie bspw. die Wahltarife zur Beitragsrückerstattung oder Selbstbeteiligungstarife. Das Sachleistungsprinzip gilt als Regelprinzip.
- Die Politik ist in der Verantwortung einen gesellschaftlichen Prozess zu organisieren und einen Konsens darüber herbeizuführen, welche Gesundheitsleistungen medizinisch notwendig und solidarisch zu finanzieren sind, d. h. was muss der Pflichtleistungskatalog des SGB V enthalten. In diesem Sinne ist eine offene Debatte über Effektivität und Effizienz zu führen, die sowohl Evidenzbasiertheit als auch den Nutzen für den Patienten berücksichtigt. Eine Rationierung im Sinne einer Ausgrenzung medizinisch notwendiger Maßnahmen schließt dies aus.

### **Gute Versorgungsstrukturen**

Die Organisation des Gesundheitswesens muss sich stärker an den Betroffenen und einer chancengleichen Versorgung dort, wo die Menschen leben, ausrichten. Versorgung findet vor Ort statt, deshalb muss sie auch vor Ort organisiert werden. Sie muss in politischer und gesellschaftlicher Verantwortung sichergestellt werden. Dabei sind bei der bedarfsgerechten Versorgung auch die unterschiedlichen Bedürfnisse und Anforderungen der unterschiedlichen Generationen zu berücksichtigen.

Deshalb ist unser Ziel, eine neue Organisationsstruktur mit Zentralisierung spezialisierter Verfahren für mehr Effizienz und Qualität und der Dezentralisierung einer in soziale Infrastruktur eingebetteten Grund- und Regelversorgung zu finden. Dies ist wichtig vor allem in den struktur- und sozial benachteiligten Regionen und Stadtbezirken sowie in vielen ländlichen Räumen.

Im Zentrum einer wohnortnahen ambulanten, bedarfsgerechten Versorgung stehen dabei der Hausarzt und die wohnortnahe ärztliche Primärversorgung. Sie erfüllen den Sicherstellungsauftrag und übernehmen die allgemeinmedizinische Gesundheitsversorgung, unter Einbeziehung von Prävention und Gesundheitsförderung. Wo Versorgungsengpässe drohen, können gesicherte Niederlassungsanreize helfen. Die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung ist aus den bestehenden Mitteln zu bestreiten. Ihr Erfolg misst sich am Zugang und Erreichbarkeit für alle.

Unser Ziel ist die Kontinuität der Versorgung und das Erreichen von versicherten- bzw. populationsbezogener Versorgungszielen.

Durch eine neue Arbeitsteilung und Integration zwischen den Gesundheitsberufen kann die Versorgung verbessert werden.

In allen Einrichtungen der medizinischen Versorgung müssen humane und attraktive Arbeitsbedingungen für alle medizinischen und technischen Arbeitskräfte geschaffen werden.

Mittelfristig sollen kommunale MVZ einen wichtigen Beitrag zur Versorgung leisten. Statt der Einzelpraxis

wird hier ein breites Spektrum an Hilfen, unter Einbeziehung anderer Heilberufe, aber auch der Sozialverwaltung und sozialer Dienste, angeboten. So wird die patientengerechte Versorgung vorrangig in peripheren Räumen sowie im sozialen Brennpunkt überhaupt erst möglich. Insbesondere im ländlichen Raum führt die Verbindung von Pflegestützpunkt, Zusatzqualifizierter Pflegekraft, telemedizinischer Vernetzung und stundenweiser Versorgung mit dem kontinuierlich zuständigen MVZ-Arzt zu einer besseren Versorgung vor Ort.

Die stationäre Behandlung muss stärker auf die Behandlung multimorbider Älterer ausgerichtet werden. Dazu gehören nicht nur medizinische Aspekte, sondern auch eine Verstärkung der Unterstützungsleistungen sowie ein qualifiziertes Entlassungsmanagement.

Der Schlüssel zur Erschließung von Effizienz und Effektivität der Versorgung liegt vor allem an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer fachärztlicher Versorgung. Eine sektorübergreifende Versorgung muss im Rahmen eines gemeinsamen regionalen Budgets, entsprechend der Empfehlung des Sachverständigenrates, erfolgen.

Die gesetzlich gegebenen Möglichkeiten zur Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung sind konsequent im Interesse einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung mit spezialisierten Leistungen und bei seltenen Erkrankungen zu nutzen. Auch angesichts rückläufiger Arztdichte im ländlichen Raum würde sich die doppelte Facharztschiene überleben. Hier werden Medizinische Versorgungszentren einen entscheidenden Beitrag zur ambulanten Versorgung in strukturschwachen Regionen leisten, z.B. durch „Rollende Sprechstunden“.

Wir wollen die verbindliche Einführung von Personalmindestzahlen im Krankenhaus, die eine hochwertige Versorgung garantieren, und tarifgekoppelte Zu- und Abschlägen zur Fallpauschale.

Wir wollen eine Stärkung und den Ausbau der Krankenhausaufsicht analog zur Heimaufsicht, mit der Pflicht zu regelmäßigen Überprüfungen und Veröffentlichung globaler Qualitätsberichte. Diagnose- und therapiebezogene Qualitätsdaten sollen der Fachöffentlichkeit als Empfehlungsgrundlage im Einzelfall verfügbar sein.

Für jede Region soll ein populationsbezogenes regionales Versorgungskonzept entwickelt werden. Hier müssen die Kommunen eine Schlüsselstellung für die Planung und Ausgestaltung der medizinischen Versorgungsstruktur wahrnehmen. In den Pflegestützpunkten, wie sie das SGB XI verbindlich vorschreibt, wird diese Zusammenarbeit bereits erprobt und weiterentwickelt.

Erforderlich ist die Stärkung der Verantwortung und Kompetenzen der Länder und damit mittelbar auch der Kommunen in der Organisation, Planung und Umsetzung der ambulanten und stationären Versorgung, einschließlich fachlicher Aufsichts-, Kontroll- und Weisungsrechte gegenüber den Körperschaften und Trägern der Leistungserbringer, einschließlich der Option der Ersatzvornahme.

### **Wissenschaft und Versorgungsforschung**

Gute Versorgung setzt Wissen um gute Versorgung voraus. Während die medizinische Forschung insbesondere im Grundlagenbereich in Deutschland international höchste Anerkennung genießt, ist die Versorgungs-, Präventions- und Rehabilitationsforschung erheblich entwicklungsbedürftig. Interventionsstudien zum Abbau der dramatischen sozialen Unterschiede in den Gesundheitschancen existieren nicht.

- Erforderlich ist ein erheblicher Ausbau der Versorgungsforschung und die Verbesserung der konkreten Umsetzung dieser Erkenntnisse im medizinischen Alltag.
- Eine besondere Verantwortung tragen hier die Leistungserbringer sowie die Selbstverwaltung von Kassen und Ärzten. Gerade die Forschung zur Verbesserung der Gesundheit sozial Benachteiligter ist dringend zu intensivieren. Zunehmend chronisch kranke und multimorbide Patienten erfordern ein

besseres Wissen um die Wechselwirkungen von Krankheiten und Behandlungen.

- In einer alternden Gesellschaft stellen differenzierte Biographien und Lebensmuster, wie z. B. „junge Alte“ und „Hochbetagte“, eine neue Herausforderung dar. Die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten bedarf einer besonderen Aufmerksamkeit.
- Die sozialen Dimensionen der Entstehung von Krankheit und die Zusammenhänge heutiger Arbeitsbedingungen, sozialer Situation und Krankheit sind weitere zentrale Fragestellungen, denen sich Forschung und Politik zuwenden müssen. Welche gesellschaftlichen Konsequenzen müssen / können daraus gezogen werden und wo liegen hier Innovationsbereiche der Therapie? Auch die Verbesserung der Prävention als Querschnittsaufgabe vor allem in der Arbeitswelt und in den Kommunen bedarf genauso wie die Rehabilitation einer erheblichen wissenschaftlichen Flankierung.

Während das Gesundheitswesen auf Seiten der Betroffenen vor allem durch Emotionen wie Angst und Schmerz und auf Seiten der Helfenden durch philanthropische Motive sowie psychologische und soziale Aspekte geprägt ist, erfolgt die Steuerung der Versorgung weitgehend nach ökonomischen Konzepten.

- Dringend erforderlich ist die Entwicklung einer sozialwissenschaftlichen und sozialmedizinischen Steuerungsexpertise, um Politik und Organisation der gesundheitlichen Versorgung auf eine angemessene (sozial-) wissenschaftliche Grundlage zu stellen.
- Ausbildungs- und Supervisionskonzepte sollen die Voraussetzung für angemessene Selbstvorsorge und Prävention von Burnout bei Angehörigen der Gesundheitsberufe schaffen.

### **Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe**

Die Vermeidung von Krankheiten führt immer noch ein stiefmütterliches Dasein in unserem Gesundheitswesen, obwohl gerade in einer alternden Gesellschaft die Qualität der hinzugewonnenen Lebensjahre wesentlich vom Gesundheitszustand abhängen wird. Prävention verhindert Krankheit, Erwerbsunfähigkeit und Behinderung und beugt der Verschlechterung von Krankheiten und Folgeerkrankungen vor. Sie kann zum Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Nachteile beitragen und verbessert die Lebensqualität in der Gesellschaft. Prävention ist eine Aufgabe für die gesamte Gesellschaft und für alle politischen Ebenen:

- Dringend erforderlich ist das von CDU/CSU und FDP verhinderte Präventionsgesetz, um der praktischen Umsetzung einen politischen Rahmen und materielle Ressourcen, unter Einbeziehung von PKV, Bund, Länder und Kommunen, zu geben und Prävention zu einem Schwerpunkt zu machen. Es gibt kein Wissens-, sondern ein Umsetzungsdefizit.
- Der Schwerpunkt muss wieder auf der Verhältnisprävention liegen. Arbeit ist mittlerweile das größte Gesundheitsrisiko. Heute sind neben die unmittelbar körperlichen Beeinträchtigungen vor allem Stress und Überforderungs- und Umweltbelastungen mit vielfältigen Effekten auf die wichtigsten chronischen Krankheiten getreten. Durch eine Humanisierung der Arbeit (Gute Arbeit) wird vermieden, dass Menschen im Alter an den Folgen des Erwerbslebens leiden. Betrieblicher Gesundheitsschutz und Prävention haben zentrale soziale Funktionen, vor allem in körperlich und psychisch belastenden Berufen.

Das soziale Umfeld muss in gesundheitlichen Standards, besonders in sozial benachteiligten Stadtquartieren, verbessert werden. Gleiches gilt für die Förderung gesunden Wohnens und die materielle Verbesserung der Lebensverhältnisse gerade in den unteren sozialen Schichten unserer Gesellschaft. Damit kann auch die durchschnittlich schlechtere Morbidität vermieden und die frühere Mortalität der unteren Sozialschichten verringert werden.

Die Förderung eines gesunden Lebenswandels muss schon im Kindesalter ansetzen: Bewegung und gute Ernährung sowie frühzeitige Intervention bei gesundheitlichen Fehlentwicklungen sind der Schlüssel zu nachhaltig gesunder Entwicklung. Dies vor allem auch, weil viele Verhaltensweisen beim Erwachsenen früh

angelegt und dadurch tief in der Persönlichkeit verankert werden.

Prävention muss vor allem im Alter ein neuer Schwerpunkt werden. Sturzprävention und altersgerechte Bewegung erhöhen die Mobilität und senken das Unfallrisiko. Gleiches gilt für die Förderung altersgerechter Ernährung. Aufsuchende Hausbesuche von echten Präventionsfachkräften der Kassen, um über Altersprävention aufzuklären, sind ein guter Ansatz.

### **Stärkung der Patientenrechte – für ein Patientenrechte -Gesetz**

Der Schlüssel zur Erschließung von Effizienz und Effektivität der Versorgung liegt an den Schnittstellen der Leistungssektoren und hier vor allem im Bereich der ambulanten Facharztversorgung sowie der Krankenhäuser. Eine sektorenübergreifende Versorgung wird dann effektiv sein, wenn im Rahmen eines gemeinsamen Budgets gearbeitet wird.

Die Rechte der Patienten bei Verdacht auf mögliche Behandlungsfehler und Schadensersatz und Schmerzensgeld, sind in einem eigenständigen Patientenrechte-Gesetz zusammenzufassen. Dazu gehört das uneingeschränkte Recht des Patienten bzw. seines von ihr/ihm Beauftragten zur Akteneinsicht und die ärztliche Pflicht bzw. die des Krankenhauses zur lückenlosen Dokumentation der Behandlung.

- Die sich in der Regel über Jahre hinziehenden Verfahren zur Geltendmachung von möglichem Schadensersatz und Schmerzensgeld, bis es - wenn überhaupt - zu einem Gerichtsprozess kommt, sind zur Durchsetzung der Rechte der Patienten die Verfahren in zeitlich vorgegebener Frist abzuschließen. Dafür sind bei allen dafür zuständigen Gerichten Spezialkammern einzurichten, die mit ausreichend Richtern zu besetzen sind, um unzumutbar lange Verfahrensdauern abzukürzen.
- Ein Patientenrechtgesetz muss Opfer von Behandlungsfehlern stärken. Eine Beweislastumkehr nicht nur bei schweren Behandlungsfehlern, sondern auch dann, wenn Behandlungsunterlagen unvollständig oder verzögert beigebracht werden, verbessert die Rechtsposition der Patientinnen und Patienten und muss im Interesse einer größeren Patientensicherheit gesetzlich verankert werden. Die Beweislastumkehr gilt generell bei auch IGEL-Leistungen, die nicht vom Leistungskatalog der GKV erfasst sind.
- Die Mitbestimmungsrechte der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) sind weiterzuentwickeln. Dazu ist das bestehende Antrags- und Mitberatungsrecht in Verfahrensfragen zu einem Mitbestimmungsrecht fortzuentwickeln. Es ist sicherzustellen, dass die Patienten medizinisch notwendige Regelleistungen (der GKV) erhalten und diese von den Krankenkassen dann auch erstattet werden.
- Eindeutige Regelungen von Verantwortlichkeiten und klare Strukturierungen von Abläufen im Klinik- und Praxisalltag sind zentrale Maßnahmen einer Fehlervermeidungsstrategie, die krankenhauses- und praxisintern implementiert werden muss.
- Aufgetretene Fehler müssen jedoch auch bekannt werden, um Wege zu ihrer Vermeidung zu erörtern und umzusetzen. Deshalb ist es wichtig, gesetzlich arbeitsrechtliche Sanktionen für Meldungen eigener und fremder Fehler auszuschließen.
- Die Unabhängige Patientenberatung Deutschlands (UPD) ist eine zentrale Institution zur individuellen Beratung der Patientinnen und Patienten. Sie muss in die Regelversorgung überführt werden. Gleichzeitig muss die UPD zu einem Seismographen für Probleme im Gesundheitswesen entwickelt werden, indem Erkenntnisse aus der Beratungstätigkeit für die Organisation und Struktur der Versorgung nutzbar gemacht werden.
- Durch die Schaffung einer integrierten kostenträgerunabhängigen soz. med. Begutachtung ist die Basis

für einen an den ganzheitlichen gesundheitlichen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichteten Mitteleinsatz zu gewährleisten.

### **Die soziale Selbstverwaltung als ein urdemokratisches Prinzip ist weiterzuentwickeln und zu stärken**

Seit Jahrzehnten ist in Deutschland das System der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung etabliert. Die soziale Selbstverwaltung von Arbeitnehmer und Arbeitgeber (ARBEIT UND KAPITAL) dient zugleich der Mitbestimmung der Versicherten, der Qualitätsverbesserung, der Stärkung der Bedarfsgerechtigkeit und der wirtschaftlichen Mittelverwendung. Voraussetzung ist, dass die Mitglieder der Selbstverwaltung echte Gestaltungsmöglichkeiten erhalten, um z.B. zusätzliche Verträge, zusätzliche Services, u.a. den Versicherten angeeignet zu lassen. Eine starke Steuerung durch die soziale Selbstverwaltung ist eine breit akzeptierte Alternative zu einer zentralen staatlichen Steuerung einerseits und zu Marktwirtschaft und Wettbewerb andererseits. Dabei ist es wichtig, dass die vertretenen Versicherten sich durch die Selbstverwaltung ausreichend repräsentiert fühlen.. Eine gesetzliche Krankenkasse versichert nicht ausschließlich Arbeitnehmer auf Versichertenseite, sondern auch Rentner, Auszubildende, Studierende, Arbeitslose, etc. Sie versichert Frauen und Männer jeden Alters. Diese unterschiedlichen Personengruppen sollten sich in der Zusammensetzung der Selbstverwaltung entsprechend ihres Anteils wieder finden. Die Form der Wahlhandlung und der Kandidatenaufstellung sollten diese Zusammensetzung ermöglichen und transparent gegenüber den Versicherten sein.

Die Selbstverwalter arbeiten gut, ihre Aufgabe – egal durch welche Wahlform – sind sehr ernst nehmen.

- Die Selbstverwaltung ist zu stärken, in dem der Mitbestimmungsbereich der Selbstverwaltung erhöht wird, z.B. in dem Selbstverwaltung über bestimmte Vertragsformen, über bestimmte Versorgungskonzepte und deren Ausgestaltung der Mitbestimmung unterliegt. Nur so wird es auch zukünftig einen am tatsächlichen Bedarf orientierten (für alle Versichertengruppen) Leistungskatalog der Kassen geben, der auch die Bedürfnisse unter dem Gesichtspunkt der Demographie berücksichtigt.

Die gesetzliche Zementierung kann dabei weiter auf erforderliche Rahmenvorgaben zurückgefahren werden, um so Selbstverwaltung für die Versicherten interessanter zu machen und das Interesse für eine Beteiligung an den Sozialversicherungswahlen für alle zu erhöhen.

**Beschluss:**

**Angenommen**

**Weiterleitung an Parteivorstand und Bundestagsfraktion**

**Antrag 2 a**  
**ASG-Baden-Württemberg**

## **Für eine Weiterentwicklung der Zahnmedizin**

Die ASG fordert zur Modernisierung der Zahnheilkunde:

- Die Ausweitung der Gruppenprophylaxe. Länder und Kommunen werden aufgefordert, dafür den ÖGD dafür personell und finanziell stärken.
- Die Landesarbeitsgemeinschaft Krankenkassen und KZVen erstellen ein Programm, zur flächendeckenden zahnärztlichen Versorgung von Heimbewohnern, Pflegebedürftigen und Demenzerkrankten.
- Die Erarbeitung von Früherkennungsmethoden bösartiger Neubildungen durch das IQWiG und Leitlinien durch den GBA mit Erstattungspflicht durch die Krankenkassen. Die Früherkennung muss auch Teil der universitären Ausbildung sowie der zahnärztlichen Weiter- und Fortbildung durch ZÄK werden.
- Die **Verbesserung der internen Qualitätssicherung** durch die Entwicklung und Weiterentwicklung der zahnärztlichen Leitlinien.
- Die Versorgung mit Zahnersatz wird in das Sachleistungsprinzip aufgenommen.

**Beschluss:**

**Angenommen**

**Antrag 2ba**  
**ASG-Baden-Württemberg**

## **Für eine bessere Versorgung psychisch Kranker**

Im Laufe eines jeden Jahres erleiden 27% der EU-Bevölkerung oder 83 Millionen Menschen mindestens eine psychische **Erkrankung** wie z. B. eine Depression, bipolare Störung, Schizophrenie, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, Angst- und Zwangsstörung, somatoforme Störung oder Demenz. Ausmaß und Folgen sind dabei höchst variable: Einige erkranken nur episodisch kurzzeitig über Wochen und Monate, andere längerfristiger. Ca. 40% sind chronisch, das heißt über Jahre oder gar von der Adoleszenz bis an ihr Lebensende, betroffen.

Die Reformen im Anschluss an die Psychiatrie-Enquête von 1975 haben zu durchgreifenden Verbesserungen im Bereich der psychiatrischen Versorgung geführt. Jedoch bleiben noch wichtige Forderungen bestehen:

- Das Prinzip „ambulant vor stationär“ ist auch heute noch nicht ausreichend umgesetzt. Um die Gleichstellung psychisch Kranker gegenüber körperlich Kranken weiter zu verbessern, muss insbesondere der Anteil teilstationärer und ambulanten Hilfen als **sektorübergreifende Leistungen** sowohl in der Akutbehandlung als auch in der Rehabilitation weiter erhöht werden. Da die konkrete Umsetzung der Reformziele oftmals Ländersache ist, sind Länder und Gemeinden gefordert, den Grundgedanken der Enquête „Integration und Teilhabe“ weiter umzusetzen. Den psychiatrischen Institutsambulanzen kommt hierbei bei der Versorgung schwer Kranker eine herausgehobene Stellung zu. Ihre flächendeckende Finanzierung muss gesichert werden.
- Als ein besonders gravierendes Problem hat sich die unzureichende **frühzeitige Diagnostik** psychischer Erkrankungen bei jungen Menschen erwiesen. Mangelnde Information und noch im Bereich der Grundlagenforschung steckendes Wissen um Präventionsmöglichkeiten weisen auf einen verstärkten Bedarf an Ausbau spezifisch gesundheitspolitischer Kompetenz in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung hin. Die Selbstverwaltung, die Forschung und das öffentliche Gesundheitswesen sind in besonderer Weise aufgefordert, sich diesem Bereich der Unterversorgung von jungen chronisch Kranken zu widmen.
- In den am 1. Januar 2002 in Kraft getretenen Richtlinien zur Soziotherapie ist der anspruchsberechtigte Personenkreis restriktiv definiert. Es ist fraglich, ob in der jetzigen Form die Soziotherapie den ursprünglichen Anspruch erfüllen kann, integrierter Bestandteil eines komplexen ambulanten Hilfsangebotes zu sein und schwer kranke Patienten bei der Inanspruchnahme ihnen zustehender ambulanten Hilfen zu unterstützen. Soziotherapie darf keine weitere isolierte Einzelleistung darstellen.
- Ambulante und stationäre Hilfen müssen enger verzahnt werden. Dies kann über Modelle Integrierter Versorgung und gemeindepsychiatrische Verbünde geschehen. Hierbei kommt der ambulanten psychiatrischen Behandlungspflege eine wichtige Rolle zu. Die Finanzierung sozialpsychiatrischer Dienste muss auf eine sichere finanzielle Basis gestellt werden.
- Im stationären Bereich hat die Personal-Psychiatrie-Verordnung (Psych-PV) quantitativ und qualitativ wichtige Verbesserungen gebracht. Die Psych-PV regelt die Personalausstattung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen. Doch durch die Koppelung der Psych-PV an die Bundespflegesatzverordnung konnte die gesetzlich garantierte Personalausstattung seit 1996 immer weniger realisiert werden, da die tariflich bedingten Personalkostensteigerungen jeweils über der maximal verhandelbaren Veränderungsrate lagen. Mit der durch ein breites öffentliches Protestbündnis ermöglichten Reform der Krankenhausfinanzierung 2009 wurde der rechtliche Rahmen für eine Angleichung der tatsächlichen Stellen an die Vorgaben der Psych-PV gesetzt. Vorgesehen ist ein System tagesgleicher Fallpauschalen. Es ist darauf hinzuwirken, dass die Umsetzung der Reform bis 2013 nicht zu einer verkappten Einführung DRG-ähnlicher Entgeltsysteme führt, sondern dass den besonderen Erfordernissen psychisch Kranker Rechnung getragen wird, deren Behandlungserfolge mehr als sonst noch im Gesundheitswesen von einer qualifizierten „man power“, nicht von einzelnen Prozeduren oder Apparaten abhängt.
- Psychisch Kranke sind trotz des häufig chronischen bzw. chronisch-rezidivierenden Verlaufs vieler psychischer Erkrankungen bei der Rehabilitation im Vergleich zu somatisch Kranken erheblich benachteiligt. Spezifische Rehabilitationseinrichtungen („RPK“) existieren bisher nur in Ansätzen und keinesfalls flächendeckend. Der Ausbau der Rehabilitation unter Einbeziehung teilstationärer und ambulanten Strukturen ist dringend geboten. Von den Leistungsträgern wird die Umsetzung von Konzepten gefordert, die eine Flexibilisierung bisher stationärer medizinischer Rehabilitation psychisch Kranker ermöglichen und

Möglichkeiten ambulanter Rehabilitation auf eine breitere Basis stellen.

- Ebenso sind Angebote integrierter medizinisch-beruflicher Rehabilitation gemeindenah zu etablieren.
- Die Bundespolitik darf sich nicht aus der Unterstützung der Belange schwer und chronisch psychisch kranker Menschen zurückziehen. Es ist notwendig, finanzielle Mittel insbesondere für die Evaluations- und Versorgungsforschung bereitzustellen.

Im Bereich der pharmazeutischen Forschung haben Studien aus jüngerer Zeit mit Bezug auf die Wirkungen von Psychopharmaka gezeigt, wie verzerrt industrieabhängige Forschung ihre Ergebnisse publiziert.

Insgesamt müssen weitere Reformschritte im Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung – wie es auch die Aktion Psychisch Kranke fordert –

- eher personen- als institutionszentriert,
- eher bedarfs- als angebotsorientiert
- und eher mehrdimensional als berufsgruppenspezifisch ausgerichtet sein.

Die ASG warnt vor Plänen, analog wie im Krankenhaus, Fallpauschalen für psychiatrische und psychosomatische Krankheiten einzuführen und lehnt dies ab. Für psychiatrische und psychosomatische Diagnosen ist eine Abrechnung nach DRGs nicht indiziert, da hier einzelfallbezogene Differenzierungen ein großes Gewicht in der Behandlung zukommt.

**Beschluss:**

**Angenommen**

**Antrag 3**  
**ASG-Bundesvorstand**

**Projektgruppe Neue Steuerungsmodelle im Gesundheitssystem**

Die Bundeskonferenz stellt fest, dass die im letzten Jahrzehnt die in Deutschland verstärkt praktizierten Steuerungsmodelle im deutschen Gesundheitssystem weder die Versorgungsqualität verbessert, noch die Wirtschaftlichkeit des Systems erhöht haben. Das profitorientierte Handeln der Akteure hat z.T. negative Folgen für die Versorgung: Die Vorenthaltung notwendiger Leistungen und regionale Versorgungsdefizite nehmen zu.

Die Bundeskonferenz beauftragt den Bundesvorstand, kurzfristig eine Arbeitsgruppe zu berufen, die bis zur Bundeskonferenz 2012 eine Neukonzeption der Planung, Steuerung und Versorgungsorganisation in Deutschland entwirft sowie eine kritische Bilanz des Wettbewerbsgedankens im Gesundheitssystem zieht.

**Beschluss:**

**Angenommen**

## **Antrag 4**

### **ASG-Bundesvorstand**

## **Wenn Arbeit psychisch krank macht**

### Vorbemerkung:

Psychischen Erkrankungen nehmen in Deutschland dramatisch zu. Sie haben vielfältige Ursachen und kommen in verschiedensten Lebenslagen vor: Im Arbeitsprozess, aufgrund privater Problemlagen, durch Arbeitslosigkeit, bei Vereinsamung im Alter und zunehmend auch durch Überforderungen bei Kindern. Die Ursachen sind im Einzelfall schwer abgrenzbar und meistens ein Zusammenwirken vielfältiger Lebensumstände. Dennoch nehmen nachweisbar insbesondere die psychischen Erkrankungen zu, bei denen die Arbeitsbedingungen eine wesentliche Rolle spielen. Aus den psychischen Belastungen der Arbeitswelt können viele Folgeprobleme resultieren, die sich auch in anderen Lebensbereichen niederschlagen.

Ohne andere Ursachen und Ausprägungen von psychischen Störungen gering zu schätzen, betrachtet die ASG arbeitsbedingte psychische Erkrankungen als besondere Herausforderungen. Wir sind uns bewusst, dass eine umfassende Bearbeitung des dramatischen Anstiegs psychischer Erkrankungen eine Ausweitung der Betrachtung erfordern würde. Mit dem vorliegenden Beschlussantrag leitet die ASG einen umfangreichen Prozess der Befassung mit psychischen Erkrankungen, ihren Ursachen, Wirkungen und Vermeidungsstrategien ein.

### Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz erreichen Höchststand

Deutschlands Arbeitnehmer fehlen immer häufiger wegen psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz. Im Jahr 2008 gingen knapp 11 % aller Fehltage auf psychische Erkrankungen zurück, was in etwa einer Verdopplung der AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen seit 1990 entspricht. Psychische Erkrankungen liegen damit an vierter Stelle bei den Ursachen für eine Erkrankung Berufstätiger und werden nach EU-Schätzungen in 15 Jahren in den Industriestaaten auf Platz zwei vorgerückt sein. »Waren 1990 die drei größten Leiden der Menschheit noch Lungenentzündung, Durchfallerkrankungen und Kindstod, wird die Reihenfolge im Jahr 2020 so lauten: Herzinfarkt, Depression, Angststörung und Verkehrsunfälle« (WHO). Erschwerend kommt hinzu, dass die Dauer der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen mit im Durchschnitt 23 AU-Tagen pro Jahr nahezu viermal länger dauert als bei anderen häufigen Erkrankungen, wie z.B. Atemwegserkrankungen mit nur 6,5 AU-Tagen pro Jahr. Immer mehr ArbeitnehmerInnen greifen als Folge der belastenden Arbeitsplatzsituation zu Alkohol und Drogen. Die DAK hat in ihrer Untersuchung „Doping am Arbeitsplatz“ aus dem Jahr 2009 aufgezeigt, dass inzwischen 10% der Männer und der älteren Berufstätigen den Arbeitsstress mit Alkohol bekämpfen. 7% der Frauen nehmen eher Schlaf- und Beruhigungsmittel

### Erhebliche regionale Unterschiede bei AU-Tagen

Die Gesundheitsreporte von AOK, BKK, DAK und TK präsentieren bundesweite und länderspezifische Auswertungen. Dabei fällt auf, dass in Berlin, Hamburg und im Saarland die AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt bei allen Krankenkassen um mindestens 20 Prozent erhöht sind. In Schleswig-Holstein und – in geringerem Ausmaß – in Nordrhein-Westfalen sind die Angaben ebenfalls durchgängig überdurchschnittlich.

### Anstieg der Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen

Zudem hat sich der Anteil von Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Erkrankungen seit 1990 mehr als verdoppelt. Schon jetzt sind psychische Erkrankungen die häufigste Ursache für Frühverrentungen – jeder dritte frühzeitige Ausstieg aus dem Erwerbseben wurde 2007 mit psychischen Erkrankungen – allen voran

Depressionen – begründet.

Auswirkungen auf Wertschöpfung und Wohlstand

Laut Berechnungen des Statistischen Bundesamtes ist durch die Volkskrankheit „Depression“ im Jahr 2006 ein volkswirtschaftlicher Schaden durch AU-Tage und Frühverrentungen in Höhe von ca. 26,7 Mrd. Euro entstanden. Die Krankheitslast durch psychische Erkrankungen ist in der EU zu einem wichtigen volkswirtschaftlichen Faktor von 3-4% des Bruttoinlandsprodukts (BIP) geworden, allerdings werden nur 0.3-1% des BIP für Prävention und Versorgung bereitgestellt. In Deutschland ist der Anteil der Ausgaben wegen Psychischer Erkrankungen an den Gesundheitskosten von 2002 bis 2006 am stärksten um 3.3 Milliarden € gestiegen (auf 11.3% im Jahre 2006).

Psychische Erkrankungen belasten Gesundheits-, Bildungs-, Wirtschafts-, Arbeitsmarkt- und Sozialsysteme. Psychische Belastungen beeinträchtigen die Leistung am Arbeitsplatz. »Man kalkuliert niedrig, wenn man davon ausgeht, dass bei innerer Kündigung eine Leistungsminderung von 20 Prozent vorliegt«, so eine Studie der Fachhochschule Köln. Insgesamt belasteten seelisch bedingte Produktivitätseinbußen, Ausfalltage und erhöhte Fluktuation die deutsche Wirtschaft jährlich mit 80 bis 100 Milliarden Euro.

Neben diesen ökonomischen Auswirkungen auf die Volkswirtschaft, die sich letztendlich in steigenden Sozialversicherungsbeiträgen und zunehmenden Soziallasten für die öffentlichen Haushalte widerspiegeln, darf die individuelle Lebenssituation und die Betroffenheit des Einzelnen und seines sozialen Umfeldes nicht übersehen werden. Psychische Gesundheit ist ein Menschenrecht. Sie erlaubt es den Bürgern Wohlbefinden, Lebensqualität und Gesundheit zu genießen. Sie wirkt sich positiv auf Lernen, Arbeiten und aktive Teilhabe an der Gesellschaft aus. Das Ausmaß der psychischen Gesundheit und Wohlbefinden in der Bevölkerung ist ein Schlüsselement für den Erfolg einer wissensbasierten Gesellschaft und Wirtschaft und damit für Wachstum und Beschäftigung. Hiermit schließt sich wieder der Kreis zur gesamtgesellschaftlichen und ökonomischen Wohlfahrt.

Ursache Arbeitsplatz

Die Ursachen sind vielschichtig und stehen in Wechselwirkung zueinander. Die Kombination verschiedener Faktoren wie wachsender Leistungsdruck, steigende Anforderungen, flexible Arbeit und unqualifiziertes Führungsverhalten führen zu psychischen Belastungen und ggf. Erkrankungen. Zusätzlich boomt seit Jahren der Markt für befristete Arbeitsverträge und »atypische« Beschäftigungsverhältnisse. Die Zunahme der zeitlich befristeten Beschäftigungsverhältnisse einerseits und die generelle Zunahme der Unsicherheit der Arbeitsplätze andererseits vermindern die Gratifikation der Arbeitstätigkeit. So stellten die Gewerkschaften fest, dass der Leiharbeitsmarkt seit Mitte der neunziger Jahre deutlich stärker expandiert als der reguläre sozialversicherungspflichtige Sektor. Zusätzlich wächst die Zahl von kostensparenden Minijobs und Praktikumsplätzen, was die angestammten Arbeitnehmer unter Druck setzt und Neueinsteiger immer stärker zu Konzessionen zwingt.

Eine Auswertung der WSI-Betriebsrätebefragung 2008 ergab besorgniserregende Ergebnisse:

Psychische Belastungen spielen im Arbeitsalltag eine größere Rolle als körperliche.

Jeder achte Erwerbstätige (12,3%) gab an, bei der Arbeit psychischen Belastungen ausgesetzt zu sein, die sich negativ auf das Wohlbefinden und damit auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Die dominierenden Faktoren sind hierbei Zeitdruck und Arbeitsüberlastung. 11,2% der Erwerbstätigen waren überwiegend aus diesen Gründen belastet. Mit deutlichem Abstand hierzu wurden spezifische personenbezogene Gründe wie Mobbing oder Belästigung (0,8%) oder gar Gewalt oder Gewaltandrohung (0,3%) genannt.

Insgesamt zeigen sich hinsichtlich der psychischen Auswirkungen nur geringe Unterschiede nach dem

Geschlecht. Frauen waren etwas häufiger Opfer von Mobbing (0,9% im Vergleich zu 0,7% der Männer), aber etwas seltener überhöhter Arbeitsbelastung und Zeitdruck ausgesetzt (10,1% gegenüber 12,2%).

Bei den betrachteten arbeitsbedingten Gesundheitsbeschwerden nehmen psychische Belastungen mit steigendem Alter zu.

Von psychischen Belastungen sind die verschiedenen Berufsgruppen unterschiedlich betroffen:

Wissenschaftler, die etwa 14,4% aller Erwerbstätigen ausmachen, standen am stärksten unter Zeitdruck und Arbeitsüberlastung. 17,6% von ihnen äußerten entsprechende Beschwerden.

Führungskräfte – 5,5% der Erwerbstätigen – gaben in 16,9% aller Fälle Zeitdruck und Arbeitsüberlastung an.

In den übrigen Berufsgruppen klagte etwa jeder neunte Befragte (10,8%) über psychische Belastungen am Arbeitsplatz.

Anderen aktuellen Studien zufolge fühlt sich jeder zweite Beschäftigte in Deutschland praktisch immer oder häufig starkem Termin- und Leistungsdruck ausgesetzt. Der Einzelne wird mehr gefordert und muss dennoch stärker um seinen Arbeitsplatz bangen. Studien weisen darauf hin, dass Arbeitsbedingungen mit hohen psychischen Belastungen die Entwicklung von Depressionen fördern. Psychische Belastung entsteht z. B., wenn hohe Anforderungen (Verantwortung, hohe Komplexität der Aufgaben) verbunden sind mit geringer Kontrolle, d. h. einem geringen Entscheidungsspielraum über die Arbeitstätigkeiten (u. a. bei hohem Zeitdruck). Auch ein Ungleichgewicht zwischen beruflicher Leistung oder „Verausgabung“ und als Gegenwert erhaltener „Belohnung“ wirken belastend. Dabei sind mit „Belohnung“ nicht nur das Gehalt, sondern auch die Sicherheit des Arbeitsplatzes, menschliche Wertschätzung, der berufliche Status, Aufstiegschancen oder eine ausbildungsadäquate Beschäftigung gemeint.

Experten sprechen daher von einem Bruch des »psychologischen Kontrakts«, der stillen Übereinkunft des Beschäftigten mit dem Arbeitgeber, Arbeitsplatzsicherheit und Entwicklungschancen im Tausch gegen Engagement und Loyalität zu erhalten. Die Aufkündigung des Vertrags belastet auch die Kommunikation und Interaktion im Betrieb. »Die Belegschaft entsolidarisiert sich. Mobbing wird immer mehr zur Überlebensstrategie«. Es folgen Ohnmachtsgefühle, Verlustängste und innere Kündigung, die nicht selten in krankhafte Ängste oder Depressionen münden.

#### Erhöhte Krankschreibungen im Dienstleistungssektor

Die Gesundheitsreporte von AOK und BKK sowie einige Schwerpunktheftes dieser Kassen zu psychischen Erkrankungen zeigen ein relativ konsistentes Muster erhöhter Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen, z. B. bei den Beschäftigten in öffentlichen Verwaltungen (AOK 2009: + 34,8 Prozent; BKK 2009: + 45,5 Prozent; DAK 2002: + 48,2 Prozent). BKK (2009) und DAK (2002) stellten für Angestellte im Gesundheits- und Sozialwesen eine deutlich erhöhte Anzahl an Krankheitstagen aufgrund psychischer Störungen fest. Der BKK Gesundheitsreport 2009 berichtet speziell im Sozialwesen von einem fast doppelt so hohen Krankenstand aufgrund psychischer Erkrankungen wie im Bundesdurchschnitt (265 vs. 134 AU-Tage/100 VJ). Die AOK-Fehlzeitenreporte dokumentieren regelmäßig erhöhte Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen im Dienstleistungssektor (AOK 2009: 249,7 vs. 181,1 AU-Tage/100 VJ).

#### Auch Arbeitslosigkeit gefährdet psychische Gesundheit

Mehr noch als berufliche Belastungen führt jedoch der Verlust des Arbeitsplatzes zu psychischen Erkrankungen. Arbeitslose sind drei- bis viermal so häufig aufgrund psychischer Erkrankungen krankgeschrieben wie Erwerbstätige. Zahlreiche Studien zeigen mindestens doppelt so häufige psychische Erkrankungen wie bei Erwerbstätigen. Dabei sind die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Entwicklung

psychischer Erkrankungen deutlich stärker ausgeprägt sind als der Effekt, dass psychisch kranke Menschen ihre Arbeit verlieren.

Etablierte Modelle der Arbeitspsychologie führen den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und der Entstehung psychischer Erkrankungen auf die Deprivation von Grundbedürfnissen, d.h. den Verlust der Zeitstruktur des Tages, Verlust von Sozialkontakten, kollektiven Zielsetzungen, Sozialprestige und allgemeinem Aktivitätsverlust zurück.

#### Betriebliche Gesundheitsförderung – die zentrale Herausforderung

Die Unternehmen stehen der Situation oft hilflos gegenüber. Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz gewinnt zwar zunehmend an Bedeutung, dies aber vornehmlich in Großunternehmen. Bei der großen Mehrzahl der kleinen und mittleren Unternehmen in Deutschland ist bisher weder das Problem noch eine Lösung angekommen. Im Rahmen der bisherigen arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Betreuung der Unternehmen durch die Berufsgenossenschaften und Fachdienste werden psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz selten beachtet.

#### Prävention durch Veränderung der Verhältnisse in der Arbeitswelt

Wenn ganz offensichtlich unstreitig ist, dass psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz eine Folge der Arbeitsverhältnisse und deren Veränderungen der letzten 20 Jahre ist – seit Anfang der 90er Jahre ist der Anstieg der AU-Fälle zu beobachten – muss der Ansatz zur Veränderung bei den Rahmenbedingungen gesucht werden.

Die Förderung von Leiharbeit hat zu einer drastischen Reduzierung der Stammbeschaften der Unternehmen geführt. Auslastungsschwankungen werden heute auf dem Rücken von Leiharbeitern ausgetragen, wie das Beispiel der Automobilindustrie zeigt. Gleichmaßen negativ hat sich die Ausweitung von befristeten Arbeitsverhältnissen, sowie von Mini- und Midi-Jobs seit dem Ende der 1990er Jahre ausgewirkt. Hiermit sind millionenfach prekäre Arbeitsverhältnisse im Niedriglohnsektor entstanden. Ständige Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes und Lohndruck bei gleichzeitig erhöhten Leistungsanforderungen fördern prekäre Arbeitsverhältnisse, die wiederum im Verdacht stehen als solches krank zu machen.

Daher fordern wir die Vermeidung und schnellstmögliche Rückführung von prekärer Beschäftigung.

#### Prävention durch Veränderung am Arbeitsplatz

Die Früherkennung von psychisch belastenden Arbeitsbedingungen unmittelbar am Arbeitsplatz findet bislang mangels entsprechender gesetzlicher Grundlagen nicht oder nicht ausreichend statt. Die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz wird erst dann verpflichtend und nachhaltig in allen Betrieben gefördert werden, wenn sie auch vom Arbeitsschutz als prioritäres Aufgabenfeld wahrgenommen wird. Voraussetzung dafür ist, dass krankheitswertige Folgen psychischer Beanspruchungen fachlich angemessen als Berufskrankheiten anerkannt werden. Anknüpfungspunkt für das Vorliegen einer psychischen Berufskrankheit sollte in Zukunft nicht der Beruf, sondern die psychische Arbeitsbelastung der ausgeübten Tätigkeit sein.

Benachteiligt sind bislang vor allem die ArbeitnehmerInnen in kleinen und mittleren Unternehmen. Dies ist dadurch abzustellen, dass die Richtlinien zur Arbeitssicherheitstechnischen und arbeitsmedizinischen Betreuung Überwachung und Betreuung der Betriebe durch die Berufsgenossenschaften entsprechend zu erweitern sind.

Analog zu den Gefährdungsbeurteilungen/Gefährdungsuntersuchungen auf stoffliche Beeinträchtigungen und ungeeignete Arbeitsmittel ist eine verpflichtende Beurteilung des Arbeitsplatzes auf psychische Belastungsfaktoren im Sinne eines standardisierten regelmäßigen Screenings in die entsprechenden Vorschriften

aufzunehmen. Berufsgenossenschaften, Arbeitsmediziner und arbeits-/sicherheitstechnische Betreuungsdienste werden verpflichtet hierzu entsprechend qualifiziertes Personal vorzuhalten.

Ergänzend zu den Leistungen im Rahmen der arbeitsmedizinischen Betreuung der Unternehmen und deren Arbeitnehmern sind die Leistungen der Berufsgenossenschaften für die Behandlung und berufliche Rehabilitation bei Vorliegen von psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz auszuweiten. Es gilt durch entsprechende Änderungen im Sozialrecht eindeutig die Kostenträgerschaft für die Folgen von psychischen Belastungen am Arbeitsplatz der Berufsgenossenschaft als primär zuständigem Träger zuzuordnen und die Gesetzliche Krankenversicherung im Gegenzug von diesen versicherungsfremden Leistungen zu entlasten.

Hiermit wird aufgrund der Tatsache, dass die Berufsgenossenschaften allein durch die Arbeitgeber finanziert werden ein Anreiz für die Unternehmen geschaffen, psychische Belastungen am Arbeitsplatz durch geeignete Maßnahmen in der Betriebsorganisation, den betrieblichen Abläufen und der Personalführung zu vermindern, um einer erhöhten Gefahrklasseneinstufung mit der Folge höherer Beiträge an die Berufsgenossenschaft u entgehen. Die bisherige Praxis - die Folgen psychischer Belastungen am Arbeitsplatz einseitig der GKV aufzubürden - hat dazu geführt, dass in der Mehrzahl der Unternehmen keine hinreichenden Anreize zur Vermeidung von psychischen Belastungen bestehen.

**Beschluss:**

**Angenommen**

**Weiterleitung an Parteivorstand, Bundestagsfraktion und AfA**

**Antrag 6**  
**ASG-Hannover**

**Umbau der Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung**

Die WHO-Definition: „die Gesundheit als ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ hat in alle Aspekte der Handlungen im Gesundheitswesen Eingang zu finden.

**Beschluss:**

**Angenommen**

**Weiterleitung an Parteivorstand und Bundestagsfraktion**

**Antrag 7****ASG-Bayern****Vorrang der Solidarität der Versicherten gegenüber dem Wettbewerb der Krankenkassen**

Die Bundesdelegiertenversammlung fordert die Bundespartei und die Bundestagsfraktion auf sich für den Vorrang der Solidarität der Versicherten gegenüber dem Wettbewerb der Krankenkassen einzusetzen.

Gesundheit ist ein Kernbereich öffentlicher Daseinsvorsorge. Der atomisierte und in seinen Auswirkungen unüberschaubare Vertragswettbewerb der Krankenkassen führt zur Deregulierung, zu hohem Misstrauensaufwand, zu belastender Bürokratie in Praxis, Pflege und Krankenhaus und zur Schwächung unserer Solidargemeinschaft.

Patientinnen und Patienten mit vom Risikostrukturausgleich nicht abgedeckten Krankheitsbildern oder Sterbenskranke werden vernachlässigt und es besteht eine systematische Unzuständigkeit für effiziente und integrierte Versorgungsstrukturen in allen Teilen Deutschlands.

Die gesetzlichen Krankenkassen sollen die Sachwalter unserer solidarischen Krankenversicherung bleiben. Durch den bisher etablierten Kassenwettbewerb der etwa 200 Kassen werden sie aber zu betriebswirtschaftlichen Denken und Handeln gezwungen, welches einer solidarischen Gesundheitspflege entgegensteht und Effizienzreserven nicht ausschöpft. Jede Kasse kümmert sich jetzt im Wettbewerb nur um die eigenen Versicherten. Niemand hat bei uns bisher die Verantwortung für eine effiziente und sachgerechte Versorgung in der Fläche.

Wir wollen dafür sorgen, dass die Kassen diese Verantwortung auf Landesebene in Zukunft gemeinsam tragen. Die Solidargemeinschaft darf nicht geteilt und von der Gesundheitsindustrie beherrscht und instrumentalisiert werden!

Wir wollen sie nach skandinavischem Modell auf regionaler Ebene als Teil öffentlicher Daseinsvorsorge durch gemeinsames Handeln unserer Krankenkassen integrieren, vernetzen und stärken.

Beitragsfinanzierung und Bürgerversicherung bleiben Pfeiler unseres Konzeptes.

Wir wollen, dass Regionalbudgets und regionale Gesundheitsnetzwerke für die gesundheitliche Versorgung von den Kassen gemeinsam weiterentwickelt und gefördert werden. Die enge fachliche Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe im ambulanten Bereich muss nach den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gesichert werden.

Heimeinweisungen und Krankenhauseinweisungen sind belastend und teuer. Wir wollen die gesundheitliche Versorgung auch auf dem Lande so fortentwickeln, dass dem Wunsch der Patienten, zu Hause versorgt zu werden, wenn fachlich möglich, entsprochen werden kann.

**Beschluss:****Angenommen**

**Überweisung als Material an die Projektgruppe „Neue Steuerungsmodelle im Gesundheitssystem“ und an Parteivorstand und Bundestagsfraktion**

**Antrag 9**  
**ASG-Hannover**

**Einführung von Festzuschüssen in der Hilfsmittelversorgung**

Die ASG lehnt grundlegend die Einführung von Festzuschüssen in der Hilfsmittelversorgung der gesetzlichen Sozialversicherung ab, um hier eine Abkehr vom Sachleistungsprinzip der Leistungsträger hin zu einem nicht Bedarfs deckenden Zuschussverfahren zu verhindern.

**Beschluss:**

**Angenommen**  
**Weiterleitung an Parteivorstand und Bundestagsfraktion**

**Antrag 10**  
**ASG-Saarland**

**Zuzahlung**

Die ASG beauftragt die SPD-Bundestagsfraktion sich dafür einzusetzen, die Zuzahlungsregelung wieder in die Form vor 2004, mit der Härtefallregelung, dass EmpfängerInnen von Sozialleistungen und Menschen mit geringem Einkommen vollständig von der Zuzahlung befreit sind.

**Beschluss:**

**Angenommen**

**Antrag 12**  
**ASG-Hessen-Nord**

## **Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung**

Gesetzgeber wird aufgefordert, die Parameter Der des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen in den §§ 72 und 75 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – und der dazugehörigen Ausführungsbestimmungen dergestalt zu verändern, dass diese den aktuellen und künftigen demographischen Bevölkerungsentwicklungen Rechnung trägt.

Insbesondere ist die Niederlassung daran zu knüpfen, dass die angemessene Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln aus dem entsprechenden Versorgungsgebiet sichergestellt ist.

**Beschluss:**

**Angenommen**

**Überweisung als Material an die Projektgruppe „Neue Steuerungsmodelle im Gesundheitssystem“**

**Antrag 13****Bezirk Hessen-Nord****Sicherstellung der stationären ärztlichen Versorgung**

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, den § 107 SGB V dahin gehend zu ändern, dass im Absatz 1 nach der Nr.3 ein zusätzliches Merkmal als Nr.4 eingefügt wird, mit dem

Text:

„Das Krankenhaus muss sich entsprechend seiner Möglichkeiten sowohl an der Ausbildung in der Pflege als auch an der bedarfsgerechten ärztlichen Aus- und Weiterbildung beteiligen, um dauerhaft die bedarfsgerechte ärztliche und pflegerische Versorgung sicherzustellen. Der Bedarf wird von den Ländern mittels landesweitem Versorgungsplan unter Berücksichtigung regionaler Schwerpunkte in Abstimmung mit der ärztlichen Selbstverwaltung fortlaufend ermittelt und per jährlicher Rechtsverordnung festgelegt.“

Die alte Nr.4 wird durch die Ergänzung zur neuen Nr.5.

**Beschluss:**

**Angenommen**

**Überweisung als Material an die Projektgruppe „Neue Steuerungsmodelle im Gesundheitssystem“**

*Antrag 14*  
**ASG-Niederrhein**

**Verbindliche Regelungen für die Personalmindestausstattung in Krankenhäusern, Pflegeheimen und Pflegediensten**

Für die Personalmindestausstattung in Krankenhäusern, Pflegeheimen und Pflegediensten werden verbindliche Regelungen getroffen. Auf der Grundlage von Erkrankungsarten (DRG), möglichen besonderen Vergütungsformen und in Anlehnung an die Personalpflegeregelung (PPR) sollen gesetzliche Regelungen der Personalausstattung realisiert werden, die sich am tatsächlichen Pflege- und Behandlungsbedarf orientieren. Dabei sind analoge Regelungen wie schon für psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen festzulegen. Nach Möglichkeit sind alle im Krankenhaus, im Altersheim, Pflegeheim sowie Pflegedienst vertretenen Personalgruppen festzulegen.

**Beschluss:**

**Angenommen**

**Überweisung als Material an die Projektgruppe „Neue Steuerungsmodelle im Gesundheitssystem“**

**Antrag 15**  
**ASG-Bayern**

## **Versorgungsleitlinien in der Geriatrie**

Die ASG Bundeskonferenz wird aufgefordert, sich dafür einzusetzen, dass spezielle Versorgungsleitlinien und Konzepte für die integrierte Versorgung für die Behandlung geriatrischer Erkrankungen entwickelt und verpflichtend in der Praxis eingeführt werden.

**Beschluss:**

**Angenommen**

**Weiterleitung an Bundestagsfraktion**

**Antrag 16**  
**ASG-Saarland**

## **Eckpunkte zur Reform des Medizinstudiums**

Die ASG fordert:

Das Medizinstudium braucht ein übergeordnetes Curriculum, in dem Kommunikation und Kooperation mit den PatientInnen und den PartnerInnen im Gesundheitswesen sowie psychosoziale Aspekte von Krankheit und Gesundheit integraler Bestandteile sind.

Die Ausbildung von kompetenten HausärztInnen unter Berücksichtigung des Nationalen Kompetenzzielbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) muss im Leitbild der Fakultäten stärker verankert werden..

Eine frühe Integration der Studierenden in die Patientenversorgung in Klinik und Praxis, um ein allmähliches Heranführen an die spätere Tätigkeit und die Übernahme von Verantwortung zu ermöglichen.

Es muss sichergestellt werden, dass diese fächerübergreifenden Lehrinhalte nicht durch ein weiter nach Spezialdisziplinen gegliedertes Curriculum marginalisiert werden.

Eine den Bedürfnissen der Gesellschaft entsprechende ärztliche Ausbildung ist ein zentrales Anliegen der SPD. Um einen fundierten Reformentwurf vorzubereiten, wird der Bundesausschuss aufgefordert, sich mit diesem Thema zu befassen.

**Beschluss:**

**Angenommen**

**Weiterleitung an ASG-Bundesausschuss und Bundestagsfraktion**

**Antrag 17**  
**ASG-Hessen-Süd**

**Einführung eines „Hausarzt-Patensystems“ für die Studierenden der Humanmedizin**

Die ASG-Bundeskonferenz fordert die Einführung eines „Hausarzt-Patensystems“ für die Studierenden der Humanmedizin.

**Beschluss:**

**Angenommen**

**Überweisung an SPD-Landtagsfraktionen**

## **Antrag 18** **ASG-Saarland**

### **Heilberufe**

#### Sicherstellung der Heilmittelversorgung

Heilmittel wie Ergotherapie, Krankengymnastik, Massagen, Logopädie sind unverzichtbare Therapien und stehen sowohl in der Rehabilitation als auch in der Akutbehandlung hinter keiner Therapieform zurück. Voraussetzung ist die richtige Indikation und qualifizierte Ausbildung. Die ASG fordert die wissenschaftliche Sicherung der Methoden durch Untersuchungen zu Wirksamkeit und Nutzen der angewandten Heilmittel, die Verpflichtung der Ärzte zur Fortbildung in der Heilmitteltherapie und Verordnung sowie die Aufnahme der Heilmittelversorgung in die Gesundheitsberichterstattung.

Die ASG fordert die SPD-Bundestagsfraktion auf sich dafür einzusetzen, dass ein Staatsexamen in einem medizinischen Heilberuf analog der bisher geforderten Heilpraktikerprüfung anzuerkennen ist, um Selbstzahler-Leistungen in dem jeweiligen Fachbereich des Staatsexamens zu erbringen. Bisher ist es zum Beispiel Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten nur erlaubt, Behandlungen im Selbstzahlerbereich durchzuführen, wenn sie zuvor die Heilpraktikerprüfung ablegen, in der sie beweisen müssen, dass sie keine Gefahr für die Volksgesundheit darstellen. Mit dem Staatsexamen in einem Gesundheitsfachberuf liegt aber bereits eine deutlich höherwertige Qualifikation vor und dementsprechend sollte examinierten Therapeuten auch ein verantwortliches Handeln zugetraut werden. Eine Ungleichbehandlung gegenüber Heilpraktikern bei besserer Qualifikation ist nicht nachvollziehbar.

Des Weiteren soll sie dem Bundesausschuss unterbreiten, die Unterbrechungsrichtlinie für Behandlungen durch Heilberufe auf 21 Tage hoch zu setzen. In der Unterbrechungsrichtlinie für Krankengymnastik wird festgelegt, wie lange eine Therapie unterbrochen werden darf. Bisher sind dies 10 Tage. Schon bei einem zweiwöchigen Urlaub oder einer zwischenzeitlichen Erkrankung des Patienten oder des Therapeuten wird das Rezept ungültig. Es macht daher Sinn die Unterbrechungszeit auf 21 Tage zu erhöhen, um die Richtlinie an die Realität anzupassen.

#### **Beschluss:**

#### **Angenommen**

#### **Weiterleitung an Parteivorstand und Bundestagsfraktion**

**Antrag 19**  
**ASG-Bundesvorstand**

**Vorschlag für eine Reform zur Preisfestsetzung (Erstattungshöhe) bei patentgeschützten Arzneimitteln (neue Wirkstoffen) - Konzept eines Wirtschaftlichkeitsnachweises (Vierte Hürde)**

Ziel sozialdemokratischer Gesundheitspolitik ist es, dass jede Patientin und jeder Patient das medizinisch Notwendige in einer guten Qualität erhält. Die Versorgung mit dem medizinisch Notwendigen begründet zum einen den Leistungsanspruch der Versicherten. Es dient aber umgekehrt auch dazu, die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen zu begrenzen, damit medizinisch Unnötiges vermieden wird.

Das Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG) erfüllt diese Aufgabe in keiner Weise. Im Gegenteil: Die ungebremste Preisfestsetzungsmechanik der Industrie wird nicht gebrochen. Verhandlungen *nach* Markteinführung führen nur sehr begrenzt zu Einsparungen, weil die Industrie Abschläge beim Einführungspreis berücksichtigen kann. Ob im Schiedsverfahren bei Nichteinigung entsprechende Preisabschläge erzielt werden können, bleibt sehr fraglich. Das AMNOG bleibt damit weit hinter den Erfordernissen einer echten Neuordnung des Arzneimittelmarktes zurück.

Das Instrument der frühen Nutzenbewertung im AMNOG dient einzig der Preisregulierung. Es kann ausführliche Bewertungen des Nutzens und des Verhältnisses von Kosten und Nutzen nicht ersetzen, zumal die Frühbewertungen allein auf Angaben des Herstellers beruhen.

Nach dem Willen der Koalition soll der Gemeinsame Bundesausschuss Arzneimittel nur noch bei nachgewiesener Unzweckmäßigkeit aus der Erstattung ausschließen können. Dafür hat der Gemeinsame Bundesausschuss aber keine Instrumente.

Damit wäre es dem Gemeinsamen Bundesausschuss nicht mehr möglich, Arzneimittel mit einem geringen Zusatznutzen und/oder einem hohem Risikopotential aus der GKV-Versorgung auszuschließen. Die Leidtragenden wären die Patienten, für die Gefahr an Leib und Leben nicht mehr ausgeschlossen werden könnte, zumal sie diese Fehlversorgung auch noch mit Beitragsgeldern teuer bezahlen müssten.

Für die ASG ist klar: Eine wirksame Kosten-Nutzen-Bewertung kann nur vor der Markteinführung stattfinden. Die ASG stützt damit die Position der SPD-Bundestagsfraktion und macht nachfolgend eigene Vorschläge für die Ausgestaltung einer sog. „Vierten Hürde“.

Viel zu kurz greifen alle bisher diskutierten Vorschläge, wenn es um weitere Instrumente geht, um die Marktdurchdringungspraktiken der Pharmabranche zu brechen. Die ASG fordert daher u.a. eine Registrierungs- und Veröffentlichungspflicht klinischer Studien, eine Transparenzpflicht für Sponsoringaktivitäten sowie ein Verbot pharmafinanzierter Fortbildung.

Gänzlich abzulehnen ist die Einführung einer Mehrkostenregelung. Dieses Prinzip ebnet den Weg in die Abkoppelung der gesetzlich Versicherten vom medizinischen Fortschritt.

Im Zuge der Neuordnung der Mehrwertsteuersätze wäre es ebenso richtig, die Mehrwertsteuersätze von Arzneimitteln den reduzierten Sätzen der Grundnahrungsmittel gleichzusetzen.

**ASG-Konzept zur „Vierten Hürde“**

Medizinisch nicht notwendig sind neue Wirkstoffe, die keinen relevanten Zusatznutzen gegenüber bereits etablierten Therapien haben. Zum einen rechtfertigt einzig ein belegter Zusatznutzen, dass sich Patientinnen und Patienten neuen Risiken und Nebenwirkungen aussetzen. Zum anderen haben die Versicherten einen Anspruch darauf, dass ihre Beiträge wirtschaftlich verwendet werden. Neue Wirkstoffe und Arzneimittel ohne den Nachweis eines klinischen Vorteils oder Zusatznutzens sind unwirtschaftlich.

Im Gegensatz zu fast allen europäischen Ländern wird in Deutschland jedes Arzneimittel unmittelbar nach der Zulassung erstattet, und zwar zu einem Preis, den der Hersteller selbst festlegt. Insbesondere aus diesem Grund hat Deutschland weltweit die höchsten Arzneimittelpreise.

Zulassung und Erstattung von Arzneimitteln sind in verschiedenen Gesetzen geregelt, die sich grundsätzlich hinsichtlich der zu erreichenden Ziele unterscheiden: Das Arzneimittelgesetz (AMG) regelt als eine der zentralen Aufgaben die Zulassung. Dafür sind der Nachweis der Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und eine gute pharmazeutische Qualität notwendig. Das Sozialgesetzbuch V gibt den Rahmen und die Anforderungen für medizinische Leistungen vor, die Ärzte erbringen, Patienten erwarten und Kassen erstatten müssen. Diese Leistungen haben sich am Nutzen und an der Wirtschaftlichkeit der jeweiligen Maßnahmen zu orientieren.

Bei kritischer pharmakologischer Bewertung neuer Wirkstoffe handelt es sich nur bei etwa 1% um echte Innovationen und bei etwa 10% um limitierte Schrittinnovationen, aber bei 90% um Scheininnovationen, die die Therapiechancen der Patienten gegenüber bereits bekannten Arzneimitteln nicht verbessern. Darum ist es notwendig, von Seiten des Sozialrechts die Möglichkeit zur Intervention zu schaffen, um mittels eines standardisierten Bewertungsverfahrens eine effiziente und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung sicherzustellen.

Dies gewährleistet das – neu zu schaffende - Instrument der „Vierten Hürde“. Es stellt sicher, dass jedes neue Arzneimittel seine Wirtschaftlichkeit nachweisen muss, um neben der arzneimittelrechtlichen Zulassung auch seine Erstattungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten.

Die ASG schlägt hierzu folgendes Verfahren vor:

1. Zukünftig wird die Bindewirkung zwischen Zulassung und Erstattungspflicht seitens der GKV aufgehoben, so dass kein neues Arzneimittel mehr durch die GKV erstattet werden darf, das nicht nachgewiesen therapeutisch innovativ und damit wirtschaftlich ist.
2. Damit es zu keiner Verzögerung beim Zugang der Versicherten zu echten Innovationen kommt, muss die Wirtschaftlichkeit mittels einer beschleunigten Bewertung bereits während der Dauer des Zulassungsverfahrens noch vor Markteintritt geprüft werden. Ist die beschleunigte Bewertung zum Zeitpunkt der Zulassung noch nicht abgeschlossen, setzt der GKV-SpiV gemäß § 31 Abs. 2a SGB V im Falle einer medizinischen Dringlichkeit einen vorläufigen Erstattungspreis fest.
3. Für die beschleunigte Bewertung wie auch für die abschließende Prüfung wird das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nach § 139b Abs. 1 SGB V beauftragt. Es ist entsprechend diesem Auftrag finanziell und personell auszustatten und erhält vom Antragsteller alle mit dem neuen Wirkstoff im zugelassenen Anwendungsgebiet erhobenen veröffentlichten und unveröffentlichten klinischen Daten. Dies ist vom Hersteller eidesstattlich zu versichern. Der Versuch der unvollständigen oder verzerrten Datenpräsentation führt zur Verweigerung der Erstattungspflicht.
4. Das IQWiG gibt dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) eine Empfehlung. Der GBA reicht die Unterlagen der beschleunigten Erstprüfung der Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG unverzüglich an den GKV-Spitzenverband (GKV-SpiV) weiter. Dieser legt dann auf dieser Basis den vorläufigen Höchstpreis fest, der von der GKV zu zahlen ist.

5. Wurden unzureichende Studien vorgelegt, mit denen der Zusatznutzen und/oder die Wirtschaftlichkeit des neuen Arzneimittels vor Marktzugang nicht beurteilt werden kann, wird das Arzneimittel nach der Zulassung der Festbetragsgruppe einer vergleichbaren Wirkstoffgruppe zugeordnet.

6. Wurde im Falle der medizinischen Dringlichkeit für die Kostenübernahme durch die GKV ein Preis festgesetzt, der sich bei Prüfung des Sachverhalts als überhöht erweist, muss dieser den Krankenkassen vom Hersteller rückerstattet werden. Damit bei Zahlungsunfähigkeit eines rückzahlungspflichtigen Herstellers die temporär überhöhten Behandlungskosten nicht zu Lasten der Versicherten gehen, verpflichtet der Gesetzgeber dazu per Gesetz die Pharmazeutische Industrie, für diese Fälle eine Fonds-Lösung zu schaffen. In diesen Fonds muss jedes Pharmaunternehmen, dem seit 1990 die Zulassung für einen neuen Wirkstoff erteilt wurde, einen am Umsatz gemessenen prozentualen Anteil einzahlen.

Die Einführung einer sogenannten Vierten Hürde für neu zugelassene Arzneimittel, die unter Patentschutz stehen, stellt einen wichtigen Baustein sozialdemokratischer Gesundheitspolitik dar.

### **Weitere Vorschläge zur Arzneimittelpolitik**

Derzeit wird die Arzneimittelversorgung durch die Gesetzliche Krankenversicherung durch mehr als zwei Dutzend Steuerungsinstrumente reguliert, die sich teilweise widersprechen oder verstärken und teilweise ihren ursprünglichen Regelungszweck gar nicht erfüllen. Eine Überprüfung der Instrumente kann daher sinnvoll sein, wenn folgende Prämissen im Vordergrund stehen: Es darf nicht zu Mehrausgaben kommen, weitere Wirtschaftlichkeitsreserven müssen gehoben werden und die Qualität der Versorgung muss verbessert werden.

Die Einführung von Mehrkostenregelungen und damit die Einführung eines Systems von Grund- und Wahlleistungen lehnen wir ab. Sie hebeln das Solidar- und Bedarfsprinzip als auch das Sachleistungsprinzip aus. Die Versicherten erhalten so nicht mehr das, was medizinisch notwendig wäre, sondern lediglich das, was sie sich leisten können. Mehrkosten über einer Basisversorgung würden zudem nicht auf die Belastungsgrenze angerechnet und müssten voll vorfinanziert werden – was sich insbesondere Geringverdiener und sozial Schwache nicht leisten können.

Eine Mehrkostenregelung im Bereich der Rabattverträge würde das Instrument schwer beschädigen, wenn nicht gänzlich unwirksam machen. Kalkulationsgrundlage und Planungssicherheit von Kassen und Herstellern würden gleichermaßen erschüttert. Das Einsparpotenzial von heute geschätzt 800 Mio. Euro im Jahr könnte nicht mehr gehoben werden.

### **Zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung, aber auch zur Erhöhung der Transparenz gehören für uns beispielsweise:**

- Einführung des reduzierten Mehrwertsteuersatzes für alle Arzneimittel (= Reduzierung von 19 % auf 7 %).
  - Stärkung der Funktion des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bei der Bereitstellung unabhängiger, deutschsprachiger Informationen für Fachkreise und Öffentlichkeit.
  - Ausbau der bestehenden Infrastruktur zur pharmakologischen Ausbildung angehender Ärzte.
  - Weiterentwicklung und Stärkung bestehender unabhängiger Instrumente zur pharmakologischen Fort- und Weiterbildung von Apothekern sowie ambulant und stationär tätiger Ärzte und klinisch-pharmazeutischen Ausbildung für Apotheker, z.B. Pharmakotherapiezyklen
  - Gesetzliches Verbot jeglicher „pharmagesponsorter“ Fortbildung inklusive der hiermit korrespondierenden Regelungen in § 95d SGB V (Pflicht zur fachlichen Fortbildung = keine Fortbildungspunkte). Etablierung eines durch die Ärzteschaft bzw. ihrer Anstellungsträger sowie die gesetzliche und private Krankenversicherung finanzierten Fonds zur Finanzierung unabhängiger Fort- und Weiterbildung.
  - Beibehaltung des strikten Werbeverbots für verschreibungspflichtige Arzneimittel auf europäischer Ebene.
- Umsetzung einer Transparenzinitiative mit folgenden Eckpunkten:

gesetzliche Verpflichtung zur Registrierung aller klinischen Prüfungen im Deutschen Register für Klinische Studien (DRKS)

Publikationspflicht aller Studienergebnisse und Schaffung der Möglichkeit, Studienergebnisse im DRKS zu veröffentlichen. Dabei sind nicht nur alle Studienergebnisse zu neuen Arzneimitteln, sondern auch zu bereits zugelassenen Arzneimitteln zu veröffentlichen.

Pflicht zur Abgabe von fünf Prozent der Marketingausgaben der pharmazeutischen Industrie in einen Fonds zur Mitfinanzierung von Studien der öffentlich geförderten Versorgungsforschung, besonders bei chronischen und seltenen Krankheiten.

Pflicht zur detaillierten Offenlegung aller direkten und indirekten Zuwendungen an einzelne Wissenschaftler und, wissenschaftliche Institute insbesondere die Mitglieder der Ständigen Impfkommission.

Pflicht zur umfassenden Offenlegung von Sponsoring von Selbsthilfeorganisationen und -gruppen.

**Beschluss:**

**Angenommen**

**Weiterleitung an Parteivorstand**

**Antrag 20**  
**ASG-Hannover**

**Gleicher Steuersatz für Arzneimittel und Medizinprodukte**

Für Arzneimittel und Medizinprodukte wird ein einheitlicher Steuersatz von 7 % gefordert und das die durch die Absenkung des Umsatzsteuersatzes auf Arzneimittel ersparten Beträge zur Senkung der Arzneimittelpreise beitragen.

**Beschluss:**

**Angenommen**

**Überweisung an ASG-Bundesvorstand**

**Antrag 21**  
**ASG-Bayern**

**Werbeverbot für Medikamente**

Die ASG fordert ein Verbot der Werbung für apothekenpflichtige Medikamente in Rundfunk, Fernsehen, Internet und in Printmedien.

**Beschluss:**

**Angenommen**

**Weiterleitung an Parteivorstand und Bundestagsfraktion**

**Antrag 22**  
**ASG-Bayern**

**Atomausstieg**

Wie Studien belegen, entsteht durch AKW's und deren Atommüll ein erhöhtes Risiko, an Krebs zu erkranken, z.B. Leukämie bei Kindern! Daher wird die SPD - Bundestagsfraktion aufgefordert, an dem Beschluss, die Atomkraftwerke abzuschalten, festzuhalten und dessen Umsetzung aktiv zu unterstützen.

**Beschluss:**

**Angenommen**

**Weiterleitung an Bundestagsfraktion**

## *Antragsbereich Pflege*

### **Antrag 1 ASG-Bundesvorstand**

## **Positionen und Forderungen zur Weiterentwicklung der Pflege in Deutschland**

### **Zur Ausgangslage:**

1.

Alle reden von der älter werdenden Gesellschaft. Sie ist keineswegs Bedrohung, sondern Erfolg und Herausforderung zugleich.

Die steigende Lebenserwartung ist Ausdruck sich stetig verbessernder Lebensverhältnisse. Auch wenn die unteren sozialen Schichten unserer Gesellschaft an dieser positiven Entwicklung bisher nur unzureichend teilnehmen und hier ein dringender Handlungsbedarf zur Sicherung gleicher Lebenschancen für alle besteht, ist die Gesamtentwicklung dennoch ein enormer Erfolg unserer sozialen und ökonomischen Entwicklung.

Immer mehr Menschen werden gesund alt. Auch wenn die absolute Zahl der pflegebedürftigen Menschen steigt, ihr Anteil sinkt tendenziell.

Dennoch - Fakt ist: Die Zahl der Hochbetagten steigt, ebenso die der Mehrfachkranken, die Zahl der jungen Menschen ist rückläufig und der „Heimsog“ steigert bereits die Zahl der Heimunterbringungen pflegebedürftiger Menschen.

Weil die Leistungen der Pflegeversicherungen bereits jetzt die Kosten der Pflege nicht mehr ausgleichen, steigen die Finanzierungsanteile der Betroffenen ebenso wie der Anteil der öffentlichen Hände.

2.

Das geltende Pflegeversicherungsrecht postuliert „ambulant vor stationär“. Doch die Wirklichkeit sieht anders aus. Obwohl die Mehrheit der Menschen in der eigenen Häuslichkeit verbleiben will, geht der Trend in die entgegengesetzte Richtung. Eine Kurskorrektur mit einem Bündel von Maßnahmen ist dringend geboten. Dabei sind die bereits bestehenden gesetzlichen Vorgaben wie Prävention und Rehabilitation vor Pflege noch längst nicht verwirklicht. Hinzu kommen neue Pflege- und Versorgungsbedürfnisse bei den Menschen mit mehr Erfahrungen im selbstbestimmten Leben. Wenn die immer noch hohe familiäre Pflegebereitschaft erhalten bleiben soll, brauchen wir eine politische Offensive mit vielfältigen Maßnahmen zur Entlastung pflegender Angehöriger und zur Unterstützung bei der häuslichen Pflege.

3.

Die Lage ist nicht hoffnungslos, denn es fehlt weniger an professionellen Hilfen, sondern mehr an deren zeit- und bedarfsadäquaten Einsatz. Wir brauchen mehr Koordination und Kooperation medizinischer und pflegerischer Dienste und Leistungen, mehr kommunale Verantwortung zur Sicherung einer senioren gerechten sozialen Infrastruktur, die aktive Mitverantwortung der Pflege- und Krankenkassen bei der quartiersbezogenen Pflege- und Versorgungsorganisation, sowie ein kooperatives Selbstverständnis der Leistungsanbieter und Kostenträger. Wir

müssen weg kommen vom engagierten Einzelkämpfer hin zum kooperativen Miteinander.

Auch die Arbeitgeberverantwortung ist gefragt. Die zukünftige Arbeitsgesellschaft braucht alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, ebenso aber auch Menschen, die die Pflege und Versorgung hilfebedürftiger Angehöriger sichern. Deshalb sind pflege- und versorgungsgerechte Arbeitszeitregelungen ohne Nachteile für die Betroffenen dringend erforderlich.

4.

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2007 hat bereits einen Perspektivwechsel eingeleitet: Es wurde ein Individualanspruch auf Pflegeberatung etabliert und die Schaffung von Pflegestützpunkten mit integrierter Pflegeberatung festgeschrieben. Damit und mittels einer Vielzahl neuer Leistungen, wie z. B. höheren Geld- und Sachleistungen für die häusliche Pflege, poolen von Pflegeleistungen, der Förderung neuer Wohnformen, der Ausweitung der Leistungen für Demenzerkrankte und die Stärkung niedrigschwelliger Hilfen für demenziell Erkrankte sowie der Unterstützung des generationsübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements, soll die wohngebietsbezogene Pflegeorganisation gestärkt und die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit mehr gesichert werden.

5.

Pflegestützpunkte mit integrierter Pflegeberatung, mit kontinuierlicher, fachlich kompetenter Personalisierung und gesetzteskonformer Aufgabenstellung, sind wichtige Instrumente zur Sicherung des zukünftig noch sehr viel mehr geforderten „Hilfemixes“ aus: Selbst- und Fremdhilfe, Profi- und Laienpflege, Medizin, Pflege und Versorgung. Nicht irgendeine Beratung kann die häusliche Pflegeversorgung sichern, sondern nur eine fachlich anspruchsvolle Beratung, mit sozialarbeiterischer und pflegerischer Qualifikation, mit quartiersbezogener und regionalspezifischer Kompetenz kann die hohen Ansprüche für die Organisation passgenauer Hilfen erfüllen. Zwischen gesetzlichen Vorgaben und deren Umsetzung in den Bundesländern klaffen große Lücken. Sie müssen gesetzteskonform geschlossen werden, damit Zugangsgerechtigkeit und Teilhabe für Alle erreicht werden.

### **Forderungen zur Sicherung einer bedarfsgerechten Pflegeversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens**

Die Bewältigung der Herausforderungen der älter werdenden Gesellschaft ist eine Aufgabe für Viele. Die Sorge um eine möglichst langfristige Sicherung der häuslichen Versorgung ist mehr als die SGB XI-Umsetzung und dessen Weiterentwicklung. Eine konzertierte Aktion vieler gesellschaftlicher Kräfte ist notwendig:

1.

Aus **Bürgergemeinden** müssen **Sozialgemeinden** werden. Wir brauchen einen **Rechtsanspruch** auf eine **altersgerechte und behindertenfreundliche** kommunale **Infrastruktur** (Wohnen, Verkehr, wohnungsnaher Versorgung, Prävention usw.) Deshalb brauchen die Kommunen dringend ein auskömmliche Finanzausstattung. Ziel kommunaler Sozialpolitik muss die möglichst umfassende Sicherung selbstbestimmten unabhängigen Lebens – trotz diverser Handicaps – sein. Besonders die jeweils vorhandenen Potentiale der Hilfebedürftigen müssen gestärkt und erhalten werden, ebenso die des sozialen Umfeldes. Deshalb müssen alle Hilfen situationsadäquat und ressourcenfördernd gestaltet werden.

Dies gilt insbesondere für die demographiesensible Ausrichtung von Wohnungsbau und Sanierungsförderung. Eine einkommensabhängige öffentliche Förderung zur Ausgestaltung barrierefreier Wohnungen soll gesetzlich vorgegeben werden.

Die zunehmende Zahl hochbetagter Migrantinnen und Migranten erfordert in besonderer Weise die **kultursensible Ausrichtung** von Pflege und Versorgung. Hierzu müssen besonders die Kommunen mit eigenen Initiativen

beitragen.

2.

Die **Sozialversicherungen und die Sozialleistungsträger** (Kranken- und Pflegekassen, Sozialhilfeträger u. a.) müssen die nötige soziale Infra- und Leistungsstruktur als **gemeinsame Aufgabe** und Herausforderung ansehen.

Die gesetzliche Ausgestaltung in den Sozialgesetzbüchern müssen sehr viel stärker aufeinander bezogen und miteinander verzahnt werden. Dadurch sind **verbindliche Regeln der quartiersbezogenen Kooperation und Gestaltung** zu schaffen, ebenso sind die unterschiedlichen Verantwortlichkeiten so auszugestalten, dass bedarfsgerechte **Teilhabe und Effizienz** in der Leistungserbringung und –inanspruchnahme sowie die Vermeidung von Reibungsverlusten und Versorgungsbrüchen gesichert werden. Die „**integrierte Versorgung**“ muss verbindliche gesetzliche Vorgabe werden.

Die Kranken- und Pflegeversicherung und die kommunalen Sozialleistungsträger müssen die historische Chance ergreifen und über gemeinsam getragene Pflegestützpunkte mit integrierter Pflegeberatung eine bessere Organisation und Koordination medizinischer und pflegerischer Versorgung in den Wohnquartieren sichern sowie die individuelle Versorgung durch die Nutzung der vorhandenen Angebote situationsadäquat optimieren.

Bezüglich der gemeinsamen Trägerschaft und Finanzierung, der Qualitätssicherung und Evaluation sowie der verantwortlichen Führung der Pflegestützpunkte sind die vorhandenen gesetzlichen Vorschriften zu präzisieren. Über eine **Bund-Länder-Vereinbarung** ist die gesetzeskonforme Realisierung der Pflegestützpunkte bundesweit durchzusetzen.

3.

Die „falsche Programmierung“ von Gesundheits- und Pflegepolitik braucht eine Neuorientierung. Nur eine **Präventions- und Rehabilitationsoffensive** kann Pflegebedürftigkeit verhindern oder wenigstens hinaus schieben. Die Einlösung des Rechtsanspruchs auf geriatrische Rehabilitation, gerade in mobiler und ambulanter Form, muss endlich Wirklichkeit werden.

Voraussetzung hierfür ist die Verpflichtung der medizinischen Dienste im Rahmen der Pflegebegutachtung, das **Rehabilitationpotential** der Pflegebedürftigen differenziert zu benennen und erforderliche Maßnahmen möglichst konkret vorzuschlagen.

Die Kranken- und Pflegekassen sind zu verpflichten, bei ihren Leistungsentscheidungen diesen Vorschlägen zu folgen. Das im Rahmen der Pflegeberatung sicherzustellende Fallmanagement müsste dann für die bedarfsgerechte Umsetzung der rehabilitativen Maßnahmen inklusiv des sachgerechten Hilfsmiteleinsatzes sorgen.

Gezielte **Prophylaxe** wie z. B. Sturz- und Dekubitusvorsorge müssen nach SGB V verordnungsfähig werden.

Vom präventiven Hausbesuch als leistungsrechtlicher Anspruch in der medizinischen und pflegerischen Versorgung bis zur Bewegungs-, Ernährungs- und Kontaktförderung sollte die Präventionspalette in jeder Gemeinde bzw. im Wohnquartier reichen.

4.

**Pflege und Versorgung** müssen sich am Bedarf pflegebedürftiger Menschen orientieren. Kreative Leistungskombinationen sind gefragt (Tages-, Nacht-, Verhinderungs-, Kurzzeitpflege; Anleitung, Schulung und Begleitung ehrenamtlicher Hilfen usw.). Die Pflegeversicherung muss dazu in Stand gesetzt und die

Pflegeleistungsanbieter angereizt werden, mehr **Flexibilität in der Leistungsgewährung** sicher zu stellen.

Da es insbesondere bei allein lebenden Menschen immer häufiger zu **Problemen bei vorübergehendem Hilfe- und Pflegebedarf** kommt ist es erforderlich, auch bei nur vorübergehendem Hilfe- und Pflegebedarf einen **Pflegeanspruch zu etablieren**. Die medizinischen Dienste sollten die Möglichkeit erhalten, auch eine vorübergehende Einstufung vornehmen zu können. Hierdurch können nicht bedarfsnotwendige Heimunterbringungen und Krankenhausaufenthalte vermieden werden.

Weil wir mehr Kombilösungen aus Selbst- und Fremdhilfe, Profi- und Laienpflege individuell angepasst brauchen, sind auch die Hürden bei der fachgerechten Nutzung der **„persönlichen Budgets“** zu minimieren. Unabhängige Hilfen zur Inanspruchnahme dieser Budgets müssen sicher gestellt werden.

**Pflegequalität und Transparenz** brauchen zusätzliche Impulse.

Eindeutige, unmittelbar **pflegebezogene Qualitätskriterien** müssen bei der Bewertung von Pflegeleistungen dominieren. Die Kompensation „gefährlicher Pflege“ beispielsweise durch soziale Betreuungsleistungen ist abzulehnen und deshalb schnellstens zu korrigieren. Pflegestandards bedürfen der konkreten gesetzlichen Fixierung, damit im Rechtsstreit zur Durchsetzung dieser Kriterien die Würde des Pflegebedürftigen stets Vorrang hat vor der Gewerbe- und Berufsfreiheit der Pflegedienstleister.

Besonders durch die Stärkung der Rechte pflegebedürftiger Menschen können Qualität und Transparenz in der Pflege dauerhaft gesichert werden. Deshalb muss die **„Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“** sich auch in den medizinischen und pflegerischen Leistungsgesetzen als verbindliche Vorgabe wieder finden. Gleiches gilt auch für ein **„Patienten- und Verbraucherrechtgesetz in Gesundheit und Pflege“**.

Auch die nach Landesrecht eingerichteten so genannten **„Heimbeiräte“ bzw. „Bewohnerververtretungen“** brauchen als Interessenvertretungen der HeimbewohnerInnen gesetzlich garantierte Vertretungsrechte mit externer Unterstützung durch fachlich kompetente **„Ombudsfrauen und Ombudsmänner“**.

6.

**Demenz darf nicht zur Fortschrittsfalle werden.** Wenn diese, die Betroffenen und ihre Angehörigen enorm belastende Krankheit nicht zum Massenphänomen werden soll, brauchen wir schnellstens mehr öffentlich verantwortete und finanzierte ursachen- und therapiebezogene Forschung, ebenso gesetzliche Ansprüche in der Früherkennung und Vorsorge.

Die **„demenzsensible Region“** muss in nächster Zukunft das Ziel sein. Die in Deutschland in „Inseln“ erprobten Therapien, Präventionsangebote und Entlastungshilfen müssen endlich zur flächendeckenden Selbstverständlichkeit werden. Dazu sind gesetzliche Verpflichtungen zu schaffen.

Besondere Beachtung sollten dabei neben der umfassenden gesellschaftlichen Sensibilisierung und Qualifizierung bezüglich Demenz auch der Aufbau und die Begleitung alternativer Wohnformen sowie die Entwicklung und leistungsrechtliche Absicherung krankheitsspezifischer Therapien finden.

Damit Hospitalisierungskrisen durch stationäre Unterbringungen bei demenziell Erkrankten vermieden werden, sind spezielle gerontopsychiatrische Fachdienste als Konsiliar- und Liaisonsdienste flächendeckend aufzubauen.

Der neue **„Pflegebedürftigkeitsbegriff“** muss entsprechend der Vorschläge der ehemals hierfür eingerichteten Kommission schnellstens Wirklichkeit werden.

Auch in der Pflege muss, wie in der Behindertenpolitik, der **Paradigmenwechsel** vollzogen werden: **Weg von der Versorgung hin zur Teilhabe**. Bedarfsermittlungen und Leistungen müssen sich am Ziel eines würdigen,

selbstbestimmten und auch möglichst selbständigen Lebens orientieren. Deshalb muss die Aktivierung und Erhaltung der eigenen Ressourcen dominieren.

Der hierfür erforderliche finanzielle Mehrbedarf ist durch Beitragssteigerungen bzw. durch einen Solidarausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung zu decken. Kürzungen in den unteren Leistungsbereichen der Pflege darf es dabei nicht geben.

Mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs muss auch der zeitliche Pflege- und Betreuungsaufwand für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen eine angemessene rentenrechtliche Berücksichtigung finden.

7.

**Solidarität und Eigenverantwortung** müssen sich auch zukünftig bei der Finanzierung der pflegerischen Versorgung ergänzen. Eine Gewichtsverlagerung durch weniger Solidarität (Privatisierung des Pflegerisikos) negiert die bereits jetzt bestehende hohe Selbstfinanzierung in der Pflege und führt zur „Mehr-Klassen-Pflege“.

Die **Absicht** der jetzigen **Regierungskoalition**, die bisherige Umlagefinanzierung in der gesetzlichen Pflegeversicherung durch eine verpflichtende und individualisierte kapitalgedeckte Privatversicherung zu ergänzen bedeutet nichts anderes, als die Belastungen Einzelner zu erhöhen und perspektivisch auch in der Pflege die „**Kopfpauschale**“ einzuführen.

Wenn die „soziale Pflegeversicherung“ nur noch als Grundversorgung dienen und alle zukünftigen Bedarfe ohne Einkommensbezug über die private Pflegeversicherung finanziert werden sollen, bedeutet dies eine dramatische **Mehrbelastung der unteren Einkommensgruppen sowie der Rentnerinnen und Rentner**.

Zur Bewältigung der Herausforderungen der Pflege in einer älter werdenden Gesellschaft mit steigender Pflege- und Hilfsbedürftigkeit brauchen wir nicht weniger, sondern mehr Solidarität. Deshalb ist die bessere Alternative zu Endsolidarisierung und Privatisierung des allgemeinen Lebensrisikos Pflege die **Pflege-Bürger-Versicherung**.

Auf Grund des geringeren Pflegerisikos der Menschen in der privaten Pflegeversicherung werden dort bei gleichen Leistungen Milliarden angesammelt, während in der gesetzlichen Pflegeversicherung mit höherem Pflegerisiko der dort Versicherten mehr Geld als derzeit zur Verfügung steht, gebraucht wird..Notwendig ist, den „Geburtsfehler“ der Pflegeversicherung durch die **Zusammenführung von privater und gesetzlicher Pflegeversicherung** zu beseitigen.

8.

**Pflege und Versorgung** garantieren einen „**Beschäftigungsboom**“, erst recht, wenn wir im Rahmen eines **öffentlich geförderten Arbeitsmarkts** durch öffentlich geförderte reguläre, tarifgebundene Beschäftigungsverhältnisse als eine Alternative zur prekären und problembehafteten Beschäftigung osteuropäischer Arbeitskräfte schaffen. Dieses Tabu muss gebrochen werden. Die Sicherung der häuslichen Versorgung längerfristig zu betreuender Menschen durch eine **kombinierte Finanzierung professioneller und nichtprofessioneller Hilfen** für hilfebedürftige Menschen **aus öffentlichen und privaten Haushalten** („passiv für aktiv“ oder „Finanzierung von Arbeit statt Alimentierung von Arbeitslosigkeit“), sind die bessere Alternative für Alle. Hierzu brauchen wir konkrete gesetzliche Vorgaben im Pflegeversicherungsrecht aber auch in der Förderung von Beschäftigung Arbeit suchender Menschen.

9.

**Pflege und Erwerbstätigkeit** muss neben einander möglich werden. Hier liegt eine zentrale **Mitverantwortung bei den Arbeitgebern** und Betrieben. Pflege bei pflegebedürftigen Angehörigen muss auch neben der

Berufstätigkeit ohne Gehalts- und Karriereeinbußen leistbar sein. Dazu sind verbindliche gesetzliche Vorgaben, aber auch kreative Problemlösungen durch die Tarifpartner nötig.

Familie muss heute bedeuten, dass sich Eltern um ihre Kinder aber auch Kinder, Enkel oder Geschwister um ihre Eltern kümmern können. Deshalb ist die derzeit gültige gesetzliche **Regelung zur Freistellung vom Beruf** völlig unzureichend. Es ist nötig, dass das, was bei der Erkrankung von Kindern selbstverständlich ist, auch für die Hilfe bei plötzlicher Pflegebedürftigkeit von Angehörigen gilt. Keiner soll aus materiellen Gründen von der Pflege abgehalten oder ausgeschlossen werden. Die beruflichen Ausfallzeiten sind wie bei Erkrankung von Kindern zu vergüten.

Wir brauchen eine unkomplizierte Freistellung vom Beruf bei plötzlich auftretender Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen. Die gegenwärtigen Regelungen greifen zu kurz und benachteiligen Millionen Beschäftigte gerade in Kleinbetrieben. Angesichts der wachsenden Bedeutung von Kleinbetrieben als Arbeitgeber werden perspektivisch immer mehr Menschen von dem bestehenden gesetzlichen Anspruch ausgeschlossen.

Grundsätzlich ist eine Aufwertung der Arbeit pflegender Angehöriger und ihrer hierdurch erbrachten Leistungen dringend geboten. Die **Sorgearbeit für Kinder und pflegende Angehörige sollten gleichrangig behandelt werden**.

Deshalb ist es auch wichtig, die **Pflegezeiten rentenrechtlich besser zu bewerten**. Pflegebedingte Berufsunterbrechungen dürfen nicht zu niedrigerer Altersversorgung mit der Gefahr von Altersarmut führen. Bei der Pflege handelt es sich wie bei Kindererziehungszeiten um gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Daher sollten die **Beiträge gleichwertig steuerfinanziert** werden.

10.

In der älter werdenden Gesellschaft muss **geriatriische Kompetenz bei allen in Gesundheits- und Pflegeberufen** Tätigen Selbstverständlichkeit werden. Dazu sind die entsprechenden Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramme für alle Gesundheits- und Pflegeberufe zu überarbeiten.

Ebenso muss die medizinische und pflegerische Versorgung koordinierter, kooperativer, transparenter und qualitätsgesicherter werden. Weil multimorbide und pflegebedürftige Menschen nur multiprofessionell optimal versorgt werden können, brauchen wir eine systematische gemeinsame Qualifizierung aller beteiligten Professionen und eine entsprechende Versorgungsorganisation.

Ebenso ist eine **dauerhafte und hürdenfreie Finanzierung integrierter Versorgung** unter echter Einbeziehung von Pflegedienstleistungen („dritter Topf“) ohne Mehrbelastung der entsprechend versorgten Pflegebedürftigen dringend erforderlich.

11.

Trotz aller Hilfen für die häusliche und damit familiäre Pflege wird auch zukünftig professionelle Pflege vermehrt notwendig werden. Das Problem ist: **Wer pflegt in der Zukunft ?** Die rückläufige Zahl der Berufsanfänger und die Konkurrenz der Berufe erfordern eine **Offensive für die pflegenden Berufe, insbesondere eine radikale Verbesserung der Arbeits- und Vergütungsbedingungen** in der Pflege- und Gesundheitsbranche. Wir brauchen eine neue Umschulungs- und Weiterbildungsinitiative mit ausbildungsadäquaten Förderzeiträumen.

Gerade in der Pflege hat in den letzten Jahren eine enorme Arbeitsverdichtung stattgefunden. Dem muss entgegen gewirkt und die **Pflege als Beruf muss attraktiver werden**. Der verantwortungsvollen Arbeit der Pflegerinnen und Pfleger am Menschen muss höchste gesellschaftliche Anerkennung zuteil werden. Nur wenn wir ordentliche Arbeitsbedingungen und eine leistungsgerechte Bezahlung gewährleisten, werden wir in Zukunft genügend junge Menschen für die Pflegeberufe gewinnen können. Deshalb muss **gute Arbeit in der Pflege** sowohl politisches Ziel

als auch finanzierbare Regel in allen Einrichtungen der Pflege werden.

Es ist gut, dass es zwischenzeitlich den gesetzlichen **Mindestlohn als ersten Schritt zur Verbesserung der Entlohnung hin zu guter tariflicher Bezahlung in der Pflege** gibt. Die festgelegte Höhe ist unzureichend. Sie bedarf dringend der Steigerung.

12.

Die Sicherung der häuslichen Versorgung für möglichst viele Menschen aus allen sozialen Schichten braucht breite Bündnisse, konzertierte Aktionen und langen Atem.

Deshalb muss auch das **pflege- und versorgungsbezogene bürgerschaftliche Engagement** zukünftig anerkannter Gestalter im örtlichen und politischen Pflegealltag sein. Seine Präsenz in jeder Gemeinde und in jedem Wohnquartier ermöglicht quartiersbezogene Initiativen (z. B. Hilfen auf Gegenseitigkeit, pflegebezogenes Ehrenamt), die Initiierung und Unterstützung von barrierefreiem, genossenschaftlich organisiertem Wohnen, die frühzeitige Vorbereitung auf das Alter durch Information, Bildung und Beratung sowie breite Kampagnen zum „**Gesund älter werden**“. Deshalb brauchen die gesetzlich möglichen Leistungen gemäß § 45 SGB XI sehr viel mehr wissenschaftliche, fachliche und politische Aufmerksamkeit. Auch diese Leistungen müssen qualitätsgesichert und fachlich evaluiert werden.

13.

Die Politik in einer älter werdenden Gesellschaft braucht aber auch umfassend erfasste **Basisdaten** um daraus begründete Beschlüsse und Initiativen abzuleiten.

Mit der Einführung des SGB XI entstand die Bundespflegestatistik, die heute eine wichtige Informationsquelle über viele Strukturen und Prozesse, die zugelassenen Einrichtungen, Beschäftigungsfaktoren aber auch zu Zahlen zur Pflegebedürftigkeit nach SGB XI darstellt. Diese Grundlage sollte bei einer zukünftigen Reform der Pflegeversicherung zu einer umfassenderen **Pflegeberichterstattung (PBE)** analog der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes entwickelt und zentral an einer zuständigen Stelle angesiedelt werden. Die Pflegeepidemiologie, der Pflegearbeitsmarkt, die Pflegeausbildung, die Angebotsstrukturen und die Selbsthilfe sollten hierin zukünftig systematisch erhoben werden.

Auch dies wäre ein Beitrag zur Pflege-transparenz und zur profilierten Begründung pflegepolitischer Maßnahmen.

**Beschluss:**

**Angenommen**

**Weiterleitung an Parteivorstand , AG 60 plus und Bundestagsfraktion**

**Antrag 2**  
**ASG-Bundesvorstand**

**Sicherung der Pflege für behinderte Menschen in der Eingliederungshilfe**

Die beiden Versorgungssysteme Pflege und Eingliederungshilfe bedürfen zukünftig der stärkeren Flexibilisierung und Durchlässigkeit, um den ganzheitlichen Unterstützungsbedarfen der pflegebedürftigen behinderten Menschen gerecht zu werden. Um dies zu erreichen, wird die SPD-Fraktion im Bundestag in den Ausschüssen für Gesundheit sowie für Arbeit und Soziales aufgefordert, die folgenden Maßgaben in die einschlägige Gesetzgebung einzubringen:

Es müssen die gesetzlichen Grundlagen dafür geschaffen werden, dass Pflege nach SGB XI auch in Behinderteneinrichtungen erbracht werden kann und dass ggf. stationärer Pflegebedarf in diesen Einrichtungen aufwandsangemessen zusätzlich zur Eingliederungshilfe (SGB XII) nach SGB XI finanziert wird. Die Pflegeheime müssen zielgruppenorientierte Angebote vorhalten, die den besonderen Bedürfnissen von geistig und psychisch behinderten Menschen entsprechen. Pflege- und Behindertenberatung sollen organisatorisch unter einem Dach besser verknüpft werden können. Es macht wenig Sinn, neben einem Netz von Pflegestützpunkten auf kommunaler Ebene separate Beratungs- und Anlaufstellen für behinderte Menschen zu errichten.

**Beschluss:**

**Angenommen**

**Weiterleitung an Parteivorstand, AG 60 plus und Bundestagsfraktion**

**Antrag 3**  
**ASG-Hannover**

**Vereinheitlichung der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche**

Es wird gefordert, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe für Kinder- und Jugendliche einheitlich im Sozialgesetzbuch VIII (SGB VIII) geregelt werden.

**Beschluss:**

**Angenommen**

**Weiterleitung an Parteivorstand, AfB und Bundestagsfraktion**

## **Antrag 4**

### **ASG-Rheinland-Pfalz**

## **Pflegeleistungen**

1. Der Rahmen für die Erstellung der Bewertungskriterien der Pflegeleistungen gem. § 115 Abs. 1a SGB XI ist im Gesetz genauer zu regeln.

Die Selbstverwaltung ist zu verpflichten, mindestens folgende Vorgaben aufzunehmen:

a. Erhebliche Pflegefehler müssen dazu führen, dass die Bewertung der Pflegeeinrichtung deutlich abfällt.

Erhebliche Pflegefehler stellen mindestens folgende Mängel dar:

o Unzureichende Flüssigkeitsversorgung einer/eines zu Pflegenden

o Unzureichende Ernährung einer/eines zu Pflegenden

o Mangelhafte Prophylaxen

o Unzulässige freiheitsentziehende Maßnahmen

o Mangelhafte soziale Betreuung.

b. Abgesehen davon, dass eine Vielzahl von Kriterien in die Bewertung einfließen soll, müssen diese auch gewichtet werden.

c. Den Prüfern ist bei der Bewertung der Einzelkriterien – soweit geeignet – ein gestufter Beurteilungsspielraum zuzubilligen.

d. Bei der Personalbesetzung ist auf eine hinreichende Ausbildung zu achten. Außerdem müssen Schichtpläne überprüft und im Bedarfsfall angepasst werden.

3. Die Überarbeitung der Bewertungskriterien ist kurzfristig abzuschließen; spätestens binnen eines Jahres nach Inkrafttreten dieser Regelung.

**Beschluss:**

**Angenommen**

**Weiterleitung an Parteivorstand und Bundestagsfraktion**

## **Antrag 5** **ASG-Hessen-Nord**

### **Änderung Pflegezeitgesetz**

Die Bundesregierung wird aufgefordert:

- Die nach dem Pflegezeitgesetz mögliche Freistellung von Arbeitnehmern für die Pflege von Angehörigen zu modifizieren.
- Den Beschäftigten, die ihre kranken Angehörigen zu Hause pflegen, soll ein Verdienstaufschlag neben dem Pflegegeld gezahlt werden. Der Anspruch auf Freistellung soll bis zu 5 Jahre ermöglicht werden

- Pflegestufe 1: 25 % Teilzeitananspruch

- Pflegestufe 2: 50 % Teilzeitananspruch

- Pflegestufe 3: 100 % Freistellung

Der Anspruch des Verdienstaufschlages soll 80 % betragen – Barleistungen der Pflegekasse (Pflegegeld) sind anzurechnen.

Die Auszahlung des Verdienstaufschlages erfolgt über die Arbeitgeber. Die Organisation der Refinanzierung erfolgt über die Pflegekassen als Umlageversicherung analog den Regelungen beim Mutterschaftsgeld als U3-Versicherung; getragen von allen Arbeitgebern. Der zur vollständigen Deckung erforderliche Umlagesatz ist per Rechtsverordnung für alle Pflegekassen einheitlich festzusetzen.

Der § 1 Abs. 2 und 3 des Gesetzes über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz - AAG) ist um den o. g. Personenkreis zu ergänzen und die folgenden §§ entsprechend anzupassen.

Ebenso ist der o. g. Personenkreis in die §§ 1 bis 5 und 8 im Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge (Teilzeit- und Befristungsgesetz - TzBfG) aufzunehmen bzw. dieses Gesetz entsprechend der o. g. Zielrichtung zu modifizieren.

**Beschluss:**

**Überweisung an ASG-Bundesvorstand**

**Antrag 6**  
**ASG-Bayern**

**Niedrigschwellige Reha**

Die ASG wird aufgefordert, sich für den Aufbau einer niedrigschwelligen geriatrischen Rehabilitation in der stationären und ambulanten Pflege durch weitergebildetes Fachpersonal im Sinne einer weiterführenden Nachsorge einzusetzen.

**Beschluss:**

**Angenommen**

**Weiterleitung an Parteivorstand, Bundestagsfraktion und Landtagsfraktionen**

**Antrag 7**  
**ASG-Bayern**

**Fortführung der Finanzierung der dreijährigen Pflegeausbildungen**

Die Bundesdelegiertenversammlung fordert die Bundespartei und die Bundestagsfraktion auf sich für die Fortführung der Förderung der dreijährigen Pflegeausbildungen durch die Bundesagentur für Arbeit einzusetzen, um den sich abzeichnenden Fachkräftemangel in der Alten und Krankenpflege entgegenzuwirken.

**Beschluss:**

**Angenommen**

**Weiterleitung an Parteivorstand, Bundestagsfraktion und Landtagsfraktionen**

**Antrag 8**  
**ASG-Bundesvorstand**

**Pflegekammer**

Die Bundesdelegiertenkonferenz hält Pflegekammern nicht für ein geeignetes Instrument zur Verbesserung der Situation und des Ansehens beruflich Pflegender. Die Bundesdelegiertenkonferenz lehnt daher die Errichtung von Pflegekammern ab.

**Beschluss:**

**Angenommen**

**Weiterleitung an Parteivorstand, Bundestagsfraktion und Landtagsfraktionen**

**Antrag 9**  
**ASG-Schleswig-Holstein**

**Zusätzliche Betreuungsleistungen (§87b SGB XI)**

Die in § 87b Absatz 2 Satz 3 SGB XI eingefügte Bestimmung, dass „...die Träger der Sozialhilfe [...] mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden [dürfen]“ gestrichen wird und festzulegen, dass auch die Menschen mit beeinträchtigter Alltagskompetenz, die nicht pflegeversichert sind, Leistungen der zusätzlichen Betreuung erhalten. Es sind Regelungen zu treffen, dass die Finanzierung der zusätzlichen Betreuung der Sozialhilfeträger zu tragen hat.

**Beschluss:**

**Angenommen**

**Weiterleitung an Parteivorstand, Bundestagsfraktion und Landtagsfraktionen**