

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

15. November 2008 in Berlin



**ANPACKEN.
FÜR UNSER LAND.**

BESCHLÜSSE

Antrag: 1

Antragsteller: ASG-Bundesvorstand

Betreff: **Gesund und sicher Leben:
Eckpunkte der ASG für ein solidarisches und leistungsfähiges Gesundheitssystem im
vorsorgenden Sozialstaat**

I. Unser Ziel: Eine bessere Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger

Gleiche Gesundheitschancen und die Absicherung des allgemeinen Lebensrisikos Krankheit sind für alle Menschen wesentliche Voraussetzungen für Freiheit in ihrer Lebensgestaltung und für gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe. Sie tragen zu einem würdigen Leben, zu einer guten Lebensqualität, zum gesellschaftlichen Wohlstand, zu ökonomischer Prosperität und damit zum gesellschaftlichen und sozialen Frieden bei. Dem dient insbesondere ein solidarisch finanziertes Gesundheitswesen. Eine weitere Privatisierung von gesundheitlichen Risiken, wie sie CDU und FDP wollen, lehnen wir ab. Erfolgreiche Gesundheitspolitik, die die Solidarität bewahrt und Spitzenmedizin für alle bezahlbar macht, ist ein Markenzeichen der SPD.

Die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen bekennt sich zu einer solidarischen und vorsorgenden Gesundheitspolitik, wie sie im Hamburger Programm der SPD verankert ist. Diese setzt bei der Vermeidung von Krankheiten und dem Erhalt von Gesundheit an. Sie zielt ebenso auf Heilung und Rehabilitation wie auf ein menschenwürdiges Leben mit unheilbaren Erkrankungen. Auch damit verwirklichen wir den vorsorgenden Sozialstaat.

Ziel glaubwürdiger Gesundheitspolitik ist die Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit aller Bürger. Dies erreicht ein moderner Staat, in dem er die Gesundheit seiner Bevölkerung als Zielbeschreibung in seine Verfassung aufnimmt und entsprechende Gesundheitsziele auf allen staatlichen Ebenen formuliert. Die Definition von Gesundheitszielen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und muss unabhängig von einzelwirtschaftlichen Interessen erfolgen. Erstes und vorrangiges Ziel staatlicher Gesundheitspolitik muss der barrierefreie Zugang für alle Wohnbürger und zwar unabhängig von der „Höhe des Geldbeutels des Einzelnen“ zur medizinisch notwendigen Versorgung mit vollem Einschluss der menschlichen Zuwendung und des medizinischen Fortschritts sein.

Sozialdemokratische Gesundheitspolitik muss in Zukunft noch stärker darauf ausgerichtet sein, Prävention und eine gute medizinische Versorgung in allen Lebensbereichen für alle Menschen in gleicher Weise sicherzustellen. Wir nehmen die Herausforderungen durch den sozialen und demografischen Wandel an und gestalten ihn mit dem Ziel, bessere Gesundheitsvor- und -fürsorge für alle Bürgerinnen und Bürgern unabhängig von sozialer oder ethnischer Herkunft, Religion, Alter, Geschlecht, Behinderung und Einkommen zu verwirklichen.

Medizinischer Fortschritt hat die Aufgabe, eine kontinuierliche Verbesserung der patientenorientierten Medizin und der Versorgungsqualität sowie der Lebensqualität von Kranken und Gesunden herbeizuführen. Innovationen müssen deshalb allen Menschen gleichermaßen zeitnah zugänglich sein.

Die Gesundheitswirtschaft in Deutschland ist ein Wachstumsfeld. In ihr arbeiten insgesamt 4,3 Millionen Menschen. Die Gesundheitswirtschaft ist damit die beschäftigungsstärkste Branche in Deutschland, in der Investitionen produktiv eingesetzt sind.

II. Die Herausforderungen für eine moderne Gesundheitspolitik

Die Welt verändert sich, die Bundesrepublik Deutschland auch. Unser Land durchläuft einen gesellschaftlichen und ökonomischen Strukturwandel. Dieser Wandel hat tiefgreifende Auswirkungen auch auf das Gesundheitssystem.

Die Bundesrepublik Deutschland steht in einem verschärften internationalen wirtschaftlichen Wettbewerb. Die daraus resultierenden Veränderungen in der Arbeitsgesellschaft haben Auswirkungen auf die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Es gibt eine deutliche Zunahme sog. atypischer Beschäftigungsformen. Das traditionelle Normalarbeitsverhältnis – unbefristet und mit geregelten Arbeitszeiten – verliert an Bedeutung. Mehr und mehr tragen andere Einkunftsarten zum Gesamteinkommen bei. Das arbeitslohnbasierte Beitragssystem stößt dadurch an seine Grenzen, eine umfassende Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu gewährleisten. Ebenso lässt mit der Zahl der Normalarbeitsverhältnisse auch die Tarifbindung nach. Damit verbunden ist ein sinkender Arbeits- und Gesundheitsschutz, was zu Arbeitsausfall und zu steigenden Kosten bei Behandlung und Rehabilitation berufsbedingter Gesundheitsschäden führt.

Auch in Deutschland sind wir mit einer in den letzten Jahren wachsenden Kluft zwischen Arm und Reich konfrontiert. Dies hat Auswirkungen auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung. Es ist nach wie vor zutreffend: Gesundheit und Pflegebedürftigkeit hängen auch mit der sozialen und ökonomischen Situation zusammen. Menschen mit niedrigerem sozialem Status leben und arbeiten mit höheren gesundheitlichen Risiken, sie erkranken früher und schwerer und haben weniger Ressourcen, sich für den Erhalt oder die Wiederherstellung ihrer Gesundheit zu engagieren. Diese zunehmende Kluft im Gesundheitszustand und damit in der Lebenserwartung hat weitreichende Folgen für die Zukunft unseres Landes.

Deshalb brauchen wir ein nachhaltiges Gegensteuern durch eine verteilungsgerechte soziale und ökonomische Entwicklung und mehr gesundheitliche Prävention. Staat und Gesellschaft müssen sich in der Zukunft nicht nur daran messen lassen, wie Gesundheit gesichert und Krankheiten vorgebeugt werden kann, sondern vor allem auch daran, wie es gelingt, gesundheitsförderliche Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen zu realisieren. Lebensqualität und damit Gesundheit zu erhöhen, ist eine Querschnittsaufgabe aller Politikbereiche. Neben der besseren Nutzung von Bildungschancen ist die gleichberechtigte Teilhabe an Gesundheitsvor- und -fürsorge die zentrale Gerechtigkeitsfrage für unser Land.

Eine auseinanderdriftende Gesellschaft birgt auch die Gefahr der Entwicklung einer Zwei-Klassen-Medizin in sich: In jene, die sich kostenintensive, moderne Therapieformen leisten und andere, die daran nicht teilhaben. Dies ist in einer sozialen Demokratie nicht hinnehmbar und widerspricht dem Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes. Für uns ist klar: Niemand darf von sozialer Teilhabe und vom medizinischen Fortschritt abgekoppelt werden. Deshalb brauchen wir mehr Solidarität und eine adäquate Versorgung für alle im Gesundheitssystem und keinesfalls weitere Individualisierungen und Privatisierungen gesundheitlicher Leistungen.

Vor diesem Hintergrund sind wir stolz, dass wir durch unsere Politik auf Bundes- und Länderebene tiefgreifende soziale Spaltungen im Sozial- und Gesundheitsbereich, wie sie in anderen Staaten zu beobachten sind, verhindern konnten. Die gesetzliche Krankenversicherung ist dafür die tragende Säule. Wir Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten haben dafür gesorgt,

- dass weiterhin alle medizinisch notwendigen Leistungen solidarisch finanziert werden – und niemand auf therapeutische Fortschritte verzichten muss;
- dass kranke Menschen auch durch Eigenbeiträge nicht finanziell überfordert werden;
- dass alle Menschen krankenversichert sind.

Diese Kernanliegen müssen wir auch in Zukunft bewahren und neue Herausforderungen annehmen.

Unser Ziel ist auch weiterhin eine flächendeckende, bedarfsgerechte und für jeden ohne Hürden zugängliche medizinische Versorgung sicherzustellen. Dazu werden wir alle relevanten Akteure in die Verantwortung nehmen: Krankenkassen, Ärzte und ihre Organisationen, Krankenhäuser, Apotheker, die Pharmabranche und alle anderen Berufsgruppen, aber auch Bund, Länder und Gemeinden.

III. Handlungsfelder sozialdemokratischer Gesundheitspolitik

1. Für eine gerechte, solidarische Finanzierung: Die Bürgerversicherung

Gleichberechtigte Teilhabe am Gesundheitssystem und damit gleiche Gesundheitschancen für alle sind zentrale Voraussetzungen für Freiheit, für ein Leben in Würde und Wohlstand, für gleiche Teilhabe in der Gesellschaft und für ökonomischen Fortschritt. Ein Mangel an gesundheitlicher Vor- und Fürsorge schwächt die Einzelnen und reduziert damit die Leistungsfähigkeit unserer Gesellschaft als Ganzes. Daher liegt die Sicherstellung und Wiederherstellung der Gesundheit im Interesse aller. Sie muss deshalb eine solidarische Aufgabe aller Bürgerinnen und Bürger sein. Entsprechend ihrer individuellen ökonomischen Leistungsfähigkeit muss jeder/jede dazu beitragen. Deshalb streben wir weiterhin eine Bürgerversicherung an, in der sich niemand der Solidarität entziehen kann. Ihre Einführung ist der gerechteste Weg, die Gesundheitsversorgung für alle zu gewährleisten. Sie ist Voraussetzung für gesellschaftlichen und ökonomischen Fortschritt.

Zur Einführung einer Bürgerversicherung streben wir in einem ersten Schritt die Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung (PKV) in den Gesundheitsfonds an. Der Gesundheitsfonds ist in Verbindung mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ein Instrument zur gerechteren Finanzverteilung im bisherigen Finanzierungssystem der GKV. Um dieses Ziel nachhaltig zu erreichen, muss der Gesundheitsfonds ständig eine 100-prozentige Ausgabendeckung der GKV gewährleisten. Eine Unterdeckung führt zu Belastungen, die allein die Versicherten mit einem kassenindividuellen Zusatzbeitrag zu tragen haben. Diesen Zusatzbeitrag lehnt die ASG als Beleg für einen weiteren Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung der GKV und als Risiko für weitere gefährliche Individualisierungen und Privatisierungen ab.

- Stattdessen fordert die ASG, dass die Bundesregierung eine jährliche Überprüfung des notwendigen Einheitsbeitragssatzes vornimmt, den Beitrag in der erforderlichen Höhe so festsetzt, dass der Fonds stets 100 Prozent der bundesdurchschnittlichen GKV-Ausgaben finanziert und die Versicherten durch keinen weiteren Zusatzbeitrag belastet werden. Kopfpauschalen, auch in Form kassenindividueller Zusatzbeiträge lehnen wir ebenso ab wie Sonderbeiträge für Versicherte. Die Finanzierung versicherungsfremder und gesamtgesellschaftlicher Aufgaben der GKV ist durch Steuern zu sichern. Die beitragsfreie Familienversicherung als zentrales Element der solidarischen GKV bleibt unangetastet. Aktuell fordern wir ein kostengerechte Beitragspauschale aus Steuermitteln für die Bezieher von ALG II und eine Halbierung des Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel. Diese Maßnahmen würden alle Beitragszahler direkt entlasten und die Beitragsgerechtigkeit erhöhen.

Auch der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich muss so ausgestaltet werden, dass alle kostenaufwendigen Erkrankungen, Krankheitskomplexe und Versorgungssituationen abgebildet werden. Nur so kann ausgeschlossen werden, dass es neben den berücksichtigten Fällen zu einem sog. „Rosinenpicken“ bei den Risiken kommt.

Die ASG fordert weiterhin eine klare Entscheidung für eine Krankenversicherungs-Finanzreform im Sinne einer Bürgerversicherung. Ziel ist die nachhaltige, sozial gerechtere Anpassung der finanziellen Ressourcen an den tatsächlichen Bedarf eines modernen Gesundheitswesens. Dies bedeutet:

- Alle Bürgerinnen und Bürger sind in der GKV pflichtversichert.
- Der gesetzlich definierte Pflichtleistungskatalog des Sozialgesetzbuchs umfasst die medizinisch notwendige, ausreichende, den medizinischen Fortschritt berücksichtigende Vollversorgung aller Wohnbürger. Wir halten am Sachleistungsprinzip fest.
- Die Finanzierung erfolgt paritätisch von Arbeitnehmern und Arbeitgebern;
- Zur Entlastung des Faktors Arbeit lohnintensiver Betriebe/Unternehmen wird der lohnbezogene Arbeitgeberbeitrag aufkommensneutral zusätzlich durch eine Bruttowertschöpfungsbasis ergänzt.
- Die Beitragspflicht der Mitglieder wird um Vermögenseinkünfte verbreitert. Dies kann unter einer allgemeinen oder aber unter getrennten Beitragsbemessungsgrenzen geschehen. In der Folge kann der lohnbezogene Beitrag für alle Arbeitnehmer und Arbeitgeber gesenkt werden.
- Die Beitragsbemessungsgrenze wird für Lohn Einkommen schrittweise, jedoch erst nach der Einführung der Bürgerversicherung, auf die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung angehoben.

2. Medizinischer Fortschritt für alle

Deutschland gehört zu den weltweit wichtigsten Innovationsstandorten im Gesundheitsbereich. Hier werden neue Ansätze für eine effizientere Behandlung mit weniger Nebenwirkungen oder gar für eine Heilung von bisher nicht heilbaren Erkrankungen gefunden. Die Erfolge z.B. der Minimal-invasiven Chirurgie oder der innovativen Prothetik zeigen die Möglichkeiten der Medizintechnik für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, aber auch ihre Exportchancen.

Dieser Fortschritt hat seinen Preis: Der Einsatz z.B. molekularbiologischer oder biotechnologischer Verfahren bzw. von neuen Krebsarzneimitteln ist mit erheblichen Kosten verbunden. Die Finanzierbarkeit einer Krankenversicherung der Zukunft wird maßgeblich davon abhängen, wie die Finanzierung von Innovationen organisiert sein wird.

Wir wollen, dass dieser maßgeblich in Deutschland und teilweise mit staatlicher Unterstützung entwickelte Fortschritt der gesamten Bevölkerung zeitnah zur Verfügung steht. Es wäre unethisch und mit dem Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes nicht vereinbar, Patientinnen und Patienten aus Kostengründen innovative Therapien vorzuenthalten. Ebenso unethisch wäre es aber, die Versichertengemeinschaft für Therapien aufkommen zu lassen, deren Nutzen gegenüber einer bewährten Therapie minimal im Verhältnis zu ihren Kosten ist.

Wir setzen deshalb auf eine konsequente Kosten-Nutzen-Bewertung innovativer Therapien. Wichtig dabei ist Innovationen und ihre Kosten in ihren komplexen Zusammenhängen zu bewerten: Arzneimittelinnovationen beispielsweise können stationäre Therapien substituieren oder sogar Pflegebedürftigkeit verhindern.

Wichtig ist aber auch, die Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten und anderen Gesundheitsberufen über innovative Therapien in Fortbildungen etc. nicht Hersteller- oder Vertriebsfirmen zu überlassen. Im Interesse einer nutzenorientierten und damit kosteneffizienten Versorgung bedarf es einer interessenunabhängigen Organisation zertifizierter Fortbildung, an der sich die Leistungserbringer maßgeblich beteiligen müssen.

Um eine qualitativ hochwertige und kosteneffiziente Versorgung zu gewährleisten, müssen Therapien nicht nur unter Labor- sondern auch unter Alltagsbedingungen entwickelt werden. Dazu bedarf es verstärkter Anstrengungen auf dem Gebiet der Versorgungsforschung, an deren Finanzierung sich die öffentliche Hand stärker beteiligen muss. Gerade Erkenntnisse aus diesem Bereich werden maßgebliche Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitspotenziale für alle

Sozialversicherungszweige eröffnen.

Die Forschung über die geschlechts- und altersspezifischen Unterschiede bei Diagnostik und Therapie von Erkrankungen und das unterschiedliche Vorsorgeverhalten muss verstärkt und in der Gesundheitsversorgung von Männern und Frauen berücksichtigt werden. Wir wollen das Genderprinzip im Gesundheitswesen fest verankern. Ebenfalls wollen wir, dass die Bedürfnisse von Kindern in der Forschung gesondert berücksichtigt werden, insbesondere auch die Forschung von Säuglings- und Kleinkindmedikation.

3. Mehr Gesundheit erreichen: Prävention ausbauen

Für die ASG ist moderne Prävention Kernstück vorsorgender Gesundheitspolitik. Die ASG setzt sich nachhaltig dafür ein, dass ein umfassendes Präventionsgesetz, welches die Verhältnis- und Verhaltensprävention gleichermaßen sicherstellt, so schnell wie möglich zustande kommt. Wir bedauern, dass die Union bislang jeden Fortschritt in diesem Bereich blockiert.

Mit dem Präventionsgesetz muss vor allem die nicht-medizinische Primärprävention gestärkt werden. Wir brauchen realistische und akteursübergreifende Gesundheitsziele als Handlungsrahmen sowie Qualitätssicherung und Evaluation bzgl. der Effektivität aller Präventionsmaßnahmen.

Prävention muss zugleich dazu beitragen, soziale und geschlechtsspezifische Ungleichheiten zu verringern. Insbesondere muss Prävention bei den Lebenswelten der Menschen ansetzen. Maßnahmen und Programme müssen zielgruppengerecht geplant und umgesetzt werden und dabei die jeweiligen Lebensmuster unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen berücksichtigen.

Bund, Länder, Kommunen und alle Sozialversicherungsträger sowie die Private Krankenversicherung müssen die Verantwortung bei der Finanzierung und Organisation dieser Zukunftsinvestitionen gemeinsam übernehmen. Wir müssen dafür sorgen, dass Deutschland in der gesundheitlichen Prävention und in der Vermeidung chronischer Erkrankungen eine internationale Spitzenposition einnimmt.

Besonders investieren müssen wir in die frühkindliche Gesundheitsvorsorge und in die Erziehungskompetenz der Eltern. Dazu gehören vor allem auch gute Ernährung sowie Vorsorgeuntersuchungen und Elternberatung.

„Gesund alt werden“ ist eine zentrale Aufgabe der Zukunft. Gezielte und systematische Gesundheitsvorsorge hat dabei eine wichtige Funktion, um die Lebensqualität mit zunehmendem Alter zu erhalten und Pflegebedürftigkeit vorzubeugen.

Besondere Beachtung ist auch der Früherkennung und Frühbehandlung von Demenz zu schenken. Oft lassen sich demenzielle Verläufe mit geeigneten Maßnahmen wesentlich entschleunigen. In vielen Fällen lässt sich durch die Organisation erforderlicher Hilfen und die Entlastung des sozialen Umfelds ein längerer Verbleib in der eigenen Wohnung erreichen.

Im Zentrum der Prävention müssen zukünftig Vorsorgemaßnahmen gegen chronische Krankheiten stehen. Vorbeugen zahlt sich hier besonders aus, denn diese Krankheiten verursachen überdurchschnittlich hohe Kosten und beeinträchtigt viele Jahre die Lebensqualität und die Produktivität der Betroffenen.

In einer Zeit, die von der Notwendigkeit einer längeren Lebensarbeitszeit geprägt ist, müssen auch der Arbeitsschutz und der Erhalt der gesundheitlichen Beschäftigungsfähigkeit im Fokus einer offensiven Präventionspolitik sein. Investitionen in den betrieblichen Gesundheitsschutz sind Investitionen in die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen, die von gut qualifiziertem und gesundem Personal besonders profitieren. Die Wirtschaft ist hier auch selbst gefordert, ebenso die sozialen Sicherungssysteme und die öffentliche Verantwortung.

In einer Zeit, die von der Notwendigkeit einer längeren Lebensarbeitszeit geprägt ist, müssen die Bestimmungen zum Arbeitsschutz und zur Arbeitssicherheit wirksam durchgesetzt werden und der Erhalt der gesundheitlichen Beschäftigungsfähigkeit im Fokus einer offensiven Präventionspolitik stehen. Investitionen in den betrieblichen Gesundheitsschutz sind Investitionen in die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen, die von gut qualifiziertem und gesundem Personal besonders profitieren. Die stärkere Einbindung von Arbeitsmedizinern und Betriebsärzten in die gesamte medizinische Betreuung und Prävention ist dringend geboten. Die Wirtschaft ist hier auch selbst gefordert, ebenso die sozialen Sicherungssysteme und die öffentliche Verantwortung.

Prävention und Gesundheitsförderung sind sowohl Herausforderungen für jeden Einzelnen als auch für die Gesamtgesellschaft: Die steigende Lebenserwartung bei gleichzeitiger Häufung chronischer Erkrankungen und die immer weiter auseinanderklaffende Schere sozial bedingter Ungleichheit mindern Gesundheitschancen und Teilhabemöglichkeiten vieler Menschen und reduzieren ihre ökonomische Produktivität.

4. Lebensqualität stärken: Für eine gute Pflege sorgen

Die demografische Entwicklung stellt unsere Gesellschaft vor große Herausforderungen. Mit der Pflegereform 2008 wurden wichtige Grundlagen für die Zukunft der Pflege gelegt. Die Leistungen wurden erhöht und werden ab 2015 dynamisiert, die Pflegestützpunkte bieten eine flächendeckende unabhängige Beratung für Pflegebedürftige und ihre Angehörige, die Pflegeleistungen wurden flexibler und demenziell erkrankte Menschen erstmals umfassend in die Leistungen der Pflegeversicherung mit einbezogen.

In der nächsten Wahlperiode müssen weitere Reformschritte folgen:

- Wir wollen die Bürgerversicherung entlang der beschriebenen Prinzipien auch im Bereich der Pflege einführen.
- Mit der Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wollen wir die Hilfen der Pflegeversicherung zielgenauer auf die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ausrichten.
- Zusammen mit Ländern und Gemeinden müssen in den nächsten Jahren die Hilfen vor Ort so weiterentwickelt werden, dass für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen wohnortnahe Unterstützungsangebote zur Verfügung stehen und die häusliche Pflege auch bei reduzierten familiären Ressourcen gestärkt werden kann.
- Für nahe Angehörige wollen wir je Pflegebedürftigen einen bezahlten Freistellungsanspruch von bis zu 10 Tagen einführen, um ihnen die Zeit zur Organisation der Pflege zur Verfügung zu stellen.
- Professionelle Pflege und Familienselbsthilfe, Nachbarschaftshilfe und Bürgerhilfe für Menschen mit Pflegebedarf sollen stärker verknüpft werden mit dem Schwerpunkt der Förderung von Selbst-, Nachbarschafts- und Bürgerhilfe. Dafür müssen die im Pflegeweiterentwicklungsgesetz vorgesehenen finanziellen Förderungen ausgenutzt und durch weitere Förderungen anderer Leistungsträger ergänzt werden.

5. Potenziale nutzen: Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Eine versichertenorientierte und flächendeckende medizinische, rehabilitative, pflegerische und soziale Versorgung ist unabdingbar für eine älter werdende Gesellschaft. Um dies sicherzustellen bei gleichzeitigem Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung, brauchen wir weitere Schritte zur Flexibilisierung des Vertragsgeschehens zwischen Kostenträgern und Leistungsanbietern. Kollektiv- und Einzelverträge geben zusammen den Kranken- und Pflegekassen die Möglichkeit, eine bedarfsgerechte, flächendeckende und

qualitätsorientierte flächendeckende Versorgung sicherzustellen.

Steuerungsmöglichkeiten der Länder für die Versorgungsplanung und Umsetzung dürfen zukünftig nicht nur den stationären Krankenhausbereich betreffen, sondern müssen auch die ambulante sowie die präventive, rehabilitative und pflegerische Versorgung mit einschließen. Einer in diesem Sinne integrierten regionalen Gesundheitsplanung müssen mittelfristig auch regionale Versorgungsbudgets entsprechen, weil nur so die Sektorengrenzen wirksam überwunden werden können. Die integrierte Versorgung ist eine sinnvolle Antwort auf die hinlänglich bekannten Schnittstellenprobleme. Ihre Weiterentwicklung und stetige Finanzierung ist ein wesentliches Element bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen.

Ebenso muss eine unabhängige regionale und überregionale Gesundheitsberichterstattung die Grundlage für eine qualifizierte regionale und an transparenten Zielen orientierte Versorgungsplanung bilden. Pflege, hausärztliche Versorgung sowie hochqualifizierte ambulante und stationäre Betreuung müssen gleichberechtigt, bedarfsadäquat und gestaffelt an der Versorgung beteiligt sein.

Dazu gehört, dass Bund, Länder und Kommunen ihrem verfassungsmäßigem Sicherstellungsauftrag für die Gesundheitsfürsorge durch die Wahrnehmung öffentlicher Verantwortung nachkommen. Auch in peripheren Versorgungsregionen muss die Basisversorgung durch Hausärzte und Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung flächendeckend gesichert sein. Telemedizinische Unterstützungen und die Einbeziehung nichtärztlicher Fachkräfte in die Grundversorgung müssen diese Versorgungsinfrastruktur komplettieren.

Hierzu sind für die ambulante ärztliche Versorgung die Gebiete kleinräumiger auszuweisen. Kommt die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung (KV) ihrem Sicherstellungsauftrag nicht nach, geht dieser unmittelbar auf die GKV über. Eine versichertennahe Versorgung ist unabdingbar für eine älter werdende Gesellschaft, wenn gleichzeitig den Erwerbstätigen immer mehr Mobilität und Flexibilität bei Aufgabe gewachsener Bindungen abverlangt werden.

Wir wollen verstärkt Krankenhäuser auch für die ambulante Versorgung öffnen und dabei in überversorgten Gebieten Doppelstrukturen in der fachärztlichen Versorgung vermeiden.

Krankenhäuser müssen mit einer soliden finanziellen Grundlage ihre wichtige Versorgungsaufgabe erfüllen können. Dazu brauchen sie ausreichende Investitionsmittel von den Ländern, damit sie weiterhin auf einem hohen technologischen Niveau arbeiten können. Auch dem Personalab- und Umbau muss Einhalt geboten werden. Insbesondere in der Pflege müssen wir den neuen Herausforderungen der Versorgung hochbetagter und multimorbider Patientinnen und Patienten zukünftig verstärkt Rechnung tragen. Nur bei ausreichender personeller Ausstattung ist qualitätsgesicherte Arbeit möglich.

Zum anderen müssen aber auch die Krankenhäuser Innovationsoffensiven nach Innen starten, damit sie ihre Arbeit noch mehr am tatsächlichen Versorgungsbedarf ausrichten, die Qualität der Versorgung stärken und Synergieeffekte zu Gunsten der medizinischen und pflegerischen Aufgaben nutzen. Krankenhäuser müssen sich zukünftig als regionale Gesundheitszentren definieren, und in verbindlichen Strukturen mit dem medizinischen, pflegerischen, rehabilitativen und sozialen Umfeld kooperieren.

Während die Qualität der Einzelleistungen des deutschen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich einen Spitzenplatz einnimmt, gibt es im Bereich der Kooperation zwischen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, Psychologen und anderen Heilberuflern und der Koordination der Leistungen Nachholbedarf. Jede Patientin und jeder Patient muss sich sicher sein können, dass alle an ihrer Behandlung beteiligten gut zusammenarbeiten und abgestimmte Behandlungsstrategien verfolgen.

Bei der Integrierten Versorgung und in Hausarztmodellen sind dabei Fortschritte erzielt worden. Diese Ansätze müssen fortgeführt und ausgeweitet werden. Die ASG fordert dauerhafte finanzielle Anreize für den Abschluss integrierter Versorgungsverträge zu schaffen.

Die solidarische und soziale Krankenversicherung muss zunehmend zum patientenorientierten Gestalter der Gesundheitslandschaft und Mittler zwischen ihren Versicherten und den Anbietern von Gesundheitsleistungen werden. Qualität, Wirtschaftlichkeit und nachhaltige Gesundheitssicherung der Versicherten müssen zukünftig im Zentrum des Krankenkassenhandelns stehen.

6. Seelische Gesundheit stärken, psychisch erkrankten Menschen wirksam helfen

Psychische Erkrankungen gehören zwischenzeitlich zu den am häufigsten diagnostizierten Erkrankungen. Sie werden vor allem gehäuft bei Kindern und Jugendlichen, bei alten Menschen und bei Arbeitnehmern festgestellt. Als Ursache für krankheitsbedingte Ausfallzeiten rangieren sie mittlerweile auf den vordersten Plätzen und als häufigste Ursache für Frühberentungen. Die Politik der Verunsicherung, die zunehmende Überforderung vieler Menschen bei der Absicherung der persönlichen Existenz muss schnellstens beendet werden. Nur eine Kurskorrektur in der Wirtschaftspolitik und mit verlässlicher Beschäftigungssicherung, fairer Lohnpolitik und fördernder, statt ausgrenzender Bildung reduziert Angst und Depression. Die zunehmende Psychiatrisierung gesellschaftlich bedingter Belastungen muss zurückgeführt und das Angebot an psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Hilfen muss entsprechend angepasst werden. Die Finanzierung settingbezogener Präventionsprogramme für die Förderung seelischer Gesundheit ist in angemessenem Umfang sicherzustellen.

Das gemäß KHRG zu entwickelnde eigenständige Vergütungssystem für die Kliniken/Abteilungen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit regionaler Pflichtversorgung muss eine Umsteuerung zu vermehrter ambulanter Behandlung einschließlich Hometreatment unter Einbeziehung von integrierter Versorgung ermöglichen. Die Personalausstattung und Finanzierung muss endlich so gesichert werden, dass die Qualitätskriterien der Psych PV wieder erfüllt werden können. Die psychotherapeutischen Angebote erreichen immer noch nicht schwer psychisch erkrankte Menschen, die z. B. nicht in der Lage sind, zu verabredeten Zeiten eine Praxis aufzusuchen oder Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz zu überbrücken. Um auch für diese gesellschaftliche Gruppe bedarfsgerechte Hilfen in der jeweiligen Heimatregion sicherzustellen, sind regionale gemeindepsychiatrische Verbände der Leistungserbringer und Kostenträger erforderlich, die eine entsprechende Versorgungsverpflichtung übernehmen. Die Sicherstellung muss sich auch auf Angebote zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beziehen. Für derartige Verbände ist eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, die auch eine interessenunabhängige regionale Qualitätssicherung gewährleistet und das Wahlrecht der Patienten sichert.

7. Gute Medizin für alle: Für eine qualitative und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung

Die Zukunft der solidarisch finanzierten Krankenversicherung wird maßgeblich davon abhängen, wie die beständig steigenden Arzneimittelausgaben ohne medizinischen Zusatznutzen gedrosselt werden können. Nach unserer Überzeugung müssen im Interesse der Versicherten alle Mittel ausgeschöpft werden, um langfristig wirksame Einsparungen zu erzielen. Wir wollen, dass echte Innovationen nicht behindert und Scheininnovationen aus der GKV-Versorgung verbannt werden.

Ein Medikament wird derzeit in Deutschland sofort in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen, wenn es zugelassen worden ist. Die Zulassung allein sagt aber nichts darüber aus, welchen gesundheitlichen oder ökonomischen Nutzen das Medikament hat und ob es im Sinne des Sozialgesetzbuches „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ ist.

Der größte Teil der Ausgabensteigerungen wird durch so genannte Scheininnovationen verursacht. Dies sind Arzneimittel, die durch kleinste Veränderungen an bereits erprobten Medikamenten erneuten Patentschutz erhalten und damit einen wesentlich höheren Preis auslösen.

Wir setzen uns daher dafür ein, dass sich die Regulierung im Arzneimittelbereich verstärkt am Verhältnis zwischen therapeutischer Wirksamkeit und Therapiekosten orientiert. Die Preisgestaltung der pharmazeutischen Industrie und der Arzneimitteldistribution muss neu reguliert werden.

Die ASG fordert als weiteren Schritt zur Verbesserung der Effizienz und Effektivität der durch das GKV-WSG eingeführten Kosten-Nutzen-Bewertung des IQWiG die Weiterentwicklung zur vierten Hürde bei der Arzneimittelerstattung: Alle neu zugelassenen Medikamente bekommen nur eine vorläufige Erstattungsfähigkeit. Die Hersteller sind verpflichtet, bis zu einem bestimmten Zeitpunkt vor dem Ablauf der Befristung alle Studien zur Durchführung einer Kosten-Nutzen-Bewertung dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen vorzulegen. Die endgültige Höhe der Erstattungsfähigkeit hängt dann vom Nachweis des tatsächlichen Arzneimittel-Mehrnutzens gegenüber den bisherigen gesicherten Arzneimitteln ab.

Im Generikabereich gilt es, die Potenziale der sehr wirksamen Festbeträge weiter zu nutzen. Wir wollen, dass alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, die Generikaquote weiter zu erhöhen.

Nach unserer Überzeugung muss zukünftig u.a. bei der Erstellung von Therapieleitlinien noch sorgfältiger abgewogen werden, welche Krankheiten überhaupt einer medikamentösen Behandlung bedürfen und welche Alternativen ggfs. einzuleiten sind.

Zudem muss die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte in der Pharmakotherapie verbessert werden. Schließlich hat der Arzt eine Schlüsselstellung bei der Arzneimittelverordnung inne: Er berät den Patienten über die richtige Arzneimitteltherapie, Alternativen dazu und er trifft die Therapieentscheidung, die ihm der Patient aus Mangel an Fachwissen nicht abnehmen kann. Der Arzt wählt auch in der Regel die wirksamste und hoffentlich auch wirtschaftlichste Behandlungsmöglichkeit aus.

Wir setzen uns dafür ein, dass das Verbot der Publikumswerbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel beibehalten wird. Patienten sind noch weniger als Ärzte in der Lage, die Studienlage zu einem Arzneimittel zu bewerten. Eine werblich bedingte Nachfrage von Patientenseite belastet das Arzt-Patienten-Verhältnis und trägt zu erhöhten Ausgaben der GKV bei. Wir brauchen stattdessen eine unabhängige, seriöse und konstruktive Arzneimittelinformation für Patienten, auch für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel.

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:

- Eine wissenschaftliche Sicherung dieser Methoden durch Untersuchungen zu Wirksamkeit und Nutzen der angewandten Heilmittel.
- Die Verpflichtung der Ärzte zur Fortbildung in der Heilmitteltherapie und Verordnung.
- Die Verordnung von Heilmitteln soll sich im Rahmen der Heilmittelrichtlinien am Bedarf orientieren und deshalb von weiteren Budgetierungen ausgenommen werden.
- Die Aufnahme der Heilmittelversorgung in die Gesundheitsberichterstattung.

8. Gute Arbeit in Medizin und Pflege

Gute Arbeit zu schaffen, ist das Ziel der SPD für alle Bereiche der Arbeitsgesellschaft. Gute Arbeitsbedingungen, Qualifikationsmöglichkeiten, Vereinbarung von Familie und Beruf und faire Löhne haben für uns auch im Bereich der Leistungserbringer im Gesundheitswesen einen hohen Stellenwert. Dies gilt für Ärzte und Ärztinnen, andere Gesundheitsberufe und besonders für Pflegerinnen und Pfleger. Darüber hinaus sind Maßnahmen notwendig, die die Attraktivität und das Image der Gesundheitsberufe fördern, die Qualifizierung intensivieren und die Berufsverweildauer erhöhen.

Weil die Pflege der Zukunft vielfältiger wird, braucht eine bedarfsgerechte Pflege mehr Flexibilisierung und Differenzierung. Unterschiedliche Hilfebedarfe führen zu differenzierten Qualifizierungsanforderungen an Fachpflegekräfte und diejenigen, die Hilfestellungen, Betreuung, Begleitung und Dienstleistungen erbringen. Aufgaben in der Pflege reichen von zugehenden Hilfen im Alltag bis hin zu hochqualifizierten Tätigkeiten, die akademische Qualifikationen voraussetzen.

Gerade für Beschäftigung, die Dienst am Menschen ist, muss ein Einkommen selbstverständlich sein, welches ein auskömmliches Dasein ermöglicht. Deshalb brauchen wir gesetzliche Vorgaben, die verbindlich regeln, dass u. a. aus Sozialbeiträgen finanzierte Arbeitsplätze grundsätzlich sozialversicherungspflichtig und tarifgebunden sein müssen. Der gesetzliche Mindestlohn für Pflegebeschäftigte muss in allen Bereichen der Pflege durchgesetzt und auf eine Höhe gebracht werden, dass damit bei Vollzeitbeschäftigung ein auskömmliches Einkommen erzielt werden kann.

Auch die Gesundheitsberufe müssen sich verändern. Sie müssen mehr Verantwortung übernehmen: medizinische, interdisziplinäre und ökonomische Verantwortung. Alle Leistungserbringer sind in Ausbildung und Praxis mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V vertraut zu machen und auf interprofessionelle Teamarbeit hin zu qualifizieren.

Eine ganz besondere Herausforderung ergibt sich aus dem demografischen Wandel: Ältere Belegschaften versorgen immer ältere Patientinnen und Patienten. Deshalb brauchen wir nicht nur eine Offensive in der Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit dieser Belegschaften, sondern auch eine Werbung für den pflegenden Beruf, damit auch in den nächsten Jahren ausreichend qualifizierte Fachkräfte zur Verfügung stehen.

Hochbetagte Patientinnen und Patienten wollen und brauchen eine andere Medizin: mehr Zuwendung und Begleitung und ganz besonders eine geriatrische Kompetenz all derer, die für ihre Diagnose, Behandlung und Pflege verantwortlich sind.

Die einzelnen Gesundheitsberufsgruppen müssen ihre jeweilige fachliche Kompetenz wieder stärker zur Geltung bringen können:

- Pflegerinnen und Pfleger sollen medizinische Tätigkeiten, für die sie qualifiziert sind, übernehmen. Dazu müssen die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen und personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.
- Apothekerinnen und Apotheker sind Ausübende eines Heilberufs, die wichtige Kooperationspartner für Ärztinnen und Ärzte, das Pflegepersonal und die Patienten sind. In einer älter werdenden Gesellschaft erfüllen sie nicht nur eine wichtige soziale Funktion, sondern sind auch unverzichtbar beim Arzneimittelmanagement chronisch kranker und behinderter Menschen.
- Der Arzt und die Ärztin sollen sich auf Diagnostik und Heilen konzentrieren können und von bürokratischem Aufwand entlastet werden. Die Arztausbildung muss grundlegend reformiert werden. Dabei darf es keineswegs nur um die Gewinnung wissenschaftlichen Nachwuchses in der Medizin gehen, sondern vorrangig um die Vermittlung soliden ärztlichen Könnens für die praktische ärztliche Tätigkeit. Ein Schwerpunkt muss die Befähigung zur konstruktiven Gestaltung des Arzt-Patient-

- Verhältnisses sein.
- Die Angehörigen aller Gesundheitsfachberufe, von den Sozialversicherungsfachangestellten über die Heilmittelerbringer bis zu den zahnmedizinischen Fachangestellten sollen besser in den Heilungsprozess integriert werden, damit sie ihre speziellen Fähigkeiten und Kenntnisse frühzeitig einbringen können.

9. Verantwortlich entscheiden: Die Chancen der Selbstverwaltung nutzen

Die soziale Selbstverwaltung hat zur Stabilität der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland beigetragen und ihre Anpassung an den gesellschaftlichen Wandel erleichtert. Wesentlich dafür ist, dass die Beteiligung der Versicherten und Beitragszahler dafür sorgt, dass das Vertrauen in die soziale Sicherung und ihre Institutionen gestärkt und ausgebaut wird. Es bedarf keiner grundsätzlichen Änderung der gesetzlichen Grundlage der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Vielmehr sind die Trägerorganisationen der sozialen Selbstverwaltung aufgefordert, einen Beitrag zur Revitalisierung derselben zu leisten. Dazu bedarf es erkennbarer Schritte der Sozialpartner, vor allem im Hinblick auf die Qualifikation der Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter. In diesem Sinne spricht sich die ASG für eine Modernisierung der sozialen Selbstverwaltung in der GKV aus.

10. Gesundheitswirtschaft: Die Zukunftsbranche entwickeln

Der aus Sozialversicherungsbeiträgen finanzierte Teil der Gesundheitswirtschaft ist mit einem Umsatz von 260 Mrd. Euro eine der größten und mit 4,3 Mio. Beschäftigten die beschäftigungsstärkste Branche in Deutschland. Die Wachstumspotenziale sind enorm. Damit wirklich dauerhaft Wachstum erreicht werden kann, ist von zentraler Bedeutung, dass es genügend „Kaufkraft“ im „Gesundheitsmarkt“ gibt. Ein weiter wachsender Bedarf an Gütern in der Gesundheitswirtschaft ist selbstverständlich. Dieser wird durch den medizinischen Fortschritt, aber auch durch Anforderung einer älter werdende Gesellschaft sowie durch ein verstärktes Gesundheitsbewusstsein in weiten Teilen der Gesellschaft generiert.

Die Bedarfsdeckung bei allen potentiellen Nachfragern ist nur über die solidarische Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen zu erreichen. Mit keiner anderen Finanzierungsform wird es möglich sein, genügend finanzielle Mittel zur allgemeinen und gleichmäßigen Bedarfsdeckung zu heben. Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung sind daher nicht „Lohnnebenkosten“ i.S. von Belastung für wirtschaftliches Handeln, sondern produktiv eingesetztes Kapital, welches direkt und indirekt Arbeitsplätze schafft und sichert. Durch die GKV wird überhaupt erst diese große Branche verlässlich und nachhaltig finanziert und entwicklungsfähig gehalten.

Damit die soziale Gesundheitswirtschaft auf hohem Niveau innovationsfähig bleiben, neue Märkte erschlossen und dauerhaft gesichert werden kann, müssen die Forschungs- und Entwicklungsinvestitionen in der Gesundheitswirtschaft verstärkt werden.

Damit wir endlich mehr über sinnvolle und notwendige Therapien wissen und auch belegen können, was wirklich und nachhaltig zur Erhaltung und Wiederherstellung unserer Gesundheit beiträgt, brauchen wir schnellstens eine Offensive in der Versorgungsforschung, finanziert aus öffentlichen Mitteln und unter Beteiligung der GKV. Damit bekäme auch die Qualität der medizinischen Versorgung einen wichtigen Impuls.

IV Unser Auftrag

Die ASG wird sich als wichtiger Teil der SPD dafür stark machen diese Ziele zu erreichen. Wir werden überall und jederzeit hierfür um Zustimmung werben und Bündnispartner für die Durchsetzung unserer Ziele suchen. Mit diesen Vorschlägen werden wir uns aktiv in den Prozess zur Formulierung eines Wahlprogramms einbringen und diese Ziele im Bundestagswahlkampf vertreten.

Mit den Wahlen zum Bundestag, zu den Landtagen und dem Europäischen Parlament stehen wir auch in der Gesundheitspolitik vor wichtigen Grundsatzentscheidungen:

- Wollen wir die Solidarität unter allen Versicherten stärken und ausweiten?
- Wollen wir medizinischen Fortschritt weiterhin für alle zugänglich machen?
- Wollen wir die Prävention in allen gesellschaftlichen Schichten stärken und eine menschenwürdige Pflege für alle sicherstellen?
- Wollen wir, dass die Arbeitgeber durch die solidarische Finanzierung weiterhin in der Verantwortung für bezahlbare Krankenkassenbeiträge bleiben?
- Oder soll das Gesundheitssystem nach dem Marktprinzip organisiert werden, in dem jeder nach seiner ökonomischen Leistungsfähigkeit sich seine Gesundheit sichert oder wieder herstellt?

Für uns und die große Mehrheit der Menschen in unserem Land kommen nur die solidarische Absicherung und die gleichberechtigte Teilhabe aller am gesundheitlichen Fortschritt, unabhängig von der „Dicke der Geldbörse“ infrage. Dafür werden wir im nächsten Jahr und in den kommenden Jahren kämpfen!

Beschluss: Angenommen

Antrag: 3

Antragsteller: ASG-Bundesvorstand

Betreff: Zusammensetzung des ASG-Bundesvorstandes

Der neu zu wählende ASG-Bundesvorstand besteht aus

- dem/der Vorsitzenden
- zwei stellvertretenden Vorsitzenden
- sieben Beisitzerinnen und Beisitzern.

Beschluss: Angenommen

Antrag: 6

Antragsteller: ASG Rheinland-Pfalz

Betreff: Einführung einer Versicherung für alle Bürger

Die ASG Rheinland-Pfalz fordert die ASG-Bundeskonferenz auf, den nachstehenden Antrag in den SPD-Bundesvorstand einzubringen.

Wir fordern die Partei auf, im Wahljahr 2009, die Einführung einer Versicherung für alle Bürger zum Schwerpunktthema zu machen.

Beschluss: Angenommen und Weiterleitung an SPD-Parteivorstand

Antrag: 9

Antragsteller: ASG Nordrhein-Westfalen

Betreff: Krankenkassenbeiträge für Empfänger von Grundsicherung nach SGB II

Die SPD-Fraktion im Bundestag wird aufgefordert, sich dafür einzusetzen, dass ab 1. 1. 2009 auch für Alg 2-Empfänger der durchschnittliche Beitrag (derzeit 180 €) gezahlt wird. Dabei ist neben der Grundsicherung auch ein pauschaler Betrag für die Kosten der Unterkunft zu berücksichtigen

Beschluss: Angenommen und Weiterleitung an SPD-Bundestagsfraktion

Antrag: 10

Antragsteller: ASG Nordrhein-Westfalen

Betreff: Integrierte Versorgung

Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefordert darauf hinzuwirken, dass bei kommenden gesetzgeberischen Maßnahmen finanzielle Anreize für die dauerhafte Einrichtung und Absicherung integrierter Versorgungssysteme geschaffen werden.

Beschluss: Angenommen und Weiterleitung an SPD-Bundestagsfraktion

Antrag: 11

Antragsteller: ASG Hessen-Nord

Betreff: Kostenübernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen durch die Sozialämter im Rahmen der „Rückkehrerregelung“

Die SPD Bundestagsfraktion wird aufgefordert, eine Regelung zu erwirken, nach der die gesetzlichen Krankenkassen von Risiko einer nicht erfolgten Sozialhilfebeantragung durch Versicherte freigestellt werden. Für Versicherte und mitversicherte Angehörige, die ihren Beitrag nicht bezahlen (können) und bei denen dieser nicht durchsetzbar ist, erhalten Krankenkassen deshalb ein eigenständiges Antragsrecht beim Sozialhilfeträger. Damit kann die Übernahme der Beiträge direkt und rückwirkend zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme von Rückkehrern bzw. der Zahlungseinstellung durch die Krankenkasse beantragt werden. Die Kostenübernahme soll so geregelt sein, dass sie einkommensabhängig, aber bis zu einer angemessenen Grenze vermögensunabhängig erfolgt.

Beschluss: Angenommen

Antrag: 13

Antragsteller: ASG-Nordrhein-Westfalen

Betreff: „Prävention und Gesundheitsförderung als Herausforderung künftiger Gesundheitspolitik“

Die Bundeskonferenz beschließt das Grundsatzpapier „Prävention und Gesundheitsförderung als Herausforderung künftiger Gesundheitspolitik“ der ASG-NRW (siehe Anlage 1 zum Antragsbuch) und die „Berliner Erklärung für eine aktive Präventionspolitik“ des ASG-Bundesvorstands (siehe Anlage 2) als Handlungsorientierung sozialdemokratischer Präventionspolitik.

Beschluss: Annahme und Weiterleitung an SPD-Bundestagsfraktion, Bundesgesundheitsministerium, SGK und SPD-Parteivorstand

Antrag: 14

Antragsteller: ASG-Bayern

Betreff: Glaukom-Untersuchung als Vorsorgeuntersuchung

Die ASG bittet das BMG beim Gemeinsamen Bundesausschuss anzuregen, dass die Augeninnendruckmessung zur Prophylaxe bzw. Früherkennung der Glaukom-Erkrankung (Grüner Star) in den Katalog der Vorsorgeuntersuchungen der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen wird.

Das Glaukom ist die pathologische Steigerung des intraokularen Drucks mit schädigender Einwirkung auf den Sehnerv und auf die Netzhaut mit der Gefahr der Erblindung.

Durch die regelmäßige Augeninnendruckmessung kann die Disposition zu einem Glaukom bzw. das Entstehen eines Glaukom frühzeitig erkannt werden.

Bei Früherkennung des Glaukoms kann durch augenärztliche Behandlung die Sehkraft erhalten werden. Eine evtl. Erblindung würde so sehr vielen betroffenen Patienten erspart bleiben.

Beschluss: Annahme

Antrag: 15

Antragsteller: ASG-Bundesvorstand

Betreff: Forderungen der ASG an die zukünftige Krankenhauspolitik

Krankenhäuser sind zentrale Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Sie stehen unter dem Primat einer guten Versorgung. Allgemeine Aspekte der Finanzierung des Gesundheitswesens als auch insbesondere wirtschaftliche Interessen privater Betreiber müssen immer dahinter zurücktreten.

Deshalb unsere Forderungen:

1. Die ASG unterstützt grundsätzlich die Forderung nach einem Gemeinnützigkeitsgebot für Krankenhausbetreiber und in angeschlossenen Einrichtungen.
2. Überkapazitäten, soweit sie heute noch in einzelnen Ballungsräumen bestehen sollten, sind über entsprechende planerische Entscheidungen zu beseitigen und zu verhindern. Ferner fordert die ASG die Länder auf, für eine bedarfsgerechte Investitionsfinanzierung zu sorgen und den Investitionsstau aufzulösen. Dabei muss die Investitionsförderung als Umsetzungsinstrument einer verantwortlichen regionalen Versorgungsplanung erhalten bleiben.
3. Für die ASG ist unstrittig, die Krankenhäuser brauchen keine neue Spar-Offensive, sehr viel mehr eine Innovationsoffensive u.a. durch
 - Konzentration auf die stationär medizinisch wirklich notwendigen Leistungen
 - Konzentration der Leistungs- und Versorgungsbereiche u.a. über Kooperationen und regionale Verbunde
 - Konzentration auf das krankenspezifische Kerngeschäft – Medizin und Pflege.
 Krankenhäuser müssen sich immer mehr zu regionalen Gesundheitszentren mit telemedizinischer Infrastruktur einschließlich der Kooperation mit diagnostischen Zentren entwickeln.
4. Dem rigiden Personalabbau ist Einhalt zu gebieten. Zur Sicherung der Qualität werden Mindeststandards in Bezug auf Personalzahlen und Qualifikation eingeführt. Die Arbeitsbedingungen im Krankenhausbereich sind konsequent zu überprüfen und zu verbessern.
5. Qualitätssicherung muss primär präventiv und nicht nachfolgend gestaltet werden. Die Sicherung guter Versorgung ist eine Aufgabe der Krankenhausaufsicht. Die Instrumente der Aufsicht müssen überprüft und zeitgemäß weiterentwickelt werden. Zur kontinuierlichen Verbesserung im Spitzenbereich muss Qualitätssicherung auch im Hinblick auf die Ergebnisqualität intensiviert werden. Dabei spricht die ASG sich auch für Methoden der Belohnung guter Leistung und Sanktionsmöglichkeiten bei Leistungsmängeln aus.
6. Die Notwendigkeit der einzelwirtschaftlichen Optimierung bleibt durch die Fortsetzung des erfolgreichen Fallpauschalensystems bestehen. Um die Auswirkungen des Fallpauschalensystems näher zu analysieren, fordert die ASG die seit 2004 überfällige Begleitforschung ein.
7. Die Weiterentwicklung des DRG Systems muss sich wieder stärker in Richtung auf Faktoren und Kriterien wie Nebendiagnosen, Alter und andere, den Schweregrad der Erkrankung bestimmenden Faktoren ausrichten. Die Fallpauschalen sind entsprechend zu bemessen.

8. Tarifabschlüsse haben für Sozialdemokraten einen hohen Wert, sie müssen im Krankenhausbereich über angemessene Erlössteigerungen gegen finanziert werden. Institutionen, die nach DRG abrechnen und die Personalkosten nicht in Höhe der mehrheitsgültigen Tarifverträge auszahlen, erhalten entsprechende Abschläge bei der Abrechnung der erbrachten Leistungen.
9. Um die Finanzierung guter Versorgung dauerhaft zu sichern, soll die strikte Grundlohnsummenbegrenzung der Krankenhausbudgets dauerhaft gelockert werden.

Der Bundesvorstand der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen hat sich in den letzten Jahren immer wieder mit der Zukunft unserer Krankenhäuser befasst. Dabei spielen Aspekte der Organisation, Strukturierung, Planung und Finanzierung die zentralen Rollen. Mit dem vorliegenden Grundsatzpapier fassen wir die Ergebnisse dieses Prozesses zusammen.

Seit dem Kompromiss von Lahnstein 1992 wurden zahlreiche wettbewerbliche Steuerungsinstrumente neu in die Gestaltung des Gesundheitswesens und – wie insbesondere mit der Einführung der Fallpauschalen – auch in die Steuerung der Krankenhausversorgung eingeführt. Zunehmend wird deutlich, dass eine Gesundheitswirtschaft unter Preisdruck eigene Gegensteuerungs- und Sicherungsverfahren braucht, wenn sie das Primat der guten Versorgung erhalten will. Dies umso mehr, als sich unzureichende Investitionen in den Erhalt der Krankenhäuser zunehmend bemerkbar machen.

Für Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten ist und bleibt deshalb die Krankenhausversorgung eine öffentliche Aufgabe. Die Sicherstellung einer umfassenden, gut erreichbaren und für jeden verfügbaren hervorragenden Versorgung ist und bleibt öffentliche Aufgabe. Diesem Vorrang der Versorgungsqualität und Sicherheit müssen sich alle anderen Regelungen unterordnen.

Mit einem Bruttokostenvolumen von fast 66 Milliarden Euro (2006) bilden die Krankenhäuser den Kernbereich im deutschen Gesundheitswesen. Es werden rund 17 Mio. Patienten und Patientinnen pro Jahr stationär versorgt und knapp 1,1 Millionen weitgehend hoch qualifizierter Arbeitsplätze vorgehalten. Insgesamt sind bundesweit etwa 2.100 Akutkrankenhäuser für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit komplexen Gesundheitsdienstleistungen zuständig.

Dabei sind nach unserem Verständnis Krankenhäuser öffentliche Versorgungseinrichtungen, die aus Gründen der besseren Steuer- und Führbarkeit in aus der Privatwirtschaft bekannten unternehmerischen Strukturen organisiert werden. Krankenhäuser sind Einrichtungen der öffentlichen Daseinsvorsorge. Sie sollen sich ganz überwiegend in öffentlichem Eigentum und zu erheblichen Teilen in frei-gemeinnützigem Eigentum befinden. Dabei bekennen wir uns zur Trägerpluralität als Anreiz zur Weiterentwicklung der Krankenhausorganisation.

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser

Die Krankenhäuser in Deutschland stehen seit der Einführung der DRG als Vergütungssystem im Jahr 2003 in großen Wandlungsprozessen und zunehmenden wirtschaftlichen Herausforderungen, die inzwischen von vielen Krankenhäusern als bedrohlich wahrgenommen werden.

Der 4. Bericht zur Lage der Krankenhäuser in Deutschland bei Einführung der Fallpauschalen der AG Krankenhauswesen der AOLG für 2007 erwartete die Mehrheit der befragten Krankenhäuser ein ausgeglichenes oder positives Betriebsergebnis, weisen aber überwiegend auf einen außergewöhnlichen Investitionsbedarf hin, der zum größten Teil nicht gesichert ist. Bei vielen Krankenhäusern finde eine Veränderung des Leistungsspektrums statt, und auch die Veränderung der Rechtsformen bleibt ein wichtiges Thema. Die Zahl der Fusionen nimmt zu,

und Verkäufe bleiben eine wichtige Option für die Träger

Zugleich stellten der Sanierungsbeitrag von 300 Millionen im Jahr 2007, die Erhöhung der Mehrwertsteuer und die Tarifabschlüsse im öffentlichen Dienst eine erhebliche Belastung dar. Ein aktuelles Gutachten des RWI im Auftrag der DKG erwartet – im Gegensatz zur oben zitierten Umfrage - dass bis Ende 2008 etwa zwei Drittel aller deutschen Krankenhäuser rote Zahlen schreiben. Nur mit Hilfe von zusätzlichen Erlösen außerhalb des eigentlichen Kerngeschäftes gelinge es etwa der Hälfte der Krankenhäuser in 2007 noch gerade ein ausgeglichenes Gesamtergebnis zu erreichen.

Krankenhäuser stellen einen wichtigen Kosten- und einen wichtigen Wirtschaftsfaktor dar. Unwirtschaftlichkeiten könne nicht hingenommen werden. Zugleich bleibt ein rigider Sparkurs nicht ohne Folgen. Deshalb begrüßen und unterstützen wir die Initiative der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt für eine kurzfristige Verbesserung der Finanzausstattung der Krankenhäuser durch Ausgleich der Tarifsteigerungen 2008 und 2009, durch die Beendigung des Sparbeitrags der Krankenhäuser aus der Gesundheitsreform 2007, durch ein Sonderprogramm Pflegearbeitsplätze. Entsprechend muss der Gesundheitsfonds so ausgestattet werden, dass diese Kosten von den Krankenkassen ohne Einschränkungen finanziert werden können.

Auswirkungen der Sparpolitik und der Einführung der Fallpauschalen

Mit dem Primat einer Stabilisierung der Beitragssätze der GKV trotz einbrechender Bemessungsbasis durch sinkende Lohnquote und unzureichender Entwicklung der Einnahmeseite der GKV konnte diese Stabilisierung nur über die Begrenzung der Ausgaben erreicht werden. Die strikte Deckelung der Krankenhausbudgets und parallele Einführung der Fallpauschalen hat einen rigiden Sparkurs erzwungen. Ergebnisse der gesetzlich vorgesehenen Begleitforschung zu den Fallpauschalen liegen bis heute nicht vor.

Durch diesen Sparkurs konnten in erheblichem Umfang Überkapazitäten und Unwirtschaftlichkeiten abgebaut werden. Es sank die Zahl der Krankenhäuser seit 2002 um 117. Die vorgehaltene Kapazität wurde um 37.000 Betten reduziert, die Verweildauer ging um 7,6 % auf inzwischen 8,5 Tage pro Fall zurück, verbunden mit einem Anstieg im Schweregrad der Fälle.

So kam es zugleich zu einem erheblichen – regional sehr unterschiedlichen - Personalabbau und einer erheblichen Leistungsverdichtung pro Beschäftigten insbesondere im Pflegedienst. Die Zahl der Vollzeitkräfte in deutschen Krankenhäusern ist von 1994 bis 2006 um 11,1 % zurückgegangen (von 880.150 auf 791.915 Stellen), im Pflegebereich um 14 %. Gleichzeitig nahm die Zahl der Krankenhausfälle um 16,7 % von 12.627.701 auf 14.738.837 zu. Die Belastung stieg so um 21 % von 17,6 auf 21,3 Fälle pro Vollkraft. Nur zur Erinnerung: Anfang der 90er Jahre wurde wegen des „Pflegetotstandes“ die Pflegepersonalregelung eingeführt – und aus Kostengründen gleich wieder abgeschafft. Seither sind die Ausgaben für Pflege im Krankenhaus um magere 5,3 % gestiegen, während gleichzeitig beispielsweise die Ausgaben pro Einwohner und Jahr für Arzneimittel 90,1 % zugenommen haben.

Dass die Überversorgung im Krankenhausbereich auch mit überflüssigen Arbeitsplätzen verbunden ist, erscheint nicht wirklich ein Geheimnis zu sein und gilt auch für viele andere Bereiche des Gesundheitsmarktes. Mit sinkendem Personaleinsatz steigt, unter Beachtung bestimmter Grenzen, die Personalproduktivität. Im internationalen Vergleich haben deutsche Krankenhäuser inzwischen eine besonders hohe „Personalproduktivität“. Diese Kennziffer wird mit Einsetzen von Überforderung des Personals allerdings unbrauchbar.

Dabei sei zunächst dahingestellt, ob ein solcher Produktivitätsbegriff zur Beurteilung von Krankenhäusern wirklich geeignet ist. Krankenhausproduktivität gemessen in Fälle pro Mitarbeiter (McKinsey) unterstellt ein einheitliches und einheitlich, nur eben schneller und

weniger aufwändig erbrachtes Produkt. Krankenhäuser dienen der Lebensqualität durch bessere Gesundheit für die Personen im Einzugsgebiet eines Krankenhauses. Produktivität wäre nach dieser Zweckbestimmung ein Maß der Effizienz, mit der zu diesem Ziel beigetragen wird.

Auswirkungen des Personalabbaus

Diese Entwicklung kann nicht ohne Auswirkungen auf das Geschehen im Krankenhaus bleiben. Dabei ist ausreichend qualifiziertes Personal ein wichtiger Qualitätsfaktor. Übermäßiger Personalabbau führt zu erheblichen Anstiegen in der Krankenhausmortalität, bis zu 30 % auf operativen Stationen. Eine höhere Dichte insbesondere an Pflegepersonal zu geringeren Komplikationsraten und mehr Patientensicherheit. Laut Aktionsbündnis Patientensicherheit versterben jährlich ca. 17.000 Menschen in deutschen Krankenhäusern an vermeidbaren unerwünschten Ereignissen (VUE). Dabei spielt „menschliches Versagen“ wie Hygienefehler oder Medikamentenverwechslungen eine zentrale Rolle. Gerade solche Fehler entstehen umso leichter, je höher der Zeit- und Arbeitsdruck im Krankenhaus ist.

Die mit der Fallzahl pro Beschäftigtem einhergehende Arbeitsverdichtung führt zu schnellerem, aber eben leicht auch fehlerträchtigerem Arbeiten. Dies birgt ein erhebliches und reales Risiko für die Patienten, wie viele Belege zeigen:

So weisen – wie eine Analyse von über 38 Millionen Fällen in 26 000 Krankenhäusern zeigte - gewinnorientiert arbeitenden Häuser eine signifikant höhere Mortalität aus. Als Ursache wird die personelle Ausstattung vermutet, denn wenn regelmäßig ein Gewinn an Kapitalgeber abgeführt werden muss, ist die Versuchung groß, dies durch die Verminderung des Personals bzw. des qualifizierten und damit „teuren“ Personals zu tun.

Die Bedeutung der Personalstärke zeigen auch andere Untersuchungen: so bedingt laut einer amerikanischen Untersuchung ein Unterschied in der Personalstärke von 4 Patienten pro Pflegekraft zu 8 Patienten pro Pflegekraft in letzterem Fall eine um 30 % höhere 30-Tage post OP-Mortalität auf chirurgischen Stationen. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen britische Wissenschaftler: danach lag laut einer Studie des Royal College of nursing die Mortalität in Krankenhäusern mit besonders wenig Pflegekräften um 26 Prozent höher als in gut ausgestatteten Kliniken. Darüber hinaus führt eine höhere Dichte insbesondere an Pflegepersonal zu geringeren Komplikationsraten. Mehr Fachpersonal bedeutet ebenfalls mehr Patientensicherheit oder ein geringeres Risiko von Pneumonien.

Aber auch die allgemeine Patientenzufriedenheit leidet unter sinkendem Personalbestand. Laut GEK Report 2006 gaben Patienten, die in privaten, gewinnorientierten Krankenhäusern behandelt worden waren, eine deutlich schlechtere Beurteilung ab als Patienten, die in öffentlichen und frei-gemeinnützigen Kliniken behandelt worden waren. Dabei werden dem deutschen Gesundheitswesen ohnehin erhebliche Mängel in der Qualität des Umgangs mit Patienten, Information und Patientenrechten bescheinigt.

Aber auch das Behandlungsklima leidet unter der gegenwärtigen Situation. Untersuchungen zeigen, dass

- Konflikte der Ärzte zwischen Medizin und Kostendruck zunehmen
- insbesondere multimorbide Patienten Defizite in der Zuwendung, in der psychosozialen Begleitung und bei den Entlassungsbedingungen beklagen
- der Umgang zwischen Pflegenden und Patienten rauer wird, auch weil Personal und Zeit fehlen.
- sich Tendenzen zur Deprofessionalisierung und zur Demotivierung der Mitarbeiter feststellen lassen,

„Die Krankenhauswirtschaft befindet sich in einem Industrialisierungsprozess.“ (Eugen

Münch). Dieses Zitat deckt sich mit den Erfahrungen und Ergebnissen der Autoren verschiedener Untersuchungen: sie stellen eine zunehmende Industrialisierung der Medizin fest.

Investitionsstau blockiert weitere Verbesserungen

Zur Verbesserung der Arbeitsabläufe und in der Betriebsorganisation in den Krankenhäusern wären erhebliche Investitionen erforderlich. Statt jedoch dem steigenden Investitionsbedarf nachzukommen, haben die Länder die Mittel von 4 Milliarden Euro auf heute 2,6 Milliarden Euro zurückgefahren. Keine andere wichtige Wirtschaftsbranche in Deutschland hat eine so geringe Investitionsquote wie der Krankenhausbereich.

Krankenhäuser sind Kostenfaktor und Zukunftsbranche

Wie das Gesundheitswesen insgesamt kann man die Krankenhäuser unter der Perspektive eines Kostenfaktors sehen. Die einseitige Fixierung auf die Finanzierung und insbesondere die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung hat hier seit Jahren die Betrachtung bestimmt. Dabei ist auf Dauer – wegen der im Vergleich zu produzierenden Wirtschaftsbereichen notwendig geringeren Produktivitätssteigerung – mit einem relativen Ansteigen der Ausgaben bezogen auf das Bruttosozialprodukt zu rechnen.

Strittig ist dabei in Wahrheit nicht vorrangig die Frage der Kosten, sondern genauso die Frage nach der Lastenverteilung. Durch eine gerechte und zukunftsfähige Umgestaltung der Einnahmeseite der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer Bürgerversicherung lassen sich diese Probleme erfolgreich lösen.

Das eröffnet den Blick auf das Gesundheitswesen insgesamt und gerade die Krankenhäuser als Zukunftsbranche. Unter den Bedingungen steigender Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen wegen medizinisch-technischen Fortschritts und steigender Morbidität einer älter werdenden Gesellschaft können die Krankenhäuser einen wichtigen Wachstumsbereich der deutschen Volkswirtschaft in den nächsten Jahrzehnten darstellen. Dabei spielen angesichts zunehmender Vereinzelung – 50 % Single-Haushalte in den Großstätten – und der älter werdenden Gesellschaft persönliche Hilfe, Zuwendung und der Bereich der psychosozialen Gesundheit eine zunehmende Rolle.

Qualität im Qualitätswettbewerb?

Das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in eine gute medizinische Versorgung ist ein hohes Gut. Deshalb muss die Krankenhausversorgung so gestaltet sein, dass auf diese Qualität vertraut werden kann. Neben den bestehenden Verfahren der Qualitätssicherung durch nachfolgende Prüfung und Dokumentation entlang einzelner Krankheitsbilder und Leistungen ist eine allgemeine Erfassung der Ergebnisqualität anzustreben.

Wettbewerb um Qualität ist ein Instrument, dass insbesondere bei der kontinuierlichen Verbesserung der Verfahren in den untersuchten und erfassten Krankheitsbildern dient. Er dient der Information der Leistungserbringer und als Hinweis auf Möglichkeiten, die eigene Arbeit zu verbessern, und dient der Differenzierung zwischen sehr und außerordentlich gut. Er setzt aber einen hohen Standard in allen Krankenhäusern voraus.

In Deutschland existiert derzeit kein geeignetes System, um eine Verschlechterung der Behandlungsergebnisse durch Personalabbau anzuzeigen. Angesichts des erheblichen Gewichts der inter-nationalen Untersuchungen konstatierte das IQWiG 2006 einen erheblichen Forschungsbedarf, um auch für Deutschland den Zusammenhang zu überprüfen und ein Interventionsinstrumentarium zu entwickeln.

Deshalb kann die öffentlich zu garantierende Qualität aller Einrichtungen nur durch Standards gewährleistet werden, die Qualitätsmängel a priori ausschließen oder höchst unwahrscheinlich machen. Daher sind sowohl technische als auch personelle Mindeststandards (s. o.) erforderlich und kontinuierlich weiter zu entwickeln.

Unter primär ökonomischen Steuerungsbedingungen gehört auch die erfolgreiche Entlassung und Übergang in weiterbehandelnde Einrichtungen oder ambulante Versorgung zu den zu sichernden Aufgaben der Krankenhäuser. Die Verantwortung für einen erfolgreichen Übergang des Patienten in eine weiterbehandelnde Einrichtung oder nach Hause liegt allein in der Verantwortung des abgebenden Krankenhauses. Damit das böse Wort von der „blutigen Entlassung“ nicht Realität wird, sind hier regelmäßige Überprüfungen unvermeidlich.

Planung und Wettbewerb

Auch die Wettbewerbssituation zwischen Krankenhäusern mit einem Rückzug der Krankenhausplanung auf reine Rahmenvorgaben kann nicht beliebig betrieben werden. Nur durch eine öffentliche Letztentscheidung und hinreichend große öffentliche Strukturen (Krankenhäuser unter unmittelbar öffentlichem Einfluss) kann dem (notwendigen) Primat der Eigeninteressen der einzelnen Einrichtungen entgegengewirkt werden. Krankenhäuser im Wettbewerb haben natürlich mehr Probleme mit der Abstimmung und führen weniger zu einer an Versorgungsnotwendigkeiten orientierten Struktur.

In allen Versorgungsbereichen haben sich Bedingungen entwickelt, die eine Struktur bildende Steuerung durch die öffentliche Hand erforderlich machen. Dies ist in allen Politikbereichen Aufgabe der Länder mit teilweiser Übertragung lokaler Strukturaufgaben an die Kommunen und kommunalen Gebietskörperschaften. Deshalb ist eine integrierte Versorgungsplanung auf Länderebene notwendig. Diese muss Sektoren übergreifend sein und alle Leistungssektoren betreffen in Form einer an Kenndaten ausgerichteten Rahmenplanung. Eine Pauschalierung der Krankenhausförderung oder die Umstellung auf eine monistische Finanzierung stehen diesem Ansatz diametral entgegen: sie nehmen den Ländern die faktische Möglichkeit, über eine abstrakte (und damit bislang nicht erfolgreiche) Rahmenplanung hinaus auf Dauer die Krankenhausstruktur zu beeinflussen.

So muss in ländlichen Raum – insbesondere im Angesicht sich erheblich verändernder Versorgungsbedarfe durch eine geänderte Altersstruktur im demographischen Wandel – die Versorgung dauerhaft sichergestellt werden – auch dann, wenn es sich wirtschaftlich nicht lohnt. Aber auch in städtischen Regionen und insbesondere wieder im Ballungsraum finden sich auch im ambulanten Bereich erhebliche Unterschiede in der Versorgungsdichte. Ärmere Stadtviertel mit hohem Migrantanteil bedürfen einer höheren Arztdichte aufgrund des deutlich höheren medizinischen und kommunikativen Aufwandes, sind aber in der Regel mit einer geringeren Arztdichte per Capita versorgt.

Beschluss: Angenommen

Antrag: 18

Antragsteller: ASG Bayern

Betreff: Zuschüsse bei Sehhilfen

Die SPD wird aufgefordert, sich dafür einzusetzen, dass bei einer Fehlsichtigkeit von Patienten die gesetzlichen Krankenkassen wieder zu einer Zahlung von Zuschüssen bei der Versorgung mit Sehhilfen verpflichtet werden.

Die Versorgung mit Sehhilfen ist keine Luxusmaßnahme sondern Dienst zur Erhaltung der Lebensqualität der Betroffenen. Eine Sehhilfe ist ein unerlässliches Hilfsmittel, um am täglichen Leben und am Straßenverkehr als Autofahrer bzw. Fußgänger gefahrlos teilnehmen zu können.

Aktuelle gilt die Regelung, dass nur dann noch ein Zuschuss zu einer Sehhilfe gezahlt werden muss, wenn die Sehkraft des besseren Auges nicht mehr als 30 % beträgt. Mit anderen Worten, der Patient muss fast erblindet sein, um noch einen Zuschuss zu seiner Sehhilfe zu bekommen.

Wir schlagen daher vor, erneut einen Zuschuss in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufzunehmen.

Beschluss: Angenommen

Antrag: 22

Antragsteller: ASG Saarland

Betreff: Die Ausbildung der ÄrztInnen an die Bedürfnisse der Gesellschaft anpassen

Problemsituation:

Die unter Führung von Ulla Schmidt 2002 verabschiedete neu ärztliche Approbationsordnung war ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Einige Fakultäten haben die hierdurch geschaffenen Möglichkeiten zur Verbesserung des Medizinstudiums zur Umsetzung innovativer Ausbildungsmodelle genutzt. Trotzdem zeigt sich in vielen Bereichen Verbesserungsbedarf:

- Die Ausbildung in Gesprächsführung, ärztlicher Kommunikation, Patientenaufklärung und partnerschaftlicher Entscheidungsfindung nimmt an der Mehrzahl der Fakultäten nur einen kleinen Teil des Curriculums ein und die Ausbildung in diesen Bereichen erfolgt nicht systematisch.
- Aspekte der Schmerzdiagnostik, Schmerztherapie und Palliativmedizin sind nicht ausreichend gewürdigt.
- Psychosoziale Zusammenhänge von Krankheit und Gesundheit werden in der Praxis zu wenig vermittelt
- Die Studierenden werden nicht systematisch auf die Kooperation mit anderen Berufsgruppen und Institutionen im Gesundheitswesen vorbereitet.
- Die Lehre hat im Belohnungssystem der Fakultäten nach wie vor einen zu geringen Stellenwert. nach wie vor begreifen sich viele Hochschullehrer vor allem als Grundlagenforscher oder Spezialisten und sie sind v. a. in der Ausbildung weiterer Grundlagenforscher oder Spezialisten engagiert. Die Ausbildung der für die Patientenversorgung wichtigen Bereiche hat somit nur eine geringe Lobby.

Die ASG fordert daher:

- 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.
- Eine Umorientierung der Ausbildung weg von Fach- hin zu Fallbezogenheit.
- Die Ausbildung von kompetenten HausärztInnen muß im Leitbild der Fakultäten stärker verankert werden.
- Es muss sichergestellt werden, dass diese fächerübergreifenden Lehrinhalte nicht durch ein weiter nach Spezialdisziplinen gegliedertes Curriculum marginalisiert werden.
- Das BMG wird aufgefordert, eine Bilanz nach 6 Jahren neuer ÄAppO zu ziehen und einen Maßnahmenplan zur Durchsetzung der o. g. Ziele zu entwickeln.

Beschluss: Angenommen

Bemerkung: zu diesem Thema wird die ASG in 2010 eine Tagung durchführen

Antrag: 25

Antragsteller: ASG Bayern

Betreff: Strukturreform in der Alten- und Behindertenhilfe

Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefordert, sich für eine Strukturreform in der Alten- und Behindertenhilfe einzusetzen, da die derzeitige starre Trennung der Angebotsstrukturen der Alten- und Behindertenhilfe den Bedürfnissen der Menschen, die einen Hilfe- und Betreuungsbedarf haben, nicht gerecht wird.

Erforderlich ist Organisation der Pflege und Betreuung aus einer Hand, etwa durch die Einrichtung wohnortnaher integrierter Dienstleistungszentren und die Einrichtung neuer Wohnformen. Dazu gehören auch die Sicherstellung einer Sozialraumplanung und die gemeinsame Planung von Pflegeangeboten der Kommunen, Ländern und Wohlfahrtsverbänden. Ehrenamtlich Engagierte brauchen mehr Schulung und die Einbindung in professionelle Strukturen.

Beschluss: Überweisung an ASG-Bundesvorstand und -Bundesausschuss

Antrag: 26

Antragsteller: ASG Hessen-Nord

Betreff: Pflegestützpunkte

Die ASG begrüßt und unterstützt die Einführung von Pflegestützpunkten. Diese sollen in jedem Fall kosten- und leistungsträgerunabhängig und stets in Kooperation mit der Kommune bzw. kommunalen Gebietskörperschaft organisiert werden. Zwei Jahre nach Einführung soll eine unabhängige Evaluation zur qualitätsorientierten Weiterentwicklung erfolgen.

Beschluss: Angenommen

Antrag: 27

Antragsteller: ASG Hessen-Nord

Betreff: Pflege – neue Wohnmodelle

Der ASG-Bundesvorstand wirkt darauf hin, dass die SPD in allen Kommunen sich dafür einsetzt, dass neue Formen des Zusammenlebens älterer Menschen und generationsübergreifend zustande kommen.

Beschluss: Angenommen und Weiterleitung an Bundes-SGK

Antrag: 29

Antragsteller: ASG Bayern

Betreff: Neudefinition des Begriffs "Pflegebedürftigkeit"

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit bedarf der Neudefinition, die von einem ganzheitlichen Menschenbild ausgeht und auch den psychischen und sozialen Hilfe- und Pflegebedarf berücksichtigt. Ebenso müssen die dazugehörigen Begutachtungsinstrumente und –verfahren novelliert werden. Dies bedarf der gesetzlichen Verankerung, denn die derzeitige ausschließlich somatische Ausrichtung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs verwehrt demenziell erkrankten Menschen weitgehend den Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

Es gibt eine breite Übereinstimmung, dass bei der Feststellung, ob bzw. welche Stufe von Pflegebedürftigkeit vorliegt, bisher zu sehr die Fähigkeiten der Verrichtung des täglichen Lebens in den Mittelpunkt gestellt werden. Diese somatische Betrachtungsweise berücksichtigt nicht die besonderen Pflegebedürfnisse der wachsenden Zahl an Demenz- und Alzheimer-Erkrankten.

Die körper- und verrichtungsbezogenen Einstufungsverfahren müssen überwunden werden.

Basierend auf dieser Neudefinition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit sind die individuellen Bedarfe des pflegebedürftigen Menschen anhand umfassender interdisziplinärer Assessments zu bestimmen.

Die sachgerechte Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird einen erhöhten Finanzierungsbedarf nach sich ziehen.

Beschluss: Angenommen und Weiterleitung an SPD-Bundestagsfraktion und Bundesgesundheitsministerium

Antrag: 31

Antragsteller: ASG-Bundesvorstand

Betreff: Patientenrechte stärken, Beteiligung verbessern, selbst gewählte Repräsentanz ermöglichen

Die ASG strebt die Bildung eines unabhängigen Bundesverbandes Patientenvertretung an. In ihm soll den unterschiedlichen Gruppierungen und Verbänden der Selbsthilfe die Möglichkeit zur unabhängigen Selbstorganisation gegeben werden. Analog dem Spitzenverband Krankenkassen und den Spitzenverbänden der Leistungserbringer wird so eine geordnete Interessenvertretung ermöglicht.

Mitglieder sind Bundesverbände von Patientengruppierungen, regionale Zusammenschlüsse oder Einzelgruppen, sofern sie keine kommerzielle Förderung erhalten. Sie sollen sich eine Geschäftsordnung geben, einen Vorstand bestimmen und in allen Fragen der Gesundheitspolitik und der staatlichen oder durch Gesetz eingerichteten Institutionen, Einrichtungen und Strukturen des Gesundheitswesens angemessen vertreten sein und beteiligt werden.

Der Bundesverband Patientenvertretung soll materiell und organisatorisch so ausgestattet werden, dass er die Wahrnehmung der Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten erfolgreich umsetzen kann. Die Finanzierung erfolgt aus Steuermitteln. Der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten (Patientenbeauftragte) ist an den Beratungen der Patientenverbandes zu beteiligen.

Die Sozialdemokratischen Mitglieder des deutschen Bundestages werden aufgefordert, sich für die Schaffung eines Bundesverbandes Patientenvertretung einzusetzen. Die Forderung soll auch in das Programm zur Bundestagswahl 2009 aufgenommen werden.

Ziel dieses Antrages ist es, eine echte Lobby für Patientinnen und Patienten zu schaffen.

Die Eigenwahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen ist besonders schwierig. Zwar beanspruchen alle Akteure, eigentlich nur die Interessen der Patientinnen und Patienten im Auge zu haben. Allerdings sind diese nicht immer völlig frei von Eigeninteressen der Akteure.

Die Wahrnehmung eigener Interessen und die Selbstorganisation stellt die Selbsthilfe der Patientinnen und Patienten vor besondere Schwierigkeiten. Zunächst handelt es sich um Kranke, die schon dadurch in der Vertretung ihrer eigenen Interessen behindert sind. Zudem führt die Krankheitsspezifische Aufteilung der Selbsthilfeorganisation zu einer sehr kleinteiligen Struktur ohne adäquate Vernetzung. Zudem ist – im Vergleich beispielsweise zur Interessenvertretung allgemein der Arbeitnehmer oder gesundheitsspezifisch der Akteure im Gesundheitswesen in der Regel auf Dauer angelegt, während die Mehrzahl potentieller Vertreter von Selbsthilfeorganisationen erst im Laufe des Lebens erkranken und so für eine deutlich kurze Zeit engagiert sein können.

Zur Stärkung der Vertretung der Patienten, der Kohärenz und der damit verbundenen verbesserten Steuerung im Gesundheitswesen ist es daher notwendig, neben der allgemeinen Förderung der Selbsthilfe als Unterstützung von medizinischen Behandlungen durch die Krankenkassen und in kleinteiligen Strukturen auch eine politische Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten zu ermöglichen.

Beschluss: Überweisung an ASG-Bundesausschuss

Antrag: 34

Antragsteller: ASG Hessen-Süd

Betreff: Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV) und Onkologievereinbarung erhalten

Die ASG-Bundeskonzferenz fordert die sozialdemokratische Bundesgesundheitsministerin auf, sich weiter für den Erhalt der SPV und Onkologievereinbarung oder die Etablierung von gleichwertigen Nachfolgeregelungen einzusetzen.

Die Konferenz begrüßt die bisherigen Initiativen der Ministerin, durch die zumindest für das erste Quartal 2009 eine Übergangsregelung geschaffen werden konnte.

Beschluss: Angenommen und Weiterleitung an Bundesgesundheitsministerium und SPD-Bundestagsfraktion

Antrag: 35

Antragsteller: ASG Hessen-Süd

Betreff: Auswirkungen der weltweiten Finanzkrise auf die Rücklagen der privaten Pflegepflichtversicherung

Die ASG Bundeskonferenz fordert die zuständigen sozialdemokratischen Bundesminister (Gesundheit und Finanzen) auf, über die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) nachzuforschen, ob und in welchem Maße durch die globale Finanzkrise die Rücklagen der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV), der privaten Krankenversicherung und der Unfallversicherung betroffen sind und die Ergebnisse öffentlich zugänglich machen.

Beschluss: Angenommen und Weiterleitung an Bundesfinanzministerium und Bundesgesundheitsministerium

Antrag: 36

Antragsteller: ASG Hannover

Betreff: Verzicht auf die Eingliederung der Kostenstruktur der Rehabilitation von „Querschnittgelähmten Patienten“ in die Leistungs- und Kostenbegrenzung nach DRG.

Die ASG des SPD Bezirks Hannover stellt den Antrag das Vorhaben des InEK zu stoppen, da hier weder seitens der Patienten noch der Klinikträger ein Handlungsbedarf gesehen wird.

Beschluss: Angenommen und Überweisung an Bundesgesundheitsministerium

Antrag: 38

Antragsteller: ASG Baden-Württemberg

Betreff: Krankenversicherung von Abgeordneten

Die SPD-Abgeordneten des Bundestages, der Landtage, des Europäischen Parlaments werden aufgefordert - so weit sie es noch nicht sind - freiwilliges Mitglied in einer der rd. 215 gesetzlichen Krankenkassen (GKV) zu werden. Damit zeigen sie ihre Solidarität mit den rund 87 Prozent der Bevölkerung, die in der GKV pflicht- oder freiwillig versichert sind.

Beschluss: Angenommen und Weiterleitung an SPD-Bundestagsfraktion, SPD-Landtagsfraktionen und SPD-Fraktion im Europäischen Parlament

Anlage 1

ASG –NRW

„Prävention und Gesundheitsförderung als Herausforderung künftiger Gesundheitspolitik“

I. Zielsetzung des Papiers

Die ASG will mit diesem Papier nachdrücklich auf die Bedeutung von Prävention und eines Präventionsgesetzes hinweisen und in die Diskussion vor der Beratung des Gesetzes hineinwirken und für die Partei auf Bundes- und Länderebene, vor allem aber für die Kommunale Ebene

- die fachliche Ebene der Diskussion verständlich machen
- das Verständnis für Querschnittsaufgaben auf Landesebene und
- kommunale Zukunftsstrategien entwickeln helfen.

II. Einführung

Chronische Erkrankungen bestimmen seit Jahrzehnten immer stärker den Lebensalltag unserer Bevölkerung vor allem älterer Menschen.

Allen Fortschritten in der Gesundheitsversorgung und der medizinischen Behandlung zum Trotz können die meisten dieser chronischen Leiden nicht geheilt werden: durch eine Behandlung wird nicht der ursprüngliche Gesundheitszustand wieder hergestellt, sondern lediglich der Krankheitsverlauf verzögert, eine Verschlechterung vermieden oder eine Linderung erreicht. Mehr Menschen als vor 50 oder 100 Jahren werden hochbetagt sein, viele werden diese Lebensphase gesund oder relativrüstig erleben, andere pflegebedürftig oder chronisch krank. Werden mehr Menschen sehr alt, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie die typischen Erkrankungen des späten Lebensalters auch „erleben“.

Die Behandlungs-Erfolge sind in erster Linie dem Zusammenwirken der von medizinischer Behandlung und Pflege in der Akutversorgung, Rehabilitation mit den Trägern der GKV, Unfallversicherung und Rentenversicherung zu verdanken. Unabhängig von der notwendigen Weiterentwicklung des medizinischen Versorgungssystems stellt sich jedoch in einem weiteren Rahmen die Frage, wie den Ursachen für chronische Leiden, Erkrankungen, Behinderungen begegnet werden kann.

Dass Gesundheitschancen ungleich verteilt sind und soziale Ursachen dafür verantwortlich sind, gehört nicht zum Credo des Mainstreams der medizinischen Wissenschaft, der Gesundheitspolitik und der politischen Klasse in Deutschland. Umso wichtiger ist dieser Zusammenhang bei künftigen Überlegungen für eine fundierte Gesundheitspolitik, Gesundheitsförderung und Prävention.

Es besteht heute auf der ganzen Welt Einverständnis darüber, dass die Ansätze zur Krankheitsverhütung, Prävention und Gesundheitsförderung nicht im engeren Sinne im Medizinsystem selbst liegen.

Vielmehr sind

- Verbesserung von Ernährung und Wohnbedingungen
- Arbeitsbedingungen
- Umwelt im Nah – und Fernbereich
- Soziale Lage und Bildung
- Versorgung mit sauberem Wasser, Verbesserung der Hygienesituation
- Lebens- und Ernährungsstile

ursächlich als fördernde oder benachteiligende Größen für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung oder –gruppe anzusehen.

Sie unterliegen jedoch in weiten Teilen gesellschaftlichen Steuerungsprozessen und Regelungen.

Fortgeschrittene Industrieländer brauchen deshalb eine abgestimmte Politik der Gesundheitsförderung und Prävention.

In Deutschland ist daher eine Abstimmung von Bund, Ländern und Kommunen/Kreisen erforderlich, um aus Programmen und Papieren eine lebendige gesellschaftliche Bewegung für Gesundheitsförderung und Prävention wachsen zu lassen.

3. Was bedeuten „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ ?

1.1 Unter „Prävention“ versteht man gezielte Strategien, Bündel von Maßnahmen und Programme, die bestimmte Einschränkungen von Gesundheit oder Erkrankungen verhindern oder ihre Entstehung bzw. ihr aufschieben können.

Dabei bedeutet

- Primärprävention die generelle Vermeidung von auslösenden Ursachen oder Risikofaktoren, durch Beeinflussung von individuellen oder gruppenspezifischen Gefährdungen, Verhaltensweisen oder Belastungssituationen.

Beispiel: Änderung der Ernährungsgewohnheiten zur Vermeidung eines erhöhten Blutfettspiegels – ein wichtiger Risikofaktor zur Entstehung von Gefäßerkrankungen, Diabetes mellitus, Hypertonie

- Sekundärprävention bezieht sich dagegen auf die Entdeckung von eindeutigen Krankheitsbildern in einer Phase, in der sie noch keine oder geringe Symptome hervorrufen.

Beispiel: 48,2% aller Frauen und 18,9% aller Männer nehmen an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der gesetzlichen Krankenkassen teil. Vorhandene Erkrankungen sollen im Frühstadium entdeckt werden, weil ihre Behandlung dann aussichtsreicher ist.

- Tertiärprävention ist die wirksame Behandlung oder Rehabilitation von manifesten Erkrankungen zur Vermeidung von Verschlimmerung.

Beispiel : wohnortnahe Rehabilitation nach Schlaganfall zur Teilnahme am Leben im Stadtteil / Dorf

1.2 Gesundheitsförderung ist als Konzept der WHO seit 1986 breiter angelegt und will die gesundheitsstärkenden Potentiale und Ressourcen von Einzelnen, Bevölkerungsgruppen oder lokalen Gemeinschaften positiv verändern . Dazu gehören

- persönliche Kompetenzen von Familien, Stadtteilen oder Betriebsbelegschaften zu entwickeln
- gesundheitsförderliche Lebensstile zu stärken
- Lebensumwelt, Wohnumfeld, Verkehr entsprechend zu beeinflussen
- gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen zu entwickeln
- die Gesundheits- und Sozialdienste entsprechend zu organisieren und profilieren.

In Schlagwörtern ausgedrückt : Gesundheitsförderung ist ein mehr „salutogenetisches Konzept“, während „Prävention“ im engeren Sinne einem mehr „pathogenetischen Konzept“ verwandt ist:

<p>Prävention : braucht die präzise Kenntnisse von Entstehungsbedingungen („Pathogenese“), Verlauf, Verhinderungsmöglichkeit von Erkrankungen (Beispiel: Asbest-verursachte Lungenerkrankung) und Gesundheitsbeeinträchtigungen (Beispiel:</p>	<p>Gesundheitsförderung: Unter „Salutogenese“ versteht man die Betonung und Stärkung der in der Person /Bevölkerung steckenden eigenen Ressourcen und Faktoren, der sozialen Dimension und der Ansatz zur Selbst-Befähigung (Empowerment). Elemente der</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Unfälle)	direkten Bürgerbeteiligung und Selbstverwaltung sind unverzichtbar.
----------	---------------------------------------------------------------------

Dass dieser Gedanke in der Gesundheitspolitik bereits ansatzweise vertreten wird, zeigt die Begründung für die Neuformulierung des § 20 SGB V :

„Das Gesundheitssystem darf nicht nur ein Reparaturbetrieb für bereits entstandene Krankheiten sein. Die Förderung von Gesundheit und die Prävention von Krankheiten müssen integraler Bestandteil werden.“

2. Wie und wonach können Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung eingeordnet werden?

	Prävention	Gesundheitsförderung
Änderung von Verhalten / Verhältnissen von Einzelnen bzw. Gruppen	Tragen von Fahrrad-Helmen Sichere Radwege in Städten und Kreisen	Weg zur Schule mit Rad oder zu Fuss Eltern gehen mit Kindern zu Fuss zum Kindergarten
Individuum / Kontext	Senkung Alkoholkonsum Verbot Alkohol am Arbeitsplatz/Betrieb	Bewusste Wahl von Nahrungsmitteln/Genussmitteln Werbeverbot Alkohol
Spezifische/ unspezifische Wirkung	Raucher -----→ Lungenkrebs Passivrauchen gefährdet Kinder, Schwangere	Nichteinstiegsprogramm für Kinder Jugendliche: „Leben ohne Qualm LoQ“ Nichtraucherzonen in Schulen, Bussen Bahnen, Öffentlichen Gebäuden
Risikogruppen / Komplette Bevölkerung	Osteoporose Frauen nach Menopause AIDS-Aufklärungskampagne BzGA: Verwendung von Kondomen verhindert Ansteigen HIV-Infektionsquote Trinkwasserfluoridierung	Körperliche Aktivität: Laufen, Tanzen, Gymnastik Sexualaufklärung in Schulen im Rahmen des allg. Curriculums Aktive Mund- und Zahnhygiene
Bevölkerungs-bezug Akteure/ Institution Institutions- Übergreifend	Gurtpflicht Autofahrer Lebensmittelüberwachung Gesundheitsamt Vorsorgeuntersuchungen Schwangere und Kinder	Förderung des Gehens Gesundes Essen Rückenschule VHS oder Krankenkasse Nichtraucherkampagne alle Krankenkassen
Soziale Lage / Lebensphasen/ Altersgruppen	Rauchmelder für schlecht ausgestattete Wohnungen Radtraining Schulkinder Senioren-Bewegungsprogramme	Ernährungsberatung für Mütter in benachteiligten Stadtteilen Bewegungsangebote für übergewichtige Kinder in Schulen/Sportvereinen

3. Mängel und Defizite in Sachen „Prävention und Gesundheitsförderung“ sowie Ansatzpunkte zur Veränderung

„Gegenwärtig fehlt ein zentraler Akteur, dessen Aufgabe es ist, das auf unterschiedlichen Gesetzesgrundlagen, Verträgen und Verabredungen basierende Handeln diverser

Gesundheitsberufe und Institutionen transparent zu machen, deren Programme arbeitsteilig abzustimmen und zu vernetzen, eine gemeinsame strategische Ausrichtung zu entwickeln, Widersprüche zu identifizieren und Innovationskonzepte zu entwickeln.“

Das stellte zutreffend der „Runde Tisch“ am 22. April 2002 in seiner Empfehlung zur Stärkung der Prävention fest. Es erübrigt sich an dieser Stelle eine Detailanalyse der Defizite und Schwächen zu entwickeln.

Daher sollte die künftige gesundheits – und gesellschaftspolitische Diskussion um Gesundheitsförderung und Prävention die Aufgaben und Ziele für die jeweiligen Ebenen formulieren:

Problemfelder	Bund	Land	Kommunen /Kreise
Ziele Prävention / Gesundheitsförder-ung nach Prioritäten	Nationale Ziele Entwicklung epidemiologisch und sozialwissenschaftlich gesicherter Prioritäten	Entwicklung eines Landes-Präventionsprogrammes Formulierung landesweites Zielen Implementation in jeweilige Landes-Programme	Entwickeln eigene Schwerpunkte Abstimmung mit Lokaler Politik z.B. Verkehr, Flächennutzungsplan, Wohnungsbaupolitik
Transparenz/ Übersicht über vorhandene Akteure und Programme	BzgA Übersicht und Hilfestellung Programme	Informationspool Programme und Akteure Übersicht gesetzliche Regelungen/Grundlagen	Gesundheitsamt erarbeitet Übersicht im Rahmen der GBE
Koordinierung /Vernetzung	Koordinierte nationale Programme und Kampagnen z.B Nichtraucherschutz	z.B.LÖGD –NRW wird Leiteinrichtung Strategien /Aktionsbündnisse Institutionen; Abschied von isolierten Aktionen von Verbänden, Ministerien , Organisationen	Kommunale Gesundheits-konferenz bzw. Arbeitsgruppe /Gesundheitsamt Zielgruppen- bzw. themen-bezogene Zusammenschlüsse von Akteuren vor Ort
Neue Konzepte / Forschung/ Evaluation/ Monitoring Qualitäts-sicherung	Nationale Forschungs-schwerpunkte; Qualifikation von Profis über Public Health BzgA-Auswertung Telefon - Hotline fördert wissen über Änderungen im Zeitverlauf	Hochschul-und andere Institute; LÖGD (Was wirkt,warum wirkt etwas ?), Basis Evidence Based Wissen laufende Programme mithilfe sog. „Minimal Data Sets“	Lokale Akteure können sich an Ausschreibungen für Forschungs- und Evaluationsprogramme beteiligen Erhebung lokaler Daten wichtig Lokale Akteure wie Selbsthilfegruppen (AIDS-Hilfe)unverzichtbar
Bereitstellung von Ressourcen Ausbildung der Akteure	Ausbildung von Präventionsfachleuten und Multiplikatoren Bundesweite Materialien Übersetzung in fremde Sprachen	LÖGD bzw. Public Health Institute bilden Präventionsfachleute aus Schulen, KiTas, Hochschulen spielen besondere Rolle	Themen bzw. zielgruppen-bezogene Schulung von Profis und Laien (z.B. Rauchmelderprogramm)
Einsatz von E-Ressourcen / Medienarbeit	Internetportal Bund Abstimmung Medienarbeit Radio / TV	Internet-Portal Land Intranet-Anbindung für Träger von Programmen Einsatz von Rundfunk/TV-	Einbindung in Stadtinformationssysteme Einbindung lokaler Sender in Aktivitäten vor Ort(Karies-Prophylaxe in KiTas)

		Programmen/Spots (z.B. karies-Prophylaxe)	
Finanzierung /	Präventionsgesetz Bund Bundesstiftung Finanzierung durch alle Versicherungen GKV, UV, RV, AL, PKV, + Steueranteil (Tabak, Alkohol, Benzin)	Landesanteil aus Stiftungsmitteln + eigener Anteil jedes Landes Firmen können in Stiftungen oder in Pools einzahlen; erwünscht ist langfristiges Engagement, nicht einmaliges Publicity- Strohfeuer !	Kommunen und Kreise erhalten feste Anteile nach Antragstellung Antragsverfahren einfach (s. Schweiz) Lokale Firmen: auf der lokalen Ebene geht es noch mehr um die persönliche Mitwirkung von Promis und Sponsoren
Social Sponsoring			
Praktische Umsetzung		Vorsicht vor Kampagnen und Aktivitäten über Eventagenturen Schwergewicht bei landestypischen Fragstellungen z.B. Umsetzung über Bildungssektor /oder Polizei	Der Mammutanteil aller praktischen Umsetzung wird auf kommunaler Ebene anfallen, wenn es erfolgreich sein soll.

IV. Ansätze zu einer Institutionalisierung der Prävention

Mit der Gründung des „Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung“ am 13.11.2002 wurde für die Bundesebene eine wichtige Weichenstellung vollzogen.

Mit dem „**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention** „vom 15.2. 2005 wurde von der rotgrünen Koalition ein erster Anlauf gemacht, der von der CDU/CSU im Bundesrat zum Scheitern gebracht wurde. (Deutscher Bundestag Drucksache 15/4833 15. Wahlperiode 15.02.2005 Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Jetzt macht die Große Koalition einen neuen Anlauf und veröffentlichte am 11. September 2007 „**Eckpunkte für ein Präventionsgesetz**“

In der Koalitionsvereinbarung heißt es :

„Die Prävention wird zu einer eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung ausgebaut. Mit einem Präventionsgesetz soll die Kooperation und Koordination der Prävention sowie die Qualität der Maßnahmen der Sozialversicherungsträger und –zweige übergreifend und unbürokratisch verbessert werden. Hierzu sind die Aktionen an Präventionszielen auszurichten. Bund und Länder müssen ergänzend zu den Sozialversicherungsträgern weiterhin ihrer Verantwortung gerecht werden.“

Kritische Anmerkungen zur Diskussion des Präventionsgesetzes 2007/2008

Nicht nur alle Sozialversicherungsträger von der GKV bis zur Arbeitslosenversicherung sowie die Private Krankenversicherung, sondern auch alle staatlichen Ebenen Bund, Länder und Kommunen müssen sich an der Finanzierung dieser Zukunftsinvestitionen beteiligen. Die jetzt vorgesehene Finanzierung über die GKV führt zu falschen Reflexen („Wer zahlt, schafft an!“)

Das hieße den gesellschaftspolitischen Ansatz und die Tragweite gründlich misszuverstehen.

4.1 Für das jeweilige Bundes-Land müssen die zentralen Weichenstellungen darin bestehen, dass eine anerkannte und entsprechend ausgestattete Leiteinrichtung für Prävention und Gesundheitsförderung geschaffen wird. Dies sollte von der fachlichen Qualifikation her das Landeseigene Einrichtungen wie das LÖGD in NRW sein, alternativ könnte die Landesvereinigungen Gesundheit dazu ausgebaut werden.

Ihre Kernaufgaben wären:

- Erarbeitung von Zielen und Prioritäten
- Koordinierung landesweiter Programme
- Eröffnung eines Internet-Portals „Prävention und Gesundheitsförderung“
- Ausbildung von Präventionsfachpersonen

Dabei kann in reichem Maß auf fachkundige Personen in Institutionen, Verbänden und lokalen Initiativen zurückgegriffen werden. Bei der strukturieren Ausbildung sollten geeignete Public-Health-Institute besondere Verantwortung übernehmen.

4.2 Auf **kommunaler Ebene** muss zweifelsohne der **Schwerpunkt** aller Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik liegen

Von der **Kommune als Handlungs- und Steuerungsebene** ist allerdings in den „Eckpunkten“ keine Rede.

Nur Bund- und Länderebene tauchen bei der Definition von Aufgaben und Zielen auf. Die Gemeinden sind eben nicht nur Umsetzungsebene von Zielen und Programmen auf Bund- oder Landesebene, sondern sie müssen die Ziele auf der Basis eigener Programme oder Programm-Teile selbst festlegen und als eigenständiger Akteur betreiben und steuern. Zwar hat sich der „Setting-Ansatz“ durchgesetzt, allerdings versteht man darunter wohl nur Schulen, Kindergärten und Betriebe.

Hier fehlen unter dem **Stichwort „Lebenswelten“** der Stadtteil, das Dorf, das Viertel, die Siedlung und andere Lebenszusammenhänge, in denen in Zukunft wirksam

Gesundheitsförderung und Prävention betrieben werden können.

4.3 In der bisherigen Diskussion fehlen auch Vorstellungen darüber, wie in der konkreten Präventions- und Gesundheitsförderungsarbeit die Rolle von Professionellen im Verhältnis zu Laien /engagierten Bürgern sein soll.

4.4 Ausbildung von Fachpersonen ist auf unterschiedlichen Ebenen und Qualifikationsniveaus erforderlich, damit Programme und ihre Implementation, bis hin zur Evaluation möglich werden - nicht zuletzt sind Forschungsaktivitäten erforderlich. Die Qualität von Programmen kann heute auch dann gut beurteilt werden, wenn konkrete Daten in Deutschland nicht vorliegen, weil im internationalen Rahmen für sehr viele Aspekte „Evidenz-basierte Programme“ vorliegen und adaptiert werden können. Der internationale Austausch über Public Health-Einrichtungen oder über die WHO z.B. Safe Communities Programm Stockholm muss forciert werden.

4.5 Statt sich immer „wiederholender Modellprojekte“ muss der Aufbau verlässlicher (nachhaltiger) Strukturen unter Einbeziehung bestehender Träger, Initiativen und Projekte in der Kommune in den Vordergrund gestellt werden. Erst-Klässler bekommen das 1x1 auch nicht in Form eines „Modell-Versuchs“ beigebracht.

4.6 Ziel- und Schwerpunktsetzung der Prävention und Gesundheits-förderung kann auf kommunaler Ebene auf vorhandene Daten und Ressourcen wie Dokumente der Gesundheits- und Sozialbericht-erstellung (Sozialstrukturatlas) oder Auswertung der Schuleingangs-untersuchungen zurückgreifen.

4.7 Kommunale Bildungseinrichtungen (Kitas, Schule) können für das Thema Gesundheit, Ernährung und Bewegung, wirksam interessiert und Gesundheitseinrichtungen (Kliniken, Praxen, Hebammen, Physiotherapeuten, Pflegedienste) einbezogen werden. Gesundheitsberufe haben eine besondere Verantwortung für diese Prozesse, die bislang völlig unzureichend wahrgenommen wird. Sie sind nicht selbstverständliche Experten für Gesundheitsförderung und Prävention: sie können aber aufgrund ihrer fachlichen Kenntnisse wirksam werden um Zusammenhänge, Hintergründe zu verdeutlichen. Anders ausgedrückt: Um die Sinnhaftigkeit eines Gurtes im Auto zu erkennen, muss man nicht Neurochirurg sein. Ein Neurochirurg kann sich aber wirksam und glaubhaft in der Präventionsaktivität der Polizei bei jungen Fahranfängern engagieren.

4.8 Es ist wenig sinnvoll und zielführend, im jetzigen Stadium das zarten Pflänzchen „Prävention und Gesundheitsförderung“ mit der Nachweispflicht von ökonomischen Einsparungen zu überfordern. Die vom Sachverständigen-Rat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2000/2001 in die Welt gesetzte Größe von einem **„präventiven Rationalisierungspotential“ von 25- 30%** ist nicht nur grob „gegriffen“, sondern erschwert die Diskussion (25-30% von 218 Mrd Euro (2000) der Ausgaben für Behandlung, Rehabilitation und Pflege bedeuten 54,5 – 65,4 Mrd.DM).

Prävention und Gesundheitsförderung in dem hier dargelegten Sinne wird zunächst einmal über Jahre hinweg erhebliche Investitionen in die Ausbildung von Fachpersonen, Programme und Implementation, nicht zuletzt in Forschung erfordern. Selbst bei hervorragend laufenden Programmen und seriöser wissenschaftlicher Evaluation ist vor einem Zeitraum von 5- 10 Jahren nicht mit handfesten Ergebnissen zu rechnen.

Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation sind unabdingbar notwendig. Dafür sind Einrichtungen der Hochschulen und nichtuniversitäre Einrichtungen zu profilieren. Auf diesem Feld gibt es in Deutschland erst wenige zarte Pflänzchen

Gut durchgeführte, positiv bewertete Programme und sichtbare Ergebnisse im täglichen Leben in Stadt und Land stellen aber schon dann ein hervorragendes gesellschaftliches Ergebnis dar, wenn sie nicht ökonomisch auf Heller und Euro mit einem „Plus“ bewertet werden können.

Tatsächlich wird auf allen Ebenen staatlicher Gesundheitspolitik wie im Bereich der Kostenträger nur sektoral bzw. ressortbezogen gedacht. Von "Vernetzung" wird gelegentlich zwar gesprochen, Realität ist sie jedoch nicht.

Es sollen keineswegs andere Politikfelder "medikalisiert" werden, aber die Abstimmung aufeinander und Kooperation miteinander läßt es erst zu, Gefährdungen in der unmittelbaren und mittelbaren Lebensumwelt zu vermeiden und "Gesundheitspotentiale" zu erschließen. Wichtige Anteile an einer solchen Entwicklung auf kommunaler Ebene könnte ein sich neu orientierender Öffentlicher Gesundheitsdienst leisten. Daher ist eine integrierte Sozial-, Gesundheits- und Ökologiepolitik Bestandteil der sozialdemokratischen Perspektiven des ökologisch-sozialen Umbaus der Industriegesellschaft.“

5. Warum sollte sich die SPD als Partei mit diesem Thema befassen und initiativ werden?

5.1 Die hier skizzierte gesellschaftspolitisch fundierte Politik für Prävention und Gesundheitsförderung

- nimmt langfristig wirksame gesellschaftspolitische Herausforderungen auf;
- ist nachhaltig im Sinne der Agenda 21 Entwicklung ausgerichtet
- beginnt frühzeitig in den Familien und Erziehungseinrichtungen wie KiTas und Schulen, wird integriert in vorhandene Erziehungsprogramme und Angebote
- stärkt die Verantwortung von Bürgerinnen und Bürger für ihre eigene Gesundheit und mobilisierte sie für eigene Beteiligung im sozialen Umfeld,
- nimmt das Wissen um die ungleiche Verteilung von gesundheitlichen Risiken und Chancen zum Ausgangspunkt
- setzt auf Möglichkeiten, mehr Kompetenzen zu entwickeln sowie auf die Verbindung von professionellem und ehrenamtlichem/ Laien-Engagement.
- formuliert eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe, die über die bisherige Gesundheitspolitik, die Politik der Institutionen und Verbände des Gesundheitswesens hinausgeht.
- Stellt das Zusammenwirken von Menschen vor Ort in den Mittelpunkt: alle erfolgreichen Präventions- oder Gesundheitsförderungsprogramme haben ihr Zentrum im kommunalen Raum. Hier müssen sich Programme bewähren.

Damit handelt es sich um eine zentrale Zukunftsaufgabe der Kommunalpolitik, dem klassischen Feld sozialdemokratischer Politik.

Gemeinden sind primäre Orte von Prävention und Gesundheitsförderung
 Städte sind zuständig für die lokal/regionale Planung von Lebens- und Arbeitsfeldern, ermöglichen den Einbezug der Bürgerinnen und Bürger in kommunale Planungs- und Entscheidungsprozesse und sind der zentrale Lebensraum für einen Großteil der Bevölkerung .

Damit können sich Kommunen zu zentralen Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention entwickeln

Sie nehmen schon bisher im Rahmen von Landesgesundheitsgesetzen Aufgaben für die Förderung und Erhaltung von Gesundheit. Diese Aufgaben sind explizit auf Gesundheit ausgerichtet und werden vom ÖGD umgesetzt.

So haben beispielsweise Stadtentwicklungsvorhaben, Verkehrsplanungen oder Fragen der Wirtschaftsförderung auch Auswirkungen auf Gesundheit.

Die Entwicklung von Gesundheit ist mithin abhängig von Entscheidungen und Planungen in allen Politikfeldern und damit eine klassische **intersektorale Aufgabe**.

Vorausschauende und nachhaltige Kommunalpolitik

Kommunen sind anders als Bund und Länder mit ihren Bürgerinnen und Bürgern am engsten verbunden und im nahen und mittleren Sozialraum unmittelbar erfahrbar.

Mit Kommunikations- und Kooperationsprozessen der Stadtpolitik

bzw. -verwaltung mit Bürgern, Vereinen, Institutionen haben Kommunen in den

verschiedensten Themenfeldern vielfältige Erfahrungen. Diese Erfahrungen können helfen, die

komplexe Aufgabe der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention zu gestalten. Denn bei der Entwicklung einer "gesunden Stadt" ist Gesundheitsförderung als Teil einer vorbeugenden Kommunalpolitik auf die konzertierte Mitwirkung verschiedener Politikfelder und relevanter Institutionen, Vereine sowie von Bürgerinnen und Bürger angewiesen.

Gesundheit ist eine bedeutsame Voraussetzung für zivilgesellschaftliche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie für Lebensqualität.

Gesunde Städte und Agenda 21

1989 haben 11 Kommunen das deutsche Gesunde Städte-Netzwerk ins Leben gerufen, dem heute über 50 Städte und Kreise angehören – auf der Basis der 1986 entwickelten WHO-Konzeption .

Die Kommunen müssen durch einen Stadtratsbeschluss belegen, dass sie Gesundheit verstärkt in den Mittelpunkt ihrer Kommunalpolitik stellen werden.

Eine Stadt ist eine gesunde Stadt, wenn sie sich der Gesundheit erkennbar und verantwortlich verpflichtet fühlt und in Kooperation mit vielen Akteuren in der Kommune Strukturen und Prozesse für deren nachhaltige Verbesserung entwickelt und erprobt (Gesundheitsverträglichkeit).

Die Gesunden Städte sind nur ein Beispiel: Agenda 21, Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit, Programm Soziale Stadt sind weitere Beispiele für Programme, die auf Integration und Zusammenarbeit über Verwaltungsgrenzen hinweg setzen.

Beispiele und Ansatzpunkte kommunaler Prävention und Gesundheitsförderung

Dazu gehören :

- Kommunale Gesundheitskonzepte (als Gesundheitsentwicklungspläne, in denen Stadtämter oder wiss. Institutionen Bedingungen und Projekte für die Verbesserung der gesundheitlichen Lage abstimmen, die sie verantwortlich fördern bzw. zukünftig fördern wollen. Ziele, Umsetzung Verantwortlichkeiten werden fixiert.
- Gesundheitskonferenzen wie in NRW, Rheinland-Pfalz oder Brandenburg in denen unterschiedliche Institutionen einer Kommune wie Gesundheits-einrichtungen ,Initiativen, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen bis hin zu Stadtämtern und Wohlfahrtseinrichtungen die Themen Gesundheitsk-förderung und Prävention behandeln.
- Gesundheitshäuser, offen für alle Bürgerinnen und Bürger, die sich zu Fragen von Gesundheit, Soziales und Selbsthilfe informieren und beraten wollen
 - Stadtteilbüros/ Quartiersmanager als niedrigschwellige Anlaufstellen für Bürgerinnen und Bürger zur Mitgestaltung der Stadtteile sowie gesundheitsfördernde Angebote für Zielgruppen, häufig in Verbindung mit Aktivitäten der sozialen Stadtteilentwicklung.
- Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten in Schulen und Kindergärten (zu Themen wie Förderung von Bewegungsangeboten Schulhofumgestaltung, gesunder Ernährung, Unfallverhütung bzw. Mittagstischen,)
- Beratungsangebote Angebote für Pflegebedürftige oder chronisch Kranke
- Öffentliche Aktionen wie Gesundheitsmärkte, Gesundheitswochen,

Quellen:

1. Sachverständigenrat (SVR) für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band I: Zielbildung , Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation
2. BMGS: Eckpunkte für ein Präventionsgesetz vom 11. Sept. 2007
3. Rosenbrock, R.: Die Umsetzung der Ottawa-Charta in Deutschland, WZB Berlin 1998,

4. Rosenbrock, R: Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe - Präventionsgesetz und gesundheitsfördernde Krankenhäuser, Berlin Sept. 2005
5. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen: Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland, 22. Mai 2002
6. Walter, Ulla/Schwartz, F.W.: Prävention im deutschen Gesundheitswesen, Gutachten für die Kommission Humane Dienste der CDU, Hannover 2001
7. Zwischenbericht AG 5 für den „Runden Tisch“: Stärkung der Prävention, Bonn September 2001
8. Stuppardt, R.: Hin zur Präventiven Versorgung , Soziale Sicherheit 8-9/2001
9. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung (GVG): gesundheitsziele.de – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland – Zwischenergebnisse, GVG-Informationsdienst 288, Köln November 2002 www.gesundheitsziele.de
10. Gründungserklärung des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung, Berlin 11.07.2002 www.bmgesundheit.de
11. Empfehlungen des „Runden Tisches“ zur Stärkung der Prävention 22. April 2002 www.bmgesundheit.de
12. Trojan, A./ Legewie, H.: Nachhaltige Entwicklung und Gesundheit, Frankfurt 2001, VAS-Verlag
13. Antonovsky, A: Salutogenese (Originaltitel: Unraveling the Mystery of Health- How People manage Stress and stay well) Tübingen 1997, DGVT-Verlag
14. ASG-Bundesvorstand: Ansatzpunkte für die Steuerung in einem solidarischen Gesundheitswesen (Vorläufige „Schwerer Thesen“ der ASG) Bonn, September 1997 (Vorlage für den ASG Fachkongress „Steuerung in einem solidarischen Gesundheitswesen - Zusammenwirken von BürgerInnen und Professionellen“, 11. Oktober 1997, in Bonn)

Erstfassung des Papiers Landesvorstand ASG NRW 2002

AG Prävention: Elisabeth Nieder, Matthias Albrecht, Thorsten Trapp, Manuel Berger,

Aktualisierung : Matthias Albrecht Nov. 2007

Anlage 2

Berliner Erklärung für eine aktive Präventionspolitik

Die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) fordert die Regierungskoalition auf, eine aktive Präventionspolitik zum Top-Thema der verbleibenden Legislaturperiode zu erklären. Prävention und Gesundheitsförderung sind sowohl eine persönliche als auch eine gesellschaftliche Herausforderung: Die steigende Lebenserwartung, die wachsende Dominanz chronischer Erkrankungen und die immer weiter auseinanderklaffenden Schere sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen mindern die Teilhabemöglichkeiten von Bürgerinnen und Bürgern millionenhaft.

Für uns Sozialdemokraten ist klar: Gesundheit ist nicht nur das bloße Fehlen von Krankheit, sondern ein Zustand umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Dieses Ziel ist unser Maßstab für die Ausgestaltung nicht nur der Gesundheitspolitik und des Gesundheitswesens, sondern auch anderer Politikfelder wie z.B. der Sozial- und Wirtschaftspolitik, der Familien-, Umwelt- und Bildungspolitik.

Den institutionellen Rahmen stärken

Dass immer mehr Menschen einen schlechten Gesundheitszustand aufweisen, beeinträchtigt nicht nur deren Lebensqualität und Entfaltungschancen, sondern behindert auch Lern- und Arbeitsprozesse. Krankheit hemmt damit nicht nur das persönliche Wachstum, sondern auch das volkswirtschaftliche. Die ASG fordert deshalb

- Ein nationales Präventionsgesetz: „Vielfalt nicht verhindern, aber Zielorientierung und Qualitätssicherung fördern“, so lautet unser Anspruch an ein modernes Präventionsgesetz. Dieses Bundesgesetz sollte insbesondere die nicht-medizinische Primärprävention stärken, rationale und akteursübergreifende Gesundheitsziele als Handlungsrahmen etablieren sowie eine Qualitätssicherung und Evaluation der jeweiligen Präventionsmaßnahmen und -programme sicherstellen. Diese müssen insbesondere bei sozialen „Settings“ (Lebenswelten) in der Umsetzung ansetzen und damit geeignet sein, soziale Ungleichheit zu verringern. Strategien und Programme müssen zudem zielgruppen- und geschlechtergerecht geplant bzw. umgesetzt werden und insbesondere auf vulnerable Bevölkerungsgruppen fokussieren. Weder Bund, Länder und Kommunen noch die Sozialversicherungsträger sowie die Private Krankenversicherung dürfen aus der Verantwortung auch bei der Finanzierung dieser Zukunftsinvestitionen entlassen werden.
- Dabei ist uns klar: Ein nationales Präventionsgesetz kann nur ein Baustein sein von vielen, die nötig sind, um zu einer aktiven Präventionspolitik zu kommen. Im Bereich der Gesetzgebung sollten alle relevanten sektoralen Gesetze deshalb darauf überprüft werden, mit welchen weiteren Hebeln bzw. Anreiz- oder Vergütungssystemen diese in Hinblick auf das Ziel „mehr Prävention und Gesundheitsförderung“ einen Beitrag leisten können. Ähnlich der Entbürokratisierungsoffensive einzelner Bundesländer oder der Bundesregierung sollte eine ressortübergreifende „Gesundheitsoffensive“ gestartet werden, die sektorspezifische Möglichkeiten nennt und konkret legislativ umsetzt.

Kommunaler Solidarität Rückhalt geben

Die Schutzplanken staatlich organisierter finanzieller Absicherung bei Gesundheitsrisiken wollen wir ergänzen um Investitionen in den Aufbau informeller Netzwerke einer aktiven, in den jeweiligen Stadtteilen und Lebenswelten verankerten Gesundheitsförderung und Präventionspolitik. Dabei ist uns klar: Nicht eine privilegierte Minderheit braucht Unterstützung, sondern gerade Menschen aus sozial schwachen Schichten. Denn diese sind es, die einen stark erhöhten Bedarf haben, gesund aufzuwachsen, gesund zu bleiben und Krankheiten zu vermeiden. Wer arm ist, stirbt auch in Deutschland oft früher. Die Lebenserwartung von Menschen aus dem unteren Einkommensviertel liegt bis zu 10 Jahre

unter der aus dem oberen Viertel. Soziale Stadt, Gesundheitsförderung und Prävention werden noch zu selten miteinander in Verbindung gebracht. Wir wollen erreichen, dass

- Gesundheitsförderung und die Bewältigung armutsbedingter Gesundheitsprobleme in den Quartieren bei der Programmumsetzung des Bund-Länder-Programms Soziale Stadt einen höheren Stellenwert erhalten. Derzeit werden nur in einem Viertel der Programmgebiete (so ein Ergebnis der Auswertung in den Jahren 2005/2006) Maßnahmen und Projekte durchgeführt, die explizit auf Gesundheit ausgerichtet sind. Niederschwellige Angebote in den Bereichen gesunde Ernährung, Bewegung, Sucht- und Gewaltprävention, Gesundheit in der Familie sowie die Einrichtung von Gesundheitshäusern und –treffs sind zentrale Elemente gesundheitsfördernder Strategien im Stadtteil. Dies sollte zudem bei der Federführung für die Erarbeitung integrierter Entwicklungskonzepte auf kommunaler Verwaltungsebene berücksichtigt werden.
- Instrumente der lokalen, regionalen und bundesweiten Gesundheitsberichterstattung gestärkt werden, um zielgenaue Strategien zu entwickeln und Gesundheitsförderprogramme effektiv umzusetzen. Kommunale Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsämter sollten in ihrer Arbeit gestärkt werden.
- auf kommunaler Ebene die unterschiedlichen Präventions-Professionen mit ihren jeweils eigenen Blickwinkeln besser vernetzt sind. So zeigen beispielsweise Modellprojekte, dass die Prävention von Verkehrsunfällen mit Kindern erfolgreich leistbar ist, wenn lokal koordiniert gehandelt wird. Selbsthilfepotentiale sollten zudem aktiv gefördert werden. Dazu gehört auch, den öffentlichen Raum barrierefrei auszugestalten und die Partizipation von Menschen mit Behinderungen an allen Maßnahmen und Programmen zu gewährleisten.
- eine gesundheitsorientierte Kommunalpolitik die Möglichkeiten einer gesundheitsförderlichen Stadtplanung ausschöpft und beispielsweise schlafraubende bzw. gesundheitsschädliche Lärmquellen eliminiert, gesunde Wohnverhältnisse schafft oder aber die Feinstaubbelastung konsequent mindert.

Gute gesundheitliche Chancen von Anfang an und ein Leben lang

Eine aktive Gesundheitsförderung und Präventionspolitik muss altersphasenadaptiert sein und sich entlang des Lebenslaufs orientiert. Bereits in den ersten Lebensmonaten und -jahren werden gesundheitliche Chancen festgelegt. Wichtig sind: Frühkindliche Gesundheitsförderung bereits von Geburt an, mehr hochqualitative Kinderbetreuung mit guten Betreuungsschlüsseln und Bildungsangeboten von Anfang an, eine bessere Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsarbeit, aber auch eine ineinandergreifende, sich gegenseitig ergänzende und verstärkende Gesundheit-, Bildungs-, Familien- und Seniorenpolitik. Was wir brauchen, ist/sind

- eine Bund-Länder-Initiative „Familie und Gesundheit“, die eine breite Kampagne anstößt und möglichst viele Institutionen, Organisationen und Entscheider in Politik und Gesellschaft, in Unternehmen und Verwaltung, im Bildungs- und auch im Gesundheitswesen zu mehr Sensibilität und offensiver Gestaltung zugunsten von mehr Gesundheit für Familien zu gewinnen.
- eine familienorientierte und gemeindenahere Gesundheitsversorgung. Hierzu bietet es sich an, der Gesundheit in Familienzentren einen hohen Stellenwert zu geben, indem auch Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten als Tandem oder im Netzwerk arbeiten. Familienzentren bieten auch Chancen für neue integrative, niedrigschwellige Angebote wie präventive Besucherdienste u.a. für Kinder und Jugendliche, aber auch Alleinlebende und ältere Bürgerinnen und Bürger. Im Vordergrund stehen die psychosoziale Begleitung und das Gespräch. Die Gesundheitsförderung von Kindern, Jugendlichen sowie ihren Eltern und Großeltern bedarf eines menschlichen Miteinanders, das Ausstellen eines Medikamentenrezepts ist dafür nicht ausreichend.

- Schulen und Kindertagesstätten, die zu Häusern des Lebens und Lernen entwickelt werden. Diese müssen konsequent befähigt werden, eine gute gesunde Entwicklung zu ermöglichen. Spezielle Unterstützungsangebote für Ganztagschulen und -kindergärten etc. sollten dazu beitragen, neben einer gesunden Organisationsentwicklung auch ein gesundes Mittagessen zu gewährleisten. Sport- und Bewegungsangebote sind hier zu integrieren und zu fördern.
- Eine aktive Gesundheitsförderung und Präventionspolitik auch für die zweite Lebenshälfte. Sport und Bewegung sind hier genauso wichtig wie seniorenrechtliche Wohnungen, ein aktivierendes Wohnumfeld, das auch einer Vereinzelung entgegenwirkt, sowie eine Vernetzung und Koordination der unterschiedlichen Angebote und Dienste.

Mitverantwortung der Wirtschaft einfordern

Die zunehmende „Epidemie ernährungsbedingter Krankheiten“ und die zunehmende Kluft im Gesundheitszustand und in der Lebenswartung der Menschen unserer Gesellschaft bedürfen einer gesamtgesellschaftlichen Kraftanstrengung, in der auch die Wirtschaft, insbesondere die Lebensmittelindustrie, Verantwortung übernehmen kann und muss. Wir brauchen schnellstens ein nachhaltiges Gegensteuern, wenn die durch schlechte Gesundheit bedingten medizinischen Behandlungskosten, der Arbeitsausfall, die stärkere Frühverrentung sowie die eingeschränkte Produktivkraft nicht die Zukunftsfähigkeit unserer Gesellschaft beeinträchtigen sollen. Dazu müssen alle Wirtschaftsbereiche ihren Beitrag leisten. Die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten fordert,

- dass die Ernährungswirtschaft verpflichtet wird, Verbrauchern einen gesunden Lebensmitteleinkauf zu ermöglichen, indem die Produkte klar bezüglich ihres Nährwertes gekennzeichnet werden. Das bereits in England praktizierte System einer ergänzenden farblichen „Ampelkennzeichnung“ auf der Vorderseite ist hier vorbildlich und könnte zügig eingeführt werden.
- die Unternehmen auf, konsequent Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung auszubauen, um die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhöhen. Ergänzt werden sollte dies um ein klares Engagement für familienorientierte Arbeitsplätze, die die besonderen Bedarfslagen von Eltern akzeptieren und Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Beruf und Familie schaffen. Gleichzeitig sollten gerade vor dem Hintergrund älter werdender Belegschaften diese kontinuierlich qualifiziert und aktiv altersphasenspezifische Gesundheitsförderaktivitäten entwickelt werden.
- dass die jeweiligen Branchenverbände branchenspezifische Masterpläne entwickeln, in denen sie sich zu spezifischen Gesundheitsaktivitäten verpflichten. Dazu gehören beispielsweise im Bereich der Möbelindustrie die Minimierung schädlicher Lacke und Leime oder im Bereich des Handels ein vermehrtes Angebot möglichst regional bezogener Produkte, um die gesundheitlichen Folgekosten langer Transportwege zu verringern.