



**Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und
Sozialdemokraten im Gesundheitswesen**

Beschlussbuch

**Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im
Gesundheitswesen**

Bundeskonzferenz

der Arbeitsgemeinschaft der

Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten

im Gesundheitswesen (ASG)

25. und 26. Januar 2013,

Willy-Brandt-Haus, Berlin

Redaktion: Dirk Engelmann, Michaela Kühn
Herausgeber: Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und
Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG)
Willy-Brandt-Haus, Wilhelmstraße 141, 10963 Berlin, Telefon 030/25591-403
E-Mail: ags.themenforen@spd.de

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Inhaltsverzeichnis	3
I. Übersicht Angenommene und überwiesene Anträge	4-6
Gesundheitspolitik	7-70
Gute Arbeit in Medizin und Pflege	70-73
Pflegepolitik	73-76
Sonstiges	77-78
II. Weitere Anträge	78
III. Dokumentation Initiativanträge	78-82

Angenommene und überwiesene Anträge

	Überschrift	Beschlusstext	Seite
G1	Gesundheitspolitische Anforderungen der ASG für die kommende Legislaturperiode	(Angenommen in der geänderten Fassung der Antragskommission)	7-15
G2	Von Menschen für Menschen - Eckpunkte sozialdemokratischer Gesundheitspolitik	(Angenommen in der geänderten Fassung der Antragskommission)	15-33
G3	Gesundheit neu denken: Wo stehen wir - wo wollen wir hin?	(Angenommen)	34-41
G4	Paradigmenwechsel in der zukünftigen Gesundheitspolitik	(Überwiesen als Material an den Bundesvorstand)	41-42
G5	Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes neu fassen und Mindeststandards auf Bundesebene einzuführen	(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission)	42
G6	Übergang des Sicherstellungsauftrags für die ärztliche Versorgung auf die jeweilige Gebietskörperschaft	(Überwiesen an den ASG-Bundesausschuss)	42
G7	Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit medizinisch notwendigen Krankenhausleistungen durch Änderung der Paragraphen 17b und 17d des KHG	(Angenommen)	43
G8	Neue, patientenorientierte Krankenhauspolitik und Krankenhausfinanzierung sicherstellen:	(Angenommen in der geänderten Fassung der Antragskommission und überwiesen an den SPD-Parteivorstand)	43
G9	Keine „Boni“, wenn es um Gesundheit geht	(Angenommen)	44
G10	Korruption von Kassenärzten	(Angenommen in der geänderten Fassung der Antragskommission)	44
G11	Bestechlichkeit § 299 StGB	(Angenommen)	45
G12	Vertrauen in die Organtransplantationen wiederherstellen	(Angenommen)	45
G13	Honorargerechtigkeit für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten	(Angenommen in der geänderten Fassung der Antragskommission)	46
G14	Eine Kultur des Miteinanders schaffen	(Überwiesen als Material an den Bundesausschuss und die SPD Saarland)	46-48
G15	Solidarische Finanzierung der Bürgerversicherung	(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission)	48-49
G17	Den Risikostrukturausgleich (RSA) sachgerecht weiterentwickeln!	(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission)	49
G18	Kein Kartellrecht für Krankenkassen	(Angenommen in geänderter Fassung)	49-50

		der Antragskommission)	
G19	Krankenkassen sind keine Unternehmen	(Angenommen)	50
G20	Abschaffung des Kartellrechtes für Krankenkassen und des Insolvenzrechtes für Krankenkassen	(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission)	50-51
G21	Attraktivität der Sozialwahlen steigern und die Selbstverwaltung stärken	(Überwiesen an den Bundesvorstand)	51
G22	Marktrücknahme eines zugelassenen und erstattungsfähigen Arzneimittels	(Angenommen)	51
G23	Einführung einer Positivliste für Arzneimittel	(Angenommen)	52
G24	Europäische Kommission für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/20/EG (KOM (2012) 369)	(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission und überwiesen an die SPD-Bundestagsfraktion und die SPE-Fraktion)	52
G25	EU-Verordnungsentwurf für Medizinprodukte	(Angenommen)	52-53
G27	Patientenschutz bei Medizinprodukten verbessern	(Angenommen)	53
G28	Einführung eines Registers für Medizinprodukte, welches Kostenträgern und Patienten zur Verfügung steht	(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission)	53-54
G29	Kollektive und individuelle Rechte von Patientinnen und Patienten stärken	(Angenommen in geänderter Fassung)	54-60
G30	Rechte von Patienten und Versicherten im System der Gesundheitsversorgung in Deutschland	(Angenommen)	60-69
G34	Anerkennung von Burn-out als Berufskrankheit i. S. d. SGB VII	(Angenommen in geänderter Fassung)	69
G36	Resolution: Pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)	(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission)	69
A1	Aufwertung sozialer Berufe und verpflichtende Gesundheitsförderung	(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission)	70
A2	Einführung eines bundeseinheitlichen Standards zur Personalbemessung in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe	(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission)	70
A3	Wiedereinführung der Pflegepersonalregelung um die Versorgung der Krankenhauspatienten mit den unverzichtbaren pflegerischen Dienstleistungen sicherzustellen	(Annahme in geänderter Fassung der Antragskommission)	70-71
A4	Maßnahmen zur Deckung des Fachkräftebedarfs – Vermeidung des	(Annahme in geänderter Fassung der Antragskommission)	71

	drohenden Fachkräftemangels		
A6	Pflege aufwerten – mehr Gehalt für Pflegepersonal!	(Annahme in geänderter Fassung der Antragskommission)	72
A8	Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf berufserfahrene Pflegekräfte ermöglichen!	(Angenommen)	72
P1	Pflegende Angehörige entlasten: Rechtsanspruch auf adäquate Tageszeitenbetreuung einführen!	(Angenommen)	73
P3	Vereinheitlichung bzw. Zusammenführung der Gutachterdienste in der Pflege bei Leistungen nach dem SGB XI und der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII	(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission)	74
P4	Ergänzende Leistungen bei der Pflegebedürftigkeit	(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission)	74
P5	Abbau von Bürokratie in Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten und Krankenhäusern	(Angenommen in geänderter Fassung)	74-76
S1	Fluglärm reduzieren und begrenzen	(Angenommen in der geänderten Fassung der Antragskommission)	77
S2	Auflösung des Bundesversorgungsgesetzes und Einführung in das SGB VII zur Versorgung von Soldatinnen und Soldaten, sowie die Erweiterung des Opferentschädigungsgesetzes (OEG) um einen eigenen Leistungsteil	(Überwiesen an den Bundesausschuss)	77
S3	Vereinheitlichung der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche	(Angenommen)	78
Ini1	Sicherstellungsaufträge an alle Krankenhausträger, die Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe betreiben	(Angenommen)	78
Ini2	Rot-grüne Gestaltungsmehrheit des Bundesrates nutzen!	(Angenommen)	79
Ini3	Sprechende Medizin	(Angenommen)	79
Ini4	Angemessene Vergütung von Psychotherapeuten	(Angenommen)	80
Ini5	Psychotherapeutische Versorgung	(Überweisung an den Bundesausschuss)	80-82

Gesundheitspolitik

Antragsbereich G/ **Antrag 1**

ASG Bundesvorstand

Gesundheitspolitische Anforderungen der ASG für die kommende Legislaturperiode

(Angenommen in der geänderten Fassung der Antragskommission)

5 **1. Mehr Gesundheitspolitik wagen! Für die Interessen der Patientinnen und Patienten.**

Für uns Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten stehen die Interessen der Bürgerinnen und Bürger im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik und nicht die Einzelinteressen von Berufsgruppen, Institutionen und Verbänden. Dafür arbeiten wir an einem fairen, stetigen Interessenausgleich aller
10 Akteure im Gesundheitssystem.

Wir wollen gleiche Gesundheitschancen für alle.

Wir wollen mehr Gerechtigkeit durch mehr Solidarität im Krankenversicherungssystem.
15

Wir wollen mehr Kooperation und Verantwortung vor Ort.

Wir wollen mehr Mitbestimmung und Selbstbestimmung stärken

20 Wir wollen Gute Arbeit in allen Bereichen des Gesundheitssystems.

Wir wollen echte Innovationen und mehr Investitionen für nachhaltiges Wachstum in der Gesundheitsbranche.

25 **Schwarz-Gelb ist sozialpolitischer Stillstand. Die Bürgerinnen und Bürger erwarten sozialen Fortschritt. Für sie werden wir mehr Gesundheitspolitik wagen!**

Die ASG macht sich für eine bedarfsgerechte und solidarische Gesundheitspolitik in der SPD stark. Mit unseren Forderungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem in Deutschland wollen wir
30 unseren Beitrag für eine offensive Gesundheits- und Pflegepolitik in der kommenden Legislaturperiode leisten. Eine bürgerorientierte Gesundheitspolitik, wie wir sie vorschlagen, macht die SPD stark: Wir wollen, dass Rot-Grün Deutschland wieder regiert. Nur mit einer rot-grünen Mehrheit werden wir unsere wichtigen gesundheitspolitischen Projekte, wie die Bürgerversicherung, umsetzen können.

35 Wenn wir unser Gesundheitssystem zukunftsgerecht und fortschrittlich weiterentwickeln wollen, müssen wir uns den großen gesellschaftlichen Herausforderungen stellen. Wir müssen das Gesundheitssystem innovativ gestalten statt es zäh zu verwalten. Die älter werdende Gesellschaft, der soziale, ökonomische und technologische Wandel sowie die Alterung in den
40 Gesundheitsberufen begründen einen außergewöhnlichen Weiterentwicklungsbedarf im Pflege- und Gesundheitssystem. Ob dies gelingt, hängt davon ab, ob wir spürbare Fortschritte bei folgende Zielen erreichen:

Die Zunahme der sozialen Spaltung muss auch durch die Stärkung der Solidarität in der Pflege- und Krankenversicherung und durch den Abbau von finanziellen- und organisatorischen Barrieren im Gesundheitssystem verhindert werden.

Gesundheitliche Prävention muss politische Querschnittsaufgabe und eine tragende Säule des Gesundheitssystems werden.

Wir müssen echte medizinische Innovation und fördern statt nutzloses Mengenwachstum anzureizen. Renditeinduzierter Scheinfortschritt frisst die Solidarität und damit die Gesundheitschancen besonders der sozial Schwachen auf.

Innovation in der Versorgung liegt vorrangig in der verbindlichen Kooperation der Akteure. Nicht die Leistungsmenge, sondern die Qualität einer regelhaften integrierten Versorgung ist das Ziel, um eine gute und moderne Medizin zu gewährleisten.

Alle Gesundheitsberufe müssen im Wettbewerb der Berufe attraktiver werden, um die medizinische, pflegerische und soziale Versorgung auch personell sicher zu stellen. Ihre fachlichen Potenziale müssen stärker genutzt werden.

Wir sind der festen Überzeugung, dass das Gesundheits- und Pflegesystem ein elementarer Bereich der öffentlichen Daseinsvorsorge ist, über das die Bürgerinnen und Bürger demokratisch mitbestimmen sollen. Deshalb lehnen wir die Privatisierung der gesetzlichen Krankenversicherung ebenso ab, wie die von zentralen Versorgungseinrichtungen, wie z.B. die von öffentlichen Krankenhäusern.

Durch eine stärkere Koordination und Mitgestaltung von Gesundheitsinfrastruktur durch die regionalen Gebietskörperschaften, wollen wir die demokratische Kontrolle und Mitbestimmung im Gesundheitssystem ausbauen. Deshalb brauchen die Länder und Gebietskörperschaften mehr Rechte zur aktiven Versorgungsgestaltung, insbesondere auch zur Durchsetzung gesetzlich bereits festliegender Versorgungsstandards.

75

2. Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit: Eine solidarische Bürgerversicherung umsetzen

Wir wollen nach den Bundestagswahlen ein einheitliches, nachhaltiges und gerechtes Finanzierungssystem für Gesundheit und Pflege schaffen, in das alle nach ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit solidarisch einzahlen.

Wir wollen eine gute medizinische Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger finanzieren. Deshalb brauchen wir mehr Verlässlichkeit und Nachhaltigkeit bei den Einnahmen der GKV. Nur wer soziale Sicherheit hat, besitzt die Freiheit, sein Leben selbstbestimmt zu gestalten. Deshalb wollen wir, dass alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig von Ihrer Lebenslage oder ihrem Erwerbsstatus eine leistungsfähige Kranken- und Pflegeversicherung bekommen und dazu ein einheitliches Versicherungssystem schaffen: Die Bürgerversicherung. Der drohende Zusammenbruch der PKV und die zunehmende Überforderung von immer mehr PKV-Versicherten machen deutlich, dass nur durch eine solidarische Finanzierung gute Versorgung für alle gesichert werden kann. Damit erreichen wir gleiche solidarische Rahmenbedingungen für alle Krankenkassen und mehr

Gerechtigkeit bei den Beiträgen. Deshalb wollen wir die Solidarität der hohen mit den niedrigen Einkommen stärken und die Parität zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern wieder einführen.

95 Mit der Einführung der Bürgerversicherung werden wir diese Ziele in der Kranken- und der Pflegeversicherung erreichen:

100 Die Bürgerversicherung wird sowohl als Krankenvoll- als auch als Pflegeversicherung für alle Neuversicherten und die bislang gesetzlich Versicherten verbindlich eingeführt. Bisherige Privatversicherte können befristet wählen, zu wechseln. Die bisherige private Vollversicherung wird auslaufen.

105 Die paritätischen, einkommensabhängigen Beiträge bleiben die tragende Säule der Finanzierung von Kranken- und Pflegeversicherung. Um mehr Beitragsgerechtigkeit zu gewährleisten ohne die mittleren Einkommen zu überfordern, wird die Beitragsbemessung weiterentwickelt. Zu Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung wollen wir mehr finanzielle Nachhaltigkeit. Auch deshalb wollen wir die Einbeziehung aller Einkunftsarten, z.B. durch eine stetig ansteigende, ergänzende Steuerfinanzierung.

110 Wir wollen die Zusatzbeiträge abschaffen und der Selbstverwaltung wieder das Recht zurückgeben, die Beitragssätze ihrer Krankenkassen selbstständig festzulegen.

115 Wir werden für alle Kassen der Bürgerversicherung einheitliche und solidarische Rahmenbedingungen schaffen. Dazu wird der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich unter Bürgerversicherten verbessert und zielgenauer ausgestaltet.

120 In diesem Wettbewerb wollen wir die gesetzlichen Kassen als selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts stärken und die tatsächliche Mitwirkung ihrer Versicherten ausbauen. Die soziale Krankenversicherung muss künftig immer mehr die Rolle des patientenorientierten Gestalters der Gesundheitslandschaft und des Mittlers zwischen ihren Versicherten und den Anbietern von Gesundheitsleistungen einnehmen. Der Wettbewerb zwischen den Kassen muss sich auf die patientengerechte und krankheitsadäquate Umsetzung des gesundheitlichen Leistungsangebotes konzentrieren. Qualität, Wirtschaftlichkeit und nachhaltige Gesundheitssicherung ihrer Versicherten müssen im Mittelpunkt des Krankenkassenhandelns stehen.

125 Der Wettbewerb der Krankenkassen darf einer gemeinsamen Verantwortung für eine gute Versorgung in den Ländern nicht entgegenstehen.

3. Soziale Spaltung verhindern: Zugangs-Barrieren abbauen

130 Sozial benachteiligte Menschen haben nach wie vor schlechtere Gesundheitschancen. Sie haben eine kürzere Lebenserwartung und höhere Pflege- und Krankheitsrisiken bei nahezu allen großen Volkskrankheiten. Dies wollen wir langfristig durch Prävention in der Bildungs-, Arbeits- und Lebenswelt ändern. Arbeiten und Wohnen dürfen nicht krankmachen; Bildung muss Gesundheit fördern.

Damit sozial schwächere Bevölkerungsschichten auch gleiche Teilhabe an medizinischer und pflegerischer Versorgung haben, müssen Zugangshürden abgebaut und Privatisierungsanreize

unterlassen werden.

140

Die ASG sieht in der Abschaffung der Praxisgebühr den Abbau einer wesentlichen finanziellen Barriere, die vor allem Kranke mit niedrigem Einkommen überdurchschnittlich belastet hat. Ebenso fordern wir den Abbau von Selbstbeteiligungen, die durch Zuzahlungen in den unterschiedlichsten Leistungsarten der GKV entstehen.

145

Insbesondere müssen ausgegliederte Leistungen, wie der Zahnersatz, wieder in das Leistungsspektrum des SGB V eingegliedert und damit solidarisch finanziert werden. Beim Zahnersatz haben die Festbetragsregelungen dazu geführt, dass bezahlbarer Zahnersatz jenseits der Grundversorgung de facto nicht mehr verfügbar ist.

150

Auch die schlechter werdende Versorgung in strukturschwachen Regionen, städtischen wie ländlichen, stellt ein immer größer werdendes Zugangsproblem dar. Weil es in diesen Regionen und Stadtvierteln keine umfassende Sicherstellung der Versorgung mehr gibt, können Leistungen, die den Betroffenen zustehen, gar nicht mehr in Anspruch genommen werden. Deshalb muss die

155

Planung von medizinischer Versorgung kleinräumiger und populationsbezogener organisiert werden. Wir wollen gerade dort in die Versorgung investieren, wo es durch Armut und Alterung einen höheren Versorgungsbedarf gibt und den gegenläufigen, gefährlichen Trend umkehren.

Aufgrund des Personalmangels im Gesundheitswesen ist ein Abbau der Überversorgung in wohlhabenden Stadtteilen vorzunehmen.

160

4. Vorrang für Prävention und Rehabilitation

Umfassende Prävention ist mehr als Vorsorgemedizin. Sie umfasst alle gesellschaftlichen Gestaltungsbereiche, insb. die Gestaltung des Lebensumfelds in den Kommunen, wie das Wohnen, die Arbeitswelt und die Bildung.

165

Gerechtigkeit heißt für uns auch, die Voraussetzungen zu schaffen, um möglichst gesund älter zu werden. Deshalb wollen wir, dass Prävention und Rehabilitation gleichwertige Säulen des Gesundheitssystems werden.

170

Mehr Gesundheit sichert für die Einzelnen gleiche Chancen ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten und stärkt den sozialen Zusammenhalt. Mehr Gesundheit steigert die Lebens- und Arbeitsqualität und fördert die Produktivität unserer Wirtschaft.

175

In einer Gesellschaft des längeren Lebens und Arbeitens mit einer stark steigenden Zahl chronisch kranker Menschen brauchen wir endlich die wirkliche Gleichstellung der medizinischen Rehabilitation mit der medizinischen Akutversorgung. Zugangshürden müssen abgebaut, Reha-Deckel und Reha-Budgetbegrenzungen müssen beseitigt werden, damit die Rehabilitation wieder nach medizinischem Bedarf und nicht nach Kassenlage gewährt wird. Zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit brauchen wir eine Offensive in der geriatrischen Rehabilitation. Deshalb müssen die Kosten für diese Leistungen, die die Krankenkasse erbringt um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern von der Pflegekasse erstattet werden.

180

185

Wir wollen einen Ausbau der unabhängigen Rehabilitationsforschung und endlich mehr

interdisziplinär besetzte Lehrstühle für die medizinische Rehabilitation an deutschen Hochschulen

190 Um eine wirksame Präventionsstrategie umzusetzen, brauchen wir keine neuen Modell- und Leuchtturmprojekte. Wir wollen in der kommenden Legislaturperiode endlich ein Präventionsgesetz schaffen.

195 Wir wollen die gesetzlichen Voraussetzungen dafür schaffen, dass der „Präventive Hausbesuch“ zur Pflegevermeidung und zur Verringerung der Verschlimmerungsrisiken bei chronischen Erkrankungen zum Regelangebot für die älter werdende Gesellschaft in Deutschland wird.

5. Innovation und Investition: Wachstumschancen durch echten Gesundheitsfortschritt

200 Ausgaben für Gesundheit verstehen wir als Schlüsselinvestitionen in eine sozial- und ökonomisch nachhaltige Zukunft unseres Landes. Mit den richtigen gesundheits- und wirtschaftspolitischen Impulsen wird die Gesundheitsbranche zum Motor für gute und sichere Arbeit. Es ist unser Ziel, die Gesundheitsbranche als Triebkraft für nachhaltiges Wachstum mit Wohlstand und sozialer Sicherheit zu fördern.

205 Weil es bei Gesundheit und Pflege um zentrale soziale Verpflichtungen unserer Gesellschaft für alle Bürgerinnen und Bürger geht und weil Gesundheit und Pflege überwiegend aus solidarischen Beiträgen finanziert werden, brauchen wir qualitative Wachstumsimpulse, die unsere gesellschaftlichen und sozialpolitischen Zielen fördern. Deshalb wollen wir echte medizinische Innovationen fördern, damit ethische Verantwortung, nachhaltiges Wachstum und ein ökonomisch
210 verantwortlicher Umgang mit solidarischen Beitragsgeldern in Einklang gebracht wird.

Wir wollen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteltherapien, diagnostischen und therapeutischen Verfahren sowie Medizinprodukten den Nutzegedanken stärken. Deshalb dürfen nur noch solche Innovationen solidarisch finanziert werden, die einen
215 nachgewiesenen Zusatz-Nutzen haben. Für einen wirksamen Verbraucherschutz im Gesundheitssystem wollen wir echten medizinischen Fortschritt statt Scheininnovationen.

Der medizinische Fortschritt erfordert vor allem Innovationen in der Organisation der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Durch besser abgestimmte Abläufe in der
220 Versorgung, den Abbau von Sektorengrenzen und durch mehr Angebote in der Vorsorge wollen wir die Lebensqualität und wirtschaftliche Produktivität in unserer Gesellschaft erhöhen und gute neue Jobs dort schaffen, wo sie gebraucht werden: Im direkten Einsatz für die Patientinnen und Patienten. Die qualitativ hochwertige Versorgung muss der eigentliche Jobmotor in der Gesundheitsbranche sein. Integrierte Versorgung muss bei psychischen und chronischen
225 Erkrankungen als Regelversorgungssystem mit klaren qualitativen Standards gesetzlich vorgegeben werden.

Jeder/jede Versicherte/er hat in Deutschland einen Rechtsanspruch auf „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“. Nur in wenigen Regionen Deutschlands kann derzeit dieser Rechtsanspruch
230 eingelöst werden. Die Strategien der Kostenträger sind eher auf Verhinderung statt auf Nutzung dieses Leistungsangebotes für ihre schwerstkranken Versicherten angelegt. Dies ist ein gutes Beispiel für die Begründung des Rechtsinstruments der „Ersatzvornahme“ durch die Länder, wenn gesetzlich vorgegebene Rechtsansprüche nicht oder nicht sachgerecht realisiert werden.

235 Dies gilt für die SAPV genauso wie für den Rechtsanspruch auf Entlass- und
Überleitungsmanagement aus der stationären Versorgung, auf unabhängige Pflegeberatung, auf
Integrierte Versorgung usw.. Überall dort wo gesetzlich vorgegebene Strukturen und
Rechtsansprüche im Interesse der Versicherten von der sogen. Selbstverwaltung nicht realisiert
werden, brauchen wir zukünftig Ersatzvorhaben durch die Länder. Wir wollen die gesetzlichen
240 Voraussetzungen dafür schaffen.

6. Kooperation in der Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessern

Die Bürgerinnen und Bürger sind heute von multiplen Problemlagen betroffen. Gleichzeitig ist unser
245 Gesundheits- und Sozialsystem zu sehr auf die Lösung von Einzelproblemen durch jeweilige Träger
der sozialen Sicherung ausgerichtet. Wir müssen diese Trägerorientierung überwinden.
Bürgerorientierung heißt – praktisch gesehen - auch, dass die Strukturen und Leistungen den
Problemlösungen der betroffenen Bürgerinnen und Bürger folgen und nicht den institutionellen
Interessen.

250 Um dies zu erreichen, müssen wir unsere sozialpolitischen Vorhaben dem Ziel unterordnen, die
Träger der sozialen Sicherung, als auch die Leistungserbringer im Gesundheits- und Pflegesystem
kooperationsverpflichteter zu machen und konsequent Schnittstellenübergänge ohne
Versorgungsbrüche zu sichern.

255 Eine wichtige Rolle wird dabei den Ländern und den kommunalen Gebietskörperschaften
zukommen. Die Optimierung der Versorgungsstrukturen und –Abläufe in den Bereichen Medizin,
Pflege und soziale Alltagshilfen, die bei chronisch kranken und multimorbiden Menschen in der
Regel parallel gebraucht werden, kann nur regional und kleinräumig von denjenigen gestaltet
260 werden, die vor Ort Verantwortung tragen und die differenzierten Problemlagen wahrnehmen und
bedarfsgerecht, aber auch ressourcenschonend den nötigen Hilfe-Mix organisieren können.

Wir wollen mit den kommunalen Gebietskörperschaften eine neue integrierte soziale
Dienstleistungskultur entwickeln. Um dabei die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse
265 bundesweit zu wahren, sind bundeseinheitliche, aber auch konkrete und verbindliche
Leistungsrahmen-Vorgaben notwendig. Zur flächendeckend verbindlichen Umsetzung dieser
Versorgungsstandards müssen die Länder mit entsprechenden Durchgriffsrechten ausgestattet
werden.

270 Von der Weiterentwicklung der Strukturen des Gesundheitssystems hängt entscheidend ab, ob
auch in Zukunft eine gute medizinische Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger gewährleistet
sein wird. In der Versorgung erleben die Menschen die Alltagsrealität unseres Gesundheitssystems.
Der Erfolg unserer Gesundheitspolitik hängt davon ab, ob Verbesserungen in der Versorgung im
Alltag auch wirklich überall spürbar werden.

275 Es ist unser Ziel, dass alle Menschen unabhängig vom Wohnort oder ihrer sozialen Lage einen
bedarfsgerechten Zugang zur medizinischen Versorgung haben. Deshalb wollen wir die Versorgung
in strukturschwachen Regionen besonders fördern. Hierzu gehört auch, nicht bedarfsnotwendige
Überversorgungen und Fehlanreize im Gesundheitssystem abzubauen. Deshalb werden wir mit der
280 Einführung der Bürgerversicherung mit einer einheitlichen Honorarordnung Fehlanreize beseitigen
und damit auch die Zwei-Klassen-Medizin abschaffen.

Es ist unser Ziel, die Qualität der medizinischen Versorgung auszubauen und dazu die Kostenträger und die Länder bei der Durchsetzung von Qualitätsstandards stärken. Zur stetigen qualitativen Versorgungsoptimierung werden wir die unabhängige Versorgungsforschung massiv ausbauen und die unabhängige und qualitativ hochwertige Patienten- und Pflegeberatung bundesweit flächendeckend sicherstellen.

7. Heilen und Pflegen ohne selbst krank zu werden: Gute Arbeit im Gesundheitssystem.

Wer pflegt, therapiert und versorgt in der Zukunft? – Dies ist die zentrale Schlüsselfrage der kommenden Jahrzehnte. Von der konstruktiven und nachhaltigen Beantwortung dieser Frage hängt die Akzeptanz der Bewältigungsstrategien der Herausforderungen des sozialen und demografischen Wandels entscheidend ab.

Wir wollen gute Jobs in Gesundheit und Pflege. Gute Ausbildung, Entwicklungsperspektiven für die Berufsträger, gute Entlohnung, bessere Arbeitsbedingungen und gesellschaftliche Anerkennung sind die Voraussetzungen, um die Pflegeberufe attraktiver zu machen. Deshalb werden wir im Krankenhaus- und Pflegebereich Personalmindeststandards einführen und einen allgemeinverbindlichen Tarif in Gesundheit- und Pflege durchsetzen.

Wir wollen dazu beitragen, dass der Arztberuf auch unter veränderten Anforderungen attraktiv bleibt. Dazu müssen Ausbildung und Arbeitsbedingungen verbessert werden.

Die Ausübung von Medizin, Pflege und Therapie wird in der Mehrzahl von Frauen geleistet. Die sachgerechte

Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist in diesen hochbelasteten Berufsfeldern zentrale Voraussetzung, um ausreichend Personal auch in Zukunft gewinnen zu können. Wir wollen mit neuen Formen der Arbeitsorganisation, der Telemedizin, der flexiblen Betreuung von Kindern und pflegebedürftigen Angehörigen die Voraussetzungen für das akzeptierte Miteinander von Beruf und der Wahrnehmung von Familienpflichten schaffen.

8. Stärkung der Patientenrechte in der gesundheitlichen Versorgung und der Pflege

Ein modernes Patientenrechtgesetz muss mehr leisten, als bestehendes Recht zusammenzuführen und auf Vollzugsdefizite zu reagieren.

Wir wollen die Patientenrechte weiterentwickeln und die Patientinnen und Patienten von Betroffenen zu Beteiligten machen. Deshalb setzen wir uns dafür ein, dass der Rechtsanspruch der Patientinnen und Patienten auf zeitnahe, qualitativ gute und sichere Behandlung tatsächlich erfüllt wird. Dazu gehört auch eine umfassende Aufklärung durch die behandelnden Ärzte, einschließlich diagnostischer und therapeutischer Alternativen. Partnerschaftliche Entscheidungen von Arzt und Patient über die durchzuführende Diagnostik und Therapie sind der Kern unseres Gesundheitssystems.

Auch im Falle von Pflegebedürftigkeit muss die Lebensqualität und Selbstbestimmung der Menschen erhalten bleiben. Der Zugang zu qualitativ guten Beratungs- und Pflegeleistungen zählt für uns zu den elementaren Rechten von Patientinnen und Patienten.

Wir wollen die Rechtsposition der Patientinnen und Patienten im Falle eines Behandlungsfehlers verbessern und sie bei der Durchsetzung ihrer Rechte unterstützen.

335 Auch die Kompetenz und die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten sollen über ihre Vereine und Verbände für die Gestaltung und Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems stärker genutzt werden.

340 Der öffentliche Gesundheitsdienst wird gestärkt und soll als unabhängiger Akteur Aufgaben wie Prävention und Früherkennung von Krankheiten, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, übernehmen.

9. Für eine umfassende Pflegereform

345 Wir brauchen eine Neuausrichtung des Leitbilds der Pflege: Es geht darum die vorhandenen Potenziale der Pflegebedürftigen zu stärken und ihnen eine Teilhabe zu ermöglichen. Die Vermeidung, bzw. die Hinausschiebung von Pflegebedürftigkeit muss zukünftig im Zentrum einer neuen Pflegepolitik stehen. – Deshalb muss endlich auch ein wirklich durchsetzbarer Rechtsanspruch auf Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege geschaffen werden. Solange es das Nebeneinander von Kranken- und Pflegeversicherung gibt, brauchen wir verbindliche
350 Ablaufvorgaben, aber auch Anreize zur Präventions- und Rehabilitationsfinanzierung bei der Krankenversicherung. Alles was der Pflegevermeidung bzw. der Hinausschiebung oder zur Minderung der Auswirkungen beiträgt, sollte die Pflegeversicherung mit finanzieren. Wir werden hierzu konkrete gesetzliche Vorgaben machen.

355 Eine Reform der Pflege muss mehr sein, als eine Reform der Pflegeversicherung. Wir brauchen eine gesamtgesellschaftliche Neuausrichtung aller Politikfelder auf die Herausforderungen einer älter werdenden Bevölkerung. Wir brauchen nationale und kommunale Programme um das Wohnen und das Wohnumfeld alters- und altersgerecht gestalten zu können. Wir brauchen ein nationales Programm zur flächendeckenden Einführung alltagsunterstützender technischer Assistenzsysteme,
360 die ergänzend zur persönlichen Hilfe, das Leben hilfebedürftiger Menschen in der eigenen Häuslichkeit möglichst lange sichern helfen. Die Hilfsmittelkataloge in SGB V und XI müssen um sinnvolle technische Hilfen erweitert und die Wohnraumanpassungsförderung durch die Pflegeversicherung muss um den Einbau technischer Hilfesysteme ergänzt und auch als präventives Instrument definiert werden (z.B. Sturzprophylaxe), damit alle bedürftigen Menschen in den
365 Genuss derartiger Hilfen kommen können. Wir wollen mit diesen Maßnahmen das selbständige und unabhängige Leben möglichst vieler Menschen möglichst lange sichern helfen.

370 Weil es keinen pflegebedürftigen Menschen gibt, der nicht auch multimorbid ist und weil gerade chronische Erkrankungen ein hohes Pflegebedürftigkeitsrisiko in sich bergen, wollen wir die medizinische und pflegerische Versorgung enger miteinander verzahnen und die Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte, aber auch aller anderen Gesundheitsberufe, insbesondere bezüglich geriatrischer und gerontopsychiatrischer Kompetenz verbessern.

375 Die solidarische Absicherung der Pflegerisiken und die Verhinderung von Zwei-Klassen-Pflege bleibt unser Hauptanliegen. Wir wollen passgenauere Pflegeleistungen durch einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und eine bessere Unterstützung für pflegende und versorgende Angehörige. Dazu gehört auch die tatsächliche Realisierung des Rechtsanspruches auf Case und Care Managements für pflegebedürftige Menschen bzw. ihre Angehörigen, fachlich kompetent und

unabhängig. Ebenso sind mehr bezahlbare, flexibel nutzbare Dienstleistungen zur
380 Aufrechterhaltung einer eigenen Haushaltsführung notwendig, die auch eine 24Stunden-
Versorgung in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen.

Es ist unstrittig, wir brauchen zukünftig in Deutschland mehr Geld für Pflege. Dies aufzubringen ist
nur möglich, wenn wir mehr statt weniger Solidarität ermöglichen und einfordern. Die
385 Eigenbeiträge der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen zur Sicherstellung einer adäquaten
Pflegeversorgung steigen, ebenso die Anteile der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger. Die
Grenzen der Leistungsfähigkeit sind vielfältig erreicht. Der Mehr-Klassen-Medizin folgt
zwischenzeitlich bereits die Mehr-Klassen-Pflege. Dies kann so nicht weitergehen.

Wir brauchen deshalb schnellstens die „Bürgerversicherung in der Pflege“ mit der Generierung von
mehr Geld für Pflege und Versorgung. Weil wir auch endlich mehr „Gesamtverantwortung für
Medizin, Pflege und Alltagsversorgung“, möglichst verlässlich organisiert und koordiniert brauchen
und Prävention und Rehabilitation ohne Zugangshürden für alle erreichbar sein müssen, prüfen wir
auch unvoreingenommen die Vorschläge zu einer Pflegevollversicherung. Wir wissen, dass gerade
395 eine Vollversicherung eine sachgerechte Leistungs- und Inanspruchnahmesteuerung braucht und
werden deshalb auch diese Instrumente mit entwickeln müssen, bevor eine solche Versicherung
ihre Leistungen anbieten kann.

Wir wollen die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf verbessern.

400

Mit einer flexiblen Pflegezeit, die mit Rechtsanspruch auf Job-Rückkehr und Lohnersatzleistung
ausgestattet ist, wollen wir Angehörigen helfen, die Pflegesituation zu gestalten. Dazu gehören
auch der Ausbau der Pflegeberatung, sowie bessere Pflegeleistungen und bezahlbare
Dienstleistungen im Haushalt, die die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf weiter voranbringen.

405

Wir wollen hierzu die Pflegeforschung weiter stärken und mit der Teilhabe – und
Versorgungsforschung vernetzen.

410

*Antragsbereich G/ **Antrag 2***

ASG Ba-Wü

ASG Bundesvorstand

415

Von Menschen für Menschen - Eckpunkte sozialdemokratischer
Gesundheitspolitik

(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission)

I. Sozialdemokratische Gesundheitspolitik

5

1. Patient/innen: Mehr Rechte und mehr Beteiligung

2. Finanzreform: Ziel ist die Bürger/innen-Versicherung

- 10 3. Weiterentwicklung des M-RSA
4. Gesundheitsversorgung: Behandlung aus einer Hand und mehr
Zusammenarbeit
- 15 5. Leistungskatalog: bedarfsgerecht und umfassend
6. Psychisch Kranke: eine bessere Versorgung ist möglich
- 20 7. Prävention und Rehabilitation: unverzichtbarer Bestandteil der
Versorgung
8. Pflegeversicherung: mehr Teilhabe erforderlich
- 25 9. Versicherte: Selbstverwaltung stärken
10. Vertrags- und Versorgungswettbewerb in der GKV

30

Sozialdemokratische Gesundheitspolitik

35 Sozialdemokratische Gesundheitspolitik vereint den Anspruch der Versicherten im Krankheitsfall auf bedarfsgerechte Versorgung mit dem Anspruch der Versicherten auf bezahlbare Beiträge durch die Herstellung effizienter Strukturen. Sie basiert auf dem verfassungsmäßig garantierten Anspruch der Gesellschaft auf Sicherstellung einer gleichwertigen Versorgung aller Bürger/-innen. Sie stärkt das bewährte System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit Körperschaften des öffentlichen Rechts und damit als mittelbare Staatsverwaltung, die im Auftrag des Gesetzgebers handeln..

40 Diese Ziele werden am besten erreicht durch:

- solidarische, einkommensabhängige Beiträge aller Bürger an der Finanzierung des öffentlichen und gesetzlichen Gesundheitssystems, die GKV;
- 45 - die Sicherung eines schichten- und bildungsunabhängigen Zugangs zum Gesundheitswesen;
- die Gewährleistung einer qualitätsgesicherten, bedarfsgerechten, dem wissenschaftlichen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Versorgung der Kranken auf
- 50 höchstem Qualitätsniveau der jeweiligen Versorgungsstufe;
- die Bereitstellung der notwendigen und bedarfsgerechten, humanen Ressourcen zur Versorgung der Patienten im Krankheitsfall;
- 55 - die bedarfsgerechte und frühzeitige Gesundheitsförderung und Prävention zur Vermeidung von Krankheit und / oder hinausschieben von drohender Pflegebedürftigkeit.

Deshalb fordert die ASG:

- 60 1.eine klare Definition der Rechte und die partizipative Beteiligung der Patient/-innen (Augenhöheprinzip);
- 2.eine Finanzreform der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Ziel der Bürger/-Innenpflichtversicherung für alle;
- 65 3.die Behandlung aus einer Hand und mehr Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung;
- 4.einen bedarfsgerechten, das medizinisch notwendige umfassende und einheitlichen Pflichtleistungskatalog;
- 70 5.eine (bessere) bedarfsgerechte multiprofessionelle medizinische Versorgung psychisch Kranker;
6. eine umfassende Reform der Pflegeversicherung durch eine Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsprinzips (kognitive Erkrankungen), unter Berücksichtigung der UN-Behindertenrechtskonvention mit dem Ziel der Sicherstellung einer Gesamtverantwortung für pflegerische, medizinische und soziale Behandlungs- und Versorgungsleistungen ohne den Betroffenen in seiner Leistungsfähigkeit zu überfordern. Dabei werden wir den Vorschlag für eine Pflegevollversicherung mit berücksichtigen.
- 75 7. den Ausbau von Prävention und Rehabilitation, als unverzichtbarer Bestandteil der Versorgung, zur Vermeidung – wo medizinisch geboten – von chronischen Erkrankungen und drohender Pflegebedürftigkeit sowie zur Wiederherstellung und Verbesserung der Gesundheit
- 80 8. die Stärkung der sozialen Selbstverwaltung der Versicherten (Mitglieder) in der Krankenversicherung;
- 85 9. eine Gesundheitsberichterstattung, die für Patienten, Leistungserbringern, Krankenassen und Politik Entscheidungshilfe ist.
- 90

1. Patient/-innen: Mehr Rechte und mehr Beteiligung

95 Sozialdemokratische Gesundheitspolitik basiert auf einer klaren Beschreibung der Rechte der Patienten. Das heißt:

- Anspruch auf Barrierefreiheit

100 Der Patient hat Anspruch auf finanzielle und bauliche Barrierefreiheit, d. h. auf eine niederschwellige, flächendeckende Zugangsmöglichkeit zur Primärversorgung körperlicher und seelischer Erkrankungen auf jeweils derjenigen Stufe des Gesundheitswesens, das der Schwere seiner Erkrankung entspricht.

- Anspruch auf schnellstmögliche und bedarfsgerechte Lösung der
- 105

Gesundheitsprobleme

Der Patient hat Anspruch auf eine schnellstmögliche differentialdiagnostische und therapeutische Betreuung seiner Gesundheitsprobleme. Er darf nicht durch mangelnde
110 Koordination, Schnittstellenproblematik und Besitz- und Statusprobleme der Leistungserbringer belastet werden.

- Anspruch auf Qualität

115 Der Patient hat Anspruch auf eine fachgerechte Behandlung in wissenschaftlich anerkannter Qualität. In der Primärversorgung hat er Anspruch auf Beachtung seiner persönlichen Präferenz. Auf der fachärztlichen und klinischen Ebene sollte er unter Beachtung seiner persönlichen Präferenzen und der Notwendigkeit der Integration der körperlichen und
120 seelischen Diagnostik und Therapie auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz behandelt werden. Der Patient hat Anspruch auf menschliche und zeitlich ausreichende ärztliche und pflegerische Zuwendung und therapeutische Hilfe durch qualifiziertes, mit seinen Arbeitsbedingungen zufriedenes Personal.

- Anspruch auf Transparenz und Schutz vor nutzlosen, nicht gesicherten und teils
125 schädlichen Marketingpraktiken

Der Patient hat Anspruch auf Zugang zu einer umfassenden Dokumentation der Diagnostik, der Therapie und der Pflege, er hat Anspruch auf eine verständliche Aufklärung über alle für die Ausübung seines Selbstbestimmungsrechts notwendigen medizinischen Belange. Der
130 Patient hat Anspruch auf Information über Qualität und Umfang seines regionalen Gesundheitssystems (Wer macht was? Wie oft? In welcher Qualität?)

Patienten benötigen auch zunehmend Schutz vor Ausbeutung mittels geschickter Marketingpraktiken und irreführender Angaben von teuren, aber nutzlosen oder gar
135 gesundheitsgefährdenden Waren, Medizinprodukten oder Leistungen die in der Praxis und/oder im Krankenhaus an Patienten direkt vermarktet werden. Hierzu sind die Gesetzeslücken dringendst zu schließen (siehe Urteil des BGH vom 22.06.2012).

Anspruch auf Beteiligung an Entscheidung

140

Neben dem Recht auf Information und Akteneinsicht hat der Patient das Recht auf Berücksichtigung seines Willens auch bei fehlender Entscheidungsfähigkeit (z. B. psychiatrische Erkrankung, Koma, Demenz) und auf Durchsetzung seiner
145 Patientenverfügung.

- Anspruch auf Partizipation an Entscheidungsverfahren

Patienten müssen das Recht und die Möglichkeit erhalten über Entscheidungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der Krankenkasse, dem Krankenkassenverband,
150 dem GKV-Spitzenverband und insbesondere über Entscheidungen zum Leistungskatalog der Krankenversicherung (SGB V), die z.B. im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) oder im Rahmen regionaler Gesundheitsplanung getroffen werden, sich umfassend, objektiv und allgemeinverständlich zu informieren. Dies muss auch durch eine für alle zugängliche

155 Information gesichert sein, bspw. durch Internetplattformen der PatientInnenvertreter beim GBA, durch die Verbraucherzentralen oder wohnortnahe Pflegestützpunkte und Ansprechstellen bei den Krankenkassen bzw. Krankenkassenverbänden. Die Patientenvertreter müssen nachweislich unabhängig und frei von Zuwendungen der Waren- und Leistungsanbieter sein.

160 • Anspruch auf qualitätsgesicherte Behandlung

Der Patient hat Anspruch auf eine qualitätsgesicherte Behandlung im Gesundheitswesen. Dazu gehören insbesondere:

165 -verpflichtende Fehlermeldesysteme,

- Register für Diagnostik und Therapie schwerwiegender Erkrankungen, z. B. Krebs, rheumatoide Arthritis, Endoprothetik etc.

170 Diese müssen öffentlich zugänglich sein, z. B. über Internet

• Anspruch auf Sachleistungsprinzip

175 Der Patient hat Anspruch auf die bedarfsgerechte und umfassende medizinische Versorgung im Sachleistungsprinzip, ohne zusätzliche finanzielle Belastung im Krankheitsfall.

• Anspruch auf Haftung der Leistungserbringer bei Behandlungsfehlern

180 Der Patient hat Anspruch auf die Durchsetzung berechtigter Haftungsansprüche an die Leistungsträger des Gesundheitssystems bei Behandlungsfehlern – er muss berechnete Haftungsansprüche ohne bürokratische oder finanzielle Hürden durchsetzen können.

Der Durchsetzung dieses Anspruchs dient insbesondere:

185 - die zügige Abwicklung von Haftpflichtverfahren auf der Basis der Begutachtung durch unabhängige Gutachter,

190 - die Bildung eines Fonds für Härtefälle, wenn keine eindeutige Zuordnung der Behandlungsfehler möglich ist, jedoch der begründete Verdacht eines kausalen Zusammenhangs zwischen Behandlung und Gesundheitsschaden besteht. Dieser Härtefallfonds ist ausschließlich von den Haftpflichtversicherern zu finanzieren und ausreichend mit finanziellen Mittel auszustatten.

• Anforderungen an ein Patientenrechtegesetz

195

Die Rechte der Patienten sind in einem eigenständigen umfassenden Patientenrechte-Gesetz zusammenzufassen:

200 - Weiterentwickeln der gegenwärtigen Rechtsprechung, wonach die Beweislast für Schadensersatzprozesse bei begründetem Verdacht eines „groben Behandlungsfehler“ zugunsten der Patienten geändert wird. Die Beweislastumkehr gilt generell bei IGEL-

Leistungen, die nicht vom Leistungskatalog der GKV erfasst sind, und beim Verkauf von Nahrungsergänzungsmitteln oder Medizinprodukten in der Praxis.

205 - Verpflichtung der Ärzte, bei Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) und beim Verkauf von Nahrungsergänzungsmitteln oder Medizinprodukten den Patienten schriftlich und umfassend über Kosten, Chancen und Risiken sowie konkrete Mehrwerte aufzuklären

210 - das uneingeschränkte Recht des Patienten bzw. seines von ihm Beauftragten zur Akteneinsicht (mündiger Patient) sowie die ärztliche Pflicht - bzw. die des Krankenhauses - zur lückenlosen und fälschungssicheren Dokumentation der Behandlung

215 - gesetzlich vorgegebene Fristen auch an die vom Gericht bestellten Gutachter, in der die Verfahren zur Geltendmachung von möglichem Schadensersatz und Schmerzensgeld abzuschließen sind. Es kann nicht hingenommen werden, dass es der Regelfall ist, dass sich Verfahren zur Geltendmachung von möglichem Schadensersatz und Schmerzensgeld über Jahre hinziehen

220 - Zur schnelleren Verfahrensbearbeitung sind bei allen dafür zuständigen Sozialgerichten Spezialkammern einzurichten, die mit ausreichend Richtern zu besetzen sind, um unzumutbar lange Verfahrensdauern abzukürzen

225 - Weiterentwickeln der Mitbestimmungsrechte der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA). Dazu ist das bestehende Antrags- und Mitberatungsrecht in Verfahrensfragen zu einem echten Mitbestimmungsrecht fortzuentwickeln. Es ist sicherzustellen, dass die Patienten medizinisch notwendige Regelleistungen (der GKV) unabhängig von bürokratischen Details erhalten und diese von den Krankenkassen nach Ausräumung bürokratischer Differenzen auch erstattet werden. Interessenkonflikte der Patientenvertreter und Zuwendungen von Dritten sind unverzüglich zu veröffentlichen.

230 - Die ASG fordert Regelungen, die auch den Schutz nicht-einwilligungsfähiger Patienten umfassen. Sinnvoll wären darüber hinaus auch hauptamtliche, qualifizierte Patientenvertrauenspersonen und -fürsprecherInnen in größeren Gesundheitseinrichtungen, bzw. auf Landesebene als Teil des Qualitätsmanagements sowie die Einrichtung von unabhängigen Patientenbeauftragten auf kommunaler (Landkreise) und Landesebene (Wiener Modell) mit bedarfsgerecht ausgebautem Beratungsangebot und einer anbieterunabhängigen Schlichtungsstelle, als Alternative zu den Schlichtungsstellen der Ärztekammern. Grundlage sollte eine Patientencharta sein, deren konkrete Umsetzung ein zusammengefasstes Patienten-Rechte-Gesetz auf Bundesebene.

240

2. Finanzreform: Ziel ist die Bürger/-innenversicherung

245 Sozialdemokratische Gesundheitspolitik bekennt sich unmissverständlich zur Bürgerversicherung – dies bedeutet gleichzeitig eine Absage an jedwede Sonderregelungen für Beamte (Beihilfe) und sonstige Privatversicherte einschl. Selbständiger und Freiberufler. Dies kann z.B. aber auch die Anhebung (der) auf eine einheitliche, paritätisch finanzierte Beitragsbemessungsgrenze bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze der Renten- und Arbeitslosenversicherung bedeuten. Eine Finanzreform der GKV und PKV mit einer allgemeinen Versicherungspflicht für alle Bürgerinnen und Bürger ist die Grundlage einer

250 sozial gerechten Anpassung der finanziellen Ressourcen an den Bedarf eines
patientenorientierten, nachhaltigen Gesundheitswesens. Die Solidargemeinschaft der GKV
wird durch die Verbreiterung einer einheitlichen Beitragsbemessungsgrenze der
Sozialversicherungen gestärkt. Die Einbeziehung z.B. der Kapitalerträge und Einkünfte aus
255 Vermietung und Verpachtung führt zu einer sozial gerechteren Finanzierung. Dabei sind
zwingend Freibeträge zum Schutz kleinerer Erträge beispielsweise aus Vermietungen und
Verpachtungen vorzusehen.

Um die GKV finanziell von Arbeitsmarktschwankungen unabhängiger zu machen, fordert die
ASG, dass für Arbeitslose (AIG I + AIGII-Empfänger) die Bemessungsgrundlage für die
260 Beiträge zur GKV auf mindestens 80 Prozent des durchschnittlichen Entgelts der
Versicherten (Mitglieder) festzusetzen.

In diesem Zusammenhang weist die ASG daraufhin, dass Beschlüsse die ein weiteres
absinken des derzeitigen Rentenniveaus zur Folge haben, zu erheblichen
265 Finanzierungsproblemen der GKV und der Pflegeversicherung führen. Die ASG fordert
deshalb, keine weitere Absenkung des Rentenniveaus.

Die paritätische Finanzierung des Gesundheitswesens durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber
muss erhalten bleiben. Die Verbreiterung der beitragspflichtigen Einkommen auf Seiten der
270 Versicherten führt analog zu einer entsprechend stärkeren finanziellen Beteiligung der
Arbeitgeber. Sozialdemokratische Gesundheitspolitik gewährleistet die Solidarität der
Gesunden mit den Kranken. Aus Sicht der ASG verbietet sich Risikoselektion durch
Beitragsrückvergütungs- und Bonisysteme genauso wie eine Selbstbeteiligung der Patienten
an ihren Krankheitskosten. Der Wettbewerb der Krankenkassen darf nicht zu einer
275 künstlichen Erhöhung der Morbidität und nicht zum Erhalt oder zur Neueinführung
wissenschaftlich nicht gesicherter diagnostischer Methoden in den Leistungskatalog der
Krankenversicherung führen.

3. Weiterentwicklung des krankheitsbezogenen, kassenartenübergreifenden
280 Risikostrukturausgleichs (M-RSA) – Beseitigung des sog. „Methodenfehlers“

Die ASG fordert die vom „Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des
Risikostrukturausgleichs“ bereits 2011 angemahnte Berichtigung des Methodenfehlers zum
Berechnungsverfahren für die Morbiditätszuschläge endlich umzusetzen. Mit dem Morbi-
285 RSA sollen die ungleichen Behandlungskosten, die die einzelnen Krankenkassen auf Grund
ihrer unterschiedlichen Versichertenstruktur ausgeglichen werden. Der sog.
„Methodenfehler“ besteht darin, dass bei Krankenkassen die einen hohen Anteil
Schwerkranker versichern, die entstandenen Behandlungskosten von Versicherten nur zur
Hälfte berücksichtigt werden, wenn diese im Laufe des Jahres sterben. Deshalb fallen die
290 Zuschläge für tödlich verlaufende Krankheiten und in Altersgruppen mit hoher Sterberate
fälschlicherweise niedriger aus. So sind zum Beispiel die Zuweisungen für viele Krebskranke
um bis zu 50 Prozent zu gering. Für hochbetagte Menschen stellt der Gesundheitsfonds nur
Zuweisungen in Höhe von etwa 75 Prozent ihrer tatsächlichen Ausgaben für die jeweilige
Krankenkasse bereit. Dieser Fehler betrifft die komplette Personengruppe – unabhängig
295 davon, ob diese Menschen im Laufe des Jahres verstorben sind. Das Geld, das
fälschlicherweise nicht für die Versorgung dieser Personengruppen zur Verfügung steht,
wird nach dem Gießkannenprinzip auf alle Versichertengruppen umverteilt. Die Folge ist,

300 dass im GKV-Durchschnitt junge und gesunde Versicherte auf Kosten der Zuweisungen für
alte und schwerkranke Versicherte überfinanziert werden und deshalb Hochbetagte und
Schwerkranke für Krankenkassen ein „schlechtes Risiko“ darstellen und Junge und Gesunde
ein „gutes Versichertenrisiko“ sind und es deshalb zur Risikoselektion der Krankenkassen
kommt (Zur Erinnerung: Aufnahme Versicherten der geschlossenen City BKK).

305 Nach dem M-RSA sollen die Höhe der Zuschläge nicht die laufenden Behandlungskosten
decken, sondern die mit dieser Krankheit verbundenen Folgekosten (prospektive
Berechnung). Daher wird für jede Morbiditätsgruppe, die für den Morbi-RSA
ausschlaggebend ist, geprüft, welche Ausgaben durchschnittlich für GKV-Versicherte mit
entsprechender Diagnose im Jahr nach der Diagnosestellung entstanden sind. Folgekosten,
310 die mit der Diagnosestellung nicht in ursächlichem Zusammenhang stehen, werden dabei
heraus gerechnet.

4. Gesundheitsversorgung: Behandlung aus einer Hand und mehr Zusammenarbeit

315 Sozialdemokratische Gesundheitspolitik beschreibt die Aufgaben der Leistungserbringer im
Gesundheitswesen und die Strukturen, in denen Leistungen erbracht werden mit den
Zielen:

- einer qualifizierten Versorgung der Patienten auf der jeweils preisgünstigsten,
320 qualitätsgesicherten Stufe des Versorgungssystems,
- einer am Patientenproblem orientierten Integration der Diagnostik und Therapie,
- der Sicherung der Effizienz der Versorgung durch gezielte Leistungsanreize in der
Honorierung der einzelnen Gruppen von Leistungserbringern.

325 Grundsätze sozialdemokratischer Versorgungsplanung

330 Sozialdemokratische Gesundheitspolitik sichert regionale Versorgungsstrukturplanung auf
der Basis landesweiter Gesundheitsberichterstattung über Leistungsangebot, Erreichbarkeit
und Qualität ambulanter und stationärer Leistungserbringer.

Hausärzte

- Aufgaben der hausärztlichen Versorgung

335 Basis der Versorgungspyramide bildet die Problemlösung der Patienten durch Hausärzte
(Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten), Kinderärzte und Gynäkologen.

340 Hausärzte müssen Patientenprobleme erkennen, sie differentialdiagnostisch zuordnen und
im Bereich der großen Krankheitsgruppen mit Multimorbiditätsrisiko (z. B. kardiovaskuläre
metabolische Erkrankungen, Angststörungen, Depressionen, somatoforme Störungen und
Schmerzen, muskuloskelettale Erkrankungen) auf der Basis gesicherter wissenschaftlicher
Erkenntnisse, wie z. B. Leitlinien und Disease-Management-Programme, zu lösen bzw.
gezielt einer fachärztlichen Lösung zuführen zu können.

345

- Struktur der hausärztlichen Versorgung

Um dieses Ziel einer verantwortlichen, nachhaltigen hausärztlichen Basisversorgung zu erreichen, nimmt sozialdemokratische Gesundheitspolitik Einfluss auf Aus- und
350 Weiterbildung der Ärzte mit dem Ziel:

- Kompetenz für Psychosomatik und psychosoziale Diagnostik und Therapie,

- Kompetenz für die psychosomatische und technische Diagnostik und Therapie der
355 häufigsten Erkrankungen und deren technisch gestützten Diagnostik und Therapie.

Sozialdemokratische Gesundheitspolitik fordert eine hausärztliche Versorgung, die in der Lage ist, die häufig auftretenden Patientenprobleme nicht nur zu betreuen und zu koordinieren, sondern sie in hoher Qualität sicherzustellen oder einer gezielten
360 fachärztlichen Versorgung zuzuführen. Sozialdemokratische Gesundheitspolitik lehnt eine finanzielle Überforderung des Systems der gesetzlichen Krankenkassen durch eine ausschließlich auf der fachärztlichen Ebene erfolgenden Patientenbetreuung ab.

Sozialdemokratische Gesundheitspolitik fördert darüber hinaus die kooperativen
365 Praxisstrukturen in der hausärztlichen Grundversorgung durch Integration weiterer Gesundheitsberufe. Dazu bedarf es einer neuen Arbeitsteilung im Gesundheitswesen.

Fachärztliche Patientenbetreuung

370 Aufgaben der fachärztlichen Betreuung

Sozialdemokratische Gesundheitspolitik ermöglicht es Fachärzten, i.d.R. auf Überweisung von Hausärzten zugewiesene Patienten fachgebietsbezogen in hoher Qualität zu betreuen. Fachärzte sollen auf der Basis ihrer Aus-, Weiter- und Fortbildung fähig sein, die gesamte
375 Breite ihres Faches zu überblicken, die Patientenprobleme ihres Fachgebietes zu behandeln und Patienten, deren Probleme sie nicht lösen können der passenden Ebene zuzuführen

Fachärzte für Kinderheilkunde, Gynäkologie, Augenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapeuten sind nach Auffassung der Sozialdemokraten Bestandteil der
380 Grundversorgung und müssen daher für die Patienten barrierefrei erreichbar bleiben.

- Struktur der fachärztlichen Versorgung

Sozialdemokratische Gesundheitspolitik setzt Anreize zur kooperativen Tätigkeit der
385 Fachärzte in fachärztlichen Gemeinschaftspraxen, MVZ oder Kliniken. Eine optimierte Nutzung der i.d.R. teureren personellen und technischen Ressourcen der fachärztlichen Tätigkeit, ist das Ziel sozialdemokratischer Strukturpolitik.

Sozialdemokratische Gesundheitspolitik will gleichwertige Arbeitsbedingungen unabhängig
390 vom Ort, den gesetzlichen oder vertraglichen Grundlagen der fachärztlich ambulanten Patientenversorgung.

Krankenhäuser

395

- Aufgaben der Krankenhäuser

Krankenhäuser nehmen an der ambulanten und stationären fachärztlichen Versorgung der Patienten teil. Ambulante Behandlung hat Vorrang vor stationärer Behandlung.
400 Krankenhäuser sind zu einer für Patienten, Ärzte, Krankenkassen und Politik verständlichen Transparenz ihrer Tätigkeit und ihrer Qualität verpflichtet – sie verpflichten sich, an Registern (wie z. B. Krebsregister) für die schweren Erkrankungen teilzunehmen.

- Struktur der Krankenhäuser

405

Die Krankenhausstruktur richtet sich nach den Ansprüchen der Patienten auf krankheitsspezifischer Erreichbarkeit und Qualität der fachärztlichen Versorgung. Insbesondere fordert die ASG die Abschaffung von Krankenhaus-Hierarchien zu Gunsten funktions- und qualitätsdefinierter Teamarbeit. Eine flächendeckende
410 Krankenhausversorgung, muss den qualitativen Voraussetzungen einer wissenschaftlichen begründeten Medizin Rechnung tragen.

Die ASG fordert die strukturellen Voraussetzungen zur engeren Verzahnung von stationärer Behandlung und Rehabilitation zu schaffen. Dies bedingt den Zugang von Patienten zur
415 bedarfsgerechten Rehabilitation zu erleichtern. Die Zunahme chronischer Erkrankungen und damit der steigende Bedarf an rehabilitativer Medizin erfordert zunehmend die Gleichbehandlung von Akut- und Rehamedizin.

Die Privatisierung von Krankenhäusern wird abgelehnt. Die ASG fordert in Würdigung des
420 staatlichen Sicherstellungsauftrages für eine gleichmäßige Krankheitsbehandlung eine Beibehaltung der kommunalen und gemeinnützigen Krankenhäuser. Medizinische Fachkräfte sind von fachfremder Bürokratie, Organisationsarbeit und Überstunden zu entlasten und entsprechend ihrer Qualifikation zu bezahlen.

Die ASG fordert eine zweijährige Überprüfung der Entgelte im stationären Bereich (Fallpauschen, German-Diagnosis Related Groups-System) mit Hilfe eines analytischen
425 Personalbemessungsverfahrens dem der tatsächliche Bedarf an medizinisch-pflegerischen Leistungen zugrunde zu legen ist, durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK).

430

Die Bundesländer kommen ihrer Verpflichtung ausreichend finanzielle Mittel für Krankenhausinvestition zur Verfügung zu stellen, bei weitem nicht nach. Die Folge ist, dass zunehmend Krankenhäuser in finanzielle Schieflage geraten und die öffentlichen
435 Krankenhausträger (Kommunen und Landkreise) ihr Heil in der Privatisierung suchen. Um diesen fatalen Trend zu stoppen, fordert die ASG von den sozialdemokratisch regierten und mitregierten Bundesländer, ausreichend Finanzmittel für die notwendigen Investitionen bereitzustellen, damit die stationäre Versorgung, die zu den Kernaufgaben der öffentlichen Hand gehört, nicht privaten Gewinninteressen geopfert wird.

440

Zahnmedizinische Versorgung

1. Jugendzahnpflege

445

Es gilt, Zahnschäden durch Vorsorgeprogramme und Prävention zu vermeiden. Eingetretene Zahnschäden sind im frühen Stadium zu diagnostizieren und zu behandeln. Dazu ist neben der professionellen Zahnmedizin die Eigenvorsorge der Versicherten zu stärken und die Gruppenprophylaxe flächendeckend einzuführen. Prävention beginnt im Kindergarten und in der Schule durch die Jugendzahnpflege. Die frühe Prävention ist für eine anhaltende Motivation essentiell.

450

Die Mundgesundheit hat sich in den letzten beiden Jahrzehnten erheblich verbessert. Präventive Politik muss darauf ausgerichtet werden, auch diejenigen Bevölkerungsgruppen zu erreichen, die bis heute nicht an der Prophylaxe teilnehmen. Dabei ist diese aufgrund der Verschiebung der Karies zu Frühformen der verborgenen Karies hinsichtlich Diagnose und Therapie neu zu justieren.

455

Die ASG fordert daher den Ausbau der frühen Gruppenprophylaxe. Länder und Kommunen sind aufgefordert, den öffentlichen Gesundheitsdienst für diesen Zweck personell und finanziell ausreichend auszustatten.

460

2. Zahnmedizinische Versorgung des alten Menschen

In Deutschland leben ca. 2,25 Millionen pflegebedürftige Menschen in den Pflegestufen I-III, wobei fast 50 % (1,08 Mio.) in den Pflegestufen II und III anzutreffen sind (Quelle: Statistisches Bundesamt). Bei dieser Bedürftigkeit ist von einer eingeschränkten eigenen Fähigkeit zur selbständigen Mundhygiene auszugehen; ca. 32 % der Pflegebedürftigen sind in Heimen untergebracht. Aufgrund der demographischen Entwicklung ist mit einer deutlichen Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen zu rechnen. Hinzugerechnet werden muss der Personenkreis der an Demenz Erkrankten, die häufig nicht die Bedingungen für die Eingruppierung in Pflegestufen erfüllen. Nach Schätzungen handelt es sich um ca. 1,1 Mio. Menschen in Deutschland (Reischies et.al., 1997).

470

Laut DMS IV-Studie besitzen noch 77,4 % der 65-74-jährigen eigene Zähne, die ohne Betreuung und Behandlung innerhalb kurzer Zeit kariös zerstört oder irreparabel parodontal geschädigt werden, mit all den damit verbundenen zusätzlichen Kosten (z.B. Taxifahrten, Krankentransporte, Zahnersatz) und den Risiken für die Gesundheit der Betroffenen. Deutschland ist vom WHO-Ziel, den Anteil der Zahnlosen bei den über 65jährigen Menschen auf unter 15% zu senken, noch weit entfernt.

475

480

Der Ernährung kommt in der Pflege nicht nur eine physische, sondern auch eine besondere psychische Bedeutung zukommt. Der Verlust der Kaufunktion und Schmerzen im Bereich des Mundes und des Kausystems behindern die Nahrungsaufnahme, was gerade bei alten und gebrechlichen Menschen lebensbedrohlich sein kann.

485

Es konnte nachgewiesen werden, dass durch präventive Konzepte und die Einbeziehung von Pflegepersonal und professioneller risikoadaptierter Betreuung maßgebliche Erfolge

490 erzielt werden konnten (Verbesserung der Lebensqualität für die Pflegebedürftigen,
Kostenreduktion). Es konnte dies im Rahmen eines Projekts des Teamwerks München
nachgewiesen werden.

Das duale Konzept sieht die Stärkung der Prävention durch Unterstützung der Bedürftigen
495 bei der täglichen Mundhygiene und andererseits die Mobilisierung der Therapie durch
dezentral tätige Patenzahnärzte vor. Ein solches Konzept ist in Bayern bereits realisiert, eine
bundesweite Umsetzung ist notwendig.

Deshalb fordert die ASG-Bundesdelegiertenkonferenz, dass flächendeckend eine in die GKV
500 integrierte zahnmedizinisch Betreuung und Behandlung des alten Menschen
(Pflegebedürftige, demenziell Erkrankte, Heimbewohner) aufgebaut wird. Die ASG fordert
die Landesarbeitsgemeinschaften der Krankenkassen und die KZV'en dazu auf, ein
Programm zur flächendeckenden zahnärztlichen Versorgung von Heimbewohnern,
Pflegebedürftigen und Demenzerkrankungen aufzustellen. Die KZV'en sind dabei in der
505 Verantwortung für die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages. Die Aufsicht ist gefordert, das
Notwendige zu tun, damit die KZV'en ihre Verantwortung wahrnehmen können.

510 **3. Professionalisierung der Zahnheilkunde durch Evidenz, Leitlinien und Orientierung an den Fragestellungen der Praxis**

Im Hinblick auf die Evidenz gibt es international und in Deutschland einen Nachholbedarf
der professionellen Zahnheilkunde. Es gibt bis dato nur wenige Behandlungsleitlinien für die
515 zahnmedizinische Versorgung, so gegenwärtig nur drei für die Bereiche
Fissurenversiegelung, Fluoridierung und operative Entfernung von Weisheitszähnen, die
eine differenzierte Indikationsstellung erleichtern. Für die zahnärztlichen Kernbereiche –
konservierende Zahnheilkunde (Füllungen), Parodontologie, Endodontie, Prothetik – fehlen
Leitlinien, die Indikationsvorgaben, Behandlungsstandards und Angaben zur
520 durchschnittlichen Haltbarkeit verschiedener Versorgungsarten umfassen. Es fehlen vielfach
Kriterien, um die Indikations-, Prozess- und Ergebnisqualität zahnärztlichen Handelns
beurteilen zu können. Qualitätsstandards haben keinen bzw. kaum Eingang in Leit- oder
Richtlinien gefunden. Die wissenschaftliche Zahnheilkunde weist damit erhebliche Defizite
auf, die nachvollziehbare und verbindliche Ausübung der Zahnheilkunde wird dadurch
525 behindert. Die fehlende Evidenz macht sich zumal in der Implantologie bemerkbar.

Die ASG fordert eine Professionalisierung der akademischen Zahnheilkunde, die sich an dem
Handlungsbedarf und den Fragestellungen der Praxis orientiert. Dabei sollten zunächst die
Kernprobleme des Zahnerhalts gelöst werden.

530

4. Tumorerkrankungen

Die Bilanz der Bekämpfung von Tumorerkrankungen, insbes. der bösartigen Neubildungen
im Bereich des Mund- und Rachenraums ist unbefriedigend. Noch immer erkranken jährlich
535 über 10000 Menschen an Krebs in diesem Bereich. Bei frühzeitiger Entdeckung kann die
Überlebensrate deutlich verbessert werden.

Die ASG fordert die Verbesserung der Aufklärung über die Risikofaktoren Alkohol- und Tabakkonsum, die Verbesserung der Ausbildung zur frühen Erkennung eingetretener Erkrankungen und der Leitlinien zur Früherkennung.

5. Zahnersatz

Die Versorgung mit Zahnersatz wird wieder nach dem Sachleistungsprinzip organisiert.

Heilmittel

Reformierung der Heilmitteltherapie und -versorgung sowie Aufnahme der Heilmittelversorgung in die Gesundheitsberichterstattung: Heilmittel wie Ergotherapie, Krankengymnastik, Massagen, Logopädie sind unverzichtbare Therapien und stehen sowohl in der Rehabilitation als auch in der Akutbehandlung hinter keiner Therapieform zurück. Voraussetzung ist die richtige Indikation und qualifizierte Ausbildung. Die ASG fordert die wissenschaftliche Sicherung der Methoden durch Untersuchungen zu Wirksamkeit und Nutzen der angewandten Heilmittel und die Verpflichtung der Ärzte zur Fortbildung in differenzierten Erkenntnissen in der Heilmitteltherapie und Verordnung. Auch hier gilt die Forderung der ASG nach evidenzbasierter Bewertung des Nutzens vor Aufnahme oder Verbleib im Leistungskatalog der GKV.

560

5. Leistungskatalog: bedarfsgerecht und umfassend

Die ASG fordert einen einheitlichen, das medizinisch notwendige umfassenden Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung. Der Pflichtleistungskatalog der Krankenversicherung ist laufend dem Bedarf anzupassen. Bedarfsgerechte Leistungen sind solidarisch und paritätisch von Versicherten und Arbeitgebern durch Beiträge zu finanzieren.

Es bedarf einer offenen gesellschaftliche Debatte über Effektivität und Effizienz der einzelnen Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung unter dem Aspekt des evidenten Nutzens für den Patienten – auf den Nutzen für den Leistungserbringer bzw. auf industrielle oder politisch bedingte Standortfragen darf dabei keine Rücksicht genommen werden. Die Debatte ist frei von Gruppeninteressen und ideologischen Vorgaben zu organisieren.

Die ASG lehnt die (eine) Rationierung medizinisch notwendiger Maßnahmen ab. Sie fordert jedoch eine Rationierung unwirksamer und nur im Grenzbereich wirksamer Leistungen, die mit einem unverhältnismäßig hohen Aufwand nur eine minimale Verbesserung der Versorgung erreichen.

Der Prozess der Bewertung basiert auf einer vom Gesetzgeber legitimierten und verpflichtenden Kosten-Nutzen-Bewertung aller Methoden und Arzneimittel, die die Gesetzliche Krankenversicherung dem Patienten zur Verfügung stellt.

1. Ärztlicher Leistungskatalog

585

Die Bewertung ärztlicher Leistungen im hausärztlichen Katalog unterliegt einerseits:

- der Präferenz der Patienten, andererseits

590 - der Notwendigkeit der zeitnahen Problemlösung der Patientenprobleme, die aus den weit verbreiteten Volkskrankheiten entstehen.

Der fachärztliche und klinische Leistungskatalog muss überall dort überarbeitet werden, wo klare evidenzgesicherte Grundlagen ärztlichen und pflegerischen Handelns vorliegen.

595

Der Leistungskatalog der Psychotherapie muss, genau wie alle anderen Leistungskataloge der GKV unter dem Vorbehalt der nachgewiesenen Evidenz der angewandten diagnostischen und therapeutischen Methoden weiterentwickelt werden (hier insbesondere Stellungnahme zur IPT und Verhaltenstherapie).

600

2. Arzneimittel

Die ASG fordert die Positivliste der zur Krankenversorgung zugelassenen Arzneimittel (Wirkstoffe) unter dem Kriterium der strikte und bindende Nutzenbewertung des einzelnen
605 Medikaments aller zugelassener Arzneimittel (Neuzulassungen, Orphan drugs und Altmarkt) auf der Basis der evidenzbasierten Medizin, als Voraussetzung für die Verordnungs- und Erstattungsfähigkeit durch die GKV.

Die Kosten der optimalen Arzneimitteltherapie müssen nachvollziehbar sein. Bei neuen
610 Arzneimitteln mit Zusatznutzen müssen die mit dem GKV-Spitzenverband ausgehandelten Preise offengelegt werden.

3. Entgelte für Gesundheitsdienstleistungen

615 Die politische Vorgabe einer strukturierten und integrierten Versorgung der Patienten auf der jeweils richtigen Ebene des Gesundheitswesens muss auch durch die finanziellen Anreize eines an der Patientenversorgung orientierten Entgeltsystems erreicht werden.

Die ASG fordert daher:

620

- ein Entgeltsystem, das die evidenzbasierte, am Nutzen für den Patienten orientierte Versorgung auf der jeweils angemessenen Stufe der Versorgungspyramide erlaubt,

625 - Arbeitsbedingungen für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen die eine zuzwundungsintensive Patientenbetreuung erlauben und dazu motivieren (Pflege);

- die von finanziellen Erwägungen unabhängige Entscheidung über Diagnostik, Therapie und Pflege

630 - Entgeltsysteme ohne Anreize auf nicht indizierte ärztliche und pflegerische Handlungen zu Lasten der Gesundheit der Patienten und der Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung sind gesetzlich zu verbieten und bei Nichtbefolgung finanziell zu

- sanktionieren.
- 635 Die ASG fordert eine gleichwertige Honorierung aller ambulant tätigen Ärzte, unabhängig vom Ort und von den vertrags- oder gesetzlichen Bedingungen unter denen sie arbeiten.
- 640 Die ASG fordert in der hausärztlichen Versorgung das Honorar so zu gestalten (Pauschalen und Einzelabrechnung), dass eine möglichst umfassende Betreuung der Patienten auf dieser Stufe der Versorgung erreicht wird. Die großen Volkskrankheiten sind ausschließlich auf der Basis evaluierter Disease-Management-Programme und Leitlinien zu behandeln.
- 645 Die ASG fordert eine unabhängige wissenschaftliche Überprüfung des Entgeltsystems der Krankenhäuser auf der Basis von DRG-Systemen unter der Fragestellung, in wieweit dieses System die Qualität der Patientenversorgung verbessert/verschlechtert und die Kosten der Krankenkassen verbilligt/verteuert bzw. in andere Leistungsbereiche ohne adäquate Vorsorge dort verschoben wurden (ambulante Versorgung, Rehabilitation, Pflege).
- 650 Sozialdemokraten fordern ausdrücklich, die morbiditätsabhängige Versorgung im Wettbewerb der Leistungserbringer in Bezug auf ihre Auswirkungen auf Patienten und Kosten zu evaluieren und ggf. zu einer tagesgleichen bzw. handlungsorientierten Bezahlung zurückzukehren.
- 655 Eine Einführung der DRG-ähnlichen Entgeltsysteme in der Psychiatrie lehnt die ASG ab. Den besonderen Erfordernissen psychisch Kranker muss weiterhin Rechnung getragen werden.
- 660 Die ASG fordert in der hausärztlichen Versorgung das Honorar so zu gestalten (Pauschalen und Einzelabrechnungen) damit eine möglichst umfassende Betreuung der Patienten auf dieser Ebene der Versorgung gewährleistet ist. Die großen Volkskrankheiten sind möglichst auf der Basis evaluierter Disease-Management-Programme und hausärztlicher Leitlinien zu behandeln. Die ASG fordert eine durchgängige Verwirklichung des Sachleistungsprinzips im ärztlich ambulanten, wie auch im krankenhausstationären und im Bereich der Pflegeversicherung. Die ASG fordert flexible Entgeltsysteme, die es den Vertragspartnern
- 665 erlauben, den regionalen Bedarf an Gesundheitsleistungen wettbewerbsunabhängig zu steuern.

6. Psychisch Kranke: eine bessere Versorgung ist möglich.

- 670 Die Gesundheitspolitik der ASG steht in der Tradition der Psychiatrie-Enquete von 1975. Die Reformen haben zu durchgreifenden Verbesserungen im Bereich der psychiatrischen Versorgung geführt. Jedoch bleiben noch wichtige Forderungen bestehen:
- 675 - Das Prinzip „ambulant vor stationär“ ist auch heute noch nicht ausreichend umgesetzt. Um die Gleichstellung psychisch Kranker gegenüber körperlich Kranken weiter zu verbessern, muss insbesondere der Anteil teilstationärer und ambulanter Hilfen als ambulante Komplexleistungen sowohl in der Akutbehandlung als auch in der Rehabilitation weiter erhöht werden. Da die konkrete Umsetzung der Reformziele in der Regel Ländersache ist, sind Länder und Gemeinden gefordert, den Grundgedanken der Enquête „Integration und
- 680 Teilhabe“ weiter umzusetzen. Den psychiatrischen Institutsambulanzen kommt hierbei bei der Versorgung schwer Kranker eine herausgehobene Stellung zu. Ihre flächendeckende

Finanzierung muss weiterhin gesichert werden. Eine Abtretung der Versorgung psychisch Kranker seitens der Krankenkassen an private Leistungsanbieter, hinter denen Pharmaunternehmen oder Hedgefonds-artige Kapitalinvestoren stehen, ist zu unterbinden.

685

- Als ein besonders gravierendes Problem hat sich die unzureichende Früherkennung psychotischer Erkrankungen bei jungen Menschen erwiesen. Es besteht ein verstärkter Ausbaubedarf von spezifisch gesundheitspolitischer Kompetenz in der psychiatrischen Versorgung. Dies wird nicht zuletzt durch mangelnde Information deutlich – auch das Wissen um Präventionsmöglichkeiten steckt noch im Bereich der Grundlagenforschung.

690

- Die Selbstverwaltung, die Forschung und das öffentliche Gesundheitswesen sind in besonderer Weise aufgefordert, sich diesem Bereich der Fehlversorgung von jungen chronisch Kranken zu widmen. Das gilt insbesondere auch Arzneimittel, die zur Behandlung zugelassen werden. Diese müssen ihre Wirksamkeit hinsichtlich der psychosozialen Folgen der psychischen Störungen erweisen, nicht nur hinsichtlich an Hand von Surrogatparametern wie subjektive Befindlichkeit.

695

- In den am 1. Januar 2002 in Kraft getretenen Richtlinien zur Soziotherapie ist der anspruchsberechtigte Personenkreis restriktiv definiert. Es ist fraglich, ob die jetzige Form die Soziotherapie den ursprünglichen Anspruch erfüllen kann, integrierter Bestandteil eines komplexen ambulanten Hilfsangebotes zu sein und schwer kranke Patienten bei der Inanspruchnahme der ihnen zustehenden ambulanten Hilfen zu unterstützen. Soziotherapie darf keine weitere isolierte Einzelleistung darstelle. Der Zugang zur Soziotherapie muss entbürokratisiert werden. Zur Optimierung der Behandlung psychisch kranker Menschen, fordert die ASG die integrierte Versorgung als Regelleistung einzuführen.

700

705

- Ambulante und stationäre Hilfen müssen enger verzahnt werden. Dies kann über Modelle integrierter Versorgung und gemeindepsychiatrische Verbünde geschehen. Hierbei kommt der ambulanten psychiatrischen Behandlungspflege eine wichtige Rolle zu. Die Finanzierung sozialpsychiatrischer Dienste muss auf eine sichere finanzielle Basis gestellt werden.

710

- Es ist darauf hinzuwirken, dass die Reform der Krankenhausfinanzierung 2009 nicht zu einer verkappten Einführung DRG-ähnlicher Entgeltsysteme in der Psychiatrie führt. Mit der Reform der Krankenhausfinanzierung wurde der rechtliche Rahmen für eine Angleichung der tatsächlichen Stellen an die Vorgaben der Psych-PV gesetzt (die Psych-PV regelt die Personalausstattung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen). Es muss den besonderen Erfordernissen psychisch Kranker Rechnung getragen werden, deren Behandlungserfolge mehr als sonst noch im Gesundheitswesen von einer qualifizierten „man power“ und nicht von einzelnen Prozeduren oder Apparaten abhängt.

715

720

- Der Ausbau spezifischer Rehabilitationseinrichtungen („RPK“) unter Einbeziehung teilstationärer und ambulanter Strukturen ist dringend geboten. Sie existieren bisher nur in Ansätzen und keinesfalls flächendeckend. Psychisch Kranke sind trotz des häufig chronischen bzw. chronisch-rezidivierenden Verlaufs vieler psychischer Erkrankungen bei der Rehabilitation im Vergleich zu somatisch Kranken erheblich benachteiligt. Wir fordern von den Leistungsträgern die Umsetzung von Konzepten, die eine Flexibilisierung bisher stationärer medizinischer Rehabilitation psychisch Kranker ermöglichen und Möglichkeiten

725

730 ambulanter Rehabilitation auf eine breitere Basis stellen. Die Einbeziehung der
medizinischen Rehabilitation in die psychiatrische Gesamtversorgung ist mittels gesetzlich
vorgegebener Verpflichtungen und Finanzierungen sicherzustellen.

- Ebenso sind Angebote integrierter medizinisch-beruflicher Rehabilitation gemeindenah zu
735 etablieren.

- Finanzielle Mittel, insbesondere für die Evaluations- und Versorgungsforschung, sind
unbedingt bereitzustellen. Die Bundespolitik darf sich nicht aus der Unterstützung der
Belange schwer und chronisch psychisch kranker Menschen zurückziehen.

740 Insgesamt müssen weitere Reformschritte im Bereich der psychiatrischen Versorgung – wie
es auch die Aktion Psychisch Kranke fordert – an folgenden Punkten ausgerichtet sein:

- eher personen- als institutionszentriert,

745 - eher bedarfs- als angebotsorientiert und

- eher mehrdimensional als berufsgruppenspezifisch.

750 7. Prävention und Rehabilitation: unverzichtbarer Bestandteil der Versorgung

Die ASG sieht Prävention und Rehabilitation unter gemeinsamer Zielsetzung. Prävention
dient der Verhinderung von Krankheiten und dem Erhalt der körperlichen, seelischen und
sozialen Fähigkeiten um das tägliche Leben zu bewältigen. Rehabilitation dient der
755 Überwindung der Folgen von Krankheit unter der gleichen Zielsetzung.

Sozialdemokratische Gesundheitspolitik ist auf eine autonom gestaltete Lebensführung aus
eigener sozialer, körperlicher und seelischer Kompetenz ausgerichtet.

760 Die ASG fordert die Prävention entsprechend der Morbidität der häufigsten Krankheiten wie
z. B. Stoffwechselerkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates und nach dem
Nutzen für die Bürger/Patienten - Hierzu zählen auch Beratungen über
Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten. Sowie die palliativmedizinische
Versorgung zur Vermeidung unnötiger Leiden - auszurichten.

765 Dies ermöglicht die Früherkennung von psychischen Erkrankungen bei Jugendlichen und
Erwachsenen, von Stoffwechselkrankheiten und des muskuloskeletalen Apparates sowie
seelischer Erkrankungen.

770 Die ASG fordert zur Optimierung der Versorgung daher eine volle Einbeziehung der haus-
und betriebsärztlichen Versorgung in Prävention und Rehabilitation im Sinne einer
basisnahen Entscheidung.

8. Pflegeversicherung: mehr Teilhabe erforderlich

775 Die ASG fordert eine Gesamtverantwortung für multimorbide und pflegebedürftige
Menschen bzgl. ihrer medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgungsbedarfe. In

diesem Sinne müssen die bestehenden Rechtsgrundlagen im SGB V, XI und XII weiterentwickelt werden. In diesem Sinne prüfen wir auch konstruktiv die Vorschläge zur Pflegevollversicherung bzw. zur Integration der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung.

Zur Sicherung einer zukunftsgerechten pflegerischen Versorgung sind weitere Schritte notwendig:

- eine Präventions- und Rehabilitationsoffensive der Kranken-/und Pflegeversicherung zur Vermeidung bzw. Verschlimmerung chronischer Erkrankungen bzw. von Pflegebedürftigkeit

- eine der älter werdenden Gesellschaft entsprechende, kontinuierliche Weiterentwicklung der kommunalen Infrastruktur der Pflegesteuerung und ambulanten sowie stationären Pflegeerbringung.

Die Individualisierung der Pflegeberatung und die ausreichende Schaffung von Pflegestützpunkten sowie die weitere Ausweitung der Leistungen für Demenzkranke. Sozialdemokraten fordern eine Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Eine zu enge Definition auf den zeitlichen Pflegeaufwand soll durch eine Beurteilung des Selbstständigkeitsgrades bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen ersetzt werden. Die vorhandenen Ressourcen der Pflegebedürftigen sollten in den Vordergrund gestellt werden, nicht die bestehenden Defizite.

Die ASG fordert daher dringend eine Überarbeitung der Prüfkriterien des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. Die „Verrechenbarkeit“ von Wohlfühlfaktoren mit echten Pflegemängeln muss beseitigt werden.

Es sind Bedingungen herzustellen, die einen möglichst langen Verbleib der pflegebedürftigen älteren Menschen in ihrem gewohnten Umfeld ermöglichen.

9. Versicherte: Selbstverwaltung stärken

Sozialdemokratische Gesundheitspolitik will eine Stärkung und Weiterentwicklung der sozialen Selbstverwaltung. Die soziale Selbstverwaltung von Arbeitnehmer und Arbeitgeber (Arbeit UND Kapital) dient zugleich der Mitbestimmung der Versicherten sowie der Mitverantwortung der Arbeitgeber zur Qualitätsverbesserung, Stärkung der Bedarfsgerechtigkeit und der wirtschaftlichen Mittelverwendung. Voraussetzung ist, dass die Mitglieder der Selbstverwaltung – neben den Aufgaben der Kontrolle, der Aufstellung und Beschlussfassung über den Haushalt, der Abnahme der Jahresrechnung, der Wahl des Vorstandes, des Widerspruchsausschuss – ihre vom SGB V vorgegebenen Gestaltungsmöglichkeiten auch nutzen, um z. B. zusätzliche Verträge (Selektiv-, Arzneimittelrabattverträge) und besseren Service unter anderem den Versicherten zukommen zu lassen. Dabei ist es wichtig, dass die vertretenen Versicherten sich durch die Selbstverwaltung ausreichend repräsentiert fühlen können. Eine gesetzliche Krankenkasse versichert nicht ausschließlich Arbeitnehmer auf Versichertenseite, sondern auch Rentner, Auszubildende, Studierende, Arbeitslose, Selbständige, Behinderte, Migranten, etc. Sie versichert Frauen und Männer jeden Alters. Diese unterschiedlichen Personengruppen sollten sich in der Zusammensetzung der Selbstverwaltung entsprechend ihres Anteils

wieder finden. Die Form der Wahlhandlung und der Kandidatenaufstellung sollten diese Zusammensetzung ermöglichen und transparent gegenüber den Versicherten sein.

830 Eine Abkehr von der so genannten Friedenswahl bei den Sozialversicherungsträgern hin zu einer tatsächlichen Wahlhandlung wäre deshalb nicht ausreichend. In der Praxis zeigt sich, dass die Selbstverwalter ihre Aufgabe sehr ernst nehmen.

835 Es gilt ~~ist~~ die Selbstverwaltung zu stärken, in dem der Mitwirkungs- und Mitbestimmungsbereich der Selbstverwaltung gestärkt wird: bei bestimmten Vertragsformen und Versorgungskonzepten und deren Ausgestaltung.

840 Die ASG fordert deshalb die Rückkehr zur Finanzautonomie und damit die Beitragssatzfestsetzung der einzelnen Krankenkasse durch ihre Selbstverwaltungsorgane (Verwaltungsrat auf Vorschlag des Vorstandes).

845 Der Vorstand hat regelmäßig den Verwaltungsrat zu informieren über Patientenbeschwerden zu Behandlungsfehlern, welche erforderlichen Maßnahmen zur Unterstützung der Versicherten (§ 66 SGB V) ergriffen wurden und wie die Fälle ausgegangen sind. Dies ist auch in der Mitgliederzeitschrift bzw. auf der Homepage der Krankenkasse zu veröffentlichen.

10. Vertrags- und Versorgungswettbewerb in der GKV

850 Die ASG fordert eine wissenschaftlich unabhängige Überprüfung und Begleitforschung zum Komplex Wettbewerb in der GKV: Hat sich dieser bewährt oder generell nicht? Wo sind evtl. Korrekturen notwendig und / oder wo und wie ist der Wettbewerb im Interesse der kranken Versicherten weiterzuentwickeln und wo zurückzuführen? Bspw. bei den Arzneimittel-Rabattverträgen und den Selektivverträgen für die ärztliche Versorgung:

855 a) unter dem Gesichtspunkt der bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten

b) unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit

860 Ein solcher Forschungsauftrag und ein wissenschaftliches Symposium, könnte von der FES und HBS gemeinsam gestaltet und in Auftrag gegeben werden. Es ist an dieser Stelle auch daran zu erinnern, dass mit dem sog. Lahnstein-Kompromiss von 1992 und dem daraus resultierenden Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993, die Weichen für den Versorgungs- und Vertragswettbewerb in der GKV gestellt wurden. Dazu gehörte die Krankenkassen-Wahlfreiheit der Versicherten und erste Schritte für einen kassenarten
865 übergreifenden Risikoausgleich (RSA), die dann zum heutigen M-RSA weiterentwickelt wurden.

Gesundheit neu denken: Wo stehen wir - wo wollen wir hin?

(Angenommen)

Gesundheit ist keine Ware: Steuerung im Gesundheitswesen weiterentwickeln

5

Im Zentrum sozialdemokratischer Gesundheitspolitik stehen die gute, flächendeckende Versorgung aller Patientinnen und Patienten, gute Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten und die Gewissheit der Bevölkerung, in einem solidarisch finanzierten System jederzeit bedarfsgerecht versorgt zu werden.

10

Im Zentrum steht insbesondere der betroffene, durch Krankheit, drohende Krankheit oder Rekonvaleszenz eingeschränkte Mensch. Er oder sie soll alle Unterstützung zur Vermeidung von Krankheit erhalten. Im Krankheitsfall soll er oder sie eine hochwertige medizinische Versorgung erfahren. Dazu gehören alle erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, Medikamente und Hilfsmittel. Dazu gehört auch die menschliche Zuwendung und Empathie, die unsere Gesellschaft von den Heilberufen erwartet, die unserer Wertordnung entspricht und die für Heilung genauso unerlässlich ist wie körperliche und pharmakologische Therapie. Dazu gehört auch die Gewissheit, den Akteuren und Einrichtungen des Gesundheitswesens, ihrer Kompetenz und ihrem menschlichen Engagement vertrauen zu können.

20

Gesundheitswesens ist öffentliche Aufgabe

Das Gesundheitswesen und die gesundheitliche Versorgung gehören zu den wichtigsten Staatsaufgaben und sind für uns unveräußerlicher Bestandteil der Daseinsvorsorge. Ihre Organisation wird von Körperschaften öffentlichen Rechts (Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Heilberufekammern) als mittelbare staatliche Aufgabenwahrnehmung oder in der Krankenhausplanung und –Versorgung öffentlich gewährleistet. Neue Steuerungen haben diesen öffentlichen Auftrag weniger erkennbar werden lassen.

25

Gesundheitspolitik zwischen Versorgung und Effizienz

30

Gesundheitspolitik befindet sich immer im Spannungsfeld zwischen Versorgungsoptimierung und Kostenentwicklung. Die Nachfragedefinition durch die Anbieter führt in einem marktlichen System notwendig zu Überversorgung und resultierenden hohen Kontroll- und Regulierungsaufwand. Gleichzeitig entsteht Unter- und Fehlversorgung, vor allem dort, wo Leistungen sich vordergründig nicht "rechnen". Die Kostenfrage dominiert seit den achtziger Jahren die Gesundheitspolitik, während Versorgungs- und Strukturfragen lange zurückgetreten sind.

35

Für uns gilt: der Pflichtbeitrag der Beschäftigten muss sparsam verwendet werden.

40

Überversorgung, z. B. aus finanziellen Interessen von Leistungserbringern, bedeutet sowohl Verschwendung als auch einen Qualitätsmangel und eine unnötige Gefährdung. Die Solidarität der Beitragszahler kann nur durch rationale Mittelverwendung gesichert werden.

45 Die mit dem Kompromiss von Lahnstein begonnene marktorientierte Wende der Gesundheitspolitik hat auch erhebliche Erfolge gezeigt: durch die Begrenzung der Honorarsteigerung auf die Lohnentwicklung konnten die ambulanten Ausgaben gedämpft werden. Durch den Wettbewerb der Krankenkassen kam es zu einer deutlichen Effizienzsteigerung und Neuaufstellung. Fallpauschalen haben zu einer deutlichen Verkürzung von
50 Liegezeiten im Krankenhaus und Stärkung ambulanter Versorgung geführt. Kosten-Nutzen Prüfungen und Arzneimittelrabattverträge konnten erhebliche Summen einsparen.

Grenzen der Effizienzverbesserung in vielen Bereichen erreicht oder überschritten

55 Inzwischen sind viele dieser Potentiale gehoben und die vorrangig kostenorientierten, am Produktionssektor orientierten Methoden stoßen zusehends an Grenzen. Die Stärkung der betriebswirtschaftlichen Steuerung führte notwendig zu einer Verbreiterung ökonomischer Kategorien und Denkmuster in der Alltagspraxis der Akteure. Was im makro-Maßstab
60 wünschenswertes Konzept ist (Beitragssatzstabilität, sparsamer Ressourcenverbrauch, wettbewerbliche Allokation wie z. B. beim Arzneimittelhandel), kann auf der mikro-Ebene der therapeutischen Beziehung zu unerträglichen Ergebnissen führen: denn hier muss immer die Versorgung des konkreten Patienten vorgehen.

65 Im ambulanten Bereich haben Kostensenkungsverfahren zu erheblichen Ausweichreaktionen bis hin zur regelmäßigen Verletzung elementarer Regeln der ärztlichen Ethik geführt. Behandlungs- und Ordnungsverweigerungen trotz Behandlungsbedarf scheinen an der Tagesordnung. Mit sog. IGeL Leistungen wird regelmäßig ärztliche Autorität zu gewerblichen Zwecken missbraucht. Die Versorgung in benachteiligten Regionen und auf dem Land wird zunehmend schwieriger, während Wohlstandsviertel überversorgt sind.

70 Die marktmäßige Orientierung und der Versuch, das Handeln der Heilberufsangehörigen durch externe, monetäre Anreize zu steuern, verdrängt die unverzichtbare intrinsische Motivation der Heilberufe: wer ständig auf den eigenen Geldvorteil schauen soll, der passt sich an und verliert
75 stückweise die Motivation aus dem „Helfersyndrom“ – mit allen beschriebenen schädlichen Folgen von Qualitätsverlust und Kostensteigerung. Das Ende ökonomisierten Denkens ist „Missfeldertum“: Versorgung nur für die, bei denen es sich wirtschaftlich lohnt.

80 Festbetragsregelungen im Heilmittelbereich führen offenbar zu regelmäßiger Übervorteilung der Betroffenen. Arzneimittelwechsel durch Rabattverträge werden teilweise als belasten erlebt und können zu Complianceproblemen führen. Im Wettbewerb der Krankenkassen lässt sich eine wachsende und sachlich nicht begründete Restriktivität in der Gewährung von Genehmigungsleistungen beobachten.

85 Im Krankenhausbereich führte die zunehmende Dominanz der Orientierung auf den Erlöszu neuen Problemen. So wurden nur bedingt Krankenhausbetten abgebaut und stattdessen Leistungen ausgeweitet und im Wettbewerb der Krankenhäuser wettbewerblich bedingte Investitionen getätigt, die viele Krankenhäuser an wirtschaftliche Grenzen führen. Trotz Arbeitsverdichtung und Fallzahlsteigerung wurde insbesondere in der Pflege massiv Personal

90 abgebaut. Die Folge sind wachsende Risiken durch Überlastung und Überforderung. Gerade im Gesundheitsbereich sind aber Sicherheitsmargen unverzichtbar, auch beim Personalbestand. Ein einheitlicher Preis macht Wettbewerb um Dumpinglöhne und gefährlichen Personalabbau attraktiv.

95 Um unter Einsparungsbedingungen die Qualität zu sichern und einen vermeintlichen Wettbewerb um Qualität zu führen, wurden umfangreiche, externe Qualitätssicherungsmaßnahmen eingeführt, die von den Beschäftigten einen hohen dokumentarischen Aufwand erfordern. Dieser wird in der Regel als der heilberuflichen Aufgabe wesensfremd, übermäßig und ausufernd empfunden, ohne dass der Nutzen für die eigene Arbeit und den eigenen Wunsch, Patienten bestens zu behandeln, erkennbar wäre. Dennoch sind viele Patienten (und oft sogar Angehörige der Heilberufe) mit der Beurteilung und Interpretation differenzierter Qualitätsdaten überfordert.

Die Herausforderungen der Zukunft meistern

105 Heute steht das Gesundheitswesen vor großen und neuen Herausforderungen. So hat sich die gesundheitliche Lage und Versorgung sozial benachteiligter Menschen in den letzten Jahren weiter verschlechtert. Während Ärztemangel auf dem Land nur droht, so ist er in den sozialen Brennpunkten längst Realität. Der demographische Wandel führt zwar nur zu marginal höheren Kosten, dafür aber umso mehr zu einer Umorientierung zu chronischen Krankheiten, sprechender Medizin und einer stärker personalisierten, am individuellen Bedarf orientierten Versorgung.

110 Während noch vor wenigen Jahren die ambulante Bedarfsplanung vor allem Überversorgung abgewehrt hat, stehen wir heute vor einer völlig neuen Herausforderung der Versorgungssicherung. Die bedenklichen Auswirkungen der Ökonomisierung auf die medizinische Ethik müssen dringend beendet werden. Es gilt, das Primat des öffentlichen Auftrags und des Vorrang von Versorgung vor Profit neu zu installieren und Auswüchse wie wirtschaftliche

115 motivierte Leistungsausweitung und unnötige Behandlungen, Behandlungs- und Verordnungsverweigerungen, Igel-Leistungen, Unterversorgung durch Praxisschließungen am Quartalsende zu beseitigen.

Gesundheit ist keine Ware – so muss auch das Gesundheitswesen gesteuert werden

120 Notwendig ist eine Umorientierung in der Gesundheitspolitik, die marktliche und wettbewerbliche Instrumente wieder als Instrumente begreift, die ihre Tauglichkeit für anstehende Aufgaben beweisen müssen und zur Wahrnehmung des öffentlichen Sicherstellungsauftrags nur so weit eingesetzt werden, wie dies schadlos möglich ist und zu einer

125 besseren Versorgung beiträgt.

Steuerungsidee und Akteure zusammenbringen

130 Was Makroskopisch sinnvoll klingt, muss in der konkreten Ausführung noch nicht erfolgreich sein. Maßstab der Gesundheitspolitik muss nicht nur Effizienz, sondern die konkrete Situation im Behandlungszimmer sein. Hier, in der unmittelbaren Versorgung, misst sich der Erfolg gesundheitspolitischer Maßnahmen. Deshalb wollen wir auch die Wirkung gesundheitspolitischer Initiativen systematisch mit Methoden der Versorgungsforschung überprüfen.

135 Effizienz und Qualität sind kein Widerspruch, aber sie haben eine hierarchische Ordnung: Verbesserung der Effizienz kann zu mehr Qualität, z. B. durch Vermeidung von Überversorgung

führen. Dennoch hat für uns die gute Versorgung Vorrang vor Wirtschaftlichkeitserwägungen.

140 Steuerung muss die Leitmotive der Betroffenen beachten, wenn sie erfolgreich sein will. Eine
durch Kostenerwägungen und zunehmend von (Gesundheits-)ökonomien geprägte Debatte hat
die intrinsischen Motivationselemente in den Heil- und Sozialberufen zunehmend verkannt. Das
Bedürfnis, zu helfen, von empathischen Motiven getragen und als Beziehungsgestaltung
145 verstanden, ist kennzeichnend und unverzichtbar für die Heilberufe und die Qualität ihrer Arbeit.
Vor allem Pflege und andere nicht-ärztliche Heilberufe sind anstrengend, körperlich fordernd,
meist im Schichtbetrieb und schlecht bezahlt. Dies wird für viele durch den sozialen und ethischen
Wert ihrer Arbeit aufgewogen.

150 Gesundheitspolitik muss die intrinsische Motivation der Akteure berücksichtigen und
wertschätzen. Sie muss ihre Verfahren an die Mentalität der Betroffenen anpassen. Erforderlich
ist deshalb eine deutlich stärkere Ausrichtung der politischen Steuerungsmethoden weg von
marktwirtschaftlichen Instrumenten und hin zu solchen, die der intrinsischen Motivation
entsprechen. Dazu ist vor allem eine stärkere Einbeziehung sozial- und
gesundheitswissenschaftlicher Expertise erforderlich. Wir wollen Fürsorgemotivation und
Verantwortung stärken. Die Organisation muss stärker diesen Motiven angepasst werden:

155 - So hat für viele Heilberufsangehörige die persönliche therapeutische Beziehung einen hohen
Stellenwert. Wachsender Arbeitsdruck, bürokratische Erfordernisse oder die jahrelang geübte
Drei-Minuten-Medizin haben die Beziehungszeit als zentralen Wert der Arbeitsmotivation
minimiert und gefährden massiv die Motivation. Persönliche, empathische Beziehungen laufen
160 Gefahr, durch Distanz, Abgrenzung und zunehmenden Zynismus ersetzt zu werden.

165 - So wünschen sich Angehörige aller Heilberufe in ihrem täglichen Handeln eine Entlastung von
kurzsichtigen Ertragsbewägungen im Umgang mit den Patienten und eine Stärkung der
Möglichkeit, flexibler nach aktuellem, tatsächlich erkanntem Bedarf zu behandeln, ohne dabei
Standards und Basiserfordernisse zu ignorieren.

170 - Alle Heilberufe treten in eine therapeutische Beziehung zum Patienten, die nur individuell und
autonom gestaltet werden kann. Regulierungen und wirtschaftlicher Druck werden hier
zunehmend als Einschränkung dieser Aufgabe erlebt.

175 - So ist der Wert von dokumentarischem Aufwand und externe Überprüfung, wenn sie nicht als
Unterstützung und Arbeitserleichterung wahrgenommen, wenigen nachvollziehbar.

175 - Häufig werden Qualität und Effizienz als Widerspruch wahrgenommen, weil
Effizienzerwägungen nicht eindeutig als nachrangig gekennzeichnet sind – obwohl unzweifelhaft
niemandem eine notwendige Versorgung aus Kostengründen verweigert werden soll und darf.

180 - So muss Qualitätssicherung vor allem als Beratung und Hilfe zur Verbesserung der eigenen
Arbeit und damit Unterstützung im eigenen Anspruch an die Qualität der Hilfe und nur in
schweren Fällen als externe Kontrolle gestaltet sein, wenn sie akzeptiert und kooperativ
gehandhabt werden soll.

- So will eine nachwachsende Ärztesgeneration keine Einzelpraxis als Kleinunternehmen betreiben,
sondern in geregelten Arbeitsverhältnissen mit planbaren Arbeitszeiten die Vereinbarkeit von

185 Familie und Beruf sicherstellen und eine andere work-life-balance leben.

Politische, wirtschaftliche und verwaltungsorganisatorische Steuerung des Gesundheitswesens wurde zu sehr aus den Paradigmen der Steuernden entwickelt und zu wenig aus der Berufssicht der Heilberufe gedacht. Hier gilt es dringend umzusteuern.

190

Gesundheit wieder zur öffentlichen Aufgabe machen

Nötig ist eine deutliche Stärkung der öffentlichen Aufgabenwahrnehmung im Gesundheitsbereich. Dazu bedarf es eine Stärkung der öffentlichen Verantwortung und der öffentlichen Möglichkeiten auf der jeweils angemessenen Ebene:

195

- Die ambulante Bedarfsplanung ist als Verhinderungsplanung konzipiert, um übermäßige Versorgung zu verhindern. Die bisherigen Aufgabenträger und Planungsstrukturen sind aber für eine Sicherstellungsplanung wenig geeignet, während öffentliche Planungsverantwortliche, z. B. im Bereich des Rettungsdienstes, Versorgungsorganisation sehr erfolgreich bestreiten. Deshalb muss für die ambulante Versorgung die regionale Kompetenz gestärkt werden. Regionale Gesundheitskonferenzen unter Kommunalem Vorsitz und Letztentscheidung und unter Beteiligung aller relevanten Akteure (Leistungserbringer, Kostenträger, Patienten, Träger öffentlicher Belange) müssen, mit einem entscheidungsrelevanten Anteil des Budgets von bis zu fünfzig Prozent, die regionale bedarfsgerechte Versorgung konzipieren und vereinbaren. Insbesondere Standortentscheidungen und Notdienstversorgung sind hier zu klären.

200

205

- Dazu ist – wie in allen Bereich der Daseinsvorsorge – eine deutliche Aufgabenverlagerung auf die Länder erforderlich mit einem umfassenden Aufsichts- und Weisungsrecht gegenüber Selbstverwaltungsorganen, wenn Zweifel an der angemessenen Aufgabenerfüllung bestehen. Auf Grundlage bundeseinheitlicher Versorgungsstandards regeln die Länder die Strukturen der Versorgungsplanung und Sicherstellung in eigener Zuständigkeit.

210

- Wir wollen eine Stärkung der Krankenhausplanung. Vorrang hat die gute, bedarfsgerechte, flächendeckende Versorgung. Nachdem die wettbewerbliche Krankenhaussteuerung kaum Überkapazitäten abgebaut hat, müssen Krankenhausstrukturen in öffentlicher, überregionaler Organisation nach Bedarfs- und Qualitätsorientierten Standards organisiert werden. Bundeseinheitlich vereinbarte Vorgaben zum Beispiel zu Mindestgrößen und Mindestfallzahlen spezialisierter Abteilungen und regionale Strukturierung und Anpassung an regionale Besonderheiten schaffen eine hochwertige, flächendeckende und möglichst wohnortnahe Versorgung.

215

220

- Öffentliche Verantwortung heißt auch Wahrnehmung der öffentlichen Pflichten. Die Länder müssen korrespondierend zur Planungsverantwortung auch ihre Finanzverantwortung zur Finanzierung der Investitionen wahrnehmen.

225

- Kommunale MVZ, mit oder ohne Verbindung mit öffentlichen Krankenhäusern ermöglichen dort, wo es sinnvoll und erforderlich ist, die Zusammenführung von medizinischen, pflegerischen und anderen sozialen Einrichtungen. So können in ländlichen Räumen erhebliche Synergieeffekte erreicht werden, wenn die medizinische Versorgung gemeinsam mit der notwendigen Pflegeinfrastruktur und gegebenenfalls auch anderen Einrichtungen der sozialen Arbeit verbunden werden. Das gleiche gilt in den schon heute massiv unterversorgten sozialen

230

Brennpunkten

235 - Wir wollen die Weiterentwicklung der allgemeinmedizinischen Versorgung zu einem Primärarztssystem, in dem Ärztinnen und Ärzte im Team zusammenarbeiten.

240 - Durch die Stärkung der Kooperation im Bereich der fachärztlichen Versorgung durch Krankenhaus-MVZ, Belegärzte und andere Kooperationsformen wollen wir die doppelte Facharztschiene endlich überwinden.

245 - Um eine sinnvolle, bedarfsorientierte Versorgung zu entwickeln, zu planen und zu sichern, ist entsprechend qualifiziertes Personal erforderlich. Wir wollen die Ausbildung medizinisch versierter Regionalplaner, Gesundheitsgeographen, Medizinsoziologen etc. voranbringen und entsprechende Ausbildungskapazitäten schaffen, damit für alle Ebenen der Gesundheitsorganisation entsprechend qualifiziertes Personal zur Verfügung steht. Damit wird insbesondere die kommunale Ebene in die Lage versetzt, die anstehenden Aufgaben erfolgreich zu meistern.

250 **Die Instrumente als Instrumente sehen**

255 Nötig ist ein neues Gleichgewicht zwischen öffentlicher Planung und marktwirtschaftlichen Instrumenten. Marktwirtschaftliche Instrumente und privatwirtschaftlich organisierte Strukturen müssen auf ihre Tauglichkeit überprüft und der damit verbundene Regulierungsaufwand ins Verhältnis gesetzt werden.

260 - Deshalb wollen wir, dass Einrichtungen der medizinischen Versorgung wie Krankenhäuser und ambulante Versorgungseinrichtungen vorrangig als gemeinnützige Einrichtungen geführt werden und eine konsequente Entwicklung zum Rückbau von Privatisierung.

265 - Wir wollen gute Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und ambulantem Gesundheitswesen. Dazu gehören insbesondere gesetzliche Personalstandards in der Pflege, aber auch in allen anderen patientenrelevanten Bereichen.

270 - Lohndumping wird nicht mehr belohnt. Wettbewerb um schlechte Löhne nützt niemandem im Gesundheitswesen. Deshalb wollen wir allgemeinverbindliche Tarife für das Gesundheitswesen und bis dahin eine Anpassung der Erlöse an den Tarif und die Personalausstattung.

275 - Das Modell der Fallpauschale hat seine Wirkungen entfaltet, zeigt aber inzwischen deutlich ihre Mängel. Alle bekannten Probleme der marktorientierten Honorierung, die seit langem aus dem ambulanten Sektor bekannt waren, finden sich in verschärfter Form. Deshalb muss die Krankenhausfinanzierung wieder am Leistungsbedarf orientiert werden. Erlöse dürfen nicht länger in Konflikt mit Versorgungsfragen geraten, sondern einen festgestellten und vereinbarten Bedarf abdecken.

280 - In der Arzneimittelversorgung bedarf es eines weiteren Ausbaus der Nutzenbewertung zu einem effektiven Instrument der Preis- und Qualitätssteuerung. Die erkannten Defizite der Rabattverträge müssen beachtet und angemessen weiterentwickelt werden.

280 - Festbetragsregelungen im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung, beim Zahnersatz u. s. w.

sind eine Einladung zum Missbrauch eines Wissensgefälles zwischen Leistungsanbieter und Patient. Sie müssen abgeschafft werden und der Schutz aller Patienten vor Übervorteilung an erster Stelle stehen

285 - Mit der Einführung der Bürgerversicherung und der Schaffung eines einheitlichen, am Modell der GKV orientierten Krankenversicherungswesens muss auch die Honorierung medizinischer Leistungen nach einheitlichen Kriterien erfolgen und die bestehende Zwei Klassen Medizin überwinden.

290 - Der Wettbewerb der Krankenkassen muss der Aufgabe angemessen als Wettbewerb um die Qualität von Versorgung und Versorgungskonzepten weiterentwickelt werden. Gleichzeitig sind auch die Krankenkassen einer strikten Kontrolle zu unterwerfen, um überrestriktive Genehmigungsentscheidungen zu verhindern.

295 **Die Rolle der Patienten in der Versorgungssteuerung stärken**

Die Lage und Rolle der Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen ist bestimmt vom Spannungsfeld zwischen Autonomie und Selbstbestimmung einerseits und berechtigtem Anspruch auf Fürsorge und Fürsorglichkeit andererseits. Empathie der Akteure und genügend Zeit für eine der Intimität körperlicher Untersuchung angemessene Vertrauensbasis ist ein elementares Patientenrecht!

300 Patientenautonomie und Eigenverantwortung sind keine Ausrede zur Reduzierung von Fürsorgeansprüchen und zur Vermeidung von Fürsorgepflichten. Patienten sollen frei entscheiden dürfen und können, aber nicht müssen. Sie haben auch einen Anspruch darauf, sich leiten zu lassen, wenn sie es wünschen, und auf ein Versorgungssystem zu treffen, dass mit der Abhängigkeit der Patienten verantwortlich umgeht.

305 Wir wollen eine deutliche Stärkung der Rolle der Patienten durch Einbindung in die Steuerungsfunktion regionaler Gesundheitskonferenz, wie es auch in allen anderen Planungsverfahren geboten ist. Es geht um einen strategischen Ansatz der Aktivierung der Bürgerinnen und Bürger vor Ort auch für ihre gesundheitliche Interessenwahrnehmung.

310 Patientenberatungsstellen müssen ein verlässliches, seriöses, umfassendes und flächendeckendes Angebot werden, um die Entscheidungsmöglichkeiten der Patienten zu stärken. Die Beratungsqualität muss Parameter Qualitätssicherung sein. Ombuds-Leute oder Patientenvertreter auf Kommunal- und Landesebene müssen für jeden erreichbar sein und Klärungskompetenzen in Streitfragen um Verordnungen und Behandlungsverweigerungen erhalten.

320 Die Rolle der Selbsthilfe muss ausgebaut werden zu einer autonomen, von wirtschaftlichen Interessen der Gesundheitswirtschaft unabhängigen Interessenvertretung.

325 Wir wollen die Qualität medizinischer Beratungen in Medien und Internet verbessern, um Patienten vor gefährlicher Falschinformation zu schützen. Deshalb werden wir dafür sorgen, dass medizinische und heilkundliche Beratung sowie jede professionelle oder in professioneller oder gewerblicher Absicht erbrachte Beratung in medizinischen und heilberuflichen Fragen eine staatliche Zulassung in einem Heilberuf oder eine spezielle Zulassung voraussetzt. Der

Beratungsverantwortliche muss eindeutig erkennbar sein.

Antragsbereich G/ **Antrag 4**

ASG Bremen

Paradigmenwechsel in der zukünftigen Gesundheitspolitik

(Überwiesen als Material an den Bundesvorstand)

Vorbemerkungen:

5

Vorausgesetzt wird für die folgenden Forderungen, dass die SPD die soziale gesetzliche Krankenversicherung mit ihren wichtigen Normen erhalten will und sie dafür die Bürgerversicherung als zentrales Ziel bzw. Reformkonzept realisieren wird, deshalb werden dazu hier keine entsprechenden Anträge gestellt.

10

Die ASG ist überzeugt, dass Marktziele und Wettbewerb (Gewinnorientierung) für eine verantwortliche sozialdemokratische Gesundheitspolitik ungeeignete Instrumente sind, *weil sie Nachteile für die Patientenversorgung gebracht haben und weiter bringen werden. Die SPD braucht deshalb dringend einen echten Paradigmenwechsel für die zukünftige, patientenorientierte Gesundheitspolitik. Für die neue sozialdemokratische Gesundheitspolitik heißt das:*

15

20

- Die ASG/SPD hält neoliberale(s) Ziele und Handeln besonders im Bereich der gesundheitlichen Versorgung für ungeeignet.

25

- Sie kämpft für einen echten Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik der SPD: *Weg vom Markt- und Wettbewerbsglauben und vom Menschenbild des „homo oeconomicus“, hin zu einer patientenorientierten Gesundheitspolitik. Dabei sind vor allem die wachsenden Bedürfnisse der älteren Patienten zu berücksichtigen.*

30

- *Patientenorientierte Gesundheitspolitik* heißt, dass die Bedürfnisse kranker Menschen immer Vorrang haben, vor allem vor den ökonomischen Interessen der Anbieter von Gesundheitsleistungen.

35

- In einer Übersicht müssen die zentralen gesundheitspolitischen Ziele konkret und allgemein verständlich formuliert werden.
- *Dazu werden ASG und SPD konkrete Reform -Vorschläge machen, die in der Zukunft auch (schrittweise) tatsächlich umgesetzt werden (können),*
- Es ist ein *Reformkonzept zu erarbeiten*, das verständlich und überzeugend begründet, was die SPD/ASG für die Patienten und Versicherten realisieren will. Ein Papier, das vor allem von der Mehrheit in unserer Partei akzeptiert wird.

40

- *Wir brauchen außerdem ein (kurzes) REFORMPAPIER, das für den Wahlkampf geeignet ist. Einen Infolyer, in dem den Bürgern verständlich gemacht wird, dass die SPD zukünftig für sie, vor allem für Patienten und besonders für die älteren PatientInnen, eine „neue“, bessere patientenorientierte Gesundheitspolitik machen*

wird.

- Weil die Patienten im Mittelpunkt der neuen Gesundheitspolitik stehen sollen, gehört dazu auch eine leistungsfähige Patientenberatung, regional und auch in den stationären Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, und der Ausbau kollektiver Patientenrechte ist vorzusehen.

45

Antragsbereich G/ Antrag 5

ASG Bayern

Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes neu fassen und Mindeststandards auf Bundesebene einzuführen

(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission)

- 5 Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG fordert die Bundespartei und die Bundestagsfraktion auf, die Rahmenbedingungen für die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes neu zu fassen und Mindeststandards auf Bundesebene einzuführen.

Antragsbereich G/ Antrag 6

ASG Bayern

Übergang des Sicherstellungsauftrags für die ärztliche Versorgung auf die jeweilige Gebietskörperschaft

(Überwiesen an den ASG-Bundesausschuss)

- 5 Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG fordert die Bundespartei und die Bundestagsfraktion auf im Sozialgesetzbuch V - Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung – den Sicherstellungsauftrag für die ärztliche Versorgung ersatzweise den Kommunen zu übertragen durch Einfügung des § 72b SGBV "Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die jeweilige Gebietskörperschaft"

- 10 Der neu zu fassende § 72b SGB V muss folgende Grundsätze regeln:

- 15 Die jeweilige Gebietskörperschaft hat die ärztliche Versorgung durch die Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren sicherzustellen. Die Gebietskörperschaft tritt als Betreiber, bzw. mehrheitlicher Gesellschafter auf und hat im Rahmen des Sicherstellungsauftrages ein Vorkaufsrecht für freigewordene oder freiwerdende Arztpraxen.

Antragsbereich G/ Antrag 7

ASG Bayern

Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit medizinisch notwendigen Krankenhausleistungen durch Änderung der Paragraphen 17b und 17d des KHG

(Angenommen)

- 5 Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG fordert die Bundespartei und die Bundestagsfraktion auf die Paragraphen 17b und 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu ändern um die Versorgung der Bevölkerung mit medizinisch notwendigen Krankenhausleistungen sicherzustellen.

Antragsbereich G/ Antrag 8

ASG Bremen

Neue, patientenorientierte Krankenhauspolitik und Krankenhausfinanzierung sicherstellen:

(Angenommen in der geänderten Fassung der Antragskommission und überwiesen an den SPD-Parteivorstand)

- 5 Die ASG-Bundeskonferenz fordert die SPD Bundespartei auf, sich bei der Neuformulierung der Krankenhauspolitik sich an folgenden Grundsätzen zu orientieren:
- 10 - Die Finanzierung von Personal- und Sachkostensteigerungen ist durch Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) dauerhaft sicherzustellen.
 - Der im Gesetz vorgesehene Kostenorientierungswert muss endlich verbindlich vorgesehen werden für die Fortschreibung der Landesbasisfallwerte.
 - 15 - Notwendig ist eine volle Finanzierung der morbiditätsbedingten Mehrleistungen der Krankenhäuser. Durch entsprechende gesetzliche Änderungen ist eine vollständige Finanzierung von vereinbarten morbiditätsbedingten Mehrleistungen der Krankenhäuser anzustreben.
 - 20 - Die Finanzierung bedarfsnotwendiger Investitionskosten muss dauerhaft sichergestellt werden. Durch Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) ist eine bundesweit verbindliche Investitionsquote in angemessener Höhe sicherzustellen.
 - 25 - Alle Versuche des Lohndumpings werden abgelehnt. Deshalb muss das krankenhausspezifische Tarifgefüge sich auf die krankenhausspezifisch anzuwendenden Fallpauschalen auswirken.

Antragsbereich G/ Antrag 9

ASG Bundesvorstand

Keine „Boni“, wenn es um Gesundheit geht

(Angenommen)

5 Die Bundestagsfraktion der SPD wird aufgefordert darauf hinzuwirken, dass Bonuszahlungen für Ärzte in Zusammenhang mit zu erbringender Art und Menge von ärztlichen Leistungen zu untersagen sind. Fehlanreize, die auf Kosten einer qualifizierten und humanen Krankenversorgung ausschließlich ökonomische Ziele verfolgen sind vom Gesetzgeber, Krankenkassen und Klinikträgern auszuschließen.

10

Antragsbereich G/ Antrag 10

ASG Bundesvorstand

Korruption von Kassenärzten

(Angenommen in geänderter Fassung)

5 Vertragsärzte dürfen nicht durch Nebenverdienste (wie z.B. Kick-Back-Zahlungen, Extravergütungen für Anwendungsbeobachtungen usw), von der ihnen anvertrauten wichtigen Aufgabe abgelenkt werden.

10 Es ist vom Gesetzgeber sicherzustellen, dass Vertragsärzte bei der Behandlung von Kassenpatienten als Amtsträger zu beurteilen sind, weil sie über den Einsatz öffentlicher Mittel entscheiden. Daher sind sie strafrechtlich wegen Bestechung bei der Amtsausübung belangbar. (z.B. Steuern oder gesetzliche Beiträge).

15 Den Ländern wird empfohlen, bei Polizei und Staatsanwaltschaft besondere Kompetenzen einzurichten, um dort den Sachverstand zu schaffen, eine effizientere Strafverfolgung sicherzustellen, um so eine vergleichbare Fachqualifikation mit hoch spezialisierten Rechtsanwälten sicherzustellen.

Antragsbereich G/ Antrag 11

ASG Ba-Wü

Bestechlichkeit § 299 StGB

(Angenommen)

Die ASG-Bundeskonferenz möge beschließen:

5

„Korruptives Verhalten im Gesundheitswesen“ und „Misstände, die gravierende finanzielle Belastungen des Gesundheitssystems zur Folge haben, werden **neu** in das Strafrecht – **nach § 299 StGB - Bestechlichkeit und Bestechung im geschäftlichen Verkehr** – aufgenommen, um möglicher Korruption zu Lasten der Solidargemeinschaft im Gesundheitswesen effektiv mit den Mitteln des Strafrechts entgegenzutreten. D.b. wer als **Leistungserbringer im Gesundheitswesen** einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er bei der Wahrnehmung der ihm gesetzlich übertragenen Aufgaben eine Handlung vorgenommen hat oder künftig vornehme und dadurch seine gesetzlichen Pflichten verletzt hat oder verletzen würde, wird bestraft.

15

Ebenso wird nach dem **StGB** bestraft, wer im geschäftlichen Verkehr zu Zwecken des Wettbewerbs einem Angestellten, Beauftragten eines geschäftlichen Betriebes oder einem Leistungserbringer im Gesundheitswesen einen Vorteil für diesen oder einen Dritten als Gegenleistung dafür anbietet, verspricht oder gewährt, dass er ihn oder einen anderen bei dem Bezug von Waren oder gewerblichen Leistungen in unlauterer Weise bevorzuge.

20

Antragsbereich G/ Antrag 12

ASG Bundesvorstand

Vertrauen in die Organtransplantationen wiederherstellen

(Angenommen)

Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefordert, sich dafür einzusetzen, dass die Verantwortung für die Organisation der Organspende und Organtransplantation öffentlichen Stellen übertragen und unter Berücksichtigung der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Öffentlichkeit transparent nach klaren medizinischen Zuteilungskriterien organisiert wird.

5

Zur Sicherung von Transparenz und Qualität wird die Anzahl von Transplantationszentren deutlich reduziert.

10

Antragsbereich G/ Antrag 13

ASG Hessen-Süd

Honorargerechtigkeit für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten

(Angenommen in geänderter Fassung)

- 5 Die Bundestagsfraktion der SPD wird aufgefordert, darauf hinzuwirken, die Vorschriften des SGB V so zu verändern, dass die angemessene Vergütung für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen vom Bewertungsausschuss in jährlichem Abstand überprüft wird.

Antragsbereich G/ Antrag 14

ASG Saarland

Eine Kultur des Miteinanders schaffen

(Überwiesen als Material an den Bundesausschuss und die SPD Saarland)

- 5 Wir bekennen uns zur Bürgerversicherung, der Teilhabe aller Menschen in Deutschland an der Solidarischen Krankenversicherung und solidarischen Rentenversicherung. Die Absicherung im Krankheitsfall, bei Behinderung und im Alter soll ein solidarisches System sein, in dem jeder Mensch nach seinen Kräften einen Beitrag leistet und im Notfall nach Kräften von der Gemeinschaft unterstützt wird.

- 10 Um eine solche Gleichheit erlangen zu können, ist eine systemische Perspektive einzunehmen:

- 15 Die Separation der sehr gut Verdienenden, der Selbstständigen und Beamte in private Altersvorsorge und Kammerversorgung sowie private Krankenversicherung höhlt das System aus und kann nicht mehr geduldet werden. In diesem Falle tragen allein die Menschen mit mittleren und geringen Einkommen die Last der Schwächeren und Schwächsten. (Die gesetzliche Rente muss gestärkt werden durch die Einzahlung aller Bürger nach ihrem Einkommen, damit für die Einzahlenden auf die Dauer eine positive Rendite ihrer Einlagen erzielt werden kann. Die Bayrische Ingenieurkammer hat im letzten Jahr für die versicherten Akademiker eine Rendite von 5% auf die Einlagen erwirtschaften können, was nicht zuletzt an der sozioökonomischen Auswahl der Versicherungsnehmer liegt.)
- 20

- 25 Sollte eine Bürgerversicherung nach unseren Vorstellungen eingeführt werden, so muss eine ausreichende Finanzierung der Leistungserbringer gewährleistet werden.

- Die Steuermittel, die zusätzlich zu den Beiträgen in die gesetzlichen Versicherungen eingezahlt werden, werden von allen Bürgern eingebracht – dementsprechend werden derzeit die gesetzlich Versicherten zweimal zur Kasse gebeten; beides führt zu den

30 bekannten Unzufriedenheiten.

Alle Menschen in Deutschland, auch die Privatversicherten, auch alle Anbieter von Leistungen im Gesundheits- und Rehabilitationsbereich, profitieren massiv von diesen Einrichtungen und Dienstleistungen/ der Infrastruktur des Gesundheitswesens, die zum großen Teil durch die Beiträge der gesetzlich Versicherten möglich gemacht wird.

Für gesetzlich Versicherte sind viele Leistungen privat zu begleichen. Schon heute kann man z.B. den Reichtum eines Menschen an der Sorgfalt bei der Zahnsanierung erkennen. –

40 Auch bei Sehhilfen und Hörgeräten, die bei Behinderungen der Sinneswahrnehmung verschrieben werden, sind die Qualitätsunterschiede bei Material und Verarbeitung einschneidend; gute Qualität erfordert eine massive Zuzahlung des gesetzlich Versicherten. Eine gute Wahrnehmung ist für die gesellschaftliche Teilhabe unabdingbar. Diese Praxis gilt es zu überdenken.

45 Das Gesundheitsministerium ist in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung dazu aufgerufen, Zielvereinbarungen mit Krankenhäusern, Praxen von niedergelassenen Medizinern und anderen im Gesundheitsbereich tätigen Therapeuten abzuschließen, um einen barrierefreien und mit den nötigen Hilfsmitteln ausgestatteten Zugang zu allen Einrichtungen des Gesundheitssystems zu gewährleisten.

Man muss alles unternehmen, um das Ausmaß der "sich verselbständigenden" Bürokratie im Gesundheitswesen zu reduzieren. Der Sinn von bestehenden Richtlinien muss ständig hinterfragt werden. Im Mittelpunkt der Aktivität der Ärzte und des Pflege- und Altersheimpersonals soll der Patient, und nicht hauptsächlich die Formulare stehen. Kontrollsysteme sind kein Selbstzweck.

Verbessert werden muss auch der Zugang zu notwendigen Hilfsmitteln über die Krankenkassen. Die Landesregierung muss darauf drängen, dass Menschen mit Behinderungen nicht zu Bittstellern degradiert werden, sondern zeitnah die nötigen Hilfsmittel zur Verfügung gestellt bekommen. Auch muss eine Anpassung von technischen Hilfsmitteln zumindest europaweit auf gleiche untereinander kompatible Standards (Sauerstoffflaschen, Infusionsbestecke, etc.), erreicht werden.

65 In den Saarländischen Krankenhäusern muss die Assistenz für Schwerbehinderte verbessert werden. Spezielle ambulante Beratungsangebote für Menschen mit körperlichen, geistigen und seelischen Behinderungen sollen Begleitung, Moderation und konkrete Hilfen bei Problemen am Arbeitsplatz anbieten.

70 Die SPD fordert eine kommunale Teilhabeplanung durchzuführen.

Teilhabeplanung beinhaltet partizipative und lernorientierte Prozesse unter politischer Federführung der Kommune, in denen sich die örtlichen relevanten Akteure gemeinsam auf den Weg machen. Die Zielsetzung ist die Schaffung eines inklusiven Gemeinwesens.

75

- Beteiligungsorientierung: Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen sowie spezielle Interessensvertretungen (z.B. der Verband für Blinde und Sehbehinderte) sollen

ebenso wie andere Akteure (Freie Träger, andere Sozialleistungsträger und kreisangehörige Gemeinden, Stadtbezirke) im Planungsprozess beteiligt werden. Für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist ein wichtiger Punkt der Erhalt des persönlichen Budgets (1.1.2008 .."darf z.T. für Teilhabe am Freizeitbereich, z.B. Mitgliedsbeitrag Fitnessstudio verwendet werden".

• Gemeinwesenorientierung: Prozesse der Teilhabeplanung zielen darauf ab, dass die Dienste und Einrichtungen ihre Angebote an den Sozialräumen ihrer Nutzer/innen ausrichten. Gleichfalls beinhalten sie die Qualifizierung von Mitarbeiter/innen in Diensten der allgemeinen Daseinsvorsorge im Hinblick auf die Belange von Menschen mit Behinderung. Sie schließen auch Maßnahmen zur Sensibilisierung des Gemeinwesens ein.

Die Kommunen werden bei der Organisation und Bereitstellung von Leistungen für Hilfsbedürftige federführend sein. Dafür sind die Kommunen finanziell ausreichend auszustatten.

Die saarländischen Pflegestützpunkte haben sich als erfolgreiches, wohnortnahes Instrument der Beratung und Koordinierung erwiesen. Für den Fall, dass – junge oder alte – Menschen mit Behinderungen pflegebedürftig werden, müssen im Saarland regionale Angebote geschaffen werden. Zur Klärung des spezifischen regionalen Bedarfs ist ein runder Tisch Rehabilitation einzuberufen, um Angebote zu schaffen, zu implementieren und immer wieder den sich verändernden Bedingungen anzupassen.

Die Sozialen- und Psychosozialen Dienste, Frühen Hilfen, Kinder- und Jugendhilfe sollten gestärkt werden und finanziell besser abgesichert. Präventive Maßnahmen wie Hilfen für Familien, kulturelle Angebote, niedrigschwellige Unterstützung und Förderung von Kompetenzen sollten regelfinanziert sein.

Wir treten ein für aus steuerlichen Mitteln finanzierte Prävention im direkten Lebensumfeld/ Quartier, um körperlichen und seelischen Behinderungen vorzubeugen durch eine Stärkung der Familien und damit der Heranwachsenden (best practice PÄDSAK, frühe Förderung und Musikprojekt).

Antragsbereich G/ Antrag 15

ASG RLP

Solidarische Finanzierung der Bürgerversicherung

(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission)

Die Bundeskonferenz der ASG empfiehlt dem Parteivorstand im Hinblick auf die in der Begründung vorgetragenen Anregungen und Bedenken, die Finanzierung der Bürgerversicherung noch einmal zu beraten.

Im Sozialgesetzbuch soll für Dienstherrn von Beamten die Möglichkeit geschaffen werden, dass sie als korporative Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

10 beitreten und damit ihre Beihilfepflichten an die GKV übertragen.

Begründung:

Die Krankenversicherung für Beamte wird durch die Beihilferegelungen des Dienstrechtes gewährleistet. Hier besteht ein lebenslanger Vertrauensschutz.

- 15 Die Rechte der Beamten bestehen gegenüber den Behörden bei denen sie tätig sind (Dienstherren). Der Umfang der Beihilfeleistungen entspricht zunehmend dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung und ist durch den Gesetzgeber zu definieren. Dabei hat sich der Gesetzgeber schon in der Vergangenheit weit gehend am Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung orientiert. Durch die Möglichkeit
- 20 einer korporativen Mitgliedschaft bei der gesetzlichen Krankenversicherung könnte der Transfer die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung seiner Beamtinnen und Beamten auf die gesetzliche Krankversicherung übertragen ohne dabei seine Pflichten gegenüber den Beamten zu verletzen.

Antragsbereich G/ Antrag 17

ASG Berlin

Den Risikostrukturausgleich (RSA) sachgerecht weiterentwickeln!

(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission)

- 5 Der Morbi-RSA soll einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ermöglichen, indem ungleiche Risiken, die sich aus den unterschiedlichen Versichertenstrukturen der Kassen ergeben, ausgeglichen werden. Dennoch sind u.a. Krankenkassen mit einer überdurchschnittlich hohen Anteil älterer Versicherter systematisch gegenüber denen mit vielen jungen Versicherten benachteiligt. Der Grund dafür liegt insbesondere in einem Methodenfehler, nämlich der fehlenden sogenannten Annualisierung der Ausgaben für
- 10 Verstorbene. Dadurch werden die Gesundheitsausgaben für die im laufenden Jahr Verstorbenen nicht ausreichend berücksichtigt. Dieser Methodenfehler muss behoben werden.

Antragsbereich G/ Antrag 18

ASG Ba-Wü

Kein Kartellrecht für Krankenkassen

(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission)

- 5 Die ASG – Bundeskonferenz fordert die Landesregierungen auf, im Bundesrat das Achte Gesetz zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen abzulehnen.

Die ASG Bundeskonferenz fordert die SPD Bundestagsfraktion auf, die von Schwarz/Gelb durchgesetzte Übertragung des Kartellrechts auf die gesetzlichen Krankenkassen sofort nach

10 der Bundestagswahl 2013 wieder rückgängig zu machen. Krankenkassen sind keine Unternehmen sondern von den Versicherten selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts und müssen mittelbare Staatsverwaltung bleiben.

Antragsbereich G/ Antrag 19

ASG Berlin

Krankenkassen sind keine Unternehmen

(Angenommen)

5 Die durch die schwarz-gelbe Koalition mit der 8. GWB-Novelle eingeführte Übernahme der Vorgaben zu Kartellverbot und Missbrauchsaufsicht rückt die dem Sozialstaatsprinzip verpflichteten gesetzlichen Krankenkassen in die unmittelbare Nähe gewinnorientierter Wirtschaftsunternehmen. Eine Gleichsetzung der am Gemeinwohl orientierten Krankenkassen mit privatwirtschaftlichen und gewinnorientierten Unternehmen zieht eine Unterordnung der Patienteninteressen unter die des Wettbewerbs nach sich.

10

Die SPD-Bundestagsfraktion und die sozialdemokratischen Mitglieder der Landesregierungen werden aufgefordert, sich für die schnellstmögliche Rückabwicklung der Anwendung des Kartellrechts bei gesetzlichen Krankenkassen einzusetzen. Krankenkassen sind keine Unternehmen im kartellrechtlichen Sinne. Im Gegenteil: Ein Grundsatz unseres Sozialversicherungssystem ist die Kooperation zwischen Krankenkassen - zum Beispiel bei der Durchführung von Krebscreening-Maßnahmen, der Einrichtung von Registern zur Überprüfung der langfristigen Qualität von Medizinprodukten oder der Einführung innovativer Versorgungsmodelle (Telemedizin, etc.). Diese Kooperationen kommen unmittelbar dem Patienten zugute, drohen nun aber als kartellrechtlicher Verstoß gewertet zu werden. Das Handeln von Krankenkassen muss daher wieder nach sozialversicherungsrechtlichen Maßstäben und allein durch die zuständigen Rechtsaufsichtsbehörden beurteilt werden. Rechtsstreitigkeiten müssen von Sozialgerichten geklärt werden.

Antragsbereich G/ Antrag 20

Hessen-Nord

Abschaffung des Kartellrechtes für Krankenkassen und des Insolvenzrechtes für Krankenkassen

(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission)

5 Die SPD-Bundestagsfraktion und der SPD-Bundesvorstand werden aufgefordert, bei Regierungsübernahme die Anwendung des Insolvenzrechtes und des Kartellrechtes bei den gesetzlichen Krankenkassen wieder abzuschaffen.

*Antragsbereich G/ **Antrag 21***

Hessen-Nord

Attraktivität der Sozialwahlen steigern und die Selbstverwaltung stärken

(Überwiesen an den Bundesvorstand)

5 Die Bundesregierung wird aufgefordert, das Instrument der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung zu stärken, auszubauen, transparenter zu machen und in der Gesellschaft bewusster zu machen.

10 Die Bundesregierung wird ebenfalls aufgefordert, die Sozialwahlen zu reformieren. Es soll geändert werden:

- 10 - Abschaffung der Friedenswahl
- 15 - Anwendung der Verhältniswahl, sofern nur eine Liste eingereicht wird Wahlhandlungen auch auf Arbeitgeberseite Umstellung des Wahlverfahrens auf digitale Wahl barrierefreie Wahlhandlung einführen
- Wahlbeteiligung durch intensive Werbung erhöhen
- 20 - Nachrückverfahren neu ordnen
- Selbstverwaltung aufwerten

*Antragsbereich G/ **Antrag 22***

ASG Ba-Wü

Marktrücknahme eines zugelassenen und erstattungsfähigen Arzneimittels

(Angenommen)

5 Einem Antrag eines Warenanbieters (Pharmaunternehmen) auf Marktrücknahme eines zugelassenen und GKV-erstattungsfähigem Medikaments nur dann stattzugeben, wenn die zuständigen medizinischen Fachgesellschaften angehört und wenn diese dem Antrag auf Marktrücknahme nicht widersprechen.

*Antragsbereich G/ **Antrag 23***

ASG Bayern

Einführung einer Positivliste für Arzneimittel

(Angenommen)

5

Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG fordert die Bundespartei und die Bundestagsfraktion auf sich für die Einführung einer Positivliste für Arzneimittel einzusetzen. Die Arzneimittelpositivliste soll durch unabhängige Forschungsinstitute entwickelt und durch einen Forschungsfond finanziert werden.

Antragsbereich G/ Antrag 24

ASG Ba-Wü

Europäische Kommission für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/20/EG (KOM (2012) 369)

(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission und überwiesen an die SPD-Bundestagsfraktion und die SPE-Fraktion)

5

Der Vorschlag der Europäischen Kommission für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/20/EG (KOM (2012) 369) wird in der vorgelegten Form abgelehnt.

10

Antragsbereich G/ Antrag 25

ASG Ba-Wü

EU-Verordnungsentwurf für Medizinprodukte

(Angenommen in geänderter Fassung)

5

Die SPE-Fraktion im Europäischen Parlament wird aufgefordert, den Vorschlag der Europäischen Kommission für eine Verordnung über Medizinprodukte vom 26. September 2012 – COM(2012) 542 abzulehnen. Er entspricht nicht den Sicherheitsstandards die an Medizinprodukte anzulegen und die erfüllbar sind und vor allem zum Schutz der Patienten vor gesundheitlichen Schäden einzufordern sind. Der von der EU vorgelegte Verordnungsentwurf für Medizinprodukte sollte Antworten auf die jüngsten Skandale liefern.

10

Doch die Erwartung, dass Patientenrechte gestärkt und Risiken des Einsatzes von Hochrisikomedizinprodukten am Patienten verringert werden, hat sich nicht erfüllt. Diese Verbesserungen gehören in die EU-Verordnung. Der EU-Verordnungsentwurf konzentriert sich in erster Linie auf eine verbesserte Transparenz und Marktkontrollen. Beides ist zwar notwendig, aber nicht ausreichend.

15

Der EU-Verordnungsentwurf wird jetzt im Europäischen Parlament und im Rat unter den Vertretern der Regierungen der Mitgliedstaaten beraten. Der Deutsche Bundestag und Bundesrat sowie die anderen nationalen Parlamente haben die Möglichkeit, bis Ende

November 2012 direkt gegenüber der EU-Kommission Stellung zu nehmen.

20

Die ASG-Bundeskonferenz fordert die Berichterstatterin im Europäischen Parlament, Frau Roth-Behrendt, MdEP, auf, in den anstehenden Ausschussanhörungen am 26. Februar und bei den weiteren Beratungen darauf hinzuwirken, dass die von den Spitzenverbänden der Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen aus 15 EU-Mitgliedsstaaten in einem

25 Positionspapier geforderten Sicherheitsbedingungen in die Verordnung Eingang zu finden.

*Antragsbereich G/ **Antrag 27***

ASG Hessen-Süd

Patientenschutz bei Medizinprodukten verbessern

(Angenommen)

5 Die Bundestagsfraktion der SPD und die SPD Europaabgeordneten werden aufgefordert, darauf hinzuwirken, das Medizinprodukterecht im Sinne eines besseren Patientenschutzes bei Hochrisiko-Medizinprodukten und implantierbaren Medizinprodukten zu modernisieren:

10 Für die Zulassung solcher Produkte sind staatliche Institutionen zu schaffen, die vor dem in Verkehr bringen die Produktsicherheit prüfen und eine Bewertung des medizinischen Nutzens vornehmen. Die Ergebnisse sind zu veröffentlichen.

*Antragsbereich G/ **Antrag 28***

ASG Hannover

Einführung eines Registers für Medizinprodukte, welches Kostenträgern und Patienten zur Verfügung steht

(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission)

5 Die ASG Bundeskonferenz fordert die Einführung eines Zentralregisters für alle aktiven und zur Implantierung vorgesehenen Medizinprodukte. Die Eintragungspflicht ist gesetzlich zu verankern und dieses Zentralregister soll sowohl Kostenträgern als auch Patienten zur Verfügung stehen.

10 Ferner verlangen wir in der nationalen Zulassung von Medizinprodukten, die Zulassungskriterien analog der amerikanischen zur Anwendung zu bringen, da das europäische CE Zertifizierungs-verfahren wie die Praxis zeigt hat, keinen wirksamen Verkehrssicherungsschutz für Anwender (= Versicherten) und Betreiber (= med. Personal) von Medizinprodukten gewährleistet.

- 15 Wir werden deshalb dafür sorgen, dass in den Körper eingebrachte Medizinprodukte (z. B. Implantate) analog zu Arzneimitteln einer staatlichen Zulassung bedürfen und ihre Verwendung registriert und zentral überwacht wird.

Antragsbereich G/ Antrag 29

ASG Bundesvorstand

Kollektive und individuelle Rechte von Patientinnen und Patienten stärken

(Angenommen in geänderter Fassung)

- 5 In der sozialdemokratischen Gesundheitspolitik haben die Rechte von Patientinnen und Patienten große Bedeutung. Die SPD hat deshalb in ihrer Regierungszeit verstärkt Patientenrechte im Gesundheitssystem verankert, insbesondere die Einrichtung des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), die Einführung von qualitätsgesicherten Früherkennungsuntersuchungen, beginnend mit dem Mammografiescreening, Mitberatungs- und Antragsrechte für Patientenvertreter im gemeinsamen Bundesausschuss, die Installierung einer
- 10 unabhängigen Patientenberatung, die rechtliche Verbindlichkeit von Patientenverfügungen, sowie die Schaffung des Amtes der oder des Patientenbeauftragten der Bundesregierung.

- 15 Patientinnen und Patienten fühlen sich dennoch häufig als Bittsteller im Gesundheitssystem und sind im Konfliktfall gegenüber den Leistungserbringern und den Krankenkassen häufig unterlegen. Die Mitbestimmungsmöglichkeiten von Patienten auf individueller und kollektiver Ebene im Gesundheitssystem sind nicht ausreichend.

- 20 Ein modernes Patientenrechtegesetz muss deswegen nicht nur das bisher bestehende Recht zusammenführen und auf Vollzugsdefizite reagieren. Die Patientenrechte sind weiter zu entwickeln. Es sind z.B. die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der Rechtsanspruch der Patientinnen und Patienten auf zeitnahe, qualitativ gute und sichere Behandlung tatsächlich erfüllt wird.

- 25 Patientinnen und Patienten sollen dabei von Betroffenen zu Beteiligten werden. Das setzt auf individueller Ebene eine umfassende Aufklärung der Patientinnen und Patienten durch die behandelnden Ärzte voraus, einschließlich diagnostischer und therapeutischer Alternativen. Partnerschaftliche Entscheidungen von Arzt und Patient über die durchzuführende Diagnostik und Therapie führen außerdem zu einer aktiven Krankheitsbewältigung und zu nachweislich besseren Behandlungsergebnissen. Das führt auch zu einer höheren Berufszufriedenheit für die
- 30 behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

- Im Falle eines Behandlungsfehlers ist es notwendig, Patientinnen und Patienten besser zu unterstützen und ihre Rechtsposition zu stärken.

- 35 Die Kompetenz und die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten sind über ihre Vereine und Verbände für die Gestaltung und Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems stärker zu nutzen.

40 Hierfür kann die Einrichtung einer "Nationalen Patientenstiftung", die die Aufgaben der
Patientenberatung, Interessenvertretung und Herstellung der Qualitätstransparenz bündelt,
dienen.

Wir wollen folgende konkreten Grundsätze und Vorhaben umsetzen:

45 **Verbesserung der Patientenberatung und der medizinischen Behandlung**

**1. Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf fachgerechte Behandlung nach dem
wissenschaftlich anerkannten und gesicherten Qualitätsstandard für die jeweiligen Heil- und
Gesundheitsfachberufe.**

50

Diese Forderung setzen ein Qualitätsmanagement und Qualitätssicherungsinstrumente, die der
Patientensicherheit dienen, bei allen Leistungserbringern voraus.

55 Insbesondere bei chronischen und schweren Erkrankungen sollen Behandlungsziele vereinbart
werden.

60 Das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten endet nicht an der Grenze der
Einwilligungsfähigkeit. Der mutmaßliche Wille sowie sprachliche und nichtsprachliche
Äußerungen, die auf eine Verweigerung der Behandlung schließen lassen, sind zu berücksichtigen.

60

Die Behandelnden sind zur Verschwiegenheit über das, was ihnen im Rahmen des
Behandlungsverhältnisses anvertraut wurde oder bekannt geworden ist, verpflichtet. Es wird eine
Regelung zu den Voraussetzungen geschaffen, unter denen sie nach dem Tod eines Patienten
oder einer Patientin gegenüber deren Erben und/oder Angehörigen von der Schweigepflicht
65 entbunden sind.

65

**2. Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf eine rechtzeitige, umfassende und
verständliche Aufklärung über alle für die Ausübung ihres Selbstbestimmungsrechtes über ihre
medizinische Behandlung wesentlichen Punkte einschließlich Behandlungsalternativen, auch
wenn diese vom aufklärenden Arzt selbst nicht angeboten werden können. Patienten haben
auch ein Recht auf Nichtwissen.**

70

75 Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sind bis auf ganz wenige Ausnahmen, wie z. B.
Reiseimpfungen, keine notwendigen medizinischen Leistungen. Für die Beratungsgespräche zu
IGeLn gilt daher eine ganz besondere Sorgfalt. Keinesfalls dürfen Patienten überrumpelt werden:
Sie brauchen ausreichend Bedenkzeit. Bei IGeLn muss grundsätzlich ein schriftlicher
Behandlungsvertrag geschlossen werden.

75

80 In einem persönlichen Gespräch sind Patientinnen und Patienten umfassend über die Individuelle
Gesundheitsleistung aufzuklären, u. a. auch darüber, warum diese nicht Leistung der Gesetzlichen
Krankenkasse ist, bzw. in welchen Fällen sie es wäre. Diese Beratungsgespräche sind
ausschließlich von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten vorzunehmen, nicht an Dritte zu
delegieren und kein Ersatz für eine schriftliche Aufklärung.

80

85 Bei Formverstößen, z. B. fehlenden Informationen im Behandlungsvertrag oder fehlender
schriftlicher Rechnung, sind die Patientinnen und Patienten nicht verpflichtet, für die Leistung zu

zahlen.

90 **3. Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf eine wahrheitsgemäße, fälschungssichere und vollständige Dokumentation.**

Ihnen ist auf Verlangen Einsicht in die Dokumentation zu gewähren und eine Kopie der Dokumentation auszuhändigen.

95 Die Dokumentation ist kein Selbstzweck. Sie dient in gleichem Maße als Gedächtnisstütze für den Behandelnden, dem Informationsfluss unter verschiedenen Behandelnden und somit dem Behandlungserfolg, sowie dem Interesse des Patientinnen und Patienten.

100 In den Patientenakten sind Änderungen und die Person, welche die Änderungen vorgenommen hat, kenntlich zu machen. Auf Wunsch sind den Patientinnen und Patienten unverzüglich Kopien und eine Erklärung über deren Vollständigkeit zur Verfügung zu stellen.

105 Eine Einschränkung des Rechts auf Akteneinsicht kann in bestimmten Fällen, z. B. im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung zur Wahrung medizinisch begründeter Patientenschutzinteressen, notwendig sein.

Diese bedarf jedoch einer schriftlichen individuellen Begründung von Seiten des behandelnden Therapeuten.

110 Behandelnde und Pflegende sind auch zur Dokumentation der von ihnen erbrachten Leistungen und verwendeter Medizinprodukte verpflichtet. Im Zweifelsfall sind so Patientinnen und Patienten identifizierbar, die ein bestimmtes mangelbehaftetes Produkt implantiert bekommen haben.

115 Patientinnen und Patienten haben das Recht auf eine Gegendarstellung, wenn sie Fehler in ihren Behandlungsunterlagen bemerken, z.B. bei der dokumentierten Aufklärung.

120 **4. Patientinnen und Patienten erhalten nach jedem größeren Eingriff und beim Verlassen des Krankenhauses einen Patientenbrief.**

125 In diesem allgemeinverständlich formulierten Schreiben erhalten sie Informationen über den durchgeführten Eingriff die angewandten Methoden ggf. über verwendete Hilfsmittel und Implantate, den Verlauf und darüber, ob und zu welchen Komplikationen es gekommen ist. Der Patientenbrief dient der besseren Information der Patienten und soll auch die Zahl unnötiger Klagen senken, die auf der Grundlage von Intransparenz angestrengt werden. Gleichzeitig erhöht der Patientenbrief die Wahrscheinlichkeit, dass die Patientinnen und Patienten bei einem tatsächlichen Fehler entschädigt werden.

130 **5. Die Sicherheit bei Medizinprodukten muss dringend verbessert werden.**

Es ist nicht nachvollziehbar, dass für Medizinprodukte höherer Risikoklassen geringerer Sicherheitsstandards gelten als für Medikamente. Die Bundesregierung ist aufgefordert, sich auf europäischer Ebene dafür einzusetzen, dass für Medizinprodukte höherer Risikoklassen (z. B. alle Produkte, die im menschlichen Körper verbleiben) europaweit eine einheitliche amtliche

135 Zulassung eingeführt wird.

Um schnell einen besseren Schutz der Patientinnen und Patienten in Deutschland zu erreichen, soll die Erstattung durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nur für diejenigen Produkte übernommen werden, für die ein Patientennutzen im Verhältnis zu den Risiken nachgewiesen ist
140 (analog der frühen Nutzenbewertung bei den Arzneimitteln).

Die in Deutschland mit der technischen Prüfung der Medizinprodukte benannten Stellen, sollen diese Prüfung nicht mehr nur an Hand eingereichter Papiere vornehmen, sondern an Hand einer Baumusterprüfung. Die auf dem Markt befindlichen Medizinprodukte sind durch regelmäßige
145 Stichprobenziehungen mit den Baumustern zu vergleichen. Im Rahmen unangekündigter Kontrollen in den Fertigungsbetrieben sollen ebenfalls Stichproben gezogen und geprüft werden.

Die Hersteller von Medizinprodukten werden verpflichtet eine Haftpflichtversicherung abzuschließen, so dass sichergestellt ist, dass im Fall eines Schadens die betroffenen Patientinnen
150 und Patienten entschädigt werden.

Ein Implantatregister zur Versorgungsforschung und ein Verzeichnis zur Rückverfolgung bei bekannt gewordenen Problemen sollen eingerichtet werden.

155 **6. Case- und Care-Management**

Fallmanagement muss nicht nur in einzelnen Projekten der Integrierten Versorgung, sondern auch innerhalb der Regelversorgung breitere Anwendung finden. Gerade beim Übergang vom Krankenhaus in den ambulanten Bereich oder beim Vorliegen von chronischen Erkrankungen, die
160 nicht durch Disease-Management-Programme erfasst sich, benötigen Patientinnen und Patienten oft Unterstützung.

Stärkung der kollektiven Beteiligungsrechte der Patientinnen und Patienten

165 7. Die unabhängige Patientenberatung Deutschlands (UPD) braucht ein flächendeckendes Netz von Beratungsstellen, eine deutlich bessere Personalausstattung als heute und eine verlässliche Finanzierung, damit sie ihre Aufgaben auch tatsächlich wahrnehmen kann.

Der mangelnde Bekanntheitsgrad der heutigen UPDs liegt vor allem daran, dass auf Grund der zu geringen Personalausstattung die Beratungsstellen schon heute überlastet sind. Eine öffentlichkeitswirksame Werbung unterbleibt deswegen.
170

Darüber hinaus ist auch eine stärkere Einbindung der Selbsthilfeorganisationen in die Arbeit der UPD notwendig.
175

Die UPD sollte sich darüber hinaus mit bestehenden Institutionen in den Bereichen der Pflege- und Rehaberatung (z.B. Pflegestützpunkte) vernetzen.

180 8. Die Leistungen der Selbsthilfe sollen evaluiert und entsprechend weitreichender unterstützt werden.

Ehrenamtliche Selbsthilfegruppen sparen dem Gesundheitssystem nicht nur Transaktions- und

185 Bürokratiekosten, es gibt auch deutliche Hinweise, dass sie durch ihre Arbeit einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit ihrer Mitglieder leisten. Eine wissenschaftliche Evaluation dieser positiven Effekte soll helfen, Selbsthilfegruppen zielgerichteter zu fördern und besser in das Gesundheitssystem zu integrieren (z.B. über Projekte der Integrierten Versorgung).

190 **9. Die kollektiven Beteiligungsrechte der Patienten und Patientinnen im Gesundheitswesen über Verbände und fachkundige Organisationen werden durch Gesetz auf Bundes- wie auf Landesebene gestärkt und die dafür notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt.**

Insbesondere an der Bedarfsplanung der medizinischen Versorgung sind die Patientenvertretungen zu beteiligen.

195 Die Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss müssen ein Stimmrecht in Verfahrensfragen erhalten. Weiterhin wird ein unabhängiges „Institut für Patientenbelange“ eingerichtet, das die Patientenvertreter professionell unterstützt. Damit werden die Vorteile und der Wissensvorsprung, den die Bänke der Kostenträger und Leistungserbringer haben, besser ausgeglichen.

200

10. Neben dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung sollten in allen Bundesländern Patientenbeauftragte ihre Arbeit aufnehmen.

205 Die regionalen Kenntnisse sind hilfreich, sowohl konkrete Probleme im Einzelfall zu lösen als auch strukturelle Probleme der Gesundheitsversorgung in der Region zu identifizieren und zu Verbesserungen zu kommen.

210 **Besserer Umgang mit Behandlungsfehlern**

11. Wir brauchen einen offenen Umgang mit Fehlern und „Beinahe Fehlern“ im Gesundheitssystem.

215 Es ist nicht ehrenrührig einen Fehler zu machen, wohl aber, diesen zu vertuschen. Notwendig sind Verbesserungen im Bereich des Risikomanagements. Entsprechende Standards sind so verbindlich möglich zu festzulegen. Dabei sind alle beteiligten Berufsgruppen einzubeziehen. Arbeitsrechtliche Sanktionen für Meldungen eigener und fremder Fehler sind gesetzlich auszuschließen.

220

12. Die gesetzlichen Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungen müssen ihre Versicherten in Schadensfällen unterstützen.

225 Das umfasst Schäden die aus Behandlungsfehlern, fehlerhaften Medizinprodukten und fehlerhaften Arzneimitteln entstanden sind. Eine weitergehende Unterstützung von Patientinnen und Patienten bei Gerichtsprozessen ist zu prüfen.

13. Es soll ein besonderes Mediations- und Schiedsverfahren für Fälle der Arzt- bzw. Krankenhaushaftung eingeführt.

230

Dieses Verfahren soll bei einzurichtenden Schlichtungsstellen durchgeführt werden, in denen Ärzte, Vertreter der Krankenkassen und der Patienten vertreten sind. Ein Mitglied der Schlichtungskommission muss die Befähigung zum Richteramt haben. Die Schlichtungsstelle betreibt zunächst die Sachverhaltsaufklärung bezüglich der Frage, ob ein für den Schaden

235 ursächlicher Behandlungsfehler vorliegt und kann dann auf Antrag der Patientin bzw. des Patienten ein Vergleichsverfahren durchführen. Das Ergebnis dieses Schlichtungsverfahrens entspricht in der Wirkung einem gerichtlichen Vergleich und kann vollstreckt werden. Mit diesen neutralen Schlichtungsstelle kann eine Zahl von Arzthaftungsprozessen vermieden werden. Das liegt sowohl im Interesse der Patientinnen und Patienten als auch der Ärztinnen und Ärzte.

240

14. Er wird ein Härtefallfonds aufgelegt, der Patientinnen und Patienten bei denen ein Behandlungsfehler vermutet wird und bei denen die Kriterien für einen Härtefall erfüllt sind, finanzielle Unterstützung gewährt.

245

Der Fonds tritt zunächst für diejenigen Patientinnen und Patienten ein, die in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus einen Schaden erleiden. Nach Evaluation soll er zu einem späteren Zeitpunkt alle Patientinnen und Patienten unterstützen, unabhängig davon, in welchen Einrichtungen oder von welchen Gesundheitsberufen sie behandelt wurden. Dieser Härtefallfond ist kein Ersatz für Schadensersatzansprüche, die durchaus eingeklagt werden sollen.

250

Bei Durchsetzung eines Schadenersatzanspruches ist bis zur Höhe der dabei erhaltenen Entschädigung die seitens des Härtefallfonds erbrachte Zahlung an diesen zurückzuzahlen. Bei eindeutiger Beweislage und problemlos erscheinender Durchsetzbarkeit des Schadenersatzanspruches tritt der Härtefallfond nicht ein. Die Kosten für einen Härtefallfonds sind durch ein Mischmodell von den Haftpflichtversicherern der Leistungserbringer, aus den bereits zu erbringenden Zuzahlungen der gesetzlich Versicherten zum Krankenhausaufenthalt, durch eine analoge Abgabe der PKV-Versicherten sowie aus Steuermitteln zu erbringen. In Anlehnung an den Wiener Härtefallfonds und nach Hochrechnung auf Deutsche Verhältnisse werden die Gesamtkosten auf höchstens 60 Mio. Euro im Jahr geschätzt.

255

260

Darüber hinaus ist zu prüfen, ob alternativ zum bestehenden Haftungsrecht, eine Überführbarkeit der Haftungsleistung in die gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), mit dem Leistungsrahmen des SGB VII möglich ist.

265

15. Es soll weitergehende Beweiserleichterungen für die Betroffenen von Behandlungsfehlern und fehlerhaften Medizinprodukten geben.

270

Als Ergänzung zum geltenden Recht, wonach eine Beweislastumkehr nur bei schweren Behandlungsfehlern eintritt, sollen diese Regelung auch in anderen Fällen greifen, beispielsweise wenn die Qualitätsberichte eines Krankenhauses vergleichsweise hohe Komplikationsraten bei bestimmten Eingriffen belegen. Auch bei unterlassenen Meldungen bei Vorfällen mit Medizinprodukten durch einen Arzt oder ein Krankenhaus soll eine Beweislastumkehr zur Anwendung kommen, so dass Patientinnen und Patienten bei späteren gerichtlichen Auseinandersetzungen bessergestellt werden.

275

Bei fehlerhaften Serien von Medizinprodukten wird es den betroffenen Patientinnen und Patienten außerdem ermöglicht, auch vor Eintritt eines möglichen Schadens die Medizinprodukte

der fehlerhaften Serie auf Kosten des Herstellers austauschen zu lassen.

280

16. Die Bundesländer sollen eine gemeinsame Regelung treffen, mit der alle Ärztinnen und Ärzte verpflichtet werden, in regelmäßigen Abständen nachzuweisen, dass sie über eine Haftpflichtversicherung verfügen, die den gesamten Umfang ihrer Tätigkeit umfasst und in ausreichendem Maße abdeckt.

285

Verstöße gegen diese Pflicht werden sanktioniert.

Wir brauchen mehr Qualitätstransparenz für den Patienten. Damit Patientinnen und Patienten ihr Selbstbestimmungsrecht ausüben können, müssen sie auch Zugang zu Qualitätsdaten in der ambulanten und stationären Versorgung einrichtungsbezogen erhalten.

290

Antragsbereich G/ Antrag 30

ASG NRW

Rechte von Patienten und Versicherten im System der Gesundheitsversorgung in Deutschland

(Angenommen)

1. Das Gesundheitswesen an den Interessen von Patientinnen und Patienten ausrichten

5

Überlegungen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens wären unvollständig ohne Überlegungen zur Rolle des /der Patienten im System.

10

In der öffentlichen Diskussion stehen sich oft die Bilder des „total ohnmächtigen und ausgelieferten Patienten“ und des „mündigen informierten oder anspruchsvollen Kunden“ gegenüber.

Beide Bilder treffen weder die Realität noch sind sie wünschenswert.

15

Unsere Vorstellung von der Rolle der Patienten geht von der Vorstellung aus,

- dass Jede und Jeder in diese Rolle geraten kann

20

- dass niemand seine Grund- und Menschenrechte vor dem Sprechzimmer oder der Krankenhausaufnahme abgeben muss.

- dass für die Beurteilung von Strukturen, Regelungen und Leistungen die individuellen Erfahrungen , auch im unmittelbaren Umfeld stark prägend sind . („Nadelöhr der „Patient-

25 Arzt-Beziehung“ , gleichbedeutend mit „Patient-Schwester“ oder „Patient-Physiotherapeut“)

- dass individuelle und kollektive Rollen miteinander in Zusammenhang gebracht werden können und müssen.

30 - dass politische Debatten über diese Fragen nicht anstößig oder Sache von Experten sind, sondern transparent organisiert werden müssen.

- dass den Patienten das Recht eingeräumt wird, Bedürfnisse selbst zu artikulieren und an der Ermittlung von Bedarfen mitzuwirken.

35

Von den Schwerter Thesen zur umfassenden Diskussion um Patientenrechte

„(1) Aktivierung der Bürgerinnen und Bürger

40 Das langfristig wichtigste Ziel der Gesundheitspolitik liegt in der Möglichkeit für alle Bürgerinnen und Bürger, Bedarfe und Bedürfnisse selbst zu artikulieren und selbst initiativ zu werden im komplexen System der gesundheitlichen Versorgung.

45 Die Aktivierung der Bürgerinnen und Bürger hat einige zusätzliche Rahmenbedingungen zu beachten:

- Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit unterliegen säkularen gesellschaftlichen Einflüssen und sind durch Gesetze oder Verordnungen nicht kurzfristig zu beeinflussen.

50 - Menschenbild und Stellung des Einzelnen wie gesellschaftlicher Gruppen sind zentral für Grundsatzdebatten.

2. Jenseits der Beschränkungen einer naturwissenschaftlich –technischen Medizin und eines ökonomisierten Medizinbetriebes

55

Die hochspezialisierte, partikularisierte Medizin hat - vor dem Hintergrund unbestreitbarer Erfolge – die ganzheitlichen Ansprüche und Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten aus dem Auge verloren.

60 Mit der Veränderung vom Gesundheitswesen zur Industriebranche „Gesundheitswirtschaft“ entstehen zusätzliche Risiken und Bedrohungen für Orientierung , Wahrnehmung und Entscheidung für viele Menschen als Patienten, Angehörige und nicht zuletzt als Mitarbeiter/innen im System.

65 3. Patientinnen und Patienten und Therapeuten als Ko-Produzenten

70 „Unsere Alternative bedeutet, dass Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten Mittel zur Gestaltung eigener Lebenszusammenhänge sind und sich erst sinnvoll in einem solidarisch finanzierten und von Konsumenten mitgestalteten Gesundheitswesen entfalten können.“
formulierte die ASG in den Schwerter Thesen (1997)

75 Im "Gesundheitsmarkt" der FDP/CSU/ CDU-Koalition beschränken sich die Wahlfreiheiten lediglich auf die des „Kassen-„ oder „Doktor-Hoppings“, während die Bürgerinnen und Bürger als „autonome Subjekte“ mit ihren Interessenvertretungen keine Entfaltungsmöglichkeiten bekommen. In der öffentlichen Diskussion wird gern behauptet, dass die generelle Einführung des „Kostenerstattungs-Prinzips“ aus dem unmündigen Empfänger von Sachleistungen den eigenverantwortlich handelnden, ständig über die Behandlungskosten in Kenntnis gesetzten und damit sparsamen „Versicherungs-Bürger“ mache. Allerdings werden für solche Behauptungen empirische Belege nicht auf den Tisch gelegt

80 Die Stärkung der Rolle des einzelnen Konsumenten im Dienstleistungs-Prozess kann eben nicht die ökonomischen Probleme lösen, sondern ist aus ganz anderen Gründen grundsätzlich erforderlich.

85 Die aktive Rolle des Konsumenten als „Ko-Produzent“ des eigentlichen Kernprozesses gesundheitsbezogener Dienstleistungen ist erforderlich, um ihn zu einem sinnvolleren Umgang mit dem eigenen Leben und der Inanspruchnahme von pflegerischen und medizinischen Ressourcen zu befähigen.

90 Eine solche Konzeption läuft auf die Stärkung von „Autonomie“ im Gegensatz zu herkömmlichen Vorstellungen von „Eigenverantwortung“ und „Selbstbeteiligung“ hinaus. Diese haben letztlich nur die finanzielle Seite im Auge und unter Steuerungsaspekten stets versagt.“

95 (Schwerter Thesen 1997)

4. Rolle als Konsumenten und Patienten

100 Viele Diskussionsbeiträge der letzten Jahre haben versucht, Probleme von Patienten im Gesundheitswesen dadurch zu lösen, dass Patientinnen durchgehend als „Konsumenten“ behandelt werden sollten. Doch gibt es ganz fundamentale Unterschiede zu beachten: bei der Aufklärung zu einem operativen Eingriff oder einer Strahlentherapie kann man nicht 14 Tage später Umtausch oder Rückgabe verlangen.

105 Mittelbare Einflussnahme auf die Steuerung von Entscheidungen im Gesundheitswesen durch Patienten/Versicherte erfolgt durch

110 -Wahl der Krankenkasse oder Wechsel (bei Einführung von Zusatzbeiträgen in großer Zahl bis hin zur Folge der drohenden Insolvenz)

-Negativ In Form des Fehlens dieses Wahlrechts wie bei der PKV, wo ein Wechsel praktisch unmöglich ist

115 -Durch Teilnahme und Ausschluss von Sozialwahlen der GKV (Rolle der Sozialwahlen und Rolle der Versichertenvertretungen bräuchte eigentlich eigenes Kapitel)

-Teilnahme an einem Hausarzt-Programm oder DMP-Programm.

120 Von diesen Partizipationsmöglichkeiten enthält nur die Teilnahme über die Selbstverwaltung reale Steuerungsmöglichkeiten, die allerdings bei weitem nicht demokratisch ausgeschöpft sind.

125 Schwerter Thesen der ASG : Impulse für eine neue Betrachtung der Rolle von Patienten und Konsumenten

„Für einen anderen Umgang mit Therapie- und Behandlungskonzepten: Positivliste als Beispiel eines neu auszuhandelnden Verhältnisses von Konsumenten und Professionellen zu Arzneimitteln

130 Die Positiv-Liste als Mittel zur Steuerung der Arzneimittelversorgung ist für uns ein Beispiel für einen anderen Umgang von Professionellen und Konsumenten mit Therapie- und Behandlungskonzepten überhaupt.

135 Als industriell hergestellte Massenprodukte sind Medikamente in unserer Gesellschaft praktisch uneingeschränkt verfügbar. Sie entsprechen zugleich den Krankheitsvorstellungen und Erwartungen der Patientinnen und Patienten wie dem medizinischen Paradigma und der beruflichen Sozialisation der Ärztinnen und Ärzte wie anderer medizinischer Berufe. Der Einsatz ist für beide Seiten praktisch identisch mit Therapie „an sich“.

140 ...Alle bisherigen Steuerungsmechanismen setzten auf Ebenen an, die den Hauptbetroffenen, den Konsumenten, nur die Rolle des „passiven Zuzahlers“ mit stetig steigender Tendenz ließen. Die ASG lehnt die Politik der Zuzahlung vollständig ab und plädiert für eine unverzügliche Aufhebung. Steuerungswirkungen im Sinne einer Stärkung der Konsumenten-Rolle oder Verbesserung der Transparenz waren und sind davon ohnehin nicht zu erwarten.

150 ... Außerdem wird es längerfristig keine sinnvolle Diskussion und Bewertung von Ergebnisqualität ohne Einbeziehung der Betroffenen selbst geben. Patienten-Komitees, Patientenschutzstellen, Ombuds-Leute oder Patientenvertreter aus den Reihen der GKV-Versicherten werden längerfristig zu einer eigenen Kultur der Beteiligung, Diskussion und Mitgestaltung führen.

(ASG Bundesvorstand : Schwerter Thesen 1997)

155 5. Patienten-Rolle und Menschenrechte

160 Wir betrachten den Ausbau von Patienten- und Bürgerrechten als Konkretisierung von Menschen-Rechten und sehen sie nicht nur in dem engen juristischen Rahmen des „Behandlungsvertrages“

165 Die gesundheitspolitische Diskussion darf nicht verengt werden auf „Recht auf Kassenwechsel“ oder „Recht auf freie Arztwahl“. Vielmehr sind auch Schutz und Vermeidung von unangemessener oder gefährlicher Diagnostik und Behandlung, sinnlosen kommerziellen Angeboten (IGEL), bessere Entscheidungsmöglichkeiten auf Basis von mehr Information und Transparenz über Behandlungsalternativen oder soziale Begleitangebote

erforderlich um Patientenrechte mit Leben zu füllen.

170 6. Kommunikation auf Augenhöhe als Voraussetzung für aktive Rolle sowie Mündigkeit und Autonomie

175 Die modernen Leitbilder des Verhältnisses von Patienten und Arzt / Therapeut/ Pfleger sind nicht mehr das patriarchalisch oder obrigkeitlich geprägte („Der Fachmann weiß schon, was gut für Dich ist.“), sondern die aufgeklärten, von Augenhöhe ausgehenden gemeinsame Entscheidungsfindung („Shared-decision-making, informed consent „) genannten Vorstellungen.

180 Dazu gehören

- Voraussetzungen dafür schaffen, dass Aufklärung verständlich ist, frühzeitig genug stattfindet (z.B. nicht am Tag der OP / Intervention, unter Einschluss von verständlichem Informationsmaterial)

185 - Inklusions-Debatte hat Folgen: Dolmetscher, Gebärdendolmetscher und andere kommunikative Hilfen müssen in der Behandlungsleistung mitvergütet werden!

190 - Das Verhältnis von Vorschlag zu aktivem Vorgehen (OP, Arzneimittel) und abwartendem oder nicht aktivem Vorgehen muss in Deutschland dringend überdacht werden.

195 - Die Behandelnden und der Patient entscheiden gemeinsam über alle Behandlungsmaßnahmen. Der Patient hat Anspruch auf die Erstellung eines Behandlungsplans mit Benennung des Behandlungsziels und der vorgesehenen Behandlungsmaßnahmen. Sofern zur Gesamtbehandlung der Erkrankung Leistungen verschiedener Behandler gehören, ist ein integrierter Behandlungsplan zu erstellen. Der Patient hat das Recht an der Behandlungsplanung mitzuwirken und Wünsche zu den Behandlungszielen und Behandlungsmaßnahmen zu äußern. Geäußerte Wünsche sind zu berücksichtigen, sofern ihnen nicht anerkannte Standards entgegenstehen.“

200 - Das müsste eigentlich das Grundverständnis des § 630a BGB (Fassung gemäß dem Referentenentwurf zum Patientenrechtegesetz) sein. Der Patient muss im Prozess die Möglichkeit haben, Bedenken wahrzunehmen und jederzeit vom Behandlungsvertrag zurückzutreten.

205 - Der zweite Satz des § 630 d BGB in der Fassung gemäß dem Referentenentwurf zum Patientenrechtegesetz sollte wie folgt lauten: „Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung im Sinne des § 1901a vorliegt, die den geplanten Eingriff gestattet und auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft oder eine Behandlungsvereinbarung, in welcher
210 individuelle Absprachen mit dem Patienten für den Fall einer erneuten stationären Behandlung festgehalten wurden und die auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen, vorliegt.

215 - Dem zweiten Absatz des § 630 d BGB in der Fassung des Referentenentwurfs zum Patientenrechtegesetz sollte der folgende Satz angefügt werden: „Erfolgt die Aufklärung

gegenüber dem nach Absatz 2 Satz 2 zur Einwilligung Berechtigten, soll der Patient in die Aufklärung einbezogen werden.

220 - für Situationen, in denen akut oder längerfristig Patienten nicht einwilligungsfähig sind, ist zu prüfen, ob eine klinische Ethikberatung (Ethikkomitee, ethische Fallbesprechung) , die Autonomie der betroffenen PatientInnen (zusätzlich) sichern kann.

Entscheidung über Therapie muss gemeinsam getroffen werden

225 „Shared decision making (SDM) umfasst zumindest zwei Beteiligte: den Arzt und den Patienten. Beide Seiten unternehmen etwas, um am Prozess der Entscheidungsfindung teilzunehmen. Aufgabe des Arztes ist es, eine Atmosphäre herzustellen, in der der Patient das Gefühl hat, dass seine Sichtweise gefragt ist. Weiterhin muss der Arzt die Präferenzen des Patienten in Erfahrung bringen und ihm die Behandlungsoptionen mit den jeweiligen
230 Risiken und Benefits verständlich und unverzerrt mitteilen. Er beteiligt sich darüber hinaus an der Verarbeitung der Informationen durch den Patienten, um schließlich seine Behandlungspräferenzen mit denen des Patienten abzugleichen, ohne dabei dem Patienten seine Werte aufzudrängen. SDM erfordert vom Patienten die Bereitschaft, sich am Entscheidungsfindungsprozess zu beteiligen, Präferenzen mitzuteilen, Fragen zu stellen,
235 Argumente

abzuwägen und Verantwortung zu übernehmen. Der Patient bringt Wissen ein, über das nur er verfügt: Informationen über seine Person, seine Lebensumstände, seinen sozialen Kontext, seine Hoffnungen und Befürchtungen.“

240

David Klemperer: Entscheidung über Therapie muss gemeinsam getroffen werden

Dt. Ärztebl. 100 (2003) 753-755

245 7. Ausbildung aller Gesundheitsberufe braucht Zuhören, Verstehen und Sprechen als zentrale Kompetenz

Kommunikation mit Klienten, Patienten, Angehörigen : verbindliche Aufnahme von Kommunikationswissen und –Training

250

gehört zentral in die Ausbildung von Ärzten, Pflegenden und allen Berufen, die mit Patienten arbeiten.

255 Das gilt insbesondere für schwerwiegende Entscheidungssituationen, Tod von Angehörigen, Eröffnung von schwerwiegenden Diagnosen, Änderungen von Therapien oder besonderen Maßnahmen.

8. Rolle von Patientinnen und Patienten: vom Individuum zur Selbsthilfe

260 Die Konservativen betonen zu Recht die Bedeutung von Wahlmöglichkeiten der Patienten hinsichtlich der

- 265 - Wahl des Hausarztes/ Facharztes
- Des Krankenhauses bei planbaren Eingriffen
- Der Wahl der Pflegeeinrichtung.
- 270 Sie beschränken jedoch die Patientenrolle auf diese Funktionen und überhöhen sie.
- Teils wird der Patient als reiner Homo oeconomicus gesehen, teils als reiner Konsument , der vor einer Behandlung Alternativen abwägt wie beim Kauf eines Handy, teils als völlig entscheidungsunfähiger Teilnehmer am Marktgeschehen.
- 275 Dabei haben Entwicklungen wie
- Information über Selbsthilfegruppen, Patientenberatungsstellen oder Verbraucherverbänden,
- 280 - Bildung von Selbsthilfegruppen
- Information über Beratungsportale der Krankenkassen
- 285 - der Aufbau der Unabhängigen Patientenberatung schon deutlich Spuren zu einer sich ändernden Stellung des und der Patienten hinterlassen.
9. Wir brauchen ein verlässliches, seriöses und unabhängiges System der Patientenberatung
- 290 Seit 2011 ist die Unabhängige Patientenberatung Deutschland Teil der gesundheitlichen Versorgung und an 21 Orten in Deutschland vertreten. Die vorher z.T. aus Spenden oder über Bezahlung der einzelnen Beratung finanzierten Beratungsstellen sind in eine Regelfinanzierung überführt worden. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen sind die folgenden Veränderungen erforderlich:
- 295 - das bisherige Netz der Beratungsstellen muss flächendeckend ausgebaut werden,
- es müssen stabile Strukturen und dauerhafte Finanzierung geschaffen werden (z.B. Veränderung der Laufzeit von 5 auf 10 Jahre)
- 300 - es muss ein Abgleich zu weiteren Beratungssystemen der Krankenkassen, Ärztekammern, Patientenbeauftragten und der Selbsthilfe erfolgen. (einheitliche Auswertung, Abgleich von Datengrundlagen)
- 305 - es müssen Forschungs-und Entwicklungsaufträge vergeben werden, wie die Ergebnisse der evidenzbasierten Medizin und Pflege in Beratungsempfehlungen umgegossen werden können.
10. Offener und souveräner Umgang mit Risiko, Fehlern und Gefahren im Medizin-System
- 310 Verschweigen über Leugnen zum Herunterspielen – das war die jahrzehntelang geübte

Strategie im Umgang mit Fehlern, Katastrophen und Fast-Katastrophen.

315 Das Versagen von Standesorganisationen und Institutionen bis hin zur Industrie (Contergan, Brustimplantate) ist fast universell.

Gebraucht werden:

320 - offener und professioneller Umgang mit Fehlern und „Fast –Katastrophen“
- Förderung der Fehlervermeidungskultur
- Fehlermeldungen dürfen nicht in der Regel zu arbeitsrechtlichen Sanktionen führen
325 - Inhalte von Fehlermeldungen dürfen im Rahmen von Strafverfahren nicht zu Beweiszwecken gegen den meldenden Behandelnden verwendet werden (es sei denn sie / er stimmt zu).

330 - Ausdehnung des Fehlermanagements auf die alle Zweige der medizinischen, pflegerischen und Reha- Versorgung

335 - Klarstellung, dass das Eingeständnis eines Fehlers/ Versehens oder sonstigen schädigenden Ereignisses gegenüber Patienten und Angehörigen nicht zum Haftungsausschluss führt.

11. Patientenrechte als System verstehen - Voraussetzung für offene Klärung im direkten Gespräch bis zum rechtlichen Verfahren der Entschädigung oder des Strafrechtes

340 - Einrichtung eines Fonds entsprechend A-Länder-Entwurf , Träger sollten BG's sein mit der Aufgabe, Entschädigungen bei eindeutigen materiellen Schäden zeitnah durchzuführen, wo der normale Rechtsweg Jahre dauert.

Verbesserung der Qualität und Transparenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärzte- und Zahnärztekammern.

345 - Aufnahme von Patientenvertretern und -vertreterinnen in die Spruchkörper der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärzte- und Zahnärztekammern

350 12. Patientenbeauftragte in allen Bundesländern installieren – Rahmen für Handlungsmöglichkeiten schaffen

- Patientenbeauftragte brauchen Arbeitsmöglichkeiten,

- Klare Aufgaben

355 - Aufbau eines Monitoring-System (Häufigkeit und Art der Anliegen / Beschwerden werden systematisch erfasst und ausgewertet)

- 360 - Anhörungsrechte bei allen Gesetzgebungsverfahren
13. Rolle der Patientenfürsprecher in Kliniken / Einrichtungen neu regeln ,
- Unabhängigkeit von Trägern und Geschäftsführungen herstellen
- 365 Pflegeeinrichtungen einbeziehen
14. Kollektive Rechte ausbauen
- 370 Der Ausbau der kollektiven Rechte von Patienten /Versicherten muss sich auf mehreren Ebenen abspielen:
- a. politische Festlegung auf Bundes- und Landesebene (z.B. Leistungsrahmen GKV bzw. Bürgerversicherung; stärkere Ausrichtung auf Versorgung von Behandlung und Pflege multimorbider chronisch –kranker Menschen; Prävention als Priorität)
- 375 b. aktive Mitbestimmung im GemBA und entsprechenden Gremien auf Landesebene sicherstellen
- 380 c. Rolle der Patienten-Vertretung auf Landes-, Regional- und Kommunalebene aktiv stärken z.B. bei KH-Planung, Vertragsarztplanung, Pflegeplanung
- d. Rechtsstellung von Selbsthilfegruppen und Patientengruppen ähnlich wie im Umweltrecht regeln mit Anhörungs- und Klagerecht bei Planungen auf Bundes-, Landes- und regionaler und kommunaler Ebene
- 385 e. Zusätzliche haben Patientenrechte mittlerweile eine europäische Dimension , seit die EU-Kommission einen „Vorschlag für RICHTLINIE DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ vorgelegt hat (2008).
- 390
15. Ausbau eines Systems der Risikoerfassung und Surveillance von Medizin-Produkten
- Einrichtung eines eigenen Bundesinstitutes für Sicherheit von Medizin-Produkten (alternativ neue Abteilung im IQWiG) mit den Aufgaben:
- 395
1. Register für alle Medizinprodukte bestimmter Risikoklassen (Schrittmacher, Implantate Hüfte, Knie, WS, Shunts,
- 400 Adipositaschirurgie, Brustimplantate usw.).
2. Vergabe von Grundlagen- und Begleitforschung bei neuen Werkstoffen, Implantate-Grundstoffen (Silikon),
- 405 3. Vergabe von Studien- und Metaanalysen zu Behandlungsstrategien ,die Implantate einschließen,

4. Aufbau eines Alarmsystem mit Rückruf-Möglichkeiten (analog zum Arzneimittelrecht)
5. Reform des Marktzulassungsrechts für Medizinprodukte (Nutznachweis, Sicherheitsnachweis,)

Antragsbereich G/ Antrag 34

ASG Hannover

Anerkennung von Burn-out als Berufskrankheit i. S. d. SGB VII

(Angenommen in geänderter Fassung)

- 5 Es wird gefordert, dass arbeitsbedingte psychische Erkrankungen als Berufskrankheit i. S. d. SGB VII anerkannt werden und somit der Katalog der Berufskrankheiten erweitert wird.

Antragsbereich G/ Antrag 36

ASG NRW

Resolution: Pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)

(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission)

- 5 Die ASG-Bundesdelegiertenkonferenz spricht sich wie die große Mehrheit der Psychiatrieexperten, der Leistungsanbieter und zum Teil der Kostenträger gegen die geplante übereilte Einführung der noch unausgereiften pauschalierenden Entgelte in der voll- und teilstationären Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) aus, wie sie von Bundesgesundheitsminister Bahr per Ersatzvornahme in Form einer Verordnung am 19.11.2012 in Gang gesetzt wurde. Die ASG-Bundeskonferenz spricht sich stattdessen für
- 10 eine entschleunigte Einführung neuer Entgeltformen in der Psychiatrie/Psychosomatik aus, die eine in die Entwicklungsphase integrierte Evaluation der Steuerungswirkungen ermöglicht. Auch die Variante regional begrenzter Erprobungen sollte überlegt werden.

- 15 Die gescheiterten Verhandlungen zwischen den Beteiligten auf Bundesebene müssen unverzüglich wieder aufgenommen werden.

Gute Arbeit in Medizin und Pflege

Antragsbereich A/ Antrag 1

Hessen-Nord

Aufwertung sozialer Berufe und verpflichtende Gesundheitsförderung

(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission)

- 5 Die ASG-Bundeskonferenz fordert, die Erarbeitung einer nachhaltigen Gesamtstrategie und
Bekanntmachung in der Bevölkerung, um sozialen Berufen die verdiente Wertschätzung zu
geben und dem Fachkräftemangel zu begegnen. Dazu gehört insbesondere die Aufwertung
und Anerkennung der sozialen Berufe durch eine gerechte Tarifpolitik,
Aufstiegsmöglichkeiten, mehr Ausbildungsplätze und verpflichtende Gesundheitsförderung
10 in der betrieblichen Wirklichkeit in Sozialberufen genauso ernst zu nehmen, wie in anderen
Branchen.

Antragsbereich A/ Antrag 2

ASG Bayern

Einführung eines einheitlichen Standards zur Personalbemessung in Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe

(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission)

- 5 Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG fordert den Parteivorstand und die SPD
Bundestagsfraktion auf sich für einen einheitlichen Standard zur Personalbemessung in
Einrichtungen der stationären Alten- und Behindertenhilfe einzusetzen und die volle
Finanzierung sicherzustellen.

Antragsbereich A/ Antrag 3

ASG Bayern

Wiedereinführung der Pflegepersonalregelung um die Versorgung der Krankenhauspatienten mit den unverzichtbaren pflegerischen Dienstleistungen sicherzustellen

(Annahme in geänderter Fassung der Antragskommission)

- 5 Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG fordert den Parteivorstand und die SPD
Bundestagsfraktion auf sich für Wiedereinführung der Pflegepersonalregelung in
Krankenhäusern einzusetzen und für die volle Finanzierung durch die Entgelte

sicherzustellen.

Antragsbereich A/ Antrag 4

ASG Bremen

Maßnahmen zur Deckung des Fachkräftebedarfs - Vermeidung des drohenden Fachkräftemangels

(Annahme in geänderter Fassung der Antragskommission)

5 Die Bundeskonferenz der ASG fordert den Parteivorstand und die SPD-Bundesfraktion auf, sich zur Vermeidung für folgendes einzusetzen:

- Umgehende Beendigung der Unterfinanzierung der Tarifabschlüsse durch gesetzlich geregelte leistungsgerechte Finanzierung.
- 10 • Gesetzliche Einführung verbindlicher, bundesweit einheitlicher Personalstandards, u. a. zur Sicherung der Versorgungsqualität.
- Eine dauerhafte Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Pflegepersonen und für Ärzte ist dringend nötig, um die Überbelastung vieler engagierter MitarbeiterInnen abzubauen.
- 15 • Bessere Bezahlung und verbesserte Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern sind dringend erforderlich.
- Geregelt werden müssen neue Arbeitsteilungen zwischen Ärzten und Pflegenden zu Gunsten der Pflegenden und neuer Organisationsformen.
- Erarbeitet werden müssen neue Maßnahmenpakete zur Steigerung der Attraktivität der Arbeitsplätze, u. a. durch aktive Personalentwicklung, Vereinbarkeit von Familie und Beruf etc.
- 20 • Es müssen nach dem Arzt- Studium überzeugende Weiterbildungskonzepte angeboten werden, die es für angehende Fachärztinnen attraktiv machen, unter Vereinbarung von Familie und Beruf in die Weiterbildung einzusteigen.
- 25 • Schließlich sollte die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante fachärztliche Versorgung offensiv betrieben werden.

Antragsbereich A/ Antrag 6

ASG Berlin

Pflege aufwerten - mehr Gehalt für Pflegepersonal!

(Annahme in geänderter Fassung der Antragskommission)

- 5 Seit Jahren wird postuliert, wie wichtig qualitätssichernde und patientenorientierte Pflege sei und dass diese aufgewertet werden solle. Tatsächlich bilden die Einkommen der professionellen Pflegerinnen und Pfleger deren hohe gesellschaftliche Bedeutung in keiner Weise ab. Daher werden wir dafür sorgen, dass die Ausbildungsvergütung und die Gehälter in der Pflege erheblich angehoben werden:
- 10 1. In der nächsten Regierungsverantwortung im Bund wird sich die SPD dafür einsetzen, dass ein zielgenaues Programm zur dauerhaften Anhebung der Ausbildungsvergütungen und der Gehälter der Pflegenden um 30 % führt.
- 15 2. Zur Finanzierung höherer Gehälter und Ausbildungsvergütungen werden die Beitragssätze in der sozialen Pflegeversicherung und in der gesetzlichen Krankenversicherung angepasst. Es wird dafür Sorge getragen, dass die Mehrmittel ausschließlich in höhere Gehälter der Pflegenden fließen.
- 20 3. Die SPD wird sich darüber hinaus dafür einsetzen, dass Schülerinnen und Schüler in der Pflegeausbildung kein Schulgeld bezahlen müssen und die Kosten der Schule steuerfinanziert werden.

Antragsbereich A/ Antrag 8

ASG Berlin

Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf berufserfahrene Pflegekräfte ermöglichen!

(Angenommen)

- 5 Die ASG setzt sich dafür ein, dass die Übertragung von heilkundlichen Tätigkeiten von Ärzten auf Pflegekräfte im Rahmen von Modellprojekten nicht nur auf zukünftige frisch ausgebildete Pflegekräfte, die erweiterte Ausbildungsgänge durchlaufen haben, sondern auch auf berufserfahrene, fort- und weitergebildete examinierte Pflegekräfte erfolgen kann.
- 10 Hierfür strebt die ASG eine entsprechende Änderung des §63 Abs. 3c SGB V an. Weiterhin muss eine Anpassung der Weiterbildungsregelungen auf Länderebene erfolgen.

Pflegepolitik

Antragsbereich P/ Antrag 1

ASG Berlin

Pflegende Angehörige entlasten: Rechtsanspruch auf adäquate Tageszeitenbetreuung einführen!

(Angenommen)

5 Die meisten pflegebedürftigen Menschen möchten möglichst lange in der eigenen Wohnung
oder in der Wohnung ihrer Angehörigen leben. Die Versorgung und Betreuung von
pflegebedürftigen, häufig älteren Menschen, stellt für die Familien oft eine erhebliche
Herausforderung und zeitliche wie psychische Belastung dar; die Vereinbarkeit von Pflege
und Beruf ist erschwert, eigene Gesundheitsprobleme können auftreten.
10 Tageszeitenbetreuungsangebote können die Versorgung und Förderung von
pflegebedürftigen Menschen unterstützen und pflegende Angehörige fühlbar entlasten. Zur
besseren Vereinbarkeit von Kindererziehung und Beruf wurde bereits ein Rechtsanspruch auf
einen Platz in einer Kindertagesbetreuungseinrichtung geschaffen. Es ist folgerichtig, einen
solchen Rechtsanspruch auch für die Betreuung und Versorgung Pflegebedürftiger zu
schaffen.

15

1. In der nächsten Regierungsverantwortung im Bund wird sich die SPD dafür einsetzen, dass
Pflegebedürftige einen Rechtsanspruch auf eine wohnortnahe Tageszeitenbetreuung
erhalten.

20

2. Mit diesem Rechtsanspruch verbunden wird die Garantie, dass für die wohnortnahe
Tageszeitenbetreuung genügend Angebote zur Verfügung stehen.

3. Flankierend muss sichergestellt werden, dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen
über das vorhandene Angebot und ihren Rechtsanspruch informiert sind.

Antragsbereich P/ Antrag 3

ASG Hannover

Vereinheitlichung bzw. Zusammenführung der Gutachterdienste in der Pflege bei Leistungen nach dem SGB XI und der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII

(Annahme in geänderter Fassung der Antragskommission)

- 5 Es wird gefordert, dass die Begutachtung der Pflegebedürftigen einheitlich für alle Leistungen nach dem SGB XI und zur Hilfe zur Pflege nach SGB XII durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MdK) erfolgt und die Ergebnisse für alle Leistungserbringer verbindlich sind.

Antragsbereich P/ Antrag 4

ASG Hannover

Ergänzende Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XII

(Annahme in geänderter Fassung der Antragskommission)

- 5 Es wird gefordert, dass ergänzende Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XII aus einer von allen Kommunen nach Einwohnerschlüssel geleisteten Umlage gezahlt werden.

Antragsbereich P/ Antrag 5

ASG Bayern

Abbau von Bürokratie in Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten und Krankenhäusern

(Angenommen in geänderter Fassung)

- 5 Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG fordert den Parteivorstand und die SPD Bundestagsfraktion auf sich für einen gezielten Abbau von Bürokratie in Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten einzusetzen.

Das Ziel soll durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

- 10 Erarbeitung von „Grundprinzipien und Leitlinien der Pflegedokumentation“

Erarbeitung von „Grundprinzipien und Leitlinien der Pflegedokumentation“ um für alle stationären und ambulanten Dienstleister nachvollziehbare und überprüfbare Kriterien zu

15 schaffen mit dem Ziel ein bundesweit einheitliches Verständnis über Struktur, Inhalt und Umfang einer aus fachlicher und rechtlicher Sicht notwendigen Pflegedokumentation zu erreichen.

20 Der Gesetzgeber als Verursacher (Verursacherprinzip) muss für den Dokumentationsaufwand die finanziellen Mittel bereitstellen.

- Ziel dieser Vereinfachungen ist die Konzentration auf das Wesentliche, das heißt die Betreuung der Pflegebedürftigen.

25 - Bei der Pflege werden künftig nur noch Abweichungen von der Regel extra dokumentiert und nicht mehr tagtäglich sämtliche Details über Einzelreaktionen von Bewohnern bei Tätigkeiten der Körperpflege, wechseln von Inkontinenzmaterial, Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme oder in der Beschäftigung. Dadurch könnte der Dokumentationsaufwand reduziert werden, ohne dass die Pflegequalität leidet.

30 Harmonisierung im System öffentlich-rechtlicher Prüfungen

An erster Stelle ist das Verhältnis von Heimaufsicht (FQA) und MDK zu betrachten.

35 Die Inhalte der Prüfungen durch FQA und MDK sind eindeutig abzugrenzen und aufeinander abzustimmen.

Die Prüfung ein und desselben Sachverhaltes durch MDK und FQA sind zu vermeiden

40 - Doppel- und Mehrfachprüfungen in Pflegeheimen sollten vermieden und eine arbeitsteilige Vorgehensweise von Heimaufsicht und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) eingeführt werden

Abgrenzungsvorschlag:

45 Die Heimaufsicht überprüft schwerpunktmäßig:

- Personelle Ausstattung

50 - Sachliche Ausstattung

- Bauliche Ausstattung und Wohnqualität

- Wahrung der Bewohnerrechte (z.B. freiheitsentziehende Maßnahmen)

55 - Merkmale der hauswirtschaftlichen Versorgung inc. Verpflegung

- Heimverträge

60 - Heimmitwirkung

- Basisprüfung des Pflegeprozesses

65 Aufbauend auf der Basisprüfung des Pflegeprozesses durch die FQA prüft der MDK schwerpunktmäßig:

- Ergebnisqualität in den Bereichen Pflege, Ernährung, soziale Betreuung

70 - Inhaltliche Richtigkeit des schriftlich festgehaltenen Pflegeprozesses.

- Beteiligung der Bewohner am Prozess der Betreuung und Pflege

- Einsatz von Hilfsmitteln

75 - Qualitätsmanagement

- Soziale Betreuung

80 Neben der Reduzierung des Arbeitsaufwandes auf beiden Seiten führt ein arbeitsteilig angelegtes Prüfsystem zu klaren Verantwortlichkeiten.

Abstimmung der Prüfungen in Pflegeeinrichtungen zu den Feldern Hygiene, Brandschutz, Arbeitssicherheit und Sicherheitstechnik

85 Neben dem MDK und der FQA bestehen weitere Prüfinstanzen bzw. Prüfverordnungen die unterschiedliche Interessen vertreten bzw. teilweise widersprüchliche Rechtsgrundlagen anwenden

90 Notwendig ist, schon im Rahmen eines Gesetzgebungsverfahrens, Widersprüche festzustellen und Anordnungen zu harmonisieren bzw. aufeinander abzustimmen

Das jüngste bayerische Beispiel für sich widersprechende gesetzliche Regelungen ist die Hygieneverordnung.

95 Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Pflegeeinrichtungen

Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Pflegeeinrichtungen werden nur noch durchgeführt, wenn es konkrete Anhaltspunkte dafür gibt, dass die Zulassungsvoraussetzungen nicht mehr gegeben sind.

Sonstiges

Antragsbereich S/ **Antrag 1**

ASG RLP

Fluglärm reduzieren und begrenzen

(Annahme in geänderter Fassung der Antragskommission)

- 5 Die Bewohner der Einflugschneisen von Flughäfen sind durch Fluglärm in immer weiter steigendem Ausmaß betroffen. Die ASG unterstützt daher ausdrücklich die Resolution des 115. Deutschen Ärztetages 2012, die fordert, „die Bevölkerung vor den Folgen des Flugverkehrs durch Flugzeugabgase und Lärmemission nachhaltig und umfassend zu schützen.“
- 10 Wir fordern daher konkret eine grundsätzliche Begrenzung der Flugbewegungen am Flughafen Frankfurt und ein fest einzuhaltendes Nachtflugverbot von 22.00 Uhr bis 6.00 Uhr. Die Verkehrsströme auf kurzen und mittleren Strecken müssen mittelfristig auf andere Verkehrsmittel verlagert werden. Eine Änderung des Luftverkehrsgesetzes zu Lasten des Lärmschutzes darf von der schwarz-gelben Bundesregierung nicht weiter verfolgt werden.
- 15 Wir fordern vielmehr eine gesetzliche Regelung, die ein transparentes Verfahren mit einer echten Bürgerbeteiligung zur Festlegung und Änderung der Flugrouten garantiert. In dieses Verfahren muss auch das Umweltbundesamt fest eingebunden sein.

Antragsbereich S/ **Antrag 2**

ASG Hannover

Auflösung des Bundesversorgungsgesetzes und Einführung in das SGB VII zur Versorgung von Soldatinnen und Soldaten, sowie die Erweiterung des Opferentschädigungsgesetzes (OEG) um einen eigenen Leistungsteil

(Überwiesen an den Bundesausschuss)

- 5 Es wird gefordert, dass das Bundesversorgungsgesetz aufgelöst wird und in das SGB VII zur Versorgung von Soldatinnen und Soldaten, sowie den Zivilbeschäftigten innerhalb der Streitkräfte eingeführt wird.

- 10 Weiter wird gefordert, dass im Rahmen der Auflösung des Bundesversorgungsgesetzes das Opferentschädigungsgesetz einen eigenen Leistungsteil erhält und in die SGB – Reihe aufgenommen wird.

Antragsbereich S/ Antrag 3

ASG Hannover

Vereinheitlichung der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche

(Angenommen)

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

II. Weitere Anträge

1. Für erledigt erklärt wurden die Anträge:

P2;A5;P6;G16;G26;G32;G33;G35;

2. Abgelehnt wurden die Anträge:

G31;

3. Nichtbefassung wurde beschlossen für die Anträge:

A7;

III. Dokumentation der Initiativanträge

Antragsbereich S Ini/ Antrag 1

ASG NRW

Sicherstellungsaufträge an alle Krankenhausträger, die Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe betreiben

(Angenommen)

5 Die Bundesdelegiertenkonferenz fordert den Parteivorstand und die Verantwortlichen der Landtagsfraktionen auf, auf die verantwortlichen Ministerien hinzuwirken, dass die Sicherstellungsaufträge an alle Krankenhausträger, die Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe betreiben, überprüft werden.

10 Ziel muss sein, dass jeder Träger die uneingeschränkte Betreuung und Behandlung ohne jede ideologische, weltanschauliche oder religiös begründete Einschränkung nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse garantiert.

15 Wenn ein Träger diese Garantie nicht abgeben kann, muss die Vergabe des Sicherstellungsauftrags an andere Träger überprüft und vorgenommen werden.

Antragsbereich G Ini/ Antrag 2

ASG Berlin

Rot-grüne Gestaltungsmehrheit des Bundesrates nutzen!

(Angenommen)

5 Die SPD-Mitglieder der rotgrünen Landesregierungen werden aufgefordert, die jetzt gewonnene Gestaltungsmehrheit im Bundesrat zu nutzen, um Schritte in Richtung eines solidarischen Krankenversicherungssystems zum Wohle der Bürgerinnen und Bürger einzuleiten, beispielsweise durch die Rücknahme des Einfrierens des Arbeitgeberbeitrags, die Herstellung der Parität und die Abschaffung des 0,9%igen Sonderbeitrags für Versicherte

Antragsbereich G Ini/ Antrag 3

ASG Saarland

Sprechende Medizin fördern

(Angenommen)

5 Die ASG fordert aus aktuellem Anlass (neue Studien zur Unzufriedenheit der Patienten mit der schlechten Kommunikation zwischen Arzt und Patienten und entsprechendem Echo in den Medien) die Förderung der sprechenden Medizin:

10 - Gesprächsführung, Patientenschulung und berufsgruppenübergreifende Kommunikation muss als wesentliche Säule in der Aus- und Weiterbildung in allen Gesundheitsberufen verankert werden.

15 - Intensive Forschungsförderung im Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation und der Medizindidaktik. Es ist ebenso wichtig zu erforschen, wie man Patienten motivieren kann, die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten effektiv zu nutzen, wie die Entwicklung neuer Medikamente und apparativer Behandlungsmöglichkeiten.

- Eine Vernetzung der Ausbildung in den unterschiedlichen Gesundheitsberufen ist notwendig -interprofessionelle Kommunikation muss schon im Studium bzw. der Ausbildung erlernt werden.

Antragsbereich G Ini/ Antrag 4

ASG Saarland

Angemessene Vergütung von Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA)

(Angenommen)

- 5 Die ASG fordert von der Bundespartei sich einzusetzen für eine allgemeingültige/tariflich Vergütungsregelung und angemessene Vergütung, der in den Kliniken im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Ausbildung beschäftigten Psychotherapeuten.

Antragsbereich G Ini/ Antrag 5

ASG Saarland

Psychotherapeutische Versorgung

(Überweisung an den Bundesausschuss)

Problemsituation

- 5 Die Zahl der Psychotherapeuten mit Kassenzulassung soll bundesweit erhöht werden. Die kassenärztliche Vereinigung des Saarlandes sieht sich gut aufgestellt – jeder Patient bekomme zeitnah einen Platz – die Psychotherapeutenkammer sieht Versorgungsengpässe: Die Bedarfsberechnungen orientieren sich an veralteten Zahlen
- 10 (1999), die Unterversorgung in ländlichen Gebieten dürfe auf keinen Fall, wie geplant, durch einen Abbau der Versorgung in den Ballungszentren kompensiert werden (nach SR, Januar 2013).

- 15 Psychotherapeutische Leistungen werden deutlich häufiger nachgefragt als noch vor 10 Jahren. Laut Statistik der Deutschen Rentenversicherung (DRV) machten 2011 41% der Antragsteller für eine Erwerbsminderung psychische Erkrankung geltend, der Anteil habe im Jahr 2000 noch bei 24 % gelegen. Die Sensibilität in der Bevölkerung und bei
- 20 Behandlern für psychische Probleme ist gestiegen – es wird für Mediziner selbstverständlicher, psychische Erkrankungen und Störungen zu erkennen und eine Behandlung zu empfehlen, die Akzeptanz der psychotherapeutischen Behandlung ist auch in der Bevölkerung gestiegen und wird nicht mehr als schambesetzt erlebt.

- Nach wie vor gilt in Deutschland das System der solidarischen Krankenversicherung. Damit
- 25 ist für die Bevölkerung der Zugang zu medizinischer und therapeutischer Hilfe sicherzustellen; das wird von Patienten anders erlebt.

Beklagt werden vor allem

30

- Probleme bei der Kontaktaufnahme zu den Praxen (späte, keine Rückrufe, wenig telefonische Sprechzeiten, keine offenen Sprechstunden)

35

- Zu lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz, was die Chronifizierung psychischer Probleme fördert.

Hintergründe und Ursachen

40

- Falsche Bemessung einer voll ausgelasteten Psychotherapeutischen Praxis. Ein voll ausgelasteter Praxissitz ist auf 35 Therapiesitzungen wöchentlich angelegt. Diese Quantität kann bei qualitativem Anspruch vom Psychotherapeuten nicht längerfristig geleistet werden. Die durchschnittliche Auslastung liegt derzeit bei 26 Therapiesitzungen. Damit wird in den Praxen der – nicht realistische berechnete – Versorgungsauftrag nicht in vollem Umfang erfüllt. Im Vergleich: Approbierte Psychotherapeuten halten in Beratungsstellen bei voller Anstellung 18 – 20 Therapiesitzungen.

45

50

- Die Praxen sind unterfinanziert. Die Berechnung der Honorarsätze erfolgt durch einen Vergleich einer durchschnittlichen Facharztpraxis/Hausarztpraxis mit einer voll ausgelasteten Psychotherapeutischen Praxis. Damit werden die Maßstäbe (Umsätze der Fachärzte) künstlich herunter gerechnet, die als Vergleichsmaßstab gelten. Die geringe Honorierung von ca. 83 € pro Therapiesitzung und definierter Nacharbeit (50 und 20 Minuten) bietet keine Wirtschaftlichkeitsreserven. Demzufolge haben die meisten Praxen keine Sekretariate, in denen Organisation und Sprechzeiten auch von Hilfskräften abgedeckt werden. Die Folge: Es werden wenig telefonische Kontaktzeiten angeboten, die Wartelisten sind nicht stringent geführt u. a..

55

60

- Die Verteilung der Honorierung in der Psychotherapie führt zu einer Fehlsteuerung. Psychotherapeuten sind Stundenlöhner und werden für Zeiteinheiten (50 und 20 Minuten) bezahlt, die für Erstgespräche, Kriseninterventionen und Therapiesitzungen gelten. Durch die deutlich geringere Honorierung von Vorsitzungen (Probatorische Sitzungen) und Kriseninterventionen (-25% pro Zeiteinheit) wird das Angebot abgewertet und dementsprechend wenig vorgehalten.

65

- Es gibt derzeit keine definierte Leistung Krisenintervention (keine Ziffer), somit keine klare Honorierungsleistung. Abgerechnet wird von den Therapeuten über andere Ziffern (probatorische Sitzungen, + pro Patient 3x aufrechenbare 10 Minuteneinheiten). Ein entwürdigendes Rechenexempel für Patient und Therapeut.

70

- Die Ausbildung zum Psychotherapeuten ist derzeit für die Berufsgruppen als Postgraduiertenausbildung geregelt, die vom Ausbildungskandidaten privat zu zahlen ist. Psychotherapie für Erwachsene kann nach den entsprechenden Psychotherapieausbildungen von Ärzten und Diplompsychologen (Psychologen MA) durchgeführt werden, Psychotherapie für Kinder – und Jugendliche von Ärzten, Psychologen, Diplompädagogen und Sozialpädagogen und zwar jeweils nach Durchlauf und Abschluss einer Ausbildung an einem zertifizierten Institut bzw. auf dem Weg der Weiterbildung zum Facharzt Psychotherapie. Die Psychotherapeuten werden in einem

75

- Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie und/oder Psychoanalyse ausgebildet. Die Situation ist für die Psychologen in Ausbildung in den Kliniken prekär: Sie werden sehr gering bezahlt im Gegensatz zu ärztlichen Kollegen oder anderen Arbeitnehmern in Ausbildung (z. B. Referendare). Die Entlohnung der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) wurde in einem Urteil des Landgerichts Hamm von 29.11.2012 (Az.11 Sa74/12) als sittenwidrig erkannt. Es wurde entschieden, dass einer PiA nachträglich 1000 € im Monat vergütet werden müssen.
- 80
- 85 Die ASG fordert daher:
- Anpassung der Definition einer voll ausgelasteten Praxis (35 Sitzungen pro Woche) an die Behandlungsrealität die Reduzierung der Auslastungsgrenze um mindestens 20%.
- 90
- Erhöhung der Anzahl von Praxissitzen um diese 20%, um den dargestellten Versorgungsumfang in der Realität vorzuhalten.
 - Gleiche Wertschätzung und Honorierung aller Therapiesitzungen: Probatorische Sitzungen, bewilligte Therapiegespräche und Kriseninterventionen.
- 95
- Definition von Krisenintervention mit einem definierten antragsfreien Behandlungsumfang.
- 100
- Als Voraussetzung für die Ausbildung zum Psychotherapeuten für Erwachsene (AP/PP) soll ein vergleichbarer Studienabschluss medizinisches Staatsexamen/Masterabschluss erhalten bleiben. Die Form als postgraduierten Ausbildung soll wegen des berufsnotwendig großen Anteils an Selbsterfahrung und Selbstreflexion erhalten bleiben; universitär entstünde ein Konflikt zu Bewertungssituation der universitären Ausbildung. Wie die Ausbildung aller anderen Fachärzte soll die Postgraduiertenausbildung zum
- 105
- Psychotherapeuten für die auszubildenden Ärzte und Psychologen kostenfrei sein.
- 110
- Als Voraussetzung für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendpsychotherapeuten soll ein vergleichbarer Abschluss (Staatsexamen/Master) gefordert werden. Die Form als postgraduierten Ausbildung soll wegen der Anteile Selbsterfahrung und Selbstreflexion erhalten bleiben; universitär entstünde ein Konflikt zur Bewertungssituation der universitären Ausbildung. Wie die Ausbildung aller anderen Fachärzte soll die Postgraduiertenausbildung zum Psychotherapeuten für die auszubildenden Professionen kostenfrei sein.
- 115
- Die volle psychotherapeutische Ausbildung soll von allen psychotherapeutisch Tätigen durchlaufen werden, die im Rahmen der Versorgung Psychotherapie anbieten.
 - Die Vergütung der PiAs soll äquivalent anderer in Ausbildung erwerbstätiger Berufsgruppen (Lehramtsanwärter/Rechtsreferendare u. a.) erfolgen.