

SPD

ASG

BESCHLÜSSE
**ZUR ORDENTLICHEN BUNDESKONFERENZ
DER ARBEITSGEMEINSCHAFT DER
SOZIALDEMOKRATINNEN UND
SOZIALDEMOKRATEN IM
GESUNDHEITSWESEN (ASG)**

VOM 27. BIS 28. FEBRUAR 2015

WILLY-BRANDT-HAUS IN BERLIN

Redaktion: Klaus-Heinrich Dedring, 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

Beschlussübersicht

Bundeskonzferenz 27./28. Februar 2015		Alle Anträge mit Initiativanträgen	
	Überschrift	Beschluss	Seite
L1	Gesundheit fördern, Versorgung verbessern, Finanzierung sichern	(Angenommen mit Änderungen)	1
L2	Digitalisierung und Gesundheit: Chancen nutzen, Risiken vermeiden	(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission)	6
BI1	Beschluss Nr. 59 vom Ordentlichen Parteitag 2011 in Berlin aufgreifen und parteiintern die Vorbereitung zur Einführung der Bürgerversicherung weiterzuführen	(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission)	8
BI3	Solidarische Medizin braucht die Bürgerversicherung	(Angenommen mit ergänzten EmpfängerInnen)	8
BI6	Ungerechten Zusatzbeitrag der Krankenkassen abschaffen!	(Angenommen)	9
BI7	Keine weitere Belastung der Gesetzlich Krankenversicherten durch gesamtgesellschaftliche Aufgaben	(Angenommen)	9
AB2	Verabschiedung einer gesetzlichen Regelung zur Personalbemessung in Krankenhäusern und psychiatrischen Kliniken sowie in stationären Einrichtungen der Pflege und Betreuung	(Angenommen mit Änderung)	10
AB3	Bundeseinheitlicher Pflegeschlüssel!	(Angenommen in geänderter Fassung)	10
AB5	Kosten für Pflegepersonal neben dem DRG-System berücksichtigen!	(Angenommen)	11
AB6	Substitution ärztlicher Tätigkeiten - Schaffung neuer Heilberufe verbunden mit einer Aufwertung der pflegerischen Tätigkeiten sowohl inhaltlich als auch finanziell	(Angenommen in geänderter Fassung)	11
AB7	Kostenlose Ausbildung für alle Berufe im Gesundheitswesen	(Angenommen in der Fassung der Antragskommission)	12
AB8	Verbesserte medizinischen Versorgung durch den Einsatz von multiprofessionellen Versorgungsteams	(Angenommen)	12
AB9	Strukturierte Versorgung von chronisch Kranken unter Einbeziehung evidenzbasierter Therapiepläne und multiprofessioneller Behandlungsteams	(Angenommen)	13
AB17	Mangel an ärztlichem und pflegerischem Personal in den Hygienefachberufen	(Angenommen)	13
LV1	Reform der primärmedizinischen Versorgung	(Angenommen mit Änderungen)	14

LV2	Krankenhausversorgung in Deutschland - Grundpositionen zur Stärkung der Daseinsfürsorge	(Angenommen in geänderter Fassung)	15
LV3	Potenzial von Prävention und Gesundheitsförderung endlich nutzen!	(Angenommen)	16
LV4	Gesundheit fördern – Weichen stellen für ein Präventionsgesetz	(Angenommen in der Fassung der Antragskommission)	17
LV5	Benachteiligung von MVZ beenden!	(Angenommen in der Fassung der Antragskommission)	17
LV6	Einführung neuer Entgeltformen in der Psychiatrie/ Psychosomatik (PEPP) stoppen	(Angenommen in der Fassung der Antragskommission)	18
LV8	Einführung einer Stoffgruppenregelung in das Betäubungsmittelgesetz um den Handel gesundheitsgefährdender Designerdrogen ohne zeitliche Lücke zu kontrollieren und ggf. zu unterbinden	(Angenommen)	18
LV9	Antibiotikaresistenz in Europa reduzieren Konzertierte Aktion für unsere Gesundheit	(Angenommen)	19
LV10	Vertrauen in die Organspende und Organtransplantation fördern durch Schaffung transparenter Strukturen	(Angenommen)	19
LV11	Organspende	(Angenommen in der Fassung der Antragskommission)	20
LV13	Zahnersatz	(Angenommen)	20
LV14	Höchstbeträge bei Einlagen und Kompressionsstrümpfen	(Angenommen)	21
LV15	Patientenquittung für Alle: Patientenrechte stärken, Transparenz erhöhen!	(Angenommen)	21
LV16	Abschaffung von IGeL Leistungen in Kassenarztpraxen	(Angenommen in geänderter Fassung)	21
LV18	Änderung der Pflegestatistikverordnung	(Angenommen)	22
S1	Krankenversicherung Zuwandererfamilien	(Angenommen)	22
S2	TTIP Freihandelsabkommen	(Angenommen in der Fassung der Antragskommission)	23
S4	Abbau von Bürokratie in Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten/Umsetzung der von der Beikirch Projektgruppe erarbeiteten Empfehlungen	(Angenommen)	23
S5	Vereinheitlichung bzw. Zusammenführung der Gutachterdienste in der Pflege bei Leistungen nach dem SGB XI und ergänzenden Leistungen nach dem SGB XII, sowie der Eingliederungshilfe von Körperbehinderten nach dem SGB XII	(Angenommen)	24
Ini1	Versorgung der Bevölkerung mit Spezialisierter Ambulanter Palliativ-	(Angenommen in der Fassung der Antragskommission)	24

	versorgung		
Ini2	Einführung einer Impfpflicht	(Angenommen in der Fassung der Antragskommission)	25
Ini4	Kostenlose Schulverpflegung in allen Schularten	(Angenommen in der Fassung der Antragskommission)	25
Ini5	Psychotherapeutische Versorgung institutionell stärken!	(Angenommen)	26
BI4	Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen als permanente Institution neu zu implementieren	(Überwiesen an den ASG-Bundesvorstand)	26
BI5	Enquete-Kommission im Gesundheitswesen	(Überwiesen an den ASG-Bundesvorstand)	26
AB11	Gesetzesentwurf zur Befreiung von Krankenhäusern und deren Beschäftigten von Haftpflichtversicherungsprämien	(Überwiesen an den ASG-Bundesvorstand)	27
AB12	Hebammen	(Überwiesen an ASG Bundesvorstand)	27
AB13	Einrichtung eines Haftungsfonds in der Geburtshilfe	(Überwiesen an ASG-Bundesvorstand)	27
AB14	Vermeiden von Scheinselbstständigkeit im Gesundheitsdienst und der Pflege	(Überwiesen als Material an ASG-Bundesvorstand)	28
AB15	Abschaffung der Regressbedrohung für Arznei- und Heilmittelverordnung	(Überwiesen an ASG-Bundesvorstand)	28
AB16	Planungsbezirke der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) in Intervallen von zehn Jahren regelmäßig der Bevölkerungsentwicklung anpassen	(Überwiesen an ASG-Bundesvorstand)	28
LV17	Staatliche Zulassungspflicht aller Medizinprodukte ab der Klasse IIa	(Überwiesen an ASG-Bundesvorstand)	29
Ini3	Entschließungsantrag zu AMNOG	(Überwiesen an ASG-Bundesvorstand)	30
AB4	Finanzsituation der Krankenhäuser; Rahmenbedingungen für das Krankenpflegepersonal	(Zurückgezogen)	30
AB10	Änderung der Zulassungsbestimmungen zur vertragsärztlichen Tätigkeit (§ 95 a SGB V, Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister für Vertragsärzte)	(Zurückgezogen)	30
BI2	Einführung einer Bürgerversicherung	(Erledigt)	30
S3	Sofortige Beendigung der Verhandlungen über die „Bürgernahen Versorgungsdienste“ bei den TTIP (Freihandelszonen-)Verhandlungen	(Erledigt)	30
LV12	Geplante Gesetzgebung zum Thema Sterbehilfe	(Abgelehnt)	30
AB1	Pflegeberufe institutionell stärken und einbinden!	(Abgelehnt)	30
LV7	Begrenzung von Rabattverträgen der Krankenkassen	(Abgelehnt)	30

I. Angenommene Anträge

Leitanträge

Antragsbereich L/ Antrag 1

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bundesvorstand

Gesundheit fördern, Versorgung verbessern, Finanzierung sichern

(Angenommen mit Änderungen)

5 Die Stärkung der Patientenrechte und des Patientenschutzes, der Vorrang der Daseinsvorsorge, die Sicherung guter Arbeit und Qualifizierung in den Gesundheitsberufen, die Verbesserung von Gesundheitsförderung und Prävention, der Umbau der Pflegeversicherung und die Weiterentwicklung der Finanzierung hin zu einer solidarischen und paritätischen Bürger/-innenversicherung, sind Kern sozialdemokratischer Gesundheitspolitik.

10 Die ASG hat wesentlich dazu beigetragen, dass diese Werte und Ziele Eingang in die Programmatik der SPD und den Koalitionsvertrag der GroKo gefunden haben. Die ASG will, dass in den noch ausstehenden Regierungsjahren notwendige sozialdemokratische Gesundheitspolitik zum Tragen kommt und im Blick auf die Bundestagswahl 2017 unsere Ziele deutlich werden.

15 Insbesondere fordert die ASG:

Prävention:

20 Alle Menschen in Deutschland müssen - unabhängig von kultureller Herkunft, sozialer Schicht, Status, Geschlecht und Alter – einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheit und Wohlbefinden haben. Wir brauchen neue Ansätze zur Prävention und insbesondere die Stärkung der Verhältnisprävention. Gesundheitsförderung muss als vorrangige, eigenständige Innovations- und Zukunftsaufgabe erforscht, praktiziert und weiter entwickelt werden. Dazu gehört auch die Ursachenforschung für Volkserkrankungen, wie Diabetes, Depression, Herz-Kreislauf- und neurodegenerative Erkrankungen. Dafür sind die notwendigen öffentlichen Fördermittel bereit zu stellen.

30 Wir wollen eine Politik für Prävention und Gesundheitsförderung, die in den Familien und Erziehungs- bzw. Bildungseinrichtungen beginnt und ihr Zentrum im Lebensumfeld der Bevölkerung hat. Das sind der kommunale Raum und der Betrieb. Wir stärken die Verantwortung von Bürgerinnen und Bürger für ihre eigene Gesundheit durch Beteiligung im sozialen Umfeld (Empowerment). Das ist eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe und bedarf der Steuerung durch die Länder.

35 Ziel eines Präventionsgesetzes muss insbesondere die Verbesserung der Gesundheitschancen sozial benachteiligter Menschen sein. Gesundheit, Lebensdauer und Lebensqualität dürfen nicht vom sozialen Status abhängen. Wir brauchen für alle Menschen gesundheitsförderliche Lebensbedingungen. Deshalb müssen auch Genderfragen, Migration, und Prävention in jedem Lebensalter angemessen berücksichtigt werden.

40 Gesundheitliche Prävention ist eine Aufgabe, die in allen Politikbereichen praktiziert werden muss. Sie umfasst Jugendhilfe, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Schulträger, Behinderten und Altenhilfe. Wir brauchen ihre solidarische und öffentliche Finanzierung. Bund, Länder und Gebietskörperschaften müssen sich neben allen Sozialversicherungsträgern
45 und den privaten Krankenversicherungen künftig finanziell beteiligen. Erforderlich ist eine

klare Finanz- und Aufgabenzuordnung, auch damit nicht mit Beitragsgeldern öffentliche Aufgaben finanziert werden. Ebenso ist eine klare Verantwortungszuordnung für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen gesetzlich zu regeln.

- 50 Voraussetzung einer zielgerichteten und überprüfbaren Prävention ist die Formulierung von verbindlichen Gesundheitszielen. Die begonnene Arbeit daran muss fortgesetzt und verstärkt werden. Gesundheitsziele sind kontinuierlich z.B. in nationalen und landesweiten Gesundheitskonferenzen fortzuschreiben. Sozialpartner, Sozialversicherungsträger, öffentliche Körperschaften, Patienten- und Betroffenenverbände ergänzen in diesen Konferenzen den medizinischen Sachverstand.
- 55 Umfassende Präventionspolitik baut auf den Strategien der WHO (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986) auf und kann heute vielfach auf gesicherte Erkenntnisse zurückgreifen. Eine Politik für mehr soziale Gerechtigkeit, wirtschaftlichen Ausgleich und soziale Integration für alle, gerechte Bildungschancen, Teilhabe am Arbeitsmarkt, gute Arbeit und würdige Lebensbedingungen sind wichtige Maßnahmen für gesundheitliche Prävention.
- 60

- Wir bauen auf Verhältnisprävention, die in allen Lebens- und Politikbereichen die gesundheitlichen Auswirkungen berücksichtigt. Dazu gehören Maßnahmen des Umweltschutzes, der Verkehrsgestaltung, Städtebau und Wohnumfeldgestaltung, des Arbeitsrechts und des betrieblichen Arbeitsschutzes, des Lebensmittelrechts, des Verbraucherschutzes oder strengerer Verhaltensregeln für die Werbewirtschaft.
- 65

- Verhältnisprävention muss durch den Ausbau befähigender Ansätze der Verhaltensprävention ergänzt werden. Sie muss unterschiedliche Lernmuster von Menschen berücksichtigen: alters-, lebensweltabhängig und milieuspezifisch sein. Gesundheitsförderung muss einen Schwerpunkt auf Kinder und Jugendliche und ihre Familien setzen (Settingansatz).
- 70

- Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung haben einen großen Anteil an der gestiegenen Lebenserwartung. Doch nimmt die psychische Belastung im Beruf zu. Arbeitsverdichtung, Jobunsicherheit und Mobbing machen krank. Wir brauchen im betrieblichen Gesundheitsmanagement mehr Führungsverantwortung, ergänzt durch Präventionsprojekte der Krankenkassen, der Berufsgenossenschaften bzw. Unfallversicherungsträger in denen Mitarbeiter in betrieblichen Gesundheitszirkeln selbst Strategien zur Stressprävention erarbeiten.
- 75
- 80

- Bei älteren Menschen ist der Übergang zwischen Prävention und Rehabilitation fließend. Deshalb sind hier Kursangebote besonders wirkungsvoll. Diese stärken auch die soziale Integration, die eine wichtige Ressource für Gesundheit darstellt. Beratung bei Ernährung und Bewegung sowie Seniorenangebote in Sportvereinen sind vor allem in sozial benachteiligten Quartieren auszubauen. Der "präventive Hausbesuch" bei Menschen über 70 Jahre muss Rechtsanspruch für alle Versicherten und Pflichtleistung aller Krankenkassen werden.
- 85

- 90 Die systematische Gesundheitsfolgenabschätzung in allen Politikbereichen ist eine wichtige Maßnahme im Rahmen eines Präventionsgesetzes. Bei allen Gesetzes- und Verordnungsvorhaben hat eine Prüfung auf gesundheitsförderliche und gesundheitsschädliche Wirkungen zu erfolgen. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sollen regelmäßig evaluiert werden. Sowie Umweltverträglichkeitsprüfungen zwischenzeitlich bei öffentlichen und privaten Investitionen und Initiativen gesetzlich vorgegeben sind, müssen zunehmend auch "Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen" selbstverständlich werden.
- 95

Ambulante Versorgung:

- Die bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgung und soziale Ungleichheiten im Zugang und in der Versorgung kranker Menschen müssen behoben werden. Unser Gesundheitssystem muss sich auf die Zunahme chronischer und psychischer Erkrankungen einstellen und sich den Herausforderungen von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit
- 100

- hochbetagter Menschen stellen.
Wir wollen mehr integrierte Versorgungsformen, wie Gemeinschaftspraxen, Medizinische
- 105 Versorgungszentren (MVZ) oder Versorgungsnetze von Arztpraxen und Krankenhäusern, unter Einbeziehung anderer Therapeuten, sowie rehabilitativer und pflegender Versorgungsangebote. Diese sind durch eine Kombination von Kollektiv- und Selektivverträgen zu erreichen. Sie enthalten verbindliche Vereinbarungen über Qualitätsstandards, Sanktionen bei deren Nichteinhaltung und sie sind zu evaluieren.
- 110 Die Bedarfsplanung der medizinischen Versorgung ist sektorenübergreifend zu gestalten. Die Umsetzung liegt in der Letztverantwortung der Länder Dazu legen die Länder Rahmenpläne vor, die sich konsequent an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren. Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern müssen die Vorgaben dieser Bedarfsplanung zwingend berücksichtigen.
- 115 Zur Sicherstellung einer qualitätsorientierten und versorgungsoptimierenden integrierten Versorgung muss es eine eigene dauerhafte Finanzierungsstruktur geben.
- 120 Die starke Arztzentrierung in der Primärversorgung muss durch den effektiven Einsatz qualifizierter Gesundheitsfachberufe gefördert und die „Lotsenfunktion“ der Hausärztinnen und -ärzte gestärkt werden. Versorgungsmanagement in Form verbindlicher Vorgaben muss Rechtsanspruch für kranke Menschen werden, Case- und Caremanagement müssen dementsprechend gesetzlich geregelt und im Versorgungsalltag sichergestellt
- 125 werden. So muss die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen dem wachsenden Bedarf an Hausärztinnen und Hausärzten Rechnung tragen.
- Es bedarf einer gezielten Förderung von allgemeinmedizinischer Forschung und Ausbildung (mehr Lehrstühle für Allgemeinmedizin) und Weiterbildung. Die Zahl der Weiterbildungsstellen für allgemeinmedizinische Fachärzte ist auszubauen. Andere Gesundheitsberufe sind aufzuwerten. Es müssen verstärkt vertikale und horizontale Übergänge zwischen den Gesundheitsberufen ermöglicht werden, z. B. durch niedrigschwellige Zugänge zu den Ausbildungen und der Ermöglichung von Studiengängen.
- 130 Für die Pflege und Betreuung mehrfach kranker und pflegebedürftiger Menschen werden bis 2020 deutlich mehr Fachkräfte gebraucht. Deshalb bedarf es eines Maßnahmenbündels, um diese Berufe attraktiver zu machen. Dazu gehören höhere tarifliche Vergütungen, familienfreundliche Arbeitszeiten und Arbeitsorganisation sowie Weiterbildung von ange-
- 135 lernten Mitarbeitern zu Fachkräften. Dementsprechend müssen die Leistungen in der Primärversorgung von den Kranken- und Pflegekassen sowie den anderen Sozialleistungsträgern angemessen vergütet werden.
- 140 Anstelle konkurrierender ärztlichen Gebührenordnungen in GKV und PKV brauchen wir eine neue, einheitlichen Gebührenordnung mit qualitätsfördernden Standards. Sie ist am derzeitigen Vergütungsvolumen in der ambulanten ärztlichen Vergütung aus beiden Versicherungszweigen zu bemessen und der künftige Mehrbedarf bei der Behandlung von multimorbiden und kranken behinderten Menschen angemessen zu berücksichtigen.
- 145 Schnittstellenprobleme zwischen der ambulanten und stationären Versorgung sind durch eine Harmonisierung der ambulanten Vergütung mit dem DRG-System durch einen durchgängigen Indikationsbezug im fachärztlichen Bereich anzustreben.
- 150 **Krankenhaus:**
- 155 Die Krankenhausversorgung der Zukunft muss hochwertig und bedarfsgerecht sein. Patientinnen und Patienten erwarten gute und sichere Krankenhausbehandlungen, die sich vorrangig an der Qualität und nicht an ökonomischen Interessen orientieren. Das ist zugleich der Gegenstand des staatlichen Sicherstellungsauftrags. Ziel muss es deshalb sein, dass Patientinnen und Patienten in jedem Fall darauf vertrauen können, in ein gutes Kran-

- 160 kenhaus zu gehen. Voraussetzung dafür sind klare und rechtsverbindliche Standards in allen qualitätsrelevanten Bereichen, insbesondere Hygieneregeln, Geräteausstattung und –zustand, ausreichendem Personalbestand und –Qualifikation, modernen Organisationsformen und internen Qualitätsverbesserungen.
- 165 Wir wollen die Bedarfsplanung der Länder zu einer integrierten Qualitäts- und Bedarfsplanung ausbauen. Dazu gehören auch Vorgaben zur personellen und technischen Ausstattung. Die Krankenhausplanung gehört zum Kern öffentlicher Verantwortung für gute medizinische Versorgung. Sie muss sich zunehmend in eine übergeordnete Versorgungsplanung wandeln.
- 170 Die ausreichende Investitionsfinanzierung der Länder muss sich am Auftrag und an dem Leistungsgeschehen der einzelnen Häuser orientieren und muss Einzelförderung ermöglichen. Die Rechte der Bundesländer müssen gestärkt und gerichtsfest werden, um planerische Entscheidungen, insbesondere bei Umstrukturierung, Beschränkung des Aufgabenspektrums oder bei Zusammenlegung von Krankenhäusern durchzusetzen.
- 175 Dazu muss das Kartellrecht dem öffentlichen Versorgungsauftrag untergeordnet werden, damit auch öffentliche Krankenhäuser die Möglichkeit bekommen, durch regionalen Zusammenschluss ihr Leistungsspektrum zu optimieren.
- 180 Ebenso wird eine verbesserte Finanzausstattung der Länder gebraucht. Die ASG begrüßt in diesem Zusammenhang die Einführung eines Umstrukturierungsfonds als ersten Schritt. Der Fonds soll der Umstrukturierung von Krankenhäusern in lokale Versorgungseinrichtungen dienen. Er darf jedoch nicht zu einer von den Versicherten finanzierten Schließungsprämie werden.
- 185 Die ASG fordert, dass eine bedarfsgerechte Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser dauerhaft im Rahmen der Neuordnung der Bund-Länder-Finanzbeziehungen sichergestellt wird, weil ohne diese Sicherstellung die Krankenhäuser keine Zukunft haben.
- 190 Die ASG erwartet, dass eine hälftige Finanzierung durch Bund und Länder reaktiviert wird. Das heißt ab 2016 sollten dauerhaft 900 Mio. Euro als zusätzliche Vorfinanzierung bereitgestellt werden. Das wäre zumindest ein erster Schritt zur Problemlösung.
- 195 Insbesondere in ländlichen Räumen können regionalen Gesundheitszentren, zu denen sich Krankenhäuser durch Integration der ambulanten fachärztlichen Versorgung und anderer medizinischer rehabilitativer und pflegerischer Dienstleistungen entwickeln, die angespannte Versorgungslage verbessern und eine patientenzentrierte Versorgungsstruktur schaffen.
- 200 Eine Qualitätsoffensive muss schließlich mit gut ausgebildetem Personal in allen Bereichen (Pflege, Medizin, Therapie, Hauswirtschaft, Verwaltung und Technik) einhergehen.
- 205 Es ist offensichtlich, dass eine gute medizinische Patientenversorgung im Krankenhaus von qualifiziertem Personal und guten Arbeitsbedingungen abhängt. Den größten Mangel gibt es in der Pflege, weil seit langem Personal wegen der unzureichenden Finanzierung der Tariflohnsteigerungen reduziert werden musste. Die ASG fordert deshalb eine vollständige Finanzierung der Kosten der allgemeinen Tariflohnsteigerungen (TVöD und TV-Ärzte), um dauerhaft eine tragfähige Lösung für die Personalvorhaltung zu sichern. Denn das ist eine gute Patientenversorgung und für die Entlastung des Personals ganz entscheidend. Nur wenn diese Voraussetzungen erfüllt werden, kann eine dauerhafte Finanzierung der allgemeinen Tarifsteigerungen sichergestellt werden.
- 210 Außerdem muss über eine gesetzliche Festlegung von Personalstandards im Krankenhaus die häufige Überlastung des Personals und die damit einhergehende Patientengefährdung
- 215

gen unterbunden werden.

Reha und Pflege:

- 220 Die aktuell geltende gesetzliche Budgetierung der Ausgaben der Rentenversicherung und die "faktische Budgetierung" durch "interne Rehabudgets" der gesetzlichen Krankenversicherung werden dem steigenden Reha- Bedarf zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und zur Bewältigung der Herausforderungen längerer Lebensarbeitszeit nicht gerecht. Medizinische Rehabilitation soll nach medizinisch definiertem Bedarf und nicht nach Kas-
- 225 senlage gewährt werden.
Deshalb sind verbindliche gesetzliche Regelungen, die den Zugang zur und die Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation bei fachärztlich festgestelltem Bedarf sichern, dringend geboten.
- 230 Wir wollen steuerbare Anreize und verbindliche gesetzliche Vorgaben, damit "Reha vor Pflege" wirklich zur Regel wird und nicht Ausnahme bleibt. In allen Pflegebedürftigkeitsbegutachtungen sind deshalb verpflichtend der individuelle Rehadbedarf und die vorhandenen Rehapotentiale des Hilfebedürftigen detailliert auszuweisen. Die Kranken- und Pflegekassen müssen zur vorrangigen Rehabilitationsgewährung verpflichtet werden. Die
- 235 Kosten für die Leistung der medizinischen Rehabilitation, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzuwenden, hinauszuschieben oder eine Verschlimmerung zu verhindern, müssen den Krankenkassen von den Pflegekassen erstattet werden.
- 240 Das gesetzliche Rehabudget der Rentenversicherung und die "indirekte Budgetierung" der Rehabilitationsleistungen durch die Krankenkassen müssen weg. Medizinische Rehabilitation muss ausschließlich nach medizinisch festgestelltem Bedarf bewilligt werden. Die Selbstverwaltungen der Sozialversicherungen müssen zur Sicherstellung dieser Leistungen verpflichtet werden. Die Aufsichten der Länder und des Bundes müssen entsprechende
- 245 Durchgriffsrechte bei Leistungsverweigerung erhalten.
Medizinischen Rehabilitation muss mit der medizinischen Akutversorgung gleichgestellt werden. Zugangshürden müssen abgebaut und die begründete Verordnung durch den behandelnden und entsprechend qualifizierten Facharzt muss als Voraussetzung für die Leistungsgewährung die Regel werden.
- 250 ein flexibles, individuell passgenaues Rehabilitationssystem, das die Lebenswirklichkeit der Rehabilitanten mit einbezieht, muss die unterschiedlichen Rehabilitationsbedarfe, die individuellen Bedingungen der Inanspruchnahme und die Erfolgssicherung gewährleisten.

Medizinische Rehabilitation muss zukünftig sehr viel mehr sozialraumorientiert erfolgen, mit verpflichtender Nachsorge zur nachhaltigen Gesundheitssicherung. Ambulante, teilstationäre und die berufliche Tätigkeit begleitende Angebote sollen Vorrang erhalten. Der individuelle Bedarf mit einer ausgeprägten Präventionsorientierung soll handlungsleitend sein.

Erforderlich sind mehr öffentlich finanzierte Rehabilitationsforschung, verbindliche Leitlinien für die indikationsbezogene Rehabilitation, Rehalchrstühle an den Medizinischen Fakultäten und integrierte Fort- und Weiterbildungsprogramme für alle Sozial- und Gesundheitsberufe, die bei der medizinischen Rehabilitation gebraucht werden.

Besonders wichtig ist ein leistungsorientiertes Vergütungssystem, welches qualitativ hochwertige Rehabilitation ermöglicht. Rehabilitationsergebnisse müssen neutral gemessen und bewertet werden. Die Vergütungsentwicklung ist längerfristig an diesen Ergebnissen zu orientieren.

Bürgerversicherung:

Im Koalitionsvertrag hat die SPD erreicht, dass die von Schwarz/Gelb eingeführte Kopfpauschale rückgängig gemacht wurde. Der Preis dafür war, dass alle zukünftigen Finanzie-

rungsrisiken allein von den Versicherten zu tragen sind. Bis 2020 wird sich der aktuelle durchschnittliche Zusatzbeitrag mehr als verdoppeln. Daher bleibt für die ASG die Forderung nach der Bürgerversicherung vordringlich und ist alternativlos.

Wir wollen zur Sicherung einer verlässlichen Finanzierung der zukünftig erheblich steigenden Versorgungsbedarfe die schnellstmöglichen Einführung einer Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege.

Alle Bürgerinnen und Bürger sollen einen umfassenden Versicherungsschutz nach gleichem Standard erhalten. Von allen Einkünften sollen sie Beiträge entrichten und so die verlässliche Versorgung aller auf hohem Niveau garantieren. Die Beiträge werden je zur Hälfte von Arbeitgebern und Versicherten getragen.

Der Wettbewerb der Kostenträger im mit der Bürgerversicherung stabilisierten gegliederten Kassensystem wird sich dann zukünftig ausschließlich auf die bessere Versorgung konzentrieren. Rosinenpicken gehört dann der Vergangenheit an.

Antragsbereich L/ Antrag 2

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bundesvorstand

Empfänger:
SPD-Bundesparteitag

Digitalisierung und Gesundheit: Chancen nutzen, Risiken vermeiden

(Angenommen in geänderter Fassung der Antragskommission)

Im 21. Jahrhundert erleben wir mit der digitalen Revolution wieder eine historische Zäsur, in dem vernetzte Computer und Maschinen nicht nur die Muskelkraft des Menschen ersetzen, sondern im wachsenden Maß auch geistige Fähigkeiten kopieren. Sie bietet für alle Lebensbereiche neue Chancen und neue Möglichkeiten – aber auch Risiken, die klein gehalten werden müssen. Keine Technik ist aus sich heraus gut oder schlecht. Entscheidend ist immer, was wir daraus machen, welche Weichen wir stellen. Und entscheidend ist, welche Rückwirkungen Technik auf gesellschaftliche Bedingungen und unser soziales und gesellschaftliches Selbstverständnis hat.

Auch und gerade das Gesundheitswesen kann hier nicht außen vor bleiben. Viele Herausforderungen stellen sich hier besonders deutlich: weil es um bestmögliche Hilfe für Leben und Gesundheit geht, weil es um höchst sensible Daten geht und weil es um das Selbstverständnis der helfenden Berufe geht. Denn hier müssen technische Verbesserungen im Kontext ihrer Rückwirkung auf das Bild vom Menschen und der Medizin gesehen werden.

Deshalb müssen die Auswirkungen der Digitalisierung auf das Gesundheitswesen politisch gestaltet werden. Vom Fortschrittsoptimismus der Arbeiterbewegung können wir hierbei lernen. Wir wollen, dass die Chancen der neuen Technologie zum Wohle aller genutzt werden – und nicht vorrangig zur wirtschaftlichen Verwertbarkeit aller Lebensbereiche.

So können die Möglichkeiten der digitalen Erfassung von medizinischen Daten und ihre Verleitung durch das Netz die Sicherstellung der Versorgung in der Fläche, beispielsweise durch telemedizinische Verfahren, verbessern. Zugleich erlaubt die anonyme Zusammenführung großer Datenmengen eine bessere Analyse gesundheitlicher Entwicklungen. Dazu gehören unmittelbare Versorgungsfragen wie beispielsweise eine präzisere

Epidemievorhersage, aber auch Analysen des Gesundheitswesens und damit eine bessere Planbarkeit und Wirkungskontrolle gesundheitspolitischer Maßnahmen.

30

Für chronisch Kranke bietet die Digitalisierung neue Möglichkeiten der Überwachung des Gesundheitszustandes und damit mehr Sicherheit, aber auch mehr Unabhängigkeit und Bewegungsfreiheit. Unklar ist bislang, wie sich die massenhafte Selbstüberwachung und Optimierung sowohl bei chronisch Kranken als auch bei Gesunden („quantified self“) auf Selbstwahrnehmung und eine mögliche Zunahme eines technisierten Medizinverständnisses auswirkt.

35

Für jede Sammlung medizinischer Daten muss die vollständige Datenautonomie gesichert sein. Das gilt auch für die elektronische Gesundheitskarte. Vielen Menschen sind die Missbrauchsmöglichkeiten nicht bewusst, die die freiwillige Erfassung persönlicher biomedizinischer Daten ermöglicht. Insbesondere die private Versicherungswirtschaft kann daraus Rückschlüsse über die "Attraktivität" potentieller Versicherter ziehen. Dies leistet der Aufteilung in sogenannte "gute oder schlechte Risiken" und einer weiteren Entsolidarisierung Vorschub.

40

Auch in den konkreten Strukturen des Gesundheitswesens hält die Digitalisierung immer mehr Einzug. So wird eine bessere Steuerung innerhalb der Einrichtungen, aber auch die Anpassung an normative Vorgaben erleichtert. So ermöglicht die elektronische Patientenakte oder das elektronische Rezept eine deutlich erleichterte Kommunikation zwischen allen an der Behandlung eines Patienten beteiligten Heilberufen. Sie kann helfen, weniger Zeit mit bürokratischem Aufwand und mehr mit den Patienten zu verbringen. Zugleich erleichtert sie Plausibilitätskontrollen, Qualitätssicherung und Klärung der Angemessenheit von Behandlungsentscheidungen und kann so den Akteuren bei der Verbesserung ihrer Arbeit helfen.

45

Zugleich bedeuten große und elektronisch zugängliche Patientendaten eine besondere Herausforderung an den Datenschutz. Das gilt sowohl für die hochsensiblen medizinischen Daten der Patienten als auch für eine mögliche, mittelbare Überwachung der Mitarbeiter. Auch darf eine erleichterte Dokumentation nicht zu einer Ausbau von bürokratischer Überlastung des Personals führen.

50

Mit der Digitalisierung gehen auch neue Möglichkeiten der Organisation, Nutzung und Verfügbarmachung medizinischen Wissens einher. Alles hier veröffentlichte medizinische Wissen ist jederzeit und überall verfügbar. Bereits heute informieren sich viele Patienten via Internet zu aktuellen medizinischen Fragen. Dabei stellen sowohl die Sicherung der Qualität und Zuverlässigkeit der bereitgestellten Informationen eine große Herausforderung dar als auch die Hilfe und Unterstützung bei der angemessenen Interpretation. Aber auch für Angehörige der Heilberufe ist das Netz eine wichtige Informationsquelle. Mit einer Veröffentlichungspflicht für alle Studien zu Arzneimitteln könnte beispielsweise die Verordnungsrationale deutlich verbessert werden. Zukünftig werden digitale Arztassistenzsysteme eine immer stärkere Rolle spielen.

65

70

Die ASG wird sich an der anstehenden Debatte beteiligen und das Thema in 2015 zu einem Schwerpunkt ihrer Arbeit machen. Regelungsbedarf sehen wir in vielen Bereichen, um den folgenden Kriterien zu genügen:

75

1. Umfassende Datenautonomie der Bürgerinnen und Bürger im biomedizinischen Bereich. Das soll sowohl für Daten gelten, die im Rahmen von Diagnostik und Behandlung erhoben werden als auch für solche biomedizinischen Daten, die in großem Umfang ohne unmittelbare medizinische Funktion und freiwillig erhoben werden. Angesichts der heute noch weitgehend unüberschaubaren Nutzbarkeit einmal erhobener und gespeicherter Daten muss hier ein dem Gentechnikgesetz analoger Schutz gewährleistet sein. Medizinischer Datenschutz als Teilbereich der Schweigepflicht kommt vor Effizienz- und Wirtschaftlich-

80

85 keitserwägungen.

2. Ausbau der Forschung zu den Möglichkeiten der digitalen Erfassung und Verarbeitung von Daten im Gesundheitsbereich. Förderung des Ausbaus der Digitalisierung und der daraus entstehenden technischen Möglichkeiten gehört dazu ebenso wie eine Begleitforschung zu mittelbaren Auswirkungen.

3. Keine Entsolidarisierung. Mit der solidarischen Bürgerversicherung für alle werden Versicherungsmodelle mit umfassender Kontrolle der Versicherten ausgeschlossen.

Antragsbereich BI/ Antrag 1

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Parteivorstand

Parteiintern die Vorbereitung zur Einführung der Bürgerversicherung weiterführen

(Angenommen in der Fassung der Antragskommission)

Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG fordert den Parteivorstand und die SPD Bundestagsfraktion auf, parteiintern die Vorbereitung zur Einführung der Bürgerversicherung weiterzuführen.

Antragsbereich BI/ Antrag 3

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Saar

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Parteivorstand

Solidarische Medizin braucht die Bürgerversicherung

(Angenommen mit ergänzten der EmpfängerInnen)

Die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitssystem setzt sich weiterhin für die Bürgerversicherung ein. Wir wollen weg von der Zwei-Klassen Medizin zu einer solidarischen Medizin. Dabei soll jeder Bürger bei einer Versicherung (Bürgerversicherung) versichert werden, die sowohl die Pflegeversicherung wie auch die Krankenkassen abdeckt. Daraus erhält jeder die gleichen Leistungen für einen solidarischen Beitrag. Dies bedeutet nicht einfach die Abschaffung der Privaten Versicherungen und die Beibehaltung der gesetzlichen Versicherung. Das System muss dahingehend reformiert werden, dass die Vergütung der Leistungserbringer unabhängig vom Beitrag des Versicherten und angemessen für die bedarfsgerecht erbrachte Leistung sein muss.

Antragsbereich BI/ Antrag 6

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Berlin

EmpfängerIn:
SPD-Bundesparteitag

Ungerechten Zusatzbeitrag der Krankenkassen abschaffen!

(Angenommen)

Seit 1.1.2015 erheben Krankenkassen individuelle Zusatzbeiträge, an denen sich Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger nicht beteiligen. Gesetzlich ist festgelegt, dass auch alle
5 künftigen Erhöhungen ohne jede Grenze alleine von den Versicherten bezahlt werden müssen. Diese ungerechte Konstruktion verstößt - automatisch und Jahr für Jahr immer stärker - gegen den sozialdemokratischen Grundpfeiler einer solidarischen Finanzierung der sozialen Krankenversicherung und führt auch die paritätische Selbstverwaltung von Krankenkassen ad absurdum.

10

Deshalb sind alle sozialdemokratischen Bundestagsabgeordneten und Regierungsverantwortlichen in Bund und Ländern aufgerufen, dieses ungerechte System von Zusatzbeiträgen der Krankenkassen so schnell wie möglich wieder abzuschaffen.

Antragsbereich BI/ Antrag 7

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Nordrhein-Westfalen

EmpfängerIn:
SPD-Bundestagsfraktion

Keine weitere Belastung der Gesetzlich Krankenversicherten durch gesamtgesellschaftliche Aufgaben

(Angenommen)

Die ASG verurteilt die Vereinbarung der Großen Koalition, den Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds in den Jahren 2014 und 2015 zu senken und die eingesparten Milliarden zur Erhö-
5 hung der BAFöG-Sätze und zur Neuverteilung der BAFöG-Finanzierung zwischen Bund und Ländern zu verwenden.

Sie fordert die Bundestagsfraktion auf, Vereinbarungen dieser Art, bei denen einmal mehr gesamtgesellschaftliche Aufgaben zu Lasten der gesetzlich Versicherten finanziert werden, in Zukunft nicht mehr zuzustimmen.

Antragsbereich AB/ Antrag 2

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Parteivorstand

Verabschiedung einer gesetzlichen Regelung zur Personalbemessung in Krankenhäusern und psychiatrischen Kliniken sowie in stationären Einrichtungen der Pflege und Betreuung

(Angenommen mit Änderungen)

Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG fordert die SPD Bundestagsfraktion und den SPD Parteivorstand auf gesetzliche Regelungen zur Personalbemessung z. B. Personalstandards in 5 Krankenhäusern und eine aktualisierte Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) für psychiatrische Kliniken sowie angemessene Standards in stationären Einrichtungen der Pflege und Betreuung entsprechend unterschiedlichen fachlichen Anforderungen zu beschließen, gesetzlich umzusetzen und die Finanzierung sicherzustellen.

Antragsbereich AB/ Antrag 3

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Berlin

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion

Bundeseinheitlicher Pflegeschlüssel!

(Angenommen in geänderter Fassung)

Die Mitglieder der SPD Bundestagsfraktion sind aufgefordert, bis zu einer Personalbemessung auf Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes auf die Einführung eines bundeseinheitlichen Pflegeschlüssels und dessen Finanzierung für stationäre Pflegeeinrichtungen hinzuwirken.

Grundlage für den bundeseinheitlichen Pflegeschlüssel soll der aktuell höchste Pflegeschlüssel aller Bundesländer sein, um sicherzustellen, dass in keinem Bundesland eine Verschlechterung der Situation für Pflegende und Pflegebedürftige entsteht.

Antragsbereich AB/ Antrag 5

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Berlin

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

Kosten für Pflegepersonal neben dem DRG-System berücksichtigen!

(Angenommen)

Die ASG fordert die sozialdemokratischen Mitglieder des Bundestags und der Bundesregierung dazu auf, sich dafür einzusetzen, dass die Kosten für Pflegeleistungen neben dem DRG-System berücksichtigt werden und dass sichergestellt wird, dass eine gute Ausstattung mit Pflegepersonal sowie die Bezahlung von ordentlichen tariflichen Gehältern nicht länger zum Nachteil entsprechender Krankenhäuser wird. Der Wettbewerb zu Lasten der Pflege muss beendet werden.

Antragsbereich AB/ Antrag 6

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Nord

Empfänger:
SPD-Bundestagsfraktion

Substitution ärztlicher Tätigkeiten - Schaffung neuer Heilberufe verbunden mit einer inhaltlichen Neustrukturierung und finanzieller Aufwertung der pflegerischen Tätigkeiten

(Angenommen in geänderter Fassung)

Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefordert, die selbständige Ausübung von Heilkunde Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege stärker zu fördern und entsprechende gesetzgeberische Initiativen auf den Weg zu bringen. Dabei sollen neben der Delegation auch weitere Substitutionsmöglichkeiten von bislang Ärzten vorbehaltenden Maßnahmen noch in dieser Legislaturperiode erfolgen.

Antragsbereich AB/ Antrag 7

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen:
SPD-Bundesparteitag
SPD-Bundestagsfraktion

Kostenlose Ausbildung für alle Berufe im Gesundheitswesen

(Angenommen in der Fassung der Antragskommission)

- 5 Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG fordert die SPD Bundestagsfraktion und den SPD Parteivorstand auf eine kostenlose Ausbildung für alle Gesundheitsberufe auf den Weg zu bringen.

Wesentliche Punkte sind:

- 10
1. eine Abschaffung des Schulgeldes für Auszubildende
 2. eine Zusicherung für Auszubildende auf eine universitäre Weiterbildung
 3. freie Masterplätze für BachelorabsolventInnen aus der Gesundheitsbranche
 4. ordentliche Bezahlung für psychologische PsychotherapeutInnen in Ausbildung

Antragsbereich AB/ Antrag 8

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Parteivorstand

Verbesserte medizinischen Versorgung durch den Einsatz von multiprofessionellen Versorgungsteams

(Angenommen)

- 5 Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG fordert die SPD Bundestagsfraktion und den SPD Parteivorstand auf eine verbesserte medizinische Versorgung durch den Einsatz von multiprofessionellen Versorgungsteams sicherzustellen.

Antragsbereich AB/ Antrag 9

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Parteivorstand

Strukturierte Versorgung von chronisch Kranken unter Einbeziehung evidenzbasierter Therapiepläne und multiprofessioneller Behandlungsteams

(Angenommen)

Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG fordert die SPD Bundestagsfraktion und den SPD Parteivorstand auf eine besser strukturierte Versorgung chronisch Kranker auf den Weg zu 5 bringen und dabei die Versorgung chronisch Kranker zu verbessern.

Antragsbereich AB/ Antrag 17

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bundesvorstand

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Landtagsfraktionen

Mangel an ärztlichem und pflegerischem Personal in den Hygienefachberufen

(Angenommen in geänderter Fassung)

Der Mangel an pflegerischem und ärztlichem Fachpersonal in den Hygieneberufen ist gravierend, dieses ist insbesondere bedeutsam für die Umsetzung für das am 03.08.2011 in 5 Kraft getretenen Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze.

10 1. Der Staat soll auf die Länder einwirken, die Voraussetzungen zur Etablierung und Initiierung von Lehrstühlen für Hygiene an den Universitäten zu schaffen um die Ausbildung von ärztlichem Hygienepersonal zu gewährleisten. Die Finanzierung muss über die Universitäten erfolgen, wobei im Rahmen des Sonderlastengesetzes den Universitäten entsprechende Auflagen gemacht werden können. Die Universitäten und Krankenhäuser haben zu gewährleisten, dass die Weiterbildung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin sicher gestellt wird.

15 2. Die ärztliche Approbationsordnung soll die Ausbildung im Fachgebiet Hygiene mit einem bundeseinheitlichen Curriculum beinhalten. Außerdem muss bundeseinheitlich festgelegt werden, mit welchem Mindestumfang das Fachgebiet Hygiene in den Curricula anderer klinischer Fachdisziplinen berücksichtigt wird.

20 3. Des Weiteren ist ein neuer Beruf, unabhängig vom Arztberuf als Hygieniker zu schaffen, so wie dieses bereits in anderen EU-Ländern erfolgt ist (BA, MA)

25 4. Für die Weiterbildung pflegerischer Hygienefachkräfte sind ausreichend Weiterbildungsstätten zu schaffen und zu finanzieren, um die personellen Lücken zu schließen. Die finanzi-

elle Vergütung ist dringlich verbesserungswürdig.

Die Finanzierung der Aufwendungen für Hygiene in psychiatrischen Krankenhäusern ist durch die Übernahme des § 4, Absatz 11 Krankenhausentgeltverordnung gleichermaßen zu regeln. Nur so werden wir dann auch die hygienischen Bedingungen in der Psychiatrie, die in vielen Teilen auch dort notwendig sind, sicherstellen können.

5. Grundsätzlich besteht dringliche Notwendigkeit ein Sonderprogramm zur Hygieneforschung zu starten und über den Bund zu finanzieren mit regelmäßiger Berichterstattung (evtl. auch im Rahmen des Bund-Länder-Programm zur Wissenschaftsförderung)

Antragsbereich LV/ Antrag 1

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Baden-Württemberg

Empfänger:
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Parteivorstand

Reform der primärmedizinischen Versorgung

(Angenommen in geänderter Fassung)

5 Zur Beseitigung dieser Fehlentwicklungen fordert die ASG dringendst notwendige Struktur-
reformen, die nicht mit dem vorliegenden Referentenentwurf eines Versorgungsstärkungsgesetzes angegangen werden:

- 10 • Die Bedarfsplanung sollte dahingehend verändert werden, dass die heute geltenden Verhältnis-
zahlen überarbeitet und der Anzahl der Zulassungen an den tatsächlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung gekoppelt werden.
- 15 • in überversorgten Regionen sind ab einem festgestellten Versorgungsgrad von 130% frei-
werdende Arztsitze und Psychotherapeutesitze obligatorisch von der jeweiligen Kassen-
ärztlichen Vereinigung (KV) stillzulegen und aufzukaufen. Damit wird den Kassenärztlichen
Vereinigungen ein wirksames Instrument an die Hand gegeben, ihren vom Gesetzgeber
nach § 72 SGB V übertragenen verpflichtenden Sicherstellungsauftrag zur Herstellung
20 gleichwertigen Versorgungsverhältnisse zu erfüllen; außerdem wird die KV verpflichtet bei
gestellten „Nichtversorgung“ der Bevölkerung, niederlassungs-willige Ärztinnen/Ärzte finan-
ziell zu unterstützen oder ein MVZ zu gründen, in dem die niederlassungswilligen Ärztin-
nen/Ärzte angestellt werden).
- 25 • des Weiteren sind zur Steuerung in überversorgten Gebieten Abschläge auf den Orientie-
rungswert (abgestaffeltes Honorar) einzuführen. Außerdem sind die Voraussetzungen zur
Eröffnung von Zweigpraxen – gerade im ländlichen Raum – zu verbessern und durch die KV
zu fördern.
- 30 • zur curricularen Stärkung der Allgemeinmedizin gegenüber den spezialisierten Fachärzten,
sind zielgerichtete Maßnahmen im praktischen Jahr zu entwickeln: beispielsweise finanzielle
Anreize für diejenigen Universitäten, deren medizinischen Fakultäten gezielt die „Land-

arztpraxis“ fördern;

- 35 • zur Steigerung der Attraktivität der primärärztlichen Versorgung (Allgemein-, Kinder- und Frauenärzte), sind bundesweit universitär betreute Kompetenzzentren nach dem Vorbild von und Hessen durch die Landesärztekammern (LAK) zu installieren;
- 40 • an allen Universitäten mit medizinischen Fakultäten sind Lehrstühle für Allgemeinmedizin zu errichten; (Anmerkung: Prof. Dr.med. Gerlach, DEGAM-Vorsitzender, wird im Deutschen Ärzteblatt vom 10.10.2014, S. 1726, zitiert, wonach 25 von 36 medizinischen Fakultäten über Lehrstühle der Allgemeinmedizin verfügen)
- 45 • zur bedarfsgerechten, primärmedizinischen Versorgung ist das Delegationsprinzip an entsprechend qualifizierte Pflegekräfte auszubauen. Ferner ist zu prüfen, wo Substitutionsverfahren sinnvoll sein können und ggf. eingeführt werden sollten.
- 50 • zur besseren vernetzten Versorgung, insbesondere in ländlichen und unterversorgten Bereichen ist die Gründung von MVZ`s zu erleichtern, damit ein qualitativ hohes Versorgungsniveau gesichert wird. Damit werden jungen Ärztinnen und Ärzten und aber auch anderen diversen Gesundheitsprofessionen attraktive Arbeitsplätze mit bedarfsgerechter Dienstanstellung und -gestaltung zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie angeboten werden;
- 55 • MVZ`s können auch eine Versorgungsalternative sein, bei anstehenden und notwendigen Krankenhausschließungen;
- 60 • das ärztliche Vergütungssystem (Gebührenordnung) ist patientenorientierter zu reformieren, in dem das Missverhältnis der Honorierung einzelner, vorwiegend apparategestützter Facharztgruppen („Apparatemedizin“) zu Gunsten der hausärztlichen Versorgung „sprechenden Medizin“ ohne zusätzliche Belastung der Beitragszahler umgebaut wird;
- 65 • zur Finanzierung dieser notwendigen Strukturreformen ist durch den Bund und die Länder ein Sonderfonds aufzulegen, zur gezielten Förderung der Primärmedizin insbesondere durch von Unterversorgung bedrohte Kommunen und Stadtteilen in Großstädten.

Antragsbereich LV/ Antrag 2

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Nordrhein-Westfalen

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Landtagsfraktionen

Krankenhausversorgung in Deutschland - Grundpositionen zur Stärkung der Daseinsfürsorge

(Angenommen in geänderter Fassung)

- 5 1. Die Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern stellt einen elementaren Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge dar und bedarf daher der demokratisch legitimierten Kontrolle. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden und eine qualitativ hochwertige Versorgung der PatientInnen bei guten Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten sicherzustellen, ist die öffentli-

che Trägerschaft für Krankenhäuser am besten geeignet.

10 2. Die Art und Weise, wie heute Patientenversorgung im Krankenhaus organisiert wird, zeigt, dass die „Verbetriebswirtschaftlichung“ des Gesundheitswesens dem Patienten eher schadet als nützt und führt erwiesenermaßen in die falsche Richtung. Für die Sicherstellung des Versorgungsauftrags ist ein Finanzierungssystem notwendig, welches dem tatsächlichen Bedarf folgt und diesen refinanziert. Das derzeit angewandte DRG-System ist dafür
15 ungeeignet und muss ersetzt werden.

3. Die Möglichkeiten zur Gewinnerzielung für Krankenhausträger sind zu begrenzen, so dass weder die Versorgungsqualität der BürgerInnen noch der Gesundheitsschutz der Beschäftigten beeinträchtigt werden. Entsprechende Bewertungsinstanzen sind zu etablieren. Gesichert werden muss eine vollständige Finanzierung der Kosten der allgemeinen
20 Tariflohnsteigerungen (TVöD und TV-Ärzte) um dauerhaft eine tragfähige Lösung für die Personalvorhaltung zu sichern. Denn das ist für eine gute Patientenversorgung und für die Entlastung des Personals ganz entscheidend. Sofern dennoch Gewinne erwirtschaftet werden, müssen diese zur Erfüllung des Versorgungsauftrags reinvestiert werden.

Antragsbereich LV/ Antrag 3

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Berlin

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion

Potenzial von Prävention und Gesundheitsförderung endlich nutzen!

(Angenommen)

Die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) erkennt an, dass sich die SPD-Bundestagsfraktion sowohl in den Koalitionsverhandlungen als auch im
5 derzeit laufenden Gesetzgebungsverfahren für ein nachhaltiges und wirksames Präventionsgesetz eingesetzt hat. Gleichzeitig sieht die ASG jedoch, dass mit dem derzeitigen Koalitionspartner ein solches Gesetz nicht durchsetzbar ist. Die ASG fordert die SPD-Bundestagsfraktion daher auf, auch nach Verabschiedung des Präventionsgesetzes weiter
10 Prävention als gesundheitspolitischen Schwerpunkt zu verfolgen. Dazu gehört insbesondere, bei sich ändernden politischen Mehrheitsverhältnissen ein Gesetz zu verabschieden, dass

-Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche, interministerielle Querschnittsaufgabe versteht,

15 - eine gerechte Finanzierung sicherstellt, die alle relevanten Institutionen einbezieht,

- den Schwerpunkt von Prävention und Gesundheitsförderung auf die Lebenswelten ("Setting") ausrichtet und

20 - eine kontinuierliche wissenschaftliche Begleitung und Evaluation etabliert.

Antragsbereich LV/ Antrag 4

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Baden-Württemberg

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Parteivorstand

Gesundheit fördern – Weichen stellen für ein Präventionsgesetz

(Angenommen in der Fassung der Antragskommission)

- 5 Es muss der Grundsatz gelten: wer bestellt der bezahlt. Die ASG fordert deshalb eine klare Finanzabgrenzung zwischen den Sozialversicherungsträgern untereinander und zu Bund, Ländern, Kommunen andererseits. Es kann nicht hingenommen werden, dass mit Beitragsgeldern öffentliche Aufgaben unter dem Vorwand Prävention, bspw. defizitäre Schwimmbäder, aus Beitragsgeldern mitfinanziert werden. Neue Verschiebebahnhöfe zu Lasten der
- 10 Sozialkassen lehnt deshalb die ASG ohne Wenn und Aber ab.

Antragsbereich LV/ Antrag 5

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Berlin

EmpfängerInnen:
Sozialdemokratische Mitglieder in den Landesregierungen im Bundesrat
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Parteivorstand

Benachteiligung von MVZ beenden!

(Angenommen in der Fassung der Antragskommission)

- Die SPD-Bundestagsfraktion und die sozialdemokratischen Vertreterinnen und Vertreter der
- 5 Landesregierungen im Bundesrat werden aufgefordert, sich für gleiche Wettbewerbschancen aller ambulanten medizinischen Versorgungseinrichtungen einzusetzen. Neben den klassischen Einzel- und Gemeinschaftspraxen stellen medizinischen Versorgungszentren (MVZ) bereits heute einen wichtigen Bestandteil der ambulanten Versorgung dar, da sie die interdisziplinäre Zusammenarbeit erleichtern und Ärztinnen und Ärzten sowie Psychothera-
- 10 peutinnen und Psychotherapeuten die Möglichkeit bieten, auch in Anstellung tätig zu sein.

Die gesetzliche Benachteiligung der medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gegenüber den Einzel- und Gemeinschaftspraxen gilt es daher zu beenden, insbesondere:

- bei der Bewerbung um offene Vertragsarztsitze,
- 15 • bei der Möglichkeit, Filialen in anderen Planungsbereichen zu gründen,
- bei der Honorierung der Leistungen.

Antragsbereich LV/ Antrag 6

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Parteivorstand

Einführung neuer Entgeltformen in der Psychiatrie/ Psychosomatik (PEPP) stoppen

(Angenommen in der Fassung der Antragskommission)

Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG fordert die SPD Bundestagsfraktion und den SPD
5 Parteivorstand auf die Einführung des derzeit geplanten pauschalisierenden Entgeltsystem
für die Psychiatrie/ Psychosomatik (PEPP) zu stoppen.

Es besteht seit über 20 Jahren ein empirisch fundiertes und bewährtes System für die Finan-
10 zierung stationärer psychiatrischer/psychotherapeutischer Leistungen, das zu aktualisieren
ist.

Dieses System beruht auf der Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV), die klare Zahlen für
die Personalbemessung für eine angemessene Behandlung vorgibt. Diese Verordnung ist
weiterhin in Kraft, wurde allerdings durch die Politik der Budgetierung teilweise auf kaltem
15 Wege ausgehebelt.

Es ist zu fordern, die Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) beizubehalten und deren
Umsetzung zu garantieren. Aufgrund erhöhter Inanspruchnahme und komplexerer Krank-
heitsbedingungen ist zusätzlich die Personalbemessung entsprechend dieser erhöhten An-
20 forderungen anzupassen. Eine qualitative Begleitforschung ist notwendig.

Für die Erarbeitung und Gestaltung eines der den aktuellen Bedingungen angemessenen
Finanzierungssystems der stationären psychiatrischen/psychotherapeutischen und kinder-
und jugendpsychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung sind insbesondere die je-
25 weiligen Fachgesellschaften mit ihrer fachlichen Kompetenz von Anfang an eng und ernst-
haft miteinzubeziehen.

Antragsbereich LV/ Antrag 8

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Parteivorstand

Einführung einer Stoffgruppenregelung in das Betäubungsmittelgesetz um den Handel gesundheitsgefährdender Designerdrogen ohne zeitliche Lücke zu kontrollieren und ggf. zu unterbinden

(Angenommen)

Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG fordert den Parteivorstand und die SPD-
Bundestagsfraktion auf, sich für eine Einführung einer Stoffgruppenregelung in das Betäu-

5 bungsmittelgesetz einzusetzen. Auf diese Weise können die Schutzmechanismen des Betäubungsmittelrechts ohne zeitliche Lücke auch bei neuentwickelten psychoaktiven Substanzen mit erheblichem gesundheits-gefährdendem Potential (z.B. Designerdrogen) angewendet werden.

Antragsbereich LV/ Antrag 9

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Nord

EmpfängerInnen:
sozialdemokratische Mitglieder in der Bundesregierung
SPD-Bundestagsfraktion
SPE-Fraktion

Antibiotikaresistenz in Europa reduzieren Konzertierte Aktion für unsere Gesundheit

(Angenommen)

5 Die europäische SPE-Fraktion, die SPD-Bundestagsfraktion, die SPD-Bundes- und Landesregierungen werden aufgefordert, eine Verordnung bzw. ein Gesetzgebungsverfahren auf den Weg zu bringen und mit allen EU- und assoziierten Ländern einen zielführenden Weg und Leitlinien zum Antibiotikagebrauch zu beschließen, die die Reduzierung von Antibiotikaresistenzen, z. B. nach niederländischem Modell vorsieht. Beschränkungen von
10 Antibiotikagebrauch müssen auch für die Tiermast gelten.

Antragsbereich LV/ Antrag 10

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Parteivorstand

Vertrauen in die Organspende und Organtransplantation fördern durch Schaffung transparenter Strukturen

(Angenommen)

Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG fordert die SPD Bundestagsfraktion und den SPD Parteivorstand auf auf durch Schaffung transparenter Strukturen das Vertrauen in die Organ-
5 spende und Organtransplantation zu fördern.

Antragsbereich LV/ Antrag 11

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Saar

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion

Organspende

(Angenommen in der Fassung der Antragskommission)

Wir fordern die SPD-Bundestagsfraktion auf, sich für die folgende Änderung des Organspen-
5 dengesetzes einzusetzen:

Jeder hirntote Mensch, der die Erfordernisse zur Organspende erfüllt, spendet seine Organe,
außer er oder sein gesetzlicher Vertreter hat zu Lebzeiten entschieden, dass er dieses nicht
möchte.

Antragsbereich LV/ Antrag 13

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Nord

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion

Zahnersatz

(Angenommen)

Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefordert, ein Gesetzgebungsverfahren auf den
Weg zu bringen, dass bei der Regel- und bei der gleichartigen Versorgung keinerlei
5 privat Zahnärztliche Honorare dem Patienten berechnet werden dürfen.

Ebenso sind dem Heil- und Kostenplan vom Zahnarzt mindestens 3 unterschiedlich
hohe Kostenvoranschläge unterschiedlicher Zahnersatzlabore beizufügen.

Antragsbereich LV/ Antrag 14

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Nord

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion

Höchstbeträge bei Einlagen und Kompressionsstrümpfen

(Angenommen)

Die SPD-Bundesfraktion wird aufgefordert, ein Gesetzgebungsverfahren auf den Weg zu bringen, dass bei der Versorgung mit Einlagen, Bandagen und Kompressionsstrümpfen die bestehende Festbetrags-Regelung wieder durch die Höchstbetrags-Regelung ersetzt wird.

Antragsbereich LV/ Antrag 15

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Berlin

EmpfängerInnen:
SPD-Bundesparteitag

Patientenquittung für Alle: Patientenrechte stärken, Transparenz erhöhen!

(Angenommen)

Seit über 10 Jahren haben gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten in der Arztpraxis und im Krankenhaus das Recht, eine Patientenquittung zu verlangen. In der Praxis bestehen ganz erhebliche Hürden, dieses wichtige Instrument zur Erhöhung der Transparenz zu nutzen. Daher setzt sich die SPD in Regierungsverantwortung dafür ein, die Aushändigung einer Patientenquittung nach ambulanten und stationären Behandlungen für Leistungserbringer gesetzlich verpflichtend zu machen.

Antragsbereich LV/ Antrag 16

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Parteivorstand

Abschaffung von IGeL Leistungen in Kassenarztpraxen

(Angenommen)

Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG fordert die SPD Bundestagsfraktion und den SPD Parteivorstand auf IGeL Leistungen als Angebot in Kassenarztpraxen abzuschaffen. Dabei ist

5 zu prüfen welche Leistungen wieder als Pflichtleistungen in die GKV überführt werden müssen.

Antragsbereich LV/ Antrag 18

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bundesvorstand

Änderung der Pflegestatistikverordnung

(Angenommen)

Die Verordnung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege (Pflegestatistik-Verordnung) soll derart geändert werden, dass das Versorgungsgeschehen in stationären Pflegeeinrichtungen differenzierter abgebildet wird.

Antragsbereich S/ Antrag 1

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Nordrhein-Westfalen

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion
SPE-Fraktion

Krankenversicherung Zuwandererfamilien

(Angenommen)

Die ASG-Bundeskonferenz möge beschließen:

5 Die Bundestagsfraktion der SPD und die SPD-Fraktion im EU-Parlament werden aufgefordert zu prüfen, wie ein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz für die (nicht versicherten) Zuwandererfamilien aus Bulgarien und Rumänien organisiert und finanziert werden kann. Geprüft werden soll auch, ob und wie die Kosten von den Herkunftsländern erstattet werden sollen.

Antragsbereich S/ Antrag 2

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hannover

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion
SPE-Fraktion

TTIP Freihandelsabkommen

(Angenommen in der Fassung der Antragskommission)

Die ASG fordert die Ausklammerung von Leistungen des Sozial- und Gesundheitswesens, als eine nach dem Freihandelsabkommen vorgesehene Dienst- bzw. Handelsware.

5

Antragsbereich S/ Antrag 4

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Parteivorstand

Abbau von Bürokratie in Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten/Umsetzung der von der Beikirch Projektgruppe erarbeiteten Empfehlungen

(Angenommen)

Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG begrüßt die vom BMG gestarteten Aktivitäten zur Vereinfachung der Pflegedokumentation in der stationären und ambulanten Pflege und fordert den Parteivorstand und die SPD Bundestagsfraktion auf, sich für die konkrete Umsetzung der von der "Beikirch Projektgruppe" erarbeiteten Empfehlungen zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation einzusetzen.

5

Das Ziel soll durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

10

1. Einrichtung einer Konzentrierten Aktion um die bisher durch den Praxistest gewonnen Erkenntnisse weiter zu vertiefen und bundeseinheitliche Regelungen für eine effiziente Dokumentation festzulegen.

15

2. Abstimmung der Regelungen im System öffentlich-rechtlicher Prüfungen
Die Inhalte/Aussagen der Dokumentation sind zwischen FQA und MDK aufeinander abzustimmen.

20

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

4. Aus- und Weiterbildungen der Pflegeberufe

25

5. Begleitung der reduzierten Pflegedokumentation aus rechtlicher Sicht

Hier sind Auswirkungen auf die Rechtssetzung aber auch auf das Berufsrecht und die beruf-

lichen Sorgfaltspflichten zu hinterfragen.

Antragsbereich S/ Antrag 5

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hannover

Vereinheitlichung bzw. Zusammenführung der Gutachterdienste in der Pflege bei Leistungen nach dem SGB XI und ergänzenden Leistungen nach dem SGB XII, sowie der Eingliederungshilfe von Körperbehinderten nach dem SGB XII

(Angenommen)

5 Bisher wurden Personen i. d. R. durch den MdK i. B. auf Leistungen nach dem SGB XI begutachtet und durch den Sozialdienst der Kommune i. B. auf Leistungen nach dem SGB XII in Augenschein genommen. Dieses führte oft zu unterschiedlichen Ergebnissen und die Pflegebedürftigen waren bis zur Vereinheitlichung der Ergebnisse oft unterversorgt.

10 Es ist erforderlich, dass ein einheitliches Verfahren durch den MdK nach einheitlichen Richtlinien, sowohl für den Personenkreis der Leistungsempfänger nach dem SGB XI als auch dem SGB XII, erfolgt.

Das Ergebnis der MdK Begutachtung sollte für alle am Verfahren Beteiligten (Sozialleistungsträger SGB XI bzw. SGB XII, Kranken- und Pflegekasse) als verbindlich erklärt werden.

Antragsbereich Ini/ Antrag 1

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Berlin

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Landtagsfraktionen

Versorgung der Bevölkerung mit Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung

(Angenommen in der Fassung der Antragskommission)

5 In der alternden Gesellschaft erreichen zunehmend auch schwer kranke Patienten ein höheres Lebensalter.

10 Seit 2007 besteht das Gesetz zur Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gem. §§ 37b und 132d SGB V: Dies ist eine neue Komplexleistung im Sozialgesetzbuch, der eine multiprofessionelle ambulante Behandlung und Betreuung (durch Ärzte und Pflegenden einschl. der entsprechenden Koordination) dieser schwerkranken und sterbenden Patienten und ihrer Angehörigen vorsieht.

In den meisten Bundesländern ist für diese Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung immer noch keine flächendeckende Versorgung erreicht. Speziell in Westfalen-Lippe besteht eine sehr sinnvolle Vereinbarung zur Allgemeinen Palliativversorgung, die jedoch den

15 gesetzlichen Auftrag zur Umsetzung der SAPV gem. §§ 37b und 132d SGB V nicht umgesetzt, da hier keine multiprofessionellen Teams für Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung bestehen, sondern lokale Ärztgruppen diese Tätigkeit zumeist nebenberuflich zu erbringen versuchen

20 Die ASG fordert die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung endlich umzusetzen.

Antragsbereich Ini/ Antrag 2

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Berlin

EmpfängerInnen:
sozialdemokratische Mitglieder in der Bundesregierung
SPD-Bundestagsfraktion

Einführung einer Impfpflicht

(Angenommen in der Fassung der Antragskommission)

Die sozialdemokratischen Mitglieder der Bundesregierung und der SPD-Bundestagsfraktion werden aufgefordert, die nötigen Maßnahmen dafür zu treffen, um niedrigschwellige Zugangswegen zu Impfungen zu ermöglichen.

Sie werden ebenfalls dazu aufgefordert, sich für die Einführung einer Impfpflicht gemäß den Empfehlungen des STIKO einzusetzen.

Antragsbereich Ini/ Antrag 4

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hannover

Kostenlose gesunde Schulverpflegung morgens und mittags in allen allgemeinbildenden Schularten aus Landes- und Bundesmitteln

(angenommen in Fassung der Antragskommission)

Die ASG fordert die kostenlose gesunde Schulverpflegung morgens und mittags in allen allgemeinbildenden Schularten aus Landes- und Bundesmitteln

Antragsbereich Ini/ Antrag 5

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hessen-Süd

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Landtagsfraktionen
SPD-Parteivorstand

Psychotherapeutische Versorgung institutionell stärken!

(Angenommen)

Die ASG fordert, in dem Gesetzespassus §90a Landesgremium SGB V ausdrücklich
Psychotherapeuten aus der Landespsychotherapeutenkammer als Vertreter mit Sitz und
5 Stimm aufzunehmen.

II. An den ASG-Bundesvorstand überwiesene Anträge

Antragsbereich BI/ Antrag 4

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

Empfänger:
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Parteivorstand

Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen als permanente Institution neu zu implementieren

(Überwiesen an ASG-Bundesvorstand)

Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG fordert den Parteivorstand und die SPD Bundes-
tagsfraktion auf die durch das GKV-Modernisierungsgesetz 2003 abgeschaffte Konzertierte
5 Aktion im Gesundheitswesen als permanente Institution neu zu implementieren.

Antragsbereich BI/ Antrag 5

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Parteivorstand

Enquete-Kommission im Gesundheitswesen

(Überwiesen an den ASG-Bundesvorstand)

Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG fordert den Parteivorstand und die SPD Bundestagsfraktion auf eine Enquete-Kommission im Gesundheitswesen zu implementieren mit dem Ziel eine zukunftsfähige Reform der sozialen Sicherungssysteme zu erarbeiten mit einer einheitlichen solidarischen Versorgungsversicherung und Finanzierungsgrundlagen.

Antragsbereich AB/ Antrag 11

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Parteivorstand

Gesetzesentwurf zur Befreiung von Krankenhäusern und deren Beschäftigten von Haftpflichtversicherungsprämien

(Überwiesen an den ASG-Bundesvorstand)

Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG fordert den Parteivorstand und die SPD Bundestagsfraktion auf, einen Gesetzesentwurf auf den Weg bringen, mit dem die Krankenhäuser und deren Beschäftigte von der Last der Haftpflichtversicherungsprämien befreit werden.

Antragsbereich AB/ Antrag 12

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hannover

Hebammen

(Überwiesen an ASG Bundesvorstand)

Jedes Kind soll beim Start ins Leben, die gleichen gesellschaftlichen Rechte haben und die gleiche Fürsorge des Staates erhalten.

Antragsbereich AB/ Antrag 13

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

Empfänger:
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Parteivorstand

Einrichtung eines Haftungsfonds in der Geburtshilfe

(Überwiesen an ASG-Bundesvorstand)

Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG fordert den Parteivorstand und die SPD-Bundestagsfraktion auf, sich einzusetzen für die Einrichtung eines Haftungsfonds in der Geburtshilfe.

Antragsbereich AB/ Antrag 14

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hannover

Vermeiden von Scheinselbstständigkeit im Gesundheitsdienst und der Pflege

(Überwiesen als Material an ASG-Bundesvorstand)

Die Scheinselbstständigkeit im Gesundheitswesen und der Pflege erreicht neue Höhen. Hieraus ist abzuleiten, dass immer mehr Personen Tätigkeiten ausüben ohne einen rechtlichen Versicherungsschutz. Für die Dienstleistungsnehmer besteht durch diese Scheinselbstständigkeit ein rechtsfreier Raum u. a. i. B. auf Regressansprüche bei Schlechtarbeit.

Scheinselbstständigkeit sollte ein Straftatbestand werden und nicht mehr unter die Ordnungswidrigkeit fallen.

Antragsbereich AB/ Antrag 15

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

Empfänger:
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Parteivorstand

Abschaffung der Regressbedrohung für Arznei- und Heilmittelverordnung

(Überwiesen an ASG-Bundesvorstand)

Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG fordert die SPD Bundestagsfraktion und den SPD Parteivorstand auf sich für die Abschaffung von Arznei- und Heilmittelregressen im Rahmen 5 der Wirtschaftlichkeitsprüfung von niedergelassenen Vertragsärzten einzusetzen

Antragsbereich AB/ Antrag 16

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Hannover

Planungsbezirke der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) in Intervallen von zehn Jahren regelmäßig der Bevölkerungsentwicklung anpassen

(Überwiesen an ASG-Bundesvorstand)

In Bezug auf den demografischen Wandel und den Zuzug von Personen aus dem Ausland sollten die Planungsbezirke der KV in regelmäßigen Intervallen überprüft werden und ggf. ist 5 aufgrund des Ergebnisses eine Anpassung vorzunehmen. Mit diesem Instrument kann eine Überversorgung bzw. Unterversorgung vermieden werden.

Antragsbereich LV/ Antrag 17

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASG Bayern

EmpfängerInnen:
SPD-Bundestagsfraktion
SPD-Parteivorstand

Staatliche Zulassungspflicht aller Medizinprodukte ab der Klasse IIa

(Überwiesen an ASG Bundesvorstand)

Die Bundesdelegiertenkonferenz der ASG fordert die SPD Bundestagsfraktion und den SPD Parteivorstand auf sich für eine staatliche Zulassungspflicht für Medizinprodukte oberhalb 5 der Klasse I einzusetzen.

Entschließungsantrag zu AMNOG

(Überwiesen an ASG Bundesvorstand)

Die ASG-Bundeskonzferenz möge beschließen:

- 5 Die SPD-Bundestagsfraktion wird gebeten die Initiative für eine Reform des AMNOG (Arzneimittel-Neuordnungs-Gesetz) mit dem Ziel zu ergreifen,
1. dass der von den gesetzlichen Krankenkassen zu erstattende Herstellerabgabepreis eines neu zugelassenen Arzneimittel bereits rückwirkend vom Tag der Zulassung gilt und
 - 10 2. dass der Hersteller den Herstellerabgabepreis an den tatsächlichen Kosten für Forschung und Entwicklung des Produkts zu orientieren hat in dem Sinne, dass die Gesamtkosten durch Marketing, Management, Administration etc. diesen direkten Forschungsaufwand für das Produkt nicht mehr als verdoppeln.
- 15 Bei Nichteinhaltung dieser Richtlinie werden Gesetzgeber und Regierung verpflichtet, Maßnahmen von Strafsteuern bis zu Zwangslizensierung aus Gründen der nationalen Gesundheitsversorgung ergreifen, um die Gesundheitsversorgung im Rahmen des Solidarsystems sicherzustellen.

III. Weitere Anträge

1. Für erledigt erklärt wurden die Anträge:

B12;S3;

2. Abgelehnt wurden die Anträge:

AB1;LV7;LV12;

3. Zurückgezogen wurden die Anträge:

AB4; AB 10