



## Beschluss des Parteivorstands

### 1 **Zukunft des Gesundheitswesens: Gleiche Gesundheitschancen für alle. Zusammenhalt** 2 **und Solidarität im Gesundheitswesen sichern.**

3

#### 4 1. Medizinische Versorgung als öffentliche Daseinsvorsorge, bedarfsgerechte Versorgung und 5 Patient\*innenorientierung

6

7 Die Gesundheit ist das höchste Gut und keine Ware. Sie muss daher besonders geschützt werden. Die  
8 Bürger\*innen müssen im Mittelpunkt stehen. Der Staat hat deshalb sicherzustellen, dass die Leistungen  
9 der Gesundheitsversorgung den Bedürfnissen derer entsprechen, die sie benötigen.

10

11 Das Gesundheitswesen in Deutschland bietet grundsätzlich eine hochwertige und wohnortnahe  
12 Versorgung. Das hängt auch mit unserem hervorragenden gesetzlichen Krankenversicherungssystem  
13 zusammen. Es hat uns seit fast 140 Jahren begleitet und sicher durch viele Krisen gebracht. Unser  
14 Versorgungssystem hat jeder davon standgehalten.

15

16 Um auch für die Zukunft sicherzustellen, dass alle - unabhängig von Geldbeutel, Wohnort oder  
17 Lebensumständen - sich gleichermaßen auf eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung  
18 verlassen können, bedarf es weiterer Fortentwicklungen des Gesundheitswesens. Denn Faktoren wie der  
19 demographische Wandel und die wachsende Tendenz zur Gewinnoptimierung belasten zunehmend die  
20 Gesundheitsvorsorge in Deutschland und gefährden ihre Qualität. Diesen Entwicklungen wollen wir  
21 entschieden gegensteuern. Wir werden die Fehlentwicklungen und Fehlanreize im System unterbinden  
22 und die vorhandenen Ressourcen besser einsetzen

23

24 Für uns ist die medizinische Versorgung ein selbstverständlicher Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge. Sie  
25 ist nicht nur am Bedarf der Patient\*innen ausgerichtet, sondern orientiert sich auch an den Patient\*innen.  
26 Es ist ein großer Unterschied, ob ein System den Patient\*innen nur passiv Angebote zur Verfügung stellt.  
27 Dann müssen sich die Patient\*innen in diesem System selbst zurechtfinden und werden als Folge nicht  
28 selten von Pontius zu Pilatus geschickt. Oder ob das System die Bedarfe und Probleme der Patient\*innen  
29 anerkennt, diese in den Mittelpunkt stellt, sie sich zu eigenen macht und alles unternimmt, um diese  
30 Probleme zu lösen, und gezielte Hilfe anbietet. Zu diesem Zweck muss die aktuell vorrangige Ausrichtung  
31 des Systems auf die Einrichtungen der medizinischen Versorgung geändert werden. Die Unterscheidung  
32 zwischen der ambulanten, stationären, pflegerischen, psycho- oder physiotherapeutischen Versorgung

33 muss an Bedeutung verlieren. Es ist an der Zeit, ganzheitlich zu denken. Die Zugänge zur Versorgung  
34 müssen vereinfacht und garantiert werden. Leistungen, die medizinisch notwendig und wissenschaftlich  
35 nachgewiesen, sinnvoll und nützlich sind, müssen schneller in den Leistungskatalog. Sie sollen von  
36 integrierten, mobilen Teams dort und so erbracht werden, dass die Patient\*innen von der Behandlung den  
37 größte Nutzen erhalten. Eine wohnortnahe Basis- und Notfallversorgung darf nicht in Frage gestellt  
38 werden. Alle müssen den Zugang zu der hochqualitativen Versorgung haben, die sie benötigen. Dafür ist  
39 auch mehr regionale Planung und Mitbestimmung der Patienten und der Beschäftigten im  
40 Gesundheitswesen notwendig. In Zukunft ist eine differenziertere Betrachtung der Regionen erforderlich.  
41 Menschen auf dem Lande haben, ebenso wie die Menschen in Städten und Ballungsräumen, einen  
42 Anspruch auf Krankenhausversorgung, Haus- und Fachärzte sowie Pflegeeinrichtungen in erreichbarer  
43 Nähe. Als Maßnahmen, die dies sicherstellen, erachten wir: die Einführung der Bürgerversicherung, die  
44 Reformierung der Finanzierung der medizinischen Einrichtungen, die Überwindung der so genannten  
45 Sektorengrenze zwischen der ambulanten, stationären, pflegerischen, psycho- oder  
46 physiotherapeutischen Versorgung, die regionale Anpassung der Versorgungsstruktur mit einer Basis-,  
47 Notfall- und fachärztlichen Versorgung, die sektorenübergreifend und interdisziplinär erbracht werden  
48 können.

49

## 50 2. Bürgerversicherung

51

52 Wir werden eine Bürgerversicherung einführen. Das bedeutet: Gleich guter Zugang zur medizinischen  
53 Versorgung für alle, eine solidarische Finanzierung und eine hohe Qualität der Leistungen.

54

55 Zum gleich guten Zugang zur medizinischen Versorgung für alle gehört auch die Ausweitung der  
56 bewährten Prinzipien - Sachleistung, Solidarität sowie Selbstverwaltung - auf alle Krankenversicherten.

57 Eine Bürgerversicherung bedeutet auch die Vertiefung des Solidaritätsprinzips: Wir wollen **alle**  
58 Bürgerinnen und Bürger auf die gleiche Weise krankenversichern. In die Bürgerversicherung werden alle  
59 einkommensabhängige Beiträge einzahlen. Alle werden unabhängig von Einkommen oder Wohnort die  
60 notwendigen medizinischen Leistungen nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis  
61 erhalten. Zudem werden wir die jüngst durch uns wieder durchgesetzte paritätische Beitragsfinanzierung  
62 erhalten: Arbeitgeber und Versicherte zahlen wieder den gleichen Anteil am gesamten  
63 Versicherungsbeitrag. Perspektivisch ist die Verbeitragung anderer Einkommensarten nicht  
64 ausgeschlossen.

65 Alle erstmalig und bislang gesetzlich Versicherten wollen wir automatisch in die Bürgerversicherung  
66 aufnehmen. Bisher Privatversicherte können wählen, ob sie in die Bürgerversicherung wechseln möchten.  
67 Die bestehenden privaten Versicherungsverträge werden selbstverständlich einen Bestandsschutz haben.  
68 Es werden allerdings keine neu Privatversicherten nach dem bisherigen Versicherungsrecht  
69 hinzukommen. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen werden die Möglichkeit haben,  
70 Bürgerversicherungstarife und Zusatzversicherungen anzubieten. Für Beamtinnen und Beamte wird in der  
71 Bürgerversicherung ein beihilfefähiger Tarif geschaffen.

72

73 Eventuelle negative Beschäftigungswirkungen werden wir strukturpolitisch begleiten: Der Übergang wird  
74 so gestaltet, dass dies nicht zu Lasten der Beschäftigten der privaten Krankenversicherungsunternehmen  
75 geht. Für diese werden zukunftsfeste Arbeitsplätze erhalten und geschaffen.

76

77 Mit der Bürgerversicherung schaffen wir zudem eine einheitliche Honorarordnung für Ärztinnen und  
78 Ärzte.

79 Für Kinder ist schnell und ohne Übergang eine einheitliche Versicherung und Versorgungsstruktur zu  
80 schaffen. Alle Kinder müssen beitragsfrei versichert werden und – noch wichtiger – entsprechend dem  
81 Bedarf ohne Vorkasse behandelt werden können. Hier muss das sogenannte Sachleistungsprinzip für alle  
82 gelten, Kostenerstattung muss abgeschafft werden.

83 Langfristig soll zudem die Pflegevollversicherung in die Bürgerversicherung integriert werden.

84  
85

### 86 3. Finanzierung der Krankenhäuser, Fallpauschalen, keine Rendite-Orientierung

87

88 Der Staat muss sicherstellen, dass die Leistungen der Gesundheitsversorgung so erbracht werden, dass sie  
89 die Bedarfe der Menschen im Land gewährleisten und gegenüber den rein ökonomischen Interessen  
90 einiger weniger durchgesetzt werden können.

91

92 Vor diesem Hintergrund wollen wir das Gesundheitswesen daraufhin durchforsten, wo  
93 Gewinnerzielungsabsichten gegen Versorgung und gegen Beschäftigte stehen. Auch wenn ökonomische  
94 Rahmenbedingungen nicht auflösbar sind und die Versichertenbeiträge wirtschaftlich verwendet werden  
95 müssen, dürfen Krankenhäuser nicht auf Gewinnmaximierung ausgerichtet sein. Das könnte sich auch in  
96 einigen Fällen - wie zum Beispiel bei kommunalen integrierten medizinischen Versorgungszentren - im  
97 gesetzlichen Vorrang bei der Trägerschaft widerspiegeln. Entscheidende Kriterien sind die  
98 Daseinsvorsorge, der grundgesetzliche Sicherstellungsauftrag und eine öffentliche und legitimierte  
99 Planung. Gewinne, die aus Mitteln der Solidargemeinschaft erwirtschaftet werden, sollen zukünftig  
100 verpflichtend und weitestgehend wieder in das Gesundheitssystem zurückfließen.

101

102 Das aktuelle Fallpauschalen-System ist nicht geeignet, die notwendigen Versorgungsstrukturen zu  
103 finanzieren. Das bestehende Finanzierungssystem muss so angepasst werden, dass Plankrankenhäusern  
104 im Ergebnis eine auskömmliche Finanzierung der erforderlichen Selbstkosten gewährt wird. Wir wollen  
105 eine bedarfsgerechte Grundfinanzierung der Kliniken und Budgets für die integrierten mobilen Teams in  
106 den kommunalen Versorgungszentren.

107 Dabei kann eine weitgehende Kostendeckung nicht das einzige Ziel sein. Es muss eine Finanzierung  
108 sichergestellt werden, die eine hohe medizinische und pflegerische Qualität ermöglicht. Die Qualität der  
109 Versorgung und die Arbeitsbedingungen der im Gesundheitswesen Beschäftigten müssen berücksichtigt  
110 werden

111

112 Die Finanzierung der Betriebsmittel soll durch ein modulares Vergütungssystem ersetzt werden. Jedes  
113 Krankenhaus und jedes integrierte Versorgungszentrum wird eine gesicherte Sockelfinanzierung  
114 erhalten, mit der es je nach Versorgungsauftrag seine Vorhaltungs- und Bereitstellungskosten absichern  
115 kann. Dabei sind nach konkreten Maßstäben notwendige Sach- und Personalkosten im Sinne qualitativer  
116 Mindestvorgaben zur Erfüllung des Versorgungsauftrages zu berücksichtigen.

117

118 Die Sockelfinanzierung soll zudem durch eine leistungs- und qualitätsorientierte Vergütung ergänzt  
119 werden. Diese soll aus diagnose- und/oder therapieorientierten Vergütungsbestandteilen bestehen. Diese

120 Teilvergütung werden wir an Qualitätsmindestvorgaben, an die Ergebnisse der Qualitätssicherung sowie  
121 an eine wissenschaftlich evaluierte Personalbemessung knüpfen. Damit wollen wir sicherzustellen, dass  
122 ein notwendiger angemessener Leistungsumfang erbracht wird. Dies beinhaltet ausdrücklich auch: Vor-  
123 und Nachsorge sowie frührehabilitative Behandlungsmaßnahmen und Maßnahmen der nahtlosen  
124 pflegerischen Anschlussversorgung.

125

126 Mit dem neuen System werden plangerechte Versorgungsstrukturen gesichert und zugleich Fehlanreize  
127 zur unangemessenen Mengenausweitung beendet sowie neue Anreize zur Verbesserung der  
128 Versorgungsqualität eingeführt. Im Mittelpunkt der Versorgungsqualität, die eindeutig definiert wird,  
129 steht das Wohlergehen der Patient\*innen.

130 Sofort zu ändern ist die Finanzierung der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Hier sind  
131 die untauglichen Fallpauschalen abzuschaffen und ist umgehend eine auskömmliche Finanzierung zu  
132 realisieren, um die Versorgung auch in strukturschwächeren Regionen wieder zu sichern.

133 Auch die gegenwärtige Finanzierung der Investitionskosten wollen wir weiterentwickeln. Die  
134 Krankenhausplanung der Bundesländer muss durch Qualitätsvorgaben des Bundes flankiert werden. Die  
135 bundeslandübergreifende bedarfsgerechte Planung könnte zum Standard und zu einer integrierten  
136 Versorgungsplanung weiterentwickelt werden.

137

138 Die modularisierte Vergütung wird in Abhängigkeit vom Versorgungsauftrag wie bisher von den  
139 Krankenkassen getragen. Die Digitalisierung der Krankenhäuser wird aus Steuermitteln des Bundes und  
140 der Länder im notwendigen Umfang finanziert.

141

142

#### 143 4. Sektorenübergreifende Versorgung

144 Das deutsche Gesundheitswesen ist sehr stark durch institutionelle Interessen geprägt und nicht  
145 konsequent am Behandlungsbedarf und Patientenwohl ausgerichtet. Das wollen wir ändern. Die  
146 regionalen Gesundheitsangebote entwickeln sich zwischen den verschiedenen Regionen Deutschlands  
147 zunehmend auseinander. Die Planung der regionalen ambulanten und stationären Bedarfe und  
148 insbesondere auch eine gemeinsame patientenzentrierte Bedarfsplanung funktionieren bis heute nicht.  
149 Die Planung, das Angebot und die Qualitätssicherung der Versorgung müssen sich am Bedarf und Wohl  
150 der Patient\*innen orientieren. Die derzeitige lokal variierende Über-, Unter- und Fehlversorgung wollen  
151 wir beenden.

152

153 Die Öffnung der ambulanten und stationären Versorgung bedeuten auch eine verbindliche,  
154 bedarfsorientierte und integrative Bedarfsplanung sowie die Neuordnung der Beziehungen zwischen den  
155 politischen Akteuren und den Selbstverwaltungsorganen der Kassen. Die bis jetzt von den  
156 kassenärztlichen Vereinigungen geplante ambulante Versorgung und die von den Bundesländern  
157 geplante stationäre Versorgung müssen zusammengeführt werden. Da es sich bei diesen  
158 Entscheidungsprozessen um die Festlegung der sozialen Daseinsvorsorge handelt, müssen diese  
159 demokratisch legitimiert, bei den Bundesländern angesiedelt werden und mit einer starken  
160 Bürgerpartizipation erfolgen.

161

162 Zudem wollen wir die Weiterentwicklung kommunaler und regionaler Klinikverbände, um insbesondere  
163 in der Fläche kleine Kliniken zu sichern. Krankenhäuser sollen sich stärker öffnen, indem kleine Standorte  
164 in ambulante Versorgungszentren umgewandelt sowie Versorgungspfade für komplexe Krankheitsbilder  
165 und teambasierte, berufsübergreifende Formen der Versorgung eingeführt werden. Die  
166 allgemeinmedizinische Versorgung soll zur einer zusammenhängenden medizinischen Versorgungs- und  
167 Präventionsstruktur ausgebaut werden. Die Krankenhausstruktur soll konsequent zu einer umfassenden  
168 Grundversorgungsstruktur in der Fläche mit zentralisierten komplexen medizinischen Angeboten  
169 weiterentwickelt werden. Wir erwarten die Etablierung einer neuen spezialisierten, multiprofessionellen  
170 medizinischen Versorgung und die Überführung kleiner Krankenhausstandorte in Standorte mit  
171 erweiterter ambulanter Versorgung.

172

173 Das neue System ermöglicht darüber hinaus eine Reform der Notfallversorgung mit dem Aufbau  
174 integrierter Notfallstrukturen.

175

176 Für diese Basisversorger sollen die Grenzen zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer  
177 Versorgung aufgehoben werden. Die hausärztliche Versorgung soll mit den Basiskrankenhäusern eng  
178 verknüpft werden. In unterversorgten Regionen, Disziplinen und Bereichen sollen die Krankenhäuser zur  
179 Übernahme der fachärztlichen ambulanten Versorgung ermächtigt werden. Die Vergütungssysteme der  
180 ambulanten und stationären Krankenhausversorgung sollen integriert und synchronisiert werden.

181

182 5. Krankenhäuser und MVZ, wohnortnahe Versorgung in der Stadt und auf dem Land inkl.  
183 teamorientierten Formen und Sicherung ihrer Vorhaltekosten

184

185 Die Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland ist zwischen 2008 und 2018 um 7,6% zurückgegangen. In  
186 demselben Zeitraum ist die Anzahl der Krankenhausfälle um 10,7 % gestiegen. Mehr Behandlungen in  
187 weniger Krankenhäusern bedeuten längere Wege und manchmal eine fehlende wohnortnahe  
188 Basisversorgung. Dies betrifft auch die Notfallversorgung, die besonders stark durch die Trennung der  
189 Systeme geprägt ist. Es ist nicht nachvollziehbar, warum die ärztlichen Bereitschaftsdienste, die  
190 Notaufnahmen in den Kliniken und die Rettungsdienste, die nur als Transportdienstleister gelten,  
191 getrennt sind. Noch weniger nachvollziehbar ist, warum die Disposition zwischen den Rettungsdiensten  
192 (112) und den ärztlichen Bereitschaftsdiensten (116 117) vielfach noch getrennt verläuft. Die nicht  
193 konsequent am Behandlungsbedarf und Patientenwohl ausgerichteten Systeme führen zu einer  
194 gefühlten Unterversorgung und zu Ängsten, dass im Notfall die notwendige Hilfe zu spät kommen  
195 könnte. Das akzeptieren wir nicht. Wir wollen das Potenzial des Systems nutzen für ein Netzwerk  
196 integrierter medizinischer Versorgungszentren als Basisversorgung und spezialisierter Zentren und  
197 Schwerpunktversorger.

198 Die wohnortnahe Basisversorgung, die an der Notfallversorgung beteiligt und integriert aufgebaut ist, ist  
199 insbesondere in strukturschwachen Regionen die niedrigschwellige Anlaufstelle für die Menschen vor Ort.  
200 In der Zukunft sollen die Einrichtungen darin bestärkt werden, die gesamtheitliche Versorgung  
201 bestmöglich zu leisten und dabei stationsvermeidende integrierte Versorgungsformen vorzuziehen. Diese  
202 Zentren sollen neben der Notfallversorgung auch die stationäre, ambulante, pflegerische, psycho- und  
203 physiotherapeutische Versorgung anbieten. Wir wollen, dass dort selbstorganisierte Teams arbeiten, die  
204 gemeinsam die Patienten in dem Zentrum oder zuhause mit verschiedenen Versorgungsarten  
205 ganzheitlich unterstützen und behandeln. Dafür wird diesen Zentren die Sockelfinanzierung und den  
206 Teams eigene Budgets gestellt, die eine Anreizfinanzierung für die wohnortnahe Basis und

207 Notfallversorgung darstellen. Hinzu kommen ergänzende Vergütungen für die tatsächlich erbrachten  
208 Leistungen. Diese Versorgung soll sektorübergreifend für die Kommunen und zwischen kleinen  
209 Kommunen durch demokratische Entscheidungsprozesse unter Beteiligung der Bewohner in den  
210 Gemeinden und der Akteure des Gesundheitswesens geplant werden.

211 Die Erreichbarkeit dieser Häuser als Basisversorgungszentren soll in einem Mix aus Entfernung und  
212 Zeitspanne der Standortplanung zugrunde liegen. Für die Kapazitätsplanung sind die Bevölkerungsdaten  
213 in die Betrachtung mit einzubeziehen.

214 Darüber hinaus soll es für komplexe Versorgungsbedarfe spezialisierte Zentren und  
215 Schwerpunktversorger geben. Diese sind bedarfsgerecht im Land oder in der Region zu verteilen und  
216 vorzuhalten. Qualitätskriterien wie Struktur- und Prozessvorgaben oder Mindestmengenregelungen  
217 müssen den Versorgungsaufträgen zugrunde liegen. Unser Ziel ist: Eine gute und geplante Basis- und  
218 Notfallversorgung vor Ort statt konzeptloses, nur aus wirtschaftlichen Erwägungen heraus erfolgreiches  
219 Schließen von Abteilungen oder ganzen Klinken.

220

221 Fälle die über die Grundversorgung hinausgehen und auch eine fachübergreifende Behandlung erfordern,  
222 werden je nach Verfügbarkeit und in Abstimmung mit den Patient\*innen an ein zentrales  
223 Schwerpunktkrankenhaus in der Region weitergeleitet. Erkrankungen, die der Behandlung in Spezial- oder  
224 Uniklinken bedürfen, werden weiterhin in überregionalen Zentren behandelt.

225

226 In allen integrierten Versorgungszentren sollen geriatrische Stationen und Stationen zur Weiterpflege und  
227 zur Kurzzeitpflege eingerichtet werden, die gemeinsam von stationären und ambulanten Diensten als  
228 Teams betrieben werden können.

229

230 In jeder Region wird ein Schwerpunktkrankenhaus gebildet; diese können auch für mehrere kleine  
231 Regionen gemeinsam gebildet werden. In diesen Einrichtungen sollen alle schwierigen Operationen und  
232 Behandlungen für die Region angeboten und durchgeführt werden.

233

234 Die klinische Versorgung in diesen Krankenhäusern muss die Aufgaben wahrnehmen, die nicht in den  
235 anderen Häusern der Region erledigt werden können. Die Ausstattung muss so sein, dass nur wenige  
236 Ausnahmen bei der Behandlung schwerer Fälle in anderen Häusern, wie Unikliniken und Spezialkliniken  
237 erfolgen. Zugleich sollen die Universitäts- und Spezialkliniken mittels der fortschreitenden Digitalisierung  
238 an den regelmäßigen Teambesprechungen in den Regionen konsultativ beteiligt werden. Diese  
239 Besprechungen sollen nicht nur als Wissenstransfer gedacht werden. Die Patient\*innen sollen als  
240 gemeinsame Patient\*innen betrachtet werden, die von den Erfahrungen und Kenntnissen verschiedene  
241 Ärzte und anderer Personen in den integrierten Teams profitieren.

242

243 Zu den integrierten Versorgungszentren gehören selbstverständlich ambulante und stationäre Angebote  
244 der Kinder- und Jugendmedizin, inkl. Kinder- und Jugendpsychologie, der Geburtshilfe sowie die Vertreter  
245 des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die sicherstellen, dass auch vulnerable Gruppen ihre Behandlung  
246 erhalten.

247

## 248 6. Stärkung der psychotherapeutischen Versorgung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene

249

250 Die langen Wartezeiten auf Therapieplätze, die unzureichenden Angebote gerade für Menschen mit  
251 psychischen Erkrankungen oder Traumatisierungen sowie die unzureichende Finanzierung der Aus- und  
252 Weiterbildung im Bereich der Psychotherapie wollen wir konsequent angehen.

253 Die Nachwirkungen der Corona-Pandemie werden die Defizite in der psychotherapeutischen  
254 Versorgung deutlich machen, insbesondere im Bereich der Kinder und Jugendversorgung. Es zeichnet sich  
255 ab, dass nach der Pandemie jedes viertes Kind Hilfe benötigen wird.

256  
257 Wir werden die ambulante und integrierte psychotherapeutische Versorgung, inklusive Fachkliniken und  
258 Tageskliniken stärken, damit sie niedrigschwellig und ohne lange Wartezeiten allen zugänglich ist. Zudem  
259 werden wir eine konsequente Vernetzung innerhalb des bestehenden Hilfesystems verfolgen. Dafür  
260 wollen wir auch die Möglichkeit zur Bildung integrierter Versorgungszentren nutzen, in denen die regional  
261 tätige, multiprofessionelle, mobile, teilstationär und ambulant arbeitende Teams eingesetzt werden  
262 sollen. Diese können aus Psychologen, psychologischen Psychotherapeuten, Psychotherapeuten,  
263 Analytikern, Kinder- und Jugendpsychologen sowie Pädagogen bestehen.

264  
265 Zudem wollen wir Verbesserungen in der praktischen Ausbildung zum psychologischen  
266 Psychotherapeuten erreichen. Psychotherapeut\*innen in Ausbildung sollen einen eigenständigen und  
267 einklagbaren Vergütungsanspruch erhalten, der deutlich über den bereits vergüteten 40 Prozent ihrer  
268 ambulant geleisteten Krankenbehandlungen liegt. Zudem sollen wir ihren Kostenanteil an den für sie  
269 erforderlichen Supervisionen reduzieren.

270

#### 271 7. Arbeitsbedingungen der Hebammen und 1:1 Betreuung

272

273 Hebammen, ob im klinischen Betrieb, Geburtshaus oder freiberuflich, leisten einen gesellschaftlich  
274 unverzichtbaren Beitrag für die werdenden Mütter und ihre Kinder. Die Arbeitsbedingungen der  
275 Hebammen sind oft nicht leicht. Deswegen geben viele Hebammen nach 1-2 Arbeitsjahren ihre Tätigkeit  
276 auf. Ein Hauptproblem ist die Arbeitsmenge, die zu bewältigen ist und oft eine hochqualitative  
277 Versorgung unmöglich macht. Um dies zu ändern, werden wir die 1 zu 1 Betreuung im  
278 Kreißaal einführen. Mit dieser Lösung kann sich die Anzahl der Geburten pro Hebamme potentiell mehr  
279 als halbieren.

280

281 Bei der Reorganisierung der Finanzierung der Geburtshilfen wollen wir zudem für alle Hebammen die  
282 Personalkosten von den Fallpauschalen lösen, so wie es jetzt schon für die Beleghebammen der  
283 Fall ist. Darüber hinaus setzen wir uns für eine leistungsgerechte Vergütung der freiberuflichen  
284 Hebammen ein, die ihre verantwortungsvollen Aufgaben umfassend berücksichtigt.

285

#### 286 8. Gesundheitserhaltung – gesundes Alter & Offensive gegen die Einsamkeit

287

288 Demografische Veränderungen verlangen nach einem Ausbau der Maßnahmen zur  
289 Gesundheitserhaltung. Unser System zielt derzeit vor allem auf die Versorgung im Krankheitsfall und  
290 damit auf die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ab. Die Ausgaben für Gesunderhaltung, also  
291 Prävention, betragen derzeit verschwindend geringe 0,2-0,25% der Versorgungsausgaben. Wir brauchen  
292 einen Paradigmenwechsel. Es darf nicht nur um die Heilung von Krankheiten gehen. Das gemeinsame Ziel  
293 muss eine aktive Strategie der Gesundheitserhaltung sein. Wer lange gesund bleibt, ist auch länger  
294 gesellschaftlich und ökonomisch aktiv. Lange Gesundheit ist nicht zuletzt der Schlüssel zur Teilhabe und  
295 erfordert ein Umdenken in unserem Verhalten.

296

297 Wir werden in diesem Kontext die Programme in den Bereichen Prävention und Krankheitsfrüherkennung  
298 fördern, die die Besonderheiten verschiedener Altersgruppen und Geschlechter berücksichtigen. Zudem

299 werden wir eine Offensive gegen Einsamkeit starten. Einsamkeit war und ist nach wie vor ein Tabu-Thema  
300 und hat sich zu einem häufigen individuellen und damit auch zu einem gesellschaftlichen Problem  
301 entwickelt. Eine besondere Verschärfung erfährt diese Herausforderung durch die Corona Pandemie.

302  
303 Menschen, die in Armut leben, niedrige Bildungsabschlüsse oder keinen formellen Bildungsabschluss  
304 besitzen, nach Deutschland zugewandert sind oder durch Krankheit oder Behinderung eingeschränkt sind,  
305 haben ein deutlich höheres Risiko zu vereinsamen. Hinzu kommen die vielen alten und älteren Menschen,  
306 die durch den Verlust ihres Partners in Einsamkeit geraten.

307  
308 Sich dauerhaft einsam zu fühlen, ist nicht nur sehr belastend. Es macht körperlich und psychisch krank.  
309 Einsame Menschen fühlen sich zudem weniger zugehörig, mit erheblichen Folgen für die Gesundheit.

310  
311 Wir werden die Situation einsamer Menschen verbessern, indem wir die strukturellen und  
312 gesellschaftlichen Probleme von Einsamkeit angehen. Dazu gehört das Sichtbarmachen von Einsamkeit  
313 mit all seinen Facetten und die Schaffung von Nachbarschaftsquartieren, die kommerzfrei einen  
314 Treffpunkt bieten.

315

#### 316 9. Stärkung des ÖGD (Gesundheitsämter)

317  
318 Die Corona-Pandemie hat gezeigt: Deutschland hat ein gutes Gesundheitssystem. Es muss allerdings an  
319 einigen zentralen Punkten verstärkt und modernisiert werden. So braucht der öffentliche  
320 Gesundheitsdienst eine bessere Ausstattung mit einer digitalen Infrastruktur – Hardware ebenso wie  
321 Software. Wie andernorts im Bereich der Gesundheitsversorgung und der öffentlichen Daseinsvorsorge  
322 bedeutet es aber auch: personelle Verstärkung. Wir wollen die bestehenden Versorgungsstrukturen  
323 verbessern, Innovationen im Gesundheitssystem forcieren und die Potenziale der Digitalisierung zügiger  
324 und umfassender nutzen. Die Ausgestaltung des öffentlichen Gesundheitsdiensts muss in einem  
325 umfassenden Sinn erfolgen, der alle erforderlichen Aufgaben in den Blick nimmt. Ein zuverlässiges und  
326 bundesweit einheitliches Datennetz und standardisiertes Berichtswesen sind die ersten Schritte.

327  
328 Der öffentliche Gesundheitsdienst darf aber nicht nur auf seine hoheitlichen Aufgaben beschränkt  
329 werden. Vielmehr muss er eine stärkere Rolle im Rahmen der Daseinsvorsorge wahrnehmen. Neben den  
330 beiden zentralen Aufgaben der Gesundheitsämter bei der Unterstützung besonders vulnerabler  
331 Personengruppen und der Gesundheitsförderung reichen sie von der internationalen Zusammenarbeit,  
332 Versorgungsforschung, Gesundheitsberichterstattung, Koordination unterschiedlicher Akteure im  
333 Rahmen von Gesundheitskonferenzen bis zur Gesundheitsinformation. Die Ausgaben für den ÖGD dürfen  
334 sich nicht an finanzpolitischen oder verwaltungstechnischen Vorgaben orientieren, sondern müssen sich  
335 an Versorgungsherausforderungen ausrichten.

336