

Neue Gesundheits- und Pflegepolitik vor dem Hintergrund von COVID-19

„Ein neuer Sozialstaat für eine neue Zeit“ hat die SPD ihren Beschluss für gesellschaftliche und soziale Teilhabe in der Zukunft überschrieben. Die „Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen“ (ASG) hat dazu zukunftsfähige und solidarische Vorschläge und Positionen zur kontinuierlichen Weiterentwicklung unseres Gesundheits- und Pflegewesens beigesteuert.

Schon in der ersten Phase der COVID-19-Pandemie zeigt sich, dass unser in Teilen selbstverwaltetes Gesundheitswesen im Vergleich mit anderen Systemen gut aufgestellt ist. In weitgehend privatwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen – wie in den USA – fehlt es noch immer an einer Krankenversicherung für alle. Viele Patientinnen und Patienten werden durch die Behandlung der von Corona verursachten Erkrankungen finanziell ruiniert. Andererseits waren auch vorrangig staatliche Systeme - wie in Großbritannien – durch anhaltende Einsparungen nicht auf die COVID-19-Pandemie vorbereitet und verfügen jetzt über nur mangelhafte Testungs- und Behandlungskapazitäten.

Im Vergleich zu diesen Systemen zeichnete sich das deutsche Gesundheitswesen durch seine Leistungsfähigkeit aus. Die dramatischen Erfahrungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie weisen neben den Stärken aber auch bei uns auf lange bekannte Mängel hin und neue Probleme werden sichtbar, die perspektivisch rasch und nachhaltig gelöst werden müssen.

Die COVID-19-Pandemie ist eine fundamentale Herausforderung für unser Gesundheitswesen. Nach deren Bewältigung müssen die gesammelten Erfahrungen und Daten sorgfältig ausgewertet und systematisch analysiert werden. Das vorliegende Papier soll die innerparteiliche Diskussion kanalisieren und überträgt vorrangig bestehende Beschlusslagen auf die aktuelle Situation.

Jetzt ist der Zeitpunkt, mit ganzer Kraft das Virus zu bekämpfen. Danach müssen wir die notwendigen strukturellen Veränderungen in unserem Gesundheits- und Pflegewesen vornehmen.

I. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen

In der Krise wurde mehr als deutlich, dass die für die Menschen existenziellste Versorgungsstufe die Krankenhausversorgung, hier: die Intensivmedizin, darstellt.

Hier müssen die entscheidenden Stellschrauben in Richtung schnellere Verfügbarkeit von Ressourcen gedreht werden. Die leider inzwischen vorherrschende Wettbewerbsorientierung auch in der gesetzlichen Krankenversicherung muss konsequent abgebaut werden. Denn sie trägt ebenfalls dazu bei, dass Gewinn- und Dividenden-Erwartungen vorrangig Entscheidungen bestimmen.

Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert sich aus Zwangsbeiträgen ihrer Mitglieder (und der anteiligen Mitfinanzierung der Arbeitgeber in der gesetzlichen Krankenversicherung, Die soziale Pflegeversicherung wird allein durch die Arbeitnehmer und Rentner finanziert.)

Schon deswegen sind diese Mittel wirtschaftlich zu verwenden. Wirtschaftliches Arbeiten erfordert aber auch bedarfsgerechte Investitionen in unserem Gesundheits- und Pflegewesen, die bisher fehlen. Leistungs- und qualitätsorientierte Arbeit im Gesundheitswesen bedeutet außerdem, dass alle Beschäftigten künftig erheblich bessere Arbeits-Bedingungen vorfinden. Unser System der Gesundheitsberufe muss sich zukünftig viel stärker am tatsächlichen Bedarf orientieren und die finanziellen Voraussetzungen deutlich verbessern.

Spezielle Rolle der Universitätskliniken und Krankenhäusern der Maximalversorgung

Die zentrale Rolle der staatlichen Universitätsmedizin bei der Bewältigung der Krise wurde schnell offensichtlich. Von der Entwicklung von Tests über die Erarbeitung von medizinischen Behandlungsstandards bis hin zur konkreten Patientensteuerung zwischen Kliniken und darüber hinaus hatten Unikliniken und spezielle Krankenhäuser der Maximalversorgung die zentrale Rolle. Und deren Expert*innen standen staatlichen Entscheider*innen sofort beratend zur Verfügung. Zur zukünftigen Weiterentwicklung der Pandemieforschung ist die staatliche Forschungsförderung weiter auszubauen.

1. Finanzierung und Trägerschaft von Krankenhäusern

Die ASG hat sich schon lange kritisch mit Wirkungen der DRGs (Fallpauschalen) befasst und Lösungsvorschläge eingebracht. Nicht zuletzt die jetzt endlich erfolgte Herausnahme der Pflegeleistungen aus den DRGs ist seit Jahren Position der ASG. Klar ist, dass das gesamte Finanzierungssystem der stationären Versorgung reformiert werden muss. Auch der Tatsache, dass die Länder seit Jahren ihren Investitionsverpflichtungen nicht nachkommen, muss endlich systematisch Rechnung getragen werden. Zur Ressourcenschonung und um richtige Anreize zu setzen, muss die am Ertrag/Gewinn orientierte Fixierung auf (erzeugte) Behandlungsfälle durchbrochen werden.

Erzielte „Gewinne“ aus Sozialversicherungsbeiträgen dürfen dem Versorgungssystem nicht entzogen werden. Deshalb sind private, renditeorientierte Krankenhaus- und Pflegeheim-Konzerne stark einzuschränken und dem Gemeinwohl und der Daseinsvorsorge unterzuordnen.

Wir fordern:

- Ergänzung der Krankenhausfinanzierung durch Übernahme der Fixkosten für die Vorhaltung von Betten in Krisensituationen.
- In Kernbereichen der Daseinsvorsorge: Finanzierung von Strukturen, nicht von Leistungen
- Vorrang / Gebot öffentlicher Trägerschaft (Zurückdrängen privater Strukturen durch Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) um dem kommunalen Sicherstellungsauftrag gerecht zu werden
- Verpflichtung für Häuser / Träger, „Gewinne“ in die Versorgungsstrukturen zu reinvestieren;
- Finanzierung der Investitionskosten (Pauschalen) durch den Bund und die Länder¹;
- Die ambulante Notfallversorgung durch die Notfallambulanzen der Krankenhäuser sind rechtlich abzusichern und auszufinanzieren.

Bremer Bedingungen:

Im Land Bremen bilden die Krankenhäuser das Rückgrat der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Sie versorgen jährlich 237.000 Patientinnen und Patienten in den Stationen und Tageskliniken Sie versorgen auch weit über die Landesgrenzen hinaus Patienten. Besonders in ihren Spezialkliniken werden 40-50 % der Patienten aus dem Umland versorgt. Das kann langfristig nur sichergestellt werden, wenn die Rahmenbedingungen: Verbesserung der Investitionsförderung, Verstärkung der Personalfinanzierung und -Gewinnung und die Beachtung wichtiger Anforderungen für notwendige Strukturveränderung bedarfsgerecht im Interesse einer qualifizierten Patientenversorgung weiterentwickelt werden.

Eine deutliche Erhöhung der Förderpauschalen ist unabdingbar. Die Bremer Krankenhausgesellschaft (HBKG) hat im Februar 2019 auf einen dringend zu finanzierenden Investitionsbedarf in Höhe von 613 Mio. Euro hingewiesen.

Die Pandemie macht noch einmal deutlich, dass ebenfalls erhebliche zusätzliche Investitionen in bauliche, pandemieverhindernde Strukturen der Häuser notwendig sind. Zum Beispiel sollte es zukünftig keine Mehrbettzimmer mit geteilten Badezimmern, ausreichend räumlich getrennte Isolierstationen und Beatmungsgerätschaften geben.

¹ **Bei Beteiligung des Bundes an der Landesfinanzierung gäbe es auch die politische und rechtliche Grundlage für die Förderung von länderübergreifender Planung. Der nur durch die GKV gespeiste Gesundheitsfonds sollte vollständig der Finanzierung der Betriebskosten verwendet werden. Über Steuern aus Bund und Ländern könnten dann die Investitionen finanziert werden. Steuerfinanzierte Investitionen haben wir auch bei der FES zur Bürgerversicherung vorgeschlagen (FES 24/ 2016 Positionspapier Der Weg zur Bürgerversicherung)**

Die SPD in Bremen fordert eine schnelle Umsetzung der Vereinbarungen aus dem Koalitionsvertrag, die Mittel der Krankenhausfinanzierung von zurzeit 38 Mio. Euro auf einen Betrag von 76 Mio. Euro mit dem Doppelhaushalt 2020/21 zu erhöhen. Gleichzeitig sollte versucht werden, Ergänzungsmittel des Bundes unverzüglich zu beantragen und abzurufen.

Mittel für die Erhaltung, Modernisierung und Erweiterung baulicher Strukturen der Krankenhäuser müssen auch durch den Sonderfonds Bremen unterstützt werden. Zu prüfen ist auch, in welchem Umfang bremische öffentliche Bauträger zukünftig bei Investitionen im Krankensektor, analog zu den Schulbauten, in Anspruch genommen werden können.

2. Krankenhausplanung

Die Krankenhausplanung ist rechtlich (KHP) Aufgabe der Länder, gesundheitspolitisch wird das grundsätzlich positiv gesehen. Verbesserungsbedürftig ist eine bedarfsgerechte, regionalübergreifende Versorgungsplanung, die auch Qualitätsverbesserungen zu erfassen versucht. Zukünftig sollte eine koordinierende Planung länderübergreifend bzw. in Regionen erfolgen.

Folgende Themen sind hier bundesweit zu diskutieren:

- Planung in der jeweiligen Region zur besseren Erfassung der Bedarfsstruktur
- Klare und rechtssichere Vorgaben durch die Planungsbehörde(n),
- Planung gesamter Versorgungsketten in der Region (sektorenübergreifend) in Abstimmung mit den jeweils Planungsverantwortlichen im Gesundheits- und Pflegewesen.
- Bildung von Schwerpunkten durch qualitätsorientierte Konzentrationsprozesse, ohne die flächendeckende Daseinsvorsorge zu gefährden
- ...

Weiterentwicklung der Krankenhausplanung im Land Bremen

Für die zukünftige Krankenhausplanung müssen die baulichen Voraussetzungen und die dafür erforderlichen finanziellen Investitionsmittel berücksichtigt werden. Für die 14 Kliniken im Lande Bremen soll eine mittelfristige Finanzplanung ermöglichen, eine entsprechende Perspektive für die jeweiligen Standorte zu entwickeln. Gegenwärtig gibt es keinen nennenswerten Rückgang der Patientenzahlen. Es bedarf in Zukunft einer genauen Analyse, ob sich die Patientenstruktur verändert hat und ob sich Einweiser/Patienten andere Behandlungsorte suchen. Daneben ist über eine aktuelle Einzugsgebietsstatistik festzustellen ob sich Patientenströme aus dem Umland verlagert haben. Auf der Basis dieser Analysen kann eine sachbezogene Diskussion über die zukünftige Ausgestaltung

der jeweiligen Disziplinen geführt und über den Umfang und Standort der weiteren Vorkhaltung entschieden werden:

- Die Krankenhäuser müssen in Zukunft verstärkt dort für ambulante Versorgungsangebote geöffnet werden, wo der niedergelassene Bereich Lücken aufweist. Dazu müssen aber die Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung angepasst werden. Auch Schnittstellenprobleme z.B. zur Kurzzeitpflege sind angemessen in der Krankenhausplanung zu diskutieren.
- Insbesondere sind Angebote dort sinnvoll, wo diese bedarfsgerecht die stationäre Versorgung ersetzen oder ergänzen können und sich keine ausreichende niedergelassene Versorgung findet. Dies kann über gekaufte Arztsitze und Behandlungszentren erfolgen. Das Kaufen von Arztsitzen hilft in diesem Fall auch die Versorgung in den Stadtteilen zu stärken. Daraus sich ergebende Änderungen sind bei der zukünftigen Krankenhausplanung zu berücksichtigen.
- Die Krankenhausstandorte in Bremen und Bremerhaven sind in besonderer Weise Versorger auch für das Umland. In manchen Abteilungen haben niedersächsische Patienten den größten Anteil an Behandlungsfällen. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit die Mindestmengen zu erreichen und damit auch die Qualität der Versorgung in Spezialgebieten zu sichern. Obwohl sich Niedersachsen nicht an den Krankenhausinvestitionen bisher beteiligt hat, ist es daher sinnvoll Patienten/-innen aus dem Umland zu behandeln.
- Dieses sichert eine wichtige Infrastruktur der Gesundheitsversorgung auch für die Menschen im Umland und die Erhaltung der Arbeitsplätze am Standort Bremen. Es macht deshalb keinen Sinn in Niedersachsen Spezialdisziplinen neu zu etablieren, die im Land Bremen bereits vorgehalten werden.
- ...

3. Beschäftigte

Unser gesamtes Gesundheits- und Pflegewesen steht und fällt mit den Beschäftigten. Wir brauchen ausreichend engagiertes und qualifiziertes Personal mit den richtigen Kompetenzen, das in der Lage ist, eine professionell und qualitativ hochwertige Versorgung von Patient*innen und Pflegebedürftigen sicherzustellen.

Viel zu lange war Gesundheitspolitik vom Ziel der Kostendämpfung dominiert, das notwendige Personal wurde reduziert und renditeorientierte Krankenhausträger und gewinnorientierte Träger von Pflegeheimen weiteten sich aus. Inzwischen setzt sich die Erkenntnis durch, dass uns „eher die Menschen, als das Geld ausgeht“. In einem ersten großen Schritt konnten wir in der laufenden Koalition die verpflichtenden „Vollfinanzierung“ der Pflegekräfte im Krankenhaus durchsetzen.

Dieses wird in Kombination mit einer stärkeren Tarifbindung der Krankenhäuser mittelfristig zu deutlich besser vergüteten Arbeitsplätzen führen. Auch eine Tarifbindung in den Pflegeeinrichtungen und bei den ambulanten Anbietern, sowie deren Refinanzierung auf TVöD bzw. TVL-Niveau wird sich positiv auf die Personalakquise auswirken. Die Personalausstattung der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen muss auf jeden Fall deutlich verbessert werden. Dies wurde eindringlich nochmals durch eine Studie der Uni Bremen durch Prof. Rothgang bestätigt.

In der jetzigen Krise wird jedoch offenbar, dass die bisher eingeleitete Entwicklung in der Krankenhausversorgung zu spät begann und nicht ausreicht. Der sinnvolle Kapazitätsausbau von Intensivbetten in der COVID-19-Pandemie stößt in erster Linie nicht an technisch-räumliche Grenzen, sondern zeigt schnell, dass entsprechendes Personal fehlt und die bestehenden Kräfte dann über jede vertretbare Grenze hinweg überlastet werden. Aber schon der „normale“ Betrieb vieler Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen bringt zahllose Beschäftigte an physische und psychische Belastungsgrenzen.

Die ASG erwartet für die Verbesserung der Situation der Pflegekräfte im ambulanten und stationären Bereich schnelle Fortschritte in folgenden Bereichen:

- Die Vergütungen der Beschäftigten müssen schneller als vorgesehen deren gesellschaftlich herausragende Rolle widerspiegeln (durch gesetzliche Interventionen, wie Erleichterung allgemein verbindlicher Tarifverträge und vorrangige Auftragsvergabe an tarifgebundenen Einrichtungen)²;
- Die reale Arbeitssituation und -belastung der Beschäftigten vor Ort muss sich substantiell verbessern; Damit sich in Zukunft noch mehr Menschen für den Pflegeberuf entscheiden und langfristig dort verbleiben, müssen vorrangig die Arbeitsbedingungen verbessert und attraktiv ausgestaltet werden. Hierbei müssen z.B. Arbeitszeiten, Kinderbetreuung, sowie eine verlässliche Dienstplangestaltung aufgegriffen und umgesetzt werden. Das gilt auch für die Ausbildungsbedingungen. Hier sollten gezielte und erforderliche Unterstützungsmaßnahmen in der Ausbildung verstärkt werden.
- Geeignete Konzepte zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf in Schichtbetrieben müssen durch entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen unterstützt werden.
- Hierfür müssen einerseits viel mehr Menschen für die Berufe gewonnen und ein Arbeiten bis zur Rente ermöglicht werden³. Zum Erhalt und der Verbesserung der

² Laut WSI Tarifarchiv betragen die Gehaltsunterschiede bei Beschäftigten in Pflegeberufen zwischen tarifgebundenen Betrieben und nicht tarifgebundenen Betrieben gut 24%.

³ Derzeit können sich laut DGB Index „Gute Arbeit“ rund ¾ der Beschäftigten in den Pflegeberufen nicht vorstellen, bis zur Rente im Beruf zu arbeiten. In der Altenpflege arbeitet nur 1/3 in Vollzeit. Ein häufiger Grund dafür sind die belastenden Arbeitsbedingungen

Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser sind Strategien zu entwickeln und wirksame Instrumente zu erarbeiten, mit denen es gelingt, neues Personal zu gewinnen, dauerhaft zu binden und Berufsrückkehrer zu mobilisieren.

- In den allgemeinbildenden Schulen sollten motivierte Auszubildende als Botschafter/-innen tätig werden. Zusätzliche Kontakte zu den berufsbildenden Schulen mit ihren Vollzeitangeboten und der Agentur für Arbeit runden die Beispiele ab. Um dem Fachkräftemangel außerdem zu begegnen, ist ein Aus- und Umbau der Ausbildungskapazitäten und eine gesicherte Finanzierung notwendig.
- Die ASG begrüßt die Entwicklung, verstärkt an der Hochschule Pflegepersonal auszubilden. Sie erwartet, dass die Umsetzung der Schulgeldfreiheit bei den therapeutischen Berufen weiterhin finanziell gesichert wird.
- Es müssen schnell weitere Berufseinstiege auch für Haupt- und Realschüler*innen geschaffen werden, um die die Arbeitsabläufe zu optimieren und insgesamt zur Entlastung beitragen⁴;
- Der Zusammenhang zwischen Arbeitszeit des Personals und Behandlungserfolg wurde durch COVID-19 eindrucksvoll demonstriert; dieser Zusammenhang ist auszuwerten und Schlussfolgerungen daraus zu ziehen
- Der Fachkräftemangel ist für alle Krankenhäuser eine besonders große Herausforderung. Eines der wirksamsten Mittel gegen den Fachkräftemangel ist eine bedarfsgerechte Personalausstattung, die eine gute Pflege ermöglicht und die Beschäftigten vor Überarbeitung schützt.
- Die ASG erwartet von der Partei, dass sie sich wirksam für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems auf der Bundesebene einsetzt, welches eine auskömmliche Personalkostenfinanzierung über die Pflege am Bett hinaus sichert.

II. Ambulante medizinische Versorgung

Der größte Teil der Corona-infizierten Menschen in Deutschland wird (wie bei anderen Indikationen auch) nicht in Krankenhäusern, sondern in den Praxen der ambulanten Versorgung behandelt. Dies ist auch folgerichtig, denn die KV hat mit dem Sicherstellungsauftrag auch die Aufgabe übernommen, die Versorgung in der Fläche sicherzustellen. Gleichzeitig zeigten u.a. die Nichterreichbarkeit des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes über die Telefonnummer 116 117 in einigen Bundesländern, Defizite bei der Bevorratung, Beschaffung und Verteilung von Schutzausrüstung für Praxen sowie sich anschließende Schuldzuweisungen zwischen einzelnen Ländern und Kassenärztlichen Vereinigungen, die Defizite des derzeitigen Systems und wirft die Frage auf, ob es inner- und außerhalb von epidemiologischen Krisenzeiten seiner Aufgabe gerecht werden kann.

⁴ Siehe hierzu „Pflegeassistentenberufe standardisieren und aufwerten in der aktuell erscheinenden Veröffentlichung der FES „Berufliche Bildung im Gesundheitswesen“

Darüber hinaus müssen wir überprüfen, ob die ambulanten Versorgungsstrukturen derzeit ausreichend an der regionalen Versorgung der Patienten ausgerichtet sind. Hierzu gehört auch renditeorientierte Anbieter aus dem „Markt“ zu drängen, da sie nicht an einer flächen-deckenden, wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung interessiert sind.

Zukünftig sind folgende Themen hier zu diskutieren:

- Notwendigkeit der staatlichen Steuerung der ambulanten Versorgung (Bsp. Auswertung der Rolle der „Versorgungsärzte“ in Bayern);
- Möglichkeit der Patientensteuerung bei starren Sektorengrenzen zwischen Praxis (ambulant) und Krankenhaus (stationär);
- Die dauerhafte Übernahme der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser muss vor allem in unterversorgten ländlichen Regionen bzw. Stadtteilen in Großstädten möglich sein
- Ausbau des Einflusses von Versorgungsqualität bei der Vergütung und Planung der ambulanten Strukturen, um primär renditeorientierte Anbieter aus dem Markt zu drängen und regionale Versorgungskonzepte zu stärken

III. Ambulante Pflege und stationäre Pflegeeinrichtungen

Pflegebedürftige zählen ohne Zweifel zu der meist gefährdeten Bevölkerungsgruppe schwer an einer Covid-19 Infektion zu erkranken.

In den Pflegeheimen wurden Besuchsverbote selbst für die engsten Familienangehörigen verhängt. Trotz dieser drastischen Kontaktverbote entstehen Infektionsmöglichkeiten, z. B. durch das Personal, Krankenhaus-, Arzt- oder Therapeutenkontakte der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen ebenso wie bei ambulant betreuten Pflegebedürftigen.

Insbesondere durch die Konzentration von Hochrisikogruppe in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen ist auch das Pflegepersonal in diesen Versorgungssettings einem vermehrten Infektionsrisiko ausgesetzt. Besonders problematisch ist, dass ein infizierter Pflegebedürftiger oder eine infizierte Pflegekraft im symptomlosen Zustand das Virus unerkannt in die Bewohnerschaft ganzer Wohnbereiche tragen kann.

Beim Pflegepersonal (ambulant und stationär) war der Mangel an Schutzausrüstung noch dramatischer als in den Krankenhäusern. In der häuslichen Pflege waren Angehörige weitgehend auf sich allein gestellt. Schon vor Ausbruch der Pandemie konnten die ambulanten

Pflegedienste aufgrund von Personalmangel nicht alle notwendigen Versorgungs übernehmen. Die Durchsetzung der Refinanzierung von Tarifgehältern ist im ambulanten Bereich aufgrund der gelebten Verhandlungspraxis ungleich schwerer als im stationären Bereich.

Arrangements mit osteuropäischen Pflegekräften⁵, die oft in einer arbeitsrechtlichen Grauzone und ohne entsprechende fachliche Anleitung stattfinden, brachen durch die Grenzschließungen weg.⁶

Wir fordern folgende Maßnahmen in der ambulanten Pflege und stationären Pflegeeinrichtungen:

- Sicherstellung der Bevorratung von Schutzkleidung für Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten
- Ausweitung Einzelzimmerregelungen einschl. Sanitärraum während der Pandemie.
- Zur Sicherung der pflegerischen Versorgung ist der Ausgleich der Mindereinnahmen im investiven Bereich durch das Land notwendig.
- Vorgabe von Hygienerichtlinien für die stationären Pflegeeinrichtungen (z.B. Dienstkleidung, Vorgaben für Reinigungs- und Desinfektionsintervalle) führen zu mehr Schutz vor Infektionen. Eine dauerhafte Refinanzierung solcher Maßgaben für die Träger ist in den Pflegesatzverhandlungen zu berücksichtigen.
- Ausbau der ambulanten Versorgungsstrukturen und Unterstützung vorwiegend durch in Deutschland sozialversicherte Pflege- und Betreuungspersonen
- Verbesserung und Schließen von Lücken im Arbeitsrecht für osteuropäische Pflegekräfte
- Zurückdrängen vorrangig gewinnorientierter privater Pflegeangebote
- Begrenzungen der Eigenanteile der Pflegebedürftigen
- Einführung einer Pflege-Bürgerversicherung.

IV.Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

Seit Jahrzehnten betont die ASG die exorbitante Bedeutung des ÖGD insbesondere für vulnerable Gruppen, aber gerade auch Fällen dramatischer Koordinierungs- und Eingriffserfordernissen bei Pandemien und anderen Hygiene- und Infektionsschutzaufgaben. In vielen Koalitionsvereinbarungen auf Landes- wie Bundesebene finden sich Bekenntnisse, den ÖGD stärken zu wollen. In der Realität wurde er immer weiter geschwächt bis dahin, dass schon die „normalen“ Aufgaben rund um Gesundheitsschutz von diesem nicht bewältigt werden

können. Bundesweit sind tausende Arztstellen im ÖGD unbesetzt. Für die bisherigen wichtigen ÖGD Aufgaben fehlte das nötige Fachpersonal.

In der COVID-19 Krise wurde erschreckend deutlich, dass trotz außerordentlichem Engagement der Beschäftigten, die entscheidenden Aufgaben nicht im erforderlichen Maße geleistet werden konnten. Das Fachpersonal wurde überbelastet und zusätzliche Überprüfung von COVID-19 Patienten konnten nur verzögert durchgeführt werden.

Folgende Forderungen aus unserer Sicht müssen kurz- bzw. mittelfristig umgesetzt werden:

- Schnelle räumlicher und stellenmäßiger Ausbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durch die Haushalte (ggf. Bundesfinanzierung);
- Gewinnung von Personal insbesondere durch sofortige Erhöhung der Gehälter gesuchter Expert*innen deutlich über den TV-ÖD / TV-L hinaus;
- Schaffung stabiler Strukturen zur Koordination / Abstimmung zwischen Gesundheitsämtern über Städte, Regionen und Länder hinweg;
- Neujustierung der Aufgaben des ÖGD, massive Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung, Koordinationsaufgaben bei Versorgungsketten;
- Engere Vernetzung / Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen in staatlicher Trägerschaft insbesondere der Krankenhäuser und der Universität bzw. der Hochschule in Bremen.
- Priorisierung des ÖGD in den kommunalen Budgets
- Ausbau der Testkapazitäten für Pandemiefälle
- ...

V. Arzneimittel und Medizinprodukte

Ein ganz grundlegendes Problem Deutschlands und Europas hinsichtlich der Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten ist ebenfalls seit vielen Jahren bekannt: die enorme Abhängigkeit vom Weltmarkt und einigen wenigen produzierenden Ländern. Dies kann schon bei lokalen Krisensituationen dramatische Auswirkungen hinsichtlich der Versorgung von Patient*innen in Deutschland haben.

Auch die Produktion von medizinischem Gerät wie Schutzausrüstung wird bislang weitgehend weltweiten Märkten überlassen und nicht staatlich geplant. Die bisherige Bevorratung potentiell knapper wie wichtiger Güter hat sich als keinesfalls krisenfest erwiesen.

Weitere Problematik bei der Bewältigung derartiger Krisen ist die weitgehend „zufällige“ Forschung z.B. nach akuten Behandlungs- und Impfstoffen. Wenn vielversprechende Präparate / Verfahren gefunden sind, kommen diese sehr unterschiedlich in die Anwendung. Zuletzt folgen dann die weltweite Preisfindung und Verteilung eher ökonomischen Regeln als medizinischen und gesellschaftlichen Erfordernissen.

Offensichtlicher politischer Handlungsbedarf ergibt sich somit insbesondere in diesen Feldern, der in aller erste Linie europäisch zu bewältigen ist:

1. Forschung

- Ausbau und Systematisierung einer staatlichen Forschungsförderung auf nationaler und europäischer Ebene;
- Sicherstellung, dass nicht potentielle Patentregularien einer schnellen Forschung und ggf. Produktion entgegenstehen;
- ...

2. Produktionsstandorte und Bevorratung

- Es muss gesichert sein, dass die Produktion von elementaren Medizingütern (wie insbesondere Wirkstoffe) in mehr Ländern stattfindet, insbesondere auch in der EU;
- Wichtigste Güter müssen national und insbesondere auf europäischer Ebene produziert werden, ggf. in staatlicher Verantwortung;
- Wir brauchen dringend ein neues System der (Mindest-)Bevorratung essentieller Güter wie Schutzausrüstungen und notwendiger Medizingeräte. Dies den Einrichtungen des Gesundheitssystems selbst zu überlassen, ist gescheitert;
- ...

3. Verteilung von Medikamenten etc.

Folgende Themen sind hier zu diskutieren:

- Die heute fast nur wirtschaftlich bestimmte Preisfindung und Verteilung (knapper) Medizinprodukte muss einer am Bedarf orientierten weichen;
- Auf europäischer Ebene muss die Versorgung und Produktion mit Grundstoffen bzw. Grundbestandteilen von Medikamenten zukünftig abgesichert werden.
- Es bedarf systematisch regulierter staatlicher Eingriffsmöglichkeiten, um in entsprechenden Krisen schnell und für die Sozialversicherung bezahlbar z.B. Medikamente nach medizinischem Bedarf verteilen zu können;
- Es bedarf stabiler staatlicher logistischer Strukturen, z.B. koordiniert durch die Gesundheitsämter, um schnell eine Massenverteilung / -impfung realisieren zu können;
- ...

VI. Gesamtfinanzierung

In der Krise hat sich einmal mehr gezeigt, dass es die soziale, gesetzliche Krankenversicherung ist, die unser Gesundheitswesen stützt und nicht die private Krankenversicherung. Die weitreichenden Maßnahmen der Länder und der Krankenhäuser – wie die Erhöhung der Intensivkapazitäten und die Ausgleichszahlungen an Rehaeinrichtungen – die die akutstationäre Behandlung von Patient*innen übernehmen, werden maßgeblich durch die GKV finanziert. Darüber hinaus war es die GKV, die innerhalb kurzer Zeit durch den GKV-Spitzenverband zahlreiche Regelungen erarbeitete, um die Funktionsfähigkeit der ambulanten und stationären Versorgung aufrechtzuerhalten sowie z.B. durch Stundungsregelungen Betriebe vor der finanziellen Überforderung zu bewahren. Auch wurde deutlich, wie sehr das – insbesondere durch Beiträge der gesetzlich Versicherten finanzierte – Gesundheitswesen in großen Umfang Aufgaben des (in staatlicher Verantwortung liegenden) Katastrophenschutzes finanziert und damit gesamtgesellschaftliche Verantwortung trägt.

Folgende Forderungen werden wir weiterhin unterstützen:

- Stärkung der sozialen Krankenversicherung und Pflegeversicherung durch Schritte hin zur Bürgerversicherung.
- Stärkere steuerliche Finanzierung des Gesundheitswesens

VII. Pandemiebekämpfung / Infektionsschutz

COVID-19 hat gezeigt, dass die Zuständigkeit der Länder für den Vollzug des Infektions- und Katastrophenschutzes bei einer landes- und länderübergreifenden Pandemie manchmal an ihre Grenzen stößt. Das unabgestimmte und unterschiedliche Verhalten der Länder führte zu Beginn der Pandemie zu einer uneinheitlichen Information, die weite Teile der Bevölkerung verunsicherte, als auch zu einem schlechten Krisenmanagement, insbesondere was die Reaktionsfähigkeit einzelner Landesregierungen betrifft. Noch problematischer war die fehlende europäische Abstimmung.

Insbesondere für Notstandslagen wie die Ausbreitung von COVID-19 brauchen wir eine zentrale, deutschlandweit einheitliche Rahmensetzung. Hier muss auch die Abstimmung mit den Ländern innerhalb der EU erfolgen.

Daneben müssen wir überprüfen, ob der Föderalismus im Bereich der Pandemiebekämpfung dem gesundheitlichen Bevölkerungsschutz gerecht werden oder sogar in seiner Vielfältigkeit den unterschiedlichen Bedarfen in den Regionen bei der Pandemiebekämpfung wirkungsvoller begegnen kann.

Ein wesentlicher Punkt zur rationalen Bekämpfung der Pandemie ist die schnelle Verfügbarkeit von Daten. Künftig werden Strukturen benötigt, die es ermöglichen, dass gewonnene Daten und Erfahrungen aus den verschiedenen Versorgungsbereichen umgehend gesammelt werden.

Nur so lassen sich schnell politisch-administrative Strategien entwickeln, die nicht willkürlich oder zufällig sind. Auch für eine schnelle Optimierung der Behandlungen bei neuartigen Erkrankungen müssen entsprechende Informationen der Behandelnden umgehend zusammengeführt werden.

Folgende Themen sind hier auf Bundes- und Landesebene zu diskutieren:

- Steuerungsfähigkeit des Bundes und der Länder bei Pandemien
- Schaffung bzw. Umbau behördlicher Strukturen auf Bundes- und Landesebene zur Bewältigung von Pandemien (Aufgaben: Steuerung, Öffentlichkeitsinformation, Verteilung von Ressourcen), zum Beispiel über die Stärkung/Umbau des RKI
- Sicherstellung, dass gewonnene Daten / Informationen / Erfahrungen über Verbreitungswege sowie der realen Versorgung umgehend gesammelt, zusammengeführt und analysiert werden;
- Stärkung der europäischen Zusammenarbeit bei der Pandemiebekämpfung
- ...

VIII. Soziale Ungleichheit

Zeit Jahren befassen wir uns als ASG zentral mit dem Thema „Armut und Gesundheit“. Die systematische Ignoranz des engen Zusammenhangs ist aus unserer Sicht in einem der reichsten Länder schlicht skandalös. Die Auswirkung sozialer Ungleichheit auf den Gesundheitszustand und die Gesundheitschancen ist dramatisch und hinlänglich bekannt und belegt. Erste Studien weisen darauf hin, dass sich dieser Zusammenhang auch bei der Sterblichkeit in der COVID-19-Pandemie widerspiegelt. Als Sozialdemokrat*innen müssen wir nach der Bewältigung der Krise die zur Verfügung stehenden Daten aus der Versorgungsforschung genau auswerten.

Folgende Themen sind hier Bundes- und Landesebene zu diskutieren:

- Auswertung der COVID-19-Daten insbesondere im Hinblick auf die Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Sterblichkeit bzw. mangelhafte Rehabilitation nach überstandener Infektion
- Zugang zu ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen in der Pandemie
- Zukünftige städtebauliche Anforderungen für Pandemiesituationen und entsprechende Vorsorgemaßnahmen in Wohnungsbau und Infrastruktur.
- Psychologische Unterstützungsmaßnahmen und Versorgungsnetze unter Pandemiebedingungen.
- ...