

1 **Antrag 01: Applaus reicht nicht (mehr) – wir packen an für die beste**
 2 **Gesundheitsversorgung in Bayern**

Antragsteller/in:	BayernSPD Landesvorstand
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Sachgebiet:	S - Soziales und Gesundheit

3 **Ausgangslage**

4 Wie belastbar ist unser Gesundheitssystem? Mit der Covid 19 Pandemie mussten wir neue Antworten geben.
 5 Denn alle, die glaubten es läuft schon irgendwie und wettbewerbsrechtliche und marktorientierte Ansätze
 6 schaffen Lösungen, wurden so deutlich wie nie zuvor Lügen gestraft. Wir hielten und halten einen starken
 7 Sozialstaat entgegen. Denn nur so konnten wir im Vergleich zu anderen Gesundheitssystem in Europa aber
 8 auch weltweit, vergleichsweise gut bis jetzt durch die Pandemie kommen. Die Beschäftigten haben sich in all
 9 den verschiedenen Einrichtungen über den Zuspruch und den Applaus aus der Bevölkerung gefreut. Aber
 10 ganz klar ist: Applaus reicht schon längst nicht mehr. Unser Gesundheitssystem kann auf Dauer den
 11 Ansprüchen einer guten Versorgung nur gerecht werden, wenn wir grundregelnde Reformen einleiten. Im
 12 Moment können wir die Auswirkungen der Pandemie auf unser Gesundheitssystem noch nicht abschließend
 13 bewerten. Klar ist schon jetzt: die Pandemie hat wie ein Brennglas die Fehler, Lücken und Fehlanreize
 14 offengelegt. Daher ist jetzt Zeit zu Handeln!

15 Die Covid-19-Pandemie stellt unser Gesundheitssystem seit Anfang des Jahres 2020 vor Herausforderungen
 16 in bisher ungekanntem Ausmaß. Die Versäumnisse der letzten Jahrzehnte insbesondere beim
 17 ÖGD/Personal/Produktionsverlagerung treten nun offen zu Tage. Den Verfechtern eines privatwirtschaftlich
 18 organisierten Gesundheitssystems wurde schonungslos offengelegt, dass ein finanziell gut ausgestattetes
 19 öffentliches und selbstverwaltetes Gesundheitswesen wie das unsere den aktuellen Herausforderungen
 20 besser gewachsen ist.

21 Gesundheit und Pflege geht uns alle an. Vom Säuglings- bis zum Seniorinnenalter müssen sich alle
 22 Bürger*innen in Bayern auf eine zuverlässige und flächendeckende Gesundheits- und
 23 Pflegeversorgung in jeder Lebensphase verlassen können. Unabhängig von Wohnort und Versichertenstatus
 24 muss ein starker Sozialstaat beste Leistungen bereitstellen und zur Entlastung der Angehörigen und der
 25 Patient*innen eine wohnortnahe Versorgung im stationären und ambulanten Bereich sicherstellen.

26 Zu einer guten Gesundheitsversorgung gehören neben der haus- und fachärztlichen Versorgung der
 27 bayernweite Erhalt und die Stärkung der Grundversorgung im stationären Bereich sowie der
 28 Zugang zu Präventionsmaßnahmen, guter Pflege und Rehabilitation. Weiterhin muss die
 29 Versorgung mit Arzneimitteln, wohnortnahe Geburtshilfe und eine verlässliche
 30 Hebammenversorgung sichergestellt werden. Palliativmedizin und Angebote im Hospizwesen müssen
 31 ausgebaut werden. Infektprävention und koordiniertes Vorgehen bei sich abzeichnenden Pandemien sind
 32 strukturiert und verstärkt anzugehen. Nicht zu vergessen, die Versorgung psychisch kranker Menschen in
 33 allen Teilen Bayerns muss ausgebaut werden, sowie die Angebote für Erwachsene als auch besonders die
 34 Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Mitsprache der Psychiatrieerfahrenen muss ausgeweitet werden. Das
 35 Psychisch-Krankenhilfegesetz muss weiter als Kriseninterventionsgesetz ausgebaut werden, das die
 36 Versorgung im Sinne der Betroffenen bayernweit stärkt und diese nicht stigmatisiert.

37 Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Gesundheits- und Pflegeversorgung sind die Arbeitsbedingungen
 38 von Ärzt*innen und Pflegepersonal zu verbessern. Die Arbeit als Hausarzt*in im ländlichen Raum muss
 39 ebenso attraktiv sein, wie die Arbeit als Facharzt*in in der Großstadt. Deshalb ist für Hausärzte*innen die

1 Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) nach §73b SGB V weiter zu stärken. Die Arbeit des Personals darf nicht
2 durch den ständigen Mangel an Zeit und Personal geprägt sein. Wir brauchen daher eine gesetzliche
3 Personalbemessung, die ausreichend Personal sichert und deren Finanzierung deckt. Die Herauslösung des
4 Pflegebudgets aus den DRGs (Fallpauschalen) geht hier in die richtige Richtung. Weitere Schritte müssen zur
5 Verbesserung der Arbeitsbedingungen folgen. Ebenso muss die Krankenhausplanung im Allgemeinen
6 verändert werden. Wurde durch die Studie der Bertelsmann Stiftung 2019 fast jedes zweite Krankenhaus in
7 Frage gestellt, wissen wir nun: die Krankenhausplanung darf nicht mehr reine Ländersache sein. Ebenso
8 wenig, wie ein Virus an Ländergrenzen stoppt, darf die Versorgung der Bevölkerung stoppen.

9 1. Flächendeckende Gesundheits- und Pflegeversorgung in Bayern!

10 Die Kernfrage ist: welche Gesundheits- und Pflegeversorgung brauchen wir quer durch das
11 Flächenland Bayern? Aktuell erleben wir in vielen Gemeinden und Landkreisen eine
12 Unterversorgung, die auch aufgrund des Personalmangels zunehmen wird. Gleichzeitig gib es in einzelnen
13 Bereichen und Fachrichtungen auch eine Überversorgung. Für uns ist daher klar: bei Gesundheits- und
14 Pflegeversorgung darf nicht der Markt entscheiden, sondern die Bedürfnisse der Menschen. Auswüchse bei
15 MVZ (Medizinische Versorgungszentren)-Strukturen in Hand von großen Kapitalgesellschaften und
16 Investment- und Equity-Fonds sind umgehend deutlich einzudämmen bzw. zu beenden. Es gilt die
17 Wettbewerbsorientierung zurückzudrängen, ohne sämtliche Wirtschaftlichkeit aufzugeben.
18 Eine flächendeckende Gesundheits- und Pflegeversorgung muss daher den unterschiedlichen Anforderungen
19 in den Regionen gerecht werden. Durch den großen finanziellen Druck kommt es einerseits zu Über-
20 andererseits zur Unterversorgung. Das liegt auch daran, dass
21 Versorgungsbereiche wie die Geburtshilfe erst ab einer gewissen Fallzahl rentabel betrieben werden können.
22 Dies ist dem System geschuldet. Denn die Abrechnung nach den „Diagnosis Related Groups“ oder
23 Fallpauschalen führt häufig nicht zu einer kostendeckenden Abrechnung und setzt teils falsche Anreize. Dies
24 ist nicht nur wirtschaftlich ein Problem, sondern sorgt auch für mangelndes Vertrauen in das
25 Gesundheitssystem insgesamt. Insbesondere für die Kommunen ist dies zunehmend ein Problem. Die
26 Krankenhäuser schreiben rote Zahlen, auch wegen mangelnden Investitionen für die der Freistaat zuständig
27 ist. Damit stehen und standen Kommunen vor der Frage: Defizit ausgleichen oder privatisieren. Wir fordern
28 die Abschaffung dieser DRGs. Wir brauchen ein neues System der Finanzierung, das nicht auf abgerechneten
29 Leistungen, sondern auf der Finanzierung von Strukturen basiert. Denn nur so ist möglich, dass unsere
30 Kommunen weiterhin Träger unserer Krankenhäuser bleiben bzw. sie es wieder werden können.

31 Dazu braucht es den politischen Willen vor Ort und die nötigen Reformen im Freistaat und Bund.

32 Daher fordern wir konkret:

- 33 ● Gesundheit ist keine Ware! Die Gesundheits- und Pflegeversorgung gehört für uns zur Daseinsvorsorge.
34 Daher sollen Gesundheits-, Rehabilitation- und Pflegeeinrichtungen nicht Renditeerwartungen unterliegen.
35 Wo notwendig, wollen wir diese Bereiche langfristig wieder in öffentliche Hand überführen. Die bestehenden
36 Versorgungsstrukturen der Wohlfahrtsträger wollen wir weiter aufrechterhalten und ausbauen.
- 37 ● Wir brauchen mehr Personal! Wir setzen uns für eine gesetzliche Personalbemessung ein. Die
38 Ausbildungs- und Studienbedingungen müssen sich deutlich verbessern, um ausreichend Fachärzt*innen
39 und Therapeut*innen (z.B. Psychotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen,
40 Logopäd*innen) zu gewinnen.
- 41 ● Wir stehen für die beste und flächendeckende Versorgung einer jeden. Dazu braucht es eine
42 Krankenhausplanung auch über die Landesgrenzen hinweg, die den Standards entspricht und mit den

1 Kommunen ebenso, wie mit den Patient*innenvertretungen abgestimmt wird. Die flächendeckende
2 Versorgung muss oberste Maxime im Landeskrankenhausplan sein. Die Planung findet unter Einbeziehung
3 von Interessenvertretungen der Gesundheits- und Therapieberufe sowie Patient*innenverbänden statt.

4 • Eine verzahnte Gesundheits- und Pflegeversorgung jenseits der starren Strukturen im Gesundheitswesen
5 durch ein Gesamtkonzept integrierter Gesundheitsversorgung für Bayern, d.h. eine optimale Vernetzung
6 der ambulanten, stationären und rehabilitativen
7 Patientenversorgung. Hier wollen wir ein flächendeckendes Konzept für Bayern erarbeiten und umsetzen.
8 bessere finanzielle und personelle Ausstattung der kommunalen Gesundheitsämter.

- 9 • Neujustierung der Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, massive Stärkung von Prävention und
- 10 • Gesundheitsförderung.

11 • Schaffung stabiler Strukturen zur Koordination zwischen Gesundheitsämtern über Städte und Regionen und
12 Länder hinweg.

13 2. Dringend notwendige Investitionen in Gesundheit und Pflege tätigen!

14 Gesundheit kann man sich nicht kaufen, aber in gute Versorgung investieren.

15 Wir wollen in unsere Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen investieren. Seit Jahrzehnten kommt der
16 Freistaat hier seinen Verpflichtungen nicht oder kaum nach. Eine Lehre aus der Pandemie ist: wir müssen und
17 wollen mehr in die Gesundheitsversorgung, Forschung und Gesundheitsmittel investieren. Das Fehlen von
18 FFP2 Masken, Desinfektionsmitteln von Schutzausrüstung im Allgemeinen zeigt, wir brauchen von diesen
19 lebenswichtigen Gütern eine europäische Produktion und Lagerung.

20 Die Lücke in der Finanzierung in der stationären Altenpflege ist bis dato wenig mit gesellschaftlichen Fokus
21 gewesen. Diese Lücke wird von den Bewohner*innen geschlossen. Wir haben uns durchgesetzt, dass
22 unverheiratete Angehörige bis zu einem Jahreseinkommen von 100.000 Euro, nicht mehr finanziell
23 einspringen müssen. Dies war ein erster Schritt. Denn neben dem Freistaat, der ebenso wie im
24 Krankenhausbereich auch hier für Investitionen einstehen muss, brauchen wir eine solidarische
25 Pflegevollversicherung, die die pflegerischen, betreuenden und therapeutischen Leistungen abdeckt. Wir
26 wollen zudem eine Pflegegarantie durchsetzen. Diese ermöglicht, dass das dringend zusätzliche Personal in
27 den Einrichtungen solidarisch finanziert wird und nicht durch höhere Eigenanteile aufgefangen werden muss.

28 Flächendeckend in ganz Bayern kann dies nur gelingen, wenn wir eine bessere Ausbildung und bessere
29 Arbeitsbedingungen für alle Berufsgruppen in den Einrichtungen ermöglichen. Seit 1. Januar gibt es das neue
30 Pflegeberufegesetz, das in Bayern mit dem früheren Ausbildungsbeginn zum 1. September umgesetzt wird.
31 Nach der langen Hängepartie für die Ausbildungspläne werden wir dieses in einem ersten Schritt auswerten.
32 Weitere Verbesserungen, und tarifliche Bezahlung für weitere Aus- und Weiterbildungen z.B. therapeutische
33 Berufe müssen folgen. Denn für alle unsere Einrichtungen gilt. Wir sind ein Betrieb, es kommt auf jede an.
34 Das zeigen auch die Erfolge bei multiprofessionellen Teams.

35 Daher fordern wir konkret:

36 • Wir fordern 1 Milliarde Euro jährlich von Freistaat für die Investitionskostenzulage. Die derzeit von der
37 Staatsregierung bewilligten 640 Millionen sind zu wenig und die Finanzierungslücke, welche durch die
38 Corona-Pandemie entstanden ist, ist damit noch nicht gedeckt. Wir setzen uns dafür ein, dass dieses
39 finanzielle Loch geschlossen und somit Geld der Versicherten nicht mehr zweckentfremdet wird.

40 • Wir wollen die Abschaffung der DRGs. Wir wollen eine Daseinsvorsorge, damit eine Finanzierung der
41 Struktur. Damit kehren wir ab von der Abrechnung von Leistungen.

- 1 • Auch Gesundheit wird digital, auf ganz unterschiedlichen Wegen. Der Bund stellt hierfür 3 Milliarden Euro
2 Steuermittel zur Verfügung. Die Gelder fließen aber nur, wenn das Land mitfinanziert. Wir wollen, dass der
3 Freistaat die Bundesmittel nutzt und Co finanziert. Wir brauchen Forschung und Verzahnung bei der
4 Telemedizin. Wir haben bereits jetzt Projekte in Bayern, die ausgewertet werden müssen. Das Spektrum
5 geht von Telemedizin, SmartHomes, digitaler Akte bis hin zum E-Learning für das Personal. All diese
6 Entwicklungen müssen auch auf ihre Sicherheit geprüft und entwickelt werden.
- 7 • Eine bedarfsgerechte, gesetzliche Personalbemessung durch verbindliche Personalschlüssel im Rahmen
8 einer integrierten Gesundheits- und Pflegeversorgung.
- 9 • Gezielteren Einsatz der Mittel aus dem Krankenhaus-Strukturfonds im ländlichen Raum.
- 10 • Eine Anpassung der Leistungen der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, um eine
11 kostendeckende Finanzierung der Leistungen sicherzustellen. Wir wollen die Pflegegarantie.
- 12 • (Teil-)Umstellung der Krankenhausfinanzierung in Richtung Vorhaltekosten für die Krankenversorgung der
13 Bevölkerung.
- 14 • Bund und Land haben für Krankenhäuser, Altenpflege, Rehaeinrichtungen, Einrichtungen der
15 Behindertenhilfe und viele mehr einen Rettungsschirm gespannt. Dies war richtig und wichtig. Wir lehnen
16 es jedoch ab, wenn parallel insbesondere von Aktienunternehmen Dividenden ausgeschüttet werden.
17 Nicht nur in diesen Krisenzeiten ist dies bedenklich. In all den Bereichen des Gesundheitssystems verfolgen
18 wir mit Sorge, dass Hedgefonds, Private Equities etc. einsteigen, um Gewinne zu machen.
- 19 3. Gerechte Finanzierung des Gesundheitssystems!
- 20 In der Corona-Krise hat sich einmal mehr gezeigt, dass es die soziale gesetzliche
21 Krankenversicherung ist, die unser Gesundheitswesen stützt und nicht die private
22 Krankenversicherung. Die weitreichenden Maßnahmen der Bundesregierung, wie z.B. die
23 Erhöhung der Intensivkapazitäten und die Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser und
24 Rehaeinrichtungen wegen entgangener Behandlungen werden maßgeblich von der GKV und dem
25 Gesundheitsfond finanziert. Es sind die gesetzlichen Krankenversicherungen die Kosten für Tests oder auch
26 die Auszahlung von einmaligen Prämien in der Altenpflege übernommen haben. Es wurde ganz klar, dass das
27 durch Beiträge der gesetzlichen Versicherten finanzierten
28 Gesundheitswesen in großem Umfang Aufgaben der Pandemiebekämpfung finanziert und damit
29 gesamtgesellschaftliche Verantwortung übernommen hat.
- 30 Unser Gesundheitssystem wird von vielen als ungerecht empfunden, da durch die parallele Existenz von der
31 gesetzlichen und privaten Krankenversicherung eine "Zweiklassenmedizin" geschaffen wurde. Während
32 gesetzliche Versicherte häufig lange auf Behandlungen und Operationen warten müssen, werden privat
33 Versicherte bevorzugt behandelt. Gleichzeitig stößt die private Krankenversicherung mit ihrem
34 kapitalgedeckten Finanzierungssystem an ihre Grenzen. Aufgrund der schlechten Verzinsung am
35 Kapitalmarkt können Beitragserhöhungen im Alter nicht mehr aufgehalten werden, weshalb sich viele die
36 private Krankenversicherung nicht mehr leisten können. Gerade Selbständige müssen im Alter in den
37 Basistarif der privaten Krankenversicherung wechseln, da sie sich mehr als die Grundversorgung nicht mehr
38 leisten können. Die private Krankenversicherung wird als "zweite Säule" der Krankenversicherung in
39 Deutschland dadurch immer mehr an Bedeutung verlieren. Nur eine solidarische
40 Krankenversicherung, in die alle einzahlen und so die Kosten auf starke und schwache Schultern verteilt
41 werden, kann eine gerechte Finanzierung des Gesundheitssystems gewährleisten.
- 42 Daher fordern wir Konkret:

1 • Einführung des Hamburger Modells als ersten Schritt zur Erleichterung für Landesbeamte, in die Gesetzliche
2 Krankenversicherung zu wechseln.

3 Die stufenweise Einführung einer solidarischen Krankenversicherung, in die alle, unabhängig von ihrem
4 Status (Beamte, Selbständige) einzahlen. Eine sogenannte Bürger*innenversicherung.

5 • Die Einbeziehung aller Einkunftsarten, in die Beitragsbemessung.

6 • Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zu einer solidarischen Pflegevollversicherung.

7 4. Menschenwürdige Bedingungen und beste Qualität für die Patient*innen!

8 Alle Umfragen zeigen, dass den Menschen eine gute und würdige Pflege wichtig ist. Dies setzt voraus, dass
9 die Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen vor allem personell besser ausgestattet werden. Gute Pflege
10 bedeutet eben nicht nur "satt und sauber". Gerade Patient*innen, die aufgrund von Krankheit oder Alter
11 immobil sind wünschen sich mehr Zuwendung seitens der
12 Ärzt*innen und Pfleger*innen. Dieser Wunsch besteht auch seitens des Personals. Sei es die/der
13 Ärzt*in, die sich für die Erläuterung von Diagnose und Therapie gerne mehr Zeit für die Patient*innen
14 nehmen würde. Oder der/die Pfleger*in, der gerne mehr Zeit für ein Gespräch mit älteren Patient*innen
15 hätte, die selten oder nie Besuch bekommen. Oder die Betreuer*innen, die sich intensiv mit jeder/jedem
16 Einzelnen zum Beispiel bei Aktivierungen kümmern wollen.

17 Daher fordern wir konkret:

18 • Die Einführung einer gesetzlichen Personalbemessung in Bayern für alle stationären
19 Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. Wir wissen, dass die Personalbemessung nur ein Erfolg werden
20 kann, wenn sie entsprechend über die Aufwandsträger*innen kontrolliert wird. Wir wollen zudem eine
21 gesellschaftliche und parlamentarische Begleitung, bei dieser Kontrolle.

22 • Bestens ausgebildetes Pflegepersonal. Das geht nur durch hohe Ausbildungsstandards, gute
23 Arbeitsbedingungen und eine deutlich bessere Entlohnung. Mit der einheitlichen Ausbildung in der
24 Kranken- und Altenpflege wurde der erste Schritt zur Erhöhung des Ausbildungsstandards getan. Wir
25 wollen noch einen Schritt weitergehen und sicherstellen, dass jede Ausbildung im Gesundheits- und
26 Pflegebereich refinanziert wird.

27 5. Gute Arbeitsbedingungen und bessere Löhne für das Personal!

28 Die Rahmenbedingungen für die Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegebereich sollten so gestaltet sein,
29 dass die Arbeit in diesem Bereich erfüllend ist und eine langjährige Beschäftigung ohne Erkrankung möglich
30 ist. Sieht man sich den Status quo an, gehören körperliche und psychische Überlastung durch eine zu starke
31 Arbeitsbelastung zum Alltag. Das wollen wir ändern und die Arbeitsbelastungen für das Personal deutlich
32 reduzieren und durch eine deutlich bessere Bezahlung diese wichtige Aufgabe angemessen vergüten.

33 Daher fordern wir konkret:

34 • Eine Verbesserung der Mitbestimmungsrechte im betrieblichen Gesundheitsschutz für Betriebsräte,
35 Personalräte und Mitarbeiter*innenvertretungen.

36 • Flächendeckende Tarifverträge für das Pflegepersonal zur Sicherstellung einer gerechten Bezahlung. Ein
37 einheitlicher Tarifvertrag für die Altenpflege wird gerade entwickelt. Wir wollen sicherstellen, dass eine
38 Allgemeinverbindlichkeit auch im Bereich der Arbeitnehmerüberlassung erfolgt.

39 • Eine Senkung der Arbeitszeit auf 30 Stunden pro Woche. Der Zusammenhang zwischen Arbeitszeit des
40 Personals und Behandlungserfolg wurde durch Covid-19 eindrucksvoll demonstriert.