V-44

Grüne Gesundheitspolitik – mit Verantwortung und Weitblick in die Zukunft

BÜNDNIS 90 DIE GRÜNEN

44. Ordentliche Bundesdelegiertenkonferenz
15. - 17. November 2019, Bielefeld

Antragsteller*in:	Yatin Shah (KV Rhön-Grabfeld)
Tagesordnungspunkt:	V Verschiedenes

Antragstext

Das heutige Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen. Pflegenotstand und Ärzte-
Appell „Gegen das Diktat der Ökonomie in unseren Krankenhäusern“[1] sind deutliche Zeichen eines massiven ökonomischen Drucks, der insbesondere Patient*innen aber auch Pflegepersonal
und Ärzt*innen massiv schadet und nur einzelnen Playern nutzt. Es besteht dringender Handlungsbedarf und es gilt das Recht der Beitragszahler*innen und der Solidargemeinschaft auf die Finanzierung menschengerechter Gesundheitspolitik einzufordern. Die Grünen setzen sich für eine Gesundheitspolitik mit Verantwortung und Weitblick ein und stellen die Gesunderhaltung des Menschen ins Zentrum der notwendigen politischen Entscheidungen.

Wir bekräftigen daher die Positionen aus dem Beschluss der BDK 2010 in Freiburg: Zugang, Teilhabe und Prävention. Grüne Gesundheitspolitik erhält und stärkt die Solidarität. Die zentralen Elemente sind Prävention und Erhalt der Gesundheit, qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte medizinische Versorgung im Krankheitsfall, aktive Beteiligung der Menschen und Berufsgruppen, zugängliche und vernetzte Versorgungsstrukturen und eine Finanzierung auf
breiter Basis.

Die Bundesdelegiertenkonferenz 2019 beschließt darüber hinaus folgende Ziele im Sinne einer patientenzentrierten Medizin und einer nachhaltigen Gesundheitspolitik:

1. Gesundheit in allen Politikbereichen / Health in All Policies:

Die Auswirkungen jeglicher politischer Entscheidung auf Gesundheitsaspekte aller Lebewesen fließen frühzeitig in die Entscheidungsfindung mit ein und werden vorrangig beachtet. In der Gesundheitspolitik werden Prävention, Gesundheitsbildung, Bewegung, Ernährung, Patient*innen-Empowerment und Stärkung der Selbstverantwortung gezielt ausgebaut und gesetzlich verankert.

2. Bedarfsgerechte und effiziente Versorgung

Der fortschreitende ökonomische Druck bringt das Gesundheitssystem und die Patientenversorgung an die Grenzen der Belastbarkeit und Funktionsfähigkeit. Das derzeitige Fallpauschalen-System führt zu **Überversorgung** in Bereichen mit lukrativen Abrechnungsziffern
und **Unterversorgung** im Bereich der Grundversorgung. Dieser Entwicklung erteilen wir eine klare Absage und setzen uns für eine **bedarfsgerechte und effiziente Versorgung ein.**

3. Vorfahrt für „Sprechende Medizin“ – vor Technik und invasiven Verfahren

Die **„Sprechende Medizin“** mit menschlicher Präsenz und therapeutischen Gesprächen wird adäquat vergütet und hat Vorrang vor Technikeinsatz und invasiven Verfahren.

4. Selbstbestimmungsrecht der Patient*innen und Therapiefreiheit der Ärzt*innen

Grüne Gesundheitspolitik bekennt sich ausdrücklich zum **Selbstbestimmungsrecht der Patient*innen und zur Therapiefreiheit der Ärzt*innen.** Neben Standardtherapie und innovativer Forschung wünscht sich eine große Mehrheit in der Bevölkerung bei der Wahl ihrer Arzneimittel mitentscheiden zu können und eine integrative Medizin als optimiertes Miteinander von Hochschulmedizin und komplementären Verfahren.[2] Im Sozialgesetzbuch 5 sind Phytotherapie, Homöopathie und Anthroposophie als besonderen Therapierichtungen verankert.[3]

Die Grünen fördern den Dialog zwischen Schulmedizin und komplementärmedizinischen Verfahren wie Naturheilkunde, Homöopathie, Anthroposophie und Akkupunktur auf Basis wissenschaftlicher und evidenzbasierter Methoden. Dazu soll noch im Jahr 2020 eine ausgewogen besetzte Fachtagung mit Vertreter*innen aus Schulmedizin, Komplementärmedizin und Gesundheitspolitik ein inhaltliches Konzept zu qualitativer Versorgungsforschung und begleitender Forschung nach den Kriterien der Evidenzbasierten Medizin erarbeiten. **Der Bundesvorstand wird aufgefordert die Organisation dieser Fachtagung durchzuführen.**

Begründung

zu 1: Gesundheit in allen Politikbereichen / Health in All Policies:

Die Leitgedanken von „Health in All Policies“ werden zukünftig in allen Politikfeldern beachtet und die Auswirkungen jeglicher politischer Entscheidung auf Gesundheitsaspekte und die Lebensgrundlagen für alle Lebewesen werden überprüft und adäquat berücksichtigt. Dies beinhaltet insbesondere die Aspekte, Prävention, Gesundheitsbildung, Bewegung, Ernährung, Patient*innen-Empowerment und – Selbstverantwortung und betrifft vor allem die Sektoren, die Gesundheit mitbeeinflussen wie Landwirtschaft, Landnutzung, Wohnen, Transport und Verkehr, öffentliche Sicherheit, Umwelt und Bildung.

Bessere Kooperation und Vernetzung von Gesundheitsdienstleistungen mit sozialen Angeboten, wie der Familien-, Jugend- und Altenhilfe, die (Wieder-)Herstellung der Versorgung in unterversorgten Gebieten wie dem ländlichen Raum und sozial benachteiligten Stadtteilen, die zielgerichtete Unterstützung von besonderen Gruppen, wie Kindern, die stärkere Nutzung interkultureller Kompetenz, das Zusammenwirken von Bildungseinrichtungen sowie Unternehmen mit gesundheitlichen und sozialen Präventionsangeboten vor Ort können am besten in den Kommunen verwirklicht werden. Wir wollen sie darin bestärken, sich die Kooperation und Vernetzung der vielfältigen Angebote auf die Fahnen zu schreiben mit dem Ziel des Zugangs zu Gesundheitsförderung und optimaler Versorgung im Krankheitsfall – unabhängig von Einkommen, Herkunft, Alter und Geschlecht.

Dezentrale vernetzte Gesundheitsregionen wie das „Gesundes Kinzigtal: Gemeinsam aktiv für Ihre Gesundheit - Integrierte Versorgung und viel mehr!“[4] dienen hierbei als Modellregionen,

und schließen eklatante Versorgungslücken der konventionellen Medizin. Die begleitende wissenschaftliche Evaluation dient als Grundlage für die weitere Verbreitung von integrierten Versorgungskonzepten.

zu 2: Bedarfsgerechte und effiziente Versorgung

Die fortschreitende Ökonomisierung im deutschen Gesundheitssystem zeigt sich in tägliche Ausgaben in Höhe von über 1 Milliarde Euro pro Tag (Quelle: Statist. Bundesamt) seit dem Jahr 2017. Ein Finanzierungsmodell im Gesundheitswesen, das heute vor allem von der Menge der Leistungen und Prozeduren abhängt. Das gilt für Krankenhäuser, die darauf angewiesen sind, viele Fallpauschalen mit möglichst hohem Schweregrad abzurechnen und so ein im Voraus mit den Kassen vereinbartes Budget möglichst genau zu treffen. Oder für die Hausärztin, die erfolgreich naturheilkundliche Verfahren anwendet und von der kassenärztlichen Vereinigung aufgefordert wird, zu erklären, weshalb sie so deutlich unter den üblichen Rezeptverordnungen liegt und damit das Arzneimittelbudget nach unten zieht. Technisch aufwändige Komplexmedizin wird besser vergütet als die Bereitstellung von Grund- und Notfallversorgung. Die fallzahlunabhängige Vorhaltung von Leistungen, d. h. die Tatsache, dass eine Einrichtung einfach vorhanden ist und geöffnet hat, etwa eine Notfallambulanz im Krankenhaus mit der erforderlichen Personalausstattung und Technik, wird nicht vergütet oder so schlecht, dass z.B. keine Notfallmedizin und Geburtshilfe vor Ort mehr angeboten wird oder der Hausarzt einfach keine Hausbesuche mehr durchführt.

Wir fordern effizienteren Mitteleinsatz, um die einerseits existierende Überversorgung, wie z.B. in der Anwendung teurer Gerätemedizin und andererseits die Unterversorgung, wie z.B. durch Pflegekraftmangel, in bedarfsgerechter Versorgung im ländlichen Raum, in der Geburtshilfe und in der Palliativmedizin zu beheben. Wir fordern außerdem einen sicheren und verantwortlicher Umgang mit hochsensiblen Patientendaten, insbesondere bestmöglichen Schutz vor Datenleaks bei deren Digitalisierung und zentralen Speicherung. (Datenskandal – Sensible Patientendaten offen im Netz, BR Report München, 17.9.19).

Wir bekräftigen die Positionen aus dem Beschluss der BDK von 2010, dass Gewinnstreben in der Krankenversorgung nicht die Oberhand über professionelle Qualitätsstandards gewinnen darf. Der fortschreitenden Ökonomisierung im Gesundheitswesen erteilen wir eine klare Absage. Deutschland nimmt zwar bei den Gesundheitsausgaben einen Spitzenplatz ein, ist aber bei der Versorgung längst nicht Spitze. Es kommt darauf an, dass das Geld der Versicherten an der richtigen Stelle ausgegeben wird und dass Kosten und Leistungen im richtigen Verhältnis stehen. So erhalten wir den Spielraum, die bestmögliche Versorgung für alle zu finanzieren. Dazu gehört die Orientierung an den Bedürfnissen verschiedener Patientengruppen ebenso wie eine effiziente und sichergestellte Arzneimittelversorgung und gute Arbeitsbedingungen in den Gesundheitsberufen.

Es werden neue Strategien der Personalentwicklung benötigt, die auch darauf zielen, Personal individuell zu fördern und hierbei auch auf geschlechterspezifische Unterschiede eingehen. Dafür notwendig sind Anreize zur Fort- und Weiterqualifizierung in durchlässigen Bildungsstrukturen, die unbürokratisch Aufstiegsmöglichkeiten eröffnen. Neben vielen anderen Aspekten ist vor allem aber dafür zu sorgen, dass die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen so zu organisieren sind, dass sie die Vereinbarkeit von Familie, Kindererziehung oder Pflege und Beruf ermöglichen. Nicht hinnehmbar ist eine Entwicklung, bei der Dienstleistungen, pflegerische und gesundheitliche Leistungen über Personaldienstgesellschaften und Zeitarbeitsfirmen erbracht und damit die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern und

anderen Gesundheitseinrichtungen weiter verschlechtert werden. Wir setzen uns dafür ein, dass der Krankenpflege wieder mehr Bedeutung zugemessen und die Arbeitsbedingungen im Gesundheitsbereich maßgeblich verbessert werden.

zu 3: Vorfahrt für „Sprechende Medizin“ – vor Technik und invasiven Verfahren

Gute Medizin wird von Menschen für Menschen gemacht. Heute ist die „Sprechende Medizin“ unterfinanziert, hochtechnisierte und hochinvasive Diagnostik und Medizin dagegen überfinanziert. Deshalb werden wir „Sprechende Medizin“ und das, was medizinisch überall sinnvoll sein kann, nämlich therapeutische Gespräche und menschliche Präsenz adäquat vergüten.

Beispielhaft sei die Geburtshilfe erwähnt. Normale Geburten nehmen Zeit und Begleitung in Anspruch und sind nicht planbar. Die Verfügbarkeit moderner Geburtshilfe und die Einsatzbereitschaft des Operationssaals bleiben davon nicht unberührt. Dies muss bei der Kalkulation der Honorare für Hebammen und Krankenhäuser berücksichtigt werden. Geburtshilfe im Akkord ohne begleitende Hebamme und Ärzt*innen führt zu höheren Kaiserschnittraten und untergräbt das Recht der Schwangeren auf eine normale Geburt.

zu 4: Selbstbestimmungsrecht der Patient*innen und Therapiefreiheit der Ärzt*innen

Um der medizinischen Versorgung und Gesundheit im umfassenden Sinn vom Lebensanfang bis zum Lebensende auf physischer, emotionaler, psychischer und seelischer Ebene des Menschen gerecht zu werden, wird der Pluralismus in der Medizin auf Basis des Selbstbestimmungsrecht der Patient*innen und der Therapiefreiheit der Ärzt*innen gefördert. Neben der Standardtherapie und innovativer Forschung wünscht sich eine große Mehrheit in der Bevölkerung bei der Wahl ihrer Arzneimittel mitentscheiden zu können und eine integrative Medizin als optimiertes Miteinander von Hochschulmedizin und komplementären Verfahren.[1]

Unser Gesundheitssystem ist in der Krise. Trotz ständig steigender Kosten und hoher Technisierung der Medizin nehmen die chronischen Erkrankungen und Volkskrankheiten bei zunehmend alternder Gesellschaft zu. Lieferengpässe bei Medikamenten durch weitgehende Produktionsverlagerung ins außereuropäische Ausland häufen sich. Zunehmende Antibiotikaresistenzen sind eine ernste Gefahr für die Behandlung von Infektionskrankheiten. Die Entwicklung neuer Strategien und innovative Konzepte unter Einbezug aller verfügbaren therapeutischen Verfahren ist erforderlich, um für die Zukunft gut aufgestellt zu sein.

Wir setzen uns ein, dass neben – lege artis - konventioneller Medizin bestehende eklatante Versorgungslücken durch ganzheitliche, komplementärmedizinische Verfahren und innovatione Forschung geschlossen werden können und ermöglichen, dass die aktuelle wissenschaftliche Erkenntnislage durch begleitende qualitative Versorgungsforschung und mittels der Kriterien der Evidenzbasierten Medizin weiter evaluiert und ausgebaut wird, um eine verstärkte Aufklärung über die Wirksamkeit und der ökologisch nachhaltigen Effekte auf Pflanzen, Tieren und Menschen zu erreichen. Um die Relevanz, Qualität und Effizienz von klinischen Studien zu verbessern hat die europäische Kommission aktuell ein weit gefasstes Forschungsprojekt ausgeschrieben mit dem ausdrücklichen Hinweis, dass neben dem bisherigen Goldstandard der Doppelblindstudie neue Methoden der Evaluation gefordert sind: "Towards the new generation of clinical trials – trials methodology research"[5]

Die Grünen fördern den Dialog zwischen Schulmedizin und komplementärmedizinischen Verfahren wie Naturheilkunde, Homöopathie, Anthroposophie und Akkupunktur auf Basis

wissenschaftlicher und evidenzbasierter Methoden. Dazu soll noch im Jahr 2020 eine ausgewogen besetzte Fachtagung mit Vertreter*innen aus Schulmedizin, Komplementärmedizin und Gesundheitspolitik ein inhaltliches Konzept zu qualitativer Versorgungsforschung und begleitender Forschung nach den Kriterien der Evidenzbasierten Medizin erarbeiten. Der Bundesvorstand wird aufgefordert die Organisation dieser Fachtagung durchzuführen.

[1] http://www.aerztekammer-berlin.de/40presse/15_meldungen/000022_Aerzte-Appell.html

[2] http://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2018/daz-34-2018/zahl-der-woche-80-prozent-wollen-mitentscheiden

[3] http://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelzulassung/Zulassungsarten/BesondereTherapier-ichtungen/_node.html

[4] http://www.gesundes-kinzigtal.de

[5] http://http://ec.europa.eu/info/funding-tenders/opportunities/portal/screen/opportunities/topic-details/sc1-bhc-37-2020

weitere Antragsteller*innen

Hubert Geue (KV Kelheim); Antonia Schwarz (Berlin-Kreisfrei KV); Werner Ebert (KV Nürnberg-Stadt); Birgit Raab (KV Schwabach); Michael Bohnert (KV Esslingen); Christoph Schultz (Uelzen KV); Heinz Gärber (KV Ingolstadt); Ekkehard Jost (KV Uelzen); Marco Schmitt (KV Rhön-Grabfeld); Barbara Geue (KV Kelheim); Corinna Ullrich (KV Rhön-Grabfeld); Johanna Bachner (KV Rhön-Grabfeld); Bernhard Zimmer (KV Berchtesgadener Land); Korbinian Mertten (KV Rhön-Grabfeld); Matthias Klünder (KV Lüneburg); Roland Wilm (KV Rhön-Grabfeld); Wolfgang Fieweger (KV Berchtesgadener Land); Johannes Jessenberger (KV Rhön-Grabfeld); Monique Trautmann (KV Rhön-Grabfeld); sowie 4 weitere Antragsteller*innen, die online auf Antragsgrün eingesehen werden können.