

G-1 Vorsorge, Verlässlichkeit und gute Arbeit: Das Gesundheitssystem von morgen gestalten

Gremium: Landesvorstand, Maria Klein-Schmeink, Janosch Dahmen, Mehrdad Mostofizadeh, Barbara Steffens
Beschlussdatum: 21.05.2021
Tagesordnungspunkt: 4. Das Gesundheitssystem von morgen gestalten

Antragstext

1 Deutschland und NRW haben nach wie vor eines der besten Gesundheitssysteme der
2 Welt. Doch schon vor der Corona-Krise war deutlich, dass wir vieles ändern
3 müssen, damit alle Menschen in unserem Land gut versorgt sind und gleichen
4 Zugang zu Gesundheitsleistungen haben - in allen Wohnorten und Lebenslagen,
5 unabhängig vom Geldbeutel, Alter, sexueller Identität oder Herkunft. Wir müssen
6 entschieden handeln, damit diejenigen, die tagtäglich für unser aller Gesundheit
7 sorgen, bei ihrer Arbeit selbst dauerhaft gesund und zufrieden bleiben und
8 angemessen entlohnt werden. Deshalb streiten wir für gute Arbeit für alle, die
9 im Gesundheitssektor arbeiten - von der Reinigungskraft über den Altenpfleger
10 bis zur Ärztin im Gesundheitsamt.

11 Gesundheit ist ein hohes Gut und mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Wir
12 GRÜNE wollen die gesundheitspolitischen Weichen neu stellen. Wir setzen uns für
13 das Ende der Zwei-Klassen-Medizin und eine solidarische Bürger*innenversicherung
14 ein. Ökonomischen Druck zu Lasten des Patient*innenwohls und des Personals
15 wollen wir aus dem Weg räumen. Finanzielle Anreize müssen das belohnen, was sich
16 für die Gesundheit auszahlt. Wir streiten für eine Aufwertung und faire
17 Entlohnung aller Gesundheitsberufe. Und wir setzen für eine neue,
18 bedarfsorientierte Planung mit Strukturen jenseits der starren Trennung von
19 stationärer und ambulanter Versorgung ein, damit die Menschen überall in NRW gut
20 versorgt sind.

21 Die Pandemie führt uns vor Augen, dass weitsichtige Gesundheitspolitik schon
22 weit vor der Versorgung ansetzt. Sie hat gezeigt, wie wichtig Vorsorge und
23 Prävention sind. Damit wir möglichst gar nicht krank werden, braucht es einen
24 Staat, der die Ursachen von Krankheiten - etwa Armut, schlechte
25 Arbeitsbedingungen und krankmachende Umweltbedingungen - bekämpft und
26 vorausschauend handelt. Ein funktionierender Gesundheitsschutz ist - wie die
27 Gesundheitsversorgung - eine der zentralen Aufgaben öffentlicher
28 Daseinsvorsorge. Doch schon vor der Pandemie waren die Strukturen von Kommune
29 über Land und Bund in erster Linie auf das Verwalten und viel zu sehr auf
30 reaktive und reparierende Muster angelegt. Wir brauchen stattdessen einen aktiv
31 handelnden Staat, der die Vielfältigkeit des Föderalismus nutzt, aktiven
32 Gesundheitsschutz betreibt, Krisen vorbeugt und auch aktiv Einfluss auf alle
33 politischen Bereiche nimmt.

34 Lehren aus der Pandemie ziehen

35 Entscheidend für eine gute Versorgung in Krisen wie der Corona-Pandemie sind
36 eine abgestimmte, gestufte regionale Versorgung, eine gute Strukturqualität
37 sowie spezielle Kenntnisse zum Beispiel bei der Behandlung und Pflege
38 beatmungspflichtiger Patient*innen. Um in Krisenzeiten auf besondere Bedarfe
39 reagieren zu können, müssen deshalb zusätzliche Kapazitäten sowohl räumlich,

40 aber vor allem auch personell vorgehalten werden, die aktuell nicht in die Logik
41 passgenauer Abrechnung nach Fallzahlen passen.

42 Die Corona-Krise verdeutlicht vor allem die Notwendigkeit einer stärkeren
43 Bündelung von Kapazitäten und Kompetenzen und einer besseren Erfassung von
44 Gesundheitsdaten, um Behandlungspfade zu optimieren oder Behandlungserfolge
45 schneller zu teilen. Erforderlich ist auch die Stärkung von Gesundheitskompetenz
46 und Gesundheitsförderung und bessere Prävention. Gemäß dem „Health in All
47 Policies“-Ansatz müssen Gesundheitsaspekte in allen Politikbereichen
48 berücksichtigt werden.

49 **Gesundheit schützen, Prävention stärken**

50 Prävention hält gesund und entlastet damit das Gesundheitssystem, wenn sie
51 umfassend in allen Politik- und Lebensbereichen umgesetzt wird. Stadtentwicklung
52 und Verkehrsplanung gestalten wir deshalb so, dass Kinder sich frei bewegen
53 können. In Kindergärten und Schule geben wir Sport, Ernährung und
54 Gesundheitswissen in allen Bereichen einen größeren Stellenwert. Mit einem
55 Gesunde-Kantinen-Programm machen wir regionale Ernährung, möglichst Bio, zum
56 Standard in Kantinen und Mensen. In unseren Städten und Dörfern entwickeln wir
57 Quartiere für Menschen im Alter, die in einer Stadtteilgemeinschaft statt in
58 Isolation leben wollen.

59 Wir machen uns für eine Arbeitswelt stark, die Arbeitsschutz sichert und in der
60 Freizeit, Familie, Pflege und Beruf miteinander vereinbar sind. Wir fördern die
61 Vermittlung von Gesundheitsinformationen, unterstützen weiterhin
62 niedrigschwellige Angebote und offene Selbsthilfestrukturen in NRW und sorgen
63 dafür, dass sie mit der Digitalisierung des Gesundheitswesens Schritt halten.

64 Nicht zuletzt muss Prävention auch bei Krankheit, Rehabilitation und Pflege
65 fester und vorrangiger Bestandteil der Versorgung sein. So können
66 Multimorbidität reduziert und schwerere Krankheitsverläufe verzögert oder
67 abgeschwächt werden. Pflegebedürftigkeit kann bei guten Konzepten zu
68 Rehabilitation und Prävention reduziert und Eigenständigkeit sowie
69 Lebensqualität zurückgewonnen werden. Dies wollen wir in der Pflegepolitik des
70 Landes stärker als bisher verankern.

71 **Regionale Versorgung ausbauen - Vorfahrt für** 72 **Gesundheitsregionen**

73 Um die Versorgung in Stadt und Land zu stärken, wollen wir, dass ambulante und
74 stationäre Angebote in Zukunft übergreifend geplant und organisiert werden und
75 Gesundheitsregionen mit enger Anbindung an die Kommunen gefördert werden können.
76 Vor allem für unterversorgte Regionen wollen wir die Möglichkeiten zur
77 Sicherstellung einer sektorenübergreifenden Versorgung ausbauen, zum Beispiel
78 auch durch verbindliche Entscheidungen des 90a-Gremiums auf Landesebene.

79 Durch Gesundheitsregion wollen wir die starre Trennung zwischen den Sektoren
80 aufbrechen, Kooperation und gute Versorgung belohnen. In NRW wollen wir
81 gemeinsam mit allen Akteur*innen auf der Grundlage des Konzeptes der Grünen
82 Bundestagsfraktion ein Konzept zur Förderung von Gesundheitsregionen entwickeln.

83 Die Etablierung von Gesundheitsregionen ist ein Angebot an die Regionen,
84 Kommunen und Kreise.

85 Wir setzen dabei auf das Engagement und die Kreativität der Akteure vor Ort und
86 werden dieses in geeigneter Weise unterstützen.

87 Denn die bisherige Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung verengt
88 den Blick der Leistungserbringer*innen auf das jeweils eigene wirtschaftliche
89 Ergebnis. Das schadet vor allem chronisch kranken Patient*innen. Durch die
90 regionale Verankerung entstehen mehr Möglichkeiten, die Versorgung abseits
91 starrer Regelungen von der Bundesebene vor Ort zu gestalten und in
92 Quartierskonzepten zu integrieren. Besonders wichtig ist dies bei der Versorgung
93 hochbetagter Menschen, die zumeist neben der medizinischen Versorgung Pflege und
94 alltagsunterstützende Leistungen brauchen. Auch das Entlassmanagement nach einem
95 Krankenhausaufenthalt sowie die Unterstützung bei der Wiederaufnahme der
96 selbstständigen Lebensführung in der häuslichen Umgebung können so weitaus
97 passgenauer und zielgerichteter organisiert werden. Dabei muss schrittweise auch
98 die engere Vernetzung mit anderen Leistungen etwa der Pflege, der
99 Eingliederungshilfe oder der Rehabilitation in den Blick genommen werden. Auch
100 eine engere Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst ist notwendig.

101 Die Vernetzung von Praxen, Ärztenetzen, Krankenhäusern, Krankenkassen,
102 Gesundheits- und Pflegezentren, Apotheken, Reha-Einrichtungen und weiteren
103 Gesundheitsbereichen wollen wir aktiv unterstützen und das Interesse am
104 gemeinsamen Handeln für die Gesundheit der Menschen fördern. Die Patient*innen
105 haben Anspruch auf eine verlässliche, qualitativ hochwertige und möglichst
106 wohnortnahe Versorgung – ganz gleich ob diese in Krankenhäusern,
107 Gesundheitszentren oder Arztpraxen stattfindet. Mithilfe von Versorgungszentren
108 gerade in von Unterversorgung bedrohten oder betroffenen Regionen und anderen
109 Gesundheitseinrichtungen auch in eigener Trägerschaft können Kommunen zudem
110 direkten Einfluss auf die Daseinsvorsorge vor Ort nehmen.

111 **Für eine verlässliche Krankenhausversorgung** 112 **überall sorgen**

113 Nur eine verlässliche und leistungsstarke Krankenhausstruktur kann ihrer Rolle
114 als eine der drei Säulen des Gesundheitssystems - neben der ambulanten
115 Versorgung und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst - gerecht werden. Wir wollen,
116 dass Krankenhäuser weiterhin gut erreichbar sind und überall in NRW über eine
117 hohe Qualität und ausreichend Personal verfügen. Die Finanzierung der
118 Krankenhäuser muss sich in Zukunft an diesem gesellschaftlichen Auftrag
119 orientieren, nicht mehr vorrangig an der Fallzahl.

120 Die Corona-Krise hat bestehende Defizite in der Gesundheitsversorgung im
121 Allgemeinen und der Krankenhausversorgung im Speziellen aufgezeigt. In einigen
122 Regionen gibt es echte Versorgungslücken in bestimmten Disziplinen, in anderen
123 eine Über- und Fehlversorgung mit einer nicht bedarfsgerechten Anzahl und
124 Verteilung von Krankenhausstandorten und -betten sowie im internationalen
125 Vergleich sehr vielen medizinisch nicht notwendigen stationären
126 Behandlungsfällen.

127 Wir GRÜNE sind der Auffassung, dass wir Krankenhausplanung und -finanzierung
128 grundlegend reformieren müssen. Wir wollen die stationäre Versorgung reformieren
129 und orientieren uns dabei an den Bedürfnissen der Patient*innen, an einer guten
130 Erreichbarkeit für jede*n, an Qualität und Verlässlichkeit. Qualität fördern wir
131 gezielt durch klare Vorgaben zur bedarfsgerechten Personalausstattung im
132 Krankenhausgesetz, durch Anreize in der Vergütung sowie durch mehr
133 Qualitätstransparenz.

134 Darüber hinaus ist eine stärkere Spezialisierung und Stufung der
135 Krankenhausversorgung nötig. Nicht jedes Krankenhaus kann und muss alle
136 Leistungen anbieten. Aber jedes bedarfsnotwendige Krankenhaus muss seinen
137 jeweiligen Versorgungsauftrag qualitativ gut und angemessen finanziert erfüllen
138 können. Dies ist aber nur dann der Fall, wenn versorgungsrelevante Bereiche auch
139 tatsächlich angeboten werden können. Viele Krankenhäuser in ländlichen Räumen
140 haben daher nur dann eine Zukunft, wenn sie Bestandteil einer
141 sektorübergreifenden und stärker regional verankerten Versorgung werden und
142 sowohl mit ambulanten Einrichtungen, als auch mit Krankenhäusern anderer
143 Versorgungsstufen sowie mit der Reha und der Pflege eng zusammenarbeiten.
144 Kennzeichen solcher Versorgungsverbünde muss die Zusammenarbeit aller
145 Gesundheitsberufe auf Augenhöhe und in abgestimmten Behandlungspfaden sein. Aber
146 auch die Anbindung an das komplexe Wissen und die Erfahrung von
147 Universitätskliniken und hoch spezialisierten Maximalversorgern oder
148 Fachkliniken durch telemedizinische Unterstützungsangebote (Stichwort
149 "Virtuelles Krankenhaus") muss auf- und ausgebaut werden. So können kleine
150 Häuser im ländlichen Raum das geballte Fachwissen in ihre Behandlungen
151 integrieren und somit auf qualitativ höherem Niveau Menschen versorgen.

152 Eine grundlegende Reform des Krankenhausentgeltsystems ist ebenfalls
153 unausweichlich. Es braucht eine starke Komponente einer fallzahlunabhängigen
154 Absicherung der notwendigen Vorhaltekosten für kleine Häuser der
155 Grundversorgung. Dies dient gerade der Sicherstellung der Grundversorgung
156 ländlicher Räume, der Notfallversorgung und der pädiatrischen Versorgung in
157 besonderer Weise

158 Krankenhausplanung an Bedürfnissen der Patient*innen
159 ausrichten

160 Damit die Menschen überall in NRW und Deutschland verlässlich, bedarfsgerecht
161 und qualitativ hochwertig versorgt werden, braucht es bundesweit gültige
162 Grundsätze für die Versorgungs- und Krankenhausplanung. Dies erfordert, den
163 Versorgungsbedarf fortlaufend zu analysieren, neue ambulante und
164 sektorübergreifende Strukturen zu entwickeln, das Angebot regional aufeinander
165 abzustimmen und Doppelstrukturen, insbesondere in den urbanen Zentren, zu
166 vermeiden.

167 Leistungen der Grundversorgung - etwa eine Abteilung für innere Medizin sowie
168 für allgemeine Chirurgie - müssen jederzeit für alle gut erreichbar sein. Sollte
169 kein Grundversorger mehr vor Ort sein, braucht es zumindest ein
170 sektorübergreifendes Zentrum mit einem verpflichtend vorhandenen internistischen
171 Bereich, IMC-Betten zur Notfallversorgung und ggf. zur Vorbereitung der
172 Weiterverlegung. Für fachärztliche und spezialisierte Angebote bzw.
173 Schwerpunktleistungen der stationären Versorgung durch Maximalversorger oder

174 Universitätskliniken soll hingegen großräumiger geplant werden. Die
175 Sektorentrennung bei der Planung wollen wir überwinden.

176 Investitionsfinanzierung auf eine stabile Basis stellen

177 Eine Reform der Investitionsfinanzierung ist zwingend notwendig. Der Bund muss
178 dauerhaft die Hälfte der Krankenhausinvestitionen finanzieren. Hierzu sollte der
179 Bund auch eine Mindestinvestitionsquote bestimmen. Die Finanzierung von
180 Investitionen soll überdies künftig über fallzahlunabhängige und nach
181 Versorgungsstufen differenzierte Pauschalen erfolgen.

182 Nur so verhindern wir, dass Krankenhäuser wegen fehlender Investitionsförderung
183 weiter Defizite machen und Kommunen zur Privatisierung ihrer Krankenhäuser
184 gezwungen werden. Wir wollen weitere Privatisierungen abwenden und Krankenhäuser
185 in kommunaler Trägerschaft erhalten, da diese auch im Sinne der Daseinsvorsorge
186 nicht profitable Fachabteilungen und Versorgungsaufgaben im Interesse ihrer
187 Bevölkerung erbringen.

188 In Digitalisierung und Smart Green Hospitals investieren

189 Wir wollen Krankenhäuser in die Lage versetzen, ihre IT zu modernisieren und die
190 Anbindung an Breitbandnetze zu investieren. Wir setzen auf langfristige
191 Finanzierungsvereinbarungen, damit die Systeme laufend an den neuesten Stand der
192 Technik angepasst werden.

193 Das Krankenhaus der Zukunft ist grün und barrierefrei. Öffentliche Fördermittel
194 wollen wir gezielt für nachhaltige Konzepte bereitstellen. Ein tiefgreifende
195 Systemwandel hin zu "Smart Green Hospitals" ist im Angesicht der Klimakrise
196 notwendig und muss sich in der Investitionsfinanzierung und der
197 Krankenhausplanung widerspiegeln.

198 Geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung 199 gewährleisten

200 Geburtshilfe und Hebammen stärken

201 Eine gute Schwangerschaftsbegleitung und Geburtshilfe sind für den Start ins
202 Leben und für selbstbestimmte Entscheidungen von Frauen und Familien
203 unerlässlich. Deshalb setzen uns für eine bessere Vergütung der
204 verantwortungsvollen Tätigkeiten von Hebammen ein und wollen, dass die hohe
205 Berufshaftpflichtversicherung reformiert wird und die Beiträge deutlich
206 reduziert werden. Die Förderung von selbstständigen Hebammen ist ein adäquates
207 Mittel, um insbesondere im ländlichen Raum Lücken in der Geburtshilfe zu
208 schließen. Die Reform der Hebammenausbildung muss mit einer Aufwertung des
209 Berufs einhergehen.

210 Bei der Krankenhausplanung muss die Möglichkeit, Patientinnen jederzeit an gut
211 erreichbare Krankenhäuser verweisen zu können ebenso berücksichtigt werden wie
212 die Tatsache, dass gute Qualität in der stationären Geburtshilfe eine
213 hinreichende Zahl von jährlichen Geburten voraussetzt. Mit dem Ziel der
214 Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Geburtshilfe sollten deshalb

215 Tarifsteigerungen für in Geburtskliniken mit hoher Auslastung angestellte
216 Hebammen refinanziert werden, gebunden an verbindliche Qualitätskriterien wie
217 etwa eine 1:1-Betreuung in den wesentlichen Phasen der Geburt. Aber auch neue
218 Strukturen, wie der hebammengeführte Kreißsaal, sollen in NRW ausgebaut und
219 refinanziert werden.

220 Selbstbestimmung garantieren

221 Alle Menschen, auch Mädchen und Frauen, haben das Recht auf Selbstbestimmung
222 über ihren Körper und ihr Leben. Dazu gehört auch die Entscheidung, ob eine Frau
223 eine Schwangerschaft abbricht. Dies gehört zu den schwierigsten Lebenssituation
224 und erfordert zwingend eine gute Unterstützung. Schwangere müssen schnell an
225 gesicherte Informationen gelangen - auch von Ärzt*innen, die den Eingriff
226 durchführen. Deshalb wollen wir § 219a endlich aus dem Strafgesetzbuch
227 streichen. Auch in NRW muss der flächendeckende Zugang zu
228 Schwangerschaftsabbrüchen und eine generelle Kostenübernahme überall
229 gewährleistet sein. Der Schwangerschaftsabbruch muss in die Ausbildung von
230 Ärzt*innen nach international anerkannten Standards integriert werden.
231 Freiwillige Beratungsangebote müssen abgesichert und ausgebaut werden.

232 Geschlechtsspezifische und diskriminierungsfreie Medizin 233 fördern

234 Fehlt im Gesundheitssystem und in der Gesundheitspolitik der Blick auf das
235 biologische und soziale Geschlecht, kommt unterm Strich eine
236 Gesundheitsversorgung heraus, die niemandem gerecht wird. Schon 2000 gab es im
237 Landtag NRW auf Initiative der Grünen Landtagsfraktion eine Enquetekommission
238 zum Thema "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW". Seitdem
239 liegen zahlreiche Erkenntnisse auf dem Tisch, bei der Implementierung im
240 Gesundheitssystem geht es aber nach wie vor zu langsam voran. Noch immer haben
241 Frauen bei einem Herzinfarkt je nach Klinik eine schlechtere Überlebenschance,
242 weil dort Diagnostik und Therapie immer noch auf den männlichen "Normkörper"
243 ausgerichtet sind. Deshalb setzen wir uns weiterhin für eine Stärkung der
244 Geschlechterperspektive im Gesundheitswesen und der Ausbildung ein, etwa bei der
245 Entwicklung von Medikamenten, Ermittlung geschlechtsspezifischer
246 Gesundheitsrisiken oder bei Präventionsangeboten. Förderungen des Landes im
247 Gesundheitsbereich sollen grundsätzlich die Geschlechterperspektive
248 berücksichtigen müssen, Daten geschlechterdifferenziert erfasst und ausgewertet
249 werden und Projekte und Initiativen des Landes dies durchgängig berücksichtigen.

250 Gerade die Zukunftsbereiche der Telemedizin und Digitalisierung dürfen die
251 Fehler der analogen Vergangenheit nicht in die Gegenwart übertragen. Denn mit
252 der Digitalisierung des Gesundheitssystems besteht nicht nur die Gefahr, die
253 Erkenntnisse geschlechterdifferenzierter Bedarfe bei Prävention, Diagnose,
254 Kuration, Rehabilitation und Pharmakologie auf dem Weg der Entwicklung und
255 Programmierung von Anwendungen wie Apps oder Algorithmen/KI wieder aus dem Blick
256 zu verlieren. Der „Gender Bias“ könnte sogar noch größer werden. Denn KI-Systeme
257 bilden die Vergangenheit und Gegenwart auf rückblickenden Datenbasen ab, um in
258 die Gegenwart und Zukunft Diagnosen und Prognosen zu erstellen. Das bedeutet,
259 sie bilden alle bestehenden Ungleichheiten der Vergangenheit ab und

260 reproduzieren sie. Deswegen braucht es auch eine entsprechende Sensibilisierung
261 der Unternehmen, die im Gesundheitsbereich Anwendungen entwickeln.

262 Die systematische Diskriminierung queerer Menschen im Gesundheitssystem müssen
263 wir abbauen. So müssen Ärzt*innen und anderes medizinischer Personal
264 sensibilisiert werden für die Belange von LGBTIQ*, hier muss es sowohl in der
265 Ausbildung als auch in Fortbildungen ein verpflichtendes Angebot geben. Der
266 Zugang zur Gesundheitsversorgung muss für queere Menschen verbessert werden. Ob
267 somatische, psychosomatische, psychotherapeutische und psychiatrische
268 Versorgung: sie muss niedrigschwellig erreichbar sein und den individuellen
269 Bedarfen gerecht werden.

270 Psychische Gesundheit verbessern

271 Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder in einer psychischen Krise
272 brauchen schnelle und leicht zugängliche Hilfen, damit ihr Leid sich nicht
273 verschlimmert. Doch unser Gesundheitssystem wird dem individuellen Bedarf von
274 Menschen in einer psychischen Krise sehr häufig nicht gerecht. Das wollen wir
275 ändern! Dafür braucht es ausreichend niedrigschwellige Krisenangebote und mehr
276 ambulante Psychotherapieplätze ohne lange Wartezeiten durch mehr
277 Kassenzulassungen von Psychotherapeut*innen. Ambulante Angebote der, auch von
278 Selbsthilfestrukturen und gemeindenaher Psychiatrie, können eine zusätzliche
279 Säule sein.

280 Wir setzen uns für eine gemeindenahere und personenzentrierte Versorgung und eine
281 verbesserte sektorübergreifende Zusammenarbeit ein. Dabei müssen auch die
282 Besonderheiten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt
283 werden. Hilfsangebote zwischen ambulanter und stationärer und
284 stationsäquivalenter Behandlung müssen flexibler werden und die verschiedenen
285 Berufsgruppen im Team eine miteinander abgestimmte Behandlung übernehmen können.
286 Ergänzt werden müssen die bestehenden Angebote durch digitale Bausteine sowie
287 Videosprechstunden als Einzel- und Gruppenangebote. Digitale
288 Gesundheitsanwendungen (DiGAs) für Menschen mit psychischen Erkrankungen
289 brauchen einen hohen Qualitätsstandard und sollten in bestehende Therapien
290 integriert werden.

291 Wir treten für Behandlungsformen ein, die auf Freiwilligkeit statt auf Zwang
292 setzen. Psychiatrische Einrichtungen sollen deshalb flächendeckend Patient*innen
293 mit wiederkehrenden Krisen Behandlungsvereinbarungen anbieten.

294 Therapieerfolge hängen oftmals von der Zeit und der Beziehung ab, die das
295 Personal zu den Patientinnen und Patienten aufgebaut hat. Wir setzen uns deshalb
296 dafür ein, dass ausreichend Personal und ein Personalmix in der stationären
297 Versorgung durch verbindliche und qualitätsorientierte Standards ermöglicht
298 werden.

299 Wir wollen eine gute Prävention, Versorgung und Nachsorge von Kindern und
300 Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen und von Kindern, deren Eltern
301 psychisch erkrankt sind, gewährleisten. Damit die notwendige Zusammenarbeit der
302 beteiligten Hilfesysteme gelingt, wollen wir berufsübergreifende Kooperations-
303 und Vernetzungsstrukturen etablieren und Möglichkeiten der Mischfinanzierung von
304 komplexen Hilfebedarfen in psychisch belasteten Familien fördern. Schule,
305 Jugendhilfe, Sozialamt und das Gesundheitssystem müssen wie Zahnräder

306 ineinandergreifen und jeweils dort Finanzierung und Hilfen anbieten, wo die
307 Systeme der anderen Sozialgesetzbücher nicht greifen.

308 Wir setzen uns für eine psychiatrische Behandlung und psychosoziale
309 Unterstützung auf Augenhöhe und unter Einbeziehung der Betroffenen und ihrer
310 Angehörigen ein. Dafür soll der Dialog zwischen Psychiatrieerfahrenen,
311 Angehörigen und professionell in der Psychiatrie Tätigen ausgebaut werden. Ein
312 vielversprechender Weg zur Begleitung und Stärkung von Patient*innen sind zudem
313 Peer-to-Peer-Ansätze, die wir stärken wollen.

314 **Gesundheitsversorgung Geflüchteter verbessern**

315 Eine gute und diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung für Menschen, die
316 Schutz vor Krieg und Verfolgung suchen, ist ein Menschenrecht.

317 Deshalb wollen wir in NRW einen niedrighschwelligigen Zugang zum Gesundheitssystem
318 für Menschen, die Leistungen nach dem Asylbewerbergesetz erhalten, für Menschen
319 ohne Papiere oder Menschen ohne geklärten Versicherungsschutz. Die
320 Clearingstellen in NRW müssen ausgebaut und dauerhaft finanziert werden. Sie
321 müssen die Menschen perspektivisch nicht nur bei der Frage des
322 Versicherungsschutzes sondern auch beim Zugang zu medizinischen und
323 psychotherapeutischen Angeboten mit Sprach- und Kulturmittler*innen
324 unterstützen. Gerade die Pandemie zeigt, wie langsam Aufklärung und
325 Informationen Menschen erreichen, die nicht mit unserem Gesundheitssystem
326 aufgewachsen sind. Deshalb wollen wir für NRW gemeinsam mit den Kommunen,
327 Leistungserbringern und Kostenträgern eine App "Gesundheitssystem für
328 Einsteiger*innen" entwickeln, die die zentralen in den Fragen in den am
329 häufigsten in NRW gesprochenen Fremdsprachen beantwortet, etwa: "Wohin gehe ich
330 mit welchen Symptomen?", "Wer zahlt was?", "Wie kann ich im Gesundheitssystem
331 arbeiten?".

332 Das diskriminierende Asylbewerberleistungsgesetz wollen wir abschaffen und das
333 allgemeine Sozialleistungssystem öffnen. Die psychosoziale Unterstützung von
334 Geflüchteten muss zudem verbessert und ausgebaut werden. Damit alle
335 Patient*innen angemessen aufgeklärt und behandelt werden können, wollen wir,
336 dass professionelle Sprach- und Kulturmittler*innen künftig mitfinanziert
337 werden.

338 **Notfallversorgung reformieren**

339 Jeder Mensch muss darauf vertrauen können, im Notfall bestmöglich versorgt zu
340 sein - unabhängig vom Wohnort. Doch dafür muss sich einiges ändern. Wir müssen
341 ran an schlecht funktionierende Strukturen, die Menschen auf der Suche nach
342 medizinischer Hilfe rat- und orientierungslos lassen. Die Devise muss sein: Wer
343 Hilfe braucht, wird schnell und qualifiziert versorgt und nicht in einen
344 Zuständigkeitsdschungel des Gesundheitswesens geschickt, in dem Durchschnitt und
345 nicht Exzellenz das Maß der Dinge darstellt.

346 Darum wollen wir eine konsequente Verzahnung der ambulanten und der stationären
347 Notfallversorgung. In einem strukturell vielfältigen Land wie NRW mit
348 städtischen Ballungsgebieten und ländlichem Raum kann es nicht ein Modell für

349 alle geben. Aber durch einheitliche Stufen, konkrete Strukturvorgaben zur
350 Notfallversorgung, wollen wir erreichen, dass Menschen in Not, stets die
351 erwartbare Hilfe auch verlässlich vorfinden.

352 Das heißt konkret: Wenn sich Menschen mit einem medizinischen Hilfeersuchen an
353 eine Notaufnahme wenden, müssen sie dort kompetente und zuverlässige Hilfe
354 bekommen. An zentralen Klinikstandorten soll in weiterentwickelten
355 Notfallzentren unter anderem durch gemeinsame Tresen eine nahtlose Verzahnung
356 der bislang getrennten ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten der
357 Notfallversorgung erfolgen. Auch wollen wir, dass diese Notfallzentren gerade
358 nachts und am Wochenende beispielsweise durch kompetente Hausärzt*innen so
359 unterstützt werden, dass geeignete Fälle gut ambulant versorgt werden können. In
360 kleineren Krankenhäusern, die die Versorgung vor Ort sicherstellen und in denen
361 nicht für jede Notsituation Spezialist*innen vorgehalten werden können, muss die
362 Beurteilung von Notfällen mit Hilfe einer telemedizinischen Anbindung aus dem
363 virtuellen Krankenhaus sichergestellt werden. Eine gute digitale Infrastruktur
364 zeigt hier ganz konkreten Nutzen für Menschen in gesundheitlichen Notlagen,
365 gerade auch im ländlichen Raum.

366 Für die meisten Menschen sind gesundheitliche Notfälle nichts Alltägliches. Sie
367 brauchen Klarheit, wohin sie sich unkompliziert und schnell wenden können und wo
368 ihnen verlässlich geholfen wird. Darum sollten die Notrufleitstellen der Nummern
369 112 und 116117 organisatorisch zusammengeführt werden. Wir wollen in allen
370 Leitstellen eine Software zur standardisierten Notrufabfrage einführen und uns
371 dafür einsetzen, dass Vernetzung, Kooperation und Harmonisierung der
372 Einsatzleitsysteme zwischen den Leitstellen vorangetrieben werden. Es darf keine
373 Rolle spielen, wo die Menschen anrufen. Wichtig ist, dass sie immer die passende
374 Hilfe bekommen. Und zwar rund um die Uhr. Einem medizinischen Notfall sind
375 Öffnungs- und Dienstzeiten egal. Darum muss auch sichergestellt sein, dass der
376 ärztliche Bereitschaftsdienst rund um die Uhr verfügbar ist.

377 Auch der Rettungsdienst kann Menschen in Not umfassend medizinisch behandeln.
378 Doch dafür müssen die rechtlichen Grundlagen stimmen. Wir wollen das
379 Rettungsdienstgesetz weiterentwickeln und flächendeckend die Vollzeit-Funktion
380 der „Ärztlichen Leitung Rettungsdienst“ einführen, welche die medizinische und
381 organisatorische Gesamtverantwortung sowie die Aufgabe der Qualitätssicherung in
382 ihrem jeweiligen Zuständigkeitsgebiet trägt. Sie sollen zuständig sein für die
383 Festlegung medizinischer Behandlungsstandards und die Delegation heilkundlicher
384 Maßnahmen die auch von Notfallsanitäter*innen im Einklang mit ihrer Befähigung
385 im Einsatz durchgeführt werden sollen. Zudem soll die „Ärztliche Leitung
386 Rettungsdienst“ Anforderungen an Aus und Fortbildung des in der Notfallrettung
387 eingesetzten Personals festlegen und überwachen. Der Telenotarzt in NRW - also
388 die flächendeckende telemedizinische Unterstützung durch die Leitstellen des
389 Rettungsdienstes und der Feuerwehr - ist für die flächendeckende Versorgung ein
390 wichtiger Baustein, den wir ausbauen wollen.

391 Um den Rettungsdienst im Sinne der Betroffenen auch strukturell zu stärken soll
392 NRW sich im Bund dafür einsetzen, die medizinische Notfallversorgung der
393 Rettungsdienste als eigenständigen Leistungsbereich im Sozialgesetzbuch V
394 auszugestalten.

395 In manchen Notsituationen reicht es für die betroffenen Menschen nicht aus,
396 allein die medizinische Erstversorgung abzusichern. Dann wird auch eine

397 psychosoziale Notfallversorgung benötigt, um belastende und traumatisierende
398 Erfahrungen zu verarbeiten. Wir wollen die psychosoziale Notfallversorgung auch
399 in NRW gesetzlich absichern.

400 **Bessere Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen** 401 **schaffen**

402 Menschen, die krank sind und wieder gesund werden sollen, brauchen andere
403 Menschen, die sich gut und qualifiziert um sie kümmern. Voraussetzung dafür ist,
404 dass Pflegekräfte, Hebammen, Physiotherapeut*innen oder Ärzt*innen im
405 Gesundheitssystem Arbeitsbedingungen vorfinden, die sie auf Dauer nicht selbst
406 als „Kümmerer“ krank werden lassen. Das medizinische Fachpersonal leistet, egal
407 ob im Krankenhaus, in der ambulanten Versorgung, im Rettungsdienst oder in der
408 Altenpflege einen enormen gesellschaftlichen Beitrag. Andere Menschen gesund zu
409 machen, ist gelebte Daseinsvorsorge. Angesichts eines immer stärkeren
410 ökonomischen Drucks und weiterer Faktoren wie insbesondere dem Fachkräftemangel
411 haben sich einerseits die Arbeitsbedingungen in fast allen Bereichen des
412 Gesundheitswesens in den letzten Jahren massiv verschlechtert. Gleichzeitig ist
413 Geld im System überproportional stark zugunsten teurerer Apparate oder teurer
414 Medikamente und weg von den Menschen verschoben worden. Was durch den immensen
415 Einsatz der Menschen im Gesundheitswesen während der Corona-SARS-CoV-2-Pandemie
416 für die breite Öffentlichkeit sichtbar geworden ist, hätte schon viel früher
417 dazu führen müssen, dass ihnen deutlich mehr gesellschaftliche und finanzielle
418 Anerkennung zukommt.

419 Gute Gesundheitsversorgung mit ausreichend Personal gibt es nur, wenn die
420 Arbeitsbedingungen stimmen. Überstunden, Überlastung, starre Dienstpläne und das
421 große Maß an Fremdbestimmung machen das Berufsfeld unattraktiv, obwohl gerade
422 hier ein großer Fachkräftemangel besteht. Es reicht nicht aus, viel Geld in
423 innovative Forschung, Geräte oder Medikamente zu stecken, es muss auch gezielt
424 das medizinische Personal gefördert werden. Die Politik muss endlich die
425 richtigen Arbeits- und Rahmenbedingungen schaffen, um Gesundheitsberufe
426 aufzuwerten.

427 Dafür müssen die Personalschlüssel – nicht nur, aber insbesondere in der Pflege
428 - dem tatsächlichen Bedarf entsprechend weiter deutlich verbessert werden, damit
429 Menschen im Pflegeheim, im Krankenhaus oder in der ambulanten Versorgung mehr
430 Zeit für die Patient*innen haben. Die Personaluntergrenzen lösen wir so schnell
431 wie möglich durch Regelungen ab, die sich am tatsächlichen Pflegebedarf der
432 Patientinnen und Patienten orientieren.

433 Außerdem muss die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe gestärkt werden. Die
434 Pflege muss ihre Expertise im Gesundheitswesen einbringen und es mitgestalten
435 können. Um diese Mitbestimmung auch politisch zu erreichen und die
436 professionellen Perspektiven der Pflege nachhaltig zu verbessern, benötigt
437 unsere Gesellschaft eine starke Selbstverwaltung der Pflege in Form von
438 Pflegeberufekammern auf Landes- und Bundesebene.

439 Auch Fragen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Weiterbildungsmöglichkeiten
440 und flexiblere Arbeitszeitmodelle spielen bei Arbeitnehmer*innen eine immer
441 wichtigere Rolle. Die Ausnahmen im Arbeitszeitgesetz für den Gesundheitsbereich
442 wollen wir beschränken. Mit anhaltender Dauer der Pandemie und einer großen

443 Auslastung des Gesundheitswesens hat der Druck auf alle Gesundheitsberufe
444 zuletzt noch einmal massiv zugenommen. Gerade die Menschen, die sich um andere
445 kümmern, müssen wir besser schützen, damit sie nicht selber krank werden.

446 Eine große Baustelle, um die Attraktivität der Gesundheitsfachberufe wirklich
447 steigern zu können, ist weiterhin die Ausbildung. Obwohl das Interesse
448 beispielsweise an Logopädie, Podologie, Ergo- und Physiotherapie vorhanden ist,
449 werden viele interessierte junge Menschen von den Schulgebühren abgeschreckt.
450 Wir GRÜNEN wollen die Ausbildung aufwerten und das Schulgeld durch eine faire
451 Ausbildungsvergütung für alle Heilberufe ersetzen. Auch das Recht auf
452 Weiterbildung werden wir stärken und gleichwertige ausländische Fachabschlüsse
453 schneller anerkennen, um auch damit mehr Fachkräfte gewinnen zu können.

454 Die Teil-Akademisierung der Pflege muss endlich auch eine andere Bezahlung und
455 Tätigkeitsbeschreibung der akademisierten Pflegefachkräfte zur Folge haben. Auch
456 die Pflegefinanzierung muss stärker als bisher die Bedürfnisse der Patient*innen
457 und den notwendigen Aufwand berücksichtigen. So sollte die erbrachte Fachpflege
458 deutlich als qualitative Leistung hervorgehen und honoriert werden.

459 **Den Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken**

460 Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist neben dem ambulanten und dem
461 stationären Sektor die dritte Säule des Gesundheitswesens in Deutschland. Seine
462 Aufgaben sind vor allem der Gesundheitsschutz der Bevölkerung, die
463 Gesundheitsförderung und das Gesundheitsmanagement. So übernimmt der ÖGD unter
464 anderem Schuleingangsuntersuchungen, macht Impfangebote und ist verantwortlich
465 für den Infektionsschutz inklusive Meldewesen, Kontaktnachverfolgung und
466 Anordnungen von Hygienemaßnahmen, aber auch die Trinkwasserüberwachung und die
467 Beratung zu Lebensmittelhygiene. Wir wollen, dass der ÖGD viel stärker als
468 Impulsgeber für eine aktive Gesundheitspolitik auftritt und damit Einfluss auf
469 eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklungs- und Verkehrspolitik nimmt, aber
470 auch auf alle anderen Bereiche, wie z.B. die Pflege, die Bildungs- und
471 Betreuungspolitik.

472 Während der Corona-Pandemie ist besonders deutlich geworden, wie wichtig diese
473 Aufgaben sind. Offensichtlich geworden sind aber auch der langjährige
474 Verwaltungsabbau, die chronische Unterfinanzierung und der große Personalmangel
475 im ÖGD. In der Vergangenheit sind immer mehr Aufgaben hinzugekommen, ohne dass
476 der ÖGD entsprechend mehr finanziellen Mittel und Personal bekam. Wir wollen das
477 ändern. Langfristig wollen wir, dass ein Prozent der gesamten
478 Gesundheitsausgaben in den Öffentlichen Gesundheitsdienst fließen, damit er
479 seinen Aufgaben angemessen nachkommen kann.

480 Der Personalmangel im ÖGD lässt sich nur durch einen Strauß an Maßnahmen
481 beheben. Wir wollen den ÖGD attraktiver machen und die Vergütung der Ärzt*innen
482 durch einen eigenständigen Tarifvertrag deutlich verbessern. Bisher liegt die
483 Vergütung oftmals deutlich niedriger als in kommunalen Krankenhäusern oder im
484 Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Um den Nachwuchsmangel zu bekämpfen, der
485 durch die Verrentung vieler Ärzt*innen entsteht, wollen wir Nachwuchsprogramme
486 in Kooperation mit Hochschulen und Ärztekammern fördern. Bisher lernen angehende
487 Ärzt*innen Public Health und den ÖGD als Einsatzgebiet während ihres Studiums
488 kaum kennen. Das muss sich ändern, zum Beispiel durch eine Änderung der

489 Approbationsordnung in NRW. Auch eine Erweiterung der "Landärzt*inquote" im
490 Medizinstudium für Studierende, die sich für den ÖGD verpflichten sowie ein
491 Medizin-Bachelor/Master für den ÖGD muss diskutiert werden.

492 Wir wollen, dass vermehrt Absolvent*innen aus anderen Fachrichtungen rekrutiert
493 werden (Sozialpädagogik, Gesundheitswissenschaft, Stadt- und Raumplanung etc.)
494 und in multiprofessionellen Teams zusammenarbeiten. Dieser interdisziplinäre
495 Ansatz in multiprofessionellen Teams bietet die Chance, die
496 Gesundheitsprävention noch stärker in den Fokus zu nehmen und insbesondere
497 benachteiligten Gruppen dazu zu verhelfen, ihre Chance auf ein gesundes Leben zu
498 erhöhen.

499 Der ÖGD - wie die Verwaltung insgesamt - braucht eine Digitalisierungsoffensive
500 um Arbeitsprozesse zu beschleunigen und die Kommunikation zwischen den
501 kommunalen Gesundheitsämtern in NRW einerseits und dem Landeszentrum für
502 Gesundheit andererseits, aber auch zu Instituten wie dem Robert Koch-Institut,
503 den Laboren und anderen Akteuren verbessern.

504 Im Moment sind die kommunalen Gesundheitsämter digital sehr unterschiedlich
505 aufgestellt. Auch die Anforderungen an das einzelne Amt variieren. Klar ist
506 aber, dass der ÖGD eine gute Ausstattung und einheitliche Standards braucht. Die
507 Schnittstellenkompatibilität soll auch zur elektronischen Patientenakte
508 ausbaubar sein um Versicherten z.B. in epidemischen Lagen, zu ermöglichen auch
509 ihre Daten des ÖGDs sichern zu können. Die IT sollte aber auch die
510 Gesundheitsberichterstattung verbessern und Planungsprozesse unterstützen. Das
511 LGZ muss als kommunikative Schnittstelle, mit dem Ministerium im Rücken und im
512 Austausch mit der Wissenschaft, Treiber für konzeptionelle Entwicklungen sein.

513 In der Pandemie wurde deutlich, dass von Seiten des Landes klare und
514 koordinierende Kommunikationsstrukturen fehlen und auch die Informationen vom
515 ÖGD zum Land weder regelhaft noch strukturiert fließen. Der ÖGD wurde weder bei
516 der Entwicklung der Corona-Warn-App als Schnittstelle und zentraler Bestandteil
517 mitgedacht, noch wurde er frühzeitig in mögliche Konzepte zum Umgang mit einer
518 der Corona-Wellen einbezogen.

519 Die Landesregierung setzt vor allem auf ad-hoc-Entscheidungen, ohne klare Linie
520 und ohne ausreichende Rücksprache und Kommunikation mit der kommunalen Ebene.

521 Wir setzen im Gegensatz dazu auf einen strukturierten Prozess und wollen den ÖGD
522 in die Beratungen der Konzepte, die Zuständigkeiten von Land und Kommunen
523 beinhalten, regelhaft einbeziehen.

524 Das Landeszentrum für Gesundheit muss endlich – anders als bisher – dafür
525 sorgen, dass wissenschaftliche Erkenntnisse in alle Bereiche des
526 Gesundheitswesens kommuniziert werden und dass ein Austausch über deren
527 gelungene Umsetzung stattfindet. Gleichzeitig muss die Landesregierung auf der
528 Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse und klarer politischer Abwägungen
529 politische Leitlinien entwickeln.

530 Gleichzeitig müssen alle kommunalen Einheiten mit durchdachten Konzepten des
531 Landes unterstützt werden. Das LZG muss in zentralen Fragen der
532 Pandemiebekämpfung die Sicherung notwendiger Standards und Verfahren
533 verantworten. Diese Linie ist dann Ausgangspunkt für alle kommunalen Strategien.
534 Hierdurch vermeiden wir auch eine dem Gesundheitsschutz zuwiderlaufende

535 interkommunale Konkurrenz. Zusätzliche kommunale Gestaltungsoptionen bleiben
536 innerhalb dieses Rahmens weiterhin möglich.

537 Das LZG muss den Kommunen in Krisensituationen Informations- und
538 Aufklärungsmaterialien in den Hauptsprachen der hier lebenden Menschen zur
539 Verfügung stellen, um schnell die gesamte Bevölkerung informieren und aufklären
540 zu können.

541 Kommunen müssen gerade bezogen auf den Infektionsschutz auch die Möglichkeit
542 haben interkommunale Personalpools zu schaffen. Infektionen kennen keine Grenzen
543 und eine konsequente Bekämpfung an Hot-Spots hilft am Ende allen Menschen.

544 Auch außerhalb von Krisensituationen setzen wir auf eine klare Stärkung der
545 öffentlichen Strukturen im Sinne eines Gesundheitsschutzes und der Prävention.
546 Hierzu bedarf es der dauerhaften Kommunikation in der kommunalen Familie und mit
547 dem Land. Gerade innerhalb einer Kommune können andere Fachbereiche die Daten
548 des ÖGD gewinnbringend nutzen, so zum Beispiel zur Unterstützung von Familien in
549 benachteiligten Stadtteilen. Auch Gesundheitskooperationen im Sinne einer
550 Arbeitsteilung zwischen mehreren Kommunen oder zwischen dem LZG und
551 verschiedenen Kommunen können sinnvoll sein, beispielsweise in der
552 Apothekenaufsicht. Hierbei müssen inhaltliche Impulse immer wieder vom Land
553 aufgegriffen und durch weitere Konzepte hinterlegt werden. Wir wollen Daten der
554 Gesundheitsberichterstattung verbindlich in gesundheitspolitischen
555 Entscheidungen berücksichtigen. Gesundheitliche Folgeabschätzungen soll auch in
556 anderen Politikfeldern als „Gesundheitscheck“ ganz selbstverständlich verankert
557 werden – etwa bei verkehrs-, sozial- oder klimapolitischen Entscheidungen

558 Neben Defiziten beim Infektionsschutz sehen wir als eine unmittelbare Auswirkung
559 der Corona Pandemie eine Zunahme psychischer Belastungen, Problemen und
560 Erkrankungen. Auch hier muss der ÖGD weiter gestärkt werden um präventive
561 Konzepte und niedrigschwellige Angebote den kommunalen Bedarfen entsprechend zu
562 entwickeln und aufzubauen. Das Vernetzen von Trägern der unterschiedlichen
563 Sozialgesetzbüchern Psychosoziale Dienste, Gemeindenahe Psychiatrie,
564 Jugendhilfe, Sozialverwaltung, etc. sind ein wesentlicher Faktor für eine
565 wirksame Struktur.

566 Wir wissen schon jetzt: Kinder und Jugendliche haben durch die Corona-Krise eine
567 enorme gesundheitliche Belastung zu tragen. Bewegungsmangel und fehlende
568 Sozialkontakte können unmittelbare Auswirkungen auf die Gesundheit haben.
569 Deswegen wird die Kinder- und Jugendgesundheit eine der zentralen
570 Herausforderungen des ÖGDs nach der akuten Phase der Pandemie sein.

571 **Mit Digitalisierung die Gesundheitsversorgung** 572 **verbessern**

573 Wir GRÜNE stehen für eine Digitalisierung, die dem Menschen dient - nicht
574 umgekehrt. Telemedizin, Telematik, Künstliche Intelligenz und Roboter sollen
575 helfen, die Gesundheitsversorgung zu verbessern sowie Ärzt*innen, Pflege und
576 Hebammen zu entlasten. Sie ersetzen aber nicht menschliche Zuwendung und
577 fachliche Kompetenz. Nicht das technisch Machbare bestimmt, sondern das, was den
578 Menschen hilft, selbstbestimmt gesund zu sein und zu leben.

579 Eine hochwertige technische wie digitale Ausstattung kann gerade im häuslichen
580 Umfeld die Möglichkeiten eines selbstbestimmten Lebens deutlich erhöhen und die
581 Pflege systematisch unterstützen und entlasten. Dabei ist der Bereich der
582 digitalen Dokumentation wichtig und als mobiles System entlastend. Hier kann
583 Digitalisierung aber weit mehr, als bisher die elektronische Patientenakte (ePA)
584 oder die elektronische Gesundheitsakte (eGA) können. Die von den Patient*innen
585 selbst verwalteten Daten können ihre Versorgung verbessern und Lebensqualität
586 steigern - so fallen etwa unnötige Doppeluntersuchungen weg, Polymedikation
587 fällt schneller auf und Wechselwirkungen können sichtbar werden.

588 Die Risiken durch große Datenkraken, die Gesundheitsdaten als neue „Währung“ im
589 System entdeckt haben, sind durch klare Datenschutzregelungen weiterhin zu
590 minimieren. Patient*innen brauchen die entsprechende Information, Befähigung und
591 Unterstützungsangebote, um ihre Eigenverantwortung auch leben zu können.

592 Das gleiche gilt für behandlungsunterstützende wie begleitende Angebote. Mit den
593 digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) und bald auch mit den digitalen
594 Pflegeanwendungen (DiPAs) haben die Versicherten einen Anspruch auf
595 Kostenübernahme für diese Apps oder digitalen Anwendungen. Hier brauchen wir in
596 NRW unabhängige Beratung und Schulung, die in bestehende Strukturen integriert
597 wird. Selbsthilfestruckturen könnten DiGAs testen und mit Fachärzten oder
598 Fachgesellschaften gemeinsam Informationen dazu erstellen und beraten. Aber auch
599 die Verordnenden oder begleitenden Pflegekräfte brauchen Informationen über die
600 angebotenen DiGAs.

601 Auch die Heilberufe brauchen Grundlagen und spezifische Kenntnisse und müssen
602 entsprechend in digitalen und telemedizinischen Kompetenzen geschult werden.
603 Statt nur die heute Beschäftigten nachträglich zu qualifizieren, muss dies in
604 die Ausbildungsinhalte integriert werden. Auch in das Medizinstudium gehören
605 diese Inhalte. Algorithmen, KI-gestützte Systeme werden in wenigen Jahren Regel
606 und nicht mehr Seltenheit im System, um Ärzt*innen bei Diagnosen zu
607 unterstützen.

608 Die Art der sektorübergreifenden und innersektoralen Kommunikation verändert
609 sich durch die Digitalisierung. Das Virtuelle Krankenhaus NRW ist dafür ein
610 gutes Beispiel. Es hat mit einer Finanzierung durch den Europäischen
611 Regionalfonds (EFRE) begonnen, ist über den Innovationsfonds weiterentwickelt
612 worden und soll jetzt schrittweise in die Regelfinanzierung überführt werden.
613 Zentren mit großer Fachkompetenz, hohen Fallzahlen und Erfahrungen mit
614 ungewöhnlichen Verläufen, unterstützen kleinere Krankenhäuser bei der Versorgung
615 komplexer und komplikationsgefährdeter Patient*innen via telemedizinischer
616 Visiten, Fallbesprechungen und Begleitung. Mit fünf Fachbereichen zu Beginn soll
617 das System auf weitere Gebiete erweitert und perspektivisch auch der Bereich der
618 niedergelassenen Ärzt*innen hierüber Unterstützung erhalten können.

619 Wir brauchen für NRW auch weiterhin Geld und Mut, um in Innovationen zu
620 investieren, die den Menschen egal auf welcher Seite im Gesundheitssystem
621 nutzen. Neben den zahlreichen Projekten die aus Mitteln des Innovationsfonds bei
622 jeder neuen Ausschreibung nach NRW geholt werden, brauchen wir einen
623 strukturierten Prozess um NRW zu innovativen Gesundheitsstandort zu machen.