

Beschluss Vorsorge, Verlässlichkeit und gute Arbeit: Das Gesundheitssystem von morgen gestalten

Gremium: Landesdelegiertenkonferenz

Beschlussdatum: 22.08.2021

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, auch
6 Menschen mit Behinderung, Obdachlose und Suchtkranke.
7 Auch die fortschreitende Klimakrise stellt das Gesundheitssystem vor neue
8 Herausforderungen und erhöht durch mehr Hitzetage und neue Krankheitserreger
9 gesundheitliche Risiken und hitzebedingte Erkrankungen.
10 Wir müssen entschieden handeln, damit diejenigen, die tagtäglich für unser aller
11 Gesundheit sorgen, bei ihrer Arbeit selbst dauerhaft gesund und zufrieden
12 bleiben und angemessen entlohnt werden. Deshalb streiten wir für gute Arbeit für
13 alle, die im Gesundheitssektor arbeiten - von der Reinigungskraft über die
14 Altenpfleger*innen und Sozialpädagog*innen bis zu den Ärzt*innen im
15 Gesundheitsamt.

16 Gesundheit ist ein hohes Gut und ein Zustand vollständigen körperlichen,
17 seelischen und sozialen Wohlbefindens. Damit ist Gesundheit mehr als nur die
18 Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen, ganz nach Definition der WHO. Wir
19 GRÜNE wollen die gesundheitspolitischen Weichen neu stellen. Wir setzen uns für
20 das Ende der Zwei-Klassen-Medizin und eine solidarische Bürger*innenversicherung
21 ein. Ökonomischen Druck zu Lasten des Patient*innenwohls und des Personals
22 wollen wir aus dem Weg räumen. Finanzielle Anreize müssen das belohnen, was sich
23 für die Gesundheit auszahlt. Wir streiten für eine Aufwertung und faire
24 Entlohnung aller Gesundheitsberufe. Und wir setzen für eine neue,
25 bedarfsorientierte Planung mit Strukturen jenseits der starren Trennung von
26 stationärer und ambulanter Versorgung ein, damit die Menschen überall in NRW gut
27 versorgt sind.

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

41 Lehren aus der Pandemie ziehen

42 Entscheidend für eine gute Versorgung in Krisen wie der Corona-Pandemie sind
43 eine abgestimmte, gestufte regionale Versorgung, eine bedarfsorientierte
44 Strukturqualität sowie spezielle Kenntnisse zum Beispiel bei der Behandlung und
45 Pflege beatmungspflichtiger Patient*innen. Um in Krisenzeiten auf besondere
46 Bedarfe reagieren zu können, müssen deshalb zusätzliche Kapazitäten sowohl
47 räumlich, aber vor allem auch personell vorgehalten werden, die aktuell nicht in
48 die Logik passgenauer Abrechnung nach Fallzahlen passen. Besonders der ländliche
49 Raum muss hier explizit bedacht werden.

50 Die Corona-Krise verdeutlicht vor allem die Notwendigkeit einer stärkeren
51 Bündelung von Kapazitäten und Kompetenzen beim Öffentlichen Gesundheitsdienst
52 und einer besseren Erfassung von Gesundheitsdaten, um Behandlungspfade zu
53 optimieren oder Behandlungserfolge schneller zu teilen. Erforderlich ist auch
54 die Stärkung von Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung und bessere
55 Prävention. Gemäß des „Health in All Policies“-Ansatzes müssen
56 Gesundheitsaspekte in allen Politikbereichen berücksichtigt werden.

57 Gesundheit schützen, Prävention stärken

58 Prävention hält gesund und entlastet damit das Gesundheitssystem, wenn sie
59 umfassend in allen Politik- und Lebensbereichen umgesetzt wird. Stadtentwicklung
60 und Verkehrsplanung gestalten wir deshalb so, dass auch Kinder sich frei bewegen
61 können. In Kindergärten und Schule geben wir Sport, guter Ernährung und
62 Gesundheitswissen in allen Bereichen einen größeren Stellenwert. Außerdem sorgen
63 wir für ein Klima der Inklusion und Angstfreiheit. Dazu gehört der konsequente
64 Einsatz gegen Mobbing. Mit einem Gesunde-Kantinen-Programm machen wir regionale
65 Ernährung, möglichst bio, zum Standard in Kantinen und Mensen. In unseren
66 Städten und Dörfern entwickeln wir Quartiere für Menschen im Alter, die in einer
67 Stadtteilgemeinschaft statt in Isolation leben wollen.

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

73 Außerdem muss Prävention auch bei Krankheit, Rehabilitation und Pflege fester
74 und vorrangiger Bestandteil der Versorgung sein. So können Multimorbidität
75 reduziert und schwerere Krankheitsverläufe verzögert oder abgeschwächt werden.
76 Mit aktivierenden Konzepten können wir akute Pflegebedürftigkeit reduzieren und
77 unterstützen, dass Menschen Eigenständigkeit und Lebensqualität zurück gewinnen.
78 Dies wollen wir in der Pflegepolitik des Landes stärker als bisher verankern.

79 Auch in NRW leiden 10-20 Prozent der Menschen unter chronischer Einsamkeit, ihre
80 Zahl hat während der Corona-Pandemie stark zugenommen. Einsamkeit ist nicht auf
81 das hohe Alter beschränkt, sondern tritt in allen Altersgruppen auf. Besonders
82 betroffen von diesem Anstieg sind Jugendliche und junge Erwachsene, Eltern
83 kleiner Kinder und Alleinlebende. Einsamkeit macht krank und kostet Geld, da
84 einsame Menschen ein erhöhtes Risiko für verschiedene psychische und körperliche
85 Erkrankungen haben.

86 Wir machen uns deshalb für eine landesweite Kampagne gegen Einsamkeit stark, die
87 Bewusstsein schafft, entstigmatisiert und die schon früh mit der Vermittlung von
88 psychischer Gesundheitskompetenz einhergeht. Wir wollen mit einem
89 wissenschaftlich evaluierten Präventionsprogramm für verschiedene Alters- und
90 Zielgruppen Einsamkeit bekämpfen.

91 Regionale Versorgung ausbauen - Vorfahrt für 92 Gesundheitsregionen

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

99 Durch Gesundheitsregion wollen wir die starre Trennung zwischen den Sektoren
100 aufbrechen, Kooperation und gute Versorgung belohnen. In NRW wollen wir
101 gemeinsam mit allen Akteur*innen auf der Grundlage des Konzeptes der Grünen
102 Bundestagsfraktion ein Konzept zur Förderung von Gesundheitsregionen entwickeln.
103 Die Etablierung von Gesundheitsregionen ist ein Angebot an die Regionen,
104 Kommunen und Kreise.

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

107 Durch die bisherige Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung sind die
108 Leistungserbringer*innen auf die eigene Fachrichtung fokussiert, eine
109 interdisziplinäre Versorgung findet aufgrund der aktuellen Gegebenheiten nicht
110 in dem Maße statt, wie es für eine gute Versorgung notwendig ist. Das schadet
111 vor allem chronisch kranken Patient*innen. Durch die regionale Verankerung
112 entstehen mehr Möglichkeiten, die Versorgung abseits starrer Regelungen von der
113 Bundesebene vor Ort zu gestalten und in Quartierskonzepte zu integrieren.
114 Besonders wichtig ist dies bei der Versorgung hochbetagter Menschen, die zumeist
115 neben der medizinischen Versorgung Pflege, Therapie und alltagsunterstützende
116 Leistungen brauchen. Auch das Entlassmanagement nach einem Krankenhausaufenthalt
117 sowie die Unterstützung bei der Wiederaufnahme der selbstständigen Lebensführung
118 in der häuslichen Umgebung können so weitaus passgenauer und zielgerichteter
119 organisiert werden. Die Bedeutung des Sozialen Dienstes muss als Lotse für
120 Patient*innen hier gestärkt werden und die besonderen Bedarfe von Menschen mit
121 Behinderungen in diesem Feld besser bedacht werden, wie zum Beispiel der Umgang
122 mit erhöhtem Pflegebedarf durch die akute Erkrankung. Dabei muss schrittweise
123 auch die engere Vernetzung mit anderen Leistungen etwa der Pflege, der
124 Eingliederungshilfe oder der Rehabilitation in den Blick genommen werden. Auch
125 eine engere Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst ist notwendig.

126 Die Vernetzung von Praxen, Ärzt*innennetzen, Krankenhäusern, Krankenkassen,
127 Gesundheits- und Pflegezentren, Apotheken, Reha-Einrichtungen und weiteren
128 Gesundheitsbereichen wollen wir aktiv unterstützen und das Interesse am
129 gemeinsamen Handeln für die Gesundheit der Menschen fördern. Die Patient*innen
130 haben Anspruch auf eine verlässliche, qualitativ hochwertige und möglichst
131 wohnortnahe Versorgung – ganz gleich ob diese in Krankenhäusern,

132 Gesundheitszentren oder Arztpraxen stattfindet. Weiterhin sollen die Vernetzung
133 und klare Konzepte dazu beitragen, dass die derzeit häufigen
134 Zuständigkeitskonflikte -zum Beispiel zwischen Kostenträgern -schneller geklärt
135 und entbürokratisiert werden. Bei nicht eindeutigen Kompetenzen oder
136 Zuständigkeiten dürfen Patient*innen keine Nachteile haben. Mithilfe von
137 Versorgungszentren gerade in von Unterversorgung bedrohten oder betroffenen
138 Regionen und anderen Gesundheitseinrichtungen auch in eigener Trägerschaft
139 können Kommunen zudem direkten Einfluss auf die Daseinsvorsorge vor Ort nehmen.
140 Uns ist eine gute Erreichbarkeit für alle Menschen im Einzugsgebiet wichtig.

141 **Für eine verlässliche Krankenhausversorgung** 142 **überall sorgen**

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

150 Die Corona-Krise hat bestehende Defizite in der Gesundheitsversorgung im
151 Allgemeinen und der Krankenhausversorgung im Speziellen aufgezeigt. In einigen
152 Regionen gibt es echte Versorgungslücken in bestimmten Disziplinen, in anderen
153 eine Über- und Fehlversorgung mit einer nicht bedarfsgerechten Anzahl und
154 Verteilung von Krankenhausstandorten und -betten sowie im internationalen
155 Vergleich sehr vielen medizinisch nicht notwendigen stationären
156 Behandlungsfällen.

157 Wir GRÜNE sind der Auffassung, dass wir Krankenhausplanung und -finanzierung
158 grundlegend reformieren müssen. Wir wollen die stationäre Versorgung reformieren
159 und orientieren uns dabei an den Bedürfnissen der Patient*innen, an einer guten
160 Erreichbarkeit für jede*n, an Qualität und Verlässlichkeit. Wir wollen
161 sichergehen, dass die Gesundheitsversorgung von Menschen mit geringem Einkommen
162 nicht an den Anfahrtkosten scheitert. Deshalb sorgen wir mit bedarfsgerechten
163 Regelungen zur Fahrtkostenübernahme dafür, dass die Versorgung für alle Menschen
164 gesichert ist. Qualität fördern wir gezielt durch klare Vorgaben zur
165 bedarfsgerechten Personalausstattung im Krankenhausgesetz, durch Anreize in der
166 Vergütung sowie durch mehr Qualitätstransparenz.

167 Darüber hinaus ist eine stärkere Spezialisierung und Stufung der
168 Krankenhausversorgung nötig. Nicht jedes Krankenhaus kann und muss alle
169 Leistungen anbieten. Aber jedes bedarfsnotwendige Krankenhaus muss seinen
170 jeweiligen Versorgungsauftrag qualitativ gut und angemessen finanziert erfüllen
171 können. Dies ist aber nur dann der Fall, wenn versorgungsrelevante Bereiche auch
172 tatsächlich angeboten werden können. Viele Krankenhäuser in ländlichen Räumen
173 haben daher nur dann eine Zukunft, wenn sie Bestandteil einer
174 sektorübergreifenden und stärker regional verankerten Versorgung werden und
175 sowohl mit ambulanten Einrichtungen, als auch mit Krankenhäusern anderer
176 Versorgungsstufen sowie mit der Reha und der Pflege eng zusammenarbeiten.
177 Kennzeichen solcher Versorgungsverbände muss die verbindliche Zusammenarbeit
178 aller Gesundheitsberufe auf Augenhöhe und in abgestimmten Behandlungspfaden

179 sein. Aber auch die Anbindung an das komplexe Wissen und die Erfahrung von
180 Universitätskliniken und hoch spezialisierten Maximalversorgern oder
181 Fachkliniken durch telemedizinische Unterstützungsangebote (Stichwort
182 "Virtuelles Krankenhaus") muss auf- und ausgebaut werden. So können kleine
183 Häuser im ländlichen Raum das geballte Fachwissen in ihre Behandlungen
184 integrieren und somit auf qualitativ höherem Niveau Menschen versorgen.

185 Eine grundlegende Reform des Krankenhausentgeltsystems ist ebenfalls
186 unausweichlich. Es braucht eine starke Komponente einer fallzahlunabhängigen
187 Absicherung der notwendigen Vorhaltekosten für kleine Häuser der
188 Grundversorgung. Dies dient gerade der Sicherstellung der Grundversorgung
189 ländlicher Räume, der Notfallversorgung und der pädiatrischen Versorgung in
190 besonderer Weise

191 Krankenhausplanung an Bedürfnissen der Patient*innen 192 ausrichten

193 Damit die Menschen überall in NRW und Deutschland verlässlich, bedarfsgerecht
194 und qualitativ hochwertig versorgt werden, braucht es bundesweit gültige
195 Grundsätze für die Versorgungs- und Krankenhausplanung. Dies erfordert, den
196 Versorgungsbedarf fortlaufend zu analysieren, neue ambulante und
197 sektorübergreifende Strukturen zu entwickeln, das Angebot regional aufeinander
198 abzustimmen und Doppelstrukturen, insbesondere in den urbanen Zentren, zu
199 vermeiden.

200 Leistungen der Grundversorgung - etwa eine Abteilung für innere Medizin sowie
201 für allgemeine Chirurgie - müssen jederzeit für alle gut erreichbar sein. Sollte
202 kein Grundversorger mehr vor Ort sein, braucht es zumindest ein
203 sektorübergreifendes Zentrum mit einem verpflichtend vorhandenen internistischen
204 Bereich, IMC-Betten zur Notfallversorgung und ggf. zur Vorbereitung der
205 Weiterverlegung. Für fachärztliche und spezialisierte Angebote bzw.
206 Schwerpunktleistungen der stationären Versorgung durch Maximalversorger oder
207 Universitätskliniken soll hingegen großräumiger geplant werden. Die
208 Sektorentrennung bei der Planung wollen wir überwinden.

209 Investitionsfinanzierung auf eine stabile Basis stellen

210 Eine Reform der Investitionsfinanzierung ist zwingend notwendig. Der Bund muss
211 dauerhaft die Hälfte der Krankenhausinvestitionen finanzieren. Hierzu sollte der
212 Bund auch eine Mindestinvestitionsquote bestimmen. Die Finanzierung von
213 Investitionen soll überdies künftig über fallzahlunabhängige und nach
214 Versorgungsstufen differenzierte Pauschalen erfolgen.

215 Nur so verhindern wir, dass Krankenhäuser wegen fehlender Investitionsförderung
216 weiter Defizite machen und Kommunen zur Privatisierung ihrer Krankenhäuser
217 gezwungen werden. Wir wollen weitere Privatisierungen abwenden und Krankenhäuser
218 in kommunaler Trägerschaft erhalten sowie, wenn möglich, vermehrt Krankenhäuser
219 in die öffentliche Hand überführen. Öffentlich getragene Krankenhäuser sind
220 erstrebenswert, da diese auch im Sinne der Daseinsvorsorge nicht profitable
221 Fachabteilungen und Versorgungsaufgaben im Interesse ihrer Bevölkerung
222 erbringen. Auch konfessionell und weiteren freigemeinnützig getragenen

223 Krankenhäuser sind für uns ein wichtiger Bestandteil der Öffentlichen
224 Daseinsvorsorge.

225 In Digitalisierung und Smart Green Hospitals investieren

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

230 Das Krankenhaus der Zukunft ist grün und barrierefrei. Öffentliche Fördermittel
231 wollen wir gezielt für nachhaltige Konzepte bereitstellen. Ein tiefgreifende
232 Systemwandel hin zu "Smart Green Hospitals" ist im Angesicht der Klimakrise
233 notwendig und muss sich in der Investitionsfinanzierung und der
234 Krankenhausplanung widerspiegeln.

235 Geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung 236 gewährleisten

237 Geburtshilfe und Hebammen stärken

238 Eine gute Schwangerschaftsbegleitung und Geburtshilfe sind für den Start ins
239 Leben und für selbstbestimmte Entscheidungen von Frauen und Familien
240 unerlässlich. Deshalb setzen uns für eine bessere Vergütung der
241 verantwortungsvollen Tätigkeiten von Hebammen ein und wollen, dass die hohe
242 Berufshaftpflichtversicherung reformiert wird und die Beiträge deutlich
243 reduziert werden. Die Förderung von selbstständigen Hebammen ist ein adäquates
244 Mittel, um insbesondere im ländlichen Raum Lücken in der Geburtshilfe zu
245 schließen. Die Reform der Hebammenausbildung muss mit einer Aufwertung des
246 Berufs einhergehen.

247 Bei der Krankenhausplanung muss die Möglichkeit, Patientinnen jederzeit an gut
248 erreichbare Krankenhäuser verweisen zu können ebenso berücksichtigt werden wie
249 die Tatsache, dass gute Qualität in der stationären Geburtshilfe eine
250 hinreichende Zahl von jährlichen Geburten voraussetzt. Mit dem Ziel der
251 Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Geburtshilfe sollten deshalb
252 Tarifsteigerungen für in Geburtskliniken mit hoher Auslastung angestellte
253 Hebammen refinanziert werden, gebunden an verbindliche Qualitätskriterien wie
254 etwa eine 1:1-Betreuung in den wesentlichen Phasen der Geburt. Aber auch neue
255 Strukturen, wie der hebammengeführte Kreißsaal, sollen in NRW ausgebaut und
256 refinanziert werden.

257
258 Das oft tabuisierte Thema der Gewalt unter der Geburt ist in den letzten Jahren
259 immer mehr in die Öffentlichkeit gerückt worden. Das Thema umfasst dabei
260 physische, psychische und strukturelle Gewalt in der Geburtshilfe.
261 Wir unterstützen ausdrücklich die Arbeit und Ziele der Aktion „Roses Revolution“
262 und der 2018 im Bundestag eingereichten Petition zur Geburtshilfe reform. Die
263 WHO-Empfehlungen sind hier erklärter Leitfaden.
264 Wir machen uns stark für eine gesellschaftliche Sensibilisierung für Gewalt
265 unter der Geburt und wollen das Thema in der Ausbildung aller mit der
266 Geburtshilfe befassten Berufe verankern.

267 Selbstbestimmung garantieren

268 Alle Menschen, auch Mädchen und Frauen, haben das Recht auf Selbstbestimmung
269 über ihren Körper und ihr Leben. Dazu gehört auch die Entscheidung, ob eine Frau
270 eine Schwangerschaft abbricht. Dies gehört zu den schwierigsten Lebenssituation
271 und erfordert zwingend eine gute Unterstützung. Schwangere müssen schnell an
272 gesicherte Informationen gelangen - auch von Ärzt*innen, die den Eingriff
273 durchführen. Deshalb wollen wir § 219a endlich aus dem Strafgesetzbuch
274 streichen. Auch in NRW muss der flächendeckende Zugang zu
275 Schwangerschaftsabbrüchen und eine generelle Kostenübernahme überall
276 gewährleistet sein. Der Schwangerschaftsabbruch muss in die Ausbildung von
277 Ärzt*innen nach international anerkannten Standards integriert werden.
278 Freiwillige Beratungsangebote müssen abgesichert und ausgebaut werden.

279 Geschlechtsspezifische Medizin fördern

280 Fehlt im Gesundheitssystem und in der Gesundheitspolitik der Blick auf das
281 biologische und soziale Geschlecht, kommt unterm Strich eine
282 Gesundheitsversorgung heraus, die niemandem gerecht wird. Schon 2000 gab es im
283 Landtag NRW auf Initiative der Grünen Landtagsfraktion eine Enquetekommission
284 zum Thema "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW". Seitdem
285 liegen zahlreiche Erkenntnisse auf dem Tisch, bei der Implementierung im
286 Gesundheitssystem geht es aber nach wie vor zu langsam voran. Noch immer haben
287 Frauen bei einem Herzinfarkt je nach Klinik eine schlechtere Überlebenschance,
288 weil dort Diagnostik und Therapie immer noch auf den männlichen "Normkörper"
289 ausgerichtet sind. Deshalb setzen wir uns weiterhin für eine Stärkung der
290 Geschlechterperspektive im Gesundheitswesen und der Ausbildung ein, etwa bei der
291 Entwicklung von Medikamenten, Ermittlung geschlechtsspezifischer
292 Gesundheitsrisiken oder bei Präventionsangeboten. Förderungen des Landes im
293 Gesundheitsbereich sollen grundsätzlich die Geschlechterperspektive
294 berücksichtigen müssen, Daten geschlechterdifferenziert erfasst und ausgewertet
295 werden und Projekte und Initiativen des Landes dies durchgängig berücksichtigen.
296 Wir fördern geschlechterspezifische Medizin und sorgen so dafür, dass auch
297 trans*, inter* und genderqueere Personen sich darauf verlassen können, in der
298 Medizin die Hilfe zu bekommen, die ihnen zusteht.

299 Gerade die Zukunftsbereiche der Telemedizin und Digitalisierung dürfen die
300 Fehler der analogen Vergangenheit nicht in die Gegenwart übertragen. Denn mit
301 der Digitalisierung des Gesundheitssystems besteht nicht nur die Gefahr, die
302 Erkenntnisse geschlechterdifferenzierter Bedarfe bei Prävention, Diagnose,
303 Kuration, Rehabilitation und Pharmakologie auf dem Weg der Entwicklung und
304 Programmierung von Anwendungen wie Apps oder Algorithmen/KI wieder aus dem Blick
305 zu verlieren. Der „Gender Bias“ könnte sogar noch größer werden. Denn KI-Systeme
306 bilden die Vergangenheit und Gegenwart auf rückblickenden Datenbasen ab, um in
307 die Gegenwart und Zukunft Diagnosen und Prognosen zu erstellen. Das bedeutet,
308 sie bilden alle bestehenden Ungleichheiten der Vergangenheit ab und
309 reproduzieren sie. Deswegen braucht es auch eine entsprechende Sensibilisierung
310 der Unternehmen, die im Gesundheitsbereich Anwendungen entwickeln.

311 Diskriminierung und Benachteiligung abbauen

312 Inklusive Gesundheitsversorgung

313 Einer Benachteiligung einzelner gesellschaftlicher Gruppen in unserem
314 Gesundheitssystem werden wir weiterhin entschlossen entgegenwirken. Zum Beispiel
315 erhalten Menschen mit Behinderungen häufig nicht alle benötigten
316 Gesundheitsleistungen, Hilfsmittel oder häuslichen Pflegedienste und werden so
317 in ihrer Lebensqualität und Teilhabe beschränkt. Gerade in Krisenzeiten hat sich
318 gezeigt, dass Hilfsstrukturen resilienter werden müssen. Der zeitweise
319 Zusammenbruch der ambulanten Versorgung während der Pandemie hat viele Menschen
320 mit Behinderung und ihre Angehörigen in akute Not gebracht und für
321 Vereinsamungseffekte gesorgt. Die strukturellen Defizite in der Verhinderungs-,
322 Tages- und Kurzzeitpflege wollen wir abbauen, um die Vereinbarkeit von Beruf und
323 häuslicher Care-Arbeit zu verbessern.
324 Wir wollen einen ressortübergreifenden Inklusionsplan entwickeln, der Hürden im
325 Gesundheitswesen abbaut. Gesundheitsleistungen und Therapieziele sind stärker
326 auf die jeweiligen Bedarfe von Menschen mit Behinderung auszurichten, mit dem
327 vorrangigen Ziel, eine selbstbestimmte Lebensgestaltung zu ermöglichen. Hierzu
328 müssen Krankenkassen und Rentenversicherung enger zusammenarbeiten. Wir brauchen
329 zudem verbindliche Vorgaben zur Barrierefreiheit bei der Bedarfsplanung und mehr
330 Flexibilität und Patient*innenorientierung bei Therapie- und
331 Heilmittelversorgung. Hilfe muss umgehend auf veränderte Gegebenheiten
332 reagieren, um Einschränkungen von Mobilität und Eigenständigkeit zu vermeiden.
333 Nicht nur Krankenhäuser und Arztpraxen sind inklusiv auszugestalten, auch die
334 Aus- und Fortbildung des Personals im Gesundheitswesen. Die konsequente
335 Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention unsere Leitlinie sein.

336 Behandlung unabhängig von sexueller Orientierung

337 Die systematische Diskriminierung queerer Menschen im Gesundheitssystem müssen
338 wir abbauen. So müssen Ärzt*innen und anderes medizinischer Personal
339 sensibilisiert werden für die Belange von LGBTIQ*; hier muss es sowohl in der
340 Ausbildung als auch in Fortbildungen ein verpflichtendes Angebot geben. Der
341 Zugang zur Gesundheitsversorgung muss für queere Menschen verbessert werden.
342 Besonders queere Kinder und Jugendliche sind in der Gesellschaft noch immer
343 Druck und Ausgrenzung ausgesetzt. Durch die Förderung von queerfreundlichen
344 Aufklärungsprogrammen zu sexueller Gesundheit und auch therapeutischen Angeboten
345 zu sexualisierter Gewalt, kann präventiv gegen Ausgrenzung und für Akzeptanz
346 gesorgt werden. Ob somatische, psychosomatische, psychotherapeutische und
347 psychiatrische Versorgung: sie muss niedrigschwellig erreichbar sein und den
348 individuellen Bedarfen gerecht werden. Denn besonders AIDS, aber auch andere
349 STIs (sexually transmitted infections) sind in der Gesellschaft noch immer mit
350 einer Stigmatisierung und queerfeindlichen Narrativen verknüpft. Gerade für
351 vulnerable Gruppen wie Sexarbeiter*innen ist der Staat hier in der Pflicht.
352 Aktuell gibt es qualifizierte und anonyme Angebote zu "sexuell übertragbaren
353 Erkrankungen" nur vereinzelt in Gesundheitsämtern. Wir setzen uns dafür ein,
354 dass dieses Angebot zu einem flächendeckenden Netz von Beratungs- und
355 Untersuchungsangeboten ausgebaut wird.

356 Das Verbot der Blutspende für bisexuelle und schwule Männer und trans* Menschen
357 muss endlich abgeschafft werden.

358 **Psychische Gesundheit verbessern**

359 Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder in einer psychischen Krise
360 brauchen schnelle und leicht zugängliche Hilfen, damit ihr Leid sich nicht
361 verschlimmert. Doch unser Gesundheitssystem wird dem individuellen Bedarf von
362 Menschen in einer psychischen Krise sehr häufig nicht gerecht. Das wollen wir
363 ändern! Dafür braucht es ausreichend niedrigschwellige Krisenangebote und mehr
364 ambulante Psychotherapieplätze ohne lange Wartezeiten durch mehr
365 Kassenzulassungen von Psychotherapeut*innen. Ambulante Angebote der, auch von
366 Selbsthilfestrukturen und gemeindenaher Psychiatrie, können eine zusätzliche
367 Säule sein. Dabei kommt Hausärzt*innen eine wichtige Lenkungsfunktion zu, um
368 kompetent durch den Dschungel an Angeboten und Therapiemöglichkeiten zu lotsen

369 Wir wollen das Angebot der Suchtberatung und -hilfe vor Ort ausbauen und
370 auskömmlich finanzieren, um Prävention, Beratung und Therapie besser
371 auszustatten.

372
373 Wir setzen uns für eine gemeindenahere und personenzentrierte Versorgung und eine
374 verbesserte sektorübergreifende Zusammenarbeit ein. Dabei müssen auch die
375 Besonderheiten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt
376 werden. Hilfsangebote zwischen ambulanter und stationärer und
377 stationsäquivalenter Behandlung müssen flexibler werden und die verschiedenen
378 Berufsgruppen im Team eine miteinander abgestimmte Behandlung übernehmen können.
379 Ergänzt werden müssen die bestehenden Angebote durch digitale Bausteine sowie
380 Videosprechstunden als Einzel- und Gruppenangebote. Digitale
381 Gesundheitsanwendungen (DiGAs) für Menschen mit psychischen Erkrankungen
382 brauchen einen hohen Qualitätsstandard und sollten in bestehende Therapien
383 integriert werden. Darüber hinaus muss es genügend barrierefreie Hilfsangebote
384 geben, die sowohl die besonderen Belange von Menschen mit Behinderung mitdenken
385 als auch ihre häufige behinderungsbedingte Multi-, bzw. Komorbidität.

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

389
390 Wir setzen uns gegen eine Stigmatisierung von Menschen mit
391 Abhängigkeitserkrankungen und Süchten ein, zu denen auch die nicht-stofflichen
392 (z.B. Mediensucht) gehören. Hierzu braucht es mehr Thematisierung, Prävention
393 und Hilfsangebote.

394 Therapieerfolge hängen oftmals von der Zeit und der Beziehung ab, die das
395 Personal zu den Patient*innen aufgebaut hat. Wir setzen uns deshalb dafür ein,
396 dass ausreichend Personal und ein Personalmix in der stationären Versorgung
397 durch verbindliche und qualitätsorientierte Standards ermöglicht werden.
398 Patient*innen wollen wir die Übersicht über vorhandene Therapie- und
399 Hilfsangebote durch eine Informationsplattform in Kooperation mit Kommunen und
400 Kassenärztlichen Vereinigungen erleichtern.

401 Die Corona-Pandemie hat viele Familien an ihre Belastungsgrenzen gebracht. In
402 Ausnahmezeiten wie diesen darf die Prävention für Familien nicht vergessen
403 werden, damit aufkommende Erschöpfungserscheinungen sich nicht in physischen und
404 psychischen Krankheitsbildern manifestieren. Hier müssen so schnell wie möglich
405 Entlastungsangebote geschaffen werden.

406 Eine frühe Familienpflege ist wichtig, um ernsthafte Krankheiten als Folge von
407 Überlastung zu verhindern. Bei der Prävention für Familien müssen Eltern und
408 Kinder gleichermaßen bedacht werden. Mütter, die immer noch die Hauptlast der
409 Care-Arbeit tragen, gehören stärker in den Mittelpunkt. Für diese
410 gesundheitspräventiven Angebote für Familien ist uns eine auskömmliche
411 Finanzierung wichtig.

412
413 Wir wollen eine gute Prävention, Versorgung und Nachsorge von Kindern und
414 Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen und von Kindern, deren Eltern
415 psychisch erkrankt sind, gewährleisten. Erhebungen zufolge werden ein Großteil
416 aller psychischen Störungen bei Kindern bis zum Zeitpunkt des Schuleintritts
417 durch die bestehenden Vorsorgeuntersuchungen nicht erkannt bzw. die Betroffenen
418 nicht einer notwendigen Behandlung zugeführt. Wir setzen uns dafür ein, dass das
419 gesetzliche Kinderfrüherkennungsprogramm (U-Untersuchungen) um die Aspekte der
420 psychischen Gesundheit erweitert wird und die Beratung der Eltern stärker
421 miteinschließt. Damit die notwendige Zusammenarbeit der beteiligten Hilfesysteme
422 gelingt, wollen wir berufsübergreifende Kooperations- und Vernetzungsstrukturen
423 etablieren und Möglichkeiten der Mischfinanzierung von komplexen Hilfebedarfen
424 in psychisch belasteten Familien fördern. Schule, Jugendhilfe, Sozialamt und das
425 Gesundheitssystem müssen wie Zahnräder ineinandergreifen und jeweils dort
426 Finanzierung und Hilfen anbieten, wo die Systeme der anderen Sozialgesetzbücher
427 nicht greifen.

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

434
435 Psychotherapeut*innen stellen eine der wichtigsten Gruppen der Versorger*innen
436 für Menschen mit erheblichem Einsamkeitsempfinden dar. An ihnen liegt es somit
437 primär, das oftmals indirekt vorliegende Einsamkeitsproblem zu lokalisieren und
438 in der Therapie zu berücksichtigen. Hier wird das mit dem Erleben von Einsamkeit
439 assoziierte psychische Leid jedoch noch zu wenig von der (Fach-)Öffentlichkeit
440 wahrgenommen.

441 Neben Psychotherapeut*innen sollten auch andere mit Risikogruppen für Einsamkeit
442 arbeitende Berufsgruppen, beispielsweise pädagogische Fachkräfte und
443 Pflegekräfte in Aus- und Weiterbildung, stärker für das Thema Einsamkeit
444 sensibilisiert werden. Auch hier wollen wir ergänzende präventiv orientierte
445 Angebote einführen, um psychische Störungen frühzeitig zu diagnostizieren und zu
446 erfassen.

447 Hausärzt*innen stellen immer häufiger aufgrund der Auflösung anderer Strukturen
448 die einzige verbliebene Ansprechperson für vereinsamte Menschen dar. Wir setzen
449 uns deshalb dafür ein, die Aspekte der Einsamkeit tiefergehender in die
450 Ausbildung von medizinischem Fachpersonal, insbesondere in der Pflege, aber auch
451 bei Ärzt*innen, einzubauen.

452 **Gesundheitsversorgung Geflüchteter verbessern**

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

455 Deshalb wollen wir in NRW einen niedrigschwelligen Zugang zum Gesundheitssystem
456 für Menschen, die Leistungen nach dem Asylbewerbergesetz erhalten, für Menschen
457 ohne Papiere oder Menschen ohne geklärten Versicherungsschutz. Die
458 Clearingstellen in NRW müssen ausgebaut und dauerhaft finanziert werden. Für
459 Menschen ohne Papiere und Menschen mit ungeklärtem Versicherungsschutz wollen
460 wir niedrigschwellige Verfahren und Instrumente wie etwa den „Anonymen
461 Krankenschein“ in Anlehnung an das Thüringer Modell, welcher in Zusammenarbeit
462 mit Vertrauensärzt*innen ausgegeben wird, etablieren. Clearingstellen müssen die
463 Menschen perspektivisch nicht nur bei der Frage des Versicherungsschutzes
464 sondern auch beim Zugang zu medizinischen und psychotherapeutischen Angeboten
465 mit Sprach- und Kulturmittler*innen unterstützen. Gerade die Pandemie zeigt, wie
466 langsam Aufklärung und Informationen Menschen erreichen, die nicht mit unserem
467 Gesundheitssystem aufgewachsen sind. Deshalb wollen wir für NRW gemeinsam mit
468 den Kommunen, Leistungserbringern und Kostenträgern eine App "Gesundheitssystem
469 für Einsteiger*innen" entwickeln, die die zentralen in den Fragen in den am
470 häufigsten in NRW gesprochenen Fremdsprachen beantwortet, etwa: "Wohin gehe ich
471 mit welchen Symptomen?", "Wer zahlt was?", "Wie kann ich im Gesundheitssystem
472 arbeiten?".

473 Das diskriminierende Asylbewerberleistungsgesetz wollen wir abschaffen und das
474 allgemeine Sozialleistungssystem öffnen. Die psychosoziale Unterstützung von
475 Geflüchteten muss zudem verbessert und ausgebaut werden. Damit alle
476 Patient*innen angemessen aufgeklärt und behandelt werden können, wollen wir,
477 dass professionelle Sprach- und Kulturmittler*innen künftig mitfinanziert
478 werden.

479 **Gesundheit fördern: Wohnungslosigkeit bekämpfen**

480 Das Leben auf der Straße stellt ein enormes Gesundheitsrisiko dar. Deshalb
481 wollen wir alle Menschen, unabhängig von ihrer Herkunft, aus der Obdachlosigkeit
482 holen. Hierfür gilt es zuallererst, Zwangsräumungen zu vermeiden und niemanden
483 aus dem Krankenhaus oder Strafvollzug zu entlassen, ohne dass angemessener
484 Wohnraum bereitsteht. Die Pandemie hat gezeigt, dass Obdachlose oft nicht
485 mitgedacht werden. Als besonders vulnerable Gruppe von häufig vorerkrankten
486 Menschen benötigen sie besondere Ansprache, besonderen Schutz und die
487 Möglichkeit zur physischen Distanzierung bei der Unterbringung. Ebenfalls ist
488 eine dauerhafte Unterbringung Voraussetzung für eine nachhaltige
489 Gesundheitsversorgung.

490 **Notfallversorgung reformieren**

491 Jeder Mensch muss darauf vertrauen können, im Notfall bestmöglich versorgt zu
492 sein - unabhängig vom Wohnort. Doch dafür muss sich einiges ändern. Wir müssen
493 ran an schlecht funktionierende Strukturen, die Menschen auf der Suche nach
494 medizinischer Hilfe rat- und orientierungslos lassen. Die Devise muss sein: Wer
495 Hilfe braucht, wird schnell und qualifiziert versorgt und nicht in einen

496 Zuständigkeitsdschungel des Gesundheitswesens geschickt, in dem Durchschnitt und
497 nicht Exzellenz das Maß der Dinge darstellt.

498 Darum wollen wir eine konsequente Verzahnung der ambulanten und der stationären
499 Notfallversorgung. In einem strukturell vielfältigen Land wie NRW mit
500 städtischen Ballungsgebieten und ländlichem Raum kann es nicht ein Modell für
501 alle geben. Aber durch einheitliche Stufen, konkrete Strukturvorgaben zur
502 Notfallversorgung, wollen wir erreichen, dass Menschen in Not stets die
503 erwartbare Hilfe auch verlässlich vorfinden.

504 Das heißt konkret: Wenn sich Menschen mit einem medizinischen Hilfeersuchen an
505 eine Notaufnahme wenden, müssen sie dort kompetente und zuverlässige Hilfe
506 bekommen. An zentralen Klinikstandorten soll in weiterentwickelten
507 Notfallzentren unter anderem durch gemeinsame Tresen eine nahtlose Verzahnung
508 der bislang getrennten ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten der
509 Notfallversorgung erfolgen. Auch wollen wir, dass diese Notfallzentren gerade
510 nachts und am Wochenende beispielsweise durch kompetente Hausärzt*innen so
511 unterstützt werden, dass geeignete Fälle gut ambulant versorgt werden können. In
512 kleineren Krankenhäusern, die die Versorgung vor Ort sicherstellen und in denen
513 nicht für jede Notsituation Spezialist*innen vorgehalten werden können, muss die
514 Beurteilung von Notfällen mit Hilfe einer telemedizinischen Anbindung aus dem
515 virtuellen Krankenhaus sichergestellt werden. Eine gute digitale Infrastruktur
516 zeigt hier ganz konkreten Nutzen für Menschen in gesundheitlichen Notlagen,
517 gerade auch im ländlichen Raum.

518 Für die meisten Menschen sind gesundheitliche Notfälle nichts Alltägliches. Sie
519 brauchen Klarheit, wohin sie sich unkompliziert und schnell wenden können und wo
520 ihnen verlässlich geholfen wird. Darum sollten die Notrufleitstellen der Nummern
521 112 und 116117 organisatorisch zusammengeführt werden. Wir wollen in allen
522 Leitstellen eine Software zur standardisierten Notrufabfrage einführen und uns
523 dafür einsetzen, dass Vernetzung, Kooperation und Harmonisierung der
524 Einsatzleitsysteme zwischen den Leitstellen vorangetrieben werden. Es darf keine
525 Rolle spielen, wo die Menschen anrufen. Wichtig ist, dass sie immer die passende
526 Hilfe bekommen. Und zwar rund um die Uhr. Einem medizinischen Notfall sind
527 Öffnungs- und Dienstzeiten egal. Darum muss auch sichergestellt sein, dass der
528 ärztliche Bereitschaftsdienst rund um die Uhr verfügbar ist.

529 Auch der Rettungsdienst kann Menschen in Not umfassend medizinisch behandeln.
530 Doch dafür müssen die rechtlichen Grundlagen stimmen. Wir wollen das
531 Rettungsdienstgesetz weiterentwickeln und flächendeckend die Vollzeit-Funktion
532 der „Ärztlichen Leitung Rettungsdienst“ einführen, welche die medizinische und
533 organisatorische Gesamtverantwortung sowie die Aufgabe der Qualitätssicherung in
534 ihrem jeweiligen Zuständigkeitsgebiet trägt. Sie sollen zuständig sein für die
535 Festlegung medizinischer Behandlungsstandards und die Delegation heilkundlicher
536 Maßnahmen die auch von Notfallsanitäter*innen im Einklang mit ihrer Befähigung
537 im Einsatz durchgeführt werden sollen. Zudem soll die „Ärztliche Leitung
538 Rettungsdienst“ Anforderungen an Aus und Fortbildung des in der Notfallrettung
539 eingesetzten Personals festlegen und überwachen. Der Telenotarzt in NRW - also
540 die flächendeckende telemedizinische Unterstützung durch die Leitstellen des
541 Rettungsdienstes und der Feuerwehr - ist für die flächendeckende Versorgung ein
542 wichtiger Baustein, den wir ausbauen wollen.
543 Ebenfalls Nachholbedarf hat die Sensibilisierung und Schulung des Personals in

544 der Notfallversorgung beim Umgang mit Menschen mit Behinderung bezüglich Ihrer
545 besonderen Bedarfe und häufigen behinderungsbedingteren Mehrbedarfe.

546 Um den Rettungsdienst im Sinne der Betroffenen auch strukturell zu stärken soll
547 NRW sich im Bund dafür einsetzen, die medizinische Notfallversorgung der
548 Rettungsdienste als eigenständigen Leistungsbereich im Sozialgesetzbuch V
549 auszugestalten.

550 In manchen Notsituationen reicht es für die betroffenen Menschen nicht aus,
551 allein die medizinische Erstversorgung abzusichern. Dann wird auch eine
552 psychosoziale Notfallversorgung benötigt, um belastende und traumatisierende
553 Erfahrungen zu verarbeiten. Wir wollen die psychosoziale Notfallversorgung auch
554 in NRW gesetzlich absichern.

555 **Bessere Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen** 556 **schaffen**

557 Menschen, die krank sind und wieder gesund werden sollen, brauchen andere
558 Menschen, die sich gut und qualifiziert um sie kümmern. Voraussetzung dafür ist,
559 dass Pflegekräfte, Ärzt*innen, Hebammen, Sozialarbeiter*innen, Physio- und
560 Ergotherapeut*innen oder Logopäd*innen im Gesundheitssystem Arbeitsbedingungen
561 vorfinden, die sie auf Dauer nicht selbst als „Kümmerer“ krank werden lassen.
562 Das medizinische Fachpersonal leistet, egal ob im Krankenhaus, in der ambulanten
563 Versorgung, im Rettungsdienst oder in der Altenpflege einen enormen
564 gesellschaftlichen Beitrag. Andere Menschen gesund zu machen, ist gelebte
565 Daseinsvorsorge. Angesichts eines immer stärkeren ökonomischen Drucks und
566 weiterer Faktoren wie insbesondere dem Fachkräftemangel, haben sich einerseits
567 die Arbeitsbedingungen in fast allen Bereichen des Gesundheitswesens in den
568 letzten Jahren massiv verschlechtert. Gleichzeitig ist Geld im System
569 überproportional stark zugunsten teurerer Apparate oder teurer Medikamente und
570 weg von den Menschen verschoben worden. Was durch den immensen Einsatz der
571 Menschen im Gesundheitswesen während der Corona-SARS-CoV-2-Pandemie für die
572 breite Öffentlichkeit sichtbar geworden ist, hätte schon viel früher dazu führen
573 müssen, dass ihnen deutlich mehr gesellschaftliche und finanzielle Anerkennung
574 zukommt.

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

583 Dafür müssen die Personalschlüssel – nicht nur, aber insbesondere in der Pflege
584 - dem tatsächlichen Bedarf entsprechend weiter deutlich verbessert werden, damit
585 Menschen im Pflegeheim, im Krankenhaus oder in der ambulanten Versorgung mehr
586 Zeit für die Patient*innen haben. Die Personaluntergrenzen lösen wir so schnell
587 wie möglich durch Regelungen ab, die sich am tatsächlichen Pflegebedarf der
588 Patient*innen orientieren. Wir setzen uns dafür ein, dass ausreichende
589 finanzielle Ressourcen für die Erprobung von wissenschaftlich fundierten

590 Personalbedarfsmessungsinstrumenten zur Verfügung stehen. Die Ergebnisse müssen
591 anschließend schnellstmöglich in das Leistungsrecht überführt werden.

592 Außerdem muss die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe gestärkt werden. Die
593 Pflege muss ihre Expertise im Gesundheitswesen einbringen und es mitgestalten
594 können. Um diese Mitbestimmung auch politisch zu erreichen und die
595 professionellen Perspektiven der Pflege nachhaltig zu verbessern, benötigt
596 unsere Gesellschaft eine starke Selbstverwaltung der Pflege in Form von
597 Pflegeberufekammern auf Landes- und Bundesebene. Diese benötigen gerade in ihrer
598 Startphase eine staatliche Anschubfinanzierung, um Handlungsfähigkeit und
599 Akzeptanz bei ihren Mitgliedern sicherzustellen.

600 Auch die Soziale Arbeit sollte ihre Expertise einbringen: Sozialarbeiter*innen
601 decken den größten Teil des Beratungssektors ab. Deshalb wollen wir neben
602 Pflegekräften und medizinischem Personal in den politischen Diskussionen die
603 soziale Komponente und damit die ganzheitliche Betrachtungsweise hervorheben.
604

605 Auch Fragen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Weiterbildungsmöglichkeiten
606 und flexiblere Arbeitszeitmodelle spielen bei Arbeitnehmer*innen eine immer
607 wichtigere Rolle. Die Ausnahmen im Arbeitszeitgesetz für den Gesundheitsbereich
608 wollen wir beschränken. Mit anhaltender Dauer der Pandemie und einer großen
609 Auslastung des Gesundheitswesens hat der Druck auf alle Gesundheitsberufe
610 zuletzt noch einmal massiv zugenommen. Gerade die Menschen, die sich um andere
611 kümmern, müssen wir besser schützen, damit sie nicht selber krank werden.

612 Eine große Baustelle, um die Attraktivität der Gesundheitsfachberufe wirklich
613 steigern zu können, ist weiterhin die Ausbildung. Wir GRÜNE wollen die
614 Ausbildung aufwerten und das Schulgeld durch eine faire Ausbildungsvergütung für
615 alle Heilberufe ersetzen. Auch das Recht auf Weiterbildung werden wir stärken
616 und gleichwertige ausländische Fachabschlüsse schneller anerkennen, um auch
617 damit mehr Fachkräfte gewinnen zu können.

618 Wir setzen uns weiter für eine Akademisierung der Gesundheitsberufe ein. Es
619 braucht einen konkreten und verbindlichen Bund-Länder-Fahrplan, um aus den
620 bestehenden Modell-Studiengängen reguläre Studienangebote zu machen. Für die
621 Fachkräfte in Pflege- und Therapieberufen muss sich die akademisierte Ausbildung
622 in einer höheren Bezahlung und in ihrer Tätigkeitsbeschreibung niederschlagen.
623 Gute Forschung ist grundlegend, um die Qualität der Studiengänge und der
624 Versorgung mithilfe neuesten wissenschaftlicher Erkenntnisse kontinuierlich zu
625 verbessern. Auch die Pflegefinanzierung muss stärker als bisher die Bedürfnisse
626 der Patient*innen und den notwendigen Aufwand berücksichtigen. So sollte die
627 erbrachte Fachpflege deutlich als qualitative Leistung hervorgehen und honoriert
628 werden.

629 **Den Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken**

630 Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist neben dem ambulanten und dem
631 stationären Sektor die dritte Säule des Gesundheitswesens in Deutschland. Seine
632 Aufgaben sind vor allem der Gesundheitsschutz der Bevölkerung, die
633 Gesundheitsförderung und das Gesundheitsmanagement. So übernimmt der ÖGD unter
634 anderem Schuleingangsuntersuchungen, macht Impfangebote und ist verantwortlich
635 für den Infektionsschutz inklusive Meldewesen, Kontaktnachverfolgung und

636 Anordnungen von Hygienemaßnahmen, aber auch für die Trinkwasserüberwachung und
637 die Beratung zu Lebensmittelhygiene. Wir wollen, dass der ÖGD viel stärker als
638 Impulsgeber für eine aktive Gesundheitspolitik auftritt und damit Einfluss auf
639 eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklungs- und Verkehrspolitik nimmt, aber
640 auch auf alle anderen Bereiche, wie z.B. die Pflege, die Bildungs- und
641 Betreuungspolitik.

642 Während der Corona-Pandemie ist besonders deutlich geworden, wie wichtig diese
643 Aufgaben sind. Offensichtlich geworden sind aber auch der langjährige
644 Verwaltungsabbau, die chronische Unterfinanzierung und der große Personalmangel
645 im ÖGD. In der Vergangenheit sind immer mehr Aufgaben hinzugekommen, ohne dass
646 der ÖGD entsprechend mehr finanziellen Mittel und Personal bekam. Wir wollen das
647 ändern. Langfristig wollen wir, dass ein Prozent der gesamten
648 Gesundheitsausgaben in den Öffentlichen Gesundheitsdienst fließen, damit er
649 seinen Aufgaben angemessen nachkommen kann.

650 Der Personalmangel im ÖGD lässt sich nur durch einen Strauß an Maßnahmen
651 beheben. Wir wollen den ÖGD attraktiver machen und die Vergütung der Ärzt*innen
652 durch einen eigenständigen Tarifvertrag deutlich verbessern. Bisher liegt die
653 Vergütung oftmals deutlich niedriger als in kommunalen Krankenhäusern oder im
654 Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Um den Nachwuchsmangel zu bekämpfen, der
655 durch die Verrentung vieler Ärzt*innen entsteht, wollen wir Nachwuchsprogramme
656 in Kooperation mit Hochschulen und Ärztekammern fördern. Bisher lernen angehende
657 Ärzt*innen Public Health und den ÖGD als Einsatzgebiet während ihres Studiums
658 kaum kennen. Das muss sich ändern, zum Beispiel durch eine Änderung der
659 Approbationsordnung in NRW. Auch eine Erweiterung der "Landärzt*innenquote" im
660 Medizinstudium für Studierende, die sich für den ÖGD verpflichten sowie ein
661 Medizin-Bachelor/Master für den ÖGD muss diskutiert werden.

662 Wir wollen, dass vermehrt Absolvent*innen aus anderen Fachrichtungen rekrutiert
663 werden (Sozialpädagogik, Gesundheitswissenschaft, Stadt- und Raumplanung etc.)
664 und in multiprofessionellen Teams zusammenarbeiten. Dieser interdisziplinäre
665 Ansatz in multiprofessionellen Teams bietet die Chance, die
666 Gesundheitsprävention noch stärker in den Fokus zu nehmen und insbesondere
667 benachteiligten Gruppen dazu zu verhelfen, ihre Chance auf ein gesundes Leben zu
668 erhöhen.

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

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

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

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

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

694 Das Landeszentrum für Gesundheit muss endlich – anders als bisher – dafür
695 sorgen, dass wissenschaftliche Erkenntnisse in alle Bereiche des
696 Gesundheitswesens kommuniziert werden und dass ein Austausch über deren
697 gelungene Umsetzung stattfindet. Gleichzeitig muss die Landesregierung auf der
698 Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse und klarer politischer Abwägungen
699 politische Leitlinien entwickeln.

700 Gleichzeitig müssen alle kommunalen Einheiten mit durchdachten Konzepten des
701 Landes unterstützt werden. Das LZG muss in zentralen Fragen der
702 Pandemiebekämpfung die Sicherung notwendiger Standards und Verfahren
703 verantworten und gerade in einer pandemischen Lage die hochqualifizierte
704 Beratung der Gesundheitsämter übernehmen. Diese Linie ist dann Ausgangspunkt für
705 alle kommunalen Strategien. Hierdurch vermeiden wir auch eine dem
706 Gesundheitsschutz zuwiderlaufende interkommunale Konkurrenz. Zusätzliche
707 kommunale Gestaltungsoptionen bleiben innerhalb dieses Rahmens weiterhin
708 möglich.

709 Das LZG muss den Kommunen in Krisensituationen Informations- und
710 Aufklärungsmaterialien in den Hauptsprachen der hier lebenden Menschen zur
711 Verfügung stellen, um schnell die gesamte Bevölkerung informieren und aufklären
712 zu können.

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

717 Auch außerhalb von Krisensituationen setzen wir auf eine klare Stärkung der
718 öffentlichen Strukturen im Sinne eines Gesundheitsschutzes und der Prävention.
719 Hierzu bedarf es der dauerhaften Kommunikation in der kommunalen Familie und mit
720 dem Land. Gerade innerhalb einer Kommune können andere Fachbereiche die Daten
721 des ÖGD gewinnbringend nutzen, so zum Beispiel zur Unterstützung von Familien in
722 benachteiligten Stadtteilen. Auch Gesundheitskooperationen im Sinne einer
723 Arbeitsteilung zwischen mehreren Kommunen oder zwischen dem LZG und
724 verschiedenen Kommunen können sinnvoll sein, beispielsweise in der
725 Apothekenaufsicht. Hierbei müssen inhaltliche Impulse immer wieder vom Land
726 aufgegriffen und durch weitere Konzepte hinterlegt werden. Wir wollen Daten der
727 Gesundheitsberichterstattung verbindlich in gesundheitspolitischen
728 Entscheidungen berücksichtigen. Gesundheitliche Folgeabschätzungen soll auch in

729 anderen Politikfeldern als „Gesundheitscheck“ ganz selbstverständlich verankert
730 werden – etwa bei verkehrs-, sozial- oder klimapolitischen Entscheidungen.

731 Neben Defiziten beim Infektionsschutz sehen wir als unmittelbare Auswirkung der
732 Corona Pandemie eine Zunahme psychischer Belastungen, Problemen und
733 Erkrankungen. Auch hier muss der ÖGD weiter gestärkt werden, um präventive
734 Konzepte und niedrigschwellige Angebote, den kommunalen Bedarfen entsprechend,
735 zu entwickeln und aufzubauen. Das Vernetzen von Trägern der unterschiedlichen
736 Sozialgesetzbüchern Psychosoziale Dienste, Gemeindenahe Psychiatrie,
737 Jugendhilfe, Sozialverwaltung, etc. ist ein wesentlicher Faktor für eine
738 wirksame Struktur. Neben diesen Feldern sollte der ÖGD auch im Bereich der
739 Beratung zu sexueller Gesundheit stärker tätig werden. Aktuell gibt es
740 qualifizierte und anonyme Angebote zu "sexuell übertragbaren Erkrankungen" nur
741 vereinzelt in Gesundheitsämtern. Wir setzen uns dafür ein, dass dieses Angebot
742 zu einem flächendeckenden Netz von Beratungs- und Untersuchungsangeboten
743 ausgebaut wird."

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

749 **Mit Digitalisierung die Gesundheitsversorgung** 750 **verbessern**

751 Wir GRÜNE stehen für eine Digitalisierung, die dem Menschen dient - nicht
752 umgekehrt. Telemedizin, Telematik, Künstliche Intelligenz und Roboter sollen
753 helfen, die Gesundheitsversorgung zu verbessern sowie Ärzt*innen, Pfleger*innen
754 und Hebammen zu entlasten. Sie ersetzen aber nicht menschliche Zuwendung und
755 fachliche Kompetenz. Nicht das technisch Machbare bestimmt, sondern das, was den
756 Menschen hilft, selbstbestimmt gesund zu sein und zu leben.

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

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

770 Das gleiche gilt für behandlungsunterstützende wie begleitende Angebote. Mit den
771 digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) und bald auch mit den digitalen
772 Pflegeanwendungen (DiPAs) haben die Versicherten einen Anspruch auf
773 Kostenübernahme für diese Apps oder digitalen Anwendungen. Hier brauchen wir in

774 NRW unabhängige Beratung und Schulung, die in bestehende Strukturen integriert
775 werden. Selbsthilfestrukturen könnten DiGAs testen und mit Fachärzt*innen oder
776 Fachgesellschaften gemeinsam Informationen dazu erstellen und beraten. Aber auch
777 die Verordnenden oder begleitenden Pflegekräfte brauchen Informationen über die
778 angebotenen DiGAs. Wir brauchen auch eine evidenzbasierte Qualitätskontrolle
779 bzw. Zertifizierung derartiger Anwendungen.

780 Auch die Heilberufe brauchen Grundlagen und spezifische Kenntnisse und müssen
781 entsprechend in digitalen und telemedizinischen Kompetenzen geschult werden.
782 Statt nur die heute Beschäftigten nachträglich zu qualifizieren, muss dies in
783 die Ausbildungsinhalte integriert werden. Auch in das Medizinstudium gehören
784 diese Inhalte. Algorithmen und KI-gestützte Systeme werden in wenigen Jahren
785 Regel und nicht mehr Seltenheit im System sein, um Ärzt*innen bei Diagnosen zu
786 unterstützen.

787 Die Art der sektorübergreifenden und innersektoralen Kommunikation verändert
788 sich durch die Digitalisierung. Das Virtuelle Krankenhaus NRW ist dafür ein
789 gutes Beispiel. Es hat mit einer Finanzierung durch den Europäischen
790 Regionalfonds (EFRE) begonnen, ist über den Innovationsfonds weiterentwickelt
791 worden und soll jetzt schrittweise in die Regelfinanzierung überführt werden.
792 Zentren mit großer Fachkompetenz, hohen Fallzahlen und Erfahrungen mit
793 ungewöhnlichen Verläufen, unterstützen kleinere Krankenhäuser bei der Versorgung
794 komplexer und komplikationsgefährdeter Patient*innen via telemedizinischer
795 Visite, Fallbesprechung und Begleitung. Mit fünf Fachbereichen zu Beginn soll
796 das System auf weitere Gebiete erweitert und perspektivisch auch der Bereich der
797 niedergelassenen Ärzt*innen hierüber Unterstützung erhalten können.

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