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

Deutschland und NRW haben nach wie vor eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Doch schon vor der Corona-Krise war deutlich, dass wir vieles ändern müssen, damit alle Menschen in unserem Land gut versorgt sind und gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen haben - in allen Wohnorten und Lebenslagen, unabhängig vom Geldbeutel, Alter, sexueller Identität oder Herkunft, auch Menschen mit Behinderung, Obdachlose und Suchtkranke.
Auch die fortschreitende Klimakrise stellt das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen und erhöht durch mehr Hitzetage und neue Krankheitserreger gesundheitliche Risiken und hitzebedingte Erkrankungen.
Wir müssen entschieden handeln, damit diejenigen, die tagtäglich für unser aller Gesundheit sorgen, bei ihrer Arbeit selbst dauerhaft gesund und zufrieden bleiben und angemessen entlohnt werden. Deshalb streiten wir für gute Arbeit für alle, die im Gesundheitssektor arbeiten - von der Reinigungskraft über die Altenpfleger*innen und Sozialpädagog*innen bis zu den Ärzt*innen im Gesundheitsamt.

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

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

Lehren aus der Pandemie ziehen

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

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

Gesundheit schützen, Prävention stärken

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

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

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

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

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

Regionale Versorgung ausbauen - Vorfahrt für Gesundheitsregionen

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

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

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

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

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

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

Für eine verlässliche Krankenhausversorgung überall sorgen

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

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

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

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

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

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

Krankenhausplanung an Bedürfnissen der Patient*innen ausrichten

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

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

Investitionsfinanzierung auf eine stabile Basis stellen

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

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

Krankenhäuser sind für uns ein wichtiger Bestandteil der Öffentlichen Daseinsvorsorge.

In Digitalisierung und Smart Green Hospitals investieren

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

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

Geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung gewährleisten

Geburtshilfe und Hebammen stärken

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

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

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

Selbstbestimmung garantieren

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

Geschlechtsspezifische Medizin fördern

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

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

Diskriminierung und Benachteiligung abbauen

Inklusive Gesundheitsversorgung

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

Behandlung unabhängig von sexueller Orientierung

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

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

Psychische Gesundheit verbessern

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

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

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

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

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

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

Die Corona-Pandemie hat viele Familien an ihre Belastungsgrenzen gebracht. In Ausnahmezeiten wie diesen darf die Prävention für Familien nicht vergessen werden, damit aufkommende Erschöpfungserscheinungen sich nicht in physischen und psychischen Krankheitsbildern manifestieren. Hier müssen so schnell wie möglich Entlastungsangebote geschaffen werden.
Eine frühe Familienpflege ist wichtig, um ernsthafte Krankheiten als Folge von Überlastung zu verhindern. Bei der Prävention für Familien müssen Eltern und Kinder gleichermaßen bedacht werden. Mütter, die immer noch die Hauptlast der Care-Arbeit tragen, gehören stärker in den Mittelpunkt. Für diese gesundheitspräventiven Angebote für Familien ist uns eine auskömmliche Finanzierung wichtig.

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

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

Psychotherapeut*innen stellen eine der wichtigsten Gruppen der Versorger*innen für Menschen mit erheblichem Einsamkeitsempfinden dar. An ihnen liegt es somit primär, das oftmals indirekt vorliegende Einsamkeitsproblem zu lokalisieren und in der Therapie zu berücksichtigen. Hier wird das mit dem Erleben von Einsamkeit assoziierte psychische Leid jedoch noch zu wenig von der (Fach-)Öffentlichkeit wahrgenommen.
Neben Psychotherapeut*innen sollten auch andere mit Risikogruppen für Einsamkeit arbeitende Berufsgruppen, beispielsweise pädagogische Fachkräfte und Pflegekräfte in Aus- und Weiterbildung, stärker für das Thema Einsamkeit sensibilisiert werden. Auch hier wollen wir ergänzende präventiv orientierte Angebote einführen, um psychische Störungen frühzeitig zu diagnostizieren und zu erfassen.
Hausärzt*innen stellen immer häufiger aufgrund der Auflösung anderer Strukturen die einzige verbliebene Ansprechperson für vereinsamte Menschen dar. Wir setzen uns deshalb dafür ein, die Aspekte der Einsamkeit tiefergehender in die Ausbildung von medizinischem Fachpersonal, insbesondere in der Pflege, aber auch bei Ärzt*innen, einzubauen.

Gesundheitsversorgung Geflüchteter verbessern

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

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

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

Gesundheit fördern: Wohnungslosigkeit bekämpfen

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

Notfallversorgung reformieren

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bessere Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen schaffen

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

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

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

Personalbedarfbemessungsinstrumenten zur Verfügung stehen. Die Ergebnisse müssen anschließend schnellstmöglich in das Leistungsrecht überführt werden.

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

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

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

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

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

Den Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mit Digitalisierung die Gesundheitsversorgung verbessern

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

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

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

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

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

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

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

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