

**Antrag 105/I/2020****ASG Berlin****Der Landesparteitag möge beschließen:****Empfehlung der Antragskommission****Überweisen an: Projektgruppe Wahlprogramm des Landesvorstandes (Konsens)****Resolution: Gesundheits- und Pflegepolitik vor dem Hintergrund von COVID-19**

1 „Ein neuer Sozialstaat für eine neue Zeit“ hat die SPD ih-  
2 ren Beschluss für gesellschaftliche und soziale Teilhabe in  
3 der Zukunft überschrieben. Die „Arbeitsgemeinschaft der  
4 Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesund-  
5 heitswesen“ (ASG) hat dazu zukunftsfähige und solidari-  
6 sche Vorschläge und Positionen zur kontinuierlichen Wei-  
7 terentwicklung unseres Gesundheits- und Pflegewesens  
8 beigesteuert.

9  
10 Schon in der ersten Phase der COVID-19-Pandemie zeigt  
11 sich, dass unser in Teilen selbstverwaltetes Gesundheits-  
12 wesen im Vergleich mit anderen Systemen gut aufgestellt  
13 ist. In weitgehend privatwirtschaftlich organisierten Ge-  
14 sundheitssystemen – wie in den USA – fehlt es noch im-  
15 mer an einer Krankenversicherung für alle. Viele Patien-  
16 tinnen und Patienten werden durch die Behandlung der  
17 von Corona verursachten Erkrankungen finanziell ruiniert.  
18 Andererseits waren auch vorrangig staatliche Systeme -  
19 wie in Großbritannien – durch anhaltende Einsparungen  
20 nicht auf die COVID-19-Pandemie vorbereitet und verfü-  
21 gen jetzt über nur mangelhafte Testungs- und Behand-  
22 lungskapazitäten.

23  
24 Im Vergleich zu diesen Systemen zeichnete sich das deut-  
25 sche Gesundheitswesen durch seine Leistungsfähigkeit  
26 aus. Die dramatischen Erfahrungen im Zusammenhang  
27 mit der COVID-19-Pandemie weisen neben den Stärken  
28 aber auch bei uns auf lange bekannte Mängel hin und  
29 neue Probleme werden sichtbar, die perspektivisch rasch  
30 und nachhaltig gelöst werden müssen.

31  
32 **Die COVID-19-Pandemie ist eine fundamentale Herausfor-**  
33 **derung für unser Gesundheitswesen. Nach deren Bewäl-**  
34 **tigung müssen die gesammelten Erfahrungen und Daten**  
35 **sorgfältig ausgewertet und systematisch analysiert wer-**  
36 **den. Das vorliegende Papier soll die innerparteiliche Dis-**  
37 **kussion kanalisieren und überträgt vorrangig bestehende**  
38 **Beschlusslagen auf die aktuelle Situation.**

39 Jetzt ist der Zeitpunkt, mit ganzer Kraft das Virus zu be-  
40 kämpfen. Danach müssen wir die not-wendigen struktu-  
41 rellen Veränderungen in unserem Gesundheitswesen und  
42 in der Pflege vor-nehmen.

43  
44 **I. Krankenhäuser**

45 In der Krise wurde mehr als deutlich, dass die für  
46 die Menschen existenziellste Versorgungsstufe die Kran-  
47 kenhausversorgung, hier: die Intensivmedizin, darstellt.  
48 Hier müssen die entscheidenden Stellschrauben in Rich-

49 tung schnellere Verfügbarkeit von Ressourcen gedreht  
50 werden. Es gilt die Wettbewerbsorientierung zurückzu-  
51 drängen, ohne sämtliche Wirtschaftlichkeit aufzugeben.  
52 Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert sich aus  
53 Zwangsbeiträgen ihrer Mitglieder. Schon deswegen ist  
54 mit diesen Mitteln wirtschaftlich umzugehen. Dies steht  
55 jedoch nicht im Widerspruch zu bedarfsgerechten Investi-  
56 tionen in unserem Gesundheitswesen. Die Beschäftigten  
57 müssen künftig erheblich bessere Bedingungen vorfinden  
58 und unser System der Gesundheitsberufe sich viel stärker  
59 am tatsächlichen Bedarf orientieren.

#### 60 **Spezielle Rolle der Universitätskliniken und Krankenhäu- 61 sern der Maximalversorgung**

62 Die zentrale Rolle der staatlichen Universitätsmedizin bei  
63 der Bewältigung der Krise wurde schnell offensichtlich.  
64 Von der Entwicklung von Tests über die Erarbeitung von  
65 medizinischen Behandlungsstandards bis hin zur konkre-  
66 ten Patientensteuerung zwischen Kliniken und darüber  
67 hinaus hatten Unikliniken und spezielle Krankenhäuser  
68 der Maximalversorgung die zentrale Rolle. Und deren Ex-  
69 pert\*innen standen staatlichen Entscheider\*innen sofort  
70 beratend zur Verfügung.

71

72 Folgende Themen sind hier zu diskutieren:

73

- 74 • Die entstandenen Strukturen zwischen den Unikli-  
75 niken, weiteren Maximalversorgern und deren bun-  
76 desweite Vernetzung müssen systematisch imple-  
77 mentiert werden;
- 78 • Eigenständige Finanzierung von besonders system-  
79 und versorgungsrelevanten Kliniken durch den  
80 Bund;
- 81 • Mehr staatliche Forschungsförderung;
- 82 • Zentrale fachliche (Patient\*innen-)Steuerung bei  
83 (schweren) Erkrankungen;

84

#### 85 **1. Finanzierung und Trägerschaft von Krankenhäusern**

86 Die ASG hat sich schon lange kritisch mit Wirkungen  
87 der DRGs (Fallpauschalen) befasst und Lösungsvorschläge  
88 eingebracht. Nicht zuletzt die jetzt endlich erfolgte Her-  
89 ausnahme der Pflegeleistungen aus den DRGs ist seit Jah-  
90 ren Position der ASG. Klar ist, dass das gesamte Finanzie-  
91 rungssystem der stationären Versorgung reformiert wer-  
92 den muss. Auch der Tatsache, dass die Länder seit Jah-  
93 ren ihren Investitionsverpflichtungen nicht nachkommen,  
94 muss endlich systematisch Rechnung getragen werden.  
95 Zur Ressourcenschonung und um richtige Anreize zu set-  
96 zen, muss die kaufmännisch motivierte Fixierung auf (er-  
97 zeugte) Behandlungsfälle durchbrochen werden. Im Be-  
98 reich der Daseinsvorsorge dürfen anonyme Kapitalmärk-  
99 te keine Steuerungsfunktion innehaben. Erzielte „Gewin-  
100 ne“ aus Sozialversicherungsbeiträgen dürfen dem Versor-  
101 gungssystem nicht entzogen werden.

102

103 Folgende Themen sind hier zu diskutieren:

104

- 105 • (Teil-)Umstellung der Krankenhausfinanzierung in
- 106 Richtung Vorhaltekosten für die Krankenversorgung
- 107 der Bevölkerung;
- 108 • In Kernbereichen der Daseinsvorsorge: Finanzierung
- 109 von Strukturen, nicht von Leistungen
- 110 • Vorrang / Gebot öffentlicher Trägerschaft (Zurück-
- 111 drängen privater Strukturen durch Änderung des
- 112 Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) um dem
- 113 kommunalen Sicherstellungsauftrag gerecht zu
- 114 werden
- 115 • Verpflichtung für Häuser / Träger, „Gewinne“ in die
- 116 Versorgungsstrukturen zu reinvestieren;
- 117 • Finanzierung der Investitionskosten (Pauschalen)
- 118 durch den Bund und Länder<sup>[1]</sup>;

119

## 120 2. Krankenhausplanung

121 Heute machen Länder die Krankenhausplanung. Oftmals  
122 verhindern vielfältige ökonomische und politische Inter-  
123 essenlagen in den Regionen stringente und rationale Pla-  
124 nungen z.B. für Qualitätsverbesserungen oder eine sinn-  
125 volle Versorgungs(struktur)steuerung. Hinsichtlich der In-  
126 vestitionsplanung geht der Trend in den Ländern hin zur  
127 Zahlung von „Investitionspauschalen“, d.h. der planeri-  
128 schen Übereignung der Mittel an die jeweiligen Kranken-  
129 häuser. Eine staatliche Planung hinsichtlich teuren (Groß-  
130 )Geräten findet nicht (mehr) statt. Obgleich Krankheiten  
131 (und insbesondere Viren) sowie auch Patient\*innen kei-  
132 nen Halt an Landesgrenzen machen, findet eine Planung  
133 über die Länder hinweg ebenfalls nicht statt.

134

135 Folgende Themen sind hier zu diskutieren:

136

- 137 • Planung über Landesgrenzen hinweg (Beteiligung
- 138 des Bundes);
- 139 • Klare und rechtssichere Vorgaben durch die Pla-
- 140 nungsbehörde(n), Durchbrechen der Einklagoptio-
- 141 nen;
- 142 • Planung gesamter Versorgungsketten in der Region
- 143 (sektorenübergreifend) in Abstimmung mit den je-
- 144 weils Planungsverantwortlichen
- 145 • (Wieder-)Einführung einer staatlichen (Groß-  
146 )Geräteplanung; Finanzierung der Investitionskos-  
147 ten (Pauschalen) durch den Bund und Länder
- 148 • Bildung von Schwerpunkten durch qualitätsorien-
- 149 tierte Konzentrationsprozesse, ohne die flächende-  
150 ckende Daseinsvorsorge zu gefährden

151

## 152 3. Beschäftigte

153 Unser gesamtes Gesundheitssystem steht und fällt mit  
154 den darin Beschäftigten. Wir brauchen ausreichend enga-

155 gierte und qualifizierte Person mit den richtigen Kompe-  
156 tenzen, die in der Lage sind, professionell eine qualitative  
157 Versorgung von Patient\*innen und Pflegebedürftigen si-  
158 cherzustellen.

159 Viel zu lange war Gesundheitspolitik vom Ziel der Kos-  
160 tendämpfung dominiert, das notwendige Personal wurde  
161 reduziert und renditeorientierte Krankenhausträger und  
162 gewinnorientierte Träger von Pflegeheimen weiteten sich  
163 aus. Inzwischen setzt sich die Erkenntnis durch, dass uns  
164 „eher die Menschen, als das Geld ausgeht“. In einem ers-  
165 ten großen Schritt konnten wir in der laufenden Koaliti-  
166 on die verpflichtenden „Vollfinanzierung“ der Pflegekräf-  
167 te im Krankenhaus durchsetzen. Dies wird in Kombination  
168 mit einer stärkeren Tarifbindung der Krankenhäuser und  
169 vor allem der Pflegeeinrichtungen mittelfristig zu deutlich  
170 besser vergüteten Arbeitsplätzen führen.

171 In der Krise wird jedoch offenbar, dass die eingeleitete Ent-  
172 wicklung zu spät begann und nicht ausreicht. Der sinn-  
173 volle Kapazitätsausbau von Intensivbetten in der COVID-  
174 19-Pandemie stößt in erster Linie nicht an technisch-  
175 räumliche Grenzen, sondern zeigt schnell, dass entspre-  
176 chendes Personal fehlt und die bestehenden Kräfte dann  
177 über jede vertretbare Grenze hinweg überlastet werden.  
178 Aber schon der „normale“ Betrieb vieler Gesundheits- und  
179 Pflegeeinrichtungen bringt zahllose Beschäftigte an phy-  
180 sische und psychische Belastungsgrenzen.

181

182 Folgende Themen sind hier zu diskutieren:

183

- 184 • Die Vergütungen der Beschäftigten müssen schnel-  
185 ler als vorgesehen deren gesellschaftlich herausra-  
186 gende Rolle widerspiegeln (durch gesetzliche Inter-  
187 ventionen, wie Erleichterung allgemein verbindli-  
188 cher Tarifverträge und vorrangige Auftragsvergabe  
189 an tarifgebunden Einrichtungen)[2]<sup>2</sup>;
- 190 • Die reale Arbeitssituation und -belastung der Be-  
191 schäftigten vor Ort muss sich substantiell verbes-  
192 sern;
- 193 • Hierfür müssen einerseits viel mehr Menschen für  
194 die Berufe gewonnen und ein Arbeiten bis zur Rente  
195 ermöglicht werden[3]<sup>3</sup>;
- 196 • Es müssen schnell weitere Berufseinstiege auch für  
197 Haupt- und Realschüler\*innen geschaffen werden,  
198 um die die Arbeitsabläufe zu optimieren und insge-  
199 samt zur Entlastung beitragen[4]<sup>4</sup>;
- 200 • Der Zusammenhang zwischen Arbeitszeit des Per-  
201 sonals und Behandlungserfolg wurde durch COVID-  
202 19 eindrucksvoll demonstriert; dieser Zusammen-  
203 hang ist auszuwerten und Schlussfolgerungen dar-  
204 aus zu ziehen

205

## 206 II. Ambulante Versorgung

207

208 Der größte Teil der Corona-infizierten Menschen in  
209 Deutschland wird (wie bei anderen Indikationen auch)  
210 nicht in Krankenhäusern, sondern in den Praxen der  
211 ambulanten Versorgung behandelt. Dies ist auch folge-  
212 richtig, denn die KV hat mit dem Sicherstellungsauftrag  
213 auch die Aufgabe übernommen, die Versorgung in  
214 der Fläche sicherzustellen. Gleichzeitig zeigten u.a.  
215 die Nichterreichbarkeit des vertragsärztlichen Bereit-  
216 schaftsdienstes über die Telefonnummer 116 117, Defizite  
217 bei der Bevorratung, Beschaffung und Verteilung von  
218 Schutzausrüstung für Praxen sowie sich anschließende  
219 Schuldzuweisungen zwischen einzelnen Ländern und  
220 Kassenärztlichen Vereinigungen, die Defizite des derzeiti-  
221 gen Systems auf und wirft die Frage auf, ob es inner- und  
222 außerhalb von epidemiologischen Krisenzeiten seiner  
223 Aufgabe gerecht werden kann.

224 Darüber hinaus müssen wir überprüfen, ob die ambu-  
225 lanten Versorgungsstrukturen derzeit ausreichend an der  
226 regionalen Versorgung der Patienten ausgerichtet sind.  
227 Hierzu gehört sicherlich, einseitig renditeorientierte An-  
228 bieter aus dem „Markt“ zu drängen, da sie nicht an einer  
229 flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung der Bevöl-  
230 kerung interessiert sind.

231

232 Folgende Themen sind hier zu diskutieren:

- 233 • Notwendigkeit der staatlichen Steuerung der am-  
234 bulanten Versorgung (Bsp. Auswertung der Rolle der  
235 „Versorgungsärzte“ in Bayern);
- 236 • Möglichkeit der Patientensteuerung bei starren Sek-  
237 torengrenzen zwischen Praxis (ambulant) und Kran-  
238 kenhaus (stationär);
- 239 • Die Übernahme der ambulanten Versorgung durch  
240 Krankenhäuser muss vor allem in unterversorgten  
241 ländlichen Regionen bzw. Stadtteilen in Großstäd-  
242 ten möglich sein
- 243 • Ausbau des Einflusses von Versorgungsqualität bei  
244 der Vergütung und Planung der ambulanten Struk-  
245 turen, um primär renditeorientierte Anbieter aus  
246 dem Markt zu drängen und regionale Versorgungs-  
247 konzepte zu stärken

248

### 249 **III. Langzeitpflege**

250 Besonders stark von der COVID 19 Pandemie waren Pfl-  
251 egebedürftige als Risikogruppe aber auch deren Familien,  
252 die stationären Pflegeeinrichtungen und die ambulanten  
253 Dienste betroffen. In den Pflegeheimen wurden Besuchs-  
254 verbote selbst für die engsten Familienangehörigen ver-  
255 hängt. Beim Pflegepersonal (ambulant und stationär) war  
256 der Mangel an Schutzausrüstung noch dramatischer als  
257 in den Krankenhäusern. In der häuslichen Pflege waren  
258 Angehörige weitgehend auf sich allein gestellt. Schon vor  
259 Ausbruch der Pandemie hatten viele ambulante Dienste  
260 bereits eine Aufnahmestop. Es fehlt an Personal. Arran-

261 gements mit osteuropäischen Pflegekräften[5]<sup>5</sup>, die oft  
262 in einer arbeitsrechtlichen Grauzone stattfinden, brachen  
263 durch die Grenzschießungen weg.[6]<sup>6</sup>

264

265 Folgende Themen sind hier zu diskutieren:

- 266 • Bevorratung von Schutzkleidung für Pflegeeinrich-  
267 tungen und ambulante Pflegedienste
- 268 • Konsequente Einzelzimmerregelungen einschl. Sa-  
269 nitärraum
- 270 • Ausbau der ambulanten Versorgung und Unterstüt-  
271 zung vorwiegend durch in Deutschland sozialversi-  
272 cherte Pflege- und Betreuungspersonen

273

274

#### 275 **IV. Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)**

276 Seit Jahrzehnten betont die ASG die exorbitante Bedeu-  
277 tung des ÖGD insbesondere für vulnerable Gruppen, aber  
278 gerade auch Fällen dramatischer Koordinierungs- und Ein-  
279 grifferfordernissen bei Pandemien und anderen Hygiene-  
280 und Infektionsschutzaufgaben. In vielen Koalitionsverein-  
281 barungen auf Landes- wie Bundesebene finden sich Be-  
282 kenntnisse, den ÖGD stärken zu wollen. In der Realität  
283 wurde er immer weiter geschwächt bis dahin, dass schon  
284 die „normalen“ Aufgaben rund um Gesundheitsschutz  
285 von diesem nicht bewältigt werden können. Bundesweit  
286 sind tausende Arztstellen im ÖGD unbesetzt. Für die bis-  
287 herigen wichtigen ÖGD Aufgaben fehlte das nötige Fach-  
288 personal.

289 In der COVID-19 Krise wurde erschreckend deutlich, dass  
290 trotz außerordentlichem Engagement der Beschäftigten,  
291 die entscheidenden Aufgaben nicht im erforderlichen Ma-  
292 ße geleistet werden konnten Das Fachpersonal wurde  
293 überbelastet und zusätzliche Überprüfung von COVID-19  
294 Patienten konnten nur verzögert durchgeführt werden.

295

296 Folgende Themen sind hier zu diskutieren:

297

- 298 • Schnelle räumlicher und stellenmäßiger Ausbau des  
299 Öffentlichen Gesundheitsdienstes durch die Haus-  
300 halte (ggf. Bundesfinanzierung);
- 301 • Gewinnung von Personal insbesondere durch sofor-  
302 tige Erhöhung der Gehälter gesuchter Expert\*innen  
303 deutlich über den TV-ÖD / TV-L hinaus;
- 304 • Schaffung stabiler Strukturen zur Koordination /  
305 Abstimmung zwischen Gesundheits-ämtern über  
306 Städte, Regionen und Länder hinweg;
- 307 • Neujustierung der Aufgaben des ÖGD, massive Stär-  
308 kung von Prävention und Gesundheitsförderung,  
309 Koordinationsaufgaben bei Versorgungsketten;
- 310 • Engere Vernetzung / Zusammenarbeit mit anderen  
311 Einrichtungen in staatlicher Trägerschaft (insbeson-  
312 dere Krankenhäuser)
- 313 • Priorisierung des ÖGD in den kommunalen Budgets

314

**315 V. Arzneimittel und Medizinprodukte**

316 Ein ganz grundlegendes Problem Deutschlands und Eu-  
317 ropas hinsichtlich der Versorgung mit Arzneimitteln und  
318 Medizinprodukten ist ebenfalls seit vielen Jahren be-  
319 kannt: die enorme Abhängigkeit vom Weltmarkt und ei-  
320 nigen wenigen produzierenden Ländern. Dies kann schon  
321 bei lokalen Krisensituationen dramatische Auswirkungen  
322 hinsichtlich der Versorgung von Patient\*innen in Deutsch-  
323 land haben.

324 Auch die Produktion von medizinischem Gerät wie  
325 Schutzausrüstung wird bislang weitgehend weltweiten  
326 Märkten überlassen und nicht staatlich geplant. Die  
327 bisherige Bevorratung potentiell knapper wie wichtiger  
328 Güter hat sich als keinesfalls krisenfest erwiesen.

329 Weitere Problematik bei der Bewältigung derartiger Kri-  
330 sen ist die weitgehend „zufällige“ Forschung z.B. nach  
331 akuten Behandlungs- und Impfstoffen. Wenn vielverspre-  
332 chende Präparate / Verfahren gefunden sind, kommen  
333 diese sehr unterschiedlich in die Anwendung. Zuletzt fol-  
334 gen dann die weltweite Preisfindung und Verteilung eher  
335 ökonomischen Regeln als medizinischen und gesellschaft-  
336 lichen Erfordernissen.

337 Offensichtlicher politischer Handlungsbedarf ergibt sich  
338 somit insbesondere in diesen Feldern, der in aller erste Li-  
339 nie europäisch zu bewältigen ist:

340

**341 1. Forschung**

342 Folgende Themen sind hier zu diskutieren:

343

- 344 • Ausbau und Systematisierung einer staatlichen For-  
345 schungsförderung auf nationaler und europäischer  
346 Ebene;
- 347 • Sicherstellung, dass nicht potentielle Patentregula-  
348 rien einer schnellen Forschung und ggf. Produktion  
349 entgegenstehen;

350

**351 2. Produktionsstandorte und Bevorratung**

352 Folgende Themen sind hier zu diskutieren:

353

- 354 • Es muss gesichert sein, dass die Produktion von ele-  
355 mentaren Medizingütern (wie ins-besondere Wirk-  
356 stoffe) in mehr Ländern stattfindet, insbesondere  
357 auch in der EU;
- 358 • Wichtigste Güter müssen national und insbesonde-  
359 re auf europäischer Ebene produziert werden, ggf. in  
360 staatlicher Verantwortung;
- 361 • Wir brauchen dringend ein neues System der  
362 (Mindest-)Bevorratung essentieller Güter wie  
363 Schutzausrüstungen und notwendiger Medizinge-  
364 räte. Dies den Einrichtungen des Gesundheitssys-  
365 tems selbst zu überlassen, ist gescheitert;

366

**367 3. Verteilung von Medikamenten etc.**

368 Folgende Themen sind hier zu diskutieren:

369

370 • Die heute fast nur wirtschaftlich bestimmte Preis-  
371 findung und Verteilung (knapper) Medizinprodukte  
372 muss einer am Bedarf orientierten weichen;

373 • Es bedarf systematisch regulierter staatlicher Ein-  
374 griffsmöglichkeiten, um in entsprechenden Krisen  
375 schnell und für die Sozialversicherung bezahlbar z.B.  
376 Medikamente nach medizinischem Bedarf verteilen  
377 zu können;

378 • Es bedarf stabiler staatlicher logistischer Struktu-  
379 ren, z.B. koordiniert durch die Gesundheitsämter,  
380 um schnell eine Massenverteilung / -impfung rea-  
381 lisieren zu können;

382

**383 VI. Gesamtfinanzierung**

384 In der Krise hat sich einmal mehr gezeigt, dass es die so-  
385 ziale, gesetzliche Krankenversicherung ist, die unser Ge-  
386 sundheitswesen stützt und nicht die private Krankenver-  
387 sicherung. Die weitreichenden Maßnahmen der Bundes-  
388 regierung – wie die Erhöhung der Intensivkapazitäten und  
389 die Ausgleichszahlungen an Rehaeinrichtungen – die die  
390 akutstationäre Behandlung von Patient\*innen überneh-  
391 men, werden maßgeblich durch die GKV finanziert. Dar-  
392 über hinaus war es die GKV, die innerhalb kurzer Zeit durch  
393 den GKV-Spitzenverband zahlreiche Regelungen erarbei-  
394 tete, um die Funktionsfähigkeit der ambulanten und sta-  
395 tionären Versorgung aufrechtzuerhalten sowie z.B. durch  
396 Stundungsregelungen Betriebe vor der finanziellen Über-  
397 forderung zu bewahren. Auch wurde deutlich, wie sehr  
398 das – insbesondere durch Beiträge der gesetzlich Versi-  
399 cherten finanzierte – Gesundheitswesen in großen Um-  
400 fang Aufgaben des (in staatlicher Verantwortung liegen-  
401 den) Katastrophenschutzes finanziert und damit gesamt-  
402 gesellschaftliche Verantwortung trägt.

403

404 Folgende Themen sind hier zu diskutieren:

405

406 • Stärkung der sozialen Krankenversicherung durch  
407 Schritte in Richtung einer Bürger-versicherung

408 • Stärkere steuerliche Finanzierung des Gesundheits-  
409 wesens

410

**411 VII. Pandemiebekämpfung / Infektionsschutz**

412 COVID-19 hat gezeigt, dass die Zuständigkeit der Länder  
413 für den Vollzug des Infektions- und Katastrophenschut-  
414 zes bei einer landes- und länderübergreifenden Pandemie  
415 an ihre Grenzen stößt. Das unabgestimmte und unter-  
416 schiedliche Verhalten der Länder führte insbesondere zu  
417 Beginn der Pandemie zu einer uneinheitlichen Informati-  
418 on, die weite Teile der Bevölkerung verunsicherte, als auch  
419 zu einem schlechten Krisenmanagement, insbesondere



420 was die Reaktionsfähigkeit einzelner Landesregierungen  
421 betrifft. Noch problematischer war die fehlende europäi-  
422 sche Abstimmung.

423

424 Insbesondere für Notstandslagen wie die Ausbreitung von  
425 COVID-19 brauchen wir eine zentrale, deutschlandweit  
426 einheitliche Steuerung. Dazu gehört sowohl die einheit-  
427 liche Anordnung von Infektionsschutzmaßnahmen als  
428 auch die bundesweite Verteilung von in der Krise poten-  
429 tiell knappen Ressourcen wie Medizintechnik und Arznei-  
430 mitteln, um allen Bürgerinnen und Bürgern den gleichen  
431 gesundheitlichen Schutz bieten zu können. Dies kann nur  
432 der Bund leisten. Hier muss auch die Abstimmung mit  
433 den Ländern innerhalb der EU erfolgen. Wir müssen über-  
434 prüfen, ob der Föderalismus im Bereich der Pandemiebe-  
435 kämpfung dem gesundheitlichen Bevölkerungsschutz ge-  
436 recht werden kann.

437

438 Ein wesentlicher Punkt zur rationalen Bekämpfung der  
439 Pandemie ist die schnelle Verfügbarkeit von Daten. Künft-  
440 ige Strukturen benötigt, die es ermöglichen, dass  
441 gewonnene Daten und Erfahrungen aus den verschiede-  
442 nen Versorgungsbereichen umgehend gesammelt wer-  
443 den. Nur so lassen sich schnell politisch-administrative  
444 Strategien entwickeln, die nicht willkürlich oder zufällig  
445 sind. Auch für eine schnelle Optimierung der Behandlun-  
446 gen bei neuartigen Erkrankungen müssen entsprechende  
447 Informationen der Behandelnden umgehend zusammen-  
448 geführt werden.

449

450 Folgende Themen sind hier zu diskutieren:

451

- 452 • Steuerungsfähigkeit des Bundes bei Pandemien  
453 trotz Föderalismus
- 454 • Schaffung bzw. Umbau behördlicher Strukturen auf  
455 Bundesebene zur Bewältigung von Pandemien (Auf-  
456 gaben: Steuerung, Öffentlichkeitsinformation, Ver-  
457 teilung von Ressourcen), zum Beispiel über die Stär-  
458 kung/Umbau des RKI
- 459 • Sicherstellung, dass gewonnene Daten / Informa-  
460 tionen / Erfahrungen über Verbreitungswege sowie  
461 der realen Versorgung umgehend gesammelt, zu-  
462 sammengeführt und analysiert werden;
- 463 • Stärkung der europäischen Zusammenarbeit bei der  
464 Pandemiebekämpfung

465

#### 466 **VIII. Soziale Ungleichheit**

467 Zeit Jahren befassen wir uns als ASG zentral mit dem The-  
468 ma „Armut und Gesundheit“. Die systematische Ignoranz  
469 des engen Zusammenhangs ist aus unserer Sicht in ei-  
470 nem der reichsten Länder schlicht skandalös. Die Auswir-  
471 kung sozialer Ungleichheit auf den Gesundheitszustand  
472 und die Gesundheitschancen ist dramatisch und hinläng-

473 lich bekannt und belegt. Erste Studien weisen darauf hin,  
474 dass sich dieser Zusammenhang auch bei der Sterblichkeit  
475 in der COVID-19-Pandemie widerspiegelt. Als Sozialdemo-  
476 krat\*innen müssen wir nach der Bewältigung der Krise die  
477 zur Verfügung stehenden Daten aus der Versorgungsfor-  
478 schung genau auswerten.

479

480 Folgende Themen sind hier zu diskutieren:

481

- 482 • Auswertung der COVID-19-Daten insbesondere im
- 483 Hinblick auf die Auswirkungen sozialer Ungleich-
- 484 heit auf die Sterblichkeit bzw. mangelhafte Rehabi-
- 485 litation nach überstandener Infektion
- 486 • Zugang zu ambulanten und stationären Versor-
- 487 gungsstrukturen in der Pandemie

488

489 [1]<sup>7</sup> Bei Beteiligung des Bundes an der Landesfinanzie-  
490 rung gäbe es auch die politische und rechtliche Grundla-  
491 ge für die Förderung von länderübergreifender Planung.  
492 Der nur durch die GKV gespeiste Gesundheitsfonds sollte  
493 vollständig der Finanzierung der Betriebskosten verwen-  
494 det werden. Über Steuern aus Bund und Ländern könn-  
495 ten dann die Investitionen finanziert werden. Steuerfi-  
496 nanzierte Investitionen haben wir auch bei der FES zur  
497 Bürgerversicherung vorgeschlagen (FES 24/ 2016 Positi-  
498 onspapier Der Weg zur Bürgerversicherung)

499 [2]<sup>8</sup> Laut WSI Tarifarchiv betragen die Gehaltsunterschie-  
500 de bei Beschäftigten in Pflegeberufen zwischen tarifge-  
501 bundenen Betrieben und nicht tarifgebundenen Betrie-  
502 ben gut 24%.

503 [3]<sup>9</sup> Derzeit können sich laut DGB Index „Gute Arbeit“  
504 rund ⅓ der Beschäftigten in den Pflegeberufen nicht vor-  
505 stellen, bis zur Rente im Beruf zu arbeiten. In der Alten-  
506 pflege arbeitet nur 1/3 in Vollzeit. Ein häufiger Grund da-  
507 für sind die belastenden Arbeitsbedingungen

508 [4]<sup>10</sup> Siehe hierzu „Pflegeassistentenberufe standardisieren  
509 und aufwerten in der aktuell erscheinenden Veröffentli-  
510 chung der FES „Berufliche Bildung im Gesundheitswesen“

511 [5]<sup>11</sup> Die genaue Zahl ist nicht bekannt, da die meisten  
512 nicht in dem deutschen Sozialversicherungssystem ange-  
513 meldet sind. Die Schätzungen liegen zwischen 300.000  
514 bis 500.000

515 [6]<sup>12</sup> Zur Personalgewinnung für die ambulante und sta-  
516 tionäre Pflege s.a. die Ausführungen unter I.3.

---

<sup>1</sup>#\_ftn1

<sup>2</sup>#\_ftn2

<sup>3</sup>#\_ftn3

<sup>4</sup>#\_ftn4

<sup>5</sup>#\_ftn5

<sup>6</sup>#\_ftn6