

1 **Positionspapier des Fachforums Gesundheit der CSU München**
2 **25. März 2024**

3
4 Für eine qualitativ hochwertige und solidarische Gesundheits- und Pflegepolitik

5
6 Die Sicherstellung der pflegerischen und medizinischen Versorgung im Zeichen des demografischen
7 Wandels ist eine der großen Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte. Viele Ärztinnen und Ärzte,
8 viele Pflegerinnen und Pfleger sowie Angehörige weiterer Gesundheitsfachberufe werden in naher
9 Zukunft nicht mehr für die Versorgung zur Verfügung stehen. Zu den großen Aufgaben der
10 Gesundheitspolitik gehören deshalb die (Wieder)Gewinnung von Fachkräften, die Sicherstellung
11 einer qualitativ hochwertigen und flächendeckenden medizinisch-pflegerischen Versorgung sowie die
12 Schaffung eines nachhaltigen Finanzierungssystems, um auch in Zukunft die Teilhabe aller am
13 medizinischen Fortschritt sicherzustellen.

14
15 Ebenso wichtig ist aber auch, das Gesundheitssystem effizienter als bisher zu organisieren und
16 Doppelstrukturen zu beseitigen. Nötig sind dafür vor allem die Vernetzung bestehender Angebote
17 sowie die Umsetzung der digitalen Transformation. Dies ist besonders deshalb nötig, da sowohl in
18 der Krankenversicherung als auch in der Pflegeversicherung die Finanzlücken jedes Jahr größer
19 werden.

20
21 1. Pflege

22
23 **Privilegierung von Pflegekräften:** Nach dem Primat des Kindeswohles, das natürlich über allen
24 Priorisierungswünschen steht, sollen Pflegekräfte vorrangig Zugriff auf Kitaplätze haben, die aus
25 örtlichen Gründen oder hinsichtlich der Öffnungszeiten für sie vorteilhaft sind. Zu prüfen ist die
26 Einführung von einigen wenigen 24h-Kitas (z.B. in der Nähe der großen Kliniken) mit großzügigen
27 Öffnungszeiten und notfalls Übernachtungsmöglichkeiten für die zu betreuenden Kinder. Damit
28 hätten auch alleinerziehende Pflegekräfte die Möglichkeit, Familie und Beruf in Einklang zu bringen.
29 Es sollte eine Priorisierung bei der Vergabe von (geförderten) Wohnungen der städtischen und
30 staatlichen Wohnungen (z.B. über die Wohnbaugesellschaft Münchner Wohnen) an Pflegekräfte
31 erfolgen. Außerdem fordern wir verbilligten oder kostenlosen Zugang für Pflegekräfte in städtische
32 Schwimmbäder, Tierpark, Kultureinrichtungen wie Gasteig und Volkstheater etc.

33
34 **Gewinnung von ausländischen Pflegekräften:** Es muss eine schnellere Anerkennung von
35 ausländischen Pflegekräften durch die zuständigen Behörden (z.B. Regierung von Oberbayern und
36 das Kreisverwaltungsreferat) erfolgen, dies gilt vor allem für Pflegefachpersonal aus Drittstaaten
37 (also Nicht-EU-Staaten). Außerdem sollen die Kosten für die Anerkennungsprüfung, die für
38 Fachpflegepersonal aus Drittstaaten verbindlich ist, reduziert werden. Zielsetzung ist nicht die
39 Absetzung von Hürden, die die Patienten- und Rechtssicherheit betreffen, sondern die
40 Beschleunigung der Teilprozesse des Anerkennungsverfahrens.

41
42 Wir fordern die **Rückkehr zu einem Wehrdienstmodell bzw. eine allgemeine soziale Dienstpflicht.**
43 Bis dahin muss der **Bundesfreiwilligendienst so attraktiv ausgestaltet und** finanziell gestärkt und
44 nicht geschwächt werden, um potentiell neue Fachkräfte frühzeitig für das Gesundheits- und
45 Sozialwesen zu gewinnen.

46
47 **Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter müssen besser honoriert werden.** Sie haben eine
48 Schlüsselrolle bei der Ausbildung von Pflegekräften inne. Denn Praxisanleitung ist ein elementarer
49 Bestandteil der praktischen Pflegeausbildung, ein gezieltes, geplantes und methodengeleitetes
50 Anleiten und Begleiten durch berufspädagogische Fachkräfte. Diese Praxisanleiterinnen und
51 Praxisanleiter müssen für ihre so wichtige Funktion besser bezahlt werden: durch höhere
52 Tarifverträge sowie – übergangsweise – durch weitere Anreize.

53

54 **Kuren wie für Mütter und Väter künftig auch für pflegende Angehörige:** Angehörige sind der größte
55 Pflegedienst in unserem Land. Zwei von drei Pflegebedürftigen werden zuhause von Angehörigen
56 gepflegt. Pflegende Angehörige brauchen aber mehr Aufmerksamkeit. Wir müssen sie, ohne die
57 unser Pflegesystem zusammenbrechen würde, selbst besser pflegen und vor dem „Ausbrennen“
58 bewahren. Wir brauchen spezielle, von den Kassen refinanzierte Reha-Angebote für pflegende
59 Angehörige. Sowohl § 24 als auch § 41 SGB V „Medizinische Vorsorge“ bzw. „Rehabilitation für
60 Mütter und Väter“ müssen um „pflegende Angehörige“ als Pflichtleistung erweitert werden. Die
61 gesundheitliche Gefährdung pflegender Angehöriger ist im Vergleich zu nicht Pflegenden deutlich
62 erhöht – ihre Situation ist mit der von Eltern gut vergleichbar. Eine Ausweitung von Mutter-Vater-
63 Kind-Kuren auf pflegende Angehörige würde deren große Leistung daher angemessen würdigen.
64 Auch der bedarfsgerechte Ausbau der Tages- und Nachtpflege kann dazu beitragen, pflegende
65 Angehörige zu entlasten und eine Pflege zu Hause mit Beruf und Privatleben besser in Einklang zu
66 bringen.

67

68 **Rahmenbedingungen für ambulant betreute Wohngemeinschaften weiter verbessern:** Ambulant
69 betreute Wohngemeinschaften (AbWG) sind innovative Konzepte für ein Leben im Alter. Sie
70 verbinden stationäre und ambulante Elemente und sind so ein hervorragendes Beispiel für die
71 dringlich erforderliche Überwindung der Sektorengrenzen. Wir sind gut beraten, die Nutzerinnen und
72 Nutzer von AbWG auch finanziell zu unterstützen. Wir schlagen vor, diese Förderung nach der
73 Verweildauer zu staffeln: je länger jemand eine AbWG nutzt, desto höher soll der Zuschuss aus
74 öffentlichen Kassen ausfallen. Anders ausgedrückt würden die Nutzerinnen und Nutzer so in den
75 ersten Monaten finanziell am stärksten persönlich belastet. Für AbWG sollte es zudem keine
76 weiteren Anforderungen geben, die den Betrieb in der Praxis erschweren, weder bei personellen
77 noch bei baulichen Standards. Wir müssen die Wohnformen stärken, die Raum für eine
78 größtmögliche Selbstständigkeit bieten, ohne dabei die nötige pflegerische Versorgung zu
79 vernachlässigen!

80

81 **Pflegekräfte müssen von pflegefremden Aufgaben entlastet werden.** Die Vollfinanzierung der
82 Pflege durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PPSG) hat auf diese Weise dazu geführt, dass
83 Pflegekräfte zuvor von anderen Mitarbeitern ausgeführte Tätigkeiten übernehmen mussten – mit der
84 Folge einer Überlastung und Frustration der Pflegekräfte. Dies verschärft den ohnehin schon
85 dramatischen Mangel an Pflegekräften. So werden examinierte Pflegekräfte aktuell für Tätigkeiten
86 eingesetzt, die zuvor von Hilfskräften durchgeführt wurden, die fachfremd sind oder die auch von
87 anderen Berufsgruppen ausgeübt wurden. Nicht selten wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
88 unterer Lohngruppen entlassen und durch Pflegekräfte ersetzt, etwa beim Bettenhol- und -
89 Bringdienst, bei der Essensverteilung, bei bürokratischen Zuarbeiten anstelle von
90 Stationssekretärinnen und -sekretären oder - unter dem Schlagwort „mobilisierende Pflege“ -
91 anstelle von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten.

92

93 **Pflege der Pflegenden.** Wir fordern ein einrichtungsspezifisches, betriebliches
94 Gesundheitsmanagement, das eine Supervision schon ab der Ausbildung miteinschließt. Um den
95 Fachkräftemangel im Bereich der Pflege abzumildern, sollten wir uns zunächst um diejenigen
96 kümmern, die im Pflegeberuf stehen. Sie sind schon da, sie können grundsätzlich sofort eingesetzt
97 werden - wenn sie denn nicht krank sind. Die durchschnittlichen Fehlzeiten aufgrund
98 Arbeitsunfähigkeit (AU) sind in der Pflege höher als im Schnitt der Arbeitnehmerinnen und
99 Arbeitnehmer. Wir müssen uns verstärkt um die Pflegekräfte kümmern, die da sind, und deren
100 überdurchschnittlich hohen Krankenstand verringern. Wir brauchen daher eine Pflege der aktiv
101 Pflegenden, um sie gesund und arbeitsfähig zu halten. Davon profitieren alle.

102

103 **One-Stop-Agency für die Pflege:** Wir fordern die Schaffung eines breiten Angebotes eigener
104 Pflegestützpunkte in und für München. Dabei soll insbesondere darauf geachtet werden, dass bei
105 denjenigen Pflegestützpunkten, wo dies aufgrund der Sozialstruktur im Umfeld benötigt wird, bei der

106 Schaffung auch ein migrationssensibles Beratungsangebot integriert wird. Pflegestützpunkte sind
107 gebündelte Anlaufstellen zu allen Themen rund um die Pflege. Pflegebedürftige Menschen und deren
108 An- und Zugehörige erhalten dort eine neutrale, unabhängige und wohnortnahe Beratung von
109 Personal aus sozialen Berufen, Pflegekräften mit einer Zusatzausbildung und sonstigen Fachkräften
110 aus dem Pflegebereich. Von Antragsformularen bis hin zur konkreten Unterstützung im Einzelfall
111 stellen Pflegestützpunkte alle wichtigen Informationen aus einer Hand bereit. Das ist für die zu
112 Pflegenden und deren Angehörige eine wichtige Hilfe, da sie so nicht von einer Anlaufstelle zur
113 nächsten müssen. Dadurch wird Zeit gewonnen, die die Betroffenen dringlich brauchen und zudem
114 schneller Klarheit geschaffen.

115

116

117 2. Krankenhäuser

118

119 **Krankenhausreform:** Im Krankenhausbereich brauchen wir dringend eine wirksame und
120 grundlegende Reform, die die strukturellen Probleme im stationären Bereich löst. Dazu gehört eine
121 **Reform der Krankenhausplanung sowie der Betriebs und Investitionskostenfinanzierung.** Wegen
122 des unterfinanzierten DRG-Systems und der nicht ausreichenden Investitionskostenfinanzierung sind
123 die Kosten von Krankenhäusern seit Jahren nicht mehr gedeckt. Nun geht die Schere der
124 Betriebskosten und der möglichen Erlöse immer weiter auseinander: Insolvenzen werden die Folge
125 sein. Das Vergütungssystem der Pauschalen (DRG) in der bisherigen Form ist gescheitert. Es muss
126 künftig durch ein **System der Erstattung von Vorhaltekosten und Vergütung von erbrachten**
127 **Leistungen** ersetzt werden.

128 Die drohende Zahlungsunfähigkeit führt unter anderem dazu, dass Versorgungen wegen fehlender
129 Materialien, z.B. im Operationssaal, nicht mehr durchgeführt werden können. Eine
130 Finanzierungsreform der Krankenhausleistungen ist dringlich notwendig, benötigt aber ein
131 Vorschaltgesetz, um jetzt zielgerichtete Defizite aufzufangen und eine sog. kalte Strukturreform zu
132 verhindern, die auch dringend notwendige Kliniken treffen würde.

133 Es bedarf jedoch einer **Länderöffnungsklausel** und mehr Beinfreiheit für die Bundesländer, damit sie
134 die Versorgung passgenau auf die Bedürfnisse der Menschen im Land zuschneiden können.

135 Insbesondere muss es in der Entscheidung der Länder liegen, wo und in welcher Weise Ausnahmen
136 von den Anforderungen der geplanten Leistungsgruppen gemacht werden. Denn neben der Qualität
137 der stationären Versorgung und der finanziellen Auskömmlichkeit der Häuser ist auch die
138 Aufwuchsfähigkeit in Großschadenslagen – sei es bei Unglücksfällen oder Pandemien – sowie die
139 Wohnortnähe, also der kurze Weg zum nächsten Krankenhaus, ein wertvolles Kriterium.

140 Bei den Ländern muss der entscheidende Einfluss auf die erstmalige Festlegung von
141 Leistungsgruppen und deren Qualitätsvoraussetzungen verbleiben. Die Hybrid-DRG-Verordnung des
142 BMG ist Ende 2023 in Kraft getreten. KBV und GKV haben sich über die Abrechnungsmodalitäten
143 geeinigt, somit können diese rückwirkend ab dem 1. Januar 2024 abgerechnet werden

144 **Es muss sichergestellt werden, dass eine Krankenhausreform nicht zu Lasten der**
145 **Gesundheitsinfrastruktur Münchens geht.**

146

147 **München Klinik.** Wir bekennen uns zur kommunalen Daseinsvorsorge im stationären medizinischen
148 Bereich und zu den vier Standorten der München Klinik. Wir fordern ein zukunftsfähiges
149 Medizinkonzept, eine sichere Finanzierung und die Gewährung einer adäquaten Notfallversorgung in
150 ganz München

151

152 **Marianne-Strauß-Klinik:** Wir bekennen uns zur Marianne-Strauß-Klinik, die mehrheitlich in
153 städtischer Trägerschaft ist und mit ihrem ganzheitlichen und interdisziplinären Therapiekonzept zu
154 den erfolgreichsten Fachkliniken für Multiple Sklerose in Deutschland zählt, und ermöglichen ihr ein
155 organisches Wachstum.

156

157

158

159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210

3. Arztpraxen, Apotheken und Heilmittelerbringer

Wir sprechen uns für eine **breitere Verteilung der Arztpraxen über das Münchner Stadtgebiet** aus. Wir regen daher einen weiteren Dialog im Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zur Versorgungssituation in München an. Dort sollte man sich kurzfristig anhand der Beispiele aus Berlin und Hamburg erneut mit den Möglichkeiten der breiteren Verteilung von Arztpraxen über das Münchner Stadtgebiet beschäftigen.

(Zahn-)Medizinische Fachangestellte länger im Beruf halten und besser bezahlen. Medizinische Fachangestellte (MFA) und Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) sind oft die ersten Ansprechpartner in den (Zahn)Arztpraxen. Gerade in den Ballungszentren aber müssen Praxen mittlerweile ihre Behandlungszeiten verringern, weil MFA oder ZFA fehlen. Daher muss deren Verweildauer im Beruf erhöht und die Abbrecherquote in der Ausbildung verringert werden. Um die Arbeitszufriedenheit von MFA und ZFA und insgesamt die Attraktivität der (zahn-)medizinischen Assistenzberufe zu steigern, braucht es insbesondere eine höhere Bezahlung und eine Refinanzierung der Tarifsteigerungen durch die Krankenkassen sowie ein besseres betriebliches Gesundheitsmanagement, ebenso möglichst attraktive (Alters-)Teilzeit- und Arbeitszeitmodelle. Tarifsteigerungen für Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte (MFA und ZFA) müssen durch die Krankenkassen refinanziert werden und dürfen nicht auf die Ärzte abgewälzt werden.

Stärkung der ambulanten haus- und fachärztliche Versorgung. Zur Stärkung der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung bedarf es einer auskömmlichen Finanzierung, der Entbudgetierung und der Entbürokratisierung. Nur so kann die - im Rahmen der aktuellen Reformüberlegungen für den stationären Bereich - erforderliche Steigerung der ambulant zu erbringenden Leistungen erreicht werden.

Verpflichtende Zahlung einer Ausbildungsvergütung in den Heilmittelerbringerberufen. Heilmittelerbringer, also Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Masseur, medizinische Bademeister oder Podologen, leisten Enormes für die Gesundheit der Menschen. Leider ist der Fachkräftemangel in diesem Bereich ebenfalls massiv. Künftig muss auch eine Ausbildungsvergütung gezahlt werden. Hier ist der Bund in der Pflicht, eine solche verpflichtend zu zahlende Ausbildungsvergütung so rasch wie möglich in den einschlägigen Berufsgesetzen zu verankern. Bis dahin muss eine solche Zahlung zumindest tarifvertraglich abgesichert werden. Die entsprechenden Tarifsteigerungen müssen durch die Krankenkassen refinanziert werden. Ziel ist es, dass wieder mehr junge Menschen einen dieser Berufe ergreifen, um die gesundheitliche Versorgung in Bayern auch künftig sicherzustellen. Eine älter werdende Gesellschaft hat nämlich auch einen höheren Bedarf an Leistungen von Heilmittelerbringern.

Unterstützung unserer Apotheken. Fachkräftemangel, Lieferengpässe, Bürokratie und eine schwierige finanzielle Situation führen bei vielen zu Überlegungen, ihre Apotheke zu schließen. Allein zwischen 2012 und 2021 sind in der Landeshauptstadt München aus diesen Gründen 60 Apotheken verloren gegangen. Eine wohnortnahe Arzneimittelversorgung durch die Vor-Ort-Apotheke bleibt aber trotz der Verfügbarkeit von Online-Apotheken ein hohes Gut. Denn Apotheken sind unser niedrigschwelligstes Gesundheitsangebot: hier bekommt man ohne Termin Rat. Um die Versorgung sicherzustellen, muss der Bund die Bedingungen für die Apotheken deutlich verbessern und es ihnen ermöglichen, auskömmlich zu arbeiten. Dazu muss die gesetzlich eingeführte Erhöhung des Apothekerabschlags wieder gestrichen, der Festzuschlag gemäß Arzneimittelpreisverordnung von derzeit 8,35 Euro netto deutlich erhöht und anschließend jährlich automatisch dynamisiert werden. Darüber hinaus halten wir an unserer Forderung nach einem Versandhandelsverbot für rezeptpflichtige Arzneimittel fest.

211 **Medizinische Versorgungszentren (MVZ) als Ergänzung, nicht als Ersatz niedergelassener**
212 **Arztpraxen regulieren.** MVZ sind nicht per se schlecht oder „böse“. Sie können vielmehr eine
213 sinnvolle, ja teils notwendige Ergänzung zur niedergelassenen haus- und fachärztlichen Versorgung
214 sein. Feindliche Übernahmen durch „Heuschrecken“, die ärztliche Leistungen rein renditeorientiert
215 sehen, müssen wir gesetzlich drastisch einschränken. Im Wettbewerb zwischen MVZ und
216 niedergelassenen Praxen müssen gleichlange Spieße gelten. Es kann und darf nicht sein, dass ein
217 ausländischer Investor Arztsitze in Deutschland für ein Vielfaches von dem Preis aufkauft, den sich
218 ein junger niedergelassener Arzt gerade noch über seinen Kreditrahmen leisten könnte. Die beste
219 Lösung wäre es ohnehin, wenn die Inhaber eines MVZ in der Regel Ärzte sind, also nicht
220 renditeorientiert, sondern patientenorientiert denken und handeln. Auch Trägerschaften durch die
221 örtliche Kommune sind vertretbar und sinnvoll. Hier machen entsprechende Quotenvorgaben (z.B.
222 90 Prozent Ärzte bzw. Kommunen als Inhaber, 10 Prozent externe Inhaber) Sinn. Dabei muss auch
223 der Marktanteil investorenbetriebener MVZ gesetzlich klar beschränkt werden, um hier kein
224 Übergewicht oder gar regionales Monopol von MVZ, z.B. in der Augenheilkunde, zu schaffen, wie es
225 schon jetzt droht. Außerdem ist die Bindung der Gründung von MVZ-Ketten an ein Mutter-
226 Krankenhaus, das mit den MVZ-Praxen fachlich rein gar nichts zu tun hat, weltfremd und überholt.
227 Schließlich müssen Patienten, die in einem MVZ versorgt werden, volle Transparenz bekommen, wer
228 der Inhaber ist.

229

230

231 4. Prävention

232

233 **Ernährung und Gesundheit hängen eng zusammen - wir sind deshalb solidarisch mit den**
234 **Landwirten als Produzenten unserer Lebensmittel.** Gesund zu bleiben und nach einer Erkrankung
235 wieder gesund zu werden, hängt eng mit der Ernährung zusammen. Dies gilt selbstredend für
236 lebensstilbedingte Erkrankungen, aber letztlich für alle Erkrankungen. Wir können deshalb froh sein,
237 uns auf die Qualität der in unserem Land produzierten Lebensmittel verlassen zu können – und damit
238 auf die Landwirtinnen und Landwirte, die tagtäglich genau hierfür arbeiten. Wir sind deshalb
239 solidarisch mit den Bäuerinnen und Bauern in unserem Land und stehen zu wettbewerbsfähigen
240 Rahmenbedingungen für ihre Arbeit. Gäbe es diese nicht mehr und müssten folglich mehr
241 Lebensmittel aus dem Ausland importiert werden, würde dies nur wieder unsere Abhängigkeiten
242 erhöhen und hätte – wegen der weiten Transportwege – auch nachteilige Folgen auf das Klima. Vor
243 allem aber sänke das Vertrauen in die Güte unserer Lebensmittel.

244

245 **Gesundheitsschutz, Prävention und Aufklärung bzgl. Alkohol- Nikotin- und Cannabiskonsum**
246 **verbessern.** Wir fordern umfassende Aufklärungskampagnen vor allem bei jungen Menschen
247 hinsichtlich der schädigenden Wirkung von Alkohol- Nikotin- und Cannabiskonsum. Dies umfasst
248 Plakat- und Anzeigen sowie Social Mediakampagnen.

249

250 **Gesundheitlichen Folgen von Hitze.** Hitzeereignisse werden sich aufgrund des Klimawandels
251 künftig häufen. Daher brauchen wir Hitzeaktionspläne auf kommunaler Ebene. Gerade vulnerable
252 Gruppen, insbesondere Ältere, müssen vor den Folgen von Hitze so gut wie möglich geschützt
253 werden. Dies ist eine Gemeinschaftsaufgabe. Allerdings kommt den Kommunen hier eine
254 Schlüsselrolle zu, da sie die Verhältnisse vor Ort am besten kennen und maßgeschneiderte Lösungen
255 entwickeln können.

256

257 Wir fordern multimediale Kampagnen (z.B. über Plakate, Fernsehspots, Social Media etc.) hinsichtlich
258 **Blut- und Organspende sowie Laienreanimation.** Immer wieder kommt es an den Münchner
259 Krankenhäusern zu Mangelsituationen in Sachen Blutspende. Außerdem ist in den letzten Jahren die
260 Zahl der Organspenden deutlich zurückgegangen. Alle sind deshalb aufgerufen, sich über ihre eigene
261 Bereitschaft, im Fall des Falles Organe zu spenden, Gedanken zu machen, eine Entscheidung zu
262 treffen, diese in einem Organspendeausweis zu dokumentieren und hierüber möglichst auch die
263 nächsten Angehörigen zu informieren. Eine erhöhte Bereitschaft zur Organspende könnte viele

264 Leben retten. Häufigere Durchführung eines „Tag der Ersten Hilfe“ als Infoveranstaltung soll die
265 breite Bevölkerung auf dieses wichtige Thema aufmerksam machen und zum Mitmachen animieren.
266 Die Durchführung sollte hierbei in Kooperationen mit den Hilfsorganisationen an zentraler Stelle wie
267 z. B. dem Marienplatz stattfinden. An geeigneten Stellen könnten Plakate angebracht werden, auf
268 denen lebensrettende Sofortmaßnahmen inklusive des Anbringens eines Tourniquets gezeigt und
269 einfach erklärt werden.

270
271

272 5. Kinder- und Jugendmedizin

273

274 **Verbesserte Schuleingangsuntersuchungen.** Dies beinhaltet: die vollständige Besetzung der Stellen
275 für die Schuleingangsuntersuchung, Konzepte zur Prävention bzw. Therapie des Förder- und
276 Therapiebedarfs (z.B. hinsichtlich Deutschkenntnissen, Zahlen- und Mengenverständnis, visuelle
277 Wahrnehmung, Feinmotorik) und Konzepte zur Verlaufskontrolle der Kinder, die in der
278 Schuleingangsuntersuchung als auffällig klassifiziert wurden. Außerdem müssen Konzepte entwickelt
279 werden, um die Impfquote bei Kindern und Jugendlichen durch beispielsweise
280 Aufklärungskampagnen zu erhöhen.

281
282

283 **Bessere Honorierung von Narkosen bei Kindern.** Kinder haben ein höheres Narkoserisiko. Auf
284 Bundesebene muss deshalb die Bezahlung der Kinderanästhesisten erhöht werden. Aktuell müssen
285 sie im Vergleich zur Erwachsenen-Anästhesie bis zu 15 Prozent Abschläge in Kauf nehmen. Das
286 Gegenteil wäre richtig: Denn Narkosen bei Kindern sind spezialisierter und schwieriger als die bei
287 Erwachsenen. Idealerweise sollte es daher Zuschläge für die Kinderanästhesie geben.

288

289 **Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrieangebote.** Psychische Leiden haben nicht erst seit der
290 Coronakrise zugenommen. Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsangebote im ambulanten
291 und (teil-)stationären Bereich haben teils monatelange Wartezeiten. Es fehlt vor allem an Kinder- und
292 Jugendpsychiatern. Alle Anstrengungen, die in den letzten Jahren für eine wohnortnähere
293 psychiatrische oder psychotherapeutische ambulante Versorgung unternommen wurden, sind
294 deshalb wichtig - etwa, dass die Bedarfsplanungsrichtlinie geändert und so mehr
295 Niederlassungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendpsychiater geschaffen wurden. Dies reicht aber
296 noch nicht aus. Es müssen mehr Kinder- und Jugendpsychiater ausgebildet werden. Zudem sollten
297 die Planungsbereiche verkleinert und so die Sitze gleichmäßiger verteilt werden. Künftig sollten
298 Kinder- und Jugendpsychiater daher nicht mehr in die spezialfachärztliche, sondern in die allgemeine
299 fachärztliche Versorgung eingruppiert werden. So gäbe es mehr Einflussmöglichkeiten für die KVB
300 und mehr regionale Mitgestaltung.

301

302 **Weiterhin Förderung von Mutter-/Vater-Kind-Kuren.** Einrichtungen des Müttergenesungswerks
303 sollen auch weiterhin finanziell über den Bundeshaushalt unterstützt werden. Gerade während der
304 Corona-Pandemie waren die Belastungen für die Familien immens und Mutter-/Vater-Kind-Kuren
305 können einen wichtigen Genesungsbeitrag leisten.

306

307

308 6. Altersmedizin

309

310 **Menschen mit Demenz ein Leben mitten in der Gesellschaft ermöglichen.** Demenzerkrankungen
311 nehmen immer mehr zu. Deshalb ist es wichtig, um Verständnis für Betroffene zu werben und Ängste
312 abzubauen sowie eine gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Wir brauchen eine demenzsensible
313 Gesellschaft: mehr Bewusstsein und Aufmerksamkeit für Menschen mit Demenz. Außerdem müssen
314 Programme, die sich speziell um die Behandlung und Betreuung von Demenzkranken kümmern,
315 finanziell besonders gefördert werden.

316

317

318 **Adäquate Vergütung von geriatrischer Rehabilitation zur Prävention von Pflege(bedürftigkeit).**

319 Die Geriatrische Rehabilitation ist ein wichtiger Bestandteil der Prävention von Pflegebedürftigkeit.

320 Ziel der geriatrischen Rehabilitation ist, dass ältere Menschen trotz Erkrankungen und

321 Einschränkungen eine größtmögliche Selbstständigkeit erreichen bzw. diese erhalten. Die

322 geriatrische Rehabilitation arbeitet dabei in interdisziplinären Teams und ist sehr individuell auf den

323 jeweiligen Patienten abgestimmt. Mit dem demografischen Wandel verschiebt sich auch der Fokus

324 des medizinischen Versorgungsbedarfs hin zu älteren und hochbetagten Patienten. Um auch in

325 Zukunft eine gute geriatrische Versorgung der Menschen zu gewährleisten, muss der finanzielle

326 Rahmen der geriatrischen Reha zwingend verbessert werden.

327

328

329 7. Gesundheitswirtschaft

330

331 Für eine weiterhin starke und wettbewerbsfähige Gesundheits- und Pflegewirtschaft müssen

332 insbesondere bürokratische Hemmnisse abgebaut werden. Zudem sollte die Nachhaltigkeit als

333 Zukunftschance für die Gesundheits- und Pflegewirtschaft noch stärker ins Blickfeld rücken und

334 gefördert werden.

335

336 **Lebenswichtige Arzneimittel müssen wieder ausreichend im (europäischen) Inland produziert**

337 **werden.** Die Knappheit von Medikamenten ist tagtäglich spür- und erlebbar. Für Patientinnen und

338 Patienten können Lieferengpässe zu bedrohlichen Situationen führen. Lebenswichtige Arzneimittel

339 und deren Wirkstoffe müssen deshalb in einem für die Versorgung unserer Bevölkerung

340 ausreichenden Maße wieder in der Europäischen Union selbst produziert werden. Hilfreich wäre eine

341 Flexibilisierung des sehr starren Preisregulierungsmechanismus in Deutschland, der forschende

342 Pharmafirmen genauso wie Generika-Hersteller inhibiert. Außerdem müssen wir über das

343 Vergaberecht Ausschreibungen so gestalten, dass sich Pharmahersteller wieder vermehrt in der EU

344 bzw. in Deutschland niederlassen. Nur wenn wir in der EU möglichst autark aufgestellt sind und nicht

345 von einzelnen Lieferketten aus Drittstaaten abhängig sind, werden wir dauerhaft eine stabile

346 Arzneimittelversorgung aus eigener Kraft sicherstellen. Es müssen verlässliche Rahmenbedingungen

347 gewährleistet sein, um die Entwicklung von Arzneimitteln nicht zu gefährden.

348

349

350 8. Ausbildung und Forschung

351

352 **Bundesweit müssen mehr Medizin-Studienplätze geschaffen werden.** In Deutschland fehlen

353 Ärztinnen und Ärzte. Auch bei den Medizinern herrscht also Fachkräftemangel. Dieser allerdings ist

354 hausgemacht, da viel mehr junge Menschen gerne Medizin studieren würden, in Deutschland aktuell

355 aber keinen Studienplatz finden. Wir brauchen daher bundesweit deutlich mehr Studienplätze für

356 Medizin.

357

358 **Stärkere Leistungsfähigkeit bei klinischen Studien.** Klinische Studien sind entscheidend für die

359 Gesundheitsversorgung und den Fortschritt der Medizin. In ihnen nämlich werden Arzneimittel auf

360 Wirksamkeit, Sicherheit und Verträglichkeit getestet. Forschende Pharmaunternehmen initiieren sie,

361 um neue Arzneimittelkandidaten für eine mögliche Marktzulassung zu erproben oder bereits

362 zugelassene Medikamente zu verbessern. Deutschland fällt bei klinischen Studien aber leider seit

363 Jahren zurück: Hier muss gegengesteuert werden, um medizinischen Fortschritt zu ermöglichen und

364 Betroffenen frühzeitig Zugang zu innovativen Arzneimitteln zu verschaffen, bevor sie für die

365 Markteinführung zugelassen sind. Wir fordern eine zügigere Planung, weniger Bürokratie, die

366 Harmonisierung von Regelungen bei Datenschutz und Ethik-Kommissionen, Vernetzung der

367 Studienstandorte und die bessere personelle Ausstattung der Aufsichtsbehörden. Der

368 Forschungsstandort Deutschland muss unbedingt wieder wettbewerbsfähiger werden.

369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417

9. Digitalisierung

Sektorenübergreifende digitale Anwendungen in der Medizin. Ohne Digitalisierung ist eine gute und fortschrittliche Medizin nicht mehr vorstellbar. Der sektorenübergreifende Informationsaustausch beschleunigt die Abläufe in der Behandlung und hilft bei der Vermeidung von Fehlern. Die Nutzung digital erfasster, anonymisierter Daten verbessert die Versorgungsforschung und ermöglicht eine Optimierung der Therapieverfahren. Digitale Tools werden allerdings nur dann angewendet, wenn ihr Zusatznutzen evident ist. Daher müssen diese Systeme einfach zu bedienen sein, die Arbeitsabläufe beschleunigen und die sensiblen Gesundheitsdaten sicher vor unberechtigtem Zugriff schützen. Die zugelassenen Hard- und Softwarekomponenten müssen sektorenübergreifend - also für die Nutzung in der Klinik, der Praxis oder der Gesundheitseinrichtung - einheitliche, von der Gematik (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH) vorgegebene und durch die Gematik überprüfte Grundvoraussetzungen aufweisen. Die Systeme müssen mit dem Rollout sofort funktionsfähig sein - die Verantwortung hierfür kann nicht dem Endanwender aufgebürdet werden. Nur unter diesen Voraussetzungen sind Sanktionen bei Verweigerung der Digitalisierung zu rechtfertigen.

Nutzung von künstlicher Intelligenz (KI) in der Medizin. Die KI verspricht auch in der Medizin großes Potential, beispielsweise bei KI-gestützten Diagnosen, der Schulung von Personal oder einem optimierten Geschäfts- und Prozessmanagement. Deshalb müssen wir das Potential der KI auch im Gesundheitssektor nutzen. Voraussetzung dafür ist aber, dass die verwendeten KI-Anwendungen sicher, vertrauenswürdig und fehlerfrei funktionieren.

Digitalisierung im Gesundheitswesen mit voller Kraft vorantreiben. Wir unterstützen die elektronische Patientenakte (ePA), in der nicht nur Befunde, Röntgenbilder oder der Medikationsplan abgespeichert sind, sondern in der das gesamte Krankheitsbild eines Patienten sowie dessen bisherige Behandlungen abrufbar sein werden. Davon profitiert nicht nur der Patient selbst, sondern auch das medizinische Personal, das – auch ohne den Patienten länger zu kennen – Unverträglichkeiten sieht, Doppeluntersuchungen vermeiden kann und eine auf das Individuum zugeschnittene Behandlung durchführen kann. Außerdem unterstützen wir das elektronische Rezept (e-Rezept), das eine niedrigschwellige, unkomplizierte und barrierefreie Anwendung für Patienten und Leistungserbringer sein sollte. Wir fordern zudem, dass Gesundheitsdaten für die Forschung besser nutzbar sind. Die erleichterte Nutzung von pseudonymisierten Patientendaten sollte aber nicht nur für gemeinwohlorientierte Institutionen wie Uniklinika offen sein, sondern auch für die forschende Industrie. Hochinnovative Entwicklungen z.B. in der Krebstherapie oder gegen seltene Erkrankungen sind auf Realdaten auch aus Deutschland angewiesen – im Übrigen stellt das auch einen relevanten Standortfaktor für die Pharmaindustrie dar. Um am Ende der Rettung von Menschenleben dienen, die heute noch keine Heilungschancen haben, fühlen wir uns verpflichtet, die Daten auch der forschenden Industrie zur Verfügung zu stellen.

München, den 25. März 2024

Prof. Dr. med. Hans Theiss, StR

Stephan Pilsinger, MdB