|  |  |
| --- | --- |
| 1893 | **Wir geben Gesundheit und Pflege einen neuen Wert** |
| 1894 | **Vorsorge zum Leitprinzip** |
| 1895 | Wir wollen den Zugang zu guter Gesundheitsversorgung sicherstellen – aber gute Gesundheitspolitik |
| 1896 | setzt schon vorher an. Wer in der Fleischindustrie unter prekären Bedingungen arbeitet, in einer |
| 1897 | schimmeligen Wohnung oder an der vielbefahrenen Straße wohnt oder mit Hartz IV in Armut lebt, |
| 1898 | kann seine Gesundheit nur schwer schützen, hat eine höhere Wahrscheinlichkeit zu erkranken und |
| 1899 | oft einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung. Für eine gesunde Gesellschaft braucht es |
| 1900 | eine Politik, die vorsorgt, die die Ursachen von Krankheiten bekämpft und vorausschauend handelt. |
| 1901 | Statt nur auf die nächste Krise zu reagieren sollen in Zukunft durch gemeinsame Gesundheitsziele |
| 1902 | und eine Ausweitung der Gesundheitsberichterstattung Krankheitsursachen und der Stand der |
| 1903 | gesundheitlichen Versorgung in den Blick genommen werden. Prävention, Gesundheitsförderung |
| 1904 | und gesundheitliche Versorgung wollen wir grundsätzlich als Querschnittsaufgabe in allen |
| 1905 | Politikbereichen verfolgen. Um uns gegen klimawandelbedingte Hitzewellen zu wappnen, werden wir |
| 1906 | einen Sonderfonds zur Umsetzung von Hitzeaktionsplänen etablieren. |
| 1907 | **Für Pandemien gewappnet sein** |
| 1908 | Die Corona-Krise hat gezeigt, dass unser Gesundheitssystem für künftige Pandemien besser |
| 1909 | gewappnet sein muss. Spätestens jetzt ist der Moment, die Krankenhaus- und Notfallversorgung zu |
| 1910 | reformieren, und die Digitalisierung, insbesondere in den Gesundheitsämtern, beherzt |
| 1911 | voranzutreiben. Um Pandemien zukünftig effektiv und nachvollziehbar zu bekämpfen, sollen Stufen |
| 1912 | zur Eindämmung von Pandemien im Infektionsschutzgesetz definiert, Pandemieschutzpläne |
| 1913 | aktualisiert und ein unabhängiger und interdisziplinärer Pandemierat eingerichtet werden. Wir |
| 1914 | investieren in Gesundheitsforschung, zum Beispiel bei Medikamenten oder der Entwicklung neuer |
| 1915 | Testverfahren. Auch die Produktion von Medikamenten und Medizinprodukten soll – in |
| 1916 | europäischer Kooperation – vorangetrieben werden, die Versorgung zum Beispiel mit |
| 1917 | Atemschutzmasken durch eigene Produktionsstandorte sichergestellt werden. Auf europäischer |
| 1918 | Ebene braucht es mehr gemeinsame Strategie und Koordinierung, etwa durch die gemeinsame |

|  |  |
| --- | --- |
| 1919 | Planung und Nutzung medizinischer Notfallkapazitäten oder durch ein europäisches |
| 1920 | Frühwarnsystem. Daher setzen wir uns für den zügigen Aufbau von HERA ein, einer europäischen |
| 1921 | Behörde, die künftig staatliche und privatwirtschaftliche Aktivitäten besser koordinieren soll. Das |
| 1922 | Europäische Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten wollen wir stärken und uns |
| 1923 | für eine engere Kooperation mit nationalen Gesundheitsbehörden einsetzen. |
| 1924 | **Gesundheitsämter stärken** |
| 1925 | Nicht erst in der Corona-Pandemie wird sichtbar, dass wir als Gesellschaft größere Anstrengungen |
| 1926 | unternehmen müssen, um die öffentliche Gesundheit zu stärken und Menschen ein gutes Leben zu |
| 1927 | ermöglichen. Ob der Besuch des mobilen Zahnarztes in der Schule oder die Impfaktion im Pflegeheim |
| 1928 | – für Gesundheitsförderung, die Menschen unkompliziert erreicht, braucht es eine Stärkung des |
| 1929 | Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Unser Ziel ist es, im Zusammenspiel zwischen den |
| 1930 | Gesundheitsämtern, universitären Strukturen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge und einem neu |
| 1931 | zu schaffenden Bundesinstitut für Gesundheit gemeinsam eine starke Säule der öffentlichen |
| 1932 | Gesundheitsfürsorge aufzubauen. Das Institut soll gemeinsame Gesundheitsziele und |
| 1933 | Qualitätsvorgaben für die Weiterentwicklung der Versorgung entwickeln und bestehende Strukturen |
| 1934 | des Bundes zur Förderung der Gesundheit bündeln. Bisher sind die Gesundheitsämter chronisch |
| 1935 | unterfinanziert und unterbesetzt, die personelle und technische Ausstattung muss dauerhaft |
| 1936 | verbessert werden. Wir wollen deshalb, dass Bund und Länder gemeinsam dafür sorgen, dass künftig |
| 1937 | 1 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben in den Öffentlichen Gesundheitsdienst fließen. |
| 1938 | Amtsärzt\*innen müssen besser bezahlt werden. Auch pflegerische Fachkompetenz soll stärker |
| 1939 | eingebunden werden – als sogenannte Community Health Nurses oder in der |
| 1940 | Schulgesundheitspflege. |
| 1941 | **Gute gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land** |
| 1942 | Gesundheit ist Daseinsvorsorge. Wir wollen, dass Menschen im ganzen Land gut und verlässlich |
| 1943 | versorgt werden. Wenn mancherorts der Weg zur Hebamme kaum zu bewältigen ist, die |
| 1944 | Kinderstationen Patient\*innen abweisen müssen oder Hausarztpraxen auf dem Land wegen |
| 1945 | fehlender Nachfolger\*in schließen müssen, gefährdet das die gesundheitliche Versorgung. Um die |
| 1946 | Versorgung in Stadt und Land zu stärken wollen wir, dass ambulante und stationäre Angebote in |
| 1947 | Zukunft übergreifend geplant werden und Gesundheitsregionen mit enger Anbindung an die |
| 1948 | Kommunen gefördert werden. Perspektivisch soll es eine gemeinsame Abrechnungssystematik von |
| 1949 | ambulanten und stationären Leistungen geben. Gleichzeitig wollen wir die interdisziplinäre |
| 1950 | Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen stärken. Denn die Versorgung muss von den |
| 1951 | Patient\*innen aus gedacht werden. Dafür wollen wir insbesondere die Einrichtung von kommunalen |
| 1952 | Gesundheitszentren unterstützen, in denen alle Gesundheitsberufe auf Augenhöhe |
| 1953 | zusammenarbeiten. Die Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen werden wir so reformieren, dass |
| 1954 | Gesundheits- und Pflegeberufe mehr Tätigkeiten eigenverantwortlich übernehmen können. Die |

|  |  |
| --- | --- |
| 1955 | Arbeitsbedingungen in und die Vergütung von Therapieberufen müssen dringend ihrer wichtigen |
| 1956 | Rolle im Gesundheitswesen angepasst, das Schulgeld für diese Ausbildungen abgeschafft werden. |
| 1957 | **Krankenhäuser nach gesellschaftlichen Auftrag finanzieren** |
| 1958 | In Krankenhäusern sollen alle die Versorgung erhalten, die sie benötigen. Doch falsche politische |
| 1959 | Weichenstellungen und der daraus folgende ökonomische Druck haben zu Fehlanreizen zu Lasten |
| 1960 | des Patient\*innenwohls und zu Kosteneinsparungen zu Lasten des Personals geführt. Kliniken sollen |
| 1961 | deshalb in Zukunft nicht mehr nur nach Fallzahl, sondern auch nach ihrem gesellschaftlichen Auftrag |
| 1962 | finanziert werden. Dafür braucht es ein neues Finanzierungssystem. Wir werden eine Säule der |
| 1963 | Strukturfinanzierung einführen und den verbleibenden fallzahlabhängigen Vergütungsteil |
| 1964 | reformieren. Vielfach herrscht Stillstand bei den Investitionen in die Krankenhäuser. Das wollen wir |
| 1965 | ändern, indem Bund und Länder die Investitionskosten in Zukunft gemeinsam tragen. Der Bund soll |
| 1966 | dafür in Zukunft die Möglichkeit haben, gemeinsame bundesweite Grundsätze in der |
| 1967 | Krankenhausplanung zu definieren. Welche Angebote es vor Ort gibt, darf nicht davon abhängen, |
| 1968 | was sich rentiert, sondern soll sich danach richten, was nötig ist. Die beste Qualität kann zumeist |
| 1969 | durch Spezialisierung sichergestellt werden. Krankenhäuser, die durch fehlende Auslastung die |
| 1970 | nötige Qualität in einigen Bereichen nicht gewährleisten können, sollen nicht einfach aufgegeben, |
| 1971 | sondern zu leistungsfähigen lokalen Notfall-, Gesundheits- und Pflegezentren weiterentwickelt |
| 1972 | werden. |
| 1973 | **Notfallversorgung reformieren** |
| 1974 | Wie gut ein Gesundheitssystem funktioniert, zeig sich oft erst im Notfall – und dann wird es häufig |
| 1975 | ernst. Damit die Notfallversorgung in Deutschland besser funktioniert, muss sich einiges ändern. Das |
| 1976 | fängt beim Rettungsdienst an, der Menschen in Not heute umfassend medizinisch behandeln kann |
| 1977 | und deshalb wie die übrige Gesundheitsversorgung im Gesetz geregelt werden muss. Die |
| 1978 | Notrufleitstellen der Nummern 112 und 116117 müssen organisatorisch zusammengeführt werden, |
| 1979 | damit es im Zweifelsfall keine Rolle spielt, wo Menschen anrufen, sondern sie immer die passende |
| 1980 | Hilfe bekommen. Auch wollen wir, dass Notaufnahmen gerade nachts und am Wochenende |
| 1981 | beispielsweise durch kompetente Hausärztinnen und Hausärzte so unterstützt werden, dass auch |
| 1982 | weniger ernste Fälle gut versorgt werden können. Durch einheitliche Stufen und Vorgaben zur |
| 1983 | Notfallversorgung, wollen wir sicherstellen, dass Menschen in Not, in der Stadt und auf dem Land, |
| 1984 | stets die erwartbare Hilfe auch verlässlich vorfinden. |
| 1985 | **Psychotherapieplätze schaffen** |
| 1986 | Starke Prävention und angemessene Versorgung – für beides wollen wir die Weichen stellen, denn |
| 1987 | psychische Gesundheit ist Fundament für Lebensqualität und soziale Teilhabe. Es ist nicht zumutbar, |
| 1988 | dass viele Menschen in einer psychischen Krise monatelang auf therapeutische Hilfe warten müssen. |

|  |  |
| --- | --- |
| 1989 | Wer eine psychische Erkrankung hat, braucht schnelle und leicht zugängliche Hilfen, damit das Leid |
| 1990 | sich nicht verschlimmert. Wir wollen deshalb ambulante Psychotherapieplätze durch mehr |
| 1991 | Kassenzulassungen von Psychotherapeut\*innen schaffen. Es braucht eine gemeindenahe und |
| 1992 | personenzentrierte Versorgung und eine verbesserte sektorübergreifende Zusammenarbeit. Dabei |
| 1993 | müssen auch die Besonderheiten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie von Frauen, |
| 1994 | die von Gewalt betroffen sind, berücksichtigt werden. Hilfsangebote zwischen ambulanter und |
| 1995 | stationärer Behandlung müssen flexibler werden und die verschiedenen Berufsgruppen im Team eine |
| 1996 | miteinander abgestimmte Behandlung übernehmen können. Bei der unzureichenden Reform der |
| 1997 | Psychotherapie-Ausbildung muss nachgebessert werden, sodass angehende Psychotherapeut\*innen |
| 1998 | endlich unter guten Bedingungen ausgebildet werden. |
| 1999 | **Geburtshilfe verbessern, Gesundheit von Frauen stärken** |
| 2000 | Um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten, sind Verbesserungen bei der Geburtshilfe und eine |
| 2001 | Unterstützung freiberuflicher Hebammen durch eine Reform der Haftpflicht für Gesundheitsberufe |
| 2002 | nötig. Wir wollen das Gesundheitssystem geschlechtergerecht machen. Geschlechtsspezifische |
| 2003 | Aspekte in Forschung und Ausbildung und in der medizinischen Praxis werden nicht ausreichend |
| 2004 | berücksichtigt, etwa bei der Medikamentenforschung. Das gefährdet die Gesundheit von Frauen wie |
| 2005 | auch von Trans- und Inter\* Menschen. Die Forschung zu geschlechtsspezifischer Medizin und Pflege |
| 2006 | sowie Frauengesundheit muss gestärkt und in der medizinischen und pflegerischen Praxis umgesetzt |
| 2007 | werden. Mit Hilfe einer Frauenquote für Führungspositionen im Gesundheitswesen und besseren |
| 2008 | Arbeitsbedingungen holen wir mehr Frauen in die Führungsgremien unseres Gesundheitswesens. |
| 2009 | **Zugang zum Gesundheitssystem sichern, Diskriminierung beenden** |
| 2010 | Auch im Gesundheitswesen wollen wir Diskriminierung bekämpfen. Beispielsweise erhalten |
| 2011 | Menschen mit Behinderungen häufig nicht alle dringend benötigten Gesundheitsleistungen, |
| 2012 | Hilfsmittel oder häusliche Pflege und werden so in ihrer Teilhabe beschränkt. Deshalb wollen wir mit |
| 2013 | einem ressortübergreifenden Inklusionsplan diese Hürden umfassend abbauen, die |
| 2014 | Gesundheitsleistungen auf die jeweiligen Bedarfe gezielt ausrichten und bürokratische Vorgänge |
| 2015 | soweit wie möglich reduzieren. Das umfasst auch verpflichtende Vorgaben zur Barrierefreiheit bei |
| 2016 | der Bedarfsplanung und eine Reform der Heilmittelversorgung. Auch für LSBTIQ\* muss |
| 2017 | diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung gesichert sein. Dafür werden wir den Anspruch auf |
| 2018 | medizinische Maßnahmen für trans- und intergeschlechtliche Menschen gesetzlich verankern. Die |
| 2019 | beste enden Lü en be m Verbot so enannter „Kon ers onst era en“ erden r s l eßen. D e |
| 2020 | Blutspende gestalten wir diskriminierungsfrei. Menschen, die ohne Papiere in Deutschland leben, |
| 2021 | müssen ebenfalls Zugang zu guter gesundheitlicher Versorgung haben, etwa durch einen anonymen |
| 2022 | Krankenschein, die Abschaffung der Mitteilungs- und Unterrichtungspflichten an öffentlichen Stellen |
| 2023 | oder der Stärkung von Beratungsnetzwerken für Menschen ohne Papiere. |

|  |  |
| --- | --- |
| 2024 | **Auf dem Weg zur Bürgerversicherung für Gesundheit und Pflege** |
| 2025 | Gesetzlich Versicherte warten länger auf Termine bei Fachärzt\*innen, und viele privat Versicherte |
| 2026 | können sich die hohen Prämien nicht mehr leisten. Von dieser Zwei-Klassen-Medizin profitieren |
| 2027 | wenige, zum Nachteil vieler. Unser Ziel ist eine solidarisch finanzierte Bürgerversicherung, in der |
| 2028 | jede\*r unabhängig vom Einkommen die Versorgung bekommt, die er oder sie braucht. Die |
| 2029 | Bürgerversicherung bezieht alle in die Finanzierung eines leistungsstarken Versicherungssystems ein. |
| 2030 | Auch Beamte, Selbständige, Unternehmer\*innen und Abgeordnete beteiligen sich mit |
| 2031 | einkommensabhängigen Beiträgen. Neben Löhnen und Gehältern sollen Beiträge auf |
| 2032 | Kapitaleinkommen erhoben werden. Als ersten Schritt verbessern wir die Versorgung gesetzlich |
| 2033 | Versicherter – zum Beispiel bei der Erstattung von Brillen. Außerdem wollen wir die Benachteiligung |
| 2034 | gesetzlich versicherter Beamt\*innen durch einen beihilfefähigen Tarif beenden und privat |
| 2035 | Versicherte, die sich nur den Basistarif leisten können, besser absichern. |
| 2036 | **Digitalisierung verbessert Gesundheitsversorgung** |
| 2037 | Wir wollen die Chancen der Digitalisierung ob Robotik zur Unterstützung in der Pflege, Telemedizin |
| 2038 | oder die elektronische Patentenakte nutzen, um das Gesundheitssystem zukunftsfähig zu machen. |
| 2039 | Per App sollen Patient\*innen sicher auf den digitalen Impfpass, Gesundheitsinformationen wie die |
| 2040 | eigene Blutgruppe, Krankheitsgeschichte oder die neuesten Blutwerte zugreifen können. Damit sie |
| 2041 | den Patient\*innen wirklich nützt, muss die digitale Patientenakte weiterentwickelt und dabei unter |
| 2042 | anderem Patientenorganisationen stärker eingebunden werden. Gesundheitsdaten sollen |
| 2043 | anonymisiert der Forschung zur Verfügung gestellt werden, um die Gesundheitsversorgung in |
| 2044 | Deutschland zu verbessern. Eine Weitergabe der Daten erfolgt dabei nicht gegen den Willen der |
| 2045 | Patient\*innen. Ihre eigenen Gesundheitsdaten müssen Patient\*innen möglichst barrierefrei und |
| 2046 | sicher zugänglich sein. Die ärztliche Schweigepflicht und das Patient\*innengeheimnis müssen auch |
| 2047 | für digitalisierte Gesundheitsdaten jederzeit gewahrt bleiben. Um administrativen Aufwand für |
| 2048 | medizinisches und pflegerisches Personal zu verringern und Innovationen anzureizen, sollen |
| 2049 | Hersteller von Medizinprodukten und Software offene Schnittstellen anbieten. |
| 2050 | **Ambulante Pflege stärken** |
| 2051 | Wer pflegebedürftig wird, hat die bestmögliche Pflege und Unterstützung für ein selbstbestimmtes |
| 2052 | und würdevolles Leben verdient. Gerade in einer alternden Gesellschaft braucht es dafür überall |
| 2053 | vielfältige, auf den Bedarf vor Ort angepasste, pflegerische Angebote. Statt weiterer |
| 2054 | Großeinrichtungen sind mehr ambulante Wohn- und Pflegeformen nötig – eingebettet in ein Umfeld, |
| 2055 | das ältere Menschen dabei unterstützt, aktiv am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. So wird die |
| 2056 | Pflege auch für Angehörige einfacher. Dafür wollen wir die rechtlichen Rahmenbedingungen für |
| 2057 | Quartierspflege schaffen und den Kommunen ermöglichen, eine verbindliche Pflegebedarfsplanung |
| 2058 | vorzunehmen, um das Angebot an Pflege vor Ort zu gestalten. Ein Bundesprogramm soll eine |

|  |  |
| --- | --- |
| 2059 | Anschubfinanzierung für Kommunen bereitstellen, die sich hier auf den Weg machen. Jemanden zu |
| 2060 | pflegen verdient unsere Anerkennung und die Unterstützung der Gesellschaft. Deshalb wollen wir |
| 2061 | Menschen, die Verantwortung für Angehörige, Nachbar\*innen oder Freund\*innen übernehmen mit |
| 2062 | der PflegeZeit Plus besonders unterstützen. Wir ermöglichen damit allen Erwerbstätigen eine bis zu |
| 2063 | dreimonatige Freistellung sowie eine Lohnersatzleistung, die befristet auch anschließende |
| 2064 | Arbeitszeitreduzierungen finanziell abfedert. |
| 2065 | **Eine doppelte Pflegegarantie** |
| 2066 | Pflegebedürftige und ihre Angehörigen müssen immer mehr eigenes Geld für ihre Versorgung |
| 2067 | aufbringen. Wir wollen, dass Pflegebedürftige die für sie notwendigen Pflegeleistungen erhalten, |
| 2068 | ohne von Armut bedroht zu werden. Mit einer doppelten Pflegegarantie wollen wir die Eigenanteile |
| 2069 | schnell senken und dauerhaft deckeln. So garantieren wir, dass die selbst aufzubringenden Kosten |
| 2070 | verlässlich planbar werden. Die Pflegeversicherung soll alle über diesen Betrag hinausgehenden |
| 2071 | Kosten für eine bedarfsgerechte Pflege tragen. Mit einer solidarischen Pflege-Bürgerversicherung |
| 2072 | wollen wir dafür sorgen, dass sich alle mit einkommensabhängigen Beiträgen an der Finanzierung des |
| 2073 | Pflegerisikos beteiligen. |
| 2074 | **Pflege aus dem Notstand führen, Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen verbessern** |
| 2075 | Pflegekräfte leisten einen unschätzbaren Beitrag für unsere Gesellschaft. Menschen, die im Alter |
| 2076 | oder bei Krankheit Unterstützung brauchen, wünschen sich zu Recht Pflegekräfte, die sich mit |
| 2077 | Sorgfalt um sie kümmern können. Dafür brauchen Pflegekräfte Zeit für die Patient\*innen und gute |
| 2078 | Arbeitsbedingungen. Das geht nur mit mehr Kolleg\*innen. Wir wollen durch verbindliche |
| 2079 | Personalbemessung – auch in der Langzeitpflege – die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie, |
| 2080 | mehr eigenverantwortliche Arbeit von Fachkräften und die Einführung der 35-Stunden-Woche in der |
| 2081 | Pflege Arbeitsbedingungen schaffen, unter denen viele Menschen – ganz neu, weiter oder wieder – |
| 2082 | gerne in der Pflege arbeiten. Die Ausnahmen im Arbeitszeitgesetz für den Gesundheitsbereich wollen |
| 2083 | wir beschränken, um Überlastung zu verhindern und den Personalverlust in Krankenhäusern |
| 2084 | einzudämmen. Doch Wertschätzung braucht auch Löhne, die sie bezeugen – am besten über gute |
| 2085 | Tarifverträge. Wir wollen die gesetzliche Pflegeversicherung verpflichten, nur noch mit Anbietern |
| 2086 | zusammenzuarbeiten, die nach Tarif bezahlen. Die Selbstorganisation und Einflussmöglichkeiten der |
| 2087 | professionellen Pflege wollen wir durch den Aufbau einer Bundespflegekammer unterstützen. |
| 2088 | **Ein Cannabiskontrollgesetz** |
| 2089 | Wir stellen Gesundheits- und Jugendschutz in den Mittelpunkt der Drogenpolitik. Doch auf dem |
| 2090 | Schwarzmarkt gilt kein Jugendschutz, stattdessen schafft er zusätzliche gesundheitliche Gefahren. |
| 2091 | Das Verbot von Cannabis richtet mehr Schaden an als das es nützt. Wir setzen auf wirksame |
| 2092 | Prävention, auf Entkriminalisierung und Selbstbestimmung. Deshalb werden wir mit einem |

|  |  |
| --- | --- |
| 2093 | Cannabiskontrollgesetz das bestehende Cannabisverbot aufheben und einen kontrollierten und |
| 2094 | legalen Verkauf von Cannabis in lizenzierten Fachgeschäften ermöglichen. Darüber hinaus wollen wir |
| 2095 | niedrigschwelliges Drugchecking für psychoaktive Substanzen und andere Maßnahmen zur |
| 2096 | Schadensminimierung wie die Ausgabe sauberer Spritzen bundesweit ermöglichen, damit |
| 2097 | Konsument\*innen nicht durch gefährliche Inhaltsstoffe oder schmutzige Spritzen zusätzlich gefährdet |
| 2098 | werden. Das heutige Betäubungsmittelrecht evaluieren wir auf seine Wirkungen hin. |
| 2099 |  |