

**Bundesarbeitsgemeinschaft: Soziales Arbeit Gesundheit**

**Sprecher / Sprecherin:**

<p><b>Bärbl Mielich</b> Rathausgasse 6 79292 Pfaffenweiler ☎: 07664-60419 ☎: 07664-600317 ✉: mielich.b.@gmail.com</p>	<p><b>Harald Wölter</b> Dahlweg 64 48153 Münster ☎: 0251-778225 ☎: 0163-884 2878 mobil ☎: 0211/884-2878 (d) ✉: harald.woelter@landtag.nrw.de ✉: harald.woelter@t-online.de</p>	<p><b>Willi Kulke</b> Niederbrodhagen 26 33613 Bielefeld ☎: 0521-130979 ☎: 0151-40635061 ✉: wkulke@web.de</p>
---	--	---

**BAG- Sommertagung 04. – 06. Juli 2014 in Berlin Tagung 2014-2**

**Protokoll**

**Freitag, 04.07.2014**

**1. Begrüßung, Feststellung der Tagesordnung, Genehmigung des Protokolls der letzten Sitzung**

Willi begrüßt im Namen der Sprecher\*innen die Teilnehmer\*innen und stellt die Tagesordnung für die 3-tägige Tagung vor.

Es wurde der Antrag zur Tagesordnung gestellt, die Wahl der BAG-Sprecher\*innen von Sonntag auf Samstag vorzuziehen. Dieser wurde mehrheitlich abgelehnt, um allen möglichen Kandidat\*innen die Möglichkeit zu geben, zum veröffentlichten Zeitpunkt ihre Kandidatur einzubringen. Daraufhin wurde die Tagesordnung angenommen.

Das Protokoll der letzten Sitzung im März 2014 wurde unverändert angenommen.

Die neben dem bestehenden E-Mail-Verteiler für die gesamte BAG vereinbarten Listen für die Arbeitsgruppen Gesundheit und Arbeit/Soziales sind vor kurzem von der Bundesgeschäftsstelle eingerichtet worden.

Aufgabe: Willi wird in Kürze die Mailadressen der jeweiligen Mitglieder einspeisen, womit die Listen dann zur Nutzung bereit sind.

**2. Schwerpunkt Pflege:**

**2.1 Gemeinsame Pflegeausbildung - Stand und Perspektiven**

Input: Elisabeth Scharfenberg MdB

Die Debatte über eine bundeseinheitliche Pflegeausbildung stockt, weil die Finanzierung nicht geklärt ist. Bis jetzt regeln die Länder die Finanzierung, die meisten finanzieren mit einer Ausbildungsumlage. Es muss entschieden werden, welche politische Ebene welche Kompetenzen hat und entsprechend gestalten kann. Kontrovers ist nach wie vor die modulare Ausbildung (zwei gemeinsame Jahre für alle drei Fachausbildungen: Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflegeausbildung und ein Jahr Spezialisierung auf die Fachbereiche) gegen die generalistische Ausbildung.

**2.2. Berichte zu weiteren aktuellen pflegepolitischen Themen**

mit Elisabeth Scharfenberg MdB

**a) Pflegestärkungsgesetz**

Das Gesetz ist in erster Lesung behandelt. Es beinhaltet eine Beitragssteigerung in zwei Stufen von 0,3%, 0,1% davon gehen in die Finanzierung des neu eingerichteten Vorsorgefonds, der ab 2030 die zusätzlichen Finanzmittel in der Pflege abdecken sollen, 0,1% sind 1,2 Mrd. € pro Jahr, 2,4 Mrd gehen in die Besserstellung der Pflege. Das ist auf die Pflegebedürftigen Menschen übertragen: 20 BewohnerInnen in Pflegeheimen können eine Pflegefachkraft bekommen.

2. Stufe des Gesetzes bedeutet eine weitere Anhebung der Beiträge um 0,2% in 2017. Das wird mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einhergehen. Zusätzliche Leistungen sollen dadurch finanziert werden. Es bleibt unklar, wie der BR sich verhält, Grün mitregierte Länder lehnen das Gesetz ab.

### **b) Aktuelle Entwicklung der Haftpflichtversicherung für Hebammen**

Die gefundene Lösung zwischen Kassen und Hebammen auf Bundesebene begrenzt sich auf die Kostenübernahme der aktuellen Prämiensteigerung und ist insgesamt begrenzt bis Juli 2015. Bis dahin muss eine verlässliche Regelung der Haftpflichtversicherung gefunden werden. Eine Fondslösung, die anteilig von Hebammen, Krankenkassen und mit Steuern finanziert wird, wird von den Hebammen favorisiert. Die Grüne BT-Fraktion hat sich dazu noch nicht positioniert. Die BAG konnte die Debatte nicht abschließend führen.

**Samstag, 05.07.2014**

### **3. Gesetzlicher Mindestlohn**

(mit: Brigitte Pothmer MdB)

Brigitte erklärte, warum die Fraktion trotz einiger sehr problematischer Regelungen dem Mindestlohngesetz einstimmig zugestimmt hat. Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass es jetzt endlich auch in Deutschland als einem der letzten Länder in der EU einen Mindestlohn gibt – ein sozialpolitisches Großprojekt. Es war ein eigener Antrag zur Thematik eingebracht worden, der die Hauptkritikpunkte ausführte. Problematisch sind die Ausnahmen für Langzeitarbeitslose und für Jugendliche, die Sonderregelungen für bestimmte Gruppen wie Saisonarbeiter sowie die verzögerte Koppelung an die allgemeine Lohnentwicklung. Die Mindestlohnkommission soll nun die Umsetzung „begleiten“, wobei nicht klar formuliert ist, wie das geschehen soll und welche Korrekturmechanismen möglich sind. Daher wird es nicht das letzte Mal gewesen sein, dass wir uns mit dieser Thematik beschäftigen.

In der Diskussion wurde die Einführung des Mindestlohns mehrheitlich begrüßt, es wurde aber auch darauf hingewiesen, dass man nicht vergessen dürfe, dass auch ein Stundenlohn von 8,50 Euro nicht Armut in Deutschland verhindert.

Entschließungsantrag der BTF (BT Drucksache 18/2021):

[http://www.pothmer.de/fileadmin/media/MdB/pothmer\\_de/brigitte\\_pothmer\\_arbeitsmarktpolitische/2012\\_pothmer/PDF/Antraege/1802021\\_EA\\_Mindestlohn-Gesetz.pdf](http://www.pothmer.de/fileadmin/media/MdB/pothmer_de/brigitte_pothmer_arbeitsmarktpolitische/2012_pothmer/PDF/Antraege/1802021_EA_Mindestlohn-Gesetz.pdf)

### **3. Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik der GRÜNEN Bundestagsfraktion in der kommenden Legislaturperiode**

Bericht: Brigitte Pothmer MdB

Brigitte führte aus, dass die arbeitsmarktpolitischen Schwerpunkte der Koalition eindeutig im Bereich der Beschäftigten liegen. Die Fraktion wird dagegen Konzepte für den gesamten Arbeitsmarkt erarbeiten, also auch für Arbeitslose, prekär Beschäftigte und den Fachkräftemangel. Es ist eine Veranstaltung zum sozialen Arbeitsmarkt geplant sowie eine Veranstaltung zur Arbeitszeitpolitik speziell mit Erfahrungsberichten aus anderen Ländern.

### **4. QUERSCHNITTTHEMA: Quartierskonzepte als Baustein für eine Neuausrichtung der**

## **Pflege- und Gesundheitsinfrastruktur** Fortsetzung der Debatte der letzten BAG-Sitzung Input: Harald Wölter

Harald führte mit einer Präsentation zu drei Schwerpunkten in die Debatte ein: 1) Pflege-/Versorgungskonzepte; 2) Akteure und Steuerung; 3) Rechtliche Rahmenbedingungen und Förderungen. Dabei ist in der Umsetzung von Pflege- und Versorgungskonzepten grundsätzlich zu bedenken, dass sich in der Stadt und im ländlichen Raum teilweise unterschiedliche Rahmenbedingungen und Dynamik entwickeln und dass es kreativer Lösungen bedarf, um die Herausforderungen des demographischen Wandels zu meistern (Professionalität und Ehrenamt).

- Vortrag kann aufgrund eines Datenfehlers leider nicht versandt werden, siehe deshalb den [Link zur PPP mit ähnlichem Inhalt](#)

[http://www.gruene-landtag-bw.de/fileadmin/media/LTF/bawue\\_gruenefraktion\\_de/Vortrag\\_Neues\\_Wohnen-Alter.Quartier.Landtag.BaW\\_GR\\_poundNE\\_Schreibgeschuetzt.pdf](http://www.gruene-landtag-bw.de/fileadmin/media/LTF/bawue_gruenefraktion_de/Vortrag_Neues_Wohnen-Alter.Quartier.Landtag.BaW_GR_poundNE_Schreibgeschuetzt.pdf)

Aufgaben: Die BAG entwickelt ein Positionspapier zu Quartierskonzepten; Harald bringt einen Entwurf ein. Auf dieser Grundlage wird eine Veranstaltung zu Quartierskonzepten gemeinsam mit der Heinrich-Böll-Stiftung organisiert. Harald ist dabei federführend für die BAG.

## **5. Jahresbericht 2013**

Harald stellte den Jahresbericht 2013 vor, der bereits mit den Unterlagen versandt worden war. Dem ist die im letzten Jahr geleistete Arbeit der BAG zu entnehmen. Neben der Vielzahl der Fachthemen kam diesmal auch wieder die Programmdebatte zu den Bundestagswahlen und Europawahlen hinzu.

Willi berichtete über die Finanzen der BAG. auf Grundlage der Finanzberichte des Bundesvorstands. Ein Teilnehmer bemängelte, dass der vorgelegte Finanzbericht für die BAGen keine eigenständige und nach Ausgabenarten differenzierte Aufstellung der Kosten für jede BAG und damit für die BAG Arbeit, Gesundheit, Soziales beinhalte. **Es wurde erklärt, dass der vorgelegte Bericht von der Bundesgeschäftsstelle erstellt wurde und das vorgelegte Detailniveau genau das darstellt, welches vom Bundesverband für die Haushaltszeile erhoben wird, die für alle BAGen insgesamt zur Verfügung steht.** Der Antrag, weitere Details zu den verschiedenen Ausgabenarten der BAG AGS zu verlangen, wurde mit überwältigender Mehrheit abgelehnt.

## **6. Arbeitsgruppen tagen**

### **6.1.) AG Arbeitsmarktpolitik**

#### **a) Zeitpolitik: Stand der BuVo-Programmdebatte** (mit Bettina Jarasch - BuVo und Brigitte Pothmer MdB)

Bettina umriß den Fortgang der inhaltlichen Debatte zur Zeitpolitik im Bundesverband seit unserer letzten Sitzung. Es wird nicht möglich sein, bis 2017 für alle vier großen Themenbereiche eine konkrete Unterfütterung zu erarbeiten, im Bereich Zeitpolitik arbeiten sie eng mit der Bundestagsfraktion zusammen, was die Erarbeitung konkreter Maßnahmen betrifft.

Das Ziel soll sein, Zeitsouveränität für Arbeitnehmer zu schaffen. Dies ist als Gesellschafts-, nicht als Sozialpolitik zu sehen, wobei aber sozialpolitische Maßnahmen zur Unterfütterung erforderlich sind, damit es nicht zum Eliteprojekt wird („Latte-Macchiato-Politik“). Durch einen allgemeinen Rahmen soll es kollektiv ermöglicht werden, dass individuelle Entscheidungen

getroffen werden können. Auf dieser Basis ist es auch eher möglich, Bündnispartner dafür zu finden und Akzeptanz zu erreichen. Bei Überlegungen zur Finanzierung müssen wir auch über Möglichkeiten außerhalb der gängigen gegenwärtigen Mittel (z.B. Progressivmodell, negative Einkommensteuer) nachdenken.

In der Diskussion wurde darauf hingewiesen, dass es ein Paradigmenwechsel für Grüne ist, über Zeitpolitik zu sprechen, was eindeutig begrüßt wurde, und dass der große Kontext sozialer Gerechtigkeit ein Dauerthema ist, dem wir uns weiterhin widmen müssen. Neben Verweisen auf Zeitkonten, die entwickelt werden könnten, den Einstieg in den dritten Arbeitsmarkt, das Phänomen relativ langer Arbeitslosigkeit bei gleichzeitig proklamiertem Fachkräftemangel und der Forderung, die Gleichstellungspolitik nicht aus den Augen zu verlieren, wurde auch auf das Bedingungslose Grundeinkommen verwiesen, über das in diesem Zusammenhang auch wieder debattiert werden sollte.

Brigitte erklärte, dass in der Fraktion konsequent an den verschiedenen Themen des Arbeitsmarktes und der prekären Beschäftigung gearbeitet wird, wobei die Pläne der Groko in vielen Bereichen noch unklar oder gar nicht im Koalitionsvertrag festgeschrieben sind. Sie verwies darauf, dass es schon früher Überlegungen zu Arbeitszeitkonten gegeben habe und dabei verschiedene Schwierigkeiten zu Tage getreten seien. Es sei richtig, sich wieder mit dem Thema zu beschäftigen und es neu auszuloten, ohne diesen Hintergrund außer Acht zu lassen. Ähnliches gelte für Diskussionen zu Progressivmodell und negativer Einkommensteuer, die nicht wieder bei Null anfangen, sondern auf früheren aufbauen sollten.

Bettina verwies darauf, dass es auch beim Thema Zeitpolitik z.T. erhebliche parteiinterne Meinungsunterschiede gibt, es gleichzeitig aber eine gute Arbeitsteilung zwischen dem Bundesverband und der Bundestagsfraktion gibt, ohne die Erwartungen zu hoch anzusetzen, dass bis 2017 alles im Detail fertig ausgearbeitet ist.

In der BTF arbeiten Wolfgang Strengmann-Kuhn, Beate Müller-Gemmecke und Lisa Paus an den Fragen der sozialen Unterfütterung, und die BAG könnte hier konstruktiv mitarbeiten. Im nächsten konkreten Schritt bis zum Herbst arbeitet die BTF an ersten Papieren zu einzelnen möglichen Maßnahmen, während der BuVo (federführend Bettina, Gesine) ein erstes Positionspapier entwerfen wird. Dazu wird es im September ein breiteres Treffen geben. Mithilfe des Positionspapiers soll die Debatte dann auch in die Landesverbände getragen werden. Über den Input als BAG hinaus sind einzelne Mitglieder natürlich eingeladen, sich über den Themen-Blog auf der Website in die Diskussion einzubringen.

#### **b) Bericht von der Arbeitsgruppe des Bundesvorstands (BuVo) auf dem Länderrat.** Bericht: Willi Kulke

Über die bereits verschickten Materialien hinaus gab Willi eine zusammenfassende Rückmeldung über die Diskussion zur Zeitpolitik im Länderrat (Juli). Auch im DGB findet zur Zeit eine Debatte zu diesem Thema statt mit dem Fokus auf der Selbstbestimmung der Arbeitnehmer\*innen in verschiedenen Lebensphasen. Parteiintern wird über Zeitautonomie diskutiert, wobei stark umstritten ist, ob dies kostenneutral sein kann oder muss.

In der Diskussion wurde angemerkt, dass der Fokus auf „Arbeitszeit“ nicht dazu führen sollte, die Debatte zu eng zu führen im Hinblick auf die Bedürfnisse von Arbeitnehmer\*innen, sondern breiter als Lebenszeit betrachtet werden sollte bzw. die verschiedenen Definitionen von Arbeit (Erwerbsarbeit, ehrenamtliche Arbeit, Familienarbeit) angemessen berücksichtigen sollte.

Für die Arbeit der BAG erschien es sinnvoll, diese breite philosophische Debatte in der Partei nicht im Kleinen weiterzuführen, sondern sich auf den sozialen Ausgleich und konkrete Projekte zur praktischen Machbarkeit von veränderter Zeitpolitik zu konzentrieren, also z.B. Möglichkeiten und Grenzen von Lohnersatzleistungen, Kontingente, Arbeitszeitkonten, Transfers. Neben Partei- und BTF-Veranstaltungen wird es auch programmatische Debatten auf den BDKen geben, in die wir uns einbringen sollten.

Nach dieser allgemeinen Diskussion wurde die Arbeit in drei Unter-Arbeitsgruppen inhaltlich fortgesetzt, mit dem jeweiligen Fokus auf den philosophischen (Stichwort: Durchökonomisierung des Lebens), rechtlichen und sozialpolitischen Aspekten des Themas.

### **c) Weitere aktuelle Themen der Arbeitsmarktpolitik**

Weitere Themen wurden nicht beraten.

## **6.2. AG Gesundheit:**

**a) Priorisierung in der medizinischen Versorgung** - Auseinandersetzung mit einem strittigen Thema: Begriffe, Positionen, Erfahrungen und regionale Bürgerkonferenz oder was können wir aus den Erfahrungen anderer Länder lernen

(Referentin: Sabine Stumpf, Universität Lübeck)

aus dem Vortrag und Thesen:

Sabine Stumpf führt aus: Die zentrale Ethikkommission hat angemahnt, Priorisierung in der Gesundheitsversorgung zu diskutieren und dazu eine Debatte in der Gesellschaft anzustoßen.

Bei der Priorisierung geht es darum, Vorrangigkeit und Nachrangigkeit in der Gesundheitsversorgung festzulegen. Fragestellungen sind u.a. Was sind vorrangige Aufgaben und was nachrangige Aufgaben unserer Medizin? Wo steckt die Medizin in der Fortschrittsfalle? Was ist der Zusatznutzen neuer Verfahren und wieviel dürfen sie mehr kosten? Wo ist der Grenznutzen investierter Mittel? Was ist Grundversorgung? Was ist Über-, Unter-, Fehlversorgung?

Wichtig sei es, die Bevölkerung und die Gesellschaft bei der Beantwortung dieser Fragen mit einzubeziehen. In Lübeck wurde eine Bürgerbefragung mit positiver Resonanz durchgeführt.

Anschließende Diskussion innerhalb der BAG-Runde:

Die Fragestellung zeigt die Gradwanderung auf, entsprechend kontrovers und leidenschaftlich wurde die Debatte geführt. Als Gründe gegen das Priorisierungsthema wurde angeführt: Krankenkassen würden das zu Rationierungsdebatten benutzen. Man Damit würde im deutschen Versorgungssystem Nichts erreichen. Der Begriff „gerechtes Gesundheitssystem“ wäre besser. Wichtiger wäre es, die Fragen zu klären, wie können wir besser regional und ganzheitlich über alle Sektorengrenzen hinweg versorgen. Das Thema sollte besser sein: „Prävention und Krankenhäuser.“ Priorisierung sei kein grünes Thema.

Als Gründe dafür wurden genannt: die Budgetierung der Mittel und der Leistungen vor allem im stationären Sektor führt nach Meinung der BefürworterInnen der Priorisierung bereits jetzt zu einer stillen Priorisierung. . Auch in unseren Grünen Papieren zur Gesundheit würden wir schon priorisieren. Bürgerbeteiligung als Voraussetzung für eine Priorisierung stärkt die Beteiligungskultur. Priorisierung statt Gießkanne bedeutet gezielten Mitteleinsatz. Priorisierung wäre ein sehr gutes grünes Thema. Wir Grünen sollten das gut diskutieren und breit streuen.

In dem abschließenden Meinungsbild sprach sich die große Mehrheit der AG gegen die Fortsetzung der Debatte im nächsten Jahr aus und stattdessen für die inhaltliche Schwerpunktsetzung regionaler sektorenübergreifender Versorgungskonzepte. Hierzu gehören auch Formen der Beteiligung auf kommunaler Ebene.

➤ **Der Vortrag wird als PPP in der Übersicht dem Protokoll im Anhang beigefügt.**

Anschließend schließt sich eine Debatte über das weitere Vorgehen mit dem Thema Priorisierung an. In der abschließenden Abstimmung wird entschieden, das Thema nicht weiter zu verfolgen.

## b) Situation und Perspektiven in der psychosozialen Versorgung / Psychiatrie - PEPP (Bericht zum aktuellen Stand Maria Klein Schmeink MdB)

Der eingeführte PEPP-Katalog beschränkt sich auf ein Sparmodell, anstatt die notwendige Weiterentwicklung der Versorgung zu unterstützen und flexible patientenorientierte Versorgungsformen zu ermöglichen.

Die Bundesregierung muss die Reform der Finanzierung von psychiatrischen Einrichtungen mit einer qualitativen Weiterentwicklung der Versorgung verbinden. Ziel muss sein, die regionale Pflichtversorgung auszubauen und die gemeindenahere Versorgung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung flexibler zu gestalten, um stationäre Aufenthalte zu ersetzen und mehr ambulante Krisenintervention und -begleitung vorzusehen. Zudem muss die Finanzierung eine ausreichende Personalausstattung ermöglichen, um Zwangsbehandlungen weitestgehend zu vermeiden. Vor allem dürfen die besonderen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen nicht aus dem Blick geraten. Die personalaufwändige intensive Einbeziehung der Eltern zur psychischen Stabilisierung der Kinder und zur Vorbereitung der Entlassung ist von besonderer Bedeutung.

➤ Es muss weiterhin eine Debatte zur Verbesserung des Versorgungssystems geführt werden,

➤ Geplant ist eine PsychiatrieTagung in Kooperation mit der Böllstiftung

[http://www.klein-schmeink.de/news-einzelansicht/article/finanzierung-psychiatrischer-behandlung-grundlegend-reformieren.html?tx\\_ttnews\[backPid\]=1&cHash=507792ef492b29fbd62a924c06d4adde](http://www.klein-schmeink.de/news-einzelansicht/article/finanzierung-psychiatrischer-behandlung-grundlegend-reformieren.html?tx_ttnews[backPid]=1&cHash=507792ef492b29fbd62a924c06d4adde)

[http://www.klein-schmeink.de/news-einzelansicht/article/petition-mahnt-reform-der-psychiatrischen-versorgung-an.html?tx\\_ttnews\[backPid\]=5&cHash=9acdfd0076aea9ed4252d438b1f940c9](http://www.klein-schmeink.de/news-einzelansicht/article/petition-mahnt-reform-der-psychiatrischen-versorgung-an.html?tx_ttnews[backPid]=5&cHash=9acdfd0076aea9ed4252d438b1f940c9)

## c) Thema „Leitbild und programmatische Verortung“ der Arbeit der BAG und in deren Rahmen der AG

Die Bearbeitung und Beratung dieses Themas wird auf eine der nächsten Tagungen verschoben. Zur Vorbereitung soll auch eine Zusammenstellung erfolgen zu den bereits erarbeiteten Positionen im Bereich Gesundheits- und Pflegepolitik.

Hierzu die Programmlage und Beschlüsse der letzten Jahre zusammenstellen:

[http://www.gruene.de/fileadmin/user\\_upload/Beschluesse/Gesundheit-Gruene-Gesundheitspolitik-Beschluss-BDK-Freiburg-11-2010.pdf](http://www.gruene.de/fileadmin/user_upload/Beschluesse/Gesundheit-Gruene-Gesundheitspolitik-Beschluss-BDK-Freiburg-11-2010.pdf)

[http://www.gruene.de/fileadmin/user\\_upload/Beschluesse/Sozialpolitik-Teilhabe-Beschluss-BDK-11-2012.pdf](http://www.gruene.de/fileadmin/user_upload/Beschluesse/Sozialpolitik-Teilhabe-Beschluss-BDK-11-2012.pdf) (insb. Seite 15-18)

[http://www.gruene.de/fileadmin/user\\_upload/Beschluesse/Gruenes-Bundestagswahlprogramm-2013.pdf](http://www.gruene.de/fileadmin/user_upload/Beschluesse/Gruenes-Bundestagswahlprogramm-2013.pdf) (insb. Seite 122-132)

[http://www.gruene.de/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/Gruenes-Europawahlprogramm-2014.pdf](http://www.gruene.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Gruenes-Europawahlprogramm-2014.pdf) (insb. Seite 64f)

**Sonntag, 06.07.2014**

## 7. Wahl der BAG-Sprecher\*innen

Sprecher\*innenwahl: Aufgrund des großen Themenbereichs, den die BAG abdeckt, gibt es 4 gleichberechtigte Sprecher\*innen, die für 2 Jahre gewählt und in Abstimmung untereinander jeweils für einen Arbeitsbereich verantwortlich sind. Für alle 4 Positionen (Soziales war vakant) wurden Wahlen durchgeführt.

Der Vorschlag, Iris Michelmann die Wahlleitung zu übertragen, wurde einstimmig angenommen. Als Wahlhelfer wurden Katrin Schmidt und Andreas Audretsch gewählt. Es wurde anhand der Teilnehmerliste festgestellt, dass das für Wahlen erforderliche Quorum der Anwesenheit von Delegierten aus mehr als 9 Landesverbänden erfüllt war. Es waren 20 stimmberechtigte Delegierte anwesend.

Fünf Kandidat\*innen stellten sich zur Wahl: Willi Kulke, Ute Michel, Bärbl Mielich, Herbert

Wolfgramm, Harald Wölter (in alphabetischer Reihenfolge). Alle stellten sich kurz vor und beantworteten Fragen aus dem Plenum.

Der Verfahrensvorschlag, zunächst in offener Wahl durch Handzeichen die beiden Frauenplätze zu besetzen (zwei Kandidatinnen), wurde einstimmig angenommen. Für Bärbl Mielich und Ute Michel sprachen sich 19 stimmberechtigte Delegierte bei einer Enthaltung aus. Da drei Kandidaturen für die zwei offenen Plätze vorlagen, erfolgte die Wahl dieser Plätze durch geheime Wahl. Nach Diskussion über die Gültigkeit der Stimmzettel wurde bei 18 Stimmen dafür und 2 Stimmen dagegen beschlossen, dass auf dem Stimmzettel maximal zwei Namen ohne weitere Anmerkungen vermerkt werden sollten, damit der Stimmzettel gültig sei.

Es wurden 20 Stimmzettel abgegeben. Das Quorum lag damit bei 10 Stimmen. Insgesamt wurden 35 Stimmen abgegeben. Es entfielen auf: Harald Wölter 15 Stimmen, Willi Kulke 15 Stimmen, Herbert Wolfgramm 5 Stimmen. Damit wurden Harald und Willi zu Sprechern gewählt.

Bei gemeinsam getragener Verantwortung als Sprecher\*innen für alle Themenbereiche ergibt sich aus praktischen Gründen zur Vereinfachung der inhaltlichen Koordination eine Zuordnung zu bestimmten Themenbereichen. Die Sprecher\*innen haben sich auf die folgenden Schwerpunkte geeinigt: Bärbl Mielich - Gesundheit, Ute Michel - Soziales, Harald Wölter – Pflege/Alter und Willi Kulke - Arbeit.

## 8. Weitere Jahresplanung und Themen für die nächsten Tagungen

Wie bereits bekanntgegeben, findet die nächste Sitzung aufgrund von Termin- und Raumschwierigkeiten vom 17.-19.10.2014 in Berlin statt (eine Woche früher als ursprünglich geplant, da die Bundesgeschäftsstelle wegen einer Tagung des Frauenrats trotz vorheriger Absprachen nicht mehr zu Verfügung steht!).

Themen für die nächste Sitzung (soweit bisher festgelegt):

- Prävention (Schwerpunktthema für das Plenum) u.a. Positionen im Vorfeld des Präventionsgesetzes)
- Eingliederungshilfe / Inklusion Bundesteilhabegesetz (je nach Aktualität)
- Quartierskonzepte (bei Bedarf wenn weiterer Bearbeitungsstand gegeben)

AG Arbeit / AG Soziales

- Zeitpolitik
- Rente/Alterssicherung
- SGBII-Reform [ist auf der Herbsttagung für das Plenum vorgesehen]

AG Gesundheit / AG Pflege

- Pflegekammer (u.a. Dialog mit externen Sachverständigen)
- Gesundheitsversorgung – gerecht und solidarisch Versorgung in der Fläche,
- Pflegeversicherung, Weiterentwicklung SGB XI, neuer Pflegebegriff (je nach Aktualität)

Weiter auf der Agenda für die Bereiche Gesundheit und Pflege stehen:

- Qualitätssicherung, (hierzu auch: interdisziplinäre Teams, regional organisiert)
- Sektorenübergreifende Planung und Versorgung (u.a. Sicherstellungsauftrag der KV, regionale Budgets); Öffentliches Gesundheitswesen
- Krankenhausversorgung, Krankenhausplanung, Finanzierung, Vergütungssystem DRG;
- Leitbild für grüne Gesundheit entwickeln, Statements und Beschlüsse grüner bisheriger Politik berücksichtigend.

Es sind E-Mail-Verteiler für die Arbeitsgruppen "Gesundheit" und "Arbeit/Soziales" eingerichtet worden, die es erleichtern sollen, auch zwischen den BAG-Sitzungen inhaltlich vertieft zu arbeiten. Bei Interesse bitte unter Angabe des Schwerpunktthemas bei Willi Kulke melden (wkulke@web.de).

Informationen von allgemeinem Interesse werden auch weiterhin über den Gesamtverteiler der BAG verschickt bzw. er kann von allen Mitgliedern der Liste dafür genutzt werden.

## 9. Arbeitsgruppen tagen

### 9.1. AG Gesundheit / AG Pflege:

#### Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs

Input: Johannes Spatz (AktionszentrumForum Rauchfrei)

Johannes Spatz sieht dringenden Bedarf, dass die EU-Kommission die Empfehlungen des Rahmenübereinkommens der Weltgesundheitsorganisation zur Eindämmung des Tabakgebrauchs umsetzt. Insbesondere die Empfehlungen der Leitlinie zur Transparenz müsse strikt eingehalten werden, in denen es heißt: „Jegliche Interaktionen sollten möglichst öffentlich erfolgen, z.B. durch öffentliche Anhörungen, öffentliche Bekanntmachung der Interaktionen, Offenlegung von Unterlagen über solche Interaktionen.“

Bereits 170 Staaten haben das Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation zur Eindämmung des Tabakgebrauchs ratifiziert. In der Präambel des Übereinkommens wird betont, wie wichtig es sei, „wachsam auf alle Versuche der Tabakindustrie zur Untergrabung oder Zunichtemachung von Bemühungen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs zu achten“.

Die Übereinkunft hat u.a. zum Ziel, dass

- der Tabakgebrauch nicht mehr als normale Handlung gesehen wird (Denormalisierung)
- das Problem des Passivrauchend in den Vordergrund gestellt wird
- Verbot von Spenden an NGO`s
- Art. 5.3 der Rahmenübereinkunft mit den Leitlinien sollte „Programmpunkt“ werden

[www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Das\\_Rahmenuebereinkommen\\_der\\_WHO\\_zur\\_Eindaemmung\\_des\\_Tabakgebrauchs\\_FCTC.pdf](http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Das_Rahmenuebereinkommen_der_WHO_zur_Eindaemmung_des_Tabakgebrauchs_FCTC.pdf)  
<http://www.abgeordnetenwatch.de/frage-778-78424--f420854.html#q420854>

Berichtet wird auch, dass nach wie vor bei div. großen Tagungen die Tabakindustrie der Sponsor ist. Problem besteht auch darin, dass nicht alle Spitzenpolitiker auch für dieses Thema ausreichend sensibel und konsequent seien.

In der Debatte wird auch die Frage behandelt, welche Verbote bezüglich Tabakgebrauch gerechtfertigt sind. Wie weit sollen sie greifen auch in den privaten Bereich (Beispiel Rauchen in einem Haushalt mit Kindern, Autofahren mit Kindern etc.

Aufgaben: Das Thema „Schutz vor Passivrauchen“ weiter bearbeiten, und dafür einsetzen dass die Rahmenvereinbarung umgesetzt wird.

### Berichte aus den Ländern

Verschiedenen Teilnehmer\*Innen berichten über einige thematische Schwerpunkte zur Gesundheits- wie auch zur Pflegepolitik aus den Ländern. Hier werden u.a. Themen wie Prävention, Krankenhaus und örtliche Gesundheitsplanung oder Pflegegesetze angeführt.

### 9.2. AG Arbeit/ AG Soziales (Sozialpolitik):

**Schwerpunkt: Rente** und Alterssicherung

(Karl-Martin Hentschel, mit Markus Kurth MdB)

#### a) Rentenpolitische Debatte aus dem Bundestag

Bericht Markus Kurth MdB



Die BTF lehnt das Rentenpaket der Großen Koalition ab und arbeitet an einem Programm für die nächsten 1-2 Jahre. Dabei haben sich drei drängende Projekte herauskristallisiert:

- Das Rentenniveau, das voraussichtlich bis 2020 auf 43 % des Einkommens vor Steuern absinken wird. Diese Frage ist in der BTF sehr umstritten, weil dem Argument der Armut die Beitragsstabilität gegenübergestellt wird.
- Flexibler Übergang in den Ruhestand: Der „Rente mit 67“ steht gegenüber, dass das gegenwärtige Erwerbsaustrittsalter 59-63 Jahre beträgt und nur 10 % der Beschäftigten aus einer Vollzeit direkt in den Rentenbezug übergehen. Zugang zur Rente ist wieder ein Thema geworden.
- Förderung privater Altersvorsorge: Die Grundlagen, auf denen das Modell für Riester-Renten basierte, existieren nicht mehr bzw. Erwartungen haben sich nicht erfüllt. Die private Altersvorsorge muss daher diskutiert werden. Beitrag von Markus im Böll-Themenheft 2/2014 zum Generationenvertrag:  
[http://www.boell.de/sites/default/files/boell\\_thema\\_2\\_2014.pdf](http://www.boell.de/sites/default/files/boell_thema_2_2014.pdf) (ab S. 27)
  - Die BAG WiFi stellt Überlegungen zu einem öffentlichen „Basis-Riester“-Modell an.

Aufgaben: Bei einer der nächsten Sitzungen soll es eine intensivere Diskussion mit Markus zu diesen drei Themen geben (Willi/Ute).

## **b) Beitrag zu einer rentenpolitischen Position**

Input: Karl-Martin Hentschel

Karl-Martin hat bereits vor der Sitzung verschiedene Informationen zur grundsätzlichen Frage des Rentensystems verschickt. Seine Präsentation geht vertiefend auf den von ihm verfassten Entwurf eines alternativen Modells für das Rentensystem in Deutschland ein. In der AG besteht Einigkeit darüber, dass ein nachhaltiges Rentensystem gleichzeitig Fragen der Finanzierung und verschiedener Gerechtigkeitsdiskurse beantworten muss. Dabei gibt es unterschiedliche Lösungsansätze: von einem grundlegenden Systemumbau hin zu einem Basisrentenmodell/einer Bürgerversicherung bis zu Stellschrauben im bestehenden Rentensystem. In der Diskussion werden vier verschiedene Finanzierungs- und Strukturmodelle umrissen sowie Fragen von Umsetzbarkeit und Akzeptanz angesprochen. Es besteht noch großer Diskussionsbedarf zu diesem komplexen Thema, wobei grundsätzlich große Offenheit für ein alternatives Modell besteht, zu dem weitere Überlegungen angestellt werden sollen mit dem Ziel, dass sich die BAG auf ein präferiertes Modell zur weiteren parteiinternen Diskussion einigt. Vom Bundesvorstand gibt es noch keine Antwort auf unsere Nachfrage zur Einsetzung der Rentenkommission, in der bestehende und alternative Modelle weiter diskutiert werden sollen. Diese Kommission ist im Rahmen der Debatte zum Bundestagswahlprogramm 2013 (BDK Berlin) vom BuVo verbindlich zugesagt, bisher aber nicht einberufen worden.

Aufgaben: Karl-Martin bereitet die Diskussion nach und trägt Informationen zu offenen Fragen zusammen. Die Diskussion zum Rentenmodell wird bei der nächsten BAG-Sitzung in der AG fortgesetzt. Karl-Martin bereitet diesen Block vor.

Mit Bezug auf den BAG-Beschluss im Februar 2014 wird der BuVo nochmals um Rückmeldung zur Einrichtung der versprochenen Rentenkommission gebeten (Willi). Sollte es keine zufriedenstellende Antwort geben, können im Ermessen der BAG-SprecherInnen weitere Maßnahmen ergriffen werden, um die Einrichtung der Rentenkommission herbeizuführen.

Wenn möglich, sollte sich die AG in der nächsten Sitzung auch mit der SGBII-Reform befassen, sonst später (Willi/Ute).

## **Protokollerstellung:**

Ute Michel, Harald Wölter, Bärbli Mielich, Willi Kulke

**Anhang:**

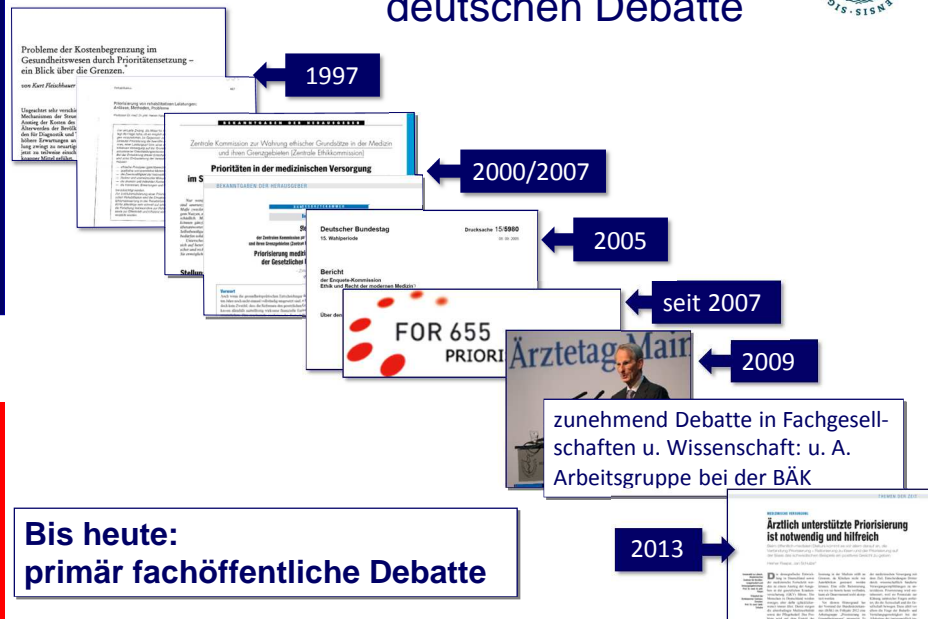


# Priorisierung in der medizinischen Versorgung – Auseinandersetzung mit einem strittigen Thema

Sabine Stumpf  
 Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung, Universität zu Lübeck

Bündnis 90 Die Grünen | BAG Soziales Arbeit Gesundheit, Berlin, 05.07.2014

## Priorisierung: Meilensteine der deutschen Debatte



## Argumente der organisierten Ärzteschaft



Mainz, 19. Mai 2009

Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, zur Eröffnung des 112. Deutschen Ärztetages

**Verteilungsgerechtigkeit durch Priorisierung –  
Patientenwohl in Zeiten der Mangelverwaltung**

(Es gilt das gesprochene Wort.)

### Priorisierung...

- ... ist notwendig (ethisch geboten)
- ... einzige Chance mit akutem Mangel umzugehen
- ... kann (heimliche) Rationierung vermeiden
- ... führt zu Verteilungsgerechtigkeit
- ... entlastet Ärztinnen u. Ärzte in Verteilungssituationen



## bisherige(?) Argumente „der Politik“



### Priorisierung ist...

- ... unethisch: „Zwei-Klassen-Medizin“
- ... unnötig bei richtigen Reformen
- ... eine versteckte Forderung nach mehr Geld, Ressourcen
- ... eine Gefahr für das GKV-System, da dies alles Nötige bereitstelle
- ... für die Bürger zu komplex und unverständlich
- ... gefährlich: Verdrängung anderer (wichtiger) Themen
- ... zu schwierig: keine allgemeingültigen Lösungen möglich



## Drei Schiefungen in der deutschen Priorisierungsdiskussion

1. Priorisierung ist nur ein anderes (verschleierndes) Wort für Rationierung.
2. Rationierung ist nichts anderes als das Vorenthalten medizinisch notwendiger oder wenigstens nützlicher medizinischer Leistungen und damit von Anfang an unethisch, inakzeptabel.
3. Man muss und darf über Priorisierung erst in Zeiten knapper Ressourcen reden.

### 1.) Priorisierung – ein anderes Wort für Rationierung?



Rationierung, lgitt

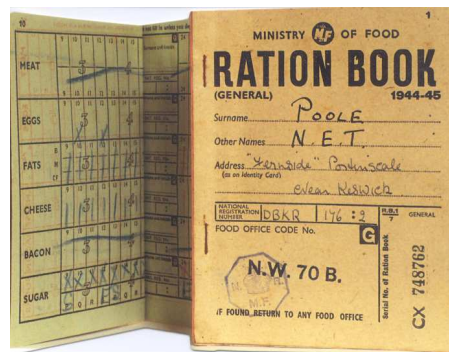
Priorisierung !



## Rationierung

**Rationierung:** Systematisches Zuteilen und Vorenthalten medizinisch notwendiger oder wenigstens nützlicher Leistungen aus Knappheitsgründen auf Basis allgemein verbindlicher Kriterien.

**Ziel:** bestmögliche Nutzung knapper Ressourcen!



## Priorisierung

**Priorität, die** (lat.: prius = das Vordere, Wichtigere) bezeichnet im Allgemeinen den Vorrang einer Sache, eines Bewertungsmaßstabes oder einer Person gegenüber einer anderen. Dies kann sowohl im zeitlichen als auch im bedeutungsmäßigen Sinn verstanden werden. Die **Einstufung** der Priorität einzelner Aufgaben wird als Prioritätensetzung oder Priorisierung bezeichnet.

Quelle: [www.wikipedia.de](http://www.wikipedia.de)

Nicht der Vollzug !



## 2.) Ist Priorisierung unethisch?

### ausländische Priorisierungserfahrungen





## Norwegen 1987 ...

„In its discussion of objectives, principles and guidelines for the future process of prioritization within the Norwegian health service, the committee has based its work on **generally-accepted values in Norwegian society**... [→ *nationale Moralität*]

...(the) social responsibility for socially-deprived and underprivileged individuals in the health sector should manifest itself as a prioritized obligation in **respect of the weakest individuals in society.**“

## Priorisierung: unvermeidlich auch ein politisches Thema

- Priorisierung berührt immer normative Fragen nach der Organisation und Ausgestaltung eines Gemeinwesens.
- Ihre kollektive Beantwortung hängt ab von
  - gesellschaftlichen / kulturellen Traditionen
  - politischen Richtungsentscheidungen.



In verschiedenen Gesellschaften sind unterschiedliche Orientierungen denkbar. Ihre Klärung erfordert eine breite gesellschaftliche Diskussion.





### 3.) Priorisierung und knappe Ressourcen

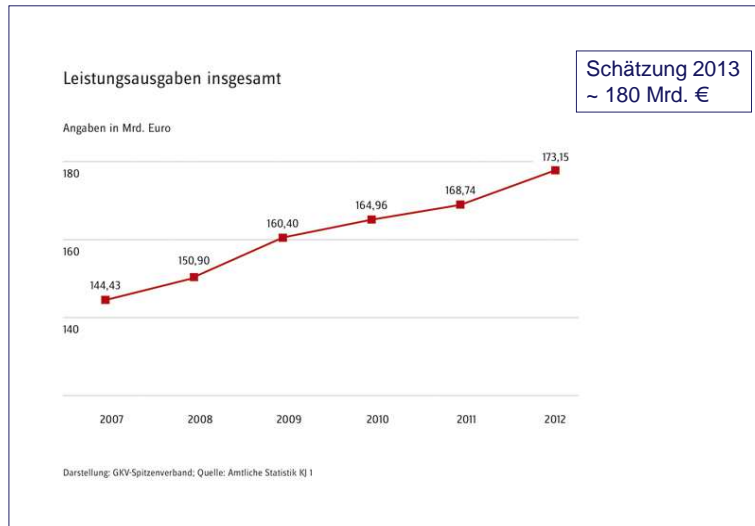


#### **Ausgangspunkte dieser Argumentation**

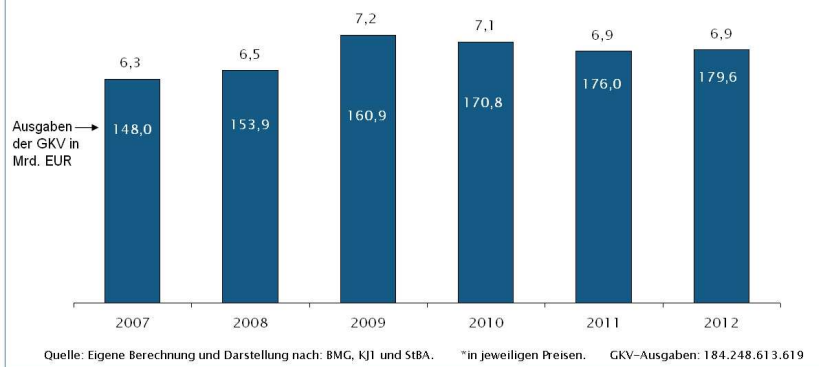
- demographische Entwicklung der Bevölkerung
  - medizinisch-technischer Fortschritt  
(Problem des sich verringernenden „Grenznutzens“)
  - steigende Anforderungen an die und Nachfrage nach  
Medizin bei fühlbar begrenzten Ressourcen
- Angeblich „Unterfinanzierung“ und „Kostenexplosion“



### GKV 2007 – 2013: + 25 % (> + 4 % /anno)



### Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP\*) in Prozent 2007 – 2012 – Bundesgebiet



Anteil 1980: 6,1%; 1988: 6,4%; 1996: 6,7%; 2003: 6,6%

## Priorisierung nur bei knappen Mitteln?

**Norwegen: 1985-87**  
Staats-Kommission zur Priorisierung in  
Norwegen (Lønning-Komitee)



➔ Motivation?

„The committee is of the opinion that the guidelines for prioritizations in the health service should be formulated in such a way that they may be applied independently of whether the health sector's total financial resources increase, are reduced or remain stable.“

## Situationen, in denen „Einstufungen“ notwendig werden

**Tatsächliche Ressourcenknappheit, vor Rationierung (als Vorenthalten und Zuteilen)**

**Werte- und Kriterien-basierte Einordnung eines neues Medikaments, einer neuen Medizintechnik oder Leistung**  
**Re-Distribution von Ressourcen von der Über- zur (technischen und humanen) Unterversorgung**  
**Klärung des Auftrags, Budgetverhandlung**  
**Qualitätssicherung unter professioneller Führung**  
**Personalentwicklung: „was uns wichtig ist“**  
**Ergänzung klinischer Praxisleitlinien**

**Verteilung von Ressourcenzuwächsen, auch in Form von Rationalisierungsgewinnen**



## Priorisierung ist also ...

- sinnvoll in Zeiten sowohl zunehmender, wie gleichbleibender oder rückläufiger Ressourcen – also außerhalb des Paradieses immer.
- offensichtlich auf eine feste ethische Basis angewiesen (Werte und Kriterien). Priorisierung bietet die Chance, sich seines eigenen ethischen Fundaments zu versichern.
- daher unvermeidlich immer auch ein gesellschaftlicher und politischer Prozess.

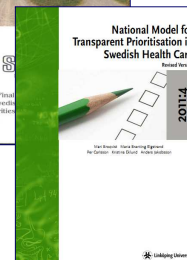
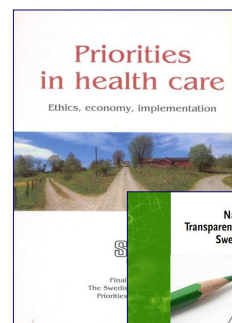


## Priorisierung – das schwedische Vorgehen als Modell für Deutschland?

### Schweden:

1. 1992-95 Parlamentskommission mit Expertenunterstützung: „Ethische Plattform“

2. seit 2000: Erstellung von Priorisierungsleitlinien

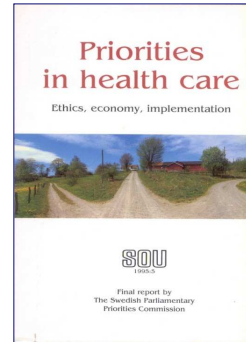


# „Ethische Plattform“



## 1. Menschenwürde

Alle Menschen haben eine gleiche Würde, unabhängig von persönlichen Merkmalen und Aufgaben in der Gesellschaft - Diskriminierungsverbot



## 2. Bedarf und Solidarität

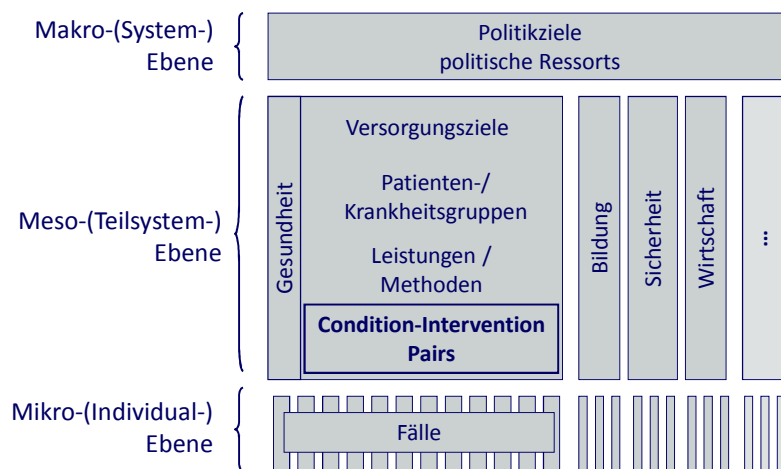
Ressourcen sollten den Personen oder Aktivitäten mit dem größten Bedarf zukommen

## 3. Kosteneffizienz

... soll ein angemessenes Verhältnis von Kosten und Wirkung ... angestrebt werden

Quelle: Swedish Parliamentary Priorities Commission 1995: S. 103; Übersetzung aus Meyer & Raspe (2009)

# Priorisierung auf welcher Ebene?





# Schwedische Priorisierungsleitlinien: ein mildes Werkzeug der Versorgungsberatung

Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012

Osteoporos, artros, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasisartrit och reumatoid artrit

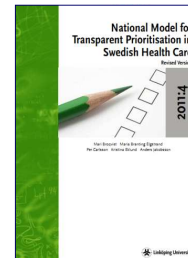
Stöd för styrning och ledning

Socialstyrelsen

Unterstützung,  
nicht Vorschrift!



## professionell dominierte Erstellung auf Basis vorher definierter Kriterien



„vertikale“ Priorisierung innerhalb einzelner Indikationsbereiche

Condition	Intervention	Condition's severity level	Patient benefits	Quality of knowledge base	Costs/effects	Quality of knowledge base	Ranking	Comments/consequences

konsensuelles Urteil auf Grundlage wissenschaftlicher Evidenz

Ränge 1-10

Zielgruppe: Leitungsebene („Unterstützung der Steuerung und Lenkung“)



## Priorisierung in der kardiologischen AHB Eine erste deutsche Priorisierungsleitlinie

### Referenz aus dem Gesamtbereich der Kardiologie

NR	Condition	Intervention (sofern keine Kontraindikation)	Maßstab für Bewertung	Krankheits-schwere	Netto-nutzen	Eviden-zen	relative Kosten	vorläu-figer Rang
Referenz	Kammerflimmern	Defibrillation	E-D	sehr hoch	sehr hoch	sehr gut	sehr niedrig	M 1

### Relevante Condition-Intervention-Pairs für die Anschlussrehabilitation (AR) nach ACS und/oder koronarer Intervention (117 CIPs)

Basisversorgung (BV)								
NR	Condition	Intervention (sofern keine Kontraindikation)	Maßstab für Bewertung	Krankheits-schwere	Net-tonutzen	Eviden-zen	relative Kosten	vorläu-figer Rang
BV1	Atherosklerotische Herzkrankheit	Basisdiag-nostik	körperliche und technische kardiologische Basisdiagnostik unter Berücksichtigung von Vorbefunden, inkl. Verlaufskontrolle	SE-M				M 2
BV2			systematisches psychosoziales Assessment	SE-M				M 2
BV3			Assessment von kardiovaskulären Risikofaktoren unter Berücksichtigung von Vorbefunden <sup>1</sup>	SE-M				M 2
BV4			individuelle Zielvereinbarung	SE-M SE-mV				M 2
BV5	Basisinter-ventionen	aerobes Ausdauertraining mit definierter Be-lastung und/oder Monitoring	E-D	hoch	hoch	gut	sehr niedrig	M 2
BV6		gerinnungshemmende Medikation	E-D	hoch	hoch	sehr gut	moderat	M 2

Quelle: Raspe, Stumpf, Brinkmeier 2014 (im Druck)



## Priorisierungsliste mit CIPs aus fünf Bereichen

Basisversorgung (BV)								
NR	Condition	Intervention (sofern keine Kontraindikation)	Maßstab für Bewertung	Krankheits-schwere	Netto-nutzen	Eviden-zen	relative Kosten	vorläu-figer Rang
BV1	Herz	Basisdiagnostik	körperliche und technische kardiologische Basisdiagnostik unter Berücksichtigung von Vorbefunden, inkl. Verlaufskontrolle	SE-M				M 2
BV2			systematisches psychosoziales Assessment Assessment von kardiovaskulären Risikofaktoren unter Be-	SE-M				M 2
(Direkte) Folgen der Grundkrankheit und ihrer Behandlung (F)								
F1	Zustand nach Myokardinfarkt	angepasste medikamentöse Therapie	E-D	sehr hoch	sehr hoch	sehr gut	moderat	M 2
F2	leichte Herzinsuffizienz (NYHA I- II)	an Belastbarkeit angepasstes körperliches Training (insb. aerobes Ausdauertraining)	E-D	hoch	hoch	sehr gut	niedrig	S 4
F3		angepasste medikamentöse Therapie (Einleitung und Opti-	E-D	hoch	hoch	sehr gut	moderat	S 6
Komorbiditäten, Risikofaktoren und Prognosefaktoren (KPR) <sup>5</sup>								
KRP1	Adipositas (BMI 30-35)	regelmäßiges aerobes Ausdauertraining auch zur Förderung der Bewegungsorientierung (aus ETM 01 und 03)	E-D/E	niedrig	gering	gut	niedrig	K 7
KRP2		zielorientiert angepasste Ernährungsberatung theoretisch und praktisch (aus ETM 07 und 08)	E-D/E	niedrig	gering	mäßig	niedrig / hoch	K 7
KRP3		spezielle Patientenschulung (aus ETM 05)	E-D/E	niedrig	gering	gut	sehr nied-	K 8
Sozioökonomische und psychosoziale Kontextfaktoren (SP)								
SP1	soziale Isolation / sozialer Rückzug	Vermittlung von Selbsthilfegruppen (aus ETM 14)	SE-R E-E	moderat	moderat	?	niedrig / moderat	S 6
SP2		problemorientierte Gruppenarbeit: soziales Kompetenztraining (aus ETM 09)	E-E	moderat	gering	?	sehr nied-rig	K 7
Erfolgsbarrieren in der Anschlussrehabilitation (EB)								
EB1	Probleme beim Lernen und der Wissensanwendung	angepasstes Informationsvermittlung (auch Einzelinterven-tionen)	E-E SE-R	hoch	gering	?	sehr nied-rig	M 3
EB2		individualisierte Nachsorgeunterstützung (z. B. intensivierte Beratung und Hilfestellung)	E-E SE-R	hoch	gering	gut	niedrig / moderat	S 6



## Führendes Kriterium: Schweregrad

### Assesement des Schweregrades

#### Current health condition

- suffering
- disability
- quality of life

#### Risk of

- premature death
- disability/continued suffering
- impaired health-related quality of life

#### condition's duration

Quelle: Broqvist et al. 2011

Dieser Ansatz

- folgt der Logik und dem Ethos der Klinik
- ist konform mit dem deutschen Sozialrecht
- verwirklicht das Prinzip der Solidarität
- kann ein Gegengewicht zur schlichten ökonomischen Argumentation bilden!



## Anderswo gelten andere Werte und Kriterien

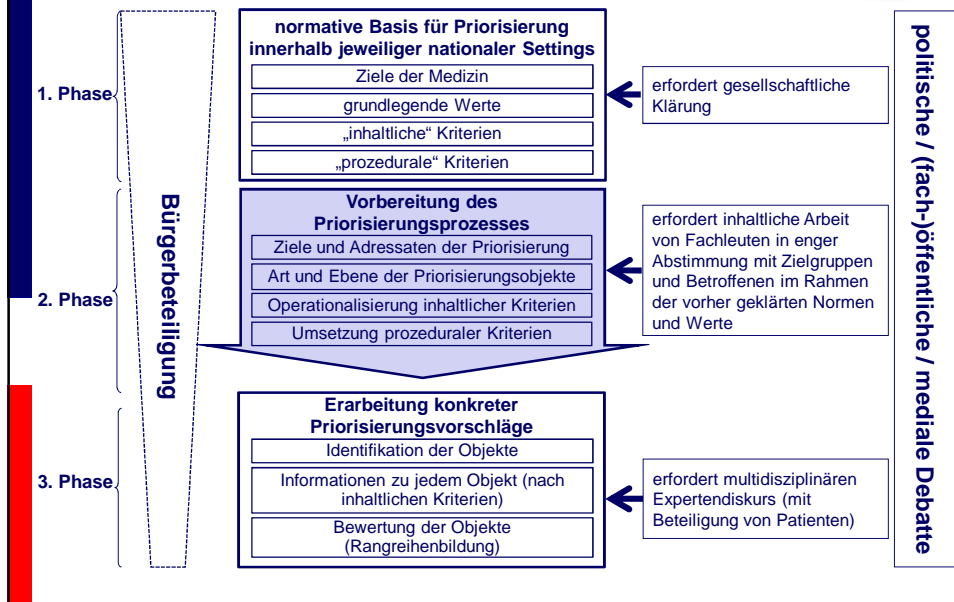
### South Central Ethical Framework (NHS)

Priorities Support Unit 2008

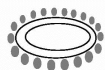
1. Evidence of **clinical and cost effectiveness**
2. Equity
3. Health care need and benefit: "*Health care should be allocated justly and fairly to need and capacity to benefit, such that the health of the population is maximised within the resources available.*"
4. Cost of treatment and opportunity cost
5. Needs of the community
6. Policy drivers
7. Exceptional need



## Priorisierung als gesellschaftliches Thema



## Wollen und können die Bürger sich beteiligen?



**BÜRGERKONFERENZ**  
LÜBECK 2010

- **Rekrutierung:** Bevölkerungssurvey N=3000 (Response: 45,6%)  
Interesse an BüKo-Teilnahme: N=239  
→ stratifizierte Zufallsstichprobe
- **Teilnehmergruppe:**  
7 ♀ 11 ♂; Alter: Ø=54 (20 bis 76)
- **Vier Wochenenden**  
≈ 60h, Mai bis Juli 2010
- **professioneller Moderator**
- **Expertenbefragung**
- **Abschluss: Bürgervotum**



## anfängliche Vorbehalte der Teilnehmer



### Vor der Konferenz: Bedenken gegen jede Art der Differenzierung:

„Also erstmal **alle gleich behandeln und die bestmögliche Behandlung auch**. (...) Also eine **Unterscheidung der Patienten möchte ich überhaupt nicht haben**.“ (Interview vor der BüKo; TN6)

### Im Verlauf: Relativierung der Vorbehalte, wachsendes Problembewusstsein

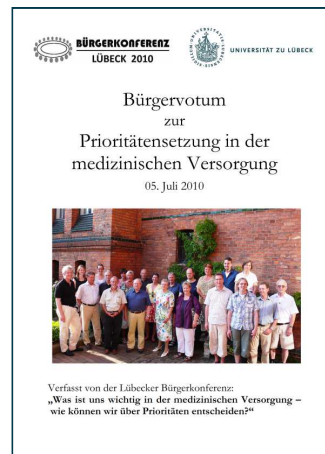
„Ich meine, auch im Hinblick auf unsere knappen Mittel wird sich das Gesundheitssystem darauf **beschränken müssen, auf alles was nötig ist, aber nicht auf das was möglich ist**. Und **über das Nötige muss man sich auseinandersetzen, was ist nötig?**.“ (BüKo 3. WE, Sa.; TN7)

## Ergebnis der Konferenz: Bürgervotum



### Zentrale Inhalte:

- Diskriminierungsverbot, Menschenwürde
- Bedarfsgerechtigkeit, Solidarität
- Beachtung von Kosten-Nutzen-Aspekten
- Ablehnung v. persönlichen Merkmalen als Kriterien
- Akzeptanz „medizinischer“ Kriterien
- Forderung: Transparenz, öffentliche Debatte
- Politik, Professionen, Bürger



### Die Bürgerkonferenz als ein Schritt der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit Priorisierung



## Potentiale einer Debatte über Priorisierung (und über die sie tragenden Werte u. Kriterien)

- die eigene (nationale, professionelle u.a.) Moralität vergegenwärtigen u. bekräftigen
- die klinische Perspektive stärken – auch und gerade gegen schlichte Ökonomisierung
- Entscheidungen auf allen Ebenen des Gesundheitssystems durch Priorisierungsvorschläge informieren
- Evidenzbasierung fördern, Forschungsimpulse geben
- bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung unterstützen
- Über-, Unter- und Fehlversorgung identifizieren und beheben helfen
- begründete und transparente Rationierung ermöglichen
- bei der Einordnung neuer Methoden helfen
- ...



## Wie könnte es weitergehen ?

- Fortsetzung und Kultivierung des öffentlich-medialen Diskurses unter Beteiligung auch der Ärzteschaft (AG der BÄK 2012) und von Bürgern, Versicherten, Patienten zur Klärung der Ziele, Werte und Kriterien von Priorisierung (begleitet von Bürger/“Kliniker“-Konferenzen)
- Forum: Gesundheitsrat – Enquetekommission – GBA ...?
- Vertikale Priorisierung durch Fachgruppen (unter Patientenbeteiligung) - Ziel: Priorisierungsleitlinien
- Adressaten: (unter)gesetzliche Normgeber/Politik, Rechtsprechung, Systemverantwortliche/Kostenträger (GKV, DRV, UV ...), Einrichtungsleitungen, Kliniker, Patientenorganisationen



**Die Lübecker  
Bürgerkonferenz zur  
Priorisierung in der  
Medizin**

„Was ist uns wichtig in der medizinischen  
Versorgung?“

Heiner Raspe, Sabine Stumpf (Hg.)

Jacobs Verlag

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit !**

**Kontakt:**  
Sabine Stumpf

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie  
Universität zu Lübeck  
Ratzeburger Allee 160  
23538 Lübeck  
E-Mail: [sabine.stumpf@uksh.de](mailto:sabine.stumpf@uksh.de)  
Tel.: 0451 500-5825