



Jahresbericht 2008

Liebe Freundinnen und Freunde,

im Jahr 2008 hat die BAG Soziales, Arbeit und Gesundheit wie gewohnt insgesamt drei Tagungen durchgeführt:

- die Frühjahrstagung am 18.-19. April,
- die Sommertagung am 20.-21. Juni und
- die Herbst/Wintertagung am 12./13. September

Der Tagungsort unserer Sitzungen war jeweils Berlin.

Im Folgenden geben wir einen Überblick über die behandelten Themen und Beschlüsse:

1. Frühjahrstagung am 18.+ 19. April 2008

Im Mittelpunkt unserer Frühjahrstagung 2008 standen die Themen

a) **Pflegeweiterentwicklungsgesetz**

Christian Hans (Büro: Elisabeth Scharfenberg MdB) berichtete u.a. über die Ergebnis der parlamentarischen Beratungen zur Novellierung der Pflegeversicherung (Pflegeweiterentwicklungsgesetz) und zu der Entwicklung bei den Pflegestützpunkten:

b) **Schwerpunktthema: Drogen- und Suchtpolitik**

Harald Terpe MdB berichtet über drogenpolitische Schwerpunkte, u.a.

Initiativen zum Schutz vor Passivrauchen, Substitution und Legalisierung von Cannabis

c) **Krankenhausfinanzierung – Monistik versus duale Finanzierung**

u.a. wurde der Antrag der BT-Fraktion hierzu beraten und kritisch diskutiert.

d) **Wie weiter mit den ARGEn nach dem Verfassungsgerichtsurteil?**

Brigitte Pothmer MdB und **Markus Kurth** MdB berichteten.

(Ergebnisse siehe Anlage 1)

Als Schwerpunktthema haben wir zusammen mit der BAG Behindertenpolitik in einer anschließenden gemeinsamen Sitzung ein Fachgespräch durchgeführt:

e) Eingliederungshilfe – Ein Instrument für die Teilhabe in die Gesellschaft?

Diskutiert wurde das Thema insbesondere zu den Bereichen Wohnen, Alltagsassistenz und Mobilität, Arbeit und Ausbildung

Als Referentinnen und Referenten wurden hierzu eingeladen:

- **Markus Kurth** MdB
- **Martina Hoffmann-Badache** (Landesrätin für Soziales beim Landschaftsverband Rheinland) –abgesagt-
- **Dr. Johannes Schädler** (Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste - Uni Siegen)
- **Lothar Flemming** (Landschaftsverband Rheinland)
- **Horst Frehe** (Mitglied der Bremer Bürgerschaft, Richter am Sozialgericht a. D.)
- Klaus Peter Lohest (Leiter der Abteilung Soziales im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz) – hatte abgesagt-
- VertreterIn Unternehmensverband Sachsen – war angefragt)

Vereinbart wurde, sich mit den Erfahrungen aus den einzelnen Ländern zu befassen. Die SprecherInnen der BAGen werden sich darüber austauschen, wie mit dem Thema weiter verfahren werden soll.

(Weitere Informationen zu den Inhalten und Beschlüsse der Frühjahrstagung 2009 siehe Anlage 1.)

2. Sommertagung am 20.-21. Juni 2008

Auf ihrer der Sitzung am 20./21. Juni 2008 wurden u.a. folgende Themen behandelt und Beschlüsse gefasst:

Gesundheitsfonds

Biggi Bender MdB berichtete über den aktuellen Stand zu den Gesundheitsfonds.

Elisabeth Schröter MdEP berichtete über die Debatten im EU-Parlament zum Thema Gesundheit

HPV-Impfungen

Prof. Dr. Martina Doeren hielt einen kritischen Vortrag zu den HPV-Impfungen (Anlage Powerpoint-Präsentation)

Ergänzende Berichte von **Biggi Bender** und **Julia Wuttke** (Büro Terpe). Insgesamt

wurden die HPV-Impfungen und die einseitigen Bewerbungen kritisch bewertet. Hierzu auch Kl.Anfrage der BT-Fraktion.

Kritikpunkte u.a.

- einseitige Information über den Schutz den die HPV-Impfung bietet,
- Kosten-Nutzen sehr fragwürdig
- Gelder fehlen möglicherweise für andere wichtige Präventionsangebote für die Personengruppe,
- Zulassungsverfahren sehr fragwürdig

SGB II

Brigitte Pothmer MdB berichtet über die Positionsfindung in der Bundestagsfraktion und der mit den Landtagsfraktionen abgestimmten und mit breiter Mehrheit gefundenen Beschlussfassung. Ergebnis: Es muss weiter Optionsmodelle geben. Der Bund muss finanziell in der Verantwortung bleiben. Wir wollen eine Verfassungsänderung: Die Kompetenzen sollen vor Ort angesiedelt werden. Alle Modelle, die funktionieren und gewollt sind, sollen weiter möglich sein. Maximale Entscheidungsfähigkeit bei Ländern und Kommunen.

Beschlüsse:

- a) Die **BAG Soziales, Arbeitsmarkt & Gesundheit** lehnt die im Antrag der BT-Fraktion Ds. 16-9599 (**Rechte von Arbeitssuchenden stärken - kompetentes Fallmanagement sicherstellen**): unter Punkt II.4 (auf Seite 2 des Antrags der Bundestagsfraktion) vorgenommenen Aussagen ab. Die Ablehnung bezieht sich auf folgende Punkte:

1. Unter II. 4 des o.g. Antrags fordert die Fraktion, dass bei Sanktionen die Leistungen nicht unter das „physische Existenzminimum“ gekürzt werden dürfen. Das ist heute schon Rechtslage und bedeutet, dass von der Regelleistung in Hartz nochmals 30 bis 60 Prozent gekürzt werden darf. Das widerspricht klar der grünen Beschlusslage auf dem Bundesparteitag im November 2007, wonach das zur gesellschaftlichen Teilhabe notwendige Existenzminimum - also das soziokulturelle Existenzminimum - bei Sanktionen nicht angetastet werden darf. (siehe Seite 9-10 des Beschlusses "Aufbruch zu neuer Gerechtigkeit!" 27. Ordentliche Bundesdelegiertenkonferenz 23.-25. Nov. 2007, CongressCenter Nürnberg)
Das soziokulturelle Existenzminimum liegt jedoch mindestens auf dem Hartz IV-Satz, der nach der grünen Beschlusslage zudem derzeit noch um mindestens 20 Prozent zu niedrig ist. Die **BAG Soziales, Arbeitsmarkt & Gesundheit** hat keinerlei Verständnis dafür, dass sich eine Mehrheit der Bundestagsfraktion sogar gegen den Kompromissvorschlag ausgesprochen hat, den Begriff "physisches" zu streichen, so dass wenigstens eine Kürzung unter das - wie auch immer definierte - Existenzminimum ausgeschlossen wäre. Der Antrag verbleibt somit in der von der Bundespartei längst überwundenen Sanktionslogik von Hartz IV.

2. Ebenso bedenklich ist der zweite Satz in Pkt. II. 4., wonach die FallmanagerInnen eine größere Flexibilität bei der Beendigung von Sanktionen erhalten sollen, wenn die Ursache für die Sanktion, beispielsweise eine Verletzung der Mitwirkungspflicht, entfällt. Bisher sind die Sanktionsfristen starr. Die Formulierung in dem Antrag der

Bundestagsfraktion bedeutet aber immer noch: Selbst wenn ein Leistungsberechtigten sein Verhalten ändert, kann er weiterhin nicht sicher sein, dass die Sanktion beendet wird - das liegt lediglich im Ermessen des Fallmanagers/der Fallmanagerin. Es muss dagegen, wie es vor Hartz IV auch selbstverständlich war, sozialrechtlicher Standard sein, dass eine Sanktion wie eine Leistungskürzung ab dem Moment endet, wenn sie ihren Zweck erreicht hat. In diesem Sinne hat das Bundesverfassungsgericht mehrfach festgestellt, dass es nicht die Aufgabe des Staates sein kann, die Bürgerinnen und Bürger zu erziehen. Auch im Sozialrecht gelten die BürgerInnenrechte. Einen Ermessensspielraum der FallmanagerInnen kann es deshalb nur dahingehend geben, dass nach einer Verhaltensänderung eine verhängte Sanktion auch rückwirkend aufgehoben werden kann.

Der Beschluss erfolgte einstimmig.

- b) Die **BAG Soziales, Arbeitsmarkt & Gesundheit** schließt sich dem Beschluss der LAG Gesundheit des Landesverbandes Berlin vom 5. Mai 2008 zur „vollständigen Distanzierung von Marianne Tritz, der Geschäftsführerin des Deutschen Zigarettenverbandes“ an. (Beschluss der LAG Gesundheit Berlin siehe Anlage)

Der Beschluss erfolgte mit 7:6 Stimmen bei 4 Enthaltungen.

(Weitere Informationen zu den Inhalten und Beschlüssen der Sommertagung 2009 siehe Anlage 2.1. und 2.2.)

3. Herbst/Wintertagung am 12.-13.9.2008

Auf dieser Tagung wurden im Wesentlichen folgende Themen behandelt:

Eigenständige Existenzsicherung von Frauen am Beispiel Pflege – gem. Papier mit der BAG Frauen

Das Eckpunktepapier der BAG Frauen soll ergänzt werden. Es besteht Konsens, dass der Bereich: „Arbeitsbedingungen in der Pflege“ eingebettet sein muss in den Gesamtkontext zur Zukunft der Pflege, der bereits in mehreren Sitzungen der BAG diskutiert und auch verabschiedet wurde. Die BAG-SprecherIn Harald Wölter und Bärbl Mielich erklären sich bereit, aufbauend auf den bestehenden Beschlüssen ein Papier vorzulegen.

Umsetzung des „Nürnberger Beschlusses“ zur Kinderarmut: „Kinderarmut bekämpfen – Parteitagsbeschluss von Nürnberg umsetzen“

Die BAG hat einen Antrag beschlossen mit dem der Bundesvorstand und die Bundestagsfraktion auffordert wird, den Beschluss der BDK in Nürnberg zur Bekämpfung der Kinderarmut umzusetzen.

Dieser Beschluss beinhaltet, dass Armutsbekämpfung nicht nur eine Verbesserung

der Infrastruktur für Kinder sondern auch eine materielle Verbesserung für die Betroffenen beinhalten muss.

Der Beschluss „Kinderarmut bekämpfen – Parteitagsbeschluss von Nürnberg umsetzen“ (siehe Anlage 3.2.) wurde einstimmig verabschiedet.

Krankenhausfinanzierung

Mit Vorträgen von **Harald Terpe** MdB und **Ralf Heyder**, Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)

aktuelle Probleme der Krankenhausfinanzierung:

- Krankenhäuser im ländlichen Raum verschwinden.
- private KH nehmen zu.
- Geriatrie entwickelt sich als neues Fachgebiet
- Liegezeiten werden immer kürzer („blutige Entlassung“ oft als Folge)
- Finanzierungsprobleme insbesondere von kommunalen Krankenhäuser (KH)
- Investitionsquote der Länder bei der KH-Finanzierung ist in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken.

Auch wenn im Rahmen der Debatte noch Kritik an einigen Positionierungen des Antrags der BT-Fraktion geübt wurde, so wurde doch der mittlerweile gute Dialog zwischen BT-Fraktion und den Ländern bei dem Thema Krankenhäuser positiv hervorgehoben. Die weitere Positionierung zur Entwicklung der Krankenhausplanung sollte im Dialog zwischen BT-Fraktion, BAG und den Landesverbänden (u.a. über BLAG) weiterentwickelt werden. Hierbei sollte u.a. die Fragen der KH-Finanzierung, Weiterentwicklung der KH-Planung und Sicherung der Versorgung auch im Ländlichen Raum, die Vernetzung mit der örtlichen und Regionalen Gesundheitsversorgung, Entwicklung der Integrierten Versorgung und auch die Rolle und auch Kritik an der zunehmenden Privatisierung des KH-Sektors.

Planung einer BAG-Fachtagung zur Gesundheitspolitik

Abprache zur Planung einer Fachtagung bzw. zu einer Veranstaltungsreihe.
Arbeitstitel: *Perspektiven für eine gute gesundheitliche Versorgung.*

Die Versammlung stimmt grundsätzlich zu, eine Veranstaltung bzw. Veranstaltungsreihe zur Gesundheitspolitik durchzuführen ggfs in Kooperationen mit den entsprechenden LAGen.

Themen- und Problemfelder :

- Zukunft eines patientInnenorientierten Gesundheitssystems.Wie sieht bzw. sollte die gesundheitliche und medizinische Versorgung örtlich und regional in der Zukunft aussehen?
- Finanzierung des Gesundheitswesens
- Berufsfeld Gesundheit
- Gesundheitsregion Europa

Das SprecherIn-Team:

Harald Wölter

Bärbl Mielich

Willi Kulke

Anlagen:

Protokolle, Beschlüsse und Materialien

Anlage 1

Protokoll der BAG-Sitzung vom 18.+ 19. April 2008

Freitag 12. April 2008

Beginn der Sitzung: 18.00 Uhr

TOP 1 Eingänge und Mitteilungen

Keine gesonderten Punkte oder Mitteilungen

TOP 2 Pflegeweiterentwicklungsgesetz

Christian Hans (Büro: Elisabeth Scharfenberg MdB) berichtet- u.a. Ergebnis der parlamentarischen Beratungen und zu der Entwicklung bei den Pflegestützpunkten Pflegeweiterentwicklungsgesetz:

- einige Verbesserungen bei den Leistungen (u.a. Menschen mit Demenz, Tagespflege)
- neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff steht noch aus
- neue Definition der Aufgabenfelder ist notwendig
- grüne Idee der Quartierstützpunkte sind ein interessanter Weg (geht über den engen Gedanken der Pflege hinaus und bezieht die Lebenswelten der älteren Menschen und Menschen mit Unterstützungsbedarf wesentlich umfassender mit ein).
- Problem Servicestellen – sie funktionieren kaum
- Länder müssen sich bis 1.7.2008 für die Einrichtung von Pflegestützpunkten entscheiden

TOP 3 **Schwerpunktthema: Drogen- und Suchtpolitik**

Input: **Dr. Harald Terpe** MdB berichtet über drogenpolitische Schwerpunkte, u.a.

- Initiativen zum Schutz vor Passivrauchen
- Antrag der BT-Fraktion zur Substitution
- Entwurf eines Positionspapiers zur ‚Grünen Suchtpolitik‘
- Antrag zur Legalisierung von Cannabis

Debatte: u.a. geschlechterspezifische Ausrichtung der Drogen- und Suchtpolitik

notwendig, muss in den Anträgen und Papieren stärker zum Ausdruck kommen; Drogen im Alter als Thema behandeln; Programm ‚Drugchecking‘ (Veranstaltung geplant).

TOP 4: Krankenhausfinanzierung – Monistik versus duale Finanzierung

- u.a. Antrag der BT-Fraktion hierzu
(Material: 2. Aussendung Anfang April)
Hinweis: siehe hierzu auch Protokoll Herbstsitzung 19.9.2008 TOP 2!

TOP 5 Verschiedenes

Kurzinformationen zu weiteren Gesundheitsthemen:

- Patienteninformation (EU) – aktueller Stand
- Gendiagnostikgesetz von der Bundesregierung vorgelegt
- Präventionsgesetz: unklar, ob seitens der Bundesregierung ein Gesetzesentwurf vorgelegt wird
- Fachgespräch ‚Männergesundheit‘ am 23.5.2008

Ende ca. 22.00 Uhr

Samstag 19. April 2008

Beginn: 9.00 Uhr

TOP 1. Eingänge und Mitteilungen

Keine Meldungen.

TOP 2 Wie weiter mit den ARGEn – nach dem Verfassungsgerichtsurteil?

Bericht und Diskussion mit **Brigitte Pothmer** MdB und **Markus Kurth** MdB

(Material: 2. Aussendung Anfang April)

Ab 11:00 Uhr

TOP 3 Schwerpunktthema gemeinsam mit der BAG Behindertenpolitik Eingliederungshilfe – Ein Instrument für die Teilhabe in die Gesellschaft?

Unsere Leitfrage bei der gemeinsamen Sitzung ist:

„Eingliederungshilfe – ein (geeignetes) Instrument für die Teilhabe in und an der

Gesellschaft?

Diskutiert wurde das Thema insbesondere zu den Bereichen

- Wohnen,
- Alltagsassistenz und Mobilität
- Arbeit und Ausbildung

Als Referentinnen und Referenten wurden hierzu eingeladen:

- **Markus Kurth** MdB
- **Martina Hoffmann-Badache** (Landesrätin für Soziales beim Landschaftsverband Rheinland) –abgesagt-
- **Dr. Johannes Schädler** (Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste - Uni Siegen)
- **Lothar Flemming** (Landschaftsverband Rheinland)
- **Horst Frehe** (Mitglied der Bremer Bürgerschaft, Richter am Sozialgericht a. D.)
- **Klaus Peter Lohest** (Leiter der Abteilung Soziales im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz) – hat abgesagt-
- **(VertreterIn Unternehmensverband Sachsen – war angefragt)**

Andreas Jürgens (BAG Behindertenpolitik) begrüßt für die beiden veranstaltenden BAGen. Die erste gemeinsame Sitzung hat zum Thema die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, die für viele Menschen mit Behinderung nach wie vor der wichtigste Leistungsbereich für Leistungen zur Teilhabe ist.

Harald Wölter (BAG AGS) stellt die Referenten des heutigen Tages vor.

Markus Kurth MdB, referiert die Vorstellungen der Bundestagsfraktion über Reformen bei der Eingliederungshilfe. Die BT-Fraktion hat einen Antrag im Bundestag eingebracht (BT-Drucks. 16/7748). Eingliederungshilfe ist im SGB XII (Sozialhilfe) geregelt. Die Zahl der Berechtigten nimmt ständig zu. In 1991 waren 324.000 leistungsberechtigt, bis 2004 waren es 629.000 Personen. Die Ausgaben sind im gleichen Zeitraum von 4 Mrd. auf 11,4 Mrd. Euro angestiegen. In der Gesetzlichen Krankenversicherung gibt es ein Gesamtvolumen von rd. 13 Mrd. Euro, in der Pflegeversicherung rd. 20 Mrd. Euro. Damit ist das Gesamtvolumen der Ausgaben der Eingliederungshilfe von vergleichbarer Bedeutung. In der Öffentlichkeit wird dies allerdings kaum diskutiert.

Uns geht es um die Frage, in welcher Form Leistungen bei den Menschen ankommen. Nach unserer Bewertung zu stark institutionsbezogen, zu wenig auf die Person bezogen. Das wollen wir ändern. Historisch wurden Menschen mit Behinderung, psychisch kranke etc. eher institutionalisiert in großen Einrichtungen. Auch Rehabilitation wurde lange Zeit überwiegend in großen Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken betrieben. Seit der Psychiatrie-Enquete wurde die Institutionalisierung zunehmend bekämpft und Plätze eher abgebaut. Träger haben sich auch darauf eingestellt, ambulante Hilfen eher in den Vordergrund zu stellen, auch wenn dies teilweise ausschließlich unter Spardruck geschah. Für uns von entscheidender Bedeutung ist die Frage, wie können die betroffenen Menschen ihre Potentiale am besten entfalten. Sehr oft gibt es für behinderte Menschen nach der Sonder/Förderschule nur den Weg in weitere Institutionen, z.B. die Werkstatt für behinderte Menschen. 152.000 Plätze gab es mal, 268.000 Plätze waren es in 2006.

Die Grünen haben als Alternativen immer Dinge vorangetrieben, mit denen individuell geholfen werden sollte. Z.B. durch das persönliche Budget, auf das seit 1.1.2008 ein Anspruch besteht. Hier gibt es auch noch Verbesserungsbedarf. Insbesondere die trägerübergreifende Gewährung des persönlichen Budgets ist ein erhebliches Problem. Die

Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung wurden auch im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz nicht budgetfähig gemacht.

Mit den Vorschlägen der grünen Fraktion erntet diese durchaus Lob, sowohl von Trägern als auch von betroffenen Menschen. Wichtig ist das Mobilisieren von persönlichen Potentialen. Markus schildert das Beispiel eines jungen Mannes mit Down-Syndrom, der sich mit einem kleinen Unternehmen zum Verkauf von Brötchen und kleinen Snacks in Bürohäusern selbstständig gemacht hat. Nicht jede/r wird selbstständig werden, aber viele können ihre Möglichkeiten sehr viel besser entwickeln, als innerhalb von Institutionen.

Horst Frehe referiert über „Eingliederungshilfe – ein (geeignetes) Instrument für Teilhabe in und an der Gesellschaft?“. Powerpoint-Präsentation hierzu in gesonderter Anlage.

Daran schließt sich eine Diskussion an. Problematisiert wird, ob eine Ratifizierung der UN-Konvention für die Rechte behinderter Menschen tatsächlich vorbehaltlos erfolgen wird. In diesem Falle könnte sie allerdings positive Auswirkungen in bisher ungeahntem Ausmaß haben. Grundlegend ist auch die Frage nach einer Definition von Behinderung. Der traditionelle schädigungsorientierte Begriff diskriminiert behinderte Menschen eher. Deshalb gibt es neue Definitionen, die an der sozialen Dimension von Behinderung ansetzen. In Bremen gibt es in der Koalition eine Vereinbarung, dass keine neuen Einrichtungen entstehen sollen. Es soll weiter ein Modellvorhaben persönliches Budget durchgeführt werden. Der Fahrdienst für behinderte Menschen wird wieder verbessert.

Nach der Pause referiert **Dr. Johannes Schädler** zu „Überlegungen zu Situation und Perspektiven der Eingliederungshilfe“. Powerpoint-Präsentation hierzu in der Anlage. Anschließend der Beitrag von Lothar Flemming vom Landesverband Rheinland. Auch dieser Beitrag in der Anlage.

Es schließt sich eine weitere Diskussion an. Erörtert wird auch die Frage, ob Hilfe aus einer Hand am besten vom überörtlichen oder örtlichen Träger geleistet werden kann. Da gibt es unterschiedliche Einschätzungen. Bärbl Mielich hält die Erfahrungen in BaWü mit der Kommunalisierung für nicht sehr erfolgreich. Johannes Schädler meint, es sei durchaus in die richtige Richtung gegangen. Harald Wölter (NRW) hält die enge Kooperation von überörtlichen Trägern und Kommunen insbesondere bei der Sozialplanung für notwendig. Wir könnten uns durchaus mal mit den Erfahrungen der einzelnen Länder beschäftigen. Die SprecherInnen der BAGen werden sich darüber austauschen, wie mit dem Thema weiter verfahren werden soll.

Gemeinsame Sitzung bis ca. 15.00 Uhr

Anlage 2.1.

Protokoll der BAG-Sitzung vom 20./21. Juni 2008

Freitag 20. Juni 2008

Beginn der Sitzung: 18.00 Uhr

TOP 1. Eingänge und Mitteilungen

Treffen mit BAG Frauen am 6.6.08 wg. gemeinsamen Antrag Pflege zur BDk in Erfurt. Die BAG-Frauen arbeitet weiter an dem Antrag. Wir werden das Papier am 12.-13.9.08 diskutieren und abstimmen.

Der BuVo plant am 6.9.08 eine Tagung zum Thema Rente: Auftakt Rürup, weitere Statements u.a. Annelie Buntenbach DGB. Workshops: u.a. Vergleich Modelle Norwegen/Schweiz.

TOP 2. Schwerpunktthema: Gesundheitsfonds

Bericht Biggi Bender:

Fonds wird eine Steigerung der Beitragsätze bringen: In BaWü und Bayern liegen jetzt schon bei 14,8%. Der Satz wird durch den Fond auf 15,5% steigen. In den Ländern Sachsen und Thüringen liegen die Sätze z.Z. bei 12,8%!!

Biggi Bender rechnet dennoch z.Z. nicht mit einem Stoppen des Fonds. SPD hat Interesse an einem möglichst hohen Beitrag, um Zusatzbeiträge der Versicherten zu verhindern. CDU will eher niedrige Beitragsätze, um Belastung der Unternehmen zu senken. Hier könnte noch ein Grund für das Aussetzen des Fonds entstehen.

Diskussion Auflösung der Privatversicherungen.

Bericht Elisabeth Schröter MdEP EU+Gesundheit

Info von Biggi Bender: Stand Werbung für Arzneimittel über die EU-Richtlinie, dass die Pharmaindustrie „Informationen“ bereitstellen darf.

Info Bender Diskussion Freigabe des Apothekenmarkts in Deutschland

TOP 3. HPV-Impfungen

Vortrag Prof. Dr. Martina Doeren (Anlage Powerpoint-Präsentation)

Bericht Biggi Bender und Büro Terpe (Julia Wuttke)

Debatte

TOP 4. Antrag LAG Berlin bez. Marianne Tritz

Die BAG Soziales, Arbeitsmarkt & Gesundheit schließt sich dem Beschluss der LAG Gesundheit des Landesverbandes Berlin vom 5. Mai 2008 zur **vollständigen Distanzierung von Marianne Tritz, der Geschäftsführerin des Deutschen**

Zigarettenverbandes an. (Beschluss der LAG Gesundheit Berlin siehe Anlage 2.2)

Abstimmung: Die BAG stimmt mit 7 Stimmen (6 Gegen, 4 Enthaltungen), dem Antrag der LAG Gesundheit, Berlin zu.

TOP 5. Verschiedenes

- BAG plant für Anfang 2009 eine Konferenz zur „Gesundheitsversorgung und Krankenhausfinanzierung“. Ähnliche Überlegungen bestehen auch bei der LAG Gesundheit NRW. Es soll angestrebt werden hierzu eine gemeinsame Veranstaltung durchzuführen. Für die BAG wird eine Vorbereitungsgruppe eingerichtet, die für die nächste BAG-Sitzung am 12./13. September ein Konzept vorlegt. (Treffen der Vorbereitungsgruppe für die zweite Augushälfte vorgesehen.)
- Bericht Antonia Schwarz: Büro Schewe-Gerigk bringt in den Bundestag Antrag zur Altersteilzeit ein.

Ende der Sitzung: 22.00 Uhr

Samstag, den 21.6.2008

Beginn 9.30 Uhr

TOP 1: SGB II

Bericht Pothmer zur Meinungsfindung in der Fraktion: Es muss weiter Optionsmodelle geben. Die Position von BaWü und Schleswig-Holstein hat keine Mehrheit in den anderen Ländern. Der Bund muss finanziell in der Verantwortung bleiben.

Ergebnis: Wir wollen eine Verfassungsänderung:

Ergebnis: Die Kompetenzen sollen vor Ort angesiedelt werden. Alle Modelle, die funktionieren und gewollt sind, sollen weiter möglich sein. Maximale Entscheidungsfähigkeit bei Ländern und Kommunen.

Kooperative Jobsender von Scholz sind ein reines Bundesmodell. Kommunen sitzen dort am Katzentisch.

CDU steht inzwischen auch für eine Verfassungsänderung. SPD hat das Problem, Scholz nicht in den Rücken fallen können.

Problem: Nur 1/3 der Hartz IV-Empfänger sind vermittelbar. Der gesamte Rest bezieht zusätzliche Leistungen und benötigt vor allem soziale Leistungen. Dies könnte die Arbeitsagentur gar nicht leisten.

Ende des Monats will die Konferenz der Länderministerien einen Vorschlag zur Lösung machen. Auch hier läuft es auf den Vorschlag der Verfassungsänderung heraus.

TOP 2. Sonstige Themen

Brigitte Pothmer: §16.2. Passgenaue Angebote für SGBII-Empfänger wurden durch das Ministerium massiv beschnitten.

Thema an dem die Fraktion zur Zeit arbeitet: Flexibilität auf dem Arbeitsmarkt und soziale Sicherheit

Debatte auf Antrag Thomas Poreski: Antrag der Abgeordneten Brigitte Pothmer, Markus Kurth ... und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen: Rechte von Arbeitssuchenden stärken - kompetentes Fallmanagement sicherstellen: hier: Punkt IV: Physische Sanktionsregeln: sind durch Verfassung gesichert, hier kann die Fraktion mit ihren Forderungen nicht hinter die Verfassung zurückfallen. Es ist außerdem nicht möglich, selbst bei einer Verhaltensänderung die Reaktion des Fallmanagers immer noch ins Ermessen zusetzen.

Die **BAG Soziales, Arbeitsmarkt & Gesundheit** hat auf ihrer Sitzung am 20./21. Juni 2008 in Berlin folgende Beschlüsse zu dem Antrag der BT-Fraktion Ds. 16-9599 (**Rechte von Arbeitssuchenden stärken - kompetentes Fallmanagement sicherstellen**) gefasst:

Die BAG Soziales, Arbeitsmarkt & Gesundheit lehnt die im o.g. Antrag unter Punkt II.4 (auf Seite 2 des Antrags) vorgenommenen Aussagen ab. Die Ablehnung bezieht sich auf folgende Punkte:

1. Unter II. 4 des o.g. Antrags fordert die Fraktion, dass bei Sanktionen die Leistungen nicht unter das „physische Existenzminimum“ gekürzt werden dürfen. Das ist heute schon Rechtslage und bedeutet, dass von der Regelleistung in Hartz nochmals 30 bis 60 Prozent gekürzt werden darf. Das widerspricht klar der grünen Beschlusslage auf dem Bundestag im November 2007, wonach das zur gesellschaftlichen Teilhabe notwendige Existenzminimum - also das soziokulturelle Existenzminimum - bei Sanktionen nicht angetastet werden darf. (siehe Seite 9-10 des Beschlusses "Aufbruch zu neuer Gerechtigkeit!" 27. Ordentliche Bundesdelegiertenkonferenz 23.-25. Nov. 2007, CongressCenter Nürnberg)

Das soziokulturelle Existenzminimum liegt jedoch mindestens auf dem Hartz IV-Satz, der nach der grünen Beschlusslage zudem derzeit noch um mindestens 20 Prozent zu niedrig ist. Die **BAG Soziales, Arbeitsmarkt & Gesundheit** hat keinerlei Verständnis dafür, dass sich eine Mehrheit der Bundestagsfraktion sogar gegen den Kompromissvorschlag ausgesprochen hat, den Begriff "physisches" zu streichen, so dass wenigstens eine Kürzung unter das - wie auch immer definierte - Existenzminimum ausgeschlossen wäre. Der Antrag verbleibt somit in der von der Bundespartei längst überwundenen Sanktionslogik von Hartz IV.

2. Ebenso bedenklich ist der zweite Satz in Pkt. II. 4., wonach die FallmanagerInnen eine größere Flexibilität bei der Beendigung von Sanktionen erhalten sollen, wenn die Ursache für die Sanktion, beispielsweise eine Verletzung der Mitwirkungspflicht, entfällt. Bisher sind die Sanktionsfristen starr. Die Formulierung in dem Antrag der Bundestagsfraktion bedeutet aber immer noch: Selbst wenn ein Leistungsberechtigter sein Verhalten ändert, kann er weiterhin nicht sicher sein, dass die Sanktion beendet wird - das liegt lediglich im Ermessen des Fallmanagers/ der Fallmanagerin. Es muss dagegen, wie es vor Hartz IV auch selbstverständlich war, sozialrechtlicher Standard sein, dass eine Sanktion wie eine Leistungskürzung ab dem Moment endet, wenn sie ihren Zweck erreicht hat.

In diesem Sinne hat das Bundesverfassungsgericht mehrfach festgestellt, dass es nicht die Aufgabe des Staates sein kann, die Bürgerinnen und Bürger zu erziehen. Auch im Sozialrecht gelten die BürgerInnenrechte. Einen Ermessensspielraum der FallmanagerInnen kann es deshalb nur dahingehend geben, dass nach einer Verhaltensänderung eine verhängte Sanktion auch rückwirkend aufgehoben werden kann.

Der Beschluss erfolgte einstimmig.

Stellungnahme Markus Kurth: Fühlen uns mit diesem Antrag durch BDK-Beschluß gedeckt (Physische Sanktionensgrenzen). Auch hier war die Forderung nach Sanktionen in bestimmten Fällen möglich.) Zur Aufhebung der Sanktionen bei Verhaltensänderung stimmt Markus Kurth der Position der BAG zu.

TOP 4. Armuts- und Reichtumsbericht

Referat Markus Kurth (zusammen mit Einladung versandte Anlage)

Stellungnahme Wolfgang Strengmann (zusammen mit Einladung versandte Anlage)

Referat Markus Kurth zum Papier Energiesparoffensive und soziale Energiepolitik von Kurth/Höhn

Anschließend Debatte.

TOP 5. Verschiedenes

Wolfgang Strengmann-Kuhn: Kindergrundsicherung wird ein Thema in den nächsten Monaten in der Fraktion sein: u.a. existenzsicherndes Kindergeld, das dann versteuert werden muss.

Termine:

- SGBII-Gesetzgebungsverfahren wird im Oktober ins Parlament eingebracht

Einladung der BuVo-Kandidaten zur nächsten Sitzung wg. Schwerpunkt Arbeit, Soziales, Gesundheit

Ende der BAG-Tagung ca. 14:15 Uhr

Anlage 2.2.

Beschluss der LAG Gesundheit des Landesverbandes Berlin v. 5.5.2008

Vollständige Distanzierung von Marianne Tritz, der Geschäftsführerin des Deutschen Zigarettenverbandes.

Die Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheit von Berlin distanziert sich auf das Schärfste von Marianne Tritz, der Geschäftsführerin des Deutschen Zigarettenverbandes.

Begründung:

Marianne Tritz hat von 2002 bis 2005 Bündnis 90 / Die Grünen im Bundestag vertreten. Anschließend wurde sie Vorstandsreferentin von Fraktionsvorsitzenden Fritz Kuhn. Ohne Übergang wurde sie dann im März 2008 Geschäftsführerin des Deutschen Zigarettenverbandes. Frau Tritz formuliert als Geschäftsführerin des Deutschen Zigarettenverbandes die Politik eines Industriezweiges, dessen Produkte beim bestimmungsgemäßen Gebrauch bei jeder zweiten RaucherIn zum vorzeitigen Tod führen. Diese Industrie hat in der Vergangenheit ÄrztInnen und WissenschaftlerInnen dafür bezahlt, damit sie in der Gesellschaft Zweifel über den tödlichen und suchtfördernden Charakter des Rauchens säen.

Der neu gegründete Deutsche Zigarettenverband arbeitet mit der gleichen Demagogie wie sein Vorgänger, wenn er „Genuss braucht Verantwortung“ als sein Leitmotiv verkündet. Der neue Verband verfolgt die Strategie, mit Frau Tritz ein solches Konzept glaubwürdig vertreten zu lassen. Er hängt sich scheinheilig mit dem Einkauf einer ehemals grünen Repräsentantin ein grünes Mäntelchen um.

Weil sich Frau Tritz als Grünenpolitikerin vor diesen Karren spannen lässt, schadet sie massiv der Partei. Während die grüne Partei für den Schutz und den Erhalt des Lebens eintritt, profitiert die Tabakindustrie von dem Verkauf eines Produkts, das den Tod bringt. Jedes Jahr sterben 140.000 Menschen in der Bundesrepublik an den Folgen des Rauchens.

Der Deutsche Zigarettenverband widerspricht den Zielen von Bündnis 90 / Die Grünen für den Nichtraucherschutz total. Er ist der Lobbyist einer korrupten Industrie. Frau Tritz kann dort auch nicht an einzelnen Punkten grüne Politik vertreten. Ihre Tätigkeit dort zielt genau auf das Gegenteil.

Der Wechsel von Frau Tritz zur Tabakindustrie wird dem Image der Partei schwer schaden, wenn die Partei nicht eindeutig Stellung bezieht. Der Zugewinn an Glaubwürdigkeit, den sich der Deutsche Zigarettenverband mit Frau Tritz einkaufen will, wird zu einem Glaubwürdigkeitsverlust unserer Partei führen. Die Öffentlichkeit kann nicht unter einen Hut bringen, wenn Bündnis 90/Die Grünen sich auf der einen Seite für einen Nichtraucherschutz ohne Ausnahmen stark machen und sich auf der anderen Seite ein prominentes Parteimitglied für genau das Gegenteil einsetzt. Die Grünen werden in Zukunft immer vorgeführt werden, wenn sie sich für Nichtraucherschutz, Verbot von Tabakwerbung und für eine höhere Besteuerung von Tabakprodukten einsetzen. Sie werden diese Forderungen nicht mehr überzeugend vertreten können. Deshalb distanzieren wir uns vollständig von Frau Tritz, die als wichtigste Lobbyistin der Tabakindustrie auftritt und deren menschenverachtende Politik verkündet.

Berlin, den 5. Mai 2008

Heidi Kosche, MdA
Sprecherin für Gesundheitspolitik
der Grünen Faktion im Abgeordnetenhaus Berlin

Dr. Nicolas Schönfeld

Johannes Spatz

Anlage 2.3.

PRESSEMITTEILUNG

Nr. 0574 der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen
30.05.2008

Impfung gegen HPV: Bundesregierung verschleiert Risiken

Zur Antwort der Bundesregierung auf unsere Kleine Anfrage zur Patientensicherheit bei HPV-Impfungen erklärt **Dr. Harald Terpe**, Obmann im Gesundheitsausschuss des Bundestages: Risiken und tatsächliche Wirksamkeit der Impfung gegen die Gebärmutterhalskrebs auslösenden humanen Papillomviren (HPV) sind ungeklärt, doch die Bundesregierung steckt den Kopf in den Sand. Es ist unverständlich, dass die Bundesregierung bislang keinen Anlass sieht, die Impfeempfehlung der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut zu HPV in Frage zu stellen. Das ist unverantwortlich gegenüber den vielen Frauen, die sich gegen HPV impfen lassen. Es ist aber auch unverantwortlich gegenüber den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern der gesetzlichen Krankenkassen, die eine Impfung mit unklarer Wirksamkeit finanzieren. Im letzten Jahr ist in Deutschland bereits ein unklarer plötzlicher Todesfall im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung aufgetreten. In den USA sind bislang 25 Frauen gestorben, auch in Österreich verstarb eine Patientin. Zudem gibt es Berichte über schwere Nervenschädigungen bei einzelnen Frauen.

Auch die Wirksamkeit der Impfung ist umstritten. So ist noch unklar, wie lang die Impfung überhaupt vorhält. Zudem erfasst sie nicht alle HPV-Typen, die Krebs auslösen könnten. In einigen neueren Studien gibt es Hinweise, dass die durch die Impfung bekämpften HPV-Typen möglicherweise durch andere HPV-Viren ersetzt werden. Bedenklich ist zudem, dass die Zulassung der Impfstoffe gegen die Gebärmutterhalskrebs auslösenden humanen Papillomviren (HPV) vor Abschluss der Studien erfolgte. Also zu einem Zeitpunkt, als Wirksamkeit und Risiken der Impfung noch nicht angemessen beurteilt werden konnten. Zudem gibt es bislang keine unabhängige Begleitforschung zu den Risiken der Impfung.

Die Bundesregierung hat keine Bedenken, dass die Impfstoffhersteller Kampagnen sponsern, die für eine Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs werben. Zu der Tatsache, dass der Preis für den Impfstoff beider Hersteller sich bis auf den Cent gleicht und erheblich über dem in anderen Ländern liegt, will die Bundesregierung keine Stellung nehmen und verweist auf die Zuständigkeit der Kartellbehörden.

Anlage 3.1

Protokoll der BAG-Sitzung vom 12./13. September 2008

Freitag 12. September 2008

Beginn der Sitzung: 18.00 Uhr

TOP 1 Eingänge und Mitteilungen

Thomas Poreski beantragt einen zusätzlichen TOP zur Behandlung des Themas „Bekämpfung der Kinderarmut – Umsetzung des Nürnberger Beschlusses auf zu nehmen“.

Die Versammlung stimmt einstimmig zu, den Punkt zusätzlich auf die TO aufzunehmen. Er wird als neuer TOP 1a) auf die TO am Samstag gesetzt.

Maßnahmen gegen vernachlässigte Krankheiten:

Joachim Both berichtet über das Fachgespräch der Bundestagsfraktion zum Thema „Die vergessenen Krankheiten“

Es wurde signalisiert, dass die BT-Fraktion sich dieses Themas in der Zukunft stärker annehmen wird.

TOP 2 Schwerpunktthema: Rentenpolitik

Als ReferentInnen waren eingeladen:

Irmgard Schewe-Gerigk, MdB, rentenpolitische Sprecherin stellt das Ergebnis der innerfraktionellen Arbeitsgruppe der BT-Fraktion vor.

Wolfgang Strengmann-Kuhn, MdB erläutert im Anschluss daran, seine Überlegungen zu einem zukunftsfähigen Rentenmodell.

Birgit Losse, Mitglied im DGB Bundesvorstand erläutert die Vorstellungen des DGB zur Gestaltung einer zukünftigen Rente.

Antonia Schwarz und Wolfgang Strengmann-Kuhn berichten von der rentenpolitischen Tagung des Bundesvorstands.

(Alle Papiere wurden als Anlage 1.1 - 1.3 den Einladungsaussendungen beigelegt.)

Beiträge:

a) Irmgard Schewe-Gerigk MdB stellt das Modell der BT-Fraktion vor

- niedrige Entgeltpunkte werden auf 0,8 aufgestockt. Voraussetzung dazu sind 30 Jahre Vollzeit erwerbstätig oder arbeitslos. (Beispiel 30 Jahre x 0,8 EP = 24 EP)

1 Teilzeitarbeit wird nur anteilig aufgestockt (Beispiel 30 Jahre Halbtagsarbeit x 0,4 EP = 12 EP) Ausnahme: 5 Jahre der Teilzeitarbeit können bei Nachweis von Pfllegetätigkeit, Kinderbetreuung oder Weiterbildung auch auf 0,8 EP/Jahr aufgestockt werden.

- 2 Solo-Selbstständige sollen mit einbezogen werden.
- 3 PolitikerInnen, Beamte, sonstige Selbstständige und nicht Erwerbstätige können sich wie bisher privat oder gar nicht versichern.

b) Birgit Loose DGB stellt das DGB-Modell vor.

- Der DGB lehnt den Nachhaltigkeitsfaktor und den so genannten Ausgleichsfaktor weiterhin ab. In einem ersten Schritt ist die so genannte Riester-Treppe auszusetzen
- Die gesetzliche Rentenversicherung zunächst auf diejenigen Erwerbstätigen ausgedehnt werden, die derzeit noch keinem obligatorischen Alterssicherungssystem angehören und ein besonderes Schutzbedürfnis aufweisen (z. B. Soloselbstständige). Zur Stärkung der Solidargemeinschaft und der sozialen Gerechtigkeit sind in weiteren Schritten auch die politischen Mandatsträger, Beamtinnen und Beamte sowie die berufsständisch versorgten Selbstständigen in die Erwerbstätigenversicherung einzubeziehen
- Die Abschläge, die bei Zugang in die Erwerbsminderungsrente vor dem 63. Lebensjahr entstehen, müssen abgeschafft werden.
- Höhere Absicherung bei Arbeitslosigkeit (0,5 EP)
- Hochwertung von Niedrigeinkommen auf max 0,75 EP
- Keine Rente mit 67. Stattdessen Altersteilzeit und Teilrente

c) Wolfgang Strengmann-Kuhn MdB stellt das schweizer und das schwedische Modell der Alterssicherung vor

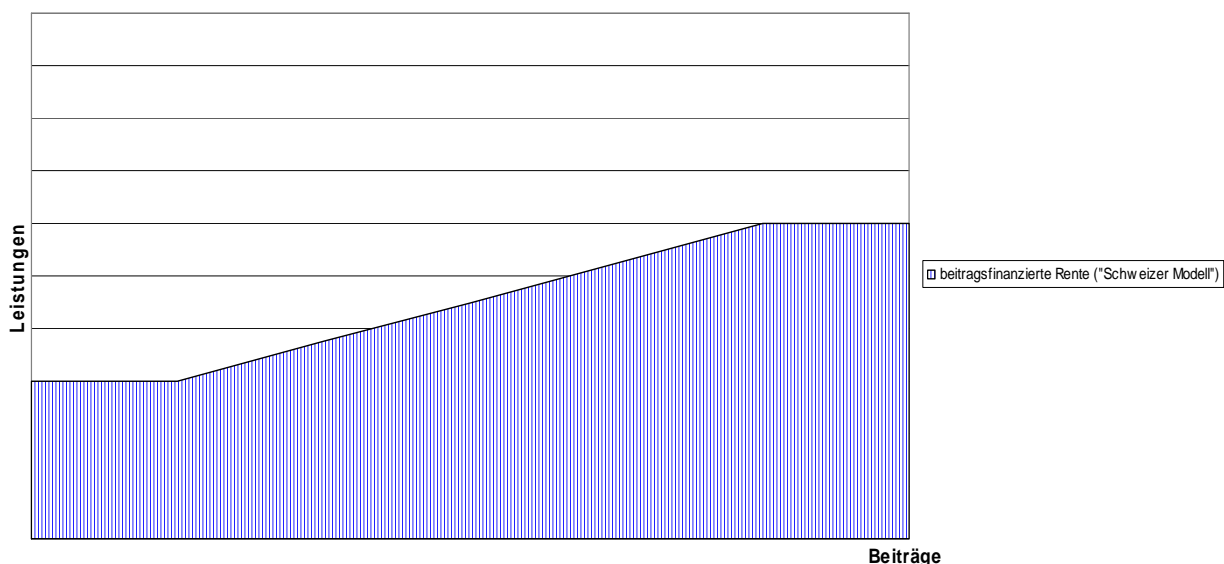
Schweizer Modell

Bürgerversicherung mit Mindest und Höchstrente ohne Beitragsbemessungsgrenze

- Versicherungspflicht für alle Erwachsenen
- Bemessungsgrundlage: gesamtes Einkommen

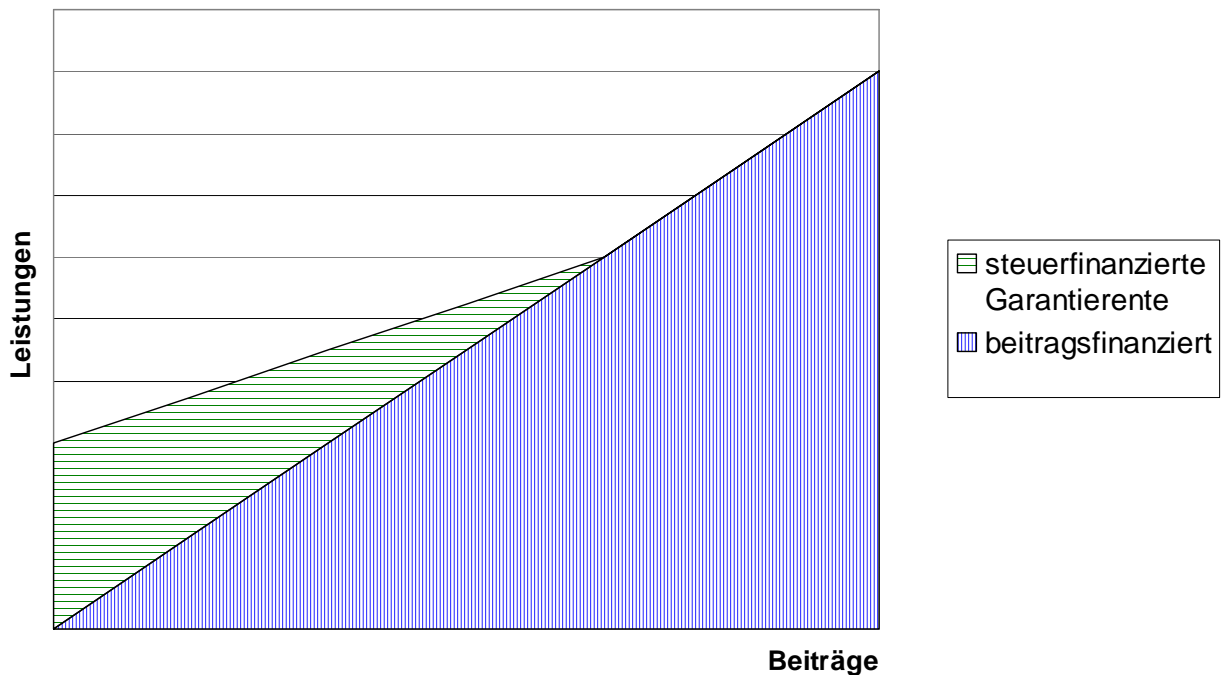
→ Bürgerversicherung

- **keine Beitragsbemessungsgrenze**
- einheitlicher Beitragssatz: ca. 10%
- **Mindestbeitrag** für Personen ohne eigenes Einkommen bzw. vermögensabhängiger Beitrag
- es existiert eine **Mindestrente** und eine doppelt so hohe **Höchstrente**
- dazwischen steigt die Rente mit zunehmenden Beiträgen an



Schwedisches Modell

Steuerfinanzierte Grundrente



Modell der katholischen Verbände:

- Abgabenfinanzierte **Sockelrente** in Höhe des Regelsatzes der Grundsicherung
→ Abgaben auf das gesamte Einkommen (Bürgerversicherung/ Steuer)
- Beitragsfinanzierte **Zusatzrente** (angestrebt: Erwerbstätigenversicherung)

Aus der Diskussion:

Wolfgang Strengmann-Kuhn äußert Kritik am Vorschlag des FraktionsAK: So würden bei einem Durchschnittseinkommen von 2500 € die Versicherten bei der Aufstockung auf 0,8 EP erst nach etwa 37 Jahren eine Rente auf einer Höhe, die der Grundsicherung im Alter entspricht erreichen. Selbst nach einer 30 jährige Vollzeit-Erwerbstätigkeit mit dem Durchschnittseinkommen von 2500 € würden die Erworbenen Rentenansprüche nicht die Höhe der Grundsicherung im Alter übersteigen.

Es folgt eine z.T. sehr emotional geführte Diskussion. Die Aussagen von Wolfgang wurden wiederum von Irmgard kritisiert. Die Fraktionsvertreter fühlen sich nicht ausreichend bei der Redezeit berücksichtigt und empfinden es als Rückschritt sich „noch mal“ mit den anderen Modellen zu beschäftigen. Persönliche Betroffenheit wird von Seiten der Fraktionsvertreter zum Ausdruck gebracht.

Die BAG fühlt sich übergangen und möchte sich vorbehalten offen darüber zu diskutieren welches Modell wir für richtig halten. Es entwickelt sich eine intensive Diskussion. Die Versammlung ist sich einig, dass eine abschließende Positionierung noch nicht getroffen werden kann. Hierzu sollen noch weitere Informationen und Diskussionen mit einbezogen werden.

Eine Positionierung für ein von der BAG präferiertes Modell soll erst auf die nächste BAG-Sitzung vorgenommen werden.

(Hinweis: Zur Einbeziehung in die weitere Debatte bitte auch die Materialien beachten, die mit der Einladung zur BAG-Sitzung 13./14.3.2009 versandt wurden)

TOP 3 Bericht über aktuelle Themen in der Sozialpolitik

Markus Kurth MdB berichtet u.a. über Arbeitsbedingungen für Menschen mit Behinderungen und die Förderung der integrativen Betriebe Integrationsbetriebe

s. hierzu auch Newsletter (Anlage 2 der gesonderten Einladung)

Ende der Sitzung gegen 22:45 Uhr

Samstag 13. September 2008

Beginn 9.30 Uhr

TOP 1: Eigenständige Existenzsicherung von Frauen am Beispiel Pflege – Beratung zu einem gem. Papier mit der BAG Frauen

Das vorliegende Eckpunktepapier der BAG Frauen soll ergänzt werden. Es besteht Konsens, dass der Bereich: „Arbeitsbedingungen in der Pflege“ eingebettet sein muss in den Gesamtkontext zur Zukunft der Pflege, der bereits in mehreren Sitzungen der BAG diskutiert und auch verabschiedet wurde. Die BAG SprecherIn Harald Wölter und Bärbl Mielich erklären sich bereit, aufbauend auf den bestehenden Beschlüssen ein Papier vorzulegen.

TOP 1a: Umsetzung des „Nürnberger Beschlusses“ zur Kinderarmut “Kinderarmut bekämpfen – Parteitagsbeschuß von Nürnberg umsetzen“

Thomas Poreski stellt einen Antrag vor, der den Bundesvorstand und die Bundestagsfraktion auffordert den Nürnberger Beschluss zur Bekämpfung der Kinderarmut umzusetzen.

Der Beschluss der BDK in Nürnberg beinhaltet, dass Armutsbekämpfung nicht nur eine Verbesserung der Infrastruktur für Kinder sondern auch eine materielle Verbesserung für die Betroffenen beinhalten muss. Es folgt eine Aussprache.

Der Beschluss in der Anlage 3) wurde einstimmig verabschiedet.

TOP 2 Schwerpunkt: Krankenhausfinanzierung

mit: **Harald Terpe** MdB, **Ralf Heyder**, Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)

Harald Terpe MdB berichtet

aktuelle Probleme der Krankenhausfinanzierung:

- Krankenhäuser im ländlichen Raum verschwinden.
- private KH nehmen zu.
- Geriatrie entwickelt sich als neues Fachgebiet
- Liegezeiten werden immer kürzer („blutige Entlassung“ oft als Folge)
- Finanzierungsprobleme insbesondere von kommunalen KHs

- Investitionsquote der Länder bei der KH-Finanzierung ist in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken.

In der Diskussion sind Vorschläge von Seiten der Regierung:

- von der Grundlohnsummenfinanzierung abkommen dafür Krankenhauswarenkorb schaffen.
- Lohnentwicklung im Krankenhaussektor berücksichtigen.

Meinung unserer Bundestagsfraktion:

- Von der Grundlohnsummenfinanzierung abkommen und in Richtung Bürgerversicherung unter Berücksichtigung aller Einkommensarten und ohne Beitragsbemessungsgrenze gehen.
- Investitionsfinanzierung die Länder in die Pflicht nehmen oder Anreize + Unterstützung anbieten.
- Sanierungsbeitrag der KH an der GKV muss wieder zurückgenommen werden (Anm.: ist mittlerweile geschehen)
- Arbeitszeitregelungen im Krankenhaussektor müssen verbessert werden
- Wohnortnahe Notfallversorgung sicherstellen

Ralf Heyder: Aktuelle Problemfelder und Herausforderungen Aufbringung der Investitionsmittel aus Sicht des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)

o Aufgrund der historisch niedrigen Investitionsquote von unter 5 Prozent können die Krankenhäuser nicht ausreichend in Bau, IT, Betriebs- und Medizintechnik investieren. Die Folge ist ein enormer Investitionsstau. Je nach Quelle und Berechnungsmethode beträgt dieser für die nichtuniversitären Kliniken 20-50 Mrd. Euro

o Die alleinige Finanzierung aus den Länderhaushalten führt wegen leerer öffentlicher Kassen zwingend zur dauerhaften Unterfinanzierung der Krankenhäuser

o Die Finanzierungslücke für alle Krankenhäuser beträgt 3-4 Mrd. Euro pro Jahr

o Privatisierung wirkt wegen des erforderlichen Kapitaldienstes wie eine Kürzung der DRG. Dieses Geld steht der Patientenversorgung nicht mehr zur Verfügung Verteilung der Investitionsmittel

o Die duale Finanzierung produziert Wettbewerbsverzerrungen im Verhältnis zu monistisch finanzierten Leistungserbringern, z.B. zu niedergelassenen Ärzten

o Die Fördersystematik erzeugt durch falsche oder fehlende Preisbildung Fehlanreize. Dies kann zu Fehlsteuerungen führen

o Die Mittelzuteilung und die Genehmigungsverfahren sind mitunter bürokratisch und politisch anfällig. Dies begünstigt unternehmensferne Investitionsentscheidungen und erschwert effiziente, bedarfsgerechte Investitionen Einbeziehung der Universitätsklinika in die Monistik

o Die Universitätsklinika haben mit einem Investitionsstau von 6-10 Mrd. Euro ähnliche Probleme wie alle anderen Kliniken. Bisher werden Reformansätze jedoch nur für die nicht-universitären Krankenhäuser entwickelt

o Es entstünden erhebliche Wettbewerbsverzerrungen, wenn die Universitätsklinika als einzige Krankenhäuser in ihrem bisherigen System verharren müssten Krankenhausplanung

o Die Landesplanung unterliegt teilweise politischen Zwängen. Das kann sachferne Entscheidungen begünstigen. Der versorgungspolitisch gebotene Ab- und Umbau stationärer Kapazitäten wird dadurch erschwert

o Weil die Länder die Krankenhauslandschaft teils zu zögerlich umstrukturieren, erhöht der Bundesgesetzgeber durch DRG-System, Budgetierung und Selektivverträge den Veränderungsdruck. Folge ist ein ungesteuerter Ab- und Umbauprozess. Er produziert Ergebnisse, die letztlich keiner will

o Es gibt keine überzeugenden Konzepte, um kassengesteuertes selektives Kontrahieren mit einer landesgesteuerten Planung und Sicherstellung zu harmonisieren

- o Die alte bettenbezogene Planung ist überholt. Moderne Konzepte gibt es nur in Ansätzen
 - o Das immer komplexere Versorgungs- und Regulierungsgeschehen im Krankenhausbereich erfordert eine noch weitergehende Professionalisierung der Planung
 - o Die G-BA-Strukturqualitätsvorgaben und die Landesplanung sind unkoordiniert
 - o Krankenhausplanung beschränkt sich auf den akut-stationären Bereich. Notwendig ist aber die Einbeziehung spezialisierter ambulanter Versorgung
- (s. Anlage 5.4. der mit der Einladung versandten Unterlagen)

Debatte:

Die Positionierungen wurden mit Interesse aufgenommen, kritisch diskutiert wurde aber die monistische Ausrichtung der VUD-Konzeption.

Auch wenn im Rahmen der Debatte noch Kritik an einigen Positionierungen des Antrags der BT-Fraktion geübt wurde, so wurde doch der mittlerweile gute Dialog zwischen BT-Fraktion und den Ländern bei dem Thema Krankenhäuser positiv hervorgehoben. Die weitere Positionierung zur Entwicklung der Krankenhausplanung sollte im Dialog zwischen BT-Fraktion, BAG und den Landesverbänden weiterentwickelt werden. Hierbei sollte u.a. die Fragen der KH-Finanzierung, Weiterentwicklung der KH-Planung und Sicherung der Versorgung auch im Ländlichen Raum, die Vernetzung mit der örtlichen und Regionalen Gesundheitsversorgung, Entwicklung der Integrierten Versorgung und auch die Rolle und auch Kritik an der zunehmenden Privatisierung des KH-Sektors.

2 a Planung einer BAG-Fachtagung zur Gesundheitspolitik

Absprache zur Planung einer Fachtagung bzw. zu einer Veranstaltungsreihe. Arbeitstitel: *Perspektiven für eine gute gesundheitliche Versorgung*. Die Versammlung stimmt grundsätzlich zu, eine Veranstaltung bzw. Veranstaltungsreihe zur Gesundheitspolitik durchzuführen ggfs in Kooperationen mit LAGen.

Themen- und Problemfelder :

- Zukunft eines patientInnenorientierten Gesundheitssystems (Wie sieht bzw. sollte die gesundheitliche/medizinische Versorgung örtlich und regional in der Zukunft aussehen?)
- Finanzierung des Gesundheitswesens
- Berufsfeld Gesundheit
- Gesundheitsregion Europa

Weitere Konzeptionierung der Veranstaltung bis zur nächsten BAG-Sitzung.

TOP 3 Gendiagnostik-Gesetz

Annette Rausch berichtet zum aktuellen Stand der Beratungen im Bundestag um das Gendiagnostik-Gesetz. Die Kurzkomentierung des Referentenentwurfs findet ihr als Anlage 5 der Einladung

TOP 4 Verschiedenes

Es wurde vereinbart die Beratung um das Wahlprogramm zur BT-Wahl 2009 in den Mittelpunkt der nächsten BAG-Sitzung zu stellen.

Ende der BAG-Tagung ca. 14:30 Uhr

Anlage 3.2:

Beschluss der BAG Soziales und Gesundheit vom 13.9.08

Kinderarmut bekämpfen – Parteitagsbeschluss von Nürnberg umsetzen

Die Kinderarmut in Deutschland hat sich in den vergangenen Jahren stetig verschärft. Bei Kindern bis 16 Jahren ist die Armutsrisikoquote dramatisch gestiegen. Sie beträgt mittlerweile 26 Prozent, bei Kindern und Jugendlichen zwischen 16 und 24 Jahren mit 28 Prozent ist sie sogar noch höher. Mittlerweile gilt jedes vierte Kind als arm. Das ist ein gesellschaftlicher Skandal, auf den die Politik dringend reagieren muss.

Entscheidend, ob ein Kind arm ist oder nicht, ist die Einkommenssituation der Haushalte, in denen Kinder leben. Und diese hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verschlechtert. Deutschlandweit ist das Armutsrisiko um 50 Prozent gestiegen. Im Jahre 2000 galten ca. 10 Mio. Menschen von Armut bedroht. 2006 lebten bereits 14,9 Mio. Menschen unter der Armutsrisikoschwelle.

Ein Blick auf die Entwicklung der Einkommensverteilung vervollständigt das Bild. Die obersten 10 Prozent der Einkommenspyramide waren die einzigen zwischen 2003 und 2006, deren Einkommen nennenswert zulegte. Alle anderen Gruppen mussten Einkommenseinbußen hinnehmen. Je niedriger die Einkommen, desto höher der Einkommensverlust. Das Einkommen der untersten zehn Prozent reduzierte sich im selben Zeitraum sogar um 12 Prozent.

Kinderarmut lässt sich dauerhaft nur durch Berücksichtigung zweier zentraler Dimensionen bekämpfen,

- der Einkommenssituation der Haushalte
- durch eine bessere Bildung, mit der die realen Zukunftschancen der Kinder und Jugendlichen verbessert werden können.

Beide Dimensionen wurden im Beschluss von Nürnberg berücksichtigt. Zum einen sollen angemessene Transfers und eine angemessene Steuerpolitik Armut verhindern. Zum anderen soll in die Bildungs- und Erziehungsinfrastruktur investiert werden.

Die BAG Soziales fordert den Bundesvorstand und die Bundestagsfraktion dazu auf, nicht hinter den Nürnberger Beschluss zurückzufallen. Kinderarmut lässt sich nur bekämpfen, wenn sowohl die materielle Situation der Haushalte als auch die öffentliche Infrastruktur in den Blick geraten. Beides kann und darf nicht gegeneinander ausgespielt werden – darüber waren wir uns in Nürnberg einig. Die Bundestagsfraktion wurde durch den Parteitagsbeschluss von Nürnberg beauftragt eine existenzsichernde Kindergrundsicherung zu konzipieren. Wir unterstützen dieses Vorhaben und fordern die Bundestagsfraktion auf, bis zum nächsten Parteitag ein Konzept für eine Kindergrundsicherung vorzulegen, mit dem die Kinderarmut wirksam bekämpft wird.

Wir lehnen den Aufruf von einzelnen Bundestagabgeordneten und anderen ab, die im Parteitagsbeschluss geforderte Kindergrundsicherung auf Eis zu legen und stattdessen die Bildungs- und Erziehungsinfrastruktur zu verbessern. Wir brauchen beides: Wirkungsvolle materielle Leistungen und eine gute öffentliche Infrastruktur. Das haben wir in Nürnberg nach einer ausführlichen und gründlichen Auseinandersetzung beschlossen. Auch weil dieser Zusammenhang zwischen den AnhängerInnen einer Grundsicherung und denen eines Grundeinkommens unstrittig war, ist es wenig angemessen, diese Beschlusslage nun einfach mit der Brechstange auszuhebeln.

Anlage 3.3.

Andreas Brandhorst, 26.08.2008

Kurzbewertung des Referentenentwurfs des BMG für ein Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009

Vorbemerkung zum Verfahrensstand

Ein erster Referentenentwurf wurde vom BMG im Juli an die stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden der Koalitionsfraktionen verschickt. Presseberichten zufolge hatte es zuvor keine Abstimmung mit dem Bundeskanzleramt gegeben. Das stoppte daraufhin das Gesetzgebungsverfahren. Der nun vorliegende zweite Referentenentwurf wurde in den letzten Tagen an die anderen Ressorts und an die Verbände verschickt. Diesmal soll zuvor mit dem Kanzleramt eine Abstimmung stattgefunden haben.

Gesamtbewertung

Aufgrund des Widerstands der Länder geht das BMG mit dem Referentenentwurf deutlich hinter seine ursprünglichen Pläne zurück. Statt die Dualistik durch die Monistik abzulösen, soll es nun bei der Investitionsfinanzierung durch die Länder bleiben. Beabsichtigt ist lediglich die Investitionsmittel weitgehend zu pauschalisieren. Außerdem wollte das BMG ursprünglich den Kassen das Recht geben, für langfristig planbare Krankenhausleistungen, wie z.B. Hüft- und Knieoperationen, Einzelverträge mit Kliniken ihrer Wahl abzuschließen. Im Referentenentwurf ist davon keine Rede mehr. Die Kassen sollen auch weiterhin mit allen in den Landes-Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäusern Verträge über das gesamte angebotene Leistungsspektrum abschließen müssen.

Der nun vorliegende Entwurf weist gegenüber dem Referentenentwurf aus dem Juli zwei Änderungen auf. Zum einen verzichtet das BMG auf die Vorgabe, dass die künftige Investitionsförderung durch die Länder nicht unter der des Jahres 2008 liegen darf. Außerdem wird durch Klammern im Text deutlich gemacht, dass das BMG bereit ist, über die vorgesehene Investitionsquotenfinanzierung (dazu unten mehr) zu verhandeln.

Ob dieses Verhandlungsangebot ausreicht, um die Länder einzubinden, bleibt abzuwarten. Die Länder reagieren ausgesprochen sensibel, wenn es um Eingriffe in ihre Zuständigkeiten für die Krankenhausfinanzierung geht. Kritik ist auch von den Krankenhäusern zu erwarten, da die vorgesehene Pauschalierung nichts an der Investitionslücke im Krankenhausbereich ändert. Die Kassen monieren, dass sie durch die Soforthilfen für die Krankenhäuser (Wegfall des Sanierungsbeitrags, anteilige Finanzierung der Tariflohnsteigerungen, Sonderprogramm für das Pflegepersonal) mit wenigstens 2 Mrd. Euro belastet werden.

Auch weiterhin ist es nicht ausgeschlossen, dass die Reform scheitert. Dann müsste man sich mit einer „kleinen Lösung“ bescheiden. Die Soforthilfen für die Krankenhäuser und einige technische Änderungen im DRG-Vergütungssystem könnten auch als Änderungsanträge in das laufende Gesetzgebungsverfahren zum „Gesetz für die Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV“ (GKVOrgWG) eingebracht werden.

Die Fachanhörung zum Referentenentwurf wird am 4. September stattfinden. Für den 5. September hat das BMG die Länderminister zu weiteren Gesprächen nach Berlin eingeladen.

Zeitdruck entsteht auch dadurch, dass das Kabinett am 7. Oktober über den Beitragssatz für das Jahr 2009 entscheiden soll. Da mit dem vorliegenden Gesetzesvorhaben erhebliche Zusatzausgaben für die GKV verbunden wären, die dann in den Beitragssatz einzuberechnen wären, müssen die Absprachen mit den Ländern im September weitgehend abgeschlossen werden.

Bewertung der wichtigsten Regelungen

a) *Umstellung auf Investitionspauschalen.*

Die weitgehende am Leistungsspektrum des Krankenhauses orientierte Pauschalierung der Fördermittel ist grundsätzlich sinnvoll. Die bisherige Einzelförderung ist hoch intransparent und stark von politischen Klientelbeziehungen abhängig. In NRW wurde eine derartige Umstellung im letzten Jahr bereits beschlossen. Die hessische Sozialministerin Lautenschläger hat damals ihr Interesse an einer entsprechenden Regelung in ihrem eigenen Bundesland geäußert. Allerdings ändert die Pauschalierung nichts an der Investitionslücke im Krankenhausbereich, die auf einen Betrag zwischen 20 und 50 Mrd. Euro geschätzt wird. Hierzu ist im Referentenentwurf lediglich vorgesehen, dass eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingesetzt wird, die bis zum 31.12. 2009 "Maßstäbe und Kriterien für eine Investitionsquotenfinanzierung" macht. Dahinter steht die Absicht, dass sich Bund und Länder mittelfristig auf eine Investitionsquote (d. i. der Anteil der Investitionen am Umsatz) für den Krankenverhausbereich verständigen. An dieser Quote wiederum hätten sich dann die Fördersummen der Länder auszurichten. Damit wäre absehbar eine Anhebung der Fördermittel verbunden. In einem vom BMG in Auftrag gegebenen Gutachten hat Prof. Rürup errechnet, dass die bisherige Investitionsquote im Krankenhausbereich deutlich unterhalb der in anderen Dienstleistungsbereichen liegt. Allerdings lehnen die Länder eine derartige Regelung entschieden ab. Denn damit wären sie nur noch pro forma in ihrer Investitionspolitik frei. Das BMG hat deshalb auch in seinem zweiten Referentenentwurf den Entwurf für einen neuen § 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz („Entwicklung der Investitionsquotenfinanzierung“) auch eingeklammert und damit signalisiert, dass es hier zu Verhandlungen zu bereit ist. Wir sehen in unserem Antrag zur Reform der Investitionsfinanzierung von Vereinheitlichungsplänen ab. Stattdessen schlagen wir die hälftige Beteiligung der Krankenkassen an den Investitionsaufwendungen der Länder vor. Diesen soll damit ein Anreiz gegeben werden, ihre Förderanstrengungen zu erhöhen.

b) *Anteilige Finanzierung der Tariflohnerhöhungen 2008 und 2009; Wegfall des GKV-Sanierungsbetrags; Einführung eines Sonderprogramm für 21.000 zusätzliche Pflegestellen*

Die mit der Gesundheitsreform beschlossene Belastung der Krankenhäuser mit einem Abschlag in Höhe von 0,5 Prozent vom Rechnungsbetrag bei jedem GKV-Patienten (GKV-Sanierungsbeitrag) war von vorneherein ein Fehler. Ihr Wegfall wird auch von uns gefordert. Und auch gegen die anteilige Finanzierung der über die Grundlohnrate hinaus gehenden Tariflohnerhöhungen lässt sich nichts Grundlegendes einwenden. Allerdings ist auffallend, dass das BMG keine konkreten Zahlen zu den dadurch entstehenden Zusatzausgaben für die GKV nennt. Diese dürften bei wenigstens 2 Mrd. Euro liegen und werden bei der im Oktober anstehenden Festlegung des Beitragssatzes für das Jahr 2009 berücksichtigt werden müssen. Vor allem aber müssen die Soforthilfen mit einer grundlegenden Reform des Begrenzungsmechanismus für die Krankenhausbudgets verbunden werden. Deren bisherige Anbindung an die Grundlohnrate spiegelt die unzureichende Finanzierungsbasis der GKV wieder. Die Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung fallen hinsichtlich ihres Anteils an den gesellschaftlichen Einkommen immer weiter hinter die Vermögenseinkommen zurück. Durch die im Rahmen unseres Bürgerversicherungsmodells vorgesehene Ausweitung der Beitragspflicht auch auf Vermögenseinkommen würde es selbst dann zu Entlastungen für die Krankenhäuser kommen, wenn es bei der Anbindung der Preise im stationären Bereich an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen bliebe. Allerdings halten auch wir weitergehende Änderungen im Begrenzungsmechanismus für sinnvoll. Der Referentenentwurf sieht vor, dass das BMG das Statistische Bundesamt beauftragt, einen Orientierungswert zu ermitteln, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen besser abbildet, als die Grundlohnrate. Auf dieser Grundlage soll dann bis zum 31. Dezember 2009 ein neuer Begrenzungsmechanismus entwickelt werden. Allerdings scheint das BMG selbst nicht an die Umsetzung seines Regelungsvorschlags zu glauben. Im Referentenentwurf finden sich über die Beauftragung des Statistischen Bundesamts hinaus keine weiteren Regelungen, wie und durch wen diese Änderung - die auch erhebliche Auswirkungen auf andere Leistungssektoren

der GKV hätte - vorgenommen werden soll. Das mag auch daran liegen, dass das BMG die Ablösung der Anbindung an die Grundlohnrate an die Umsetzung der unter a) beschriebenen Investitionsquotenfinanzierung binden will. Diese Vorbedingung wird im Referententwurf nicht näher begründet. Wahrscheinlich befürchtet man, dass ansonsten die höheren Vergütungen von den Krankenkassen von den Krankenhäusern für das Stopfen von Löchern bei den Investitionsmitteln zweckentfremdet würden. Da diese Zweckentremdung bereits heute an der Tagesordnung ist, ist dieses Junktim verständlich. Allerdings wird damit die Ablösung der Grundlohnbindung auf den St.-Nimmerleins-Tag verschoben.

Begrüßenswert ist die Absicht, zusätzliche Pflegekräfte in den Krankenhäusern einzustellen. Allerdings ist das vorgesehene Sonderprogramm dafür ungeeignet. Zum einen soll die Finanzierung der zusätzlichen Pflegekräfte nur anteilig erfolgen. Einen Teil der Kosten haben die Krankenhäuser zu tragen. Angesichts der schwierigen wirtschaftlichen Situation vieler Häuser ist es aber unwahrscheinlich, dass sie sich zusätzliche Personalkosten aufbürden. Und dies umso mehr, als deren langfristige Gegenfinanzierung nicht gewährleistet ist. Das Programm soll auf die Jahre 2009 bis 2011 befristet werden. Zwar sollen ab dem Jahr 2012 die zusätzlichen Finanzmittel auch weiterhin im Krankenhausbereich bleiben. Sie sollen bei der jährlichen Vereinbarung des Landesbasisfallwerts (d. i. der Durchschnittspreis für alle Krankenhausbehandlungen innerhalb eines Landes, aus ihm leiten sich die Preise für die einzelnen Behandlungsarten ab) erhöhend berücksichtigt werden. Doch ob das zusätzliche Geld dann auch tatsächlich bei den Krankenhäusern ankommt, die zusätzliche Pflegestellen eingerichtet haben, ist höchst ungewiss. Eine gründliche Bewertung der Situation der Pflege in den Krankenhäusern und des vorgesehenen Sonderprogramm wird Anja vorlegen.

c) *Einheitlicher Basisfallwertkorridor*

Die Preise für Krankenhausleistungen sind heute von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. So kostet z.B. eine Blinddarmentfernung in Schleswig-Holstein rund 1.880 Euro und in Rheinland-Pfalz rund 2.080 Euro. Zu den wichtigsten Gründen hierfür zählt neben den unterschiedlich effizienten Krankenhausstrukturen, die unterschiedliche Finanzausstattung der Krankenkassen. In Ländern mit vielen gut verdienenden Versicherten ist die Finanzsituation der Krankenkassen besser, so dass sie sich höhere Vergütungen leisten können. Das wird sich aber mit dem Gesundheitsfonds ändern. Künftig erhalten die Kassen einheitliche Zuweisungen aus dem Fonds. Diese Angleichung auf der Finanzierungsseite erzwingt auch eine Harmonisierung auf der Ausgabenseite. Deshalb will das BMG eine Angleichung der verschiedenen Landesbasisfallwerte erreichen. Konkret sollen im Zeitraum zwischen 2010 und 2014 die Landesbasisfallwerte so erhöht oder abgesenkt werden, dass sie schließlich nur noch innerhalb eines Korridors in Höhe von + 2 Prozent bis - 2 Prozent um den durchschnittlichen Basisfallwert liegen.

Grundsätzlich lässt sich anmerken, dass es sich hier um ein von der Bundesregierung selbst geschaffenes Problem handelt. Ohne den Gesundheitsfonds gäbe es keinen entsprechenden Anpassungsdruck. Andererseits haben auch wir ein Interesse daran, dass die Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassen vermindert werden - unterschiedlich hohe Landesbasisfallwerte wirken aber verzerrend. Vor diesem Hintergrund können wir einen Basisfallwertkorridor grundsätzlich befürworten. Auf der Länderseite gehen die Interessen naturgemäß auseinander. Länder mit hohen Landesbasisfallwerten sind skeptisch gegenüber der Angleichung. Sie befürchten, dass ihre Krankenhäuser zusätzlich unter Druck geraten. Dagegen wollen die Länder, die eine ungünstige Einkommensstruktur aufweisen und/oder große Anstrengungen unternommen haben, effiziente Krankenhausstrukturen zu schaffen - und dementsprechend einen niedrigen Landesbasisfallwert haben - eine Angleichung.

"Verlierer" des vorgeschlagenen Korridors wären - ausgehend vom diesjährigen Landesbasisfallwert - Rheinland-Pfalz, Berlin, Saarland und Bremen. "Gewinner" wären Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und NRW. Die anderen Länder liegen mit ihren Basisfallwerten bereits innerhalb des vorgesehenen Korridors.