

Bundesarbeitsgemeinschaft für Soziales, Arbeitsmarkt und Gesundheit

SprecherInnen

Bärbl Mielich

Ferdinandstr.38
53127 Bonn
Tel.: 07664-60419
FAX.:07664-600317
E-Mail: b.mielich@t-online.de

Willi Kulke

Schloßhofstr.1
33615 Bielefeld
Tel.:0521-130979
Bündnis90/Die Grünen
Viktoriastr.41
33602 Bielefeld
Tel.:0521-121587
Fax: 0521-1365396
E-Mail: wkulke@geschichte.
uni-bielefeld.de

Germanus Hungeling

Ellerstr.30
33615 Bielefeld
Tel.:0521-122119
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesund-
heitswissenschaften
Tel.: 0521-1064816
Fax.: 0521-1066044
E-mail: germanus@
hrz.unibielefeld.de

Bielefeld, den 22.2.1999

Liebe Freundinnen und Freunde,

hier die Einladung zur BAG-Sitzung am 7.-8.5.1999 in Hannover

7.5.1999 18.00-22.00 Uhr Fachbereich Gesundheit

im Werkhof, Schaufelderstr.11 (siehe beiliegenden Plan)

Tagesordnung:

Gesundheit Freitag 18.00 bis 22.00 Uhr

- TOP 1 Begrüßung/Berichte
- TOP 2 Wahl der Sprecherin/des Sprechers für den Bereich Gesundheit
- TOP 3 Berichte aus den Arbeitsgruppen
- TOP 4 Stellungnahme der BAG zum Eckpunktepapier/Gesundheitsreform 2000
- TOP 5 Verschiedenes

8.5.1999 9.30-16.00 Uhr Fachbereich Arbeit/Soziales

im Freizeitheim Lister Turm, Walderseestr.100 (siehe beiliegenden Plan)

Tagesordnung:

- 1. Bericht Bundestagsfraktion, Bericht Europafraktion, Bericht BuVo
- 2. Bericht Bündnis für Arbeit (Hier auch Diskussion Jugendarbeitslosigkeitsprogramm)
- 3. Debatte Diskussionspapier der Fraktion zu „Initiative für Investitionen, Arbeit und Umwelt“
- 4. Beschlußfassung Papier „Kombilohn“
- 5. Start der Diskussion zum Thema Rente

An: Willi Kulke, FAX: 0521-1365396

Gesundheit Freitag 18.00 bis 22.00 Uhr

TOP 1 Begrüßung/Berichte

TOP 2 Wahl der Sprecherin/des Sprechers für den Bereich Gesundheit

TOP 3 Berichte aus den Arbeitsgruppen

TOP 4 Stellungnahme der BAG zum Eckpunktepapier/Gesundheitsreform 2000

TOP 5 Verschiedenes

Zwischenbericht zum Bereich Gesundheit:

Zwischenzeitlich haben die meisten der beim letzten Mal gebildeten Arbeitsgruppen (s. Anhang 1) ihre Arbeit aufgenommen, erste Resultate sind vorhanden und zeitnah an das Ministerium in Person von Ute Winkler weitergeleitet worden (s. Anhang 2a,b).

Auf Regierungsebene ist eine „Bund/Länder-Kommission“ gegründet worden, die den Gesetzgebungsprozeß vorbereitet (s. Anhang 3a). In dieser sind neben Ministerium und Fraktionen sechs A-Länder vertreten, ausdrücklich nicht die Parteien, also auch nicht die BAG. Ein erstes Protokoll bildet Anhang 3b. Trostpflaster für uns ist, daß Harald Wölter pro forma als nordrhein-westfälischer Vertreter an der Bund/Länder-Kommission teilnimmt und wir in den letzten Wochen versucht haben, ihn bei dieser Arbeit zu unterstützen ...

Nichtsdestotrotz hat die SPD bei einer solchen Zusammensetzung enorme strukturelle und fachliche Vorteile. Ob es klug war sich auf eine solche Verhandlungsposition einzulassen, möchte ich an dieser Stelle nicht weiter kommentieren.

Das Ministerium hat eine Argumentationshilfe zum Eckpunktepapier erarbeitet, deren Kurzfassung findet Ihr als Anlage 4. Andrea Fischers Berliner Regionalbüro gibt übrigens einen Rundbrief heraus, wenn Ihr Interesse habt in den Verteiler zu kommen: siehe Anlage 5.

Dann möchten sich die DrogenpolitikerInnen am Rande der BAG zusammensetzen, wann genau steht noch nicht fest, dazu gibt es ein Papier von Ingo Michels und Heino Stöver (Anhang 6).

Ach ja, dann steht beim nächsten Mal die Wahl der Sprecherin bzw. des Sprechers für den BAG-Bereich Gesundheit an. Außer meiner eigenen (Wieder-) Kandidatur sind mir bislang keine weiteren bekannt, geht mal in Euch! (So schlimm ist der Job dann ja auch nicht ...)

Gruß

Germanus Hungeling

Stellungnahme der Fachkommission Gewerkschaftspolitik der bündnisgrünen Bundestagsfraktion

zum Papier "Initiative für Investitionen, Arbeit und Umwelt" von Matthias Berninger, Thea Dückert und 7 weiteren bündnisgrünen MdB

Mit dem Papier "Initiative für Investitionen Arbeit und Umwelt" unternehmen Matthias Berninger, Thea Dückert und weitere bündnisgrüne Abgeordnete den bedenklichen Versuch, dem Druck der Lobbyisten der Wirtschaft auf die rot-grüne Koalition dadurch zu begegnen, daß man ihm weitgehend nachgibt.

Mit Ausnahme des Themas Ökosteuer ähnelt das Papier frappierend den Überlegungen des Hombach-Flügels innerhalb der SPD. Die bündnisgrüne Programmatik wird jedoch in weiten Teilen verlassen. Die Zukunft der Bündnisgrünen liegt nicht darin, die SPD beim Kurs auf die "neue Mitte" zu übertrumpfen. Gerade nach Lafontaines Rücktritt gilt es, das sozial-ökologische Profil der Bündnisgrünen zu schärfen und die Interessen breiter ArbeitnehmerInnen-Schichten und der Erwerbslosen offensiver zu vertreten.

Wir betrachten die übereilte Veröffentlichung des Papiers ohne jede Diskussion in der Partei als einen ungeeigneten Umgangsstil, um die notwendige Debatte über die weitere Orientierung der Bündnisgrünen nach der Hessenwahl einzuleiten. In der Presse ist der Eindruck entstanden, daß sich die Bündnisgrünen von wesentlichen Grundlagen ihrer bisherigen sozialökologischen Ausrichtung verabschieden.

Die Fachkommission "Gewerkschaftspolitik" bei der bündnisgrünen BT-Fraktion fordert, daß eine breite Diskussion in der Mitgliedschaft über die Perspektiven bündnisgrüner Wirtschafts- und Sozialpolitik in der Koalition geführt wird, statt mit unausgeregten Einzelpapieren in Öffentlichkeit imageschädigende Fakten zu schaffen.

Für uns als bündnisgrüne Gewerkschafterinnen sind dabei die Positionen des bündnisgrünen Wahlprogramms und die Aussagen des Koalitionsvertrages ein geeigneter Ausgangspunkt. Auf dieser Grundlage möchten wir erste Kritikpunkte an der generellen Linie des AutorInnenpapiers benennen:

1. Während in der Vorbemerkung noch eine Kombination von Angebots- und Nachfragepolitik gefordert wird, fehlen nachfragewirksame Elemente im weiteren Papier völlig - mit Ausnahme der Kindergelderhöhung.
2. Während wir im Wahlprogramm besonders untere und mittlere Einkommen und KMU steuerlich entlasten wollten, orientiert das Papier nur noch auf die Senkung des Spitzensteuersatzes und eine generelle Entlastung der Unternehmer. Während wir im Wahlprogramm noch eine aufkommensneutrale Unternehmenssteuerreform durch Verbreiterung der Bemessungsgrundlage eingefordert haben, wollen die VerfasserInnen des Papiers die Steuervermeidung der Großunternehmen sicherstellen, indem sie fordern: "Unternehmen deren Grenzsteuerbelastung gegenwärtig unter 35 % liegt, dürfen durch die rechtsformunabhängige Unternehmenssteuerreform nicht stärker belastet werden." Während die Grünen vor der Wahl für die Gleichbehandlung aller Einkunftsarten eintraten, sollen nach dem Papier jetzt die Unternehmensgewinne bis zu 20% niedriger besteuert werden als die Einkommen abhängig Beschäftigter. Die im Koalitionsvertrag vereinbarte Reform der Vermögens- und Erbschaftssteuer wird erst gar nicht mehr erwähnt. Das Papier empfiehlt uns also, die gescheiterte Politik der

Umverteilung von Unten nach oben unter Helmut Kohl fortzusetzen. 16 Jahre ständiger Entlastung der Unternehmen und Vermögenden haben jedoch nicht zu mehr Investitionen und Arbeitsplätzen geführt, sondern zu einem Boom spekulativer Anlagen auf den Finanzmärkten und einem Ansteigen der Erwerbslosigkeit.

3. Völlig unklar bleibt, wie die begrüßenswerte Erhöhung des Kindergeldes nach dem BVG-Urteil angesichts dieser Steuersenkungspolitik im Interesse der Reichen gegenfinanziert werden soll. Die VerfasserInnen schlagen dafür unter anderem eine pauschale 10%ige Kürzung aller staatlichen Subventionen vor, bedenken offenbar aber nicht die unsozialen Folgen einer solchen Kürzung z.B. bei den Bundeszuschüssen zum Etat der Bundesanstalt für Arbeit oder zur Rentenversicherung usw.
4. Das Papier macht sich die Forderung der Regierung Kohl und der Arbeitgeberverbände zu eigen, einen Niedriglohnsektor zu schaffen und aktiv zu subventionieren. Die Zukunft für mehr Erwerbsarbeit in der Bundesrepublik liegt jedoch nicht im Ausbau niedrigqualifizierter Mac-Jobs, sondern in der Förderung hochqualifizierter Dienstleistungen und in kreativen, ökologisch verträglichen Produkten. Geradezu peinlich ist die Forderung des Papiers, im High-Tech-Sektor als einem der bestverdienendsten Wirtschaftsbereiche die Scheinselbständigkeit zu zementieren.
5. Das Papier spricht sich in der Arbeitsmarktpolitik für "Arbeitspflicht"-Modelle ("Workfare") im Geiste von Tony Blairs "Sozialreformen" aus. Grundrechte der Erwerbslosen wie das Recht auf freie Berufswahl sollen offenbar für die VerliererInnen der Modernisierung außer Kraft gesetzt werden, Erwerbslose werden damit zu Bürgerinnen zweiter Klasse gestempelt. Wer aber eine perspektivlose oder dequalifizierende Maßnahme ablehnt, sollte damit noch lange nicht als "arbeitsunwillig" stigmatisiert werden. Das mittelalterliche "Arbeitshaus" kann nicht zum Modell für eine innovative rot-grüne Arbeitsmarktpolitik werden.
6. Auch in der Rentenreform greift das Papier- wieder auf Vorstellungen der Kohlregierung zurück. Absenkung des Rentenniveaus durch Einführung eines demographischen Faktors und Ausweitung der privaten Vorsorge und von Betriebsrentensystemen. Eine verstärkte Orientierung auf Betriebsrentensystemekennt, daß immer mehr Menschen unstete Erwerbsbiographien aufweisen und die meisten Betriebe ihre betrieblichen Rentensysteme bereits in den 80er Jahren geschlossen haben. Gerade für Menschen mit unsteten Erwerbsverläufen sind weder private Vorsorge noch Betriebsrentenansprüche zu realisieren. Sie sind deshalb auf eine starke, solidarische Rentenversicherung angewiesen. Der demographische Faktor würde genau jene Gruppe belasten, zu deren Gunsten die Rentenreform angeblich dienen soll, diejenigen, die in 20 bis 30 Jahren in Rente gehen, hätten deutlich geringere Renten zu erwarten. Die Stärkung der privaten Vorsorge hat in der Finanzkrise in Japan ihre Schwächen offenbart. Das Thema "solidarische .Rentenreform" ist zu ernst, um die abgehalfteten Vorschläge aus der Kohl-Ära zur Wiedervorlage zu bringen.

7. Das Papier plädiert für eine Lohnzurückhaltung der Gewerkschaften nach niederländischem Beispiel und eine Verständigung über "mittelfristige Eckpunkte der Lohn- und Gehaltsentwicklung". Die erzwungene Lohnzurückhaltung der Gewerkschaften in Deutschland hat in den vergangenen 16 Jahren jedoch keineswegs zu einem Beschäftigungszuwachs geführt. Staatliche Lohnleitlinien sind mit den Prinzipien der Tarifautonomie nicht vereinbar. Wir unterstützen die Haltung der Gewerkschaften, daß Fragen der Lohn- und Tarifpolitik nicht Gegenstand der Verhandlungen im Bündnis für Arbeit sein können. Es ist für uns als bündnisgrüne GewerkschafterInnen beschämend, daß Teile der Bundestagsfraktion offenbar das Prinzip der Tarifautonomie als eine der Grundlagen unserer Demokratie in Frage zu stellen beginnen.

8. Wie undurchdacht Teile des Papiers sind, zeigt die Forderung danach, betriebliche Investitionen zur Energieeinsparung steuermindernd zu berücksichtigen. Diese Investitionen können auch heute schon als Betriebsausgaben steuerlich abgesetzt werden Gerade das produzierende Gewerbe wurde durch die erste Stufe der "Ökosteuer" ohnehin kaum belastet,

Wir halten den Vorstoß der genannten Bundestagsabgeordneten aus diesen Gründen für keine geeignete Grundlage, die Wirtschafts- und Sozialpolitik von Partei und Fraktion weiterzuentwickeln. Wir fordern die Bundestagsfraktion von Bündnis 90 / Die Grünen auf, sich diese Vorlage nicht zu eigen zu machen. Wir fordern statt dessen eine breite, offene Debatte in gesamten Partei um unser künftiges sozial- und wirtschaftspolitisches Profil.

Bonn, den 19.3.1999

Im Auftrag der Fachkommission "Gewerkschaftspolitik"

Frank Schmidt

Die NATO-Luftangriffe sofort und endgültig beenden!

Wir verurteilen entschieden den brutalen ethnischen Vertreibungskrieg, den jugoslawische Truppen und Paramilitärs gegen die albanische Bevölkerung im Kosovo führen. Menschenrechtsverletzungen sind keine „innere Angelegenheit“ eines Staates, sondern wir alle müssen ihnen, gleich wo sie stattfinden, mit Entschiedenheit entgegenreten und zu ihrer Bekämpfung alle zivilen Mittel einsetzen, die der internationalen Völkergemeinschaft zur Verfügung stehen bzw. von ihr entwickelt werden müssen. Gleichzeitig gilt es, die Ansätze demokratischer Kultur und Gegenmobilisierung im Lande zu stärken, mit gezielten Anreizen auch ökonomischer Natur auf eine Veränderung der Politik hinzuwirken.

Dies erscheint uns allen bitter wenig, obwohl es schon weit über die jetzige Politik z.B. gegenüber der Türkei in Bezug auf ihre Menschenrechtsverletzungen in Kurdistan hinausgeht.

Die Wirkung ist viel zu langsam angesichts politischer Verbrechen, Mord und Vergewaltigung, Geiselnahme der Zivilbevölkerung und ethnischer Vertreibung. Aber gibt es dazu wirklich eine Alternative? Die Gleichung, die militärische Mittel mit „druckvoller Konfliktlösung“ und die Ablehnung von Militärintervention mit „hilfloser Ohnmacht“ gleichsetzt, geht in der Realität nicht auf: Zum einen legen diejenigen, die Militärinterventionen ablehnen, nicht die Hände in den Schoß, zum anderen zeigt sich gerade an dem Militäreinsatz gegen die Bundesrepublik Jugoslawien, wie ohnmächtig militärische Mittel gegen Menschenrechtsverletzungen sind. Viele in den Grünen waren von Beginn des NATO-Einsatzes an dieser Auffassung, während andere anfangs glaubten, mit Bombardements von kurzer Dauer Milosevic zum Einlenken bringen zu können.

Die Bilanz nach sechs Wochen Bombenkrieg ist hingegen mehr als ernüchternd:

- Die zivilen Opfer der Luftangriffe werden immer zahlreicher und die ökologischen und materiellen Schäden haben ungeheure Ausmaße angenommen. Die Grundlagen für ein ziviles multiethnisches Zusammenleben in der Zukunft werden täglich schwieriger.
- Die humanitäre Katastrophe konnte nicht verhindert werden. Der serbische Vertreibungsterror gegen die Kosovo-Albanische Bevölkerung nahm unvorstellbare Ausmaße an.
- Innenpolitisch wurde Milosevic eher gestärkt.
- Montenegro, Mazedonien und Albanien sind tiefgreifend destabilisiert worden.
- Die Beziehungen zu Rußland befinden sich nach wie vor in der Krise.
- Das völkerrechtliche Legitimationsdefizit der Luftangriffe droht dauerhaft das System internationaler Organisationen und die völkerrechtliche Ordnung zu gefährden. Die UNO und OSZE werden durch die von uns abgelehnte Selbstmandatierung der NATO weiter politisch marginalisiert.

Gerade in den letzten Tagen ist noch einmal tragisch deutlich geworden, daß die Bombardierungen den Flüchtlingen aus dem Kosovo, und vor allem denen, die sich noch im Kosovo befinden, nicht helfen. Wir sehen darum mit großer Sorge die Zuspitzung der humanitären Situation in den Flüchtlingslagern der Region und besonders der Flüchtlinge im Kosovo. Ihre Versorgung ist absolut vordringlich. Auch um Versorgungsflüge durchführen zu können, internationalen Hilfsorganisationen und UN-Kommissaren den Zugang zu ermöglichen, müssen die Bombardierungen beendet werden.

Die Luftangriffe treffen in der ganzen Bundesrepublik Jugoslawien die Zivilbevölkerung. Sie zerstören die wirtschaftlichen und ökologischen Lebensgrundlagen in der gesamten Region auf lange Zeit. Besonders zynisch ist die Verwendung von Splitterbomben. Der Einsatz von Waffen mit angereichertem Uran verursacht langfristig unabsehbare Krebsleiden und genetische Schäden.

Ebenso ist deutlich geworden, daß es nicht möglich ist, gleichzeitig erfolversprechende diplomatische Wege aufzuzeigen und die Luftangriffe fortzusetzen. Wie diametral die Bombardierung einer Verhandlungslösung entgegensteht, wird deutlich, wenn versehentlich die chinesische Botschaft in Belgrad von einer NATO-Bombe getroffen wird, während gleichzeitig auf diplomatischer Ebene die Bemühungen um Chinas Zustimmung für ein UN-Mandat für die internationale Überwachung eines Waffenstillstandes verstärkt werden sollten.

Die NATO muß die Bombardierungen sofort und endgültig einstellen. Es geht um den Ausstieg aus der militärischen Eskalationsspirale, nicht um eine Unterbrechung. Eine Feuerpause reicht nicht aus, weil die NATO sich damit erneut unter einen selbstgewählten Zugzwang setzt. Wenn nach der kurzen Frist von 24 oder 48 Stunden nicht alle ihre Forderungen erfüllt sind, ist der Einstieg in die nächste Eskalationsstufe vorprogrammiert.

Wir fordern die sofortige und endgültige Beendigung der Bombardierungen und die Aufnahme von Verhandlungen mit Hilfe einer neutralen Vermittlung. Die Bedingungen für einen sofortigen Waffenstillstand sind von den Bedingungen eines Friedensvertrages zu trennen. NATO-Bodentruppen lehnen wir ab.

Wir fordern die sofortige Aufnahme von Versorgungslieferungen aus der Luft für die Flüchtlinge im Kosovo und den uneingeschränkten Zugang des UNHCR und des Internationalen Roten Kreuzes und anderer Hilfsorganisationen für Hilfsleistungen im Kosovo.

Wir sprechen uns - nach einer entsprechenden Vereinbarung mit Zustimmung der Konfliktparteien - für eine Überwachung des Waffenstillstands durch internationale Truppen mit einem Mandat der Vereinten Nationen bzw. der OSZE aus. Die tragende Rolle müssen dabei Staaten übernehmen, die nicht direkt am Krieg beteiligt waren.

Wir fordern die Aufnahme von Verhandlungen über die Umsetzung der G-8 Vereinbarung, der Initiativen von Außenminister Fischer, der ukrainischen und russischen Regierung und des UN-Generalsekretärs Kofi Annan für eine dauerhafte Friedensregelung, die eine sichere Rückkehr der Vertriebenen ermöglicht.

Bis zu einem Ergebnis der Verhandlungen fordern wir die Aufrechterhaltung des wirtschaftlichen und politischen Drucks auf die jugoslawische Regierung durch Sanktionen oder andere geeignete zivile Maßnahmen.

Wir begrüßen die Bemühungen der Bundesregierung um eine Balkankonferenz und einen Stabilitätspakt für Südosteuropa als Beginn eines umfassenden ökonomischen und politischen Wiederaufbauprogramms für die ganze Region, das sich insbesondere auch der wirtschaftlichen und ökologischen Kriegsschäden annehmen muß.

UnterzeichnerInnen:

Annelie Buntenbach (KV Bielefeld)

Christian Simmert (KV Warendorf)

Reiner Schiller-Dickhut (KV Bielefeld)

Willi Kulke (KV Bielefeld)

Bundesarbeitsgemeinschaft für Soziales, Arbeitsmarkt und Gesundheit

SprecherInnen

Bärbl Mielich

Ferdinandstr.38
53127 Bonn
Tel.: 07664-60419
FAX.: 07664-600317
E-Mail: b.mielich@t-online.de

Willi Kulke

Schloßhofstr.1
33615 Bielefeld
Tel.: 0521-130979
Bündnis90/Die Grünen
Viktoriastr.41
33602 Bielefeld
Tel.: 0521-121587
Fax: 0521-1365396
E-Mail: wkulke@geschichte.uni-bielefeld.de

Germanus Hungeling

Ellerstr.30
33615 Bielefeld
Tel.: 0521-122119
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Tel.: 0521-1064816
Fax.: 0521-1066044
E-mail: germanus@hrz.unibielefeld.de

Bielefeld, den 12. April 1999

Liebe Freundinnen und Freunde,

hier die Einladung zur BAG-Sitzung am 7.-8.5.1999 in Hannover

7.5.1999 18.00-22.00 Uhr Fachbereich Gesundheit

im Werkhof, Schaufelderstr.11 (siehe beiliegenden Plan)

Tagesordnung:

Gesundheit Freitag 18.00 bis 22.00 Uhr

- TOP 1 Begrüßung/Berichte
- TOP 2 Wahl der Sprecherin/des Sprechers für den Bereich Gesundheit
- TOP 3 Berichte aus den Arbeitsgruppen
- TOP 4 Stellungnahme der BAG zum Eckpunktepapier/Gesundheitsreform 2000
- TOP 5 Verschiedenes

8.5.1999 9.30-16.00 Uhr Fachbereich Arbeit/Soziales

im Freizeitheim Lister Turm, Walderseestr.100 (siehe beiliegenden Plan)

Tagesordnung:

1. Bericht Bundestagsfraktion, Bericht Europafraktion, Bericht BuVo
2. Bericht Bündnis für Arbeit (Hier auch Diskussion Jugendarbeitslosigkeitsprogramm)
3. Debatte Diskussionspapier der Fraktion zu „Initiative für Investitionen, Arbeit und Umwelt“
4. Beschlußfassung Papier „Kombilohn“
5. Start der Diskussion zum Thema Rente

**BÜNDNIS 90
DIE GRÜNEN**

Grüne

Ich bitte euch erneut, wenn ihr im Hotel Locummer Hof übernachten wollt, dies mir möglichst bald per Telefon oder Fax mitzuteilen, da ich wieder ein verbilligtes Kontingent bestellt habe!

Ansonsten viele Grüße bis zum 7. bzw. 8.5.1999.

i.A. *Willi Kulke*

(Willi Kulke)

Anlagen:

1. Wegbeschreibungen
2. Bericht Fachbereich Gesundheit Germanus Hungeling
3. In der Debatte: Initiative der Fraktion zu Investitionen, Arbeit und Umwelt
4. Anmerkungen von Kerstin Müller zu diesem Papier
5. Anmerkungen der Fach Kommission Gewerkschaftspolitik
6. Kommentar KV Münster zu eben diesem Papier
7. Diskussionspapier Kombilohn AK I der Fraktion
8. Liste Arbeitsgruppen Gesundheitspolitik
9. Protokolle einzelner Arbeitsgruppen
10. Ergebnisprotokoll Bund-Länder-Kommission „Gesundheitsreform“ am 23.-24.3.99
11. BMG: „Warum wir die Strukturen der gesundheitlichen Versorgung ändern müssen“
12. Inhaltsverzeichnis: Andrea Fischer: Gesundheitspolitischer Rundbrief 3/1999
13. Michels/Stöver: Diskussionspapier: ärztlich verordnete Originalstoffvergabe

Wegbeschreibungen:

Zum Werkhof, Schaufelderstr. 11: Vom Hbf mit den Linien 1,2,3,7 oder 9 eine Station bis zur Haltestelle Kröpke. Dort in die Linie 6 (Nordhafen) oder die Linie 11 (Haltenhoffstraße) umsteigen. Aussteigen Haltestelle Kopernikusstraße. Die Haltestelle liegt auf dem Engelbosteler Damm. Ihr geht dann links in die Hahnenstraße und sofort wieder rechts in die Schaufelderstraße. Der Werkhof liegt an der rechten Seite

Zum Freizeitheim Lister Turm, Walderseestr. 100: Mit den U-Bahn-Linien 3 oder 7 an Hbf in Richtung Lahe, bzw. Fasanenkrug zwei Stationen bis zum Lister Platz. Dort Richtung Potbielkistraße gehen. Nach ca. 50 Meter in die Walderseestraße abbiegen.

Zum Hotel am Thielenplatz, Thielenplatz: Ausgang Hbf Richtung Ernst-August-Platz, links aus dem Bahnhof nach ca. 150 Metern der Straße nach links folgen = Kurt-Schumacher-Straße (Entfernung insgesamt ca. 400 Meter)

~~~~~

Ich bitte darum, mir ein Zimmer im Locummer Hof vom 7.5. auf den 8.5.1999 zu reservieren

Name

Adresse

Tel.:

FAX:

An: Willi Kulke, FAX: 0521-1365396

Gesundheit Freitag 18.00 bis 22.00 Uhr

TOP 1 Begrüßung/Berichte

TOP 2 Wahl der Sprecherin/des Sprechers für den Bereich Gesundheit

TOP 3 Berichte aus den Arbeitsgruppen

TOP 4 Stellungnahme der BAG zum Eckpunktepapier/Gesundheitsreform 2000

TOP 5 Verschiedenes

### **Zwischenbericht zum Bereich Gesundheit:**

Zwischenzeitlich haben die meisten der beim letzten Mal gebildeten Arbeitsgruppen (s. Anhang 1) ihre Arbeit aufgenommen, erste Resultate sind vorhanden und zeitnah an das Ministerium in Person von Ute Winkler weitergeleitet worden (s. Anhang 2a,b).

Auf Regierungsebene ist eine „Bund/Länder-Kommission“ gegründet worden, die den Gesetzgebungsprozeß vorbereitet (s. Anhang 3a). In dieser sind neben Ministerium und Fraktionen sechs A-Länder vertreten, ausdrücklich nicht die Parteien, also auch nicht die BAG. Ein erstes Protokoll bildet Anhang 3b. Trostpflaster für uns ist, daß Harald Wölter pro forma als nordrhein-westfälischer Vertreter an der Bund/Länder-Kommission teilnimmt und wir in den letzten Wochen versucht haben, ihn bei dieser Arbeit zu unterstützen ...

Nichtsdestotrotz hat die SPD bei einer solchen Zusammensetzung enorme strukturelle und fachliche Vorteile. Ob es klug war sich auf eine solche Verhandlungsposition einzulassen, möchte ich an dieser Stelle nicht weiter kommentieren.

Das Ministerium hat eine Argumentationshilfe zum Eckpunktepapier erarbeitet, deren Kurzfassung findet Ihr als Anlage 4. Andrea Fischers Berliner Regionalbüro gibt übrigens einen Rundbrief heraus, wenn Ihr Interesse habt in den Verteiler zu kommen: siehe Anlage 5.

Dann möchten sich die DrogenpolitikerInnen am Rande der BAG zusammensetzen, wann genau steht noch nicht fest, dazu gibt es ein Papier von Ingo Michels und Heino Stöver (Anhang 6).

Ach ja, dann steht beim nächsten Mal die Wahl der Sprecherin bzw. des Sprechers für den BAG-Bereich Gesundheit an. Außer meiner eigenen (Wieder-) Kandidatur sind mir bislang keine weiteren bekannt, geht mal in Euch! (So schlimm ist der Job dann ja auch nicht ...)

Gruß

Germanus Hungeling

# BAG Soziales, Arbeit, Gesundheit DelegiertInnenliste

## Baden-Württemberg (keine Meldungen)

### Bayern (17.6.1998)

Gesa Tiedemann  
Reinhard Fuß

### Berlin (15.11.98)

Sibyll Klotz (Arbeit)  
Michael Haberkorn (Soziales)  
Bernd Köppl (Gesundheit)

### Brandenburg (21.1.98)

Torsten Ehrke ✓  
Gerhild Engel ✓

Ersatz: Frank Spieske ✓

### Bremen (10.6.98)

Marin Lühr ✓  
Ingo Michels ✓  
Karoline Linnert ?

### Hamburg (7.5.1997 Soziales, 15.11.98 Gesundheit)

Carola Greiner-Mai (Soziales) ✓  
Jens Niemann ✓

Ersatz: Heike Opitz, Axel Schnell ✓

Elke Rabanus (Gesundheit) ✓  
Thomas Ruprecht ✓

### Hessen (16.7.1998)

Evi Schönhut-Keil ✓  
Stefan Michalik ✓  
Roeswitha Krum ✓

Ersatz: Klaus Becker, Christa Perabo ✓

### Mecklenburg (14.4.1997)

Peter Braun ✓  
Christian Dette

### Niedersachsen (3.7.1997)

Hilke Fleischer ✓  
Frank König ✓

Heinrich Sydow, Ulrike Pusch (Soziales ???) ✓  
Ersatz: Walter Hüskes (15.5.97) ✓

### Nordrhein-Westfalen (keine Meldungen)

### Rheinland-Pfalz (7.7.1997)

Gisela Bill ?

Thomas Schmitt-Schäfer ✓

### Saarland (22.10.97)

Stephan Hölzer ✓

### Rheinland-Pfalz (7.7.1997)

Gisela Bill  
Thomas Schmitt-Schäfer ✓

### Sachsen (keine Meldungen)

Ines-Maria Köllner (Gesundheit) ✓  
Pino Olbricht (Soziales) ✓

Ersatz: Eckhard Schneider ✓

### Sachsen-Anhalt (keine Meldungen)

### Schleswig-Holstein

Gerd Wessel (Gesundheit) ✓

### Thüringen (11.6.1997)

Jutta Buzcinski ✓  
Simone Maaf ✓

Ersatz: Lilli Kofmann, Sascha Lehner ✓

Bundesvorstand:  
SprecherInnen der BAG

Regine Barth ✓  
Elisabeth Horskötter  
Willi Kulke  
Germanus Hungeling

(1997 Jahncke)?

**In der  
DEBATTE**

**Initiative für  
Investitionen,  
Arbeit und  
Umwelt**

**(Stand: 23.3.99)**

## **„In der Debatte“**

Mit dieser Publikationsreihe wollen wir vor allem *schnell* auf aktuelle Debatten reagieren und Argumentationslinien aufzeigen. Bei neuen Entwicklungen kann es weitere Ausgaben zum selben Thema geben.

Mehr zu den Themen gibt's wie immer auf unserer website im internet:

**[www.gruene-fraktion.de](http://www.gruene-fraktion.de)**

### **Weitere Informationen:**

**Bündnis 90/ Die Grünen Bundestagsfraktion  
Bundeshaus HT  
53113 Bonn  
T. 0228/16-45518  
F. 0228/16-46552  
eMail: [fraktion@gruene-fraktion.de](mailto:fraktion@gruene-fraktion.de)**

### **Impressum:**

**Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen  
Referat Öffentlichkeitsarbeit  
Bundeshaus, 53113 Bonn**

Wir haben der Fraktion am 16.3.99 das folgende Papier zur Diskussion vorgelegt. Auf der Fraktionsversammlung am 23.3. wurde beschlossen, daß es Grundlage für die weitere Diskussion und Konkretisierung in den einzelnen Bereichen sein und insbesondere als Basis für den Beitrag der Fraktion beim Bündnis für Arbeit dienen soll.

Matthias Berninger, Thea Dückert, Franziska Eichstedt-Bohlig, Michaelae Hustedt, Hans-Josef Fell, Andrea Fischer, Katrin Göring-Eckardt, Kristin Heyne, Winne Hermann, Antje Hermenau, Michaelae Hustedt, Reinhard Loske, Oswald Metzger, Klaus Müller, Christine Scheel, Albert Schmidt, Margareta Wolf

## **Initiative für Investitionen, Arbeit und Umwelt**

1. Vorbemerkung
2. Verbesserung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Investitionen
3. Neue Impulse für den Arbeitsmarkt
4. Ökologische Modernisierung
5. Renten- und Gesundheitsreform
6. Tarifpolitik
7. Finanzierung

### **1. Vorbemerkung**

Die Wählerinnen und Wähler haben der rot-grünen Regierung einen klaren gemeinsamen Auftrag gegeben. Sie wurde gewählt, um die Arbeitslosigkeit erfolgreich zu bekämpfen, den Reformstau aufzulösen, um die ökologischen Herausforderungen entschlossen anzugehen und schließlich um gegen die soziale Kälte von CDU und FDP Gerechtigkeit neu zu gründen.

In den letzten Monaten wurde einiges auf den Weg gebracht. Kleinere und mittlere Einkommen, Familien mit Kindern sowie kleine und mittlere Unternehmen wurden entlastet. Die Gerechtigkeitslücke der Kohl-Ära ist teilweise geschlossen worden. In Verbindung mit den jüngsten Tarifabschlüssen wurde so die Nachfrage in unserer Volkswirtschaft gestärkt. Der Einstieg in die ökologische Steuerreform, verbunden mit der Senkung der Sozialbeiträge, ist geschafft. Für die weiteren Stufen muß allerdings die ökologische Lenkungswirkung verstärkt werden.

Manches wurde unter dem selbstgesetzten 100-Tage-Zeitdruck zu überhastet angegangen. Dies erklärt Fehler und erzwang mehrfache „Nachbesserungen“. Die Reformarbeit unserer Regierung muß professioneller werden und klarer die angestrebte Richtung herausarbeiten. Sie muß auch stärker im Dialog mit der Gesellschaft abgestimmt und vermittelt werden.

Die Koalitionsregierung aus SPD und Grünen hat jetzt eine zweite Chance, den Auftrag ihrer Wählerinnen und Wähler zu erfüllen.

Sie muß hierzu Nachfragepolitik und Angebotspolitik in ein vernünftiges Verhältnis setzten. Investitionen in Arbeit werden durch Nachfrage auf dem Binnenmarkt und durch verlässliche politische Rahmenbedingungen ausgelöst. Es ist Aufgabe unserer Politik, in den Feldern von Forschung, Bildung, Ökologie und Wirtschaft Innovationen anzustoßen, die zukunftsfähige Arbeitsplätze in Dienstleistung und Produktion nach sich ziehen.

Wir Grünen wollen dazu unseren Beitrag leisten. Wir verstehen uns als Reformmotor des notwendigen Strukturwandels. Wir wollen auch die Perspektive zukünftiger Generationen bei Fragen der Ökologie, der Rentenreform und der Staatsverschuldung in das Blickfeld



der heutigen Reformpolitik rücken. Das sind unbequeme Fragen, denen wir uns nicht verschließen wollen.

Wir stehen für eine Politik, die neue Arbeitsplätze schafft, die den Sozialstaat durch Reformen sichert und die Modernisierung von Wirtschaft, Gesellschaft und Politik anpackt. Unser Leitbegriff ist die nachhaltige Entwicklung.

Im Bündnis für Arbeit, das auch ein Bündnis für Wettbewerbsfähigkeit, Umwelt und Gerechtigkeit ist, wird in den nächsten Monaten über zentrale Weichenstellungen für die Zukunft unseres Landes beraten. Es geht um die Erneuerung der sozialen Marktwirtschaft, bei der wirtschaftliche Konkurrenzfähigkeit nicht durch Spaltung der Gesellschaft oder zu Lasten künftiger Generationen erreicht wird, sondern durch gemeinsame Übernahme von Verantwortung für das Ganze.

Wir verstehen das Bündnis für Arbeit nicht als lockeren Gesprächskreis, bei dem die Beteiligten Zuwächse und Entlastungen abholen. Vielmehr ist das Bündnis, moderiert und geführt vom Bundeskanzler, ein Ort, wo geklärt wird, wer im Prozeß der wirtschaftlichen und sozialen Erneuerung der Bundesrepublik welche Pflichten und Aufgaben übernimmt. Kurzfristige Veränderungen sind dabei wünschenswert und anzustreben. Im Kern ist das Bündnis für Arbeit aber ein sich über Jahre erstreckendes Reformwerk, von dem wir glauben, daß über die klassischen Interessensvertreter aus Wirtschaft und Gewerkschaft hinaus der Mittelstand und die Freien Berufe mit einbezogen werden müssen.

Alle Beteiligten müssen sich entscheiden, ob sie das Bündnis wirklich wollen.

Abbruchdrohungen am Beginn von Gesprächen gefährden die Verständigung.

Erpressungsversuche aus Teilen der Wirtschaft tragen nicht dazu bei, das Klima für eine gemeinsame Aktion gegen die Arbeitslosigkeit zu schaffen.

## **2. Verbesserung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Investitionen**

Die Grünen wollen die Rahmenbedingungen für Investitionen nachhaltig verbessern. Mit einer rechtsformneutralen Unternehmensteuerreform beabsichtigen wir, die Steuersätze auf 35%, unter Miteinbeziehung der Gewerbeertragsteuer bzw. eines Hebesatzes der Gemeinden, zu senken. Der gespaltene Körperschaftsteuersatz wird aufgehoben, Eigen- und Fremdkapitalfinanzierung werden gleichgestellt. Die Bilanzierungsregelungen werden an internationale Standards angepaßt. Damit wird auch die Liquidität der Unternehmen gestärkt.

Von der Unternehmensteuerreform müssen die kleinen und mittleren Unternehmen profitieren. Wir wollen, daß vor allem diese Unternehmen die Hauptgewinner der Reform sind. Kleine und mittlere Unternehmen schaffen, insbesondere im Dienstleistungsbereich, die meisten neuen Arbeitsplätze. Sie brauchen eine deutliche Vereinfachung des Unternehmensteuerrechts. Unternehmen, deren Grenzsteuerbelastung gegenwärtig unter 35% liegt, dürfen durch die rechtsformunabhängige Unternehmensteuerreform nicht stärker belastet werden. Das körperschaftsteuerliche Anrechnungsverfahren ist international nicht haltbar und muß durch eine europataugliche Reform ersetzt werden.

Wir wollen, wie wir das schon in den Koalitionsverhandlungen vorgeschlagen haben, eine weitere Senkung des Spitzensteuersatzes. Eine solche Senkung des Spitzensteuersatzes ist ein positives wirtschaftliches Signal und reduziert eine zu weite Spreizung zwischen Unternehmensteuersatz und dem Spitzensteuersatz der Einkommensteuer. Wir wollen einen bei der Einkommensteuer einen Spitzensteuersatz von 47% (besser noch 45%) durchsetzen, der durch die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage finanziert wird.

Die Grünen halten eine Nettoentlastung für kleine und mittlere Unternehmen im Rahmen der Unternehmensteuerreform für wünschenswert und möglich. Deren Höhe hängt davon ab, wie hoch die Selbstfinanzierungseffekte realistischerweise eingeschätzt werden

können. Die Verpflichtung der Unternehmen, Verantwortung für die notwendigen Investitionen zu übernehmen, ist somit Voraussetzung für energische Entlastungsschritte. Weitere Belastungen für den Haushalt oder Steuererhöhungen, um die Unternehmensteuerreform zu finanzieren, halten wir für nicht verantwortbar. Für den Erfolg des Bündnisses für Arbeit ist es ein wichtiges und notwendiges Signal, daß auch die Unternehmensvertreter den Standort positiv bewerten. Schlechtfreden des Standorts schafft keine Arbeitsplätze.

Im Bündnis für Arbeit sind weitere Schritte zur Erleichterung von Investitionen zu verabreden. Hierzu gehören Maßnahmen, die es ermöglichen staatliches Handeln zu entbürokratisieren. Kleine und mittlere Betriebe leiden zunehmend an einem Bürokratiekostenproblem. Durch Vereinfachung und Systematisierung des Umweltrechts, durch neue Methoden des Umweltmanagements sowie durch marktwirtschaftliche Instrumente kann das zersplitterte und undurchschaubare Ordnungsrecht vereinfacht werden. So können Investitionen erleichtert werden, ohne Standards abzusenken. Auch die Zwangsmitgliedschaften der Gewerbetreibenden in Berufsgenossenschaften und Industrie- und Handelskammern stellen einen erheblichen Kosten- und Bürokratiefaktor dar. Wir plädieren für eine Überführung der Industrie- und Handelskammern in eine privatrechtliche Organisationsform mit einer entsprechenden Beitragsordnung. Wir wollen Freiheit bei der Auswahl der Berufsgenossenschaften. Dieser Rückzug aus staatlichen Vorschriften und staatlicher Aufsicht ermöglicht mehr Wettbewerb mit entsprechenden Kostenentlastungen.

Es wird ohne eine Reform der öffentlichen Verwaltung nicht gelingen, überzogene bürokratiebedingte Verpflichtungen der kleinen und mittleren Unternehmen abzubauen. Der öffentliche Sektor gleicht mit seinen oft schwerfälligen Entscheidungsprozessen, seiner Gesetzesflut und unübersichtlichen Vorgängen oftmals mehr einem Irrgarten als einer modernen, dienstleistungsorientierten Verwaltung.

Wir müssen Existenzgründungen erleichtern. Innovative GründerInnen scheitern häufig, weil sich für sie der Zugang zu den nötigen Krediten nicht immer erschließt. Ein privater Risikokapitalmarkt muß aufgebaut werden. Die Möglichkeiten der Sparkassen und Genossenschaftsbanken, Kredite für Risikogründungen zu gewähren, müssen verbessert werden. Auch Unternehmensgründungen im Bereich ökologischer Innovationen können so besser realisiert werden.

Die Regelungen zur Verhinderung von Scheinselbstständigkeit müssen darauf überprüft werden, ob sie sich in der Praxis bewähren oder selbständige Erwerbstätigkeit erschweren.

Investitionen in Deutschland werden wesentlich attraktiver, wenn Ausbildung, Weiterbildung, Forschung und Entwicklung verbessert werden. Die alte Bundesregierung hat hier keine wirkliche Angebotspolitik betrieben. Sie verwechselte Angebotspolitik mit Geschenken für die Besserverdienenden. Vorausschauende Informationen und Investitionen in die Bildungspolitik, in Weiterbildung und in „lebenslanges Lernen“, ist eine entscheidende Zukunftsaufgabe der Politik. Dazu müssen Subventionen in Altindustrien eingespart werden, um die hierfür notwendigen Mittel bereitstellen zu können.

Für die fünf neuen Länder gelten folgende Prioritäten: Es müssen verstärkte Anstrengungen zur Stabilisierung der Eigenkapitalbasis ostdeutscher Unternehmen unternommen werden. Nach vierzig Jahren DDR-Regime und zehn Jahren Wirren der Wende sind immer noch viele Betriebe nicht in der Lage, ihre Eigenkapitalbasis zu stabilisieren und damit den nötigen Spielraum für Investitionen und Modernisierungen zu

erarbeiten. Die fünf neuen Länder werden auch mittelfristig auf wirkungsvolle Unterstützung angewiesen sein, um den wirtschaftlichen Aufschwung zu schaffen. Nach dem berechtigten Ende der indirekten und ziellosen Förderung durch steuerliche Sonderabschreibungen ist jetzt vor allem eine direkte Förderung durch Zuschüsse vorzunehmen. Wir treten für einen klaren und konzentrierten Katalog von zuschußfähigen Tatbeständen ein, um das Maßnahmenchaos endlich zu entwirren.

Erfolgreiche Wirtschaftspolitik bedarf enger Kooperation in der internationalen Staatengemeinschaft. Je größer die Konvergenz der nationalen Wirtschaftspolitiken, um so spannungsfreier ist die Wirtschaftsentwicklung. Dies erfordert auch, wo nötig, verbindliche Spielregeln aufzustellen resp. fortzuentwickeln. Von der Einführung des EURO kann Deutschland dank großer Transparenz und dank eines ergiebigen Kapitalmarktes in hohem Maße profitieren.

### **3. Neue Impulse für den Arbeitsmarkt**

Im Bündnis für Arbeit wollen wir neue Impulse für den Arbeitsmarkt setzen. Die Senkung bzw. Stabilisierung der Sozialbeiträge durch die Ökosteuer und die Reformen des Renten- und Gesundheitssystems sind ein wichtiges belebendes Argument. Zum Abbau der Arbeitslosigkeit gehören auch die weitere Verkürzung und die intelligentere Aufteilung von Arbeit. Die Regelung der Wochenhöchst Arbeitszeit und der Arbeitszeitgestaltung ist eine gesetzliche Aufgabe. Die Möglichkeiten von Teilzeitarbeit und Arbeitszeitkonten sind bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Wir brauchen eine Teilzeittensive in allen Bereichen der Wirtschaft und im öffentlichen Dienst. Die bessere soziale Absicherung von Teilzeit ist nötig, um im Bündnis für Arbeit die Bedingungen für ein verbessertes Angebot an Jobsharing zu schaffen. Auch Jobrotation als eine Verknüpfung von Weiterbildung für Erwerbstätige und Qualifikation von Erwerbslosen muß im Bündnis für Arbeit unterstützt und mit den Instrumenten der Bundesanstalt für Arbeit vorangetrieben werden. Es ist aber auch Aufgabe der Tarifparteien, hier neue Schritte zu vereinbaren. Die Solidarität des Bündnisses für Arbeit bewährt sich an der Haltung zu den Arbeitslosen. Nur so wird es zum Bündnis für Gerechtigkeit.

Vor allem im Dienstleistungsbereich können neue Arbeitsplätze erschlossen werden, und zwar zwischen Einkommen von 630.- DM (Teilzeitmauer) und 1250.-DM (Steuergrenze). Wir wollen im Bündnis für Arbeit Modelle zur Diskussion stellen, die einen degressiv verlaufenden Zuschuß zu den Sozialbeiträgen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber vorsehen. Hier könnten vor allem im Bereich der Dienstleistungen neue Arbeitsplätze entstehen. Die Kosten solcher Modelle können nur in akzeptablen Grenzen gehalten werden, wenn die Mitnahmeeffekte minimiert sind. Vielleicht wird man nach Erprobung eines solchen teilsubventionierten Lohnsektors noch einmal systematischer die Frage der Reform der 630 DM-Arbeitsplätze aufwerfen können.

Wir wollen die Langzeitarbeitslosigkeit energisch bekämpfen. Deshalb halten wir es für sinnvoll, wenn der Verdienst von Langzeitarbeitslosen, die eine Arbeit annehmen, ein Jahr lang nur zur Hälfte auf die Arbeitslosen- oder Sozialhilfe angerechnet wird. Das spart Kosten, hilft den Menschen und reduziert den Zwang zur Flucht in die Schwarzarbeit. Wir wollen die Grenzen zwischen Nichterwerbstätigkeit und Erwerbstätigkeit fließender machen. Diesen neuen Angeboten für Arbeitslose werden aber auch Pflichten gegenüberstehen, diese Angebote anzunehmen.

Das Bündnis für Arbeit ist auch ein Bündnis für Ausbildung. Das von der Bundesregierung beschlossene Programm für 100 000 Jugendliche ist ein erster, wirklicher Fortschritt

gegen Jugendarbeitslosigkeit. Die Erfahrungen mit dem Programm müssen ausgewertet werden, damit es zielgenau fortgesetzt werden kann.

Wir schlagen ein Offensive für Einstellungsteilzeit im öffentlichen Dienst vor. Staatliche Verantwortung muß sich daran beweisen, daß sie die in staatlichen Ausbildungsgängen erworbenen Qualifikationen nicht durch Nichteinstellung verfallen läßt. Wir werden geeignete Konzepte entwickeln, um die Einstellungsteilzeit mit der Erweiterung von Altersteilzeit zu verknüpfen.

Wir wollen im Rahmen des Bündnisses für Arbeit ökologische Innovationsprozesse anstoßen, die beschäftigungswirksam sind.

#### **4. Ökologische Modernisierung**

Ökologie kann viele neue Arbeitsplätze schaffen. Wer sie ausschließlich als Kostenfaktor denunziert, verkennet, daß sie eine Investition in die Zukunft ist. Zur Vermeidung immenser Folgekosten, zur Sicherung der Lebensbedingungen künftiger Generationen und zur Schaffung neuer zukunftsfähiger Arbeitsplätze wollen wir die Ökologisierung unserer Volkswirtschaft. Das führt zu Konflikten mit alten, z.T. hochsubventionierten Teilen der Industriegesellschaft. Übergänge müssen gestaltet werden, doch wer zu lange an alten Strukturen festhält, wird gerade in einer globalisierten Ökonomie die Zukunft nicht mitgestalten können. Grüne wollen den Strukturwandel und sagen deswegen Ja zu neuen zukunftsfähigen Technologien.

Der notwendige Strukturwandel kann durch die Ökologisierung unserer Marktwirtschaft beschleunigt werden. Für modernes wirtschaftliches Handeln ist die Schonung der Ressourcen ein Kriterium für wirtschaftlichen Erfolg. Ein Bündnis für Arbeit ist immer auch ein Bündnis für Umwelt.

In der zweiten und dritten Stufe der Ökosteuerreform erwarten wir noch klarere, ökologische Lenkungssignale. Strom aus erneuerbaren Energiequellen muß eindeutiger begünstigt und der Strukturwandel bei der Stromerzeugung muß zugunsten hocheffizienter Gas- und Dampfturbinenkraftwerke beschleunigt werden. Betriebe, die in Energieeinsparung freiwillig nach einem Energieaudit investieren, sollen dies steuermindernd geltend machen können. So steigt sowohl die Akzeptanz für die Ökosteuer als auch deren Lenkungseffekt.

Die Belastungsstruktur der verschiedenen Energieträger muß in der zweiten und dritten Stufe der Reform ausgewogen gestaltet werden. Dazu soll die zusätzliche Steuer auf Strom niedriger sein als in der ersten Stufe, die auf Kraftstoffe aber höher. Das erscheint uns sozial und wettbewerbspolitisch angemessen. Bei den Strompreisen liegt Deutschland EU-weit im oberen Drittel, bei den Benzinpreisen im unteren Drittel. Für Nichterwerbstätige wird es einen sozialen Ausgleich geben.

Aus den Mitteln der Ökosteuer werden die Sozialbeiträge in dieser Legislaturperiode um insgesamt 2,4% gesenkt. Wenn wir eine reale Senkung der Sozialbeiträge in mindestens dieser Höhe durchsetzen wollen, müssen die Rentenversicherung und die Krankenversicherung so reformiert werden, daß sie mindestens Beitragsstabilität gewährleisten. Die Mittel aus der Ökosteuer dürfen nicht dazu führen, daß der Reformdruck der sozialen Sicherungssysteme nachläßt.

Die Frage, ob es zu einem Energiekonsens kommt oder nicht, hat gravierende Auswirkungen auf das Bündnis für Arbeit. Die Bundesregierung will den Ausstieg aus der Atomkraft. Das ist ein ehrgeiziges und schwieriges Projekt. Ein Hebel für die Machbarkeit

des Atomausstiegs ist der Konsens über den Einstieg in eine neue Energiewirtschaft, die mehr Sicherheit für die Menschen und weniger Hypothesen für künftige Generationen verwirklicht. Die Unumkehrbarkeit des Ausstiegs liegt in einer Demokratie ausschließlich in den getätigten und beabsichtigten Innovationen und Investitionen in neue Energiestrukturen und -technologien. Das 100 000-Dächer-Programm ist ein erster wichtiger Schritt für den technologischen Strukturwandel. Die Bundesregierung kann auf diesem Wege für unser Land einen Platz an der Sonne sichern.

Mit dem Einstieg in eine neue Energiewirtschaft entstehen neue Arbeitsplätze: Mit einer Investitionsoffensive können High-tech-Jobs für moderne Kohle- und Gaskraftwerke und viele Arbeitsplätze im Handwerk, in der Bauindustrie, bei der Gebäude-Isolierung oder bei der Montage und der Wartung von Sonnenkollektoren und Photovoltaikanlagen geschaffen werden. Durch eine offensive Entwicklung der marktnahen natürlichen Energieträger wie Wind-, Wasser- und Biomassetechnologie soll Deutschland zum Exportschaufenster für einen dynamisch wachsenden Zukunftsmarkt werden. Dem stehen kaum Arbeitsplatzverluste in der Atomwirtschaft gegenüber, weil das dort beschäftigte Personal auch nach der Stilllegung von Reaktoren dort gebraucht wird.

Auch eine umweltverträgliche Verkehrspolitik wird zusätzliche Arbeitsplätze in den Bereichen öffentliche Verkehrsmittel und emissionsarme Automobile schaffen. Die Diskussion um Sicherheit und Pünktlichkeit der Bahn hat gezeigt, wie notwendig Investitionen in die Modernisierung des Systems Schiene sind. Ein leistungsfähiges, wirtschaftliches und umweltverträgliches Verkehrssystem verlangt faire Wettbewerbsbedingungen auf dem Verkehrsmarkt. Wettbewerbsverzerrende Regelungen zu Lasten von Bahn und Bus, vor allem bei der Finanzierung der Infrastruktur und im steuerlichen bzw. Abgabenbereich, müssen abgebaut werden. Deshalb muß z.B. die zeitbezogene Eurovignette für den LKW noch in dieser Legislaturperiode in eine leistungsabhängige Schwerverkehrsabgabe umgewandelt werden. Gleichzeitig muß das Schienennetz für einen fairen Wettbewerb konkurrierender Eisenbahnunternehmen geöffnet werden. Nur so können Marktanteile für die Schiene ohne Mehrkosten für den Staat zurückgewonnen werden.

Die Beschäftigung in der Landwirtschaft wird durch den nachhaltigen Anbau von nachwachsenden Rohstoffen für Dämmstoffe, Faserstoffe und Energiepflanzen und die stärkere Ausrichtung auf umwelt- und tierschutzgerechte Produktion von Lebensmitteln zusätzliche Impulse bekommen.

Ökologische Modernisierung verlangt nach einem modernen Umweltrecht. Deshalb wollen wir das zersplitterte Umweltrecht in einem Umweltgesetzbuch neu ordnen. Verstärkte Transparenz sowie eine intensive Öffentlichkeitsbeteiligung schaffen durch Konfliktbereinigung im Vorfeld erhöhte Investitionssicherheit. Die Erfahrung zeigt, daß auch der Wirtschaft mehr an Rechts- und Planungssicherheit gelegen ist als an übereilten Genehmigungen für risikoreiche Anlagen. Moderne ökologische Instrumente wie die Mediation sowie freiwillige Umwelleistungen der Unternehmen wie das Öko-Audit sollen daher gestärkt und gefördert werden.

Ökologische Modernisierung verlangt nach einer zukunftsverträglichen Wirtschaftsweise. Die Entwicklung einer nationalen Nachhaltigkeitsstrategie im Dialog mit der Wirtschaft soll zu Umweltzielen führen, auf die sich alle Akteure langfristig einstellen können. Der Verzicht auf ökologisch bedenkliche Problemstoffe und Produktionsmethoden schafft zukunftsfähige Arbeitsplätze. Das Beispiel der Produktion von PVC zeigt, daß ökologische Alternativen vor allem bei kleinen und mittleren Unternehmen nicht zu weniger, sondern zu mehr Arbeitsplätzen führen.

## 5. Renten- und Gesundheitsreform

Der Sozialstaat ist von seiner Leistungsseite - wie von seiner Kostenseite - nur dann zu bewahren, wenn wir ihn von Grund auf reformieren. Wer nur strukturkonservativ verteidigen will, gefährdet die soziale Sicherung.

In der sozialen Marktwirtschaft ist es selbstverständlich, die Risiken von Krankheit für alle abzusichern und im Alter eine existenzsichernde Rente zu ermöglichen. Die soziale Absicherung von Risiken darf jedoch nicht dazu führen, daß die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft gefährdet wird. Es kann nicht hingenommen werden, daß die Flucht in die Schwarzarbeit aufgrund hoher Lohnzusatzkosten ungebremsst weitergeht. Daher ist es eine wesentliche Aufgabe, im Bündnis für Arbeit auch zu klären, wie soziale Leistungen wirtschaftlicher erbracht werden können und ob es richtig ist, die soziale Sicherung weiterhin vorwiegend entlang der Arbeit zu finanzieren. Wenn ein höherer Steueranteil dabei herangezogen werden soll, muß vorurteilsfrei die Frage nach dem richtigen Verhältnis von direkten und indirekten Steuern (Ökosteuer) geprüft werden.

Mit der Gesundheitsreform werden wir bei stabilen Beitragsätzen die Leistungen im Gesundheitssystem qualitativ verbessern. Hierzu gehört eine bessere Verzahnung von ambulanten und stationären Diensten, die Reduktion von Mehrfachdiagnosen und Medikamenten, die überflüssig sind, sowie der Abbau von kostentreibenden Überkapazitäten. Dies sind Wirtschaftlichkeitsreserven, die im Dienste der Patienten und Beitragszahler realisiert werden müssen. Die Strukturreform 2000 wird hierfür die ersten entscheidenden Schritte für mehr Qualität des Gesundheitssystems leisten.

Das Zusammenspiel der Generationen wird in den nächsten Jahren wesentlich von einer wirkungsvollen Familienpolitik abhängen. Den Familienbegriff offener und umfassender als tradiert zu definieren, wird eine der vordringlichen gesellschaftlichen Debatten werden. Das Leben mit Kindern muß finanziell entlastet werden.

Die Rentenreform muß zu einer armutsfesten Alterssicherung führen, die auch die neuen Entwicklungen an den Arbeitsmärkten mit mehr Teilzeit und sogenannten unsteten Erwerbsbiographien berücksichtigt. Dabei ist auch die eigenständige Alterssicherung für Frauen ein zentrales Reformziel.

Wir brauchen eine Rentenreform für die Jungen und die Alten. Die Beiträge müssen im Sinne der jungen Generation und der Beschäftigungsentwicklung möglichst stabil gehalten werden. Die Lebenserwartung der Menschen steigt von Jahr zu Jahr. Diese positive Entwicklung verursacht Kosten, die gerecht zwischen den Generationen verteilt werden müssen. Dazu brauchen wir einen sozialen Altersfaktor, der die Rentenzuwächse begrenzt. Sinnvoll wäre auch ein von allen Generationen gebildeter Teilkapitalstock, mit dessen Hilfe sich in Zukunft die Beiträge stabilisieren und die Renten sichern ließen. Die Alterssicherung der Zukunft braucht weitere Standbeine im Bereich privater Vorsorge und betrieblicher Renten. Die private Altersvorsorge muß im Einkommensteuerrecht stärker berücksichtigt werden. Außerdem wollen wir im Rahmen des 4. Finanzmarktförderungsgesetzes die Voraussetzungen für betriebliche Pensionsfonds verbessern. Ob Tariffonds für den Vorruhestand der richtige Weg sind, hängt im wesentlichen von der Frage ab, ob sie ebenso effektiv verwaltet werden können, wie professionelle Investmentgesellschaften dies zur Zeit gewährleisten.

Für diese Reformwerke gilt: Wir können uns nur das leisten, was wir finanzieren können. Die Kosten der Arbeitslosigkeit reduzieren die Spielräume. Schuldenfinanzierung ist kein Weg, weil er immer zu Lasten künftiger Generationen geht. Gerechtigkeit darf nach Auffassung der Grünen nicht nur innerhalb einer Generation, sondern muß auch zwischen den Generationen gelten.

## **6. Tarifpolitik**

Das Bündnis für Arbeit ist nicht der Ort, an dem Tarifverträge ausgehandelt werden können. Und dennoch sollten sich die Beteiligten zusammen mit der Politik über mittelfristige Eckpunkte der Lohn- und Gehaltsentwicklung verständigen. Nichts anderes lehren die Erfolge des niederländischen Modells kooperativer Absprachen.

Lohnzurückhaltung der Gewerkschaften erscheinen dann möglich, wenn sie tatsächlich von Investitionen der Wirtschaft in Arbeit begleitet werden. Wird Verständigung über Eckpunkte möglicher Tarifentwicklung erzielt, so werden Investitionen im Standort Bundesrepublik kalkulierbar und damit attraktiver.

Im Bündnis für Arbeit sollten neue Modelle zur Beteiligung der ArbeitnehmerInnen am Produktivkapital entwickelt werden.

Es geht darum, daß im Bündnis für Arbeit auch die Interessen derer vertreten werden, die keine Arbeit haben. Die Politik muß sich unter Wahrung der Tarifautonomie dieser Aufgabe stellen.

## **7. Finanzierung**

Das Bündnis für Arbeit verlangt, wenn es auch ein Bündnis für Wettbewerbsfähigkeit, Umwelt und Gerechtigkeit sein soll, die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen. Dies gilt auch für den Staat, der Ausgaben für Zukunftsinvestitionen anstoßen und zum Teil auch finanzieren muß. Zudem geht der Staat massive Risiken ein, wenn sich die Selbstfinanzierungseffekte von Nettoentlastungen bei der Steuerreform nicht einstellen würden.

Die Grünen begrüßen das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur steuerrechtlichen Berücksichtigung des Lebens mit Kindern. Das Steuerrecht kann aber von vornherein nur eine Seite des Familienlastenausgleichs darstellen. Das Karlsruher Urteil berücksichtigt den Unterhaltsaufwand für Kinder im Rahmen der horizontalen Steuergerechtigkeit. Die sozialpolitische Seite des Familienlastenausgleichs knüpft hingegen daran an, daß Erziehung und Unterhalt von Kindern nicht lediglich eine private Tätigkeit der Eltern ist. Daraus folgt, daß die finanziellen Lasten von Familien mit geringem Einkommen erleichtert werden müssen. Das Familienurteil des Bundesverfassungsgerichts wird um so teurer, je stärker sie auch die soziale Gerechtigkeit zwischen Familien auf unterschiedlichen Einkommensstufen (sozialpolitische Seite) berücksichtigt. Direkte Kindergelderhöhungen sind die teuerste, aber gerechteste Lösung im Vergleich zu Freibeträgen.

Die Neuregelung muß die steuerrechtliche und die sozialpolitische Komponente miteinander in Einklang bringen. Dies verlangt, daß die verschiedenen Leistungen für Familien, die es heute schon aus den unterschiedlichen Töpfen gibt, gebündelt und sozial gerecht geordnet werden. Für die Finanzierung der zusätzlichen Leistungen für Familien halten wir eine Mehrwertsteuererhöhung für untauglich. Wir sehen einen Reformbedarf bei der Ehegattenbesteuerung. Es muß überprüft werden, ob die heutige Form der Besteuerung der Ehegatten angesichts der zunehmenden Angleichung der beruflichen Biographien von Männern und Frauen noch zu gerechten Lösungen führt. Auch in diesem Eckpunktepapier sind staatliche Mehrausgaben beschrieben. In Verbindung mit erheblichen Haushaltsrisiken aus der Ära Kohl können sie nur mit einer sparsamen Haushaltspolitik erwirtschaftet werden. Einsparungen in allen Haushaltsbereichen, insbesondere bei den Subventionen, sind unerläßlich. Ein Bündnis für Arbeit kann nur erfolgreich sein, wenn es auch ein Bündnis für staatlichen Subventionsabbau ist.

Der Staat darf sich nicht davon ausnehmen, auch im eigenen Bereich seine Leistungen mit geringeren Kosten zu erbringen. Voraussetzung hierfür ist die Herstellung von Kostentransparenz.

Sparsame Haushaltspolitik, Vermeidung von Steuererhöhungen und weiterer Schuldenexplosion sind notwendig, schon im Interesse künftiger Generationen. Verschuldung ist ein allzu bequemer Weg zu Lasten der Handlungsspielräume zukünftiger politischer Generationen. Verschuldung ist eine Umverteilung von unten nach oben. Wir Grüne setzen uns für eine einschneidende Haushaltskonsolidierung ein. Haushaltskonsolidierung verlangt Reformen in den einzelnen Politikbereichen. Viele Kommunen haben dies vorgemacht. Aber sie verlangt auch Investition in Zukunftsbereiche.

Die Grünen treten für eine Haushaltspolitik ein, bei der das Ausgabenwachstum im Rahmen der vom Finanzplanungsrat vorgegebenen 2 % bleibt, so daß die Nettoneuverschuldung im Zeitverlauf deutlich reduziert werden kann. Bis zum Ende der Legislaturperiode wollen wir die Neuverschuldung halbiert haben.



# **Anmerkungen zum vorgelegten Papier**

## **"Initiative für Investitionen, Arbeit und Umwelt"**

Von Kerstin Müller, Fraktionsvorsitzende der bündnisgrünen Bundestagsfraktion  
Bonn, den 19. März 1999

### **Vorbemerkung**

Nach dem Wahldebakel in Hessen haben wir zunächst viel Zeit und Kraft in einer zum jetzigen Zeitpunkt höchst überflüssigen Debatte über die Struktur der Partei- und Fraktionsspitze verloren. Es ist daher zu begrüßen, daß wir mit dem vorgelegten Papier zur Debatte über die inhaltliche Ausrichtung der konkreten Arbeit der BündnisGrünen in Bundestag und Bundesregierung zurückzukehren. insgesamt beruht das Papier ganz wesentlich auf der Arbeit der letzten Bundestagsfraktion und greift auch Diskussionen in den Arbeitskreisen der neuen Fraktion auf. Allerdings ist zu hinterfragen, welche wesentlichen politischen Botschaften wir durch das Herausstellen einzelner Ziele in die Öffentlichkeit tragen wollen. Ich setze hier in einigen Punkten andere Akzente.

### **Zu 2.: Verbesserung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Investitionen** **Unternehmenssteuern**

Es dürfte unstrittig sein, daß die Grundausrichtung unserer weiteren Schritte zur Reform des deutschen Unternehmenssteuersystems die Elemente

- Senkung der Steuersätze im Rahmen der genannten Ziele,
- Verbreiterung der Bemessungsgrundlagen,
- Aufhebung des gespaltenen Körperschaftssteuersatzes,
- Angleichung des Steuersystems und Bilanzrechts an europäische Standards

berücksichtigen sollte.

Problematisch allerdings ist die - ja auch in den Medien herausgehobene - Ankündigung einer Nettoentlastung im Rahmen der Unternehmenssteuerreform. Dies vor dem Hintergrund mehrerer Entwicklungen:

Ein wesentlicher Hinweis findet sich in der Pressemitteilung unserer Finanzexpertinnen Christine Scheel und Klaus Müller in ihrer Pressemitteilung vom 16.3.99, in der sie anhand aktueller Zahlen der OECD nachweisen, daß der Anteil der Unternehmenssteuern am Gesamtsteueraufkommen in Deutschland in den vergangenen Jahren deutlich zurückgegangen ist.

Zudem ist festzustellen, daß die Sicherung der kommunalen Selbstverwaltung durch die Aushöhlung der Gewerbesteuer in den vergangenen Jahren in ernsthafte Gefahr geraten ist.

Eine Nettosteuerentlastung ist nur dann erreichbar, wenn ein echter Abbau von steuerlichen und direkten Subventionen tatsächlich erreicht werden kann, Hierzu müssen konkrete Vorschläge erarbeitet und dann auch durchgesetzt werden, und die bisherigen Diskussionen dazu im Rahmen der Debatten um das Steuerentlastungsgesetz zeigen mehr als deutlich, daß wir hier eine äußerst schwierige Aufgabe vor uns haben. Ich kann daher vor vollmundigen Ankündigungen zur Nettoentlastung nur warnen.

Das wesentliche Problem der Unternehmensbesteuerung siegt ja wie dargestellt nicht in der Gesamtsteuerbelastung "der Wirtschaft", sondern in der kraß ungerechten Verteilung der Belastung zu Lasten kleinerer und mittlerer Unternehmen und zu Gunsten von Großbetrieben und Konzernen. Die problematische Praxis der Subventionen verstärkt diesen Mißstand zusätzlich.

Ich befürworte daher, die Herstellung von Gerechtigkeit auch im Bereich der Unternehmensbesteuerung in den Mittelpunkt unserer Reform zu stellen.

Zudem sollte m.E. die von uns angestrebte deutliche Entlastung der Menschen, die sich für ein Leben mit Kindern entschieden haben, weiterhin im Zentrum der Reform des Steuerrechts stehen. Dieses Ziel hat bei der Frage, welche Reformen wir finanzieren können, für mich Vorrang vor anderen Fragen, etwa einer Nettoentlastung der Wirtschaft. Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Entlastung von Familien über das im Koalitionsvertrag ohnehin vereinbarte Ziel hinaus, ergibt sich nicht nur eine nicht ganz einfache Aufgabe, sondern auch eine große Chance zur Profilierung der BündnisGrünen und der Bundesregierung insgesamt.

### **Globalisierung - war da was?**

Ein weiteres Problem sehe ich darin, daß die AutorInnen in ihrem Papier einen ganz wesentlichen Aspekt unberücksichtigt lassen, der maßgeblich die Schwierigkeit rein nationalstaatlicher Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik ausmacht. Das Fehlen ausreichender internationaler Steuerungsinstrumente gegenüber globalisierten Finanz- und Wirtschaftsmärkten. Der Rückgriff auf neo-liberale Ideologien stellt im Kern nichts anderes dar als die Hilflosigkeit, die Ohnmacht politischen Handelns vor der Macht internationaler Banken und Konzerne. Wenn wir als BündnisGrüne das Primat der Politik vor der Ökonomie nicht aufgeben wollen, wird die Entwicklung demokratisch legitimer internationaler Steuerungsinstrumente eine der wichtigsten Aufgaben in der Zukunft sein.

### **Entbürokratisierung des Staates**

Selbstverständlich ist der Abbau von investitionsheimmender - und ja auch für den Staat selbst außerordentlich teurer - überflüssiger Bürokratie ein wichtiges Ziel grüner Reformpolitik. Warum die AutorInnen allerdings ausgerechnet die Standards beim Ordnungsrecht im Umweltschutz zum Mittelpunkt ihrer Reformbemühungen machen wollen, erschließt sich der Leserin und dem Leser nicht.

Die sicher nicht zufällige Verschiebung der Gewichte gerade in dieser Frage, ohne die legitimen Schutzinteressen von Mensch und Natur auch nur zu erwähnen, hinterläßt doch zumindest viele Fragezeichen und Stirnrunzeln. So pauschal kann dies jedenfalls nicht Bestandteil eines grünen Leitfadens sein, bei aller neuen oder auch alten Liebe zu marktwirtschaftlichen Steuerungsinstrumenten,

Das spricht nicht gegen eine Prüfung zur Vereinfachung des Ordnungsrechts insgesamt; allerdings wird man hier Vorschläge sorgfältig auf mögliche Konsequenzen hin untersuchen müssen. Nachbessern wäre gerade hier besonders schwer.

### **Zu 3.: Neue Impulse für den Arbeitsmarkt**

#### **Der Niedriglohnsektor**

Wie auch an anderen Stellen, steckt - wie immer und überall - auch hier der Teufel im Detail. Deshalb war die Entwicklung dieser Debatte im Rahmen des Arbeitskreises 1 in seiner Qualität und Differenzierung ein gutes Beispiel für solide seriöse Arbeit in der Bundestagsfraktion. Darauf aufbauend sollten Antworten auf die Fragen,

- wie Langzeitarbeitslose in den Arbeitsmarkt integriert werden können und
  - wie im Bereich von Dienstleistungen zusätzliche Märkte aktiviert werden können,
- weiter entwickelt werden. Dabei sollten wir uns davor hüten, uns zugunsten von Schlagzeilen in eine Situation hineinzumanövrieren, in der die notwendige Differenzierung dieser Debatte von uns auch in der Öffentlichkeit nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Es wäre mehr als fahrlässig, wenn wir die Grenzen und Probleme, die ein teilsubventionierter Niedriglohnsektor aufweist, zugunsten erhoffter

Imagegewinne verschweigen. Zudem stellt sich die Frage, wie sich die pauschale Forderung nach 10%iger Kürzung von Subventionen im Teil "Finanzierung" mit dem Aufbau eines teilsubventionierten Niedriglohnssektors verträgt.

### **Rechte und Pflichten von Arbeitslosen**

Wer wollte verneinen, daß Arbeitslose die Pflicht hätten, Angebote zur Beschäftigung auch anzunehmen - wenn sie sie denn auch bekämen.

Doch geht es den Autorinnen um diese Frage, oder ist die Aussage nicht ein politisches Signal- "Seht her, auch die Grünen sehen endlich ein, daß man gegen die 'Sozialbetrüger' endlich was unternehmen muß"?

Abgesehen davon, daß das Problem der zu Unrecht in Anspruch genommenen Transfairleistung nach wie vor gegenüber dem Problem der Wirtschaftskriminalität eher zu vernachlässigen ist, wäre es nicht eher notwendig, der Frage mal auf den Grund zu gehen?

Könnte es nicht sein, daß das immer wieder in der Öffentlichkeit diskutierte Bild "Sozialhilfe und Faulheit" völlig an der Realität vorbeigeht? Ist es nicht eher wahrscheinlich, daß das Bild "Transfairleistung und Schwarzarbeit" viel häufiger die Wirklichkeit trifft? Und ist es nicht möglicherweise sogar verständlich, wenn Menschen diese Form des Lebensunterhalts wählen, wenn die Alternative insbesondere bei Familien nicht selten eine krasse Verschlechterung ihrer Lebensqualität bedeutete - und das in einer Gesellschaft, die den Ellenbogen zum Haupterfolgsinstrument und den Steuerbetrug zum Gesellschaftsspiel erkoren hat?

Und müssen wir Grüne uns dann nicht, statt zur Schau getragener Empörung eher fragen: "Welche politischen Entscheidungen sind notwendig, um die Attraktivität von ungesicherter, ungeschützter Schwarzarbeit zu verringern?"

Abgesehen davon: Wer A sagt, muß auch B sagen. Welche Arbeit ist für wen wann unter welchen persönlichen Umständen zumutbar? Welche Sanktionen wollen wir zulassen? Die bestehende Rechtslage, die wir bislang immer abgelehnt haben?

### **Zu 5.: Renten- und Gesundheitsreform**

#### **Zur Rentenreform**

Unstrittig ist, daß wir BündnisGrünen derzeit die einzige politische Kraft sind, die sowohl die veränderte Lebenswirklichkeit - etwa die Regel unsteter Erwerbsbiographien bei Frauen, immer häufiger aber auch bei Männern - anerkennt und die notwendigen Schlußfolgerungen für die Reformen der Sozialversicherungssysteme zieht.

Zudem sind immer wieder wir es gewesen, die auf die notwendigen Veränderungen aufgrund der absehbaren demographischen Entwicklung hingewiesen haben, und die die Gerechtigkeit auch zwischen den Generationen - und damit auch hier ein Konzept der Nachhaltigkeit einfordern. Uns allen ist bewußt, daß dies nur bedeuten kann, daß gesetzliche Rentenansprüche zukünftig immer weniger dazu in der Lage sind, den Lebensstandard zu sichern, also mehr und mehr zur Absicherung allein einer menschenwürdigen Mindestversorgung ausreichen wird. Damit ergeben sich hier klare Verbindungen zu unserem Konzept der "bedarfsorientierten Grundsicherung".

Soweit Konsens. Ich möchte allerdings anregen, daß sich die Bundestagsfraktion auch in Zusammenarbeit mit Fachleuten aus der Partei intensiv mit den verschiedenen Systemen in europäischen Ländern beschäftigt, da ich meine, daß insbesondere die Frage der Art der Finanzierung der Altersversorgung und der Sozialen Sicherungssysteme insgesamt weiter intensiv diskutiert werden sollte.

Sicher ist der Gedanke richtig, mit den Kosten der Versicherungssysteme nicht weiter überwiegend die Kosten der Arbeit zu steigern, sondern ein Finanzierungsmodell zu finden, das dies stärker auf die Schultern der Gesamtgesellschaft legt. Die

Schlußfolgerung allerdings, daß dies dazu führen sollte, den Finanzierungsanteil aus Steuermitteln weiter anzuheben, ist hierfür nicht die einzig denkbare Lösung. Das Beispiel der "allgemeinen Volksversicherung" in Holland beispielsweise zeigt eine andere Möglichkeit auf.

Und die Steuerfinanzierung hat aus meiner Sicht einen gravierenden Nachteil. Die Menschen, die die Steuern "in den großen Staatstopf" zahlen, wissen nicht, was sie für welche Leistung bezahlen.

Denkbar wäre zudem, daß eine "allgemeine Volksversicherung" durchaus im Wettbewerb zu privaten Unternehmen Zusatzleistungen gegen zusätzliche Zahlungen anbieten könnte.

Ich denke, es wäre zumindest eine offene Debatte auch über die Parteigrenzen hinaus wert, die Frage zu beantworten, ob nicht ein solches Modell, das eher in der europäischen Tradition sieht, besser in der Lage wäre, auch die Identifikation der Menschen mit ihrem Sozialsystem neu zu begründen.

#### **Abschließend noch eine Anmerkung zur Sprache:**

Manche mögen es ja besonders schick finden, das Vokabular aus Manageretagen zu verwenden. Ich denke allerdings, daß die Kommunikation unserer politischen Ziele in einer Form, die doch weite Teile der Bevölkerung nicht verstehen und vor allem eher abschreckt, nicht geeignet ist, Unterstützung für uns zu erreichen. "Investitionen in sog. Humankapital" ist dafür ein Beispiel. Zudem reduziert diese Sichtweise das Menschenrecht auf Bildung auf die Ebene der wirtschaftlichen Verwertbarkeit der Menschen und ihrer Qualifikationen. Das entspricht jedenfalls nicht meiner Vorstellung von grüner (Bildungs-)Politik.

#### **Schlußfolgerungen:**

Die Fraktion sollte die verschiedenen Themen und Thesen des Papiers aufgreifen und in den Arbeitskreisen - wie auch im Gespräch mit Fachleuten innerhalb wie außerhalb der Partei weiter diskutieren. Meine Anmerkungen, wie sicher auch die Debatte in der Fraktion machen deutlich, daß eine Beschlußfassung zum jetzigen Zeitpunkt nicht zur Einigkeit in Fraktion und Partei führen kann. Laßt uns die Diskussion nicht abschließen, nachdem sie gerade begonnen hat.

Kerstin Müller

# Neue Grüne Wirtschaftspolitik:

## **Arbeit aus der Job-Freibank?**

### **Zwangsverpflichtung von Arbeitslosen in Jobs minderer Güte?**

Die Bundestagsfraktion von Bündnis 90 / Die Grünen hat am 23.3.1999 ein programmatisches Papier zur Wirtschaftspolitik verabschiedet. Dies Papier ist im Kreisverband Münster mit Befremden aufgenommen worden. Im Zentrum der Kritik stehen:

#### **1. Die Einführung eines Niedriglohnsektors im Bereich niedrigqualifizierter Arbeit mit Verpflichtung der Arbeitslosen. (Siehe Kapitel 3 des Papiers)**

Wir lehnen diese Pläne aus fachlichen und aus humanitären Gründen ab. Zudem ist ein Sektor im doppelten Sinne „billiger„ Jobs (schlecht bezahlt und unqualifizierte, sogenannte „Dienstleistungs„-Arbeit) eine Sackgasse. Wer längere Zeit im Bereich niedrig qualifizierte Arbeit tätig ist, verbaut sich die Chance, jemals eine besser bezahlte und interessantere Tätigkeit zu erreichen. Arbeitslose mit Zwang in diese Sackgasse zu treiben, lehnen wir ab. Auch für Menschen am unteren Ende der sozialen Skala muß das Recht auf freie Berufswahl gelten. Wenn der Arbeitsmarkt nicht genügend reguläre Arbeitsplätze zur Vergütung stellt, dann ist es keine Lösung, die Verlierer in Arbeitsverhältnisse zweiter Klasse zu zwingen!

#### **2. Die Art und Weise, wie das Papier verabschiedet worden ist**

Das Papier enthält (u.a. mit der Verpflichtung von Arbeitslosen, sogenannte "Angebote" im Billigjobsektor anzunehmen) eine radikale Abkehr von bisherigen Positionen unserer Partei. So ein Richtungswechsel sollte nicht ohne Diskussion in der Partei in Regierungshandeln umgesetzt werden. „Laßt uns die Diskussion nicht abschließen, nachdem sie gerade begonnen hat.,“ lautet der Schlußsatz von Kerstin Müllers Anmerkungen zu dem umstrittenen Papier. Ihre Mahnung ist offensichtlich nicht gehört worden: das Papier ist innerhalb von zwei Wochen verabschiedet worden. Noch im Koalitionsvertrag hat unsere Seite die Forderung nach Zwangsmaßnahmen für Arbeitslose verhindert. Bündnis 90 / Die Grünen sind immer eine Partei gewesen, die sich für individuelle Freiheitsrechte stark gemacht hat und Liberalität nicht nur für besser Verdienende fordert. Unsere Wählerinnen sind wohl kaum davon ausgegangen, daß wir Zwangsverpflichtungen von Arbeitslosen einführen wollen.

In der Presse haben einige der AutorInnen des Papiers, die Zielrichtung damit begründet, der F.D.P. ihre WählerInnen abzurufen. Wir meinen: Dies sollte man, wenn man seine eigene politische Arbeit ernst meint, nicht durch Übernahme von deren Programm machen. Und: Wir sollten kritische Auseinandersetzungen nicht durch Sätze, die mit "basta" enden, ersetzen.

Wir wollen durch Einrichtung dieser Home Page die versäumte Diskussion nachholen und stellen hier das genannte Papier nebst einigen kritischen Beiträgen vor. (Siehe die Links auf der linken Seite). Wir freuen uns über jeden weiteren Beitrag zu diesem Thema. Texte, die uns per E-Mail erreichen, werden wir hier einstellen. Unsere Adresse:

[gruene@muenster.de](mailto:gruene@muenster.de)

Mit solidarischen Grüßen

BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN

Kreisverband Münster (GAL)

Für den Vorstand:

Stefan Riese

# **Stellungnahme der Fachkommission Gewerkschaftspolitik der bündnisgrünen Bundestagsfraktion**

## **zum Papier "Initiative für Investitionen, Arbeit und Umwelt" von Matthias Berninger, Thea Dückert und 7 weiteren bündnisgrünen MdB**

Mit dem Papier "Initiative für Investitionen Arbeit und Umwelt" unternehmen Matthias Berninger, Thea Dückert und weitere bündnisgrüne Abgeordnete den bedenklichen Versuch, dem Druck der Lobbyisten der Wirtschaft auf die rot-grüne Koalition dadurch zu begegnen, daß man ihm weitgehend nachgibt.

Mit Ausnahme des Themas Ökosteuer ähnelt das Papier frappierend den Überlegungen des Hombach-Flügels innerhalb der SPD. Die bündnisgrüne Programmatik wird jedoch in weiten Teilen verlassen. Die Zukunft der Bündnisgrünen liegt nicht darin, die SPD beim Kurs auf die "neue Mitte" zu übertrumpfen. Gerade nach Lafontaines Rücktritt gilt es, das sozial-ökologische Profil der Bündnisgrünen zu schärfen und die Interessen breiter ArbeitnehmerInnen-Schichten und der Erwerbslosen offensiver zu vertreten.

Wir betrachten die übereilte Veröffentlichung des Papiers ohne jede Diskussion in der Partei als einen ungeeigneten Umgangsstil, um die notwendige Debatte über die weitere Orientierung der Bündnisgrünen nach der Hessenwahl einzuleiten. In der Presse ist der Eindruck entstanden, daß sich die Bündnisgrünen von wesentlichen Grundlagen ihrer bisherigen sozialökologischen Ausrichtung verabschieden.

Die Fachkommission "Gewerkschaftspolitik" bei der bündnisgrünen BT-Fraktion fordert, daß eine breite Diskussion in der Mitgliedschaft über die Perspektiven bündnisgrüner Wirtschafts- und Sozialpolitik in der Koalition geführt wird, statt mit unausgegorenen Einzelpapieren in Öffentlichkeit imageschädigende Fakten zu schaffen.

Für uns als bündnisgrüne Gewerkschafterinnen sind dabei die Positionen des bündnisgrünen Wahlprogramms und die Aussagen des Koalitionsvertrages ein geeigneter Ausgangspunkt. Auf dieser Grundlage möchten wir erste Kritikpunkte an der generellen Linie des AutorInnenpapiers benennen:

1. Während in der Vorbemerkung noch eine Kombination von Angebots- und Nachfragepolitik gefordert wird, fehlen nachfragewirksame Elemente im weiteren Papier völlig - mit Ausnahme der Kindergelderhöhung.
2. Während wir im Wahlprogramm besonders untere und mittlere Einkommen und KMU steuerlich entlasten wollten, orientiert das Papier nur noch auf die Senkung des Spitzensteuersatzes und eine generelle Entlastung der Unternehmer. Während wir im Wahlprogramm noch eine aufkommensneutrale Unternehmenssteuerreform durch Verbreiterung der Bemessungsgrundlage eingefordert haben, wollen die VerfasserInnen des Papiers die Steuervermeidung der Großunternehmen sicherstellen, indem sie fordern: "Unternehmen deren Grenzsteuerbelastung gegenwärtig unter 35 % liegt, dürfen durch die rechtsformunabhängige Unternehmenssteuerreform nicht stärker belastet werden." Während die Grünen vor der Wahl für die Gleichbehandlung aller Einkunftsarten eintraten, sollen nach dem Papier jetzt die Unternehmensgewinne bis zu 20% niedriger besteuert werden als die Einkommen abhängig Beschäftigter. Die im Koalitionsvertrag

vereinbarte Reform der Vermögens- und Erbschaftssteuer wird erst gar nicht mehr erwähnt. Das Papier empfiehlt uns also, die gescheiterte Politik der Umverteilung von Unten nach oben unter Helmut Kohl fortzusetzen. 16 Jahre ständiger Entlastung der Unternehmen und Vermögenden haben jedoch nicht zu mehr Investitionen und Arbeitsplätzen geführt, sondern zu einem Boom spekulativer Anlagen auf den Finanzmärkten und einem Ansteigen der Erwerbslosigkeit.

3. Völlig unklar bleibt, wie die begrüßenswerte Erhöhung des Kindergeldes nach dem BVG-Urteil angesichts dieser Steuersenkungspolitik im Interesse der Reichen gegenfinanziert werden soll. Die VerfasserInnen schlagen dafür unter anderem eine pauschale 10%ige Kürzung aller staatlichen Subventionen vor, bedenken offenbar aber nicht die unsozialen Folgen einer solchen Kürzung z.B. bei den Bundeszuschüssen zum Etat der Bundesanstalt für Arbeit oder zur Rentenversicherung usw.
4. Das Papier macht sich die Forderung der Regierung Kohl und der Arbeitgeberverbände zu eigen, einen Niedriglohnsektor zu schaffen und aktiv zu subventionieren. Die Zukunft für mehr Erwerbsarbeit in der Bundesrepublik liegt jedoch nicht im Ausbau niedrigqualifizierter Mac-Jobs, sondern in der Förderung hochqualifizierter Dienstleistungen und in kreativen, ökologisch verträglichen Produkten. Geradezu peinlich ist die Forderung des Papiers, im High-Tech-Sektor als einem der bestverdienendsten Wirtschaftsbereiche die Scheinselbständigkeit zu zementieren.
5. Das Papier spricht sich in der Arbeitsmarktpolitik für "Arbeitspflicht"-Modelle ("Workfare") im Geiste von Tony Blairs "Sozialreformen" aus. Grundrechte der Erwerbslosen wie das Recht auf freie Berufswahl sollen offenbar für die VerliererInnen der Modernisierung außer Kraft gesetzt werden, Erwerbslose werden damit zu Bürgerinnen zweiter Klasse gestempelt. Wer aber eine perspektivlose oder dequalifizierende Maßnahme ablehnt, sollte damit noch lange nicht als "arbeitsunwillig" stigmatisiert werden. Das mittelalterliche "Arbeitshaus" kann nicht zum Modell für eine innovative rot-grüne Arbeitsmarktpolitik werden.
6. Auch in der Rentenreform greift das Papier- wieder auf Vorstellungen der Kohlregierung zurück. Absenkung des Rentenniveaus durch Einführung eines demographischen Faktors und Ausweitung der privaten Vorsorge und von Betriebsrentensystemen. Eine verstärkte Orientierung auf Betriebsrentensysteme verkennet, daß immer mehr Menschen unstete Erwerbsbiographien aufweisen und die meisten Betriebe ihre betrieblichen Rentensysteme bereits in den 80er Jahren geschlossen haben. Gerade für Menschen mit unsteten Erwerbsverläufen sind weder private Vorsorge noch Betriebsrentenansprüche zu realisieren. Sie sind deshalb auf eine starke, solidarische Rentenversicherung angewiesen. Der demographische Faktor würde genau jene Gruppe belasten, zu deren Gunsten die Rentenreform angeblich dienen soll, diejenigen, die in 20 bis 30 Jahren in Rente gehen, hätten deutlich geringere Renten zu erwarten. Die Stärkung der privaten Vorsorge hat in der Finanzkrise in Japan ihre Schwächen offenbart. Das Thema "solidarische Rentenreform" ist zu ernst, um die abgehalfterten Vorschläge aus der Kohl-Ära zur Wiedervorlage zu bringen.

7. Das Papier plädiert für eine Lohnzurückhaltung der Gewerkschaften nach niederländischem Beispiel und eine Verständigung über "mittelfristige Eckpunkte der Lohn- und Gehaltsentwicklung". Die erzwungene Lohnzurückhaltung der Gewerkschaften in Deutschland hat in den vergangenen 16 Jahren jedoch keineswegs zu einem Beschäftigungszuwachs geführt. Staatliche Lohnleitlinien sind mit den Prinzipien der Tarifautonomie nicht vereinbar. Wir unterstützen die Haltung der Gewerkschaften, daß Fragen der Lohn- und Tarifpolitik nicht Gegenstand der Verhandlungen im Bündnis für Arbeit sein können. Es ist für uns als bündnisgrüne GewerkschafterInnen beschämend, daß Teile der Bundestagsfraktion offenbar das Prinzip der Tarifautonomie als eine der Grundlagen unserer Demokratie in Frage zu stellen beginnen.
8. Wie undurchdacht Teile des Papiers sind, zeigt die Forderung danach, betriebliche Investitionen zur Energieeinsparung steuermindernd zu berücksichtigen. Diese Investitionen können auch heute schon als Betriebsausgaben steuerlich abgesetzt werden. Gerade das produzierende Gewerbe wurde durch die erste Stufe der "Ökosteuer" ohnehin kaum belastet,

Wir halten den Vorstoß der genannten Bundestagsabgeordneten aus diesen Gründen für keine geeignete Grundlage, die Wirtschafts- und Sozialpolitik von Partei und Fraktion weiterzuentwickeln. Wir fordern die Bundestagsfraktion von Bündnis 90 / Die Grünen auf, sich diese Vorlage nicht zu eigen zu machen. Wir fordern statt dessen eine breite, offene Debatte in gesamten Partei um unser künftiges sozial- und wirtschaftspolitisches Profil.

Bonn, den 19.3.1999

Im Auftrag der Fachkommission "Gewerkschaftspolitik"

Frank Schmidt



## Diskussionsbeitrag zur AK I-Klausur

### Kombilohn - Teufelswerk oder Königsweg? - Instrumente und Strategien zur Eingliederung von Langzeitarbeitslosen und Geringqualifizierten in den ersten Arbeitsmarkt

#### Schlußfolgerungen und Empfehlungen zur Kombilohndebatte

##### Kombilohn - ein Definitionsversuch

Damit wir wissen, worüber wir reden und worüber wir nicht reden:

Kombilöhne sind :

a) sogenannte Anrechnungsmodelle für Transferleistungsempfänger/innen (Kombination von Transfer- und Erwerbseinkommen)

b) neue Lohnkostensubventionsmodelle für alle Niedrigkeinkommensbezieher/innen (Subventionierung von Sozialversicherungsbeiträgen)

Kein Kombilohn- trotzdem vielfach mit Lohnkostensubvention, in Form direkter Zuschüsse zu den Lohnkosten, verbunden - sind die sogenannten Eingliederungshilfen im SGB III.

Kombilöhne sind ein Instrument (oder ein „Mosaikstein“), das sich in der Debatte zur Förderung der Arbeitsmarktchancen von Langzeitarbeitslosen befindet. Wir lassen uns auf diese Debatte ein.

Nicht geleistet wird ein Instrumentenvergleich. Das entbindet uns nicht davon weitere Instrumente zur Beschäftigungsförderung auf den Prüfstand zu stellen: Stichworte: Dienstleistungsagenturen, maatwerk, öffentlich geförderte Beschäftigung, Klärung des Zusammenhanges zwischen allgemeiner Lohnpolitik und Beschäftigungsniveau und -struktur, Deregulierungsmaßnahmen (Stichwort Handwerksordnung). Das geschieht nicht in diesem Papier.

### Inhalt der Kurzfassung

- 1) BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN haben die Debatte um Kombilöhne neu zu führen
- 2) Die deutschen Kombilohnmodelle - Ausnahme BDA-Modell - knüpfen am Sozialstaatsmodell an
- 3) Arbeitslosigkeit ist kein selbstverschuldetes Schicksal; dennoch könnte es sein, daß das Steuer-, Abgaben und Transfersystem ein „Verharren“ in Arbeitslosigkeit begünstigt, es somit ein Anreizproblem auf Arbeitnehmerseite gibt.
- 4) Kombilöhne betrachten nur die eine Seite der Medaille, nämlich die Verbesserung der monetärer Anreize auf Arbeitnehmerseite zur Aufnahme einer Beschäftigung. Die andere Seite, Anreize für ArbeitgeberInnen zur Bereitstellung von Arbeitsplätzen zu setzen, wird ausgeblendet. Daraus folgt: 1. Die Annahme, daß es monetärer Anreize auf Arbeitnehmerseite bedarf gilt es zu überprüfen. 2. Im Rahmen der Novelle des Arbeitsförderungsrechts (SGB III) müssen die bestehenden Lohnkostenzuschüsse für ArbeitgeberInnen unter Effizienzgesichtspunkten weiter entwickelt werden.
- 5) Die Erschließung des Sektors der haushaltsnahen Dienstleistungen bedarf der Subventionierung; Kombilöhne sind ein Weg
- 6) Kombilöhne können - in Abhängigkeit vom gewählten Modell - einen wichtigen Mosaikstein zum Abbau der Arbeitslosigkeit vor allen Dingen durch Förderung von Teilzeitarbeit bilden
- 7) Es gibt begründete Skepsis gegen die flächendeckende Einführung eines Kombilohnmodells
- 8) Bei der gegenwärtigen Arbeitsmarktsituation, speziell für Geringqualifizierte, sollte nichts unversucht bleiben. Die Unsicherheit über die Wirkung verschiedener Modelle aber auch die Komplexität der Problemlage sprechen für ein vorsichtiges Experimentieren neuer Ansätze im Rahmen lokal begrenzter Modellversuche und deren systematischer Evaluation.
- 9) Das „Schreiner-Modell „ ist abzulehnen
- 10) Das BDA-Modell ist abzulehnen
- 11) Ein modifiziertes „Spermann-Modell“ erproben: Mit dem „Sperman-Modell“ gezielt die Reintegration arbeitsfähiger Langzeitarbeitslose unterstützen
- 12) Für ein Kombilohnmodell zur Förderung von Teilzeitarbeit im Dienstleistungssektor - ein eigener Vorschlag, angelehnt an das Mainzer-Modell
- 13) Für einen doppelten Modellversuch

**1) BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN haben die Debatte um Kombilöhne neu zu führen**  
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN haben sich noch im Wahlkampf 1998 gegen Kombilohnmodelle ausgesprochen (Pressemitteilung Trittin, Buntentbach von August 1998, im Grundsatz ebenfalls skeptisch, jedoch für Modellversuche plädierend MarieLuise Beck, ebenfalls 8/1998)

Mit der Etablierung des Bündnis für Arbeit ist die Diskussion neu zu führen. Die Verabredungen im Bündnis für Arbeit lauten, daß geprüft werden solle, unter welchen Bedingungen es sinnvoll ist, einen sogenannten Niedriglohnsektor zu entwickeln, in dem Tätigkeiten angeboten werden, die aufgrund „unterentwickelter Produktivität“ zu Tariflöhnen nicht angeboten werden können. In Arbeitsgruppen soll geprüft werden, „ob diese Arbeit gleichwohl mit einer Mischung aus der üblichen Bezahlung und ‘wie auch immer ausgestalteten staatlichen Hilfen’ angeboten werden können ( adn, 25.02.1999). Wir werden es uns als Koalitionspartner angesichts dieser Verabredungen nicht leisten können, Kombilohnmodelle pauschal abzulehnen. Wir haben jedoch die Pflicht, die in der Debatte befindlichen Modelle und die hinter den Vorschlägen stehenden Annahmen, auf ihre ökonomischen, sozialen und gesellschaftlichen Wirkungen zu prüfen und hier eigene differenzierte Vorschläge einzubringen.

## **2) Die deutschen Kombilohnmodelle - Ausnahme BDA-Modell - knüpfen am Sozialstaatsmodell an**

Anders als in der angelsächsischen Praxis geht es beim Bündnis für Arbeit - soweit wir es beurteilen können - nicht generell um die Etablierung eines Niedriglohnsektors mit nicht existenzsichernden Löhnen. Vielmehr scheint es um neue staatliche Subventionen zur Beschäftigungsförderung zu gehen, die niedrige Arbeitseinkommen durch staatliche Subventionen aufstocken bzw. die Kombination von Transfer- und Erwerbseinkommen (sogenannte Kombilöhne). Sie sollen auch dazu beitragen, die Kosten der Arbeitslosigkeit - insbesondere Sozialhilfe und/oder Arbeitslosenhilfe - zu reduzieren bzw. zum Beschäftigungsaufbau, d.h. zusätzlichen sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätzen, beizutragen. Im günstigen Fall würden sich diese Subventionen also refinanzieren.

Die Debatte im Bündnis für Arbeit hat einen Vorlauf. Eröffnet wurde sie - nach der Debatte um negative Einkommensteuerekonzepte, Anfang der 90er Jahre - erneut 1997 durch den radikalen Vorschlag des BDA. Der Vorschlag der CDU vom Sommer 1998 setzt sich jedoch davon ab (vgl. BMA 20.08.1998). Trotzdem stehen alle Absichten zur Einführung von Kombilohn aufgrund der Eröffnung der Debatte durch den BDA unter dem Generalverdacht, daß sie nur die Vorstufe für weiteren Sozialabbau sind. Wir meinen, daß dieser Generalverdacht - mit Ausnahme des BDA-Modells - keine reale Basis hat. Vielmehr stehen die meisten Vorschläge in der Tradition des deutschen Sozialstaatsmodells, das jedoch unter Modernisierungsdruck steht.

## **3) Arbeitslosigkeit ist kein selbstverschuldetes Schicksal; dennoch könnte es sein, daß das Steuer-, Abgaben und Transfersystem ein „Verharren“ in Arbeitslosigkeit begünstigt, es somit ein Anreizproblem auf Arbeitnehmerseite gibt.**

Wenn man sich der Debatte um Kombilohn nähern will, muß man die dahinter stehenden Annahmen thematisieren. Es sind insbesondere zwei Annahmen, die immer wieder zu Debatten führen: a) die These des noch unerschlossenen Dienstleistungspotentials im Bereich haushaltsnaher Dienstleistungen und b) die These des „freiwilligen“ Verharrens in Arbeitslosigkeit. Es gilt diese Annahmen zu hinterfragen und die Bedingung für die Erschließung des Sektors zu benennen. Auf diesem Wege könnte der Beitrag zum Abbau von Arbeitslosigkeit und Reduzierung der Kosten der Arbeitslosigkeit, mithin Stabilisierung

und Senkung von Beitragssätzen ermittelt werden. Das geschieht thesenartig in diesem Papier.

Ein Ergebnis ist, daß bei der Debatte um „Niedriglohnstrategien“ und „Kombilohnmodelle“ tatsächlich die Gefahr einer unzulässigen Verkürzung der Debatte um die Ursachen der Arbeitslosigkeit erfolgt. Streng zurückzuweisen ist deshalb die These von der „freiwillig“ gewählten Arbeitslosigkeit. Arbeitslosigkeit ist kein selbstverschuldetes Schicksal, das man sich freiwillig wählt. Gleichwohl gibt es Indizien dafür, daß es für einen nicht zu quantifizierenden Anteil von Arbeitslosen rational ist, im Transferbezug zu verharren bzw. sich eine geringfügige Beschäftigung zu suchen. Wenn dem so ist, dann ist es auch sinnvoll, daß nach Wegen gesucht wird, diese Fehlsteuerung des Systems zu beheben.

**4) Kombilöhne betrachten nur die eine Seite der Medaille, nämlich die Verbesserung der monetärer Anreize auf Arbeitnehmerseite zur Aufnahme einer Beschäftigung. Die andere Seite, Anreize für ArbeitgeberInnen zur Bereitstellung von Arbeitsplätzen zu setzen, wird ausgeblendet. Daraus folgt:**  
**1. Die Annahme, daß es monetärer Anreize auf Arbeitnehmerseite bedarf gilt es zu überprüfen. 2. Im Rahmen der Novelle des Arbeitsförderungsrechts (SGB III) müssen die bestehenden Lohnkostenzuschüsse für ArbeitgeberInnen unter Effizienzgesichtspunkten weiter entwickelt werden.** Kombilohnmodelle, die am Grundgedanken der "negativen Einkommensteuer" ansetzen (siehe auch weiter unten) beschränken sich darauf, gezielt für TransferleistungsempfängerInnen Anreize zu setzen eine niedrig entlohnte Erwerbstätigkeit aufzunehmen. Sie geben keine Antwort auf das Problem, welche Anreize auf Arbeitgeberseite gesetzt werden müssen, damit jene die Arbeit suchen, diese auch finden. Die "alten" Instrumente der Arbeitsmarktpolitik, die im neugefaßten SGB III zusammengefaßt wurden, arbeiten sehr stark mit Lohnkostensubventionen, die an die Arbeitgeber bei Einstellung von Langzeitarbeitslosen bzw. Menschen mit sogenannten "Vermittlungshemmnissen" ausgezahlt werden. Ihre Höhe und Förderungsdauer ist beachtlich, annähernd 240.000 bislang Arbeitslose konnten 1998 mit Hilfe dieser Instrumente einen Dauerarbeitsplatz im ersten Arbeitsmarkt finden. Trotz dieser Möglichkeiten ist heute jeder 3. Arbeitslose bereits ein Jahr und länger arbeitslos.

Einerseits spricht dies dafür, daß man sich verstärkt auch Modellen zuwendet, die monetäre Anreize auf der Arbeitnehmerseite setzen. Wir halten solche Anreizsysteme für den liberaleren Weg, weil sie auf Freiwilligkeit anstelle von Zwang - der ebenfalls in der Debatte ist - setzen. Andererseits besteht aber auch die Notwendigkeit die bereits bestehenden Instrumenten des SGB III mit unmittelbarer Wirkung auf den ersten Arbeitsmarkt hinsichtlich ihrer Beschäftigungseffekte und ihrer Kosten zu bewerten und im Zuge der im nächsten Jahr anstehenden grundsätzlichen Reform der Arbeitslosenversicherung (SGB III) weiterzuentwickeln.

**5) Die Erschließung des Sektors der haushaltsnahen Dienstleistungen bedarf der Subventionierung; Kombilöhne sind ein Weg**

Die Gleichung: „Langzeitarbeitslos = niedrig qualifiziert = nur noch geeignet für einfache Dienstleistungstätigkeiten“ ist zurückzuweisen. 52% der Westdeutschen und 77% der ostdeutschen Langzeitarbeitslosen verfügen über einen qualifizierenden Berufsabschluß. Des empfehlen wir generell nur über Strategien und Strategien zur Integration von Langzeitarbeitslosen zu reden, und weniger den insgesamt stigmatisierenden Ausdruck „geringqualifiziert“ zu verwenden.

Neue Arbeitsplätze entstehen im wesentlichen im Dienstleistungssektor- und zwar sowohl im Segment des hochqualifizierten, als auch im Segment der niedrigqualifizierten Sektors. Kombilohnüberlegungen zielen auf die Erschließung der Beschäftigungsmöglichkeiten im niedrigqualifizierten Dienstleistungssektor.

Die These vom noch zu erschließenden Beschäftigungspotential im haushaltsnahen Dienstleistungssektor erscheint plausibel, wenngleich an eine Vielzahl von Bedingungen geknüpft. Zu nennen ist hier insbesondere die Substitutionsbeziehung zwischen Eigenarbeit, Schwarzarbeit und „Marktarbeit“, sowie die hohe Preiselastizität der Nachfrage. Mit Hilfe von Kombilöhnen oberhalb des Transferbezugs, könnte ein Weg aufgezeigt werden, zu dem Haushalte bereit wären, Eigenarbeit durch „Marktarbeit“ zu erschliessen bzw. der Haushalte überhaupt erst in die Lage versetzt, Eigenarbeit ersetzende marktförmige Dienstleistungen zu erstehen.

Die Alternative zur Erschließung des potentiellen Beschäftigungsmarktes „haushaltsnaher Diebnstleistungssektor“ mit Hilfe von Kombilöhnen oder anderer Formen von Subventionen (öffentliche Beschäftigung, Dienstleistungsagenturen etc.) wäre der Verzicht auf diese Möglichkeiten bzw. eine stärkere Einkommenspolarisierung - ein Weg den der Sachverständigenrat offensichtlich anstrebt, der allerdings von uns nicht gestützt werden sollte.

#### **6) Kombilöhne können - in Abhängigkeit vom gewählten Modell - einen wichtigen Mosaikstein zum Abbau der Arbeitslosigkeit vor allen Dingen durch Förderung von Teilzeitarbeit bilden**

Gewarnt werden muß davor, „Kombilohnmodelle“ als Patentrezepte zu behandeln. Der Kombilohn ist nicht der Königsweg zum Abbau der Arbeitslosigkeit. Er könnte jedoch in Abhängigkeit vom gewählten Modell einen - wichtigen - Mosaikstein zum Erreichen dieses Ziels darstellen. Insbesondere dann, wenn man diese Idee mit der grünen Idee der Förderung von Teilzeitarbeit verbindet (hierzu weiter unten).

#### **7) Es gibt begründete Skepzis gegen die flächendeckende Einführung eines Kombilohnmodells**

Wir haben insgesamt vier Modelle - zwei davon, die Subventionierung der Sozialversicherungsbeiträge vorschlagen („Schreiner-Modell“, „Mainzer-Modell“), zwei die eine abgespeckte Variante der Vorschläge für eine „negative Einkommensteuer“ beinhalten (BDA-Modell, Spermann-Modell) - geprüft. Nach Erörterterung, der in der Literatur genannten Vor- und Nachteile, kommen wir zu dem Ergebnis, daß es begründete Skepzis dahingehend gibt, auch nur eines dieser Modelle flächendeckend einzuführen. Von einer Entscheidung für die flächenhafte Einführung eines der skizzierten Modelle ist aufgrund der ungewissen Beschäftigungseffekte und der Gefahr der Substitution von regulärer durch subventionierte Arbeit (Stichwort Mitnahmeeffekte) dringend abzuraten.

#### **8) Allerdings sollte bei der gegenwärtigen Arbeitsmarktsituation, speziell für Geringqualifizierte, nichts unversucht bleiben. Die Unsicherheit über die Wirkung verschiedener Modelle aber auch die Komplexität der Problemlage sprechen für ein vorsichtiges Experimentieren neuer Ansätze im Rahmen lokal begrenzter Modellversuche und deren systematischer Evaluation.**

#### **9) Das „Schreiner-Modell“ ist abzulehnen**

Folgt man dieser Auffassung, stellt sich die Frage, welches der Modelle einem Experiment unterzogen werden soll. Abzuraten ist auf jeden Fall von dem sogenannten „Schreiner-Modell“. Kennzeichnend für dieses Modell ist die Subventionierung der Sozialversicherungsbeiträge, die ab einem bestimmten Stundenlohn ausläuft. Berechnungen zeigen, daß dieses Modell zu teuer ist (Schreiner selbst setzt die Kosten bei ca. 20 Mrd. DM an) und zweitens als Stundenlohnsabzugs den beschäftigungspolitisch kontraproduktiven Anreiz setzt, die Arbeitszeit auszuweiten. Drittens birgt es die Gefahr, daß jeder Erwerbstätige - nicht nur die Bedürftigen - nunmehr eine Ermäßigung erhalten, die Beschäftigungseffekte und Reintegrationseffekte sind ungewiß.

#### **10) Das BDA-Modell ist abzulehnen**

Ebenfalls abzulehnen ist von dem BDA-Modell. Kennzeichnend für das BDA-Modell ist die Annahme, daß vor allen Dingen überhöhte Löhne den Ausgleich auf dem Arbeitsmarkt verhindern. "Deutschland braucht ein Niedriglohnsegment, das rund 20 bis 30 Prozent unter den jetzigen unteren Tarifgruppen liegt" - fordert der BDA und begründet dies damit, daß damit neue Bereiche des Arbeitsmarktes erschlossen werden können. Sowohl Bäcker/Hanesch (1997) als auch das IAB (1998) weisen darauf hin, daß es bereits einen tariflich vereinbarten "Mindestlohnsektor" mit Stundenlöhnen zwischen 10 und 18,- DM brutto gibt. Diese "Bruttomindestlöhne" liegen damit unterhalb dessen was als Netto-Schwarzmarktpreis für eine Putzhilfe in Großstädten (zwischen 13,- und 16,- DM) gezahlt wird.

Eine weitere Absenkung würde somit daran scheitern, daß es kaum Arbeitskräfte gibt, die bereit wären zu diesem Lohn zu arbeiten. Konsequenterweise müßte dann die Bestimmungen für den Bezug von Arbeitslosengeld/Arbeitslosenhilfe und/oder Sozialhilfe für die Bezieher von Transferleistungen verschärft werden. Genau darauf zielt der Vorschlag des BDA ab. Er fordert ein Einfrieren der Regelhilfessätze für Sozialhilfeempfänger, eine Beschränkung des Arbeitslosengeldbezuges auf 12 Monaten und langfristig die Zusammenlegung von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe. Er vergißt allerdings, daß das Absenken bzw. das Einfrieren des Sozialhilfeniveaus auch massive Auswirkungen auf die Lebenssituation derjenigen SozialhilfeempfängerInnen hat, die nicht arbeiten können bzw. denen eine Arbeit nicht zumutbar ist (Kinder, Ältere, Alleinerziehende, Behinderte, Kranke). Dies sind etwa drei Viertel aller SozialhilfeempfängerInnen. Wir halten eine derartige Behandlung von Menschen, die auf gesellschaftliche Solidarität angewiesen sind, für inakzeptabel und zutiefst unsozial.

#### **11) Ein modifiziertes Spermann-Modell erproben: Mit dem „Sperman-Modell“ gezielt arbeitsfähige Langzeitarbeitslose unterstützen**

Das sogenannte „Sperman-Modell“ beschränkt sich auf arbeitsfähige Langzeitarbeitslose, die Arbeitslosenhilfe und/oder ergänzende Sozialhilfe beziehen. Eine Rückwirkung auf nicht arbeitsfähige Transferempfängerinnen ist nicht vorgesehen. Sie sollen künftig ein „Einstiegsgeld“ - befristet auf ein Jahr - erhalten. D.h. alle selbstverdienten Arbeitseinkommen, sollen auf den Transferanspruch nur zur Hälfte angerechnet werden. Nach Auslaufen der Befristung besteht die Möglichkeit ein rückzahlbares Darlehen in Höhe des Hinzuverdienstes aufzunehmen, um den Anreiz zu erhalten, daß sie eine besser bezahlte dauerhafte Anstellung zu suchen. Dieses muß erst dann abbezahlt werden, wenn dies gelungen ist. Gegenüber der bisherigen Regelungen führt dieser Vorschlag zu einer erheblichen Einkommensverbesserung.

Der Sperman-Vorschlag vermeidet die unakzeptablen Wirkungen des BDA-Modells, beansprucht nicht eine Gesamtlösung, sondern konzentriert sich streng auf bedürftige Langzeitarbeitslose im Arbeitslosenhilfezeug bzw. Sozialhilfebezug. Sein Hauptnachteil ist allerdings, daß damit eine systematische Ungleichbehandlung zwischen jenen, die bereits heute zu Niedriglöhnen arbeiten und jenen, die mittels Anreizen diese Arbeitsplätze besetzen, erzeugt wird.

#### **12) Für ein Kombilohnmodell zur Förderung von Teilzeitarbeit im Dienstleistungssektor - ein eigener Vorschlag, angelehnt an das Mainzer-Modell**

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sehen in der Förderung der Teilzeitarbeit einen wichtigen Ansatzpunkt zur Reduzierung der Erwerbslosigkeit. Sozialversicherungspflichtige Teilzeitarbeit, die zu eigenständigen Ansprüchen führt, ist der geringfügigen Beschäftigung vorzuziehen. Viele Arbeitslose sind auf eine Kombination von Transfereinkommen und Aufstockung durch einen (häufig angerechneten ?) 630erJob angewiesen. Wir wissen nicht, wieviele Arbeitslose von dieser Kombination Gebrauch machen (müssen). Wir halten

es jedoch - trotz gerade erfolgter Neuregelung der 630erJobs - für sinnvoll zu erproben, wie ein modifiziertes „Mainzer-Modell“ auf den Arbeitsmarkt wirkt und durch die Förderung von Teilzeitarbeit mehr Menschen die Möglichkeit zu geben, auf dem ersten Arbeitsmarkt dauerhaft Beschäftigung zu finden.

Die Überlegungen des sogenannten „Mainzer-Modells“ setzen an der Notwendigkeit der Überwindung der sogenannten „Teilzeitmauer“ an, die im Rahmen der Bestimmungen zu den 630erJobs errichtet wurde und die auch mit der Neuregelung nicht beseitigt wurde. Mit der Geringfügigkeitsgrenze von DM 630,-, kommt es auch bei der jetzt vorgesehenen Neuregelung zu einer sprunghaften Belastung des Nettoeinkommens bei Überschreiten der 630-DM bzw. der 15-Stunden-Grenze durch Sozialabgaben und Steuern. Insofern besteht kein Anreiz für ausschließlich geringfügig Beschäftigte ihr Arbeitsangebot auszudehnen und sozialversicherungspflichtige Teilzeitbeschäftigungen bis zu einer Lohnhöhe von etwa 1.200,- DM anzunehmen. Mit einer gleitend einsetzenden Sozialversicherungspflicht könnte dieser Nachteil vermieden werden.

Denkbar wäre folgendes Modell:

In Anlehnung an das steuerfreie Existenzminimum in Höhe von DM 13.067,- pro Jahr (ca. 1089,- pro Monat) zuzüglich Werbungskostenpauschale (2000,- jährlich/ca. 167,- DM monatlich), dies entspricht 1250,- DM monatlich, erhalten die ArbeitnehmerInnen mit einem Einkommen von DM 630,- bis etwa 1.250,- einen gestaffelten Zuschuß zu ihrem Sozialversicherungsbeitrag, der bei etwa 1.250,- DM ausläuft. Hierfür übernimmt der Bund die Kosten. Die ArbeitgeberInnen müssen die Beiträge, analog den Pauschalbeiträgen unterhalb von 630,- DM, voll tragen. Es gibt keine Eingrenzung auf eine bestimmte Personengruppe, vielmehr sollen gezielt ArbeitnehmerInnen in einem bestimmten Einkommenssegment gefördert werden, da explizit die Zielsetzung verfolgt wird, einen positiven Anreiz zu gunsten von Teilzeitarbeit oberhalb von 630,- DM zu setzen. Eine solche Förderung könnte experimentell in einem zeitlich befristeten Modellversuch gewährt und evaluiert werden.

Ein solches Förderkonzept wäre in erster Linie ein Modell zur Förderung von Teilzeitarbeit, aber durchaus auch ein Modell zur Aufstockung niedriger Einkommen, da die schlagartige Belastung der ArbeitnehmerInnen oberhalb von DM 630,- vermieden würde. Im Unterschied zum Mainzer-Modell wird kein Kindergeldzuschlag gewährt. Denn ein gerechterer Familienleistungsausgleich muß im Rahmen des Familienentlastungsgesetzes insgesamt geregelt werden und nicht vereinzelt nur für eine bestimmte, wenn auch besonders bedürftige, Personengruppe.

### **13) Für einen doppelten Modellversuch**

Wir schlagen einen doppelten Modellversuch vor. In unterschiedlichen Regionen der Bundesrepublik sollen zwei unterschiedliche „Kombilohnmodelle“ mit Präferenz auf einem modifizierten „Spermann-Modell“ und einem modifizierten „Mainzer-Modell“ erprobt werden. Ein solches „doppeltes“ Vorgehen hätte den politischen Vorteil, daß zwei unterschiedliche Transferkonzepte mit unterschiedlichen Adressaten und Zielsetzungen ausprobiert werden könnten. Denn mit der Subventionierung von Sozialversicherungsbeiträgen sollen Teilzeitbeschäftigte bzw. die Beziehenden niedriger Einkommen erreicht werden und es soll überprüft werden, inwieweit ein zusätzliches Beschäftigungspotential im Bereich der personennahen Dienstleistungen erschlossen werden kann. Eine zeitlich befristete Erhöhung des Anrechnungsfreibetrages würde langzeitarbeitslosen Sozial- und ArbeitslosenhilfebezieherInnen zugute kommen und soll deren Integration in den ersten Arbeitsmarkt dienen, aber auch die Position zu hohe Anrechnungssätze würden TransferleistungsempfängerInnen in eine „Armuts-/Arbeitslosigkeitsfalle“ manövrieren, einem Praxistest unterziehen.

## Arbeitsgruppen der BAG Bereich Gesundheit

|                                             |                                                                                    |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Gesundheitsförderung/Prävention/Selbsthilfe | Manfred Grönig T: 0551-9000811 F: 0551-9000817                                     |
| Verzahnung/Integrierte Versorgung           | Stefan Michallik T: 0611-1885073 F: 0611-1885074 MAIL: dr.michallik@t-online.de    |
| Arzneimittel                                | Jörg Schaaber T: 0521-60550 F: 0521-63789 MAIL: bukopharma@compuserve.com          |
| Qualitätssicherung                          | Antonia Schwarz T&F: 030/7933187                                                   |
| Vergütungssysteme                           | Walter Hüskes T: 0511-667200 F: 0511-28021270 MAIL: 101335.3647@compuserve.com     |
| Patientenrechte                             | Christoph Kranich T&F: 040-3900447 MAIL: chkranich@aol.com                         |
| Pflege                                      | Anne Rameil T: 05432-92083 F: 05432-92074 MAIL: anne.rameil@t-online.de            |
| Zahnmedizin                                 | Gabriele Bucerius T: 08165-7132 F: 089-2711545 MAIL: gabriele.bucerius@t-online.de |



2a

## AG Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung (BAG Soziales und Gesundheit)

Am 26.03.1999 hat sich die AG in Hannover getroffen und den Stand der Gesundheitsreform 2000 bezüglich der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung diskutiert. Die Diskussion erfolgte anhand der Eckpunkte vom 02.03.1999 sowie des Protokolls der Bund-Länder-Sitzung „Gesundheitsreform“ (Fachebene) am 23. und 24.03.1999

Es sind folgende Kernaussagen in Hinblick auf Kapitel III. Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung des Protokolls der Bund-Länder-Sitzung formuliert worden:

Zur Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung gehören unabdingbar dreiseitige Rahmenvereinbarungen. „Integrierte Versorgung“ ohne Einbeziehung der Krankenhäuser (einschließlich Vorsorge- und Reha-Kliniken) ist keine integrierte Versorgung.

Das einheitliche Niveau der Patientenversorgung darf nicht durch unterschiedliche integrierte Versorgungsformen gefährdet werden.

Die Krankenhäuser erhalten (nicht nur „können erhalten“) im Rahmen der Bedarfsplanung eine institutionelle Ermächtigung zur Teilhabe an der vertragsärztlichen Versorgung für hochspezialisierte Leistungen.

Notfallpraxen sind an Krankenhäusern einzurichten, um nicht notwendige Aufnahmen, von z.B. Selbsteinweisen, zu verhindern. Eine ambulante Weiterbehandlung in Krankenhäusern bei nicht-indizierter Einweisung soll damit überflüssig werden.

Zur Stärkung der Hausärzte sind nötig:

Eigenständiger fester Honoraranteil

Eigenes Verhandlungsmandat in der neu strukturierten KV beziehungsweise KBV

Entwicklung neuer Honorierungsformen, orientiert am Versorgungsbedarf

Vereinbarungen zu ambulant durchführbaren Operationen bedürfen dreiseitiger

Verträge. Dem Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen sollten solche Eingriffe zugeführt werden, welche ambulant durchführbar sind, im Einzelfall jedoch stationär durchgeführt werden sollen.

Weiteres Vorgehen:

Diese Aussagen werden in eine ausführliche Stellungnahme zur Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung einfließen.

Vorschlag zur Umsetzung der Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2000

Hier: Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagements

Es gibt zahlreiche Ansätze im ambulanten und stationären Bereich zum Qualitätsmanagement. Diese sind jedoch noch sowohl vom Umfang als auch von der Umsetzung her unzureichend. Es fehlt eine koordinierende und von Einzelinteressen unabhängige Stelle, die dafür sorgt, daß vorhandene Ansätze auch tatsächlich vollständig umgesetzt werden. Eine Qualitätssicherung, die vor allem dort Transparenz herstellt, wo die Ergebnisqualität in Ordnung ist, den restlichen Bereich aber der freiwilligen Selbstkontrolle überläßt, ist insuffizient und verdient den Namen nicht.

Zur Umsetzung des in den Eckpunkten geforderten umfassenden Qualitätsmanagements ist es notwendig, daß ein Bundeskuratorium für Qualitätssicherung im Gesundheitswesen installiert wird, in dem die Beteiligten und Betroffenen vertreten sind: Leistungserbringer, Kostenträger und Patienten. Das Bundeskuratorium legt die Grundsätze fest, ein Bundesinstitut bereitet Entscheidungen vor und unterstützt die Umsetzung. Das BMG hat die Rechts- und Fachaufsicht (Beanstandungsrecht). Es wird vorgeschlagen, folgendermaßen zu verfahren:

Zu Beginn des Neunten Abschnitts des SGB V ist vor dem § 135 ein allgemeiner Paragraph „Qualitätssicherung im Gesundheitswesen“ einzufügen, der folgende Punkte regeln sollte:

Für den Bereich der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen wird ein Bundeskuratorium gegründet. Seine Mitglieder sind BÄK, DKG, KBV, DPR, GKV, PKV, GMK und Patientenorganisationen. Es hat die Aufgabe, Grundsätze der Qualitätspolitik im Gesundheitswesen zu entwickeln, umzusetzen und kontinuierlich an neuen Erfordernissen anzupassen. Es bedient sich dafür eines Bundesinstituts für Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, das von den Beteiligten spätestens bis zum 01.01.2001 eingerichtet wird.

Das Bundesinstitut hat folgende Aufgabenbereiche:

Grundsatzangelegenheiten der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (z.B. Leitlinien), Information der Öffentlichkeit über die Ergebnisse der Qualitätssicherung  
Qualitätssicherung der stationären Versorgung (Krankenhäuser, einschließlich Vorsorge- und Rehabilitationskliniken, Pflegeheime), der ambulanten Versorgung (Ärzte, sonstige Leistungserbringer, z.B. Pflege, Krankengymnastik, Geburtshilfe) sowie von Netzwerken (integrierte Versorgungsformen)

Zertifizierung von Einrichtungen des Gesundheitswesens

Die Vorgaben des Bundesinstituts sind für die Beteiligten an der Gesundheitsversorgung unmittelbar verbindlich.

Das Bundesinstitut wird bei seiner Tätigkeit von Landesgeschäftstellen unterstützt, deren Tätigkeit bundeseinheitlich geregelt wird.

Die Beschlüsse der Bundeskuratoriums sind für das Bundesinstitut bindend. Der Bundesminister für Gesundheit kann Beschlüsse des Bundeskuratoriums innerhalb von 4 Wochen beanstanden. In diesem Fall ist im Bundeskuratorium erneut zu beraten. Wird der Beanstandung des Bundesministers für Gesundheit nicht abgeholfen, ist der Rechtsweg im Sozialgerichtsverfahren offen.

Die Einzelheiten hinsichtlich des Bundeskuratoriums (Abs. 1) und des Bundesinstituts (Abs. 2), einschließlich der Finanzierung, regelt ein Vertrag zwischen den Beteiligten nach Abs. 1 Satz 2.

Kommt der Vertrag bis zum 30.06.2000 nicht zustande, wird sein Inhalt durch eine Rechtsverordnung des Bundesministers für Gesundheit festgelegt.



Andrea Fischer  
MITGLIED DES DEUTSCHEN BUNDESTAGES  
BUNDESMINISTERIN FÜR GESUNDHEIT

3a  
Bonn, den 16. März 1999  
Fernruf (0228) 941-1000

An den  
Stellvertretenden Vorsitzenden der  
Bundestagsfraktion der SPD  
Herrn Rudolf Dreßler MdB

An die  
Gesundheitspolitische Sprecherin der  
Bundestagsfraktion der SPD  
Frau Gudrun Schaich-Walch

An die  
Gesundheitspolitische Sprecherin der  
Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen  
Frau Katrin Göring-Eckardt

An die  
Landtagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen  
im Landtag Nordrhein-Westfalen  
Herrn Harald Wölter

An die  
Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen  
des Landes Brandenburg  
Frau Dr. Regine Hildebrandt  
Heinrich-Mann-Allee 103  
14473 Potsdam

An die  
Senatorin für Arbeit, Gesundheit und Soziales Hamburg  
Frau Dr. Karin Roth  
Hamburger Str. 47  
22083 Hamburg

An die  
Ministerin für Soziales des Landes Niedersachsen  
Frau Heidrun Merk  
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2  
30159 Hannover

- Globalbudget (Di, 23. 03.99, 10-ca.16 Uhr)
- Krankenhausbereich (Di, 23.03.99, 16-ca.21 Uhr und Mi, 24.03.99, 9-ca.11 Uhr)
- Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung (Mi, 24.03.99, 11-ca.16 Uhr)

Ort: Bundesministerium für Gesundheit, Raum 335 (Haus A)

Freitag, den 26. März 1999, 14-18 Uhr

Sitzung der politischen Vertreterinnen und Vertreter der Koalitionsfraktionen, der A-Länder und des Bundesgesundheitsministeriums zur Fortführung der politischen Diskussion und Entscheidungsfindung.

Ort: Bundesministerium für Gesundheit, Raum 335 (Haus A)

Weitere zeitnahe Sitzungen auf Fachebene sind im Anschluß daran vorgesehen und werden zwischen den Beteiligten abgestimmt.

Eine weitere Arbeitsgruppensitzung der politischen Vertreterinnen und Vertreter am Montag, den 12. April 1999 (spätnachmittags) bitte ich vorzumerken. Hierzu wird noch eine gesonderte Einladung erfolgen.

Mit freundlichen Grüßen

*Rudolf Fischer*

36

**Ergebnisprotokoll der Bund-Länder-Sitzung „Gesundheitsreform“ (Fachebene)  
am 23. und 24. März 1989**

**- Vorlage für Sitzung der politischen Vertreterinnen und Vertreter  
am 20. März 1989 -**

**I. Globalbudget**

**1. Definition:**

Das Globalbudget ist das Volumen für sämtliche Ausgabenbereiche der GKV, dessen Umfang und Entwicklung als Ausgabenobergrenze normativ vorgegeben wird. Verantwortlich für die Einhaltung des Globalbudgets sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen. Es ist keine haushaltsrechtliche Vorgabe für die einzelne Krankenkasse. Deren Beitragssatz- und Haushaltsautonomie bleibt erhalten.

**2. Ausgangsvolumen:**

Als Ausgangsvolumen des Globalbudgets kommen in Betracht:

Alternative 1: Ist-Ausgaben der Kassen des jeweiligen Verbandes 1988 erhöht um die Veränderungsrate für zwei Jahre

Alternative 2: Haushaltsvolumen der Kassen des jeweiligen Verbandes 1989 erhöht um die Veränderungsrate

Das nähere hierzu wird noch geklärt.

Problem der beiden Alternativen: Die historisch gewachsenen unterschiedlichen Ausgaben-niveaus der Kassenarten (z.B. höhere Ausgaben der Ersatzkassen für die vertragsärztliche Versorgung) gehen in das Ausgangsvolumen ein. Bisherige Rationalisierungserfolge werden nicht berücksichtigt.

**3. Veränderungsrate:**

Es bedarf einer gesetzlichen Vorgabe an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, daß sie bei der Entwicklung des Globalbudgets die Beitragssatzstabi-

lität (Bindung an die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied) zu beachten haben. Die strikte einnahmenbezogene Ausgabenbegrenzung ist eindeutige Vorgabe des Eckpunktes 10.

Die Veränderungsrate wird jeweils für den Zeitraum 01. Juli des vorletzten bis 30. Juni des letzten dem Budgetzeitraum vorausgehenden Jahres im Vergleich zur entsprechenden Vorperiode vom BMG festgestellt und bis zum 15. September bekanntgegeben. Es wird kein Abgleich zwischen der bekanntgegebenen und der tatsächlichen Veränderungsrate in der Budgetperiode vorgenommen, da ein Globalbudget dauerhaft angelegt sein soll und sich im Zeitverlauf positive und negative Abweichungen zwischen Vor- und Berichtsperioden ausgleichen dürfen.

#### 4. Globalbudgetsteuerung:

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen müssen sowohl gegenüber den Leistungserbringern als auch gegenüber ihren Mitgliedern in die Lage versetzt werden, für die Einhaltung ihres Globalbudgets zu sorgen.

Die Krankenkassen haben dafür zu sorgen, daß die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen beschlossene Gesamtvergütung für die stationäre Versorgung in den Verträgen mit den Krankenhäusern realisiert wird. Hierzu sind die gesetzlichen Voraussetzungen im Bereich der Krankenhausfinanzierung zu schaffen: entsprechende Verhandlungskompetenzen der Krankenkassen und kurzfristige Einführung eines pauschalisierten Preissystems (siehe Krankenhausversorgung).

Bei der integrierten Versorgung müssen die Krankenkassen ihre Aktivitäten mit ihren Verbänden abstimmen. Die Verbände können die Zustimmung nur verweigern, wenn die Einhaltung des Globalbudgets gefährdet ist. Die Verbände haben im Verhandlungswege dafür zu sorgen, daß die Gesamtvergütungen in der ambulanten und stationären Versorgung um die Vergütungen der Versorgungsleistungen im Rahmen der integrierten Versorgung versichertenbezogen bereinigt werden. Das Nähere zu den Kriterien der Budgetbereinigung wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbart.

Auch in den übrigen Ausgabenbereichen benötigen die Verbände und die Kassen vertragsrechtliche Handlungsspielräume und gesetzliche Vorgaben.

### 5. Budgeteinhaltung:

In den Vertragsbeziehungen ist den Parteien vorzugeben, daß sie in den Verträgen verbindliche Ausgleichsmechanismen für den Fall der Überschreitungen der vereinbarten Ausgabenvolumina regeln (Selbstregulierung durch die Vertragsparteien). Hierfür sind die rechtlichen Voraussetzungen insbesondere im Krankenhausbereich zu schaffen.

Bei Überschreitung des Globalbudgets erhält der jeweilige Spitzenverband Informations-, Beratungs-, Kontroll- und Einwirkungsrechte zur Behebung der Ursachen einer Budgetüberschreitung.

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben ihre Aufsichtsbehörden über die Steuerung der Globalbudgets jährlich eingehend zu unterrichten. Die Aufsichtsbehörden sind berechtigt, bei Gefahr der Überschreitung des Globalbudgets gezielte Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu veranlassen und erforderliche Maßnahmen durchzusetzen.

### 6. Entscheidungsbedarf:

*Sollen die Landes-/Spitzenverbände bei Überschreitung des Globalbudgets zusätzlich zu Informations-, Kontroll-, Beratungs- und Einwirkungsrechte (BMG-Position) eine über das geltende Recht hinausgehende verbindlichere Finanzausgleichsverantwortung (Länder-Position) erhalten? Soll das Globalbudget den einzelnen Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen (Eckpunkte) oder der einzelnen Krankenkasse (Länder-Position) zugeordnet werden?*

*Zum Problem der Finanzierung der Ost-Kassen (gesamtd deutscher RSA) werden auf Fachebene in einer gesonderten Sitzung die Sachprobleme geklärt.*

## II. Krankenhausversorgung

Die Krankenhausplanung ist verfassungsgemäß Sache der Länder, daher nicht Gegenstand des Gesetzgebungsvorhabens. Im SGB V wird allerdings die Leistungspflicht der Kassen über die Bindung an die Krankenhausplanung der Länder (Kontrahierungszwang mit Plankrankenhäusern) geregelt. Es werden verfassungsrechtlich unbedenkliche Regelungen zur gemeinsamen Rahmenplanung der Krankenkassen und Länder und Modifizierung des Kontrahierungszwanges der Krankenkassen im SGB V geprüft.

Ein pauschaliertes, durchgängiges Preissystem im Krankenhaus wird so schnell wie möglich umgesetzt. Die Selbstverwaltung wird unter Fristsetzung beauftragt, ein solches Preissystem zu entwickeln und einzuführen. Es muß ein Konfliktlösungsmechanismus bei der Festlegung des Preissystems vorgesehen werden. Über die Frist zur Entwicklung und Einführung wird nach Gesprächen mit den beteiligten Verbänden im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens entschieden. Anforderungskriterien an das Preissystem muß der Gesetzgeber vorgeben.

Einführung der Monistik in drei Schritten:

- Die aktuelle Regelung zur Instandhaltungspauschale wird fortgeschrieben.
  - Die Übernahme der pauschalen Fördermittel durch die Krankenkassen erfolgt in strenger Parallelität zur Einführung des neuen Preissystems.
  - Die Finanzierung der Investitionskosten erfolgt ausschließlich über die Preise (keine Fonds).
- Der Zeitpunkt für die Überführung der kompletten Investitionskosten in das Preissystem wird in einem späteren Gesetz festgelegt.

Alle Instandhaltungs- und Investitionskosten werden komplett über Preise finanziert (keine Fondslösung) unter der Maßgabe der Beitragssatzstabilität als Zielsetzung mit Abfederungsmechanismus für unterschiedliche Inanspruchnahme der Krankenhäuser durch die Krankenkassen. Weitere Einzelheiten des Übergangs sind zu klären.

Die Krankenkassen vereinbaren auf Landesebene ein Gesamtbudget für die Krankenhausversorgung (siehe Globalbudget).

Die Krankenkassen müssen die landesweiten Vorgaben in Abstimmung mit den Verbänden in Verhandlungen mit den einzelnen Krankenhäusern umsetzen (siehe Globalbudget).



Ausnahmetatbestände zur Beitragssatzstabilität der Bundespflegesatzverordnung (z.B. Veränderung der medizinischen Leistungsstruktur, zusätzliche Kapazitäten, Tarifierhöhungen) entfallen.

Der Rechtsanspruch auf Mehr-/Mindereerlösausgleich entfällt.

Bei Mengensteigerungen erfolgt eine nachträgliche Prüfung der medizinischen Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung.

Die Summe der Einzelbudgets darf das stationäre Gesamtbudget nicht überschreiten (siehe Globalbudget). Die erforderlichen Anpassungsmechanismen an das Gesamtbudget sind im einzelnen noch zu klären.

Es werden kurzfristig DRGs (Diagnosis Related Groups) für Krankenhausbetriebsvergleiche und Budgetverhandlungen eingeführt.

### III. Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung

#### 1. Integrierte Versorgung:

*Befr?*

Die KBV und Spitzenverbänden der Krankenkassen schließen Rahmenvereinbarungen über die Kriterien für die Verträge zu den integrierenden Versorgungsformen (Qualitätsanforderungen und -sicherung, Rechtsformen, Finanzierungsmodalitäten zur Bereinigung der Gesamtvergütung). Die Rahmenvereinbarungen sind schiedsamtstfähig.

Die KVen werden in folgender Weise eingebunden: Die Integrationsverträge müssen den KVen vorgelegt werden. Diese prüfen die Verträge auf ihre Vereinbarkeit mit den obengenannten Rahmenvereinbarungen. Im Konfliktfall zwischen der KV und den Vertragsparteien entscheidet das Schiedsamt.

Es besteht Klärungsbedarf, ob auch Vorgaben für Rahmenvereinbarungen zwischen Spitzenverbänden und der Krankenhaussseite erforderlich sind.

*▽*  
*0*

In folgenden Punkt besteht Entscheidungsbedarf: Wer ist Vertragspartner auf Seiten der GKV für die integrierten Versorgungsverträge? Nach den Eckpunkten sollen die Krankenkassen diese Verträge gemeinsam und einheitlich schließen. Die Arbeitsgruppe der A-Länder schlägt Vertragsbeziehungen einzelner Kassenarten bzw. einzelner Kassen mit Leistungserbringern vor.

#### 2. Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung:

Die Krankenhäuser können im Rahmen der Bedarfsplanung eine institutionelle Ermächtigung zur Teilhabe an der vertragsärztlichen Versorgung für hochspezialisierte Leistungen (nach den Kriterien Diagnosen, Fallzahlen und regionaler Bedarf) erhalten.

Es wird geklärt, ob die ambulante Weiterbehandlung im Krankenhaus bei nicht-indizierter Einweisung praktikabel ist.

Die Praktikabilität der kurzstationären Behandlung durch niedergelassene Ärzte wird geprüft.

*Notfall ambulant*

### 3. Stärkung der Hausärzte:

Die Selbstverwaltung von GKV und Ärzteschaft stellt über den Honorarverteilungsmaßstab (HVM) sicher, daß den Hausärzten im Rahmen der Gesamtvergütung ein Honoraranteil in angemessenem Umfang zur Verfügung steht. Es wird geprüft, wie diese Vorgabe zielführend umgesetzt werden kann. Es wird auch geprüft, ob eine angemessene Vergütung für Hausärzte über den Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) sichergestellt und zugleich (durch Satzungsvorgabe an die KV) verhindert werden kann, daß der EBM durch den HVM konkurrenziert wird.

Anreizsysteme für die hausärztliche Versorgung werden näher geprüft.

### 4. Ambulant durchführbare Eingriffe:

Nach dem Muster des bestehenden Kataloges ambulant durchführbarer Operationen wird in einer zweiseitigen Rahmenvereinbarung (Spitzenverbänden der Krankenkassen und Krankenhaussseite) ein Katalog von Eingriffen festgelegt. Darüber hinaus wird ein engerer Katalog von Eingriffen festgelegt, die dem Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen (MDK) unterliegen. Diese Leistungen müssen krankenhausindividuell aus dem Krankenhausbudget herausgerechnet werden.



# Bundesministerium für Gesundheit

4

## Kurzfassung

### Warum wir die Strukturen der gesundheitlichen Versorgung verändern müssen

Erläuterungen zu den Eckpunkten  
vereinbart zwischen den  
Arbeitskreisen „Gesundheit“ der Bundestagsfraktionen von SPD  
und Bündnis 90/Die Grünen  
und dem Bundesministerium für Gesundheit

Stand: 08. März 1999

Die Versicherten und Patienten haben in den bisherigen Diskussionen über Veränderungen im Gesundheitswesen kaum eine Rolle gespielt. Jetzt stehen sie bei der Strukturveränderung der gesundheitlichen Versorgung erstmals im Mittelpunkt. Mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit dient ihren Interessen nach einer bedarfsgerechten medizinischen und pflegerischen Versorgung. Ihre Rechte werden gestärkt, und ihre Information wird verbessert. Nur informierte und aufgeklärte Versicherte und Patienten können ihre Gesundheit fördern und sind in der Lage, die Einrichtungen des Gesundheitssystems sinnvoll zu nutzen.

Gestiegenen Anforderungen an die gesetzliche Krankenversicherung hat die Entwicklung der Leistungsausgaben Rechnung getragen und wird dies auch weiterhin tun. Die Leistungsausgaben sind gewaltig gewachsen, von rd. 180 Mrd. DM 1991 auf rd. 250 Mrd. DM 1998. Sie werden auch künftig bei stabilen Beitragssätzen wachsen, weil die der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehenden Finanzmittel entsprechend der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen durch die Erhöhung der Löhne und Gehälter steigen.

Vor allem aber verbergen sich unter den Leistungsausgaben von rd. 250 Mrd. DM noch reichlich Unwirtschaftlichkeit und Verschwendung. Es ist die erste Pflicht und Schuldigkeit, erst diese Reserven zu bemühen, bevor an die Erschließung neuer Finanzquellen auch nur gedacht wird. In dieser Verantwortung für einen effizienten Mitteleinsatz stehen alle Akteure in der gesetzlichen Krankenversicherung, auch die Leistungserbringer.

Deshalb geht es bei der Strukturveränderung der gesundheitlichen Versorgung darum, mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit durchzusetzen, nicht aber um Leistungsabbau oder die Beschaffung von zusätzlichen Einnahmen für die gesetzliche Krankenversicherung.

Mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit bei stabiler Entwicklung der Finanzen, das sind die Aufgaben, denen sich die Politik stellt. Mit der Veränderung der Strukturen in der gesundheitlichen Versorgung wird Unwirtschaftlichkeit beseitigt, werden Kooperation und Integration der unterschiedlichen Leistungsbereiche hergestellt, wird durchgängig nachprüfbar Qualität im medizinischen und pflegerischen Geschehen durchgesetzt und werden die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung stabilisiert.

Die Bausteine dazu sind:

**Die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung - integrierende Versorgungsverträge:** Im Interesse der Patientinnen und Patienten muß die Versorgung so organi-

sirt werden, daß sie sich an den Versorgungsbedürfnissen der Kranken ausrichtet und nicht an bestehenden Strukturen. Dazu gehört die Integration zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern und zwischen dem ambulanten und stationären Bereich.

Die Krankenkassen erhalten die gesetzliche Möglichkeit, Verträge mit einzelnen ambulanten Leistungserbringern bzw. Gruppen von Leistungserbringern und Krankenhäusern abzuschließen, die solche integrierten Versorgungsformen als einheitliche und gemeinsame Regelversorgung anbieten.

Der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung dient auch die Möglichkeit, daß Krankenhäuser in eingeschränktem Umfang zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung zugelassen werden. Dem entspricht die Möglichkeit, daß Vertragsärzte in begrenztem Umfang Versicherte sowohl ambulant als auch kurzstationär zur Sicherung der Behandlung im Krankenhaus betreuen können.

Ambulant vor stationär ist im Interesse der Patientinnen und Patienten. Um diesen Grundsatz konsequenter umzusetzen, wird ein Katalog ambulant durchführbarer Eingriffe durch die gemeinsame Selbstverwaltung erarbeitet werden. Es wird ein einheitliches Preissystem für solche Eingriffe geben - unabhängig davon, ob sie vom Vertragsarzt oder vom Krankenhaus ambulant durchgeführt werden.

In Zukunft wird die Anschaffung und gemeinsame Nutzung von medizinischen Großgeräten im Rahmen einer Großgeräteplanung zwischen dem stationären und ambulanten Bereich abgestimmt werden, um Überkapazitäten abzubauen und die Verschwendung durch die Anschaffung überflüssiger, teurer Geräte zu verhindern.

**Die Stärkung der hausärztlichen Versorgung:** Um sicherzustellen, daß Patientinnen und Patienten „zur richtigen Zeit am richtigen Ort“ behandelt werden, bedarf es eines kompetenten „Lotsen“, der nicht nur die Betreuung durch geeignete ärztliche und nichtärztliche Spezialisten organisiert und koordiniert, sondern auch in der Lage ist, die häufigen Alltagsbeschwerden der Menschen und die verbreiteten Krankheiten effizient zu behandeln.

Dazu gehört insbesondere eine verbesserte Kommunikation zwischen dem Hausarzt des Patienten und den an der Behandlung beteiligten Fachärzten, Krankenhäusern und weiteren Einrichtungen der medizinischen Versorgung durch z.B. zeitnahe Übermittlung von Befunden und Berichten.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben eine angemessene Finanzierung der hausärztlichen Versorgung durch einen eigenen Honoraranteil sicherzustellen und für den Honorarverteilungsmaßstab das Einvernehmen mit den Kassen herzustellen. Für die hausärztliche Versorgung werden eigenständige Vergütungsformen vereinbart.

**Stärkere Orientierung auf Prävention, bedarfsgerechte Behandlung und Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung:** Die Rahmenbedingungen für eine bevölkerungsweite Prävention, vor allem auch in Form der Gruppenprophylaxe, sowie für eine an der Prävention orientierte kurative Versorgung werden verbessert. Die Erfolge intensiver Prävention steigern die Mundgesundheit, senken den kurativen Behandlungsbedarf und erfordern eine die bedarfsgerechte Versorgung fördernde Vergütungsordnung und entsprechende Rahmenbedingungen wie z.B. eine effektive Qualitätssicherung.

Die zahnmedizinische Versorgung ist heute von der prothetisch orientierten Behandlungsweise des Zahnarztes geprägt. Es kommt deshalb darauf an, einen klaren und verbindlichen Leistungskatalog zu erstellen, der auch die Möglichkeit bietet, den medizinischen Fortschritt im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen. Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen hat in Zukunft verstärkt externen Sachverstand (Epidemiologie, Sozialmedizin, Fachwissenschaften der Zahnmedizin) einzubeziehen, um den Leistungsrahmen in Richtlinien und die Bewertungsmaßstäbe zur Vergütung festzulegen sowie die Rahmenbedingungen von Prävention und Qualitätssicherung zu erarbeiten.

Im gegenwärtigen Vergütungssystem werden Zahnersatz und Kieferorthopädie überbewertet, zahnerhaltende Leistungen jedoch unterbewertet und wichtige präventive Leistungen zu wenig berücksichtigt. Der von der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen und Vertragszahnärzte zu bestimmende Bewertungsmaßstab für zahnmedizinische Leistungen muß entsprechend verändert werden.

Regelungen, nach denen die Versicherten die Mehrkosten einer aufwendigeren Versorgung zu tragen haben, bewirken eine Fehlsteuerung der zahnmedizinischen Versorgung, da nicht ausschließlich die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sondern auch betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte das Behandlungsgeschehen bestimmen. Anreize für die Übernahme des zahnmedizinischen Fortschritts in den Leistungskatalog durch den Bundesausschuß entfallen. Die Patientinnen und Patienten werden zudem mit hohen privaten Abrechnungen belastet. Deshalb wird nach alternativen Regelungen gesucht, die diese Fehlentwicklung vermeiden.

**Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung:** Mit über 45.000 Arzneimitteln stehen wir in der Arzneimittelvielfalt international an der Spitze. Tausende von diesen Arzneimitteln sind auf Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit nicht hinreichend überprüft. Unübersichtlichkeit ist eine Ursache für Arzneimittelverschwendung und wird durch eine Positivliste beendet werden. Eine solche Positivliste gibt dem einzelnen Arzt ein wirksames Instrument zur rationalen Arzneimitteltherapie an die Hand.

Es bedarf transparenter Hilfen für die Vereinbarungen von Arznei- und Heilmittelbudgets zwischen den Krankenkassen und den Ärzten, damit eine konsequentere Orientierung an den Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit erfolgt. Am besten eignet sich dafür eine Orientierung an den Versorgungsregionen, in denen in den vergangenen Jahren eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung gewährleistet wurde (Prinzip des Benchmarking).

Es wird geprüft, ob die Zuzahlungen der Versicherten in Zukunft nach medizinischen Kriterien beitragsatzneutral differenziert werden können. Das Recht der Krankenkassen zur Information über Arzneimittel wird gestärkt.

Zum Preismanagement der gesetzlichen Krankenversicherung bei Arzneimitteln wird das System der Festbeträge auf eine sichere rechtliche Grundlage gestellt.

Durch die Abgabe von Reimport-Arzneimitteln, die verbindlich zu regeln ist, entfaltet sich ein zusätzlicher Druck auf die Preise.

**Bedarfsgerechte Investitionen und leistungsgerechte Vergütung im stationären Bereich:** In Zukunft sollen die Länder und die Krankenkassen gemeinsam die Rahmenplanung vornehmen. Die Krankenkassen werden die Investitionskosten übernehmen (monistische Finanzierung). Das kann allerdings nur schrittweise geschehen, damit die Krankenkassen finanziell nicht überfordert werden. Der bereits im Jahr 1997 vollzogene erste Schritt, die Übernahme der Instandhaltungskosten für Krankenhausgebäude, bleibt bestehen, weil sonst die Substanz mancher Krankenhäuser ernsthaft in Gefahr wäre. In einem zweiten Schritt übernehmen die Krankenkassen die Finanzierung der pauschalen Fördermittel z.B. für Geräte und Ausstattungen von den Ländern.

Auch im Krankenhaus muß es durchgängig zu einer leistungsgerechten Vergütung kommen. Das ist heute immer noch überwiegend nicht der Fall. Dies führt dazu, daß bei gleichen Lei-



stungen/Behandlungen, die in verschiedenen Krankenhäusern erbracht werden, unterschiedlich mit den Krankenkassen abgerechnet wird. Deshalb muß ein pauschaliertes Preissystem entwickelt werden, das die leistungsgerechte Mittelverteilung für den gesamten stationären Behandlungsablauf sicherstellt.

**Stärkung von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe:** Die Förderung der Gesundheit und die Verhütung von Krankheiten sind unverzichtbar für ein modernes Gesundheitssystem. Ein wesentlicher Faktor sind die Selbsthilfeorganisationen, deren Integration in das Gesundheitssystem längst überfällig ist. Deshalb muß es zur gesetzlichen Aufgabe der Krankenkassen gehören, entsprechende Maßnahmen einschließlich der Selbsthilfe zu finanzieren.

Die Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung sind durch geeignete Vorschriften, z.B. durch einen festzusetzenden Pauschalbetrag pro Versicherten, sicherzustellen. Auch in die betriebliche Gesundheitsförderung werden die Krankenkassen wieder stärker einbezogen. Unfall- und Krankenversicherung werden stärker zusammenarbeiten. Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden gemeinsam und einheitlich Kriterien für qualitativ ausgerichtete Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention vereinbaren.

**Förderung der Rehabilitation:** Die Rehabilitation ist ein neuer Schwerpunkt in der gesundheitlichen Versorgung, wobei der Grundsatz gilt: „Rehabilitation vor Rente und Rehabilitation vor Pflege“. Dazu ist die Vernetzung präventiver, akuter und rehabilitativer Therapieformen sicherzustellen.

Um diese Ziele zu erreichen, muß der Bereich der Rehabilitation von dem der Kuren klar abgegrenzt werden. Hinzukommen u.a. die Flexibilisierung der Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen, die Qualifizierung von Ärzten im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung zur besseren Bestimmung und Nutzung von Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Absenkung von Zuzahlungen. Diese Maßnahmen werden schrittweise umgesetzt.

**Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung:** Qualitätssichernde Maßnahmen werden mehr als bisher in der gesundheitlichen Versorgung etabliert. Das nützt den Patientinnen und Patienten und trägt auch zu einem effizienten Einsatz der Ressourcen bei. Dies kommt der gesundheitlichen Versorgung zugute, während die bisherigen Reformen mit ihrer einseitigen Orientierung auf Kostensenkung die Qualität weitgehend unberücksichtigt ließen.

Die Ergebnisse der Qualitätsmaßnahmen sollen regelmäßig öffentlich gemacht werden und in die Information und Beratung der Versicherten und Patienten einfließen.

**Erweiterung von Patientenrechten und Patientenschutz:** Das deutsche Gesundheitswesen ist einseitig auf Leistungserbringer und Kostenträger ausgerichtet. Patientinnen und Patienten tauchen meist als Objekte der Fürsorge auf. Der Patientenschutz muß besser verankert und eine umfassende Information und Aufklärung rechtlich abgesichert werden.

Zudem bedürfen die Versicherten unabhängiger Anlaufstellen und Beratungseinrichtungen. Auch hier müssen sich die Krankenkassen engagieren. Der Medizinische Dienst sollte auch direkt Versicherte beraten. Die Krankenkassen sollen Versicherte bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen unterstützen.

**Verbesserung der Datentransparenz und Datengrundlagen zur Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung:** Die Konkretisierung der kassenartenübergreifenden Zusammenführung der Daten führt dazu, daß diese zur Steuerung des Leistungsgeschehens besser genutzt werden können und sich die Transparenz erhöht.

Dadurch verbessert sich auch die Gesundheitsberichterstattung, deren grundsätzlicher Wert sowohl für die Bundesebene wie für eine regionale Gesundheitspolitik der Länder und Gemeinden unbestritten ist.

Insgesamt muß dabei dem Datenschutz uneingeschränkt Rechnung getragen werden.

**Stärkung der Selbstverwaltung:** Die vertragsärztliche Selbstverwaltung muß sich auf hauptamtliche Strukturen umorientieren so wie die gesetzlichen Krankenkassen dies bereits getan haben. Es wird verbindlich das Verhältniswahlrecht eingeführt, damit alle maßgeblichen Interessengruppen die Möglichkeit haben, entsprechende Vertreter in die Selbstverwaltungsorgane zu entsenden.

Die heutigen Bundesausschüsse bestehen ausschließlich aus Vertretern der Vertragsärzte und der Krankenkassen. Künftig werden auch Vertreterinnen und Vertreter von nichtärztlichen Berufen in sie betreffende Entscheidungen eingebunden werden.

**Beseitigung von Wettbewerbsverzerrungen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung:** Der PKV Standardtarif wird z.B. durch Absenken der Altersgrenze von 65 auf

55 Jahre ausgebaut, damit so unzumutbare Prämienbelastungen für Privatversicherte vermieden werden können.

Zum Schutz der Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung wird der Grundsatz „einmal privat, immer privat“ konsequent verwirklicht.

**Abbau der ambulanten Überversorgung/Bedarfsplanung:** Da das Versorgungsangebot die Nachfrage nach medizinischen Leistungen erheblich beeinflusst, werden geeignete Maßnahmen entwickelt, die dieser Tendenz entgegenwirken. Darüber hinaus wird den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit eingeräumt, Vertragsarztpraxen in überversorgten Regionen bei Praxisaufgabe gegen eine am Verkehrswert bemessene Entschädigung zu schließen und Facharztstühle in solche für Hausärzte umzuwandeln.

**Mehr Beitragsgerechtigkeit für Bezieher einer geringen Rente:** Die Benachteiligung freiwillig versicherter Rentnerinnen und Rentner mit einer geringen Rente gegenüber pflichtversicherten wird durch eine beitragsrechtliche Änderung beseitigt.

**Stabilisierung der Beitragssätze und Erleichterung der sektorübergreifenden Versorgung durch ein Globalbudget:** Die Finanzen müssen dahin gelenkt werden, wo sie für die gesundheitliche Versorgung am sinnvollsten eingesetzt werden. Würde man lediglich zusätzliche Einnahmequellen schaffen, würden diese Fehlsteuerungen sich weiter verschärfen. Die heute starr getrennten Ausgabensummen für die beiden großen Leistungsbereiche der ambulanten und stationären Versorgung verhindern einen flexiblen und rationellen Mitteleinsatz. Sie produzieren Unwirtschaftlichkeiten, die nicht länger hinzunehmen sind.

In Zukunft werden deshalb die Krankenkassen und ihre Verbände über den Einsatz des insgesamt zur Verfügung stehenden Finanzvolumens mit den jeweiligen Leistungserbringern verhandeln. Ausgangspunkt für die Verhandlungen muß dabei die Frage sein, was zur medizinischen Versorgung notwendig ist und nicht die Erstattung der von den jeweiligen Leistungserbringern produzierten Kosten:

Das der Kassenseite zur Verfügung stehende Finanzvolumen ist das Globalbudget. Es setzt sich zusammen aus den Ausgaben für die neu eingeführten integrierenden Versorgungsformen, die Gesamtvergütung für die Vertragsärzte (eingeschlossen ist wie bisher ein Arznei- und Heilmittelbudget) und die von den Krankenkassen auf Landesebene zu vereinbarende Ge-

samtvergütung für die Krankenhäuser. Die Kassenseite hat das Verhältnis dieser Ausgaben landesweit und regional auszuhandeln.

Mit einer solchen globalen Finanzsteuerung, verbunden mit den Maßnahmen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität, können die Beitragssätze stabil bleiben. Deshalb haben die Beteiligten darauf zu achten, daß die Steigerungsrate der Ausgaben nicht den Zuwachs bei den beitragspflichtigen Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigt. Dies ist die entscheidende Voraussetzung für Beitragssatzstabilität.

Auf diese Weise werden Belastungen für Versicherte verhindert, und es wird dafür gesorgt, daß die Lohnnebenkosten sich nicht wegen steigender Beitragssätze erhöhen. Damit leistet die gesetzliche Krankenversicherung einen wesentlichen Beitrag zum Bündnis für Arbeit.

Verantwortlich für die Beitragssatzstabilität sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen.



Andrea Fischer  
Mitglied des Deutschen Bundestages  
Bundesministerin für Gesundheit

# Gesundheitspolitischer Rundbrief

März 1999

5  
Grüne

## Inhalt:

- \* Einladung zur BürgerInnensprechstunde S. 2
- \* Erste Akzente in der Gesundheitspolitik:
  - Rede zur ersten Lesung des Gesetzentwurfes zum sogenannten "Vorschaltgesetz" S. 3
  - Pressemitteilung zum "Vorschaltgesetz" S. 9
  - Rede zur zweiten/dritten Lesung des Gesetzentwurfes S. 14
  - Pressemitteilung zur Notwendigkeit von "Vorschaltgesetz" und Strukturreform S. 19
- \* Die Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung
  - "Lifestyle und Wohlbefinden sind nicht Sache der Solidargemeinschaft" S. 22
  - DAS ECKPUNKTEPAPIER ZUR GESUNDHEITSREFORM 2000 S. 25
- \* "Eine Gesundheitsministerin in Lederkneipen?"
  - Interview "Männer aktuell" S. 36
  - Pressemitteilung zur Verbesserung der AIDS-Prävention S. 38
- \* Das Arbeitsprogramm der deutschen EU-Ratspräsidentschaft für den Gesundheitsministerrat am 8. Juni '98 S. 40

## Berliner Regionalbüro

-Florian Lanz-

Oranienstr. 25, 10999 Berlin

Tel.: 030/61 50 05 38, Fax: 030/61 60 99 16

eMail: andrea.fischer@wk.mdb.bundestag.dbp.de

BÜNDNIS 90  
DIE GRÜNEN

Einladung zum Gespräch:

***BürgerInnensprechstunden mit:  
Andrea Fischer:***

**26. April 1999  
17.00 - 19.00**

**Uhr  
in**

**Hellersdorf**

**12. Juli  
1999**

**16.00 - 18.00  
Uhr**

**Achtung:**

Bei der letzten Sprechstunde am 8. März waren  
so viele Leute dort, dass sich zur Vermeidung von  
langen Wartezeiten

**bitte alle zur Sprechstunde  
anmelden unter**

**Tel: 61 50 05 38.**

**BÜNDNIS 90  
DIE GRÜNEN**

**Grüne**

## **Vor der ärztlich kontrollierten Originalstoffvergabe: welche Fragen stellen sich?**

„Abstinenz ist ein Idealziel, das man anstreben sollte, aber nicht um jeden Preis. Die betroffene Person muß bestimmen, wann für sie der Zeitpunkt gekommen ist, die Abstinenz zu wagen.“ (Vera Camenisch, Sozialarbeiterin im Heroinverschreibungsprojekt „H“ in Thun)

### **1. Zur Diskussion um eine Originalstoffvergabe in den letzten 10 Jahren**

Spätestens seitdem die im Herbst 1998 gebildete Regierungskoalition aus SPD und Bündnis 90/Die Grünen eine Unterstützung von Heroinerprobungsvorhaben auch in Deutschland angekündigt hat, scheint eine Umsetzung immer machbarer. Der Diskussionsprozeß um eine solche Behandlung ist in der Fachöffentlichkeit, Politik, aber auch in der allgemeinen Öffentlichkeit schon seit einiger Zeit im Gang. Die Liste der Befürworter ist lang: u.a. die Bundesärztekammer, etliche Polizeipräsidenten großer deutscher Städte (siehe die tageszeitung v. 16.6.98) verschiedene Fachverbände (DHS, akzept, FDR) und viele ExpertInnen haben sich für Erprobungsverfahren der kontrollierten Heroinabgabe ausgesprochen. Die Diskussion findet nicht nur in Deutschland, sondern auch in den europäischen Nachbarländern, aber auch in Kanada (Fischer/Rehm 1997) oder den USA und Australien statt. Die Frage ist, ob die ärztliche Vergabe von Originalstoffen, d.h. Diamorphin bzw. Heroin, ein geeigneter und ergänzender Weg in der Behandlung Drogenabhängiger ist und damit einen weiteren Baustein zur Differenzierung des Suchtkrankenhilfesystems darstellt.

Diese Auseinandersetzung vollzieht sich weniger spektakulär und polarisiert als zu erwarten war. Die grundsätzliche Debatte über eine medikamentöse Behandlung Drogenabhängiger fand stellvertretend für weitere bereits in den 80er Jahren am Modell der Substitutionsbehandlung mit Methadon statt. Diese Debatte - oft wurde sie als ‚Glaubenskrieg‘ bezeichnet - ist vorläufig beendet: die Substitutionsbehandlung kann heute als die Behandlungsform in Deutschland bezeichnet werden, die auf die größte Reichweite verweisen und erhebliche Erfolge in der gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung der PatientInnen vorweisen kann (siehe Michels/Stöver in diesem Band). Der Damm gegen medikamentengestützte Behandlungsformen scheint gebrochen.<sup>1</sup> Darüber hinaus hat die Substitutionsbehandlung auch dazu geführt, daß die Ärzte endlich in der Behandlung Drogenabhängiger Verantwortung übernommen und das mit dem Schwerpunkt psycho-sozialer Hilfen organisierte Suchtkrankenhilfesystem mit medizinischen Basisbehandlungen ergänzt haben. Zwar sind es immer noch zu wenig Ärzte, die Erfahrungen in der medikamenten-gestützten Behandlung Drogenabhängiger haben, doch das Sucht- und Drogenfachwissen vieler Ärzte hat sich über die Substitutionsbehandlung erheblich verbessert. Diese neue Situation in Koppelung mit reduzierten Berührungängsten (nicht zuletzt rechtliche und standesrechtlich begründet) mit der Opiatvergabe (mit positiven Nebenwirkungen auf den Einsatz von Opioiden in der schmerztherapeutischen Behandlung) könnten somit eine infrastrukturelle Grundlage für eine ärztlich kontrollierte Heroinabgabe darstellen.

Heute klingt es weit weniger utopisch als vor 10 Jahren, als die Grünen im Bundestag 1989 forderten, eine „unter Aufsicht niedergelassener oder im Krankenhaus tätiger Ärzte und in Zusammenarbeit mit therapeutischen Hilfsangeboten stattfindende kontrollierte Abgabe“ von Opiaten, Kokain, Amphetaminen an Drogenkonsumentinnen zu ermöglichen. Hier wurde bereits an eine Erweiterung verschreibbarer Originalsubstanzen gedacht.

Der Gesetzentwurf sah damals weiter eine „Entkriminalisierung aller ärztlichen und therapeutischen Behandlungsmethoden, die per Verordnung von Stoffen medizinische Hilfen für DrogenkonsumentInnen zum Ziel haben“ vor. Im Grunde wurde in diesem Gesetzentwurf auch ein Plädoyer für eine Therapiefreiheit der Ärzte in der Behandlung Suchtkranker gehalten, die bis heute eingeschränkt wird durch die ‚ultima ratio‘-Klausel im §13 BtMG („Die Anwendung ist dann nicht begründet, wenn der Zweck auf andere Weise erreicht werden kann“). Die in dieser Klausel ausgedrückte Priorisierung drogenfrei ausgerichteter stationärer Therapie wirkte auf viele Ärzte abschreckend: Sie warf einen Verdacht der Minderwertigkeit auf medikamentengestützte Therapieformen. Nun ist es in der Regel so, daß es allgemeinen ärztlichen Sorgfaltsregeln entspricht, vor Beginn einer längerfristigen medikamentengestützten Therapie andere, ggf. weniger einschneidende, Methoden der Behandlung der Opioidabhängigkeit zu prüfen. Nach dem heutigen

<sup>1</sup> Gleichwohl kommt es immer wieder zu ideologisch begründeten Attacken gegen die Substitutionsbehandlung (so z.B. „Tödliche Therapie“ in: FOCUS Nr. 43/1998 oder im „Drogenreport“ Nr. 5/1998)

Stand der Wissenschaft kann jedoch nicht gesagt werden, daß der ‚Zweck‘ auf andere, drogenfrei-ausgerichtete Weise, etwa in stationärer Langzeittherapie, eher oder überhaupt erreichbar wäre. Eine rechtliche Gleichstellung drogenfreier Therapie mit medikamentengestützten Behandlungsformen würde die Rechtssicherheit und die Bereitschaft vieler Ärzte zu medikamentengestützten Behandlungsformen erhöhen und eine Angleichung an fachliche Standards im europäischen Ausland bedeuten (vgl. akzept 1997; Böllinger/Stöver/Fietzek 1995).

Vor 10 Jahren erfolgte eine Diskussion über eine Heroinabgabe im wesentlichen entlang des seit den 20er Jahren praktizierten, aber wenig erforschten und dokumentierten, ‚British System‘ der ärztlichen Verschreibung von Drogen an Abhängige (vgl. etwa Marks 1992; vgl. Bschor 1980, S. 465). Bereits 1926 hatte das Rolleston Committee festgeschrieben: „Heroin und andere Drogen nur noch Drogenabhängigen zu verschreiben, wenn der Patient nicht ohne gravierende Entzugssymptome entgiftet werden könnte, wenn der Patient eine allmähliche auch noch so langsame Entziehungskur durchmachte oder wenn der Patient die Droge brauchte, um ein nützliches und normales Leben zu führen. Dieser letzte Grund ermöglichte eine liberale Interpretation des Systems“ (Mühlhausen 199, S. 33). Bemerkenswert an der britischen Verschreibungspraxis waren die Prinzipien der ‚Harm-Reduction‘, das Engagements der Ärzte in diesem Feld und der unerwartete Pragmatismus in der Zielperspektive des Suchtkrankenhilfesystems. Das Behandlungsziel der Abstinenz wurde erweitert um das Ziel der Reduzierung der schädlichen Konsequenzen des Konsumverhaltens sowohl für die Abhängigen selbst als auch für ihre nähere Umgebung und die Gesellschaft als Ganzes. Harm-Reduction, inklusive einer Heroinverschreibung meint jedoch auch: „Die Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe müssen benutzerfreundlich sein, um Kontaktaufnahmen überhaupt zu ermöglichen. Über erste Kontaktaufnahmen werden dann eventuell Verhaltensänderungen möglich. Erreichbarkeit, Vertraulichkeit, Unkompliziertheit und benutzerorientierte Dienstleistungen müssen gewährleistet sein“ (Mühlhausen 1998, 21)

Inzwischen liegen Abschlußergebnisse einer umfangreichen wissenschaftlichen Studie über die Schweizer Heroinabgabep Praxis der Jahre 1994-1996 vor. Die Ergebnisse seien hier nur kurz skizziert:

- Erreichbarkeit der Zielgruppe mit dem Angebot der Heroinverschreibung
- Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes sowohl in der körperlichen als auch der psychischen Gesundheit
- Veränderung des Suchtverhaltens hin zu einem Rückgang des illegalen Heroin –und Kokainkonsums
- Soziale Integration in Bezug auf Arbeiten, Wohnen, Schuldenabbau
- Drastische Reduktion der Delinquenz
- Überdurchschnittliche hohe Haltequote im Vergleich zu anderen Behandlungsprogrammen für Heroinabhängige
- Volkswirtschaftlicher Nutzen dank Reduktion der Kosten von Strafverfolgung und Strafvollzug, sowie von Krankenbehandlungen (vgl. Uchtenhagen 1998, S. 75ff; vgl. auch Mühlhausen 1998, S. 175ff)

Die Forscher empfehlen eine Weiterführung der heroingestützten Behandlungsform, ihr Stellenwert wird jedoch eingeschränkt: „Die (...) positiven Ergebnisse bedeuten nicht, daß die heroingestützte Behandlungsform sich nun als primäre Therapie der Wahl empfiehlt. Vielmehr bildet sie eine Ergänzung der Behandlungspalette, die nach wie vor die abstinenzorientierten Therapien und die Substitutionsbehandlung mit oralem Methadon umfassen muß“ (Uchtenhagen 1998, S.81). Eine Ergänzung der bisherigen therapeutischen Palette – nicht mehr aber auch nicht weniger. Dabei kann man sich einer Akzeptanz solcher Vorhaben in der Öffentlichkeit sicher sein: In der Schweiz haben die Gegner solcher Verschreibungspolitik in einer Volksabstimmung im Herbst 1997 eine empfindliche Niederlage erlitten. In den Städten fand sich ein Zustimmungsggrad von 70-80%.

## 2. Zur Kritik an der Originalstoffvergabe

Die KritikerInnen der Originalstoffvergabe argumentieren im Grunde mit ähnlichen Argumenten wie in der Substitutionsbehandlung: ‚Suchtverlängerung‘, ‚Kapitulation vor der Sucht‘, ‚Dealer in Weiß‘, oder wie unlängst der Kommentar zur Originalstoffvergabe in der Schweiz im Deutschen Ärzteblatt unter dem Titel ‚Kaum Abstinenz‘ ausführte: „Nur wenige Klienten sind suchstofffrei geworden“ (Bumm 1997, B2208). Dies macht die Erwartungsüberfrachtung – ähnlich wie in der Substitutionsbehandlung – deutlich: Von einem Programm für die am stärksten verletzten, älteren Drogenabhängigen mit langen Suchtkarrieren (siehe unten) werden in relativ kurzer Zeit maximale Erfolge verlangt. Der Wert der Palliativmedizin als solcher, in der Philosophie der Schadensminimierung wird völlig mißachtet.



Diese Erwartungsüberfrachtung ließe sich für die sozialen Auswirkungen fortsetzen, wie sie auch für Methadon formuliert wurde. Deutlich wird, daß die Fixierung auf eine Substanz, eine neue Substanz das Drogenproblem reduziert auf pharmakologische Dynamiken. Die Lehre aus der Substitutionsbehandlung ist, daß Methadon zwar ein Katalysator für Lebenslagenverbesserungen ist, daß aber durch ambulante psycho-soziale Unterstützungen und mögliche Förderung von Eigenkompetenz Fortschritte überhaupt oder schneller erreicht werden konnten. Der Abschied von der pharmakologischen Omnipotenz äußert sich mehr und mehr in einer realitätsgerechten Wahrnehmung des Drogenproblems: Die deutschen Polizeipräsidenten zumindest, die sich für eine Heroinvergabe aussprechen, sehen diese Behandlungsform im Spektrum anderer, bereits erprobter und bewährter Therapien.

Der nordrhein-westfälische Drogenbeauftragte Hüsgen (1998, 10) weist auf die öffentlich vorgetragene Kritik am Schweizer Modellprojekt hin: Daß Methadonpatienten in das Heroinprogramm zurückgefallen seien, daß die Rate der Übertritte in andere Behandlungsschritte gering sei. „Grundsätzlich schimmert in der Kritik die Sorge um eine Suchtverlängerung durch; zusätzlich die Unfähigkeit zu verstehen, daß ein illegal verschafftes Rauschgift im Rahmen eines Behandlungssettings etwas anderes sein kann, nämlich ein ärztlich verordnetes Arzneimittel, und somit grundlegend anders wirkt.“ Der Blick auf das klinische setting der Vergabe einer sauberen Substanz verdeutlicht die Umwertung einer Droge mit hedonistischer Besetzung auf ein Medikament im Rahmen einer Krankenbehandlung. Von den NutzerInnen wird ein grundsätzlicher Perspektivwechsel verlangt: die Besetzung einer Substanz von der Droge zum Medikament und auch eine Veränderung des Selbstbildes vom Heroinkonsum als Lebensstil zum Patientenstatus. Dies bedeutet auch für die Akzeptierende Drogenarbeit eine Übersetzungsleistung.

Leune (1995, S. 10) vom Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR) führt als kritisches Argument gegen Heroinverschreibung an, daß mit solchen Programmen ordnungspolitische Ziele verfolgt werden könnten: „Je mehr Drogenabhängige unter kontrollierten Bedingungen betreut, beraten oder behandelt werden oder zumindest einen adäquaten Ersatz für die auf der Szene konsumierten Drogen erhalten, desto geringer ist die ‚Belästigung‘ der Öffentlichkeit durch diese Abhängigen“. Dieses Argument ließe sich allerdings gegen alle sozialarbeiterischen Interventionen ins Feld führen – selbst gegen stationäre Langzeittherapie in fernauf vom Schuß‘ gelegenen Entwöhnungseinrichtungen. Zudem vermutet er, daß dieses wie alle Programme zur Ausweitung führen, und den Indikationsbereich aushöhlen könnten. Hier ist zu fragen, welche Alternativen wir angesichts des Drogenelendes haben, möglichst viele Menschen mit gesundheitlichen Hilfen zu erreichen (denn das schaffen in der Tat Methadon- und Heroinprogramme).

Andere Kritiker lehnen die Einführung einer kontrollierten Heroinvergabe mit dem Argument ab, daß zunächst die Methadonvergabe ausgebaut und konsolidiert werden müsse. Dabei ist wohl insbesondere an einen Ausbau der psychosozialen Versorgung gedacht. Eine Heroinvergabe wird allerdings als Ergänzung zur Substitutionsbehandlung betrachtet, so daß gerade an die Zielgruppe gedacht wird, die von der Methadonvergabe nicht, nicht ausreichend, oder nicht mehr erreicht wird, weil der Beigebrauch euphorisierender oder narkotisierender Substanzen vom Arzt nicht mehr toleriert wird. Wenn bereits mit Methadon ein Mittel der Wahl zur Behandlung einer Krankheit namens Opiatabhängigkeit zur Verfügung steht, ist nicht einzusehen, warum nicht andere, möglicherweise für unterschiedliche Zielgruppen und Bedürfnisse wirksamere Therapeutika entwickelt und eingesetzt werden sollten, wie dies in der Behandlung anderer Krankheiten auch der Fall ist. Entscheidend ist der Einsatz des richtigen Mittels in der ‚richtigen‘ Lebenssituation.

### **3. Parallelitäten zur Substitutionsbehandlung**

Ähnlich der Substitutionsbehandlung in ihren Anfängen in Deutschland (vgl. Hüsgen 1989, S. 108) wurden für die Originalstoffabgabe in der Schweiz (noch schärfer in dem jüngst angelaufenen Heroin-Verschreibungsprogramm in den Niederlanden vgl. Vloemans 1998, S. 13ff) rigide Zulassungskriterien für die PatientInnen entwickelt:

- Mindestalter 20 Jahre (in den Niederlanden 25 Jahre)
- Dauer der Heroinabhängigkeit mindestens 2 Jahre (in NL mindestens fünf Jahre)
- Scheitern anderer Behandlungsversuche (in NL (bisherige Methadonbehandlung erfolglos, sie müssen mindestens 50 Kontakte in einem Methadonprogramm gehabt haben, täglich für 1 Jahr mindestens 60mg Methadon genommen haben)
- Mehrfaches Scheitern anderer Behandlungsversuche
- Gesundheitliche und/oder soziale Schädigungen etc. (vgl. Uchtenhagen 1998, S. 71)

Sicher spielen hier auch Voraussetzungen eines Modellprojekts eine Rolle, die ein Erprobungsvorhaben „wasserdicht“ machen wollen – man soll aber bereits von vornherein über die Gruppe der ‚Schwerstabhängigen‘ hinausgehen, um Effekte der Behandlung auch bei noch nicht völlig verelendeten DrogenkonsumentInnen zu erforschen.

Die vielfach geäußerte Kritik an dieser hochschwelligten Vergabe ist berechtigt: Zu viele Heroin- und MischkonsumentInnen werden von einer möglicherweise für sie passenden Behandlungsform ausgeschlossen. Auch unter den 20-jährigen DrogenkonsumentInnen gibt es gesundheitlich und sozial hochbelastete DrogenkonsumentInnen, für die eine Substitutionsbehandlung nicht ausreichend ist. Es wäre geboten, diese Gruppe mit in die Heroin-Pilotprojekte aufzunehmen. Trotz aller Kritik wird es in der Fachöffentlichkeit und auch in der Öffentlichkeit gegenwärtig kaum durchsetzbar sein, die Kriterien zu lockern und eine Heroin-Behandlung all jenen DrogenkonsumentInnen anzubieten, die meinen, davon profitieren zu können. Parallelen zur Einführung der Substitutionsbehandlung Ende der 80er Jahre sind offensichtlich: Eine vorsichtige und behutsame Politik und Praxis hat in der bundesweiten Kontroverse um die Einführung medikamentengestützter Behandlungsformen (und die Kooperation mit den Ärzten) zu einer zwar (zu) langsamen, aber basisorientierten Verankerung dieser Behandlungsform in der Vernetzung mit anderen Angeboten geführt. Dieser Prozeß ist aber immer noch nicht abgeschlossen und in der Verbreitung von Substitutionsangeboten weist er zudem starke regionale Unterschiede auf. Mit dem erstmaligen – von Kritikern als Dammbuch denunzierten – Angebot von heroingestützten Behandlungen und Hilfen könnte dieser Entwicklungsprozeß diesmal etwas weniger Zeit in Anspruch nehmen, wenn er nicht durch zusätzliche und unnötige Auflagen künstlich verzögert wird. Es wird schließlich für zu viele in Frage kommende KonsumentInnen zu viel Zeit verloren, die für eine Vermeidung von Verelendung und Verfestigung, gesundheitlichen und sozialen Abstieg genutzt werden könnte. Ohnehin ist die Substitutionsbehandlung in Deutschland schon mit einem Zeitverzug von 10 Jahren eingeführt worden.

#### **4. Enttabuisierung**

Unzweifelhaft wird mit einer Originalstoffvergabe eine Enttabuisierung vollzogen: Heroin – als Symbol für gesundheitliche und soziale Gefährlichkeit – wird durch dessen ärztliche Verschreibbarkeit zu einer Substanz mit therapeutischem Wert. Nicht nur Süchtige, auch Ärzte können diese Substanz berühren, sie wäre verkehrsfähig, sie hätte auch ihre „Gutes“! Mit dieser öffentlich sichtbaren Ambivalenz des Heroinkonsums, könnte möglicherweise eine Versachlichung der Debatte um die Einreihung der illegalen in die legalen Drogen stattfinden, letztlich eine Debatte um die Ambivalenz der Wirkung aller Drogen. Cohen (1998, S. 19) beschreibt die Fortschrittsdynamik so: „Eine moderne, humane und intelligente Drogenpolitik muß zwar die Symbolik der Drogen anerkennen, darf sie aber nicht länger zum entscheidenden Faktor machen. Eine solche moderne Drogenpolitik muß es schlicht und einfach ermöglichen, daß Ärzte und Abhängige gemeinsam herausfinden, welche Substanzen in welchen Situationen angewandt werden müssen.“ Diese Definition moderner Drogenpolitik verlangt natürlich auch eine Position zu anderen bisher illegalen Substanzen. Bereits gegenüber Kokain, häufige Beigebruchsdroge Substituierter, und auch für HeroinkonsumentInnen müßten intelligente Zugänglichkeitsformen gefunden werden. Letztlich wird die Prohibition in Frage gestellt: ob als ärztliche oder Selbst-Medikation? Muß der Zugang notwendigerweise über den ‚Krankheits‘ Status erfolgen? Oder lassen sich noch andere Zugangsformen denken?

#### **5. Soziale Arbeit in den Projekten der Originalstoffvergabe**

Soziale Arbeit in der Heroinvverschreibung wird sich nicht wesentlich unterscheiden von der psychosozialen Begleitung, wie sie in der Substitutionsbehandlung angeboten oder verordnet wird. Aber hier zeigt sich bereits eine Schwierigkeit: Soll diese Unterstützung einen fakultativen oder obligatorischen Charakter erhalten? In der Schweiz hat man die Gespräche als obligatorisch in die Behandlung eingebunden: als Einzelberatung oder soziale Arbeit in Gruppen, als Begleitung in als schwierig erlebten Situationen (Gericht, Behörden; vgl. insgesamt: Arnold u.a. 1996). Ähnlich der Substitutionsbehandlung kann es sozialer Arbeit gelingen auf der Basis eines ‚gesicherten Heroinzugangs‘, ohne Beschaffungsdruck, persönliche und soziale Konflikte zu bearbeiten, verschüttete Potentiale und Selbsthilferessourcen zu identifizieren und zu entwickeln. Es ist die Basis letztlich für eine weitergehende Wiedereingliederung und Normalisierung der KlientInnen. Dabei wird aus den Schweizer Berichten über ähnliche Phänomene wie bei der Substitutionsbehandlung berichtet: „Oft herrscht zuerst eine gewisse Euphorie vor, wenn die Verschreibung der Droge läuft und fürs erste alles klappt. Dann tauchen plötzlich Depressionen auf, die Teilnehmer werden mit Trauer, Scham und

Versagensgefühlen konfrontiert" (Berthel 1997, S. 3). Während eine zum Teil erhebliche gesundheitliche Verbesserung oft in sehr kurzer Zeit erreicht werden kann, wird eine Ordnung der sozialen Belange und psychische Stabilisierung längere Zeit in Anspruch nehmen und erfordert ein interdisziplinäres Zusammenarbeiten. Dabei wird die Heroinwirkung selbst charakterisiert als: „Seelische Verwirrungen, Angstzustände oder Depressionen werden vom Heroin gemildert, und das Leben wird erträglicher.“ (Berthel, ebda.)

## **6. Wird die Heroinverschreibung das Problem existentiell bedrohlicher Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitiden) unter DrogenkonsumentInnen positiv beeinflussen können?**

Eine zentrale Erwartung darf an die Heroinverschreibung – über einen Modellprojektrahmen hinaus – gestellt werden: Sie sollte zu einer erhöhten Erreichbarkeit von HeroinkonsumentInnen beitragen, so daß mehr Abhängige einen stabilen Kontakt zu Einrichtungen des Gesundheitsvorsorgesystems aufbauen bzw. halten können. Dabei kann die Gruppe der bereits marginalisierten Abhängigen nur eine von mehreren Zielgruppen bilden: Hartnoll (1993) sieht vor dem Hintergrund der von AIDS bestimmten Ära weitere schwer zugänglichen Gruppen: jüngere Konsumenten und mehr kontrollierte, weniger auffällige Konsumenten deren Drogenkonsum und Lebensstil relativ stabil ist. Diese beiden Gruppen werden in der gegenwärtigen Diskussion jedoch kaum angesprochen, obwohl es gerade hier nötig wäre attraktive Angebote für einen Kontakt zu machen, die existentielle Gesundheitsschäden vermeiden helfen. Wenn Heroinverschreibungsprogramme HIV/AIDS-präventiv wirken sollen, dann müssen die Zugangsvoraussetzungen erheblich abgesenkt werden, wie Hartnoll vorschlägt: „then one has to go the whole way“. Solche Programme sind natürlich noch schwieriger: man muß Heroin öfter konsumieren als Methadon, man wird es lieber injizieren. Deshalb soll der traditionelle britische Weg gewählt werden: Mitgabe der Heroindosis oder Abgabe durch ortsnahe Apotheken und Mitgabe von genügend Spritzbesteck. Ein gewisser Schwarzmarkt muß dabei in Kauf genommen werden: „In this respect heroin maintenance can be viewed conceptually in similar terms to needle exchanges – as an intervention that facilitates positive changes in health behaviour among drug injectors who are unwilling or unable to stop injecting“ (S. 40).

## **7. Medizinalisierung vs. Anti-Prohibition**

Ein spannender und interessanter Diskurs ist im Zusammenhang mit den Heroinverschreibungsprojekten in der Schweiz zu beobachten gewesen und wird sich wohl auch in Deutschland wiederholen. Mit der Einführung von Heroinverschreibungsprojekten als ärztlich kontrollierte Vergabemodelle präzisiert sich zwangsläufig auch ein Mechanismus der „Medizinalisierung“ von Heroinabgabe als Bestandteil medizinisch-psychiatrischer und psychosozialer Behandlungsformen, die zumindest (Drogen)Sozialarbeit subsidiär mit einbeziehen, aber weder den „Genußaspekt“ des Konsums zulassen und auch nicht die aktive Partizipation von Selbsthilfe bzw. Betroffenenkompetenz. Diese Spannweite im Verständnis von Heroinabgabe ist nicht neu. Schon Christine Bauer und Horst Bossong (Bossong 1992) haben die medizinalisierte Form der Heroinabgabe als die offensichtlich einzig realistisch umsetzbare definiert, während Vertreter von Selbsthilfeinitiativen und user-Gruppen verblissen utopistisch am hedonistischen Entwurf festhielten, wie 1993 der Mitinitiator der Frankfurter Selbsthilfezeitung „Junkfurter Ballergazette“, Ullrich Winternitz (Winternitz 1993). Bauer/Bossong schrieben: „Angesichts der hohen Risiken beim intravenösen Drogengebrauch erscheint es begründbar, niedrigprozentige und nicht-injizierbare Stoffe auf den Markt zu geben, hochprozentige und spritzbare Substanzen hingegen der ärztlichen Verschreibung vorzubehalten. (...) Es sollte möglichst rasch der Versuch unternommen werden, mittels einer wissenschaftlichen Erprobung zur Maintenance-Behandlung mit Heroin an langjährige Abhängige herauszufinden, ob mit solchen Erhaltungsprogrammen Erfolge in Hinsicht auf die gesundheitliche und psychosoziale Verfassung der Abhängigen erzielt werden können. Derartige Programme wären ein erster sinnvoller Zwischenschritt auf dem Weg zur Legalisierung.“ (Bauer/Bossong 1992, S.87 bzw. 91). Drogenkonsumenten werden in der Regel nicht gefragt, wenn es um Behandlungsformen für diejenigen geht, bei denen der Konsum in eine Abhängigkeit gemündet hat. Es sollen hier noch einmal die klugen Ausführungen eines langjährigen, mittlerweile an AIDS verstorbenen Heroinkonsumenten zitiert sein, die Ullrich Winternitz auf dem 2. Kongreß, des Bundesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, akzept e.V. vom 03. bis 06. Juni 1993 in Hamburg gemacht hat: „Der Streit, ob der Mensch, wenn man ihn nur ließe, sein Leben nach dem Prinzip der subjektiven Lustmaximierung gestalten würde, scheint ja wohl uralte zu sein (...). Ein auswegloses auf ein Minimum reduziertes Leben. Ein Schicksal, das jeden unweigerlich zu Grunde richtet, der Narkotika konsumiert. Aber tut man denn nicht alles, damit dies auch so eintrifft? Dabei gibt diese klinische

Selektion nichts anderes, als nur eine bestimmte kontextgebundene Auswahl abhängigen Verhaltens wieder. Und außerdem, was ist denn ein Polamidonprogramm anders, als dies Angekettet-Sein an BtM-Gesetze, Verordnungen, Richtlinien und ärztliche Macht? Unter freien legalisierten Bedingungen mit ihren vielfältigen Möglichkeiten für alle Drogenkonsumenten muß mit ganz anderen Theorien gearbeitet werden. Denn es geht dann nicht mehr einseitig nur um Sucht, Krankheit, Elend und Leiden, sondern auch um schöpferische Phantasie, Muße, Inspiration oder einfach nur Lust. Zum bloßen Genuß aber haben sozialwissenschaftliche Theorien häufig ein merkwürdiges Verhältnis. Entweder wird die Freude am Leben als vordergründig gesehen, was in der Soziologie meistens ausreicht um ein Phänomen aus der Realität zu verbannen oder der Spaß wird als biologisch abgetan und ist damit effektiver Tatbestand, hinter dem man die eigentliche Bedeutung sieht. Bei der Diskussion um die Legalisierung geht es vor allen um die Frage, ob sich die Zahl der Süchtigen dramatisch erhöhen wird. Um diese Frage etwas exakter beantworten zu können, müssen wir uns von all den Vorurteilen und man kann schon sagen, mystischen Vorstellungen über Drogen lösen. Vielen Prohibitionisten scheint den psychoaktiven Drogen eine dunkle Macht in ihnen zu wohnen, vergleichbar dem Ruf von Sirenen, dem keiner der Narkotika auch nur kostend widerstehen kann. Und selbst Pharmakologen gehen davon aus, daß schon die bloße Einnahme von Opiaten unweigerlich zur Sucht führt, unabhängig von Kultur, sozialen Bedingungen und individueller Persönlichkeit und daß dies genauso für Tiere wie für Säuglinge gelte. Wir können aber bei dem Versuch, Abhängigkeit zu verstehen, nicht auf eine rein biologische Ebene herankommen, schließlich ist Abhängigkeit ein Charakteristikum von Menschen und nicht von Drogen (...). Ich wundere mich, wie man bei der Diskussion über die Legalisierung von Drogen überhaupt ein medizinisches Programm vorschlagen kann."

In der Debatte um die Schweizerische „DroLeg“-Initiative<sup>2</sup>, die eine umfassende Entkriminalisierung des Drogenumgangs und der staatlichen Drogenabgabe vorsah, haben all diese Positionen ihre Zuspitzungen erfahren. Sie sollen hier kurz skizziert werden:

- Die Differenzierung von legalen und illegalen Stoffen sagt nichts aus über ihre Wirkung und ihr Suchtpotential.
- Der „Krieg gegen die Drogen“ ist eigentlich immer ein Krieg gegen die Drogenkonsumierenden; er verfehlt sein Ziel, Drogenhandel und -konsum zu bekämpfen; er führt zu hohen Kosten für die Repression; er führt zu Korruption und unterhöhlung von demokratischen Verkehrsformen.
- ein „kontrolliertes Legalisierungsmodell“ soll den Zugang zur medizinisch-therapeutischen Verwendung von bislang unter das Betäubungsmittelgesetz fallenden Substanzen erleichtern; es sollen genaue Regelungen für Produktion, Handel und Verkauf für jetzt als Freizeitdrogen genutzte Substanzen (wie Kokain, Heroin, LSD, MDMA, Cannabis, psilocybinhaltige Pilze u.a.) entwickelt werden; diese Substanzen sollen in speziell lizenzierten Geschäften (Hanfläden, Coffeshops u.ä.) unter Jugendschutzaufgaben und unter Werbeverbot verkauft werden oder in Apotheken; dazu soll speziell geschultes Personal ausgebildet werden unter Einbeziehung der fachlichen Kompetenzen der Drogenberatungsstellen, mit einem persönlichen Chipkartensystem und unter Vermittlung risikoarmer Konsumformen (Maurer 1998, S. 3ff).
- Gegner dieses Vorstosses - die gleichwohl die kontrollierte Abgabe von Heroin unter ärztlicher Aufsicht befürworten - wollen die Betäubungsmittelabgabe nicht rezeptfrei außerhalb der Ärzteschaft und von Apotheken zulassen, weil ein nicht absehbares gesellschaftliches und gesundheitspolitisches Risiko bestehe, daß dies zu einer Ausweitung des Konsums führe mit den damit verbundenen sozialen und gesundheitlichen, sowie psychischen Folgeschädigungen; zudem sei ein solcher Alleingang der Schweiz nicht ohne Änderung der Internationalen Suchtstoffabkommen durchführbar und könne eine Sogwirkung durch DrogenkonsumentInnen aus den Nachbarländern auslösen (Gutzwiller 1998, S. 9ff).
- Die riesigen Gewinnspannen der illegalen Drogenökonomie verschärfen die Eskalation der Gewalt im internationalen Drogenhandel und stehen einer nachhaltigen Entwicklung in den traditionellen Anbauländern der Rohstoffe für die Herstellung der psychoaktiven Substanzen im Weg (Stirnemann 1998, S. 11ff).
- Es gibt keine Gesellschaft ohne Risiko, aber eine solidarische Gesellschaft muß bereit sein, Menschen, die sich gesundheitlich schaden, zu helfen; das niederländische Modell - innerhalb bestehender Verbote flexibel gesundheitspolitisch schadensminimierend orientiert zu sein - ist angemessener als ein „radikalerer“ Weg einer Freigabe (Killias 1998, S. 14ff).
- Die DroLeg-Initiative beruht auf einer Modellvorstellung von selbstbestimmtem Konsum und verdrängt die Wirklichkeit einer verelendeten Fixerszene; die Gefahr besteht somit, daß die behandlungsbedürftigen Erkrankungen (psychischer wie psychiatrischer Natur) nicht mehr angemessen im medizinischen System behandelt würden, wenn es seine Zuständigkeit zur Abgabe

<sup>2</sup> In einer Volksbefragung wurde die Initiative am 29.11.98 mit großer Mehrheit (74%) abgelehnt

von Opioiden aufgibt; das gilt insbesondere auch für eine angemessene Behandlung einer HIV/AIDS-Erkrankung (Seidenberg 1998, S. 27ff).

Auch der „Verband der Sucht- und Drogenfachleute der Deutschschweiz“, die „Nationale Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik“, als Zusammenschluß der zentralen Schweizerischen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, sowie der Verband der „Eltern- und Angehörigenvereinigungen Drogenabhängiger“ haben sich deutlich für die DroLeg-Initiative ausgesprochen, und damit ein erheblicher Teil der Fachöffentlichkeit (vgl. Lichti 1998, S. 32ff; Pfister-Auf der Maur 1998, S. 35f; Gorgé 1998, S. 37f).

Diese Kontroverse macht deutlich, daß auch unter Befürwortern der Abgabe von Heroin sowohl in der Indikationsfrage, als auch in Bezug auf die Abgabemodalitäten sehr weitreichende Unterschiede existieren (Abgabe nur an sog. 'Schwerstabhängige' vs. Abgabe an (auch kurzzeitige) Heroinabhängige ohne bisherige gravierende gesundheitliche, psychische oder soziale Folgeschäden; Abgabe nur unter Sicht vs. Mitgabe des Präparates; Abgabe nur mit psychosozialer Begleitung und ohne Beikösum mit Abstinenzdruck vs. maintenance-Behandlung ohne 'Heilungsanspruch').

Darüber hinaus bleibt aber auch die noch weiterreichendere Differenz bestehen: Soll die Heroinabgabe lediglich eine Erweiterung von ärztlich begründeter Krankenbehandlung von als abhängig definierten HeroingebräucherInnen sein oder ist sie der erste Schritt zur schrittweisen, aber letztlich vollständigen Legalisierung von Heroin, also der Streichung von Heroin aus dem Betäubungsmittelgesetz mit all seinen (repressiven) Implikationen?

Dieser Streit entwickelt sich möglicherweise - in typisch „teutonischer“ Manier - zum Grundsatzkonflikt um „richtige“ und „falsche“ Wege. Wahrscheinlich wäre jedoch ein - durchaus leidenschaftlich zu führender - offener Diskurs um diese Fragestellungen unter Einbeziehung der Konsumentenpositionen gewinnbringender für die Entwicklung demokratischer Entscheidungskompetenzen in gesundheitspolitisch umstrittenen Auffassungen und Handlungen.

## **8. Zur aktuellen Umsetzung eines heroingestützten Behandlungskonzeptes im Rahmen eines Modellprojektes**

Nachdem die neue rot-grüne Bundesregierung entschieden hat, daß eine kontrollierte Heroinvergabe stattfinden wird, beginnt nun der Umsetzungsprozeß. Das Bundesministerium für Gesundheit, die bisher beteiligten Städte und die beteiligten Bundesländer beraten über die Struktur und Finanzierung des Projektes und verschiedene Forschungsinstitute entwerfen Rahmenpläne für ein Forschungsdesign.

Dabei geht es um zentrale Fragen der Suchtkrankenhilfe.

Das Projekt berührt die *Kernfragen der Paradigmen der Suchttherapie*. Notwendig ist – gerade auf dem Hintergrund der ideologisch kontrovers geführten Diskussion – eine große Akzeptanz des Projektes. Das gilt auch für die *scientific community*.

Viel wird abhängen von:

1. den Rahmenbedingungen des Projektes,
2. den Anforderungen an ein Forschungsdesign
3. der kooperativen Arbeitsweise der wissenschaftlichen Begleitung.

Das Ministerium geht von *folgenden Überlegungen* aus:

- es wird eine Koordinierungsgruppe von BMG und den beteiligten bzw. interessierten Städten und Ländern geben;
- es wird eine Abstimmung mit der „AG der Städte“ (Hamburg, Frankfurt, Hannover, Köln, Dortmund, Karlsruhe, Berlin, München, Düsseldorf) sinnvoll und notwendig sein.
- Um in etwa in 1 Jahr (Anfang 2000) mit dem Modellvorhaben *beginnen* zu können, wird es eine Verständigung geben müssen über
  - ◆ das Forschungsziel (Heroinvergabe als *weiteres* Hilfeangebot oder *Optimierung* der bestehenden Therapien)
  - ◆ die allgemeine Methodik (wobei eine *klinische Prüfung unverzichtbar* sei, weil sonst das Modell *arzneimittelrechtlich* nicht zulässig sei)
  - ◆ die Wissenschaftlichkeit des Erprobungsvorhabens, die Voraussetzung sei, weil bei einem *Erfolg* Heroin auch *verschreibbar* (aus Anl. I in Anl. III des BtMG) sein müsse
  - ◆ ein *wissenschaftliches Begleitprojekt mit sozialwissenschaftlicher Zielsetzung* (das Projekt solle und könne *nicht ordnungspolitisch* begründet werden)
  - ◆ die Trägerschaft; es solle ein *gemeinsames* Projekt von Bund, Ländern und beteiligten Städten sein
  - ◆ die Finanzierung; der Bund wolle *nicht alle Kosten* übernehmen; er denke an die *klinische Prüfung* und die *wissenschaftliche Begleitung*.

- es wird notwendig sein, für das *gemeinsame und verbindliche Forschungsdesign* eine *Expertengruppe* zu bilden, die ein solches Design entwirft (bis Mitte 1999), in dem die *Zielgruppe*, die *Größe des samples*, die Dauer der *multizentrischen Studie* festgelegt werden;
- es muß festgelegt werden, wie die Weiterversorgung der beteiligten Klienten nach Studienende aussehen soll;
- es muß festgelegt werden, welche *strukturellen Voraussetzungen* die beteiligten Städte (und unmittelbaren Projekt-Träger) haben müssen;
- es muß klar sein, daß die Leiter der klinischen Prüfung und der wissenschaftlichen Begleitung eng zusammenarbeiten müssen.

Die *nächsten Schritte* werden folgende sein:

- die Leiter der Projekte sollen – im Rahmen einer Ausschreibung – bestimmt werden;
- es muß ein Prüfplan vorgelegt werden;
- es müssen Ausnahmegenehmigungen auf Antrag beim BfARM in Berlin erfolgen;
- das Diamorphin muß beschafft werden;
- es muß ein *Applikationskonzept* (injizierbares oder auch rauchbares Heroin?) festgelegt werden.

Den Weg einer *Umstufung von Heroin in die Anl. III* zum jetzigen Zeitpunkt ist wohl nicht möglich, da Heroin nicht zur medizinischen Anwendung zugelassen ist.

Auch die Bundesländer haben schon Vorstellungen entwickelt. So hat sich u.a. der Suchthilfeausschusses der Länder im Dezember 1998 in Saarbrücken mit dem Vorhaben befaßt und eine Verlaufsplanung vorgesehen, die im wesentlichen mit den Überlegungen des BMG übereinstimme.

Die AG der beteiligten Städte ist darüber hinaus der Auffassung, daß es keine Konzentration des Modells auf die Gruppe der sog. Schwerstabhängigen (die ohnehin nicht eindeutig definiert sind) geben solle.

Die Zielgruppe solle bestehen aus:

- bisher nicht erreichbaren Klienten;
- „Drehtür“patienten;
- solchen Klienten, mit schlechten Ergebnissen in Methadonprojekten;
- einer Gruppe von noch nicht erheblich vorgeschädigten Klienten (zur Erstintervention).

Eine strukturelle Voraussetzung des Modells sei es, daß die Methadonsubstitution verbessert werde!

Es solle eine „Ständige AG“ von Bund, Ländern und Städten geben zur Implementierung des Projektes.

Die „Designentwicklung“ solle ausgeschrieben werden.

Es gibt noch viele praktische Fragen zu klären, u.a.:

- Bildung von Ethikkommissionen;
- die Beschaffung von Heroin;
- die Bildung einer Sachverständigenkommission.

Das Projekt soll auf ca. 3 Jahre angelegt sein, als Kooperationsmodell zwischen Bund, Ländern und Städten.

Das Projekt soll mehr sein als eine bloße Replikation des Schweizer Modells.

Es solle auch um neue Forschungsfragen gehen (z.B. Nützlichkeit von Heroin als Erstintervention).

Die sample Größe hängt auch von den hohen Hürden eines Erprobungsverfahrens ab; möglicherweise wird es nicht so einfach sein, 2.000 – 3.000 Teilnehmende zusammen zu bekommen.

Es ist eine differenzierte Helfelandschaft für die Teilnahme notwendig.

Schwerpunktmäßig wird es wohl keine Abgabe bei niedergelassenen Ärzten geben; die Abgabe könne vielmehr erfolgen

- in Gesundheitsämtern;
- in (Methadon)ambulanzen;
- in (psychiatrischen) Kliniken.

Gleichwohl plädieren andere Experten dazu, daß durchaus eine Beteiligung von (spezialisierten) niedergelassenen Ärzten in Kooperation mit Drogenhilfezentren sinnvoll sein könne.

Zudem gibt es mittlerweile die „Dt. Gesellschaft für Drogen- und Suchtmedizin“, die fachliche Standards zur Opiatabgabe entwickelt hat, die Fortbildungen organisiert, die viele „evidence based medicine“ Erfahrungen versammelt. Es muß kritisch angemerkt werden, daß bislang fast nur Kliniker und Sozialwissenschaftler in der Vorbereitung beteiligt sind, nicht aber Vertreter von niedergelassenen Ärzten, z.B. Vertreter der DGDS.

Eine Trennung von Klinischer Forschung und Begleitforschung ist nicht sinnvoll. Notwendig ist vielmehr ein Kooperationsmodell und Transparenz in der Durchführung. Außerdem kann auch Kritikern Rechnung getragen werden, wenn parallel eine Vergleichsstudie in einem Land gemacht werde, was eine restriktive Drogenpolitik verbinde mit vorzugsweise Abstinenztherapien (z.B. Bayern).

(Anmerkung des Verf.: Eine solche Studie ist allerdings sehr aufwendig und im strengen Sinn keine Vergleichsstudie, weil es z.B. nirgendwo, selbst nicht in Bayern, „reine Abstinenztherapie“ gibt. Im übrigen sind die Gruppen nicht vergleichbar; es könnte z.B. sein, daß eine bestimmte Gruppe von Drogenabhängigen besser mit einer Abstinenztherapie zurecht käme, eine andere besser mit Methadon, eine dritte mit Heroin. Dies wäre zwar eine interessante Forschungsfrage bzgl. Indikation und Prognose, aber kaum durchführbar. Außerdem wechseln solche persönlichen Indikation auch während einer Drogenkonsumphase auch bei der gleichen Person, was wir z.B. in der Methadonbegleitstudie in Bremen zeigen konnten)

Zentrale Hypothese ist, daß Heroinverschreibung eine sinnvolle Ergänzung des Drogenhilfesystems ist, die Reichweite und Wirksamkeit der Behandlung erhöhe. Davon ausgehend sollen beantwortet werden:

- versorgungspolitische Fragestellungen (Reichweite; Haltekraft; Wirksamkeit)
- patientenbezogene Fragestellungen (Mortalitätsrisikoreduzierung; Verbesserung der somatischen und psychischen Gesundheit; Verminderung von Risikoverhalten; soziale und berufliche Integration; Abstinenz von Opiaten oder Konsumreduktion etc.)
- programmbezogene Fragestellungen (Akzeptanz im Umfeld; bei Klienten; bei Mitarbeitern)
- substanzbezogene Fragestellungen (Wirkungen und Nebenwirkungen; Pharmakologie; Unterschiede in Applikationsformen)
- gesellschaftspolitische Fragestellungen (Kosten-Nutzen; Auswirkungen auf Prävention bei Jugendlichen; Auswirkungen auf andere Therapieformen etc.)

Die Indikationskriterien für das Design sollen u.a. sein:

- Nachgewiesene Opiat-/Heroinabhängigkeit
- Freiwilligkeit
- Mindestalter
- Somatische, psychische, soziale Defizite (nicht unbedingt „Schwerstabhängigkeit“)

Es sollen zudem mehrere Gruppen miteinander verglichen werden:

- Alle aufgenommenen
- Die Wartenden
- Die Abgelehnten
- Die Ablehner

Es sei wichtig, daß das Projekt auf Interdisziplinarität angewiesen ist.

Ein weiteres Problem bleibt, daß bislang der tatsächliche Einfluß der psychosozialen Begleitbehandlung nicht nachgewiesen wurde.

Es konnte z.B. in Bremen gezeigt werden, daß etwa 1/3 der Methadonsubstituierten die psychosoziale Begleitung auch wahrnimmt, 1/3 nicht und ein weiteres schwankt; auch P. Raschke (Hamburg) kommt zu ähnlichen Einschätzungen; zudem sind die Effekte von bestimmten Hilfsmaßnahmen bzw. von persönlicher Zuwendung u.ä. bislang zu wenig untersucht worden.

Zu bedenken ist, daß das Modellvorhaben nicht geeignet ist, ordnungspolitische Fragestellungen zu beantworten oder zu lösen, obwohl die Städte natürlich auch das Problem der „verelendeten, offenen Drogenszenen“ lösen wollen, u.a. auch mit der Erweiterung des Hilfesystems um Konsumräume und Heroinvergabe.

Desweiteren wird es um die Frage gehen, ob Heroin als Medikament einsetzbar wäre, wenn es nach einem erfolgreichen Studienverlauf in die Anl. III überführt werde, z.B. im Rahmen der Schmerztherapie (dafür wäre allerdings ein anderes setting und andere Indikationen und andere Vergabeformen etc. nötig).



Es wird nicht um die Frage gehen können, wie kann in eine „klinische Prüfung“ eine „versorgungspolitische“ Fragestellung integriert werden, sondern umgekehrt: wie kann in eine „versorgungspolitische“ Fragestellung eine „klinische Studie“ eingebaut werden.

Es wäre sinnvoll, wenn der Bund ein Expertengremium einberuft und das Modell koordiniert. Sinnvoll wäre auch zu versuchen, verschiedene Forschungsgruppen mit ihren ganz spezifischen Kompetenzen (z.B. klinisch, sozialwissenschaftlich, kulturwissenschaftlich etc.) zu beteiligen und während des Prozesses möglichst Transparenz zu schaffen (z.B. durch weitere solcher meetings unter Federführung des Bundes).

Es sollte auch ein regelmäßiges „Bulletin“ erstellt werden vom Bund (ähnlich wie dies in Australien gemacht wurde), um Politik, Forschung, Öffentlichkeit, Verbände etc. kontinuierlich zu informieren. Wichtig ist auch die frühzeitige Einbeziehung der Innenressorts und der Justiz, außerdem der anderen Leistungsträger (Krankenkassen und Rentenversicherungsträger).

Heroinverschreibung wird jedenfalls konkret und endlich aus den ideologischen Grabenkämpfen herausgelöst.

## Literatur

Akzept (1997): Leitlinien akzeptierender Drogenarbeit. Berlin/Münster

Arnold, B. u.a. (1996): Soziale Arbeit in den Verschreibungsprojekten. In: Drogenmagazin 22, H.6, S. 33ff

Bumm, H.-W. (1997): Kaum Abstinenz: Schweizer Heroinmodell. In: Deutsches Ärzteblatt 94, H.42, v. 17.10.97, B 2208

Bauer, Ch./Bossong, H. (1992): Zwischen Markt und Mafia. Modelle einer effektiven Drogenkontrolle. In: Neumeyer, J./Schaich-Walch, G. (Hrsg.): Zwischen Legalisierung und Normalisierung. Ausstiegsszenarien aus einer repressiven Drogenpolitik, Marburg

Bschor, F. (1980): Strategien der Behandlung Drogenabhängiger in Großbritannien. In: Die Berliner Ärztekammer 17, H. 10 v. 3.10.1980, S. 465ff

Bundesärztekammer. In: Deutsche Ärzteblatt 95, H. 12 v. 20.03.98, S. B-529

Cohen, P. (1998): Heroin vom Staat: Ein kleiner Schritt in die gute Richtung. In: Binad-Info 11, April-Juni, S. 17ff

Die Grünen im Bundestag (1989): Abrüstung im Drogenkrieg. Entkriminalisierung des Drogenkonsums, Verringerung der Kriminalität und Förderung von Hilfsangeboten. Deutscher Bundestag, DS 11/4936 v. 10.7.1989

Fischer, B./Rehm, J. (1997): The Case for a Heroin Substitution Treatment Trial in Canada. In: Canadian Journal of Public Health, Nov.-Dec. 1997, S. 367ff

Gorgé, V. (1998): Die Folgen der Drogenprohibition sind unmenschlich. In: SuchtMagazin 5/1998, S. 37f

Gutzwiller, F. (1998): Nein zur DroLeg-Initiative. In: SuchtMagazin 5/1998, S. 9ff

Hartnoll, R. (1993): Prescribing Heroin and other Injectable Drugs to Addicts. A British Perspective. In: The International Journal of Drug Policy 4, No.1, S. 36-41

Hüsgen, H.-A. (1998): Was lernt Deutschland von der Schweiz? – Die Heroinverschreibung im Schweizer Testversuch in der Beurteilung des nordrhein-westfälischen Drogenbeauftragten. In: Binad-Info 11, April-Juni, S. 9ff

Killias, M. (1998): Ein Ausweg aus einer ausweglosen Situation. In: SuchtMagazin 5/1998, S. 14ff

Lichti, U. (1998): DroLeg als lang ersehntes Mittel zum Zweck? In: SuchtMagazin 5/1998, S. 32ff

Marks, J. (1992): Heroinvergabe. Das englische System in Widnes, Merseyside. In: Neumeyer, J./Schaich-Walch, G. (Hrsg.): Zwischen Legalisierung und Normalisierung. Marburg, S. 57-64

Maurer, R. (1998): Kontrollierte Legalisierung – für eine vernünftige Drogenpolitik! In: SuchtMagazin 5/1998, S. 3ff



Mühlheim, B. (1998): Koda -1. Kontrollierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe. In: Lochmann, R. (Hrsg.): Überlebenshilfen in der Drogenarbeit. Dokumentation zum Fachtag für Soziale Arbeit 21.11.1997. FH Esslingen, S. 175-178

Mühlhausen, A. (1998): „Diversifizierte Drogenverschreibung und -abgabe in England – am Beispiel Liverpool“. In: Binad-Info 11, April-Juni, S. 21ff

Pfister-Auf der Maur, Th. (1998): NAS unterstützt die Vier-Säulen-Politik. In: SuchtMagazin 5/1998, S. 35f

Seidenberg, A. (1998): DroLeg für Selbstgerechte, Siechtum für Junkies. In: SuchtMagazin 5/1998, S. 27ff

Stirnemann, P. (1998): Mehr Schaden durch den globalen Drogenkrieg als durch die Drogen. In: SuchtMagazin 5/1998, S. 11ff

Tageszeitung (16.6.98): Wir fordern Heroin vom Staat, S.1 und 3

Uchtenhagen, A. (1998): Die Bedeutung der Schweizer Versuche zur Opiatvergabe. In: Lochmann, R. (Hrsg.): Überlebenshilfen in der Drogenarbeit. Dokumentation zum Fachtag für Soziale Arbeit 21.11.1997. FH Esslingen, S. 71-82

Vloemans, A.A.M. (1998): Heroinvergabe in den Niederlanden: Eine kurze Beschreibung. In: Binad-Info 11, April-Juni, S. 13ff

Winternitz, U. (199 ): Aus Schaden wird man klug - so laßt uns doch endlich klug werden! In Akzept e.V. (Hrsg): Menschenwürde in der Drogenpolitik. Ohne Legalisierung geht es nicht! Hamburg 1993, Seite 168 ff.

*Korrespondenzadressen:*

Dr. Heino Stöver  
Universität Oldenburg  
Fachbereich Politikwissenschaft  
Postfach 2503  
D- 26111 Oldenburg  
Tel.: 0441-7985143/2  
Fax: 0441-7985180  
E-Mail: [infekt@psychologie.uni-oldenburg.de](mailto:infekt@psychologie.uni-oldenburg.de)

Dr. Ingo Ilja Michels  
Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend,  
Soziales und Umweltschutz  
Referat für Suchtkrankenhilfe  
Birkenstr.34  
D - 28195 Bremen  
Tel.: 0421-361 10775  
Fax.: 0421-3619321  
E-Mail: [imichels@gesundheit.bremen.de](mailto:imichels@gesundheit.bremen.de)