

## Bundesarbeitsgemeinschaft Arbeit, Soziales, Gesundheit

### Sprecher\*innen:

<p><b>Ute Michel</b> Ricklinger Stadtweg 46 30459 Hannover ☎:0511-60012281 ☎:0151-65425256 mobil ✉:ute.michel@yahoo.com ✉: u.michel@gruene-hameln-pyrmont.de</p>	<p><b>Harald Wölter</b> Gescherweg 57 48161 Münster ☎:0251-778225 ☎:0163-884 2878 mobil ☎:0211/884-2878 (d) ✉:harald.woelter@t-online.de ✉:harald.woelter@landtag.nrw.de</p>	<p><b>Willi Kulke</b> Niederbrodthagen 26 33613 Bielefeld ☎:0521-130979 ☎:0151-40635061 mobil ✉: wkulke@web.de</p>
--	--	--

### BAG-Tagung 2016-4

**14.-16. Oktober 2016, Berlin**

Bundesgeschäftsstelle, Platz vor dem Neuen Tor 1

Im Oktober 2016

Liebe BAGler\*innen,

die inhaltliche Vorbereitung zur Positionsfindung zu vielen Themenfeldern im Vorfeld der Bundestagswahl nimmt ihren Lauf. Vor uns liegt die BDK am 11. – 13.11.2016 in Münster u.a. zum Thema Gerechtigkeit. Im Rahmen unserer Tagung werden wir uns am Wochenende auch mit dem **Leitantrag „Gerechtigkeit“** des Bundesvorstandes intensiv befassen.

Am Freitagabend berichten wir zudem aktuell zum Stand der Beratungen zum **Bundesteilhabegesetz**. Anschließend setzen wir unsere Debatte um unsere Position zu Themenschwerpunkt **Minijobs** fort.

Am Samstag berichten wir zur Sozial- und Gesundheitspolitik. Darüber hinaus wird thematischer Schwerpunkt die **Sektorübergreifende Organisation des Gesundheitswesens** sein. Schließlich wollen wir auch noch einen nicht besetzten Frauen-Platz in unseren Sprecher\*inenteam wählen.

Die Einladung für die BAG-Sitzung vom 14.-16.2016. in der Bundesgeschäftsstelle in Berlin mit einem Ablaufplan haben wir euch ja schon zugeschickt. Hiermit erhaltet ihr noch mal eine aktualisierte Tagesordnung.

Wir freuen uns auf euch und auf fruchtbare Diskussionen in Berlin.

Es grüßt euch das Sprecher\*innenteam

**Ute**

**Harald**

**Willi**

## **Freitag, 14. Oktober 2016**

*Beginn der Tagung: 18.00 Uhr*

### **1) Begrüßung**

### **2) Bundesteilhabegesetz: Stand der Dinge vor der Verabschiedung des BTHG**

- Bericht: **Martina Hoffmann-Badache**, Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit Emanzipation, Pflege und Altes des Landes NRW

*18.40 Uhr*

### **3) Schwerpunkt: Minijobs: reformieren oder abschaffen?**

- **Mareike Engels** und
- **Sandra Hildebrandt**, Sprecherinnen der BAG Frauenpolitik
- **Willi Kulke (Positionspapier BAG)**

*gegen 20.30 Uhr*

### **4) Debatte:**

#### **BDK-Leitantrag Münster: Gerechtigkeit/Inklusion/Menschen mit Behinderungen**

- Diskussion zu Änderungsanträgen für die BDK am 11.11.-13.11.2016
- Leitantrag: Wir investieren in Gerechtigkeit (SO-01-Neu, Anlage)
- Andere Anträge unter SO (siehe <https://bdk.antragsgruen.de/40>)

*Ende 22.00 Uhr*

## **Samstag, 15. Oktober 2016**

*[Informell:  
ggfs. vorbereitende Redaktionsgruppen]*

*12.00 Uhr*

### **5) Endredaktion und Verabschiedung Änderungsanträge BDK**

*13.00*

### **6) Nach-Wahlen BAG-Srecher\*innen,**

### **7) Protokoll, Berichte**

#### **a) Planung Arbeitsprogramm BAG 2017**

14.00

8) **Aktuelles aus Europa: Brexit, Entsendung, Europäische Säule sozialer Rechte**

- Bericht: **Terry Reincke** MdEP

*(dazwischen Kaffeepause)*

16.00

9) **Schwerpunkt:**

**Gesundheitspolitik: Sektorübergreifende Versorgung und Planung**

- Einführung: **Armin Grau** (mit Zusammenfassung der bisherigen Debatte)
  - **Helmut Hildebrandt** (Vorstand der OptiMedis AG, Hamburg)
  - **Günther Egidii** (Arzt für Allgemeinmedizin, Bremen)
  - u.a. weitere Gäste
- Diskussion Positionspapier

Ende gegen 20.00

**Sonntag, 16. Oktober 2016**

10.00

10) **Positionspapier:**

**Gesundheitspolitik: Sektorübergreifende Versorgung und Planung**

- Endredaktion und Beschlussfassung:

11) **Positionspapier Minijobs**

- Beratung und Redaktion

12) **Änderungsanträge BDK**

- ggfs. Verabschiedung weiterer Änderungsanträge für die BDK

13.00 Uhr

13) **Verschiedenes**, ggf. weitere Planung

*Ende der Tagung: 14.00 Uhr*

# Bundesarbeitsgemeinschaft Arbeit, Soziales, Gesundheit

## Sprecher\*innen:

<b>Dr. Edith Aillinger</b>  ☎: 07121-24524 ✉: dr.aillinger@t-online.de	<b>Harald Wölter</b> Gescherweg 57 48161 Münster ☎: 0251-778225 ☎: 0163-884 2878 mobil ☎: 0211/884-2878 (d) ✉: harald.woelter@t-online.de ✉: harald.woelter@landtag.nrw.de	<b>Ute Michel</b> Becherstr. 33 31812 Bad Pyrmont ☎: ☎: 0151-65425256 mobil ✉: ute.michel@yahoo.com	<b>Willi Kulke</b> Niederbrodhagen 26 33613 Bielefeld ☎: 0521-130979 ☎: 0151-40635061 mobil ✉: wkulke@web.de
---	---	--	---

**BAG-Tagung 2016-4**

**14.-16. Oktober 2016, Berlin**

Bundesgeschäftsstelle, Platz vor dem Neuen Tor 1

## Protokoll

### Freitag, 14. Oktober 2016

#### 1) Begrüßung

Harald begrüßt die Anwesenden herzlich.

#### 2) Bundesteilhabegesetz: Stand der Dinge vor der Verabschiedung des BTHG

- Bericht: Martina Hoffmann-Badache, Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit Emanzipation, Pflege und Altes des Landes NRW

Martina berichtet von den Diskussionen im Bundesrat, der im September über 100 Änderungsanträge zum Gesetzentwurf beschlossen hat. Nach der Anhörung im November wird im Dezember die 2. Lesung im Bundestag stattfinden. Die Änderungsanträge haben in einigen Bereichen Verbesserungen gebracht, insgesamt werden sie aber auch von den Verbänden nur z.T. für gut befunden. Weiterhin bestehende Kritikpunkte sind die geringe Höhe der Nichtanrechnung von Vermögen, die Verschiebung vom SGB XII in IX, die Aufhebung der Unterscheidung zwischen ambulant und stationär, der neue Eintritt in die Rente, der von den Verbänden als Altersdiskriminierung gewertet wird, der Vorrang der Pflegeversicherung vor Eingliederungshilfe. Darüber hinaus bleibt das individuelle Bedarfsdeckungsrecht zwar als Grundsatz bestehen, aber zusätzliche Leistungen sind gefährdet. Auf die Heranziehung sollte verzichtet werden, das erscheint aber als unrealistisch. Das persönliche Budget wird durch den Bundesrat tendenziell gestärkt, aber der Bundestag wird dem wohl nicht zustimmen.

Die grüne Kritik macht sich insbesondere an folgenden Punkten fest:

- Durch die Einführung von fünf Benachteiligungsbereichen sind bestimmte Personengruppen nicht mehr anspruchsberechtigt (das trifft z.B. psychisch kranke und blinde Menschen).
- Das Poolen von Leistungen wird möglich, was das Wunsch- und Wahlrecht einschränkt (notwendig wäre zumindest ein Vetorecht der Betroffenen).
- Die Schnittstelle Eingliederungshilfe – Pflege ist nicht zufriedenstellend geregelt.
- Mehrkostenvorbehalt
- Vorgabe: Die billigsten 30% der Anbieter sind die geeignetsten.
- Trennung von Fachleistungen und Leistungen zum Lebensunterhalt.

Weiteres Verfahren:

Es wird angestrebt, zwischen den grün mitregierten Landesregierungen eine gemeinsame Position zu erreichen, dies ist ein schwieriges Unterfangen. Es gibt nur zwei grüne Sozialministerien (BaWü, Bremen). Die Finanzierungsfragen sind komplex: Wenn durch

weiterreichende Vereinbarungen im Gesetz Mehrkosten entstehen würden, müssten die Länder diese Kosten tragen. Die eigentlich im Koalitionsvertrag der GroKo zugesagten 5 Mrd. € für die Eingliederungshilfe sind inzwischen entkoppelt worden. Im Bundestag sind Verbesserungen durchaus noch möglich, die Finanzfrage bleibt. Sowohl Bundesrat als auch Bundestag/Regierung könnte den Vermittlungsausschuss anrufen, wenn es nicht zu einer Einigung kommt. Grüne haben grundsätzlich die Sorge, dass die neuen Ansätze in der Praxis nicht funktionieren.

### 3) Schwerpunkt: Minijobs: reformieren oder abschaffen?

- Mareike Engels und Sandra Hildebrandt, Sprecherinnen der BAG Frauenpolitik
- Willi Kulke (Positionspapier BAG)
- Brigitte Pothmer MdB und Daniela Kauhausen

Willi verweist einleitend auf den Input des DGB und die Diskussionen der letzten Sitzung. Der vorliegende Entwurf des Positionspapiers der BAG soll weiterentwickelt werden, kann aber bereits in diesem Stadium als Grundlage für Änderungsanträge für den Leitantrag für die BDK in Münster und das Bundestagswahlprogramm dienen. In der Analyse der Entwicklung der Minijobs seit der Einführung durch Rot-Grün erweist sich, dass der ursprüngliche Ansatz nicht funktioniert hat (Abgaben, Zuverdienermodell) und dass es fast keine Ausstiegsmöglichkeiten gibt, wenn Menschen sich einmal auf einen (oder mehrere) Minijobs eingelassen haben.

Sandra stimmt der Analyse zu und erläutert, dass die BAG Frauenpolitik Minijobs v.a. im Zusammenhang der eigenständigen Existenzsicherung diskutiert hat. Besonders die Kombination Minijob als Hinzuverdienst und beitragsfreie Mitversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung führt strukturell und individuell zu Altersarmut. Mareike weist auf verschiedene Fehlanreize hin, die letztlich verhindern, dass Frauen, die mehr arbeiten wollen, dies auch tun (können).

Brigitte stimmt der Analyse und Problembeschreibung zu, gibt aber auch positive Aspekte zu bedenken und weist auf Reformmöglichkeiten hin (z.B. Kompensationen).

Das Papier wird im Detail diskutiert und im Grundsatz für gut befunden. Verschiedene in der Diskussion herausgearbeitete Aspekte (...) werden von Willi in den nächsten Entwurf eingearbeitet werden.

### 4) Debatte: BDK-Leitantrag Münster: Gerechtigkeit/Inklusion/Menschen mit Behinderungen

- Diskussion zu Änderungsanträgen für die BDK am 11.11.-13.11.2016
- Leitantrag: Wir investieren in Gerechtigkeit (SO-01-Neu)

In der allgemeinen Aussprache zum Leitantrag kristallisieren sich verschiedene Kritikpunkte heraus, die sowohl den allgemeinen inhaltlichen Ansatz (besonders im Bereich Pflege und Gesundheit) als auch einzelne konkrete Aspekte betreffen. Zur Formulierung von Änderungsanträgen bilden sich für Samstagvormittag verschiedene Arbeitsgruppen. Ausformulierte ÄA sammelt Willi.

### Samstag, 15. Oktober 2016

### 5) Endredaktion und Verabschiedung Änderungsanträge BDK

Willi stellt die ÄA zusammen. In einzelnen Bereichen gibt es noch Beratungs- bzw. Formulierungsbedarf. Die Verabschiedung aller ÄA wird am Sonntagvormittag erfolgen.

### 6) Nach-Wahlen BAG-Sprecher\*innen

Da nach der Wahl von Ute Michel, Willi Kulke und Harald Wölter in der Juni-Sitzung noch ein Platz im Team vakant ist, findet eine Nachwahl statt. Einzige Kandidatin ist Edith Ailingner. Sie wird in geheimer Wahl mit 23 Ja-Stimmen bei 1 Nein-Stimme und 1 Enthaltung gewählt.

### 7) Protokoll, Berichte, Planung Arbeitsprogramm BAG 2017

Das Protokoll der letzten Sitzung wird verschoben.

Es wird beschlossen, 2017 drei Sitzungen durchzuführen (im März, Juni und November). Die genauen Termine klärt Willi zwecks Raumbuchung mit der Bundesgeschäftsstelle. Die erste Sitzung 2018 soll in Brüssel stattfinden - mit dem Fokus auf europäischen Aspekten unserer Themenbereiche. Da dies im Rahmen einer offiziellen Besuchergruppe im Europäischen Parlament erfolgen soll, wodurch Reise- und Übernachtungskosten der Teilnehmenden teilweise gedeckt werden können, ist eine Anreise am Donnerstag erforderlich; am Freitag findet dann das offizielle Besuchsprogramm im EP statt. Ute wird dies federführend koordinieren.

Thematische Schwerpunkte unserer Arbeit werden die Verabschiedung unserer laufenden Positionspapiere und im März die Arbeit an ÄA zum Bundestagswahlprogramm sein. Folgende Themen für 2017 werden gesammelt:

#### Arbeit & Soziales:

- Minijobs
- Inklusiver Arbeitsmarkt
- Integration von Flüchtlingen
- Soziale Unternehmen
- Industrie 4.0
- Leitlinien/neue Förderperiode für EU-Mittel (ESF)
- Demograph. Wandel
- Persönliches Budget (BAG Behindertenpolitik)
- BGE

#### Gesundheit und Pflege:

- Sektorübergreifende Versorgung
- E-Health-Gesetz
- Kindergesundheit
- Patient\*innen-Beteiligung im Gesundheitsbereich
- AIDS-Prävention
- Drogen- und Suchtpolitik, Nichtraucherenschutz
- Ausbildung von Ärzten und nichtmedizin. Berufen
- Rahmenbedingungen in der Pflege, generalist. Pflegeausbildung
- Kostenexplosion durch neue Krebstherapien
- Priorisierung

Nach den Positionspapieren und ÄA zum Wahlprogramm bei der März-Sitzung sollen die weiteren Themen für 2017 abgestimmt werden.

### **8) Aktuelles aus Europa: Brexit, Entsendung, Europäische Säule sozialer Rechte**

- Bericht: Terry Reintke MdEP

#### Brexit

Terry führt in die Thematik ein, wobei zu diesem Zeitpunkt noch völlig unklar ist, wie die Verhandlungsposition und Prioritäten der britischen Regierung aussehen werden. Dabei wird sehr deutlich, welche umfassende Bedeutung die EU für gesellschaftliches und individuelles Leben hat und welche komplexe Aufgabe die Verhandlungspartner auf beiden Seiten des Tisches erwartet. Besonderes Augenmerk richtet sie auf die Freizügigkeit innerhalb der EU und die möglichen Auswirkungen auf das Vereinigte Königreich und die verbleibenden 27 EU-Mitgliedsländer. So arbeiten z.B. allein im britischen Gesundheitswesen ca. 50.000 EU-Bürger, deren künftiger Aufenthaltsstatus im Moment völlig unklar ist.

#### Revision der Entsenderichtlinie

Terry ist Schattenberichterstatterin für dieses Thema. Sie erläutert den Unterschied zwischen der allgemeinen Freizügigkeit der Arbeitnehmer (nach nationalem Recht in dem Land, wo die

Arbeit verrichtet wird) und der Entsenderichtlinie (Arbeitnehmer bleiben rechtlich im Heimatland angedockt). In den letzten Jahren hat die Entsendung sehr stark zugenommen, i.d.R. aus Niedriglohn- in Hochlohnländer. Rechtliche Mindeststandards (z.B. Mindestlöhne, Urlaubstage) in einem Land gelten auch für Entsandte aus einem anderen Mitgliedsland; dies wird aber häufig unterlaufen oder ignoriert. Die Diskussionen darüber sind in anderen EU-Mitgliedstaaten deutlich akuter als in Deutschland. Die Europäische Kommission ist zu dem Schluss gekommen, dass eine Revision mit zusätzlicher Schutzebene notwendig ist.

#### Europäische Säule sozialer Rechte

Kommissionspräsident Juncker hat bei Amtsantritt betont, dass ihm soziale Fragen in der EU besonders wichtig sind und dass ein Netz sozialer Sicherung ein wichtiger Baustein sei. Allerdings erläutert Terry, dass konkrete Vorschläge für Verbesserungen bisher nicht vorgelegt worden seien.

#### Weitere EU-Themen aus unserem Bereich

Neuverhandlungen der Förderrichtlinien: Die Umsetzung sozialer Rechte wird nur erfolgreich sein können, wenn der ESF ein langfristiges Finanzierungsmittel wird. In der Vorbereitung auf die ESF-Verhandlungen läuft aber das Gegenteil ab: ein Angriff auf die Rechte und Kriterien z.B. für Kohäsion, für die die Grünen sich besonders eingesetzt hatten.

Gesundheitspolitik: EU-Kompetenz gibt es in diesem Bereich insbesondere bei der Sicherheit am Arbeitsplatz. Gerade aktuell: eine Regelung zu karzinogenen Substanzen am Arbeitsplatz (z.B. Friseurhandwerk mit Haarfärbemitteln). Die EU-Kommission hat dafür Grenzwerte vorgeschlagen, die sehr hoch sind, z.T. höher als in Deutschland. Die Grünen fordern, auch in diesem Bereich das sog. Top-Runner-Modell anzuwenden (das ambitionierteste Modell sollte Maßstab für alle werden). Gerade im Dienstleistungssektor sind v.a. Frauen von diesen Stoffen betroffen. Die Kommission erwägt dagegen, diesen Sektor gar nicht mit einzubeziehen.

Mindesteinkommensrichtlinie: Wolfgang Strengmann-Kuhn berichtet in diesem Zusammenhang von spannenden Entwicklungen in Griechenland. Dort wurde im Rahmen der Reformvorgaben eine steuerfinanzierte Grundrente plus beitragsfinanzierter Zusatzrente eingeführt; dieses neue System umfasst auch die vorher bestehenden Versorgungswerke (Erwerbstätigenversicherung). Auch die Krankenversicherung wurde grundlegend umstrukturiert, und es gibt eine Initiative zur Bekämpfung der Jugendarbeitslosigkeit sowie ein neues Programm zur öffentlich geförderten Beschäftigung. In Deutschland werde dagegen der Zugang zu Mindestsicherungsleistungen verschärft (Gesetzesnovelle nach Gerichtsurteil EuGH)

Europäischer Mindestlohn: Terry führt aus, dass Dänemark und Schweden die größten Bremser sind; in beiden Ländern gibt es keinen Mindestlohn. Das ließe sich aber in einer Richtlinie so formulieren, dass alle mitziehen können.

### **9) Schwerpunkt: Gesundheitspolitik: Sektorübergreifende Versorgung und Planung**

- Einführung: Armin Grau (mit Zusammenfassung der bisherigen Debatte)
- Helmut Hildebrandt (Vorstand der OptiMedis AG, Hamburg)
- Günther Egidi (Arzt für Allgemeinmedizin, Bremen)

#### Einführung in das Thema durch Armin Grau:

Das deutsche Gesundheitswesen ist stärker als andere Gesundheitssysteme durch unkoordinierten Zugang und hohe Hürden zwischen ambulanter und stationärer Medizin geprägt. Immer noch werden in Deutschland zu viele Krankheitsbilder stationär behandelt. Gleichzeitig ermöglicht die sektorale Trennung in einem zunehmend durch kommerzielle Interessen geleiteten System medizinisch nicht indizierte Verhaltensweisen zwischen den Akteuren im Sinne einer gegenseitigen Erlösoptimierung.

Sowohl die informationellen Defizite als auch die betriebswirtschaftlichen Optimierungsstrategien lassen die bestehende sektorale Trennung damit volkswirtschaftlich und hinsichtlich der medizinisch-therapeutischen Wirksamkeit als wenig wünschenswert erscheinen. Im Abbau sektoraler Hürden liegt also eine große Chance, um die Patientenversorgung zu verbessern, die Patientenzufriedenheit zu erhöhen und auch um qualitätssichernde Maßnahmen durch den gesamten Patientenverlauf zu erleichtern. Zur Überwindung der Sektorengrenzen und der Steuerungsdefizite sind sektorenübergreifende Versorgungsformen und Entgeltsysteme erforderlich.

#### Präsentation Günther Egedi:

Günther Egedi ist Hausarzt und Grünen-Mitglied aus Bremen, Mitglied im Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). (Präsentation s. Anlage).

Überwindung der Sektorengrenzen ist wichtig, reicht aber nicht aus. Eine kompetente Koordination der Versorgung ist ebenso wichtig. Ferner muss die Versorgung auf hohem qualitativem Niveau, evidenzbasiert und gleichzeitig kostenbewusst erfolgen. Das bisherige System der Kassenärztlichen Vereinigung hat zu erheblichen Fehlentwicklungen geführt. Der ungesteuerte Zugang zu den Sektoren bei gleichzeitiger bürokratischer Sektorentrennung hat zu ungesunder Leistungsausweitung und Verknappung des Terminangebots für dringend behandlungsbedürftige Patient\*innen geführt. Die Planungsperspektive für den Ärztenachwuchs wurde in den letzten Jahren zunehmend schlechter.

Die Integrierte Versorgung nach §140ff SGB V seit ca. 2000 (z.B. klassische Ärztenetze mit Kursangeboten) hat zwar verschiedentlich Vernetzungskomponenten zwischen den Sektoren aufgebaut, beinhaltet aber mehrere Probleme: Die verschiedenen Netze schließen nur wenige Versicherte ein, benötigen ein aufwändiges Management, haben weiter das KV-Abrechnungssystem, sind von Fördermitteln abhängig und werden häufig zusätzlich von Firmen aus dem Pharma- oder/und Praxis-EDV-Bereich unterstützt.

Die Hausarztverträge nach §73b SGB V und Anschlussverträge mit Fachärzten nach §73c SGB V leisten sektorenübergreifende Versorgung bei gleichzeitiger Koordination der Versorgung. Gerade chronisch Kranken kann dadurch ein passgenauer Zugang zur Facharztpraxis verschafft werden. Diese Versorgungsform entspricht dem Primärarztsystem der skandinavischen Länder. Um gleichzeitig die Qualität der Versorgung zu verbessern, wurden werbefreie Fortbildungsverpflichtung zu versorgungsrelevanten Themen, Qualitätszirkel für Ärzt\*innen und Medizinischen Fachangestellten (MFA), Weiterbildung der MFAs zu Versorgungsassistent\*innen (VERAH), Pharmakotherapiekreis, etc. eingeführt. Verträge auf Landes- oder Bundesebene zielen darauf ab, allen Versicherten - in der Stadt und auf dem Land - ein möglichst gleich gutes medizinisches Angebot zu gewähren und die Primärversorgung in der Fläche zu sichern. In Ba-Wü sind 1,4 Mio. Versicherte, knapp 4.000 Haus- und Kinderärzt\*innen vertraglich eingeschrieben. Bundesweit gibt es 63 Verträge mit >3,8 Mio. Versicherten.

#### Präsentation Helmut Hildebrandt:

Helmut Hildebrandt (Co-Vorsitzender) ist Gründer und Vorstand der OptiMedis AG, einem Managementunternehmen im Bereich der Integrierten Versorgung. Der Apotheker hat viele Jahre für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gearbeitet. Neben Tätigkeiten in der Wissenschaft berät er Akteure aus der Gesundheitswirtschaft in Organisation, Strategie und Systementwicklung. In den Jahren 1999 und 2000 war Helmut Hildebrandt als Berater der damaligen Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer maßgeblich an der Entwicklung der Integrierten Versorgung in Deutschland beteiligt. (Präsentation s. Anlage)

Das Modellprojekt „Gesundes Kinzigtal“ ist ein Projekt der Integrierten Versorgung nach §140a-d SGB V. Aus einem bereits existierenden Ärztenetz entstand 2006 die Gesellschaft „Gesundes Kinzigtal“. Geschäftsführer der GK GmbH ist der Vorstand der OptiMedis AG, Helmut Hildebrandt. Vertragspartner auf Krankenkassenseite sind die AOK BW und die LKK. Von ca. 33.000 AOK-bzw. LKK-Versicherten in dieser Region sind inzwischen ca.10.000

Versicherte eingeschrieben. Ca. 55% der hausärztlichen und 90% der fachärztlichen Kolleg\*innen der Region sind Partner. Inzwischen nehmen allerdings immer mehr Hausarzt\*innen an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach §73b SGB V teil.

Die Behandlungsaufwendungen für die Versicherten werden weiter über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet, Honorarzuschläge gibt es für zusätzlichen Zeiteinsatz der Leistungsanbieter (Zielvereinbarungen, Coaching, Beratungen, Trainings). Die Patient\*innen können sich bei jedem Vertragspartner, z.B. Arztpraxis oder Physiotherapiepraxis einschreiben. Dieser übernimmt dann die Lotsenfunktion. Grundprinzip ist Performance auf der Basis des Triple Aim: Gesellschaftlicher Nutzen, Patientennutzen, Effizienznutzen. Die Managementgesellschaft investiert und profitiert von ihrem Erfolg. Sie erhält zusätzliche Vergütungen für Steuerungs- und substituierende Leistungen/Prävention, Know-How der Leistungserbringer zur Prozessoptimierung, Know-How des Managements (und des Partners OptiMedis AG), Kostensenkende Verträge (Rabatte und/oder Erfolgsvergütungen).

Inzwischen arbeitet die Managementgesellschaft daran, ein weiteres Gesundheitsnetz in dem sozial benachteiligten Hamburger Stadtteil Billstedt/Horn zu etablieren. Weitere Gesundheitsnetze könnte sie rasch etablieren.

## **Sonntag, 16. Oktober 2016**

### **10) Positionspapier: Gesundheitspolitik: Sektorübergreifende Versorgung und Planung**

Endredaktion und Beschlussfassung

Nach der Diskussion zum Thema am Samstag wird eine weitere Bearbeitung des Positionspapiers bis zur nächsten Sitzung beschlossen. Federführung: Harald

### **11) Positionspapier Minijobs**

Beratung und Redaktion

Nach der Diskussion des TOPs Minijobs am Freitag wird eine weitere Bearbeitung des Papiers vereinbart. Federführung: Willi

### **12) Änderungsanträge BDK**

Die Änderungsanträge zum Leitantrag werden in drei Blöcken bearbeitet:

- Allgemein zu unseren Themenbereichen
- Rente
- Gesundheit u. Einleitung

und in Einzelabstimmungen mit großer Mehrheit oder einstimmig beschlossen (s. Anhang).

### **13) Verschiedenes, ggf. weitere Planung**

Es gibt keine weiteren Punkte.

# Sektorübergreifende Versorgung und Gesundheitsplanung

S.1

Manfred Fiedler, Castrop-Rauxel

**NG**<sub>2020</sub>

# Sektorübergreifend – quod est?

Begriff der Behandlungskette

Case-Management

In Abhängigkeit von der Komplexität und der Dauer der Erkrankung hat es ein kranker Mensch mit mehreren Gesundheitsprofessionellen sowie räumlich und sächlich mit unterschiedlichen Einrichtungen zu tun.

S.2

# Sektorübergreifend – quod est?

In wirtschaftlichen Modellen gibt es keine Entsprechung:

- Umgangssprachlich häufig Branchen (Automobilsektor)
- Oder wirtschaftlich funktionelle Teilmärkte (Landwirtschaft, Rohstoffe, Investitionsgüter)

S.3

# Sektorübergreifend – quod est?

## Im Gesundheitswesen

### *Institutionelle Abgrenzung:*

- Stationäre gegenüber ambulanter Versorgung
- Primär- gegenüber Sekundärversorgung

### *Gesundheitssystemisch-funktionelle Abgrenzung*

- Prävention – Kuration – Pflege- Rehabilitation

S.4

# Sektorübergreifend – warum?

*Ansprüche an Gesundheitsleistungen verändern sich im Lebensverlauf – Sie haben immer biografischen Charakter*

- z.B. Faktor Alter
- z.B. Faktor Angeborene bzw. früh erworbene chronische Erkrankung

S.5

# Sektorübergreifend – warum?

Sozialökonomische Faktoren beeinflussen das Gesundheits- und Krankheitsverhalten, die Teilhabefähigkeit sowie das Wissen des Umgangs mit medizinischen Verfahren und damit den Zugang zu medizinischen Leistungen.

S.6

# Sektorübergreifend – warum?

Demografische Veränderungen verlangen deshalb die strukturelle Anpassung des Gesundheitssystems (Versorgungsqualität, Effektivität und Kosten)

Die Enquete-Kommission des Bundestages „Demografischer Wandel“ setzte sich bereits in ihren Zwischengutachten in den 1990er Jahren dafür ein, integrierte, sektorübergreifende Versorgungsmodelle zu ermöglichen, bzw. die Voraussetzung dafür zu schaffen

S.7

# So wie es ist

***Deutschland ist durch eine Vielzahl von Zuständigkeiten gekennzeichnet, die letztlich historische Ursachen haben.\****

S.8

# So wie es geworden ist

## Historische Linie im deutschen Gesundheitssystem

Von der genossenschaftlichen Selbsthilfe



Über die staatliche gebundene soziale Selbstverwaltung



Bis hin zur verbandlichen Selbstverwaltung  
(verstärkt seit den 1990er Jahren als „funktionelles Äquivalent zum Markt“  
(Neokorporatismus))

S.9

# So wie es geworden ist

## Ambulante ärztliche Versorgung

Mitte des 19. Jahrhunderts genossenschaftliche organisierte Arbeitervereine mit angestellten Ärzten

Bismarck'sche Sozialreform: Versicherungssystem mit (paritätischer ) sozialer Selbstverwaltung

S.10

Im Zuge der Auseinandersetzung mit den Ärzteverbänden Gründung von kasseneigenen Ambulatorien mit angestellten Ärzten.

Zerschlagung unter den Nazis mit Anerkennung der ärztlichen Selbstverwaltung (Kassenärztliche Vereinigung)

# So wie es geworden ist

## Ambulante ärztliche Versorgung

Nachkriegszeit: Sicherstellungsauftrag für die kassenärztliche / vertragsärztliche Versorgung

Dominanz der Einzelpraxis auch nach dem Beitritt der fünf neuen Länder, aber gesetzliche Öffnung in den letzten Jahren (z.B. Mitarbeit angestellter Ärztinnen und Ärzte)

S.11

# So wie es geworden ist

## Stationäre Akutversorgung

### Bis in die Nachkriegszeit:

keine verbindlichen Regelungen: unterschiedliche Finanzierungsquellen: Einnahmen aus Behandlung deckten die Betriebskosten nicht.

### 1954 Bundespflegesatzverordnung:

Weiterhin keine Selbstkostendeckung – Zuschüsse durch Kommunen. Desinvestition. Krankenhausversorgung war zunächst vornehmlich kommunale Aufgabe. Krankenkassen wurden nicht mit den vollen Kosten belastet.

S.12

# So wie es geworden ist

## Stationäre Akutversorgung

Ab 1969 Rahmenkompetenz des Bundes – ab 1972 KHG

- Krankenhausplanung – durch Bundesländer
- Investitionsförderung zunächst Bunde & Länder
- Selbstkostendeckende Betriebskosten durch Krankenkassen

S.13

# So wie es geworden ist

## ***Langzeit-Pflege:***

*Politische Anerkennung als allgemeines Lebensrisiko* in den 1980er Jahren. Grundsätzliche Regelung durch Gesetzesreform 1995

*Formale Planungsverantwortung* Land

In der Realität werden Pflegeeinrichtungen unter Anerkennung der gesetzlichen Voraussetzung zugelassen.

S.14

Steuerung und Planung über Landespflegekonferenzen, entsprechend Landesgesetze teilweise Delegation auf kommunale Pflegekonferenzen

# Im Detail

## Prävention

- Kommune – Gesundheitsamt – Gefahrenabwehr
- Krankenkassen – Gesundheitsförderung

## Rettungsdienst

- Land und Kommune

## Ärztliche Notversorgung

- KV Ärztlicher Notdienst
- Nofallversorgung durch Krankenhäuser

S.15

## Beratung

- Pflegeberatung / Pflegestützpunkte durch Kommune und Pflegekassen
- Patientenberatung durch kommerzielle UBP

# Wie sieht es wo anders aus

Grundsätzlich finden wir in vielen Ländern öffentliche Gesundheitssysteme mit kommunaler Verantwortung.

Verbindung von kommunalen Eigentum und kommunaler Steuerung

Verbindung der fachärztlichen Versorgung der stationären Versorgung (als am Krankenhaus) – z.B. Niederlande deswegen kombinierte Fallpauschalen

S.16

# Wie sieht es wo anders aus

## Bsp. Finnland:

Steuerung und Durchführung auf kommunaler Ebene

Trennung in Primär- und Sekundärversorgung

Primärversorgung durch multidisziplinäre Gesundheitszentren (inkl. Sozialarbeit) auf Ebene der Gemeinde

Stationäre und Facharztversorgung durch Distrikte (Zusammenschlüsse mehrerer Kommunen)

S.17

# Wie sieht es nun aus

## Zersplittete Zuständigkeiten

## Unterschiedliche Ordnungsprinzipien

- verbandliche Selbstverwaltung als Selbstorganisation von Gruppeninteressen
- kommunale Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr ohne klare Finanzierungsbedingungen
- Notversorgung ohne klare Regelungen.
- unterschiedliche Planungsausschüsse auf Landesebene ggfs. auf kommunaler Ebene

S.18

*Vielzuständigkeit macht die Durchsetzung sektorübergreifender Versorgungskonzepte mit nur bedingter gesetzlicher Legitimation*

*schwierig*

Manfred Fiedler, Castrop-Rauxel

**NG**2020

# Lösungen

## Mehr Markt

### Marktlösungen

- verlangen nach tauschbaren bzw. preisfähigen Gütern
- appellieren an den Egoismus der Beteiligten in Form monetärer Anreize
- und erschweren deshalb kooperative Lösungen

S.19

Verbandliche Lösungen:

Der Istzustand:

Zementieren bisher vor allem sektorale Versorgungsstrukturen wegen des Bargainingscharakters

# Lösungen

## Mehr Korporatismus

Verbandliche Lösungen entsprechen dem Istzustand:

wegen des Bargaining-Charakters verbandlicher Verhandlungslösungen zementieren diese vor allem sektorale Versorgungsstrukturen

S.20

# Lösungen

## Neudefinition des Sicherstellungsauftrags

- Sektorübergreifend
- Demokratisch legitimierte Planungsinstrumente
- Transparent – beteiligungsorientiert
- Stärkung des Regionalitätspinzips

S.21

# Lösungen

## Auf dem Wege dahin

### *Gesetzliche Öffnung:*

- Institutsambulanzen statt individuelle Ermächtigungen
- Indikationsbezogene Modelle für kooperative Behandlungen – sektorübergreifende Netzwerke (z.B. für Aids-Patienten, Patienten mit Multiple Sklerose, Diabetes Mellitus)
- Einheitliche Planung und Steuerung von notärztlicher Versorgung und Notfallversorgung.
- Quartiersbezogene Versorgungskonzepte

S.22

	Teilnehmende an der Versorgung	Planung	Finanzierung	Steuerung
<b>Ambulante Akutversorgung</b>	Vertragsärzte inkl. Zahnärzte; Apotheken; Heil- und Hilfsmittelanbieter; Therapeuten; Akut-/Hauskrankenpflege	Kassenärztliche Vereinigung, nur Vertrags(zahn)ärzte	Gesetzliche Krankenversicherung (GKV); Private Krankenversicherung (PKV); Gesetzliche Unfallversicherung (GUV)	Gesetzgeber Bund, Zulassungsstellen, z.B. Zulassungsausschuss, Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)
<b>Stationäre Akutversorgung</b>	Plankrankenhäuser, Privatkrankenhäuser	Krankenhausplanung Bundesländer	Bundesländer (Investitionsförderung), Kommunen (Krankenhausumlage), GKV, PKV, GUV	Gesetzgeber Bund, Gesetzgeber Land, Krankenkassen durch Leistungsvereinbarung, GBA, Spitzenverbände KH und Krankenversicherung, Landeskrankenhausgesellschaften, Landesverbände der Krankenkassen und Krankenversicherung
<b>Mischformen ambulant-stationär</b>	Ermächtigungsambulanzen in Krankenhäusern (persönlich-Institutsambulanz), IGV (Integrierte Versorgungsverträge); Medizinische Versorgungszentren (MVZ); Kauf von Arztsitzen durch Krankenhäuser. Praxiskliniken	Keine eigene Planung	Siehe Financiers der ambulanten Versorgung	Entweder Zulassungsstellen oder Krankenkassen; Gesetzgeber Bund

	Teilnehmende an der Versorgung	Planung	Finanzierung	Steuerung
stationäre/ambu-lante Langzeitpflege	Ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, inkl. Kurzzeitpflege	Gesetzliche Pflegeversicherung und Private Pflegeversicherung (GPV und PPV); Bundesländer	GPV und PPV; Länder Investitionskostenzuschuss, Sozialhilfeträger, Out of pocket	Bund und Land – Gesetzgeber, Formale Rahmenplanung durch Bundesländer, Überörtliche Träger der Sozialhilfe; Pflegekassen
stationäre/ambu-lante Rehabilitation	Ambulant: Therapeuten, tagesklinische Reha-Einrichtungen stationär: Anschlussheilbehandlung (AHB) - Rehabilitationsfachkliniken; Präventionskuren in Rehabilitationskureinrichtungen, Einrichtungen der Berufsförderung, spezielle Einrichtungen insbesondere für Menschen mit Behinderungen	keine institutionalisierte Planung	GKV nur Lebensunterhalt und medizinische Reha, GUV, Gesetzliche Rentenversicherung (GRV; keine Leistungen zur Teilhabe am Leben, früher soziale Rehabilitation), Jugend- und Sozialhilfeträger ohne Leistungen zum Lebensunterhalt.	identisch mit Financiers; Gesetzgeber, Bund
Primärprävention	Krankenkassen, Betriebe	keine institutionalisierte Planung	Betriebe, GKV, GUV	GKV-Spitzenverband, Krankenkassen; Gesetzliche Unfallversicherung; Gesetzgeber Bund; staatliche Aufsicht
Früherkennung	Ambulant tätige Ärzte	keine institutionalisierte Planung	GKV, PKV, Out of Pocket	Gesetzgeber Bund

# Sektorübergreifende Versorgung und Gesundheitsplanung

S.1

Manfred Fiedler, Castrop-Rauxel

**NG**<sub>2020</sub>

# Sektorübergreifend – quod est?

Begriff der Behandlungskette

Case-Management

In Abhängigkeit von der Komplexität und der Dauer der Erkrankung hat es ein kranker Mensch mit mehreren Gesundheitsprofessionellen sowie räumlich und sächlich mit unterschiedlichen Einrichtungen zu tun.

S.2

# Sektorübergreifend – quod est?

In wirtschaftlichen Modellen gibt es keine Entsprechung:

- Umgangssprachlich häufig Branchen (Automobilsektor)
- Oder wirtschaftlich funktionelle Teilmärkte (Landwirtschaft, Rohstoffe, Investitionsgüter)

S.3

# Sektorübergreifend – quod est?

## Im Gesundheitswesen

### *Institutionelle Abgrenzung:*

- Stationäre gegenüber ambulanter Versorgung
- Primär- gegenüber Sekundärversorgung

### *Gesundheitssystemisch-funktionelle Abgrenzung*

- Prävention – Kuration – Pflege- Rehabilitation

S.4

# Sektorübergreifend – warum?

*Ansprüche an Gesundheitsleistungen verändern sich im Lebensverlauf – Sie haben immer biografischen Charakter*

- z.B. Faktor Alter
- z.B. Faktor Angeborene bzw. früh erworbene chronische Erkrankung

S.5

# Sektorübergreifend – warum?

Sozialökonomische Faktoren beeinflussen das Gesundheits- und Krankheitsverhalten, die Teilhabefähigkeit sowie das Wissen des Umgangs mit medizinischen Verfahren und damit den Zugang zu medizinischen Leistungen.

S.6

# Sektorübergreifend – warum?

Demografische Veränderungen verlangen deshalb die strukturelle Anpassung des Gesundheitssystems (Versorgungsqualität, Effektivität und Kosten)

Die Enquete-Kommission des Bundestages „Demografischer Wandel“ setzte sich bereits in ihren Zwischengutachten in den 1990er Jahren dafür ein, integrierte, sektorübergreifende Versorgungsmodelle zu ermöglichen, bzw. die Voraussetzung dafür zu schaffen

S.7

# So wie es ist

***Deutschland ist durch eine Vielzahl von Zuständigkeiten gekennzeichnet, die letztlich historische Ursachen haben.\****

S.8

# So wie es geworden ist

## Historische Linie im deutschen Gesundheitssystem

Von der genossenschaftlichen Selbsthilfe



Über die staatliche gebundene soziale Selbstverwaltung



Bis hin zur verbandlichen Selbstverwaltung  
(verstärkt seit den 1990er Jahren als „funktionelles Äquivalent zum Markt“  
(Neokorporatismus))

S.9

# So wie es geworden ist

## Ambulante ärztliche Versorgung

Mitte des 19. Jahrhunderts genossenschaftliche organisierte Arbeitervereine mit angestellten Ärzten

Bismarck'sche Sozialreform: Versicherungssystem mit (paritätischer ) sozialer Selbstverwaltung

S.10

Im Zuge der Auseinandersetzung mit den Ärzteverbänden Gründung von kasseneigenen Ambulatorien mit angestellten Ärzten.

Zerschlagung unter den Nazis mit Anerkennung der ärztlichen Selbstverwaltung (Kassenärztliche Vereinigung)

# So wie es geworden ist

## Ambulante ärztliche Versorgung

Nachkriegszeit: Sicherstellungsauftrag für die kassenärztliche / vertragsärztliche Versorgung

Dominanz der Einzelpraxis auch nach dem Beitritt der fünf neuen Länder, aber gesetzliche Öffnung in den letzten Jahren (z.B. Mitarbeit angestellter Ärztinnen und Ärzte)

S.11

# So wie es geworden ist

## Stationäre Akutversorgung

### Bis in die Nachkriegszeit:

keine verbindlichen Regelungen: unterschiedliche Finanzierungsquellen: Einnahmen aus Behandlung deckten die Betriebskosten nicht.

### 1954 Bundespflegesatzverordnung:

Weiterhin keine Selbstkostendeckung – Zuschüsse durch Kommunen. Desinvestition. Krankenhausversorgung war zunächst vornehmlich kommunale Aufgabe. Krankenkassen wurden nicht mit den vollen Kosten belastet.

S.12

# So wie es geworden ist

## Stationäre Akutversorgung

Ab 1969 Rahmenkompetenz des Bundes – ab 1972 KHG

- Krankenhausplanung – durch Bundesländer
- Investitionsförderung zunächst Bunde & Länder
- Selbstkostendeckende Betriebskosten durch Krankenkassen

S.13

# So wie es geworden ist

## ***Langzeit-Pflege:***

*Politische Anerkennung als allgemeines Lebensrisiko* in den 1980er Jahren. Grundsätzliche Regelung durch Gesetzesreform 1995

*Formale Planungsverantwortung* Land

In der Realität werden Pflegeeinrichtungen unter Anerkennung der gesetzlichen Voraussetzung zugelassen.

S.14

Steuerung und Planung über Landespflegekonferenzen, entsprechend Landesgesetze teilweise Delegation auf kommunale Pflegekonferenzen

# Im Detail

## Prävention

- Kommune – Gesundheitsamt – Gefahrenabwehr
- Krankenkassen – Gesundheitsförderung

## Rettungsdienst

- Land und Kommune

## Ärztliche Notversorgung

- KV Ärztlicher Notdienst
- Nofallversorgung durch Krankenhäuser

## Beratung

- Pflegeberatung / Pflegestützpunkte durch Kommune und Pflegekassen
- Patientenberatung durch kommerzielle UBP

S.15

# Wie sieht es wo anders aus

Grundsätzlich finden wir in vielen Ländern öffentliche Gesundheitssysteme mit kommunaler Verantwortung.

Verbindung von kommunalen Eigentum und kommunaler Steuerung

Verbindung der fachärztlichen Versorgung der stationären Versorgung (als am Krankenhaus) – z.B. Niederlande deswegen kombinierte Fallpauschalen

S.16

# Wie sieht es wo anders aus

## Bsp. Finnland:

Steuerung und Durchführung auf kommunaler Ebene

Trennung in Primär- und Sekundärversorgung

Primärversorgung durch multidisziplinäre Gesundheitszentren (inkl. Sozialarbeit) auf Ebene der Gemeinde

Stationäre und Facharztversorgung durch Distrikte (Zusammenschlüsse mehrerer Kommunen)

S.17

# Wie sieht es nun aus

## Zersplittete Zuständigkeiten

## Unterschiedliche Ordnungsprinzipien

- verbandliche Selbstverwaltung als Selbstorganisation von Gruppeninteressen
- kommunale Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr ohne klare Finanzierungsbedingungen
- Notversorgung ohne klare Regelungen.
- unterschiedliche Planungsausschüsse auf Landesebene ggfs. auf kommunaler Ebene

S.18

*Vielzuständigkeit macht die Durchsetzung sektorübergreifender Versorgungskonzepte mit nur bedingter gesetzlicher Legitimation*

*schwierig*

Manfred Fiedler, Castrop-Rauxel

**NG**2020

# Lösungen

## Mehr Markt

### Marktlösungen

- verlangen nach tauschbaren bzw. preisfähigen Gütern
- appellieren an den Egoismus der Beteiligten in Form monetärer Anreize
- und erschweren deshalb kooperative Lösungen

S.19

Verbandliche Lösungen:

Der Istzustand:

Zementieren bisher vor allem sektorale Versorgungsstrukturen wegen des Bargainingscharakters

# Lösungen

## Mehr Korporatismus

Verbandliche Lösungen entsprechen dem Istzustand:

wegen des Bargaining-Charakters verbandlicher Verhandlungslösungen zementieren diese vor allem sektorale Versorgungsstrukturen

S.20

# Lösungen

## Neudefinition des Sicherstellungsauftrags

- Sektorübergreifend
- Demokratisch legitimierte Planungsinstrumente
- Transparent – beteiligungsorientiert
- Stärkung des Regionalitätspinzips

S.21

# Lösungen

## Auf dem Wege dahin

### *Gesetzliche Öffnung:*

- Institutsambulanzen statt individuelle Ermächtigungen
- Indikationsbezogene Modelle für kooperative Behandlungen – sektorübergreifende Netzwerke (z.B. für Aids-Patienten, Patienten mit Multiple Sklerose, Diabetes Mellitus)
- Einheitliche Planung und Steuerung von notärztlicher Versorgung und Notfallversorgung.
- Quartiersbezogene Versorgungskonzepte

S.22

	Teilnehmende an der Versorgung	Planung	Finanzierung	Steuerung
<b>Ambulante Akutversorgung</b>	Vertragsärzte inkl. Zahnärzte; Apotheken; Heil- und Hilfsmittelanbieter; Therapeuten; Akut-/Hauskrankenpflege	Kassenärztliche Vereinigung, nur Vertrags(zahn)ärzte	Gesetzliche Krankenversicherung (GKV); Private Krankenversicherung (PKV); Gesetzliche Unfallversicherung (GUV)	Gesetzgeber Bund, Zulassungsstellen, z.B. Zulassungsausschuss, Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)
<b>Stationäre Akutversorgung</b>	Plankrankenhäuser, Privatkrankenhäuser	Krankenhausplanung Bundesländer	Bundesländer (Investitionsförderung), Kommunen (Krankenhausumlage), GKV, PKV, GUV	Gesetzgeber Bund, Gesetzgeber Land, Krankenkassen durch Leistungsvereinbarung, GBA, Spitzenverbände KH und Krankenversicherung, Landeskrankenhausgesellschaften, Landesverbände der Krankenkassen und Krankenversicherung
<b>Mischformen ambulant-stationär</b>	Ermächtigungsambulanzen in Krankenhäusern (persönlich-Institutsambulanz), IGV (Integrierte Versorgungsverträge); Medizinische Versorgungszentren (MVZ); Kauf von Arztsitzen durch Krankenhäuser. Praxiskliniken	Keine eigene Planung	Siehe Financiers der ambulanten Versorgung	Entweder Zulassungsstellen oder Krankenkassen; Gesetzgeber Bund

	Teilnehmende an der Versorgung	Planung	Finanzierung	Steuerung
stationäre/ambu-lante Langzeitpflege	Ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, inkl. Kurzzeitpflege	Gesetzliche Pflegeversicherung und Private Pflegeversicherung (GPV und PPV); Bundesländer	GPV und PPV; Länder Investitionskostenzuschuss, Sozialhilfeträger, Out of pocket	Bund und Land – Gesetzgeber, Formale Rahmenplanung durch Bundesländer, Überörtliche Träger der Sozialhilfe; Pflegekassen
stationäre/ambu-lante Rehabilitation	Ambulant: Therapeuten, tagesklinische Reha-Einrichtungen stationär: Anschlussheilbehandlung (AHB) - Rehabilitationsfachkliniken; Präventionskuren in Rehabilitationskureinrichtungen, Einrichtungen der Berufsförderung, spezielle Einrichtungen insbesondere für Menschen mit Behinderungen	keine institutionalisierte Planung	GKV nur Lebensunterhalt und medizinische Reha, GUV, Gesetzliche Rentenversicherung (GRV; keine Leistungen zur Teilhabe am Leben, früher soziale Rehabilitation), Jugend- und Sozialhilfeträger ohne Leistungen zum Lebensunterhalt.	identisch mit Financiers; Gesetzgeber, Bund
Primärprävention	Krankenkassen, Betriebe	keine institutionalisierte Planung	Betriebe, GKV, GUV	GKV-Spitzenverband, Krankenkassen; Gesetzliche Unfallversicherung; Gesetzgeber Bund; staatliche Aufsicht
Früherkennung	Ambulant tätige Ärzte	keine institutionalisierte Planung	GKV, PKV, Out of Pocket	Gesetzgeber Bund

## **Positionspapier Minijobs der BAG Arbeit, Soziales, Gesundheit**

(1. Entwurf Willi Kulke, Sprecher der BAG Arbeit, Soziales, Gesundheit Bündnis 90/Die Grünen)

Fast 7 Millionen Menschen arbeiten derzeit in sogenannten Mini-Jobs. Zweidrittel dieser Menschen sind Frauen. Diese Jobs waren angedacht, um bestimmte Aufgaben wie zum Beispiel das Austragen von Zeitungen neben dem normalen Job zu ermöglichen und sollten den Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt erleichtern. Sie sind jedoch nur selten eine Brücke in den 1. Arbeitsmarkt. Stattdessen liefern sie Fehlanreize. Im bestehenden deutschen Sozialabgaben- und Steuersystem gefährden sie insbesondere die eigenständige soziale Absicherung, mit einem großen Risiko der Altersarmut von Frauen und fördern die finanzielle Abhängigkeit von Frauen gegenüber dem Partner und von Sozialleistungen. Die BAG Arbeit, Soziales, Gesundheit fordert daher die Bundespartei auf, in ihr Wahlprogramm für die kommende Legislaturperiode die schrittweise Abschaffung der Minijobs aufzunehmen.

### **Zur Definition:**

Eine geringfügige Beschäftigung ist ein Beschäftigungsverhältnis, bei dem das Arbeitsentgelt eine bestimmte Grenze nicht überschreitet oder das nur kurze Zeit andauert.

Daraus ergeben sich zur Zeit in Deutschland verschiedene sozialversicherungsrechtliche und steuerrechtliche Besonderheiten.

Geringfügig Beschäftigte sind nach deutschem Recht in dieser Beschäftigung in der gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung nicht versicherungspflichtig. Sie können sich von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen. Der Arbeitgeber trägt die pauschale Besteuerung und reduzierten Beitrag zur Kranken- und Rentenversicherung. Daraus folgt aber kein Krankenversicherungsschutz für den Arbeitnehmer\*innen.

### **Zur Geschichte:**

Bereits nach der Reichsversicherungsordnung (RVO) von 1911 konnten *vorübergehende Dienstleistungen* in der Kranken- und Invalidenversicherung versicherungsfrei bleiben

Bereits 1981 wollte die sozialliberale Bundesregierung die Versicherungsfreiheit von geringfügig Beschäftigten generell abschaffen, um so Einnahmeausfällen bei der Sozialversicherung entgegenzuwirken und den Sozialversicherungsschutz der Arbeitnehmer\*innen im Teilzeitbereich, insbesondere von Frauen, zu verbessern. Nach den Protesten insbesondere der Zeitungsverleger und der Wohlfahrtsverbände wurden die Minijobs beibehalten.

Ab 1999 wurden pauschal Sozialversicherungsbeiträge für die Krankenversicherung und für die Rentenversicherung eingeführt, die von den Arbeitgeber\*innen zu tragen waren. Auf Antrag konnten die Beschäftigten auf die Versicherungsfreiheit in der Rentenversicherung verzichten. Die Sozialversicherungsfreiheit für geringfügige Beschäftigungen im Nebenerwerb wurde gestrichen.

2003 führte die rot-grüne Bundesregierung diese Versicherungs- und Steuerfreiheit für Personen mit einer versicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung wieder ein. Sie schuf damit einen finanziellen Anreiz, eine Nebentätigkeit aufzunehmen. Wer in seinem Hauptberuf Überstunden macht oder die Arbeitszeit aufstockt, muss dafür die üblichen Abgaben leisten. Wer dagegen zusätzlich einen Minijob annimmt, zahlt dafür nichts in die Sozialkassen bzw. wurde nicht nach seinem normalen Steuersatz veranlagt, sondern pauschal besteuert. Die Regelung entlastet nicht nur Niedrigverdiener, die zwei Arbeitsstellen übernehmen müssen, um über die Runden zu kommen. Von der Regelung profitieren auch Gutverdiener mit einer Nebentätigkeit.

### **Rechtliche Regelungen:**

Für *Minijobber\*innen* gelten grundsätzlich die gleichen Regelungen wie für „normale“ Arbeitsverhältnisse; sie gelten nach dem Teilzeit- und Befristungsgesetz als Teilzeitbeschäftigte

und haben im Arbeitsrecht die gleichen Rechte wie Vollzeitbeschäftigte. Nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz hat der Minijobber Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall und auf Feiertagsvergütung. Und auch im Kündigungsschutz macht das Gesetz für eine geringfügige Beschäftigung keinen Unterschied. Das Bundesurlaubsgesetz ist für geringfügige Beschäftigungen anwendbar und regelt den Urlaubsanspruch.

Minijob-Beschäftigte haben Anspruch auf die gleichen Bruttostundenlöhne wie in einer vergleichbaren sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung.

### **Die Realität:**

In der Praxis verdienen Minijobber\*innen brutto weitaus weniger, als sozialversicherungspflichtig Beschäftigte. Viele Arbeitgeber\*innen vor allen in Bereichen in denen keine Tarifbindung existiert, nutzen die pauschale Besteuerung und die Versicherungsfreiheit für Arbeitnehmer\*innen aus und zahlen den Beschäftigten nur Löhne in Höhe des Mindestlohns. Ursprünglich als unkomplizierter Einstieg für „Hausfrauen“ zum Berufseinstieg gedacht, ist diese Beschäftigungsform längst aus dem Ruder gelaufen. Etwa jedes fünfte Beschäftigungsverhältnis in Deutschland (ca. 7 Millionen) ist heute ein Minijob.

Für einen Großteil der Menschen in Minijobs (ca. 4,8 Millionen, davon ca. 3,2 Millionen Frauen), stellte der Minijob die einzige Erwerbstätigkeit dar. Minijobbende müssen zwar selbst keine Steuern und Sozialabgaben abführen, erwerben aber auch keine bzw. nur sehr geringe eigenständige Ansprüche in der Rentenversicherung, sofern sie sich von diesen Ansprüchen nicht befreien lassen.

Minijobs sorgen für Minilöhne. Beispiel: Eine verheiratete, kinderlose Frau mit Steuerklasse V erhält bei einem Bruttolohn von 13,50€ ca. 7€ netto. Als Minijobberin müsste sie also für die gleiche Arbeit 13,50€ netto (bei Befreiung von der Rentenversicherung erhalten. Real bekommt sie in der Regel nur den Mindestlohn. Fast alle Arbeitgeber\*innen zahlen nur das Minimum in diesen meist einfachen Beschäftigungen und kassieren damit die wirtschaftlichen Vorteile dieses Beschäftigungsverhältnisses. Dies gilt auch für viele Menschen im ALG II Bezug. Ihre Notlage wird von vielen Arbeitgeber\*innen durch Minijobs ausgenutzt. Mit Minijobs ohne Auf- und Ausstiegsperspektive sorgt der ALG II Bezug für die soziale Grundsicherung und die Sozialversicherung. Arbeitgeber\*innen beschäftigen sie dann wiederum nur in Höhe des Mindestlohns für Ihre Arbeit.

Minijobs sind häufig Jobs für Menschen für die es keine anderen Angebote auf dem Arbeitsmarkt gibt. Sie sind niedrig entlohnt, haben keine Aufstiegschancen und werden überdurchschnittlich von Frauen ausgeübt.

Minijobs führen nur selten in ein Normalarbeitsverhältnis. Weniger als 10% der Minijobber\*innen gelingt dieser Aufstieg. Viele Frauen verbleiben so ihr gesamtes Erwerbsleben in Minijobs, auch wenn die Phase der Kindererziehung durch die sie diese Erwerbsform begründen längst vorbei ist.

Minijobs stellen durch die Steuer- und Sozialversicherungsfreiheit einen Fehlanreiz dar. So können Minijobs auch für Menschen in gesicherten Erwerbsverläufen durch die Trennung vom Lebenspartner und durch fehlende soziale Absicherung im Rentenalter ein hohes Armutrisiko bedeuten

Für die meisten Frauen bedeutet die Geburt ihrer Kinder eine Zäsur in ihrer Berufstätigkeit. Und für viele bleibt es nicht einfach bei einer Pause vom Job. Sie sind nach der Elternzeit geringfügig beschäftigt und sitzen damit in einer Falle, aus der sie sich kaum befreien können. Schuld daran ist das Steuersystem. Der Aufstieg aus einem Minijob gelingt nur selten, weil er sich finanziell kaum lohnt. Minijobs behindern so die bessere Integration von Frauen in das Berufsleben. Durch die gemeinsame Besteuerung wird der Wiedereinstieg Frauen in das Erwerbsleben nach einer Elternzeit mit teilweise über 50%igen Abzügen bestraft.

Viele Beschäftigte nehmen die geringen Stundenlöhne in Minijobs nur deshalb hin, weil der Minijob

nur ein Zuverdienst zum eigenen Haupteinkommen oder – bei ausschließlich geringfügig Beschäftigten – zum Einkommen der Familie ist. Minijobs fördern das „Zuverdienermodell“ mit einer gering zuverdienenden Ehefrau.

In einzelnen Branchen arbeiten mittlerweile extrem viele Minijobber\*innen, sei es als Neben- oder Haupttätigkeit. Im Gesundheits- und Sozialwesen sind rund 760 000 geringfügig Beschäftigte tätig, im Gastgewerbe 870 000 und im Einzelhandel 970 000. Damit profitieren diese Wirtschaftszweige massiv von dieser, durch staatliche Transferleistungen subventionierten Beschäftigungsform.

Minijobber\*innen sind fast immer von den Möglichkeiten der Weiterbildung und der beruflichen Entwicklung ausgeschlossen.

Die abgabenrechtlichen Privilegierung von geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen ist sozialpolitisch nicht zu unterstützen. Die ursprünglich erwarteten beschäftigungspolitischen Ziele und deren Vorteile für Arbeitgeber\*innen und Arbeitnehmer\*innen wurden nie erreicht. Sie werden durch beträchtliche Nachteile für die Beschäftigten und auch die Gesamtgesellschaft erkauft. Minijobs verlagern von Gegenwartsproblemen. Sie subventionieren kurzfristig Beschäftigung und schaffen Altersarmut und soziale Abhängigkeit vor allem von Frauen.

### **Die Umsetzung**

Um eine behutsame Überführung der bestehenden geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse in regulär besteuerte und sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse zu ermöglichen, sollte zuerst die Möglichkeit der Befreiung von der Rentenversicherungspflicht aufgehoben werden. Die durch die Arbeitgeber\*innen entrichteten Pauschalen an die Kranken- und Pflegeversicherung müssen auch zu einem Versicherungsschutz führen. Stufenweise müssen diese Beiträge auf die volle Höhe angepasst werden und auch die Pflichtversicherung in der Arbeitslosenversicherung eingeführt werden. Die steuerliche Begünstigung sollte in jährlichen Schritten in einem Zeitraum von 5 bis 10 Jahren abgebaut werden. Diese beiden Schritte sollten für Minijobber mit einer sozialversicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung sofort gelten. Heute arbeiten fast 2,5 Millionen Arbeitnehmer neben einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung zusätzlich in einem Minijob. Sie erwerben hier häufig keine zusätzlichen Rentenansprüche.

Fast Million Rentner arbeiten in Minijobs. Sie sollten steuer- und sozialversicherungsrechtlich mit anderen Beschäftigten gleichgestellt werden. Abgaben zur Renten- und Arbeitslosenversicherung würden in ihrem Fall entfallen.

Für Studentinnen und Studenten gibt es bereits jetzt eigene Freigrenzen und gesetzliche Regelungen. Sie benötigen das Modell der Minijobs nicht.

Für Schülerinnen und Schüler sollte es eine Freibetragsregelung geben unter der keine Abgaben anfallen.

Sonderregelungen sollte es für die Betreuung von Jugendgruppen, Musikgruppen, Sportvereine geben. Diese Tätigkeiten sollen nicht gefährdet werden. Für diese Tätigkeiten gibt es bereits Freibeträge.

Im Bereich der haushaltsnahen Dienstleistungen in Privathalthaushalten sollten durch staatliche Unterstützung bei den Wohlfahrtsverbänden Strukturen geschaffen werden, die Privathaushalten eine flexible, sozialversicherungspflichtige und versteuerte Beschäftigung im Haushalt ermöglichen.

Frauen und Männer die einen geringfügigen Job neben einem festen Arbeitsverhältnis ausüben, sollten in diesem Minijob normal sozialversichert werden und zusätzliche Rentenansprüche erwerben. Die Besteuerung sollte mit einem durchschnittlichen Steuersatz erfolgen. Der konkrete Steuersatz wird im Rahmen des Lohnsteuerjahresausgleichs errechnet.

Die erhöhten Beiträge in die Sozialversicherung und die höhere Besteuerung muss durch eine

Senkung der Beiträge und eine spürbare Erhöhung der steuerlichen Grundfreibeträge ausgeglichen werden.

## **SO-01-NEU** Sozialer Zusammenhalt

Antragsteller\*in: Bundesvorstand

Beschlussdatum: 29.09.2016

### **Wir investieren in Gerechtigkeit (nur neue Zeilenummerierung)**

1 Wir Grüne kämpfen für ein gerechtes Land, in dem jeder Mensch ein selbstbestimmtes Leben  
2 führen kann. Ein Land, in dem sich jeder Mensch unabhängig von seiner Herkunft entfaltet und  
3 dessen Wohlstand allen zugutekommt. In der Gesellschaft, die wir wollen, dient die  
4 Wirtschaft dem Menschen und nicht umgekehrt. Unternehmen wirtschaften nachhaltig und zahlen  
5 faire Löhne. Kein Mensch muss finanzielle Ängste vor Krankheit und Alter haben – ganz egal,  
6 wie er versichert ist. Frauen haben die gleichen Rechte und Chancen wie Männer und Familien  
7 haben Zeit füreinander. Der öffentliche Raum genießt höchste Wertschätzung, die öffentliche  
8 Hand hat ausreichende Mittel für Kitas, Schulen und Universitäten; Spielplätze, Theater und  
9 Sportanlagen; Straßen, Radwege und öffentlichen Nahverkehr. Um diesen Zielen näher zu  
10 kommen, haben wir ein Programm für nachhaltige Investitionen, gezielte Entlastungen, soziale  
11 Sicherung und gerechte Verteilung entwickelt.

12 Deutschland ist ein wohlhabendes Land – im Durchschnitt. Es gibt eine große Mittelschicht,  
13 die weder arm noch reich ist und in Kommunen wohnt, die zwar nicht in Luxus schwimmen, aber  
14 in der Lage sind, öffentliche Einrichtungen in guter Qualität vorzuhalten. Deutschland ist  
15 aber auch ein ungleiches Land. Wohlstand und Chancen hängen zu sehr vom Elternhaus ab. Unser  
16 Bildungssystem mag besser sein als das vieler anderer Staaten, doch für echte  
17 Chancengleichheit sorgt es nicht. Immer noch entscheiden die familiäre Herkunft, Einkommen  
18 und Vermögen hierzulande maßgeblich über die Aufstiegschancen, und nicht primär Talent,  
19 Fleiß oder Ehrgeiz. Es sind mehr Männer und Frauen erwerbstätig als je zuvor. Doch zu viele  
20 von ihnen – vor allem Frauen – arbeiten schlecht bezahlt, befristet oder unfreiwillig in  
21 Teilzeit.

#### *22 Reiches, armes Land*

23 Arm und Reich driften in den letzten Jahren weiter auseinander und haben im Alltag immer  
24 weniger Berührungspunkte. Die privaten Vermögen einiger sind enorm angestiegen. In kaum  
25 einem Land der Euro-Zone ist die Vermögensungleichheit größer. Die breite Mehrheit steht  
26 wirtschaftlich da, wo sie vor 20 Jahren auch schon stand. Viele Geringverdiener haben sogar  
27 verloren. Die Einkommensungleichheit verharrt auf hohem Niveau, obwohl die Reallöhne seit  
28 2010 steigen. Wir erleben eine Rückkehr zu überwinden geglaubten Zuständen. Die soziale  
29 Mobilität nimmt ab und die Unterschiede zwischen „oben und unten“ verfestigen sich. Die  
30 eingeschränkte Teilhabe von Vielen und eine enorme Konzentration des Wohlstandes bei Wenigen  
31 werden zu einer sich verschärfenden strukturellen Machtfrage. Zu viel Reichtum in den Händen  
32 weniger Leute gefährdet die wirtschaftliche Dynamik und nährt Fehlinvestitionen und  
33 Preisblasen auf den Finanzmärkten.

34 Unser Land hat die wirtschaftlichen Möglichkeiten, allen, die hier leben, gleiche Chancen  
35 und eine faire Teilhabe an Wohlstand und Lebensqualität zu bieten. Doch gefühlte und erlebte  
36 Ungerechtigkeiten gefährden den gesellschaftlichen Zusammenhalt und unsere Demokratie. Es  
37 sind auch unsichtbare Mauern in und zwischen den Wohnvierteln, die unsere Gesellschaft  
38 spalten. Hier die Problemschule im sozialen Brennpunkt, da das Elitegymnasium in bevorzugter  
39 Lage. In manchen Regionen sind die öffentlichen Gebäude frisch saniert und das Internet  
40 kommt in Spitzengeschwindigkeit überall an. Ein paar Kilometer weiter zerfällt die

41 Infrastruktur, sind Schulen in einem jämmerlichen Zustand und das Stadtbad bereits seit  
42 Jahren geschlossen. Die Erzieherin, der Pfleger oder die Polizistin müssen trotz ihrer  
43 gesellschaftlich wertvollen Arbeit mit vergleichsweise niedrigen Einkommen über die Runden  
44 kommen. Investmentbanker und Spitzenmanager streichen dagegen Millionen an Gehältern und  
45 Boni ein, selbst wenn sie Werte vernichten.

46 Gerechtigkeit ist zentraler Grundsatz für uns GRÜNE. Dieser Anspruch strahlt für uns in alle  
47 Politikbereiche aus. Wie wir leben, hat Auswirkungen auf die Chancen der Menschen in anderen  
48 Teilen der Welt. Deshalb entspricht es unserem Verständnis von Gerechtigkeit, dass Menschen  
49 nicht nur in Deutschland, sondern in aller Welt eine Chance auf eine lebenswerte Gegenwart  
50 und Zukunft haben. Gerechtigkeit bedeutet für uns, auch künftigen Generationen eine intakte  
51 und lebenswerte Welt zu übergeben, in der sie selbstbestimmt leben können. In der vernetzten  
52 Welt des 21. Jahrhunderts kann und sollte soziale Sicherung nicht ausschließlich im  
53 nationalen Rahmen gedacht werden. Soziale Gerechtigkeit ist auch ein zentrales Thema für die  
54 Solidargemeinschaft der Europäischen Union. In dem Antrag "Ja zu Europa, Mut zur  
55 Veränderung" führen wir auf, wie wir mit einem sozialen Europa, einem europäischen  
56 Steuerpakt und einem Green New Deal das Leben auf unserem Kontinent besser gestalten können  
57 als mit nationalen Alleingängen oder mit einer einseitigen Austeritätspolitik, die ohne die  
58 notwendigen Reformen und Investitionen durchgesetzt wird.

59 *Investieren, entlasten, teilen*

60 Chancengerechtigkeit und Verteilungsgerechtigkeit sind für uns zwei Seiten derselben  
61 Medaille, wenn wir die Teilhabe aller erreichen und verbessern wollen. Drei Ziele sind uns  
62 besonders wichtig, um dieses Land für uns und für unsere Kinder lebenswerter zu machen.

63 *Erstens* wollen wir mehr in eine gute Zukunft unseres Landes investieren: In  
64 Chancengerechtigkeit, in einen Bildungsaufbruch und in gute öffentlichen Einrichtungen. Wir  
65 wollen jedes Kind bestmöglich fördern und echte Aufstiegschancen für alle ermöglichen. Dafür  
66 brauchen wir vor allem handlungsfähige Kommunen. Dort müssen wir den Investitionsstau in  
67 dreistelliger Milliardenhöhe auflösen und unsere Städte und Gemeinden in die Lage versetzen,  
68 Kita-Plätze zu schaffen, den öffentlichen Nahverkehr zu stärken, Schwimmbäder, Theater und  
69 Jugendzentren zu unterhalten.

70 *Zweitens* wollen wir Familien und Alleinerziehende gezielt finanziell entlasten und  
71 unterstützen. Kinderarmut darf in einem reichen Land wie Deutschland ebenso wenig einen  
72 Platz haben wie Armut im Alter. Wir brauchen ein soziales Sicherungsnetz, das wirkungsvoll  
73 vor Armut schützt, ein gutes Leben im Alter ermöglicht und niemanden durchs Raster fallen  
74 lässt. Wir stehen für eine geschlechtergerechte Gesellschaft, die ein selbstbestimmtes und  
75 solidarisches Leben von Frauen und Männern ermöglicht. Wir wollen die großen Aufgaben  
76 anpacken: eine wirklich solidarische Finanzierung der Renten- und Krankenkassen und eine  
77 Modernisierung der sozialen Sicherungsnetze in Zeiten der Digitalisierung.

78 *Drittens* wollen wir, dass der gemeinsam erwirtschaftete Wohlstand in unserem Land fairer  
79 geteilt wird.<sup>[1]</sup> Wir arbeiten für ein gerechtes Land und eine solidarische Gesellschaft. Dazu  
80 müssen alle einen fairen Beitrag zur Finanzierung des Gemeinwesens leisten. Wir kämpfen für  
81 mehr Steuerehrlichkeit und eine gerechtere Besteuerung von sehr vermögenden Menschen. Wir  
82 setzen uns dafür ein, dass Chancen und Vermögen gerechter verteilt und möglichst alle  
83 Arbeitsverhältnisse gut und sicher ausgestaltet und fair entlohnt werden.

## 84 **Wir investieren in gute Bildung**

85 Der Zugang zu guter Bildung ist eine Voraussetzung, um allen Menschen die gleiche Teilhabe  
86 und ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Ein gutes Bildungssystem, von den  
87 Kindertagesstätten über die Schulen bis zu den Hochschulen und den  
88 Weiterbildungsinstitutionen, ist daher eine Schlüsselfrage für Chancengleichheit in der

89 Zukunft. Das betrifft im Fall von Kitas und Schulen nicht nur die Kinder, sondern auch deren  
90 Eltern, wenn es um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie geht. Dabei sind insbesondere  
91 Alleinerziehende auf gute öffentliche Einrichtungen angewiesen.

92 Der aktuelle Bildungsbericht von Bund und Ländern zeigt, dass Kinder, die es schwer haben,  
93 in Kita und Schule immer mehr mit Kindern zusammen sind, die es ebenfalls schwer haben. Kita  
94 und Schule müssen daher immer mehr ausgleichen, um Chancengerechtigkeit und gleiche  
95 Startchancen zu ermöglichen. Dabei müssten gerade in Stadtteilen, in denen viele sozial  
96 benachteiligte Menschen leben, Kitas und Schulen besonders gut ausgestattet werden. Nur so  
97 schaffen wir es, dass Benachteiligte eine faire Chance bekommen und Mittelschichtsfamilien  
98 nicht wegziehen, sobald ihre Kinder das schulpflichtige Alter erreichen. Doch Bund, Länder  
99 und Kommunen investieren insgesamt zu wenig in ihre Bildungseinrichtungen. Die öffentlichen  
100 Bildungsausgaben liegen unter dem OECD-Schnitt. Was die Förderung von Kindern und  
101 Jugendlichen angeht, hinkt unser Land hinterher. Das wollen wir ändern. Wir halten an den  
102 Zielen fest, 7 Prozent des BIP in die allgemeine Bildung und 3,5 Prozent in Forschung und  
103 Entwicklung zu investieren.

104 Wir wollen das **Kooperationsverbot im Bildungsbereich abschaffen**. So wollen wir es dem Bund  
105 wieder ermöglichen, gemeinsam mit den Ländern stärker und zielgenau **in Bildung zu**  
106 **investieren**. Denn momentan darf der Bund die Bundesländer in der Bildungspolitik nicht  
107 unterstützen. Das wollen wir korrigieren. Kitas und Schulen in Gebieten mit schwacher  
108 Einkommensstruktur wollen wir vorrangig fördern. Die Schulsozialarbeit wollen wir ausbauen.

109 Ein bundesweites **Kitaqualitätsgesetz** soll sicherstellen, dass gute Startchancen nicht vom  
110 Wohnort des Kindes abhängen und schon bei der frühkindlichen Bildung die Qualität gesteigert  
111 wird. Unser Anspruch ist, dass Erzieherinnen und Erzieher tatsächlich genügend Zeit für die  
112 Betreuung und Förderung jedes Kindes haben. Die Fachkraft-Kind-Relation sollte sich deshalb  
113 an der Maximalgröße 1:4 für unter Dreijährige und 1:10 für über Dreijährige orientieren. Wir  
114 wollen neuen Schwung für flächendeckend qualitativ **hochwertige Ganztagschulen**. Dafür legen  
115 wir ein neues bundesfinanziertes **Schulsanierungsprogramm** auf. Solange das Kooperationsverbot  
116 besteht, entlasten wir die Kommunen 5 Jahre lang mit jährlich 2 Milliarden Euro, damit sie  
117 das Geld in den Ganztagschulausbau stecken können.

118 Echte Teilhabe braucht neben Lernförderung auch Sport, Musik und Kultur. Das aktuell  
119 geltende Bildungs- und Teilhabepaket ist bürokratisch und wird gerade einmal von einem  
120 Fünftel der berechtigten Kinder in Anspruch genommen. Bei der Lernförderung ist es sogar nur  
121 jedes zehnte Kind. Darum wollen wir einen Teil des Bildungs- und Teilhabepakets durch frei  
122 zugängliche sowie **bundesweit garantierte Angebote an Kitas, Schulen, Musikschulen und**  
123 **Vereinen** ersetzen und den anderen Teil der Leistungen in den Regelsatz überführen, um  
124 Familien nicht weiter mit bürokratischen Antragshürden von gesellschaftlicher Teilhabe  
125 auszuschließen.

126 Unsere Schulen und Hochschulen brauchen eine soziale Öffnung. Wir wollen das Studieren  
127 gerade für junge Menschen aus benachteiligten Familien und aus Nicht-Akademiker-Haushalten  
128 erleichtern. Dazu wollen wir das **BAföG erhöhen** und es zum Zwei-Säulen-Modell  
129 weiterentwickeln. Damit die Studienbedingungen besser werden und die Abbruchzahlen sinken,  
130 **statten wir den Hochschulpakt besser aus**. Wir lehnen Studiengebühren ab und wollen das  
131 Deutschlandstipendium abschaffen.

132 Wir wollen den Übergang von der Schule in die Ausbildung verbessern. Dazu gehört eine  
133 **Ausbildungsgarantie**, um zu verhindern, dass junge Menschen weiter ziel- und planlos von  
134 Maßnahme zu Maßnahme verschoben werden. Alle bekommen individuelle Angebote. Wer trotzdem  
135 keine Lehrstelle findet, startet mit einer überbetrieblichen Ausbildung, die zu einem  
136 anerkannten Berufsabschluss führt.

137 Regelmäßige Weiterbildung wird immer wichtiger, auch weil die Digitalisierung immer mehr  
138 Arbeitsbereiche durchdringt. Wir wollen, dass alle ihr Wissen und ihre Kompetenzen  
139 regelmäßig erweitern und auffrischen können. Deshalb können wir nicht hinnehmen, dass die  
140 Hälfte der Erwachsenen in Deutschland – vor allem gering Qualifizierte,  
141 Teilzeitbeschäftigte, Ältere und Menschen mit Einwanderungsgeschichte – bei der beruflichen  
142 Weiterbildung außen vor bleiben. Wir wollen die **berufliche Weiterbildung** aller mit dem  
143 Modell BildungsZeitPlus, einem individuellen Mix aus Zuschuss und Darlehen, **finanziell**  
144 **gezielt unterstützen**. Wir wollen in allen Bildungseinrichtungen die digitale Teilhabe  
145 verbessern.

## 146 **Wir kämpfen für Lohngleichheit und eine eigenständige** 147 **Existenzsicherung von Frauen**

148 Gerechtigkeit meint für uns GRÜNE auch immer Gerechtigkeit zwischen den Geschlechtern. Wir  
149 wollen eine geschlechtergerechte Gesellschaft, die ein selbstbestimmtes und solidarisches  
150 Leben ermöglicht. Hier hat grüne Politik viel erreicht. Aber solange es ein Gefälle in der  
151 Verteilung von Machtpositionen, Einkommen und Zeit zu Lasten von Frauen gibt, bleibt diese  
152 Gerechtigkeitslücke bestehen.

153 Wir wollen die **Lohnungerechtigkeit** zwischen Männern und Frauen **beenden**. Frauen verdienen im  
154 Durchschnitt 21 Prozent weniger als Männer. Das ist nicht nur zutiefst ungerecht – damit ist  
155 Deutschland auch europaweites Schlusslicht. Minijobs und ein fehlendes Rückkehrrecht auf  
156 Vollzeit und vorherigen Stundenumfang sind weitere Hürden auf dem Weg zur  
157 Gleichberechtigung. Dazu gehört für uns auch eine gerechte Bewertung von Arbeit und eine  
158 gesellschaftliche Aufwertung von Berufen mit hohem Frauenanteil – also all jener Berufe, die  
159 sich direkt um Menschen kümmern, sei es in der Pflege, in der Kita oder in sozialen  
160 Projekten. Entgeltregelungen müssen überprüft werden, **Entgeltdiskriminierungen** wollen wir  
161 **beseitigen**. Außerdem fordern wir ein Verbandsklagerecht, beispielsweise für Gewerkschaften,  
162 damit Verbände stellvertretend für die Beschäftigten klagen können. Es muss sich für Frauen  
163 insbesondere lohnen, mehr als nur geringfügig arbeiten, damit sie den Schutz der  
164 Sozialversicherungen erhalten. Dafür wollen wir den gesamten Niedriglohnsektor reformieren,  
165 prekäre Beschäftigung zurückdrängen und **Minijobs durch sozialversicherungspflichtige**  
166 **Beschäftigungsverhältnisse ersetzen**.

167 Wir wollen Frauen und Männer in ihrem Wunsch unterstützen, sich die Sorge für ihre Kinder  
168 und eine Erwerbstätigkeit partnerschaftlich zu teilen. Die ungleiche steuerliche Behandlung  
169 von heute gelebten Familienformen wollen wir beenden. Unser Steuersystem soll kein Hindernis  
170 dafür sein, dass Frauen sich eine **eigenständige Existenzsicherung** aufbauen und sich  
171 beruflich so verwirklichen können, wie sie es wünschen.

172 Das Ehegattensplitting steht diesen Zielen im Weg. Es ist ungerecht, denn es erlaubt nur  
173 einem Teil der Familien, Lebensphasen abzufedern, in denen eine Person weniger oder nichts  
174 verdient. Das Ehegattensplitting ist nicht nachhaltig. Alleinerziehende oder Paare, die sich  
175 den Verzicht auf ein zweites Einkommen nicht leisten können, haben nichts davon. Hinzu  
176 kommt, dass die mit dem Ehegattensplitting geförderte Arbeitsteilung vor allem für Frauen  
177 erhebliche Armutsrisiken birgt und langfristig alles andere als eine Absicherung ist. Eine  
178 Frau, die keiner oder nur einer geringfügigen Erwerbsarbeit nachgeht und in dieser Zeit  
179 zusammen mit ihrem Partner vom Splitting profitiert, steht nach der Scheidung oder Verlust  
180 des Partners oft ohne eigene Alterssicherung da. Aus diesen Gründen wollen zur individuellen  
181 Besteuerung übergehen und das Ehegattensplitting durch eine **gezielte Förderung von Familien**  
182 **mit Kindern und Alleinerziehenden** ersetzen.

183 *VARIANTE 1: Dabei soll für Paare, die nach einer Reform heiraten oder sich verpartnern, das*  
184 *neue Recht gelten. Für Paare, die bereits verheiratet oder verpartnert sind, bleibt das alte*  
185 *Recht mit Ehegattensplitting bestehen.*

186 *VARIANTE 2: Dabei soll für Paare, die nach einer Reform heiraten oder sich verpartnern, das*  
187 *neue Recht gelten. Für Paare, die bereits verheiratet sind, wird die Individualbesteuerung*  
188 *schrittweise in einem Übergangszeitraum von 10 bis 20 Jahren eingeführt.*

189 Die Reform des Ehegattensplittings wird mit **Verbesserungen bei den Leistungen für Familien**  
190 **mit Kindern und Alleinerziehenden** verknüpft, die sicherstellen, dass Ehen mit Kindern keine  
191 Nachteile erfahren.

192 Wir wollen weiterhin anerkennen, dass Paare, sei es in der Ehe oder in einer  
193 Lebenspartnerschaft oder einfach zu zweit, in vielfältiger Weise Verantwortung füreinander  
194 übernehmen. Aufwendungen für den Lebensunterhalt sollen daher zumindest in Höhe des  
195 Grundfreibetrags steuerfrei gestellt werden. Wenn beide Eltern arbeiten, entstehen  
196 beispielsweise Kosten für die Betreuung der Kinder. Auch diese gemeinsamen Aufwendungen  
197 sollen zugunsten beider Eltern steuerlich absetzbar sein. Es könnte darüber hinaus sinnvoll  
198 sein, auch freiwillige Beiträge für die Altersvorsorge oder die Krankenversicherung  
199 anzuerkennen.

## 200 **Wir stärken Familien, unterstützen Alleinerziehende und** 201 **fördern Kinder**

202 Wir wollen, dass alle Kinder gut aufwachsen und ihre Talente verwirklichen können. Doch  
203 aktuell leben fast drei Millionen Kinder in Deutschland in Armut oder sind von Armut  
204 bedroht. Jedes zweite davon lebt in einem Alleinerziehenden-Haushalt. Deutschland schafft es  
205 nicht, Chancengerechtigkeit und echte Teilhabe aller von Anfang an zu ermöglichen. Das ist  
206 zutiefst ungerecht. Dafür braucht es eine effektive Strategie, die unterstützende und  
207 befähigende Infrastruktur und Geldleistungen klug miteinander kombiniert.

208 Alleinerziehende tragen heute das größte Armutsrisiko. Dabei gehören sie zu den  
209 Leistungsträger\*innen in unserem Land. Wir wollen, dass sie besser dabei unterstützt werden,  
210 Erwerbsarbeit und Familie miteinander zu vereinbaren und ihre Kinder zu unterstützen. Allen  
211 voran bedeutet das für uns, **Kinderarmut** effektiv zu **bekämpfen**. Die Regelbedarfe für Kinder  
212 (und ihre Eltern) sollen so erhöht werden, dass sie deren Bedarf tatsächlich decken.

213 *VARIANTE 1: Kindergrundsicherung. Wir stehen für die Familienvielfalt und eine gerechte*  
214 *Familienförderung. Wir wollen die Benachteiligung von Alleinerziehenden und unverheirateten*  
215 *Paaren abschaffen und **Familien mit Kindern entlasten**. Alle Kinder sollen künftig Anspruch*  
216 *auf die gleiche materielle Förderung in Höhe des höchsten Regelsatzes für Jugendliche*  
217 *(derzeit 306 Euro) haben – unabhängig vom Einkommen der Eltern. Eltern mit höheren Einkommen*  
218 *erhalten derzeit über die Kinderfreibeträge vom Staat eine höhere Unterstützung für ihr Kind*  
219 *als Eltern mit Anspruch auf Kindergeld. Durch die **Kindergrundsicherung** sollen Kindergeld,*  
220 *Kinderfreibeträge und Kinderregelsatz zu einer unbürokratischen Leistung zusammenfasst*  
221 *werden. Diese Reform gilt für alle Neu-Ehen, alle Alleinerziehenden und unverheirateten*  
222 *Paare. Die Kindergrundsicherung kombinieren wir mit der Reform des Ehegattensplittings.*  
223 *Bestehende Ehen erhalten eine Günstigerprüfung vom Finanzamt und können die für sie bessere*  
224 *Variante wählen: entweder das alte Ehegattensplitting inklusive Kinderfreibeträgen und*  
225 *Kindergeld oder die Individualbesteuerung mit neuer Kindergrundsicherung. So wird keine*  
226 *Familie schlechter, aber insbesondere **Familien mit kleinen und mittleren***  
227 ***Einkommendeutlichbesser gestellt**. Insbesondere Alleinerziehende profitieren von unserer*  
228 *Kindergrundsicherung.*

229 *VARIANTE 2: Jedes Kind ist uns gleich viel wert, ganz gleich, in welcher Familienform es*  
230 *aufwächst. Wir sorgen dafür, dass alle Kinder ein gesichertes Existenzminimum haben. **Wir***  
231 ***bekämpfen effektiv Kinderarmut**. Wir entlasten die Familien der Mittelschicht. Wir stärken*  
232 *Alleinerziehende. Wir erreichen dieses Ziel durch einen **einkommensabhängigen Bonus zum***  
233 ***Kindergeld (KindergeldBonus)**, so dass im Ergebnis bei allen Kindern ihr Existenzminimum*  
234 *gedeckt ist. Aktuell hat der Bund diesen Mindestbedarf mit 384 Euro definiert. Wir bekämpfen*

235 Kinderarmut, indem Familien mit kleinem Einkommen den Bonus in voller Höhe erhalten. Das ist  
236 nicht nur eine eindeutige finanzielle Verbesserung, sondern auch unbürokratisch, da diese  
237 Hilfe direkt geleistet wird. Damit Eltern nicht wegen ihrer Kinder in den Hartz IV Bezug  
238 rutschen, gibt es bisher Hilfe nur auf Antrag. Diese Hürde nimmt heute aber nicht mal ein  
239 Drittel der Berechtigten. Der Rest lebt de facto unter dem Existenzminimum in verdeckter  
240 Armut. Damit ist in Zukunft Schluss. Wir bekämpfen Kinderarmut, indem wir zudem den  
241 Kinderregelsatz so erhöhen, dass er die Bedarfe von Kindern für ein gutes Aufwachsen  
242 wirklich deckt. **Wir entlasten Familien der Mittelschicht**, da der KindergeldBonus mit  
243 steigendem Einkommen nur schrittweise und geringfügig sinkt. Kinder zu haben darf kein  
244 Armutsrisiko mehr sein. Wir stärken Alleinerziehende, indem sie durch den KindergeldBonus  
245 eine gerechte Absicherung ohne zeitliche Begrenzung erhalten. Alleinerziehende, die keinen  
246 oder zu wenig Unterhalt für ihre Kinder erhalten, sind heute auf den Unterhaltsvorschuss  
247 angewiesen. Den gibt es aber nur maximal 6 Jahre und nur bis die Kinder 12 Jahre alt sind.  
248 Außerdem wird ihnen das Kindergeld voll abgezogen. All diese Ungerechtigkeiten werden durch  
249 den KindergeldBonus beendet. Mit diesem Einstieg in die grüne Kindergrundsicherung wird  
250 jedem Kind endlich sein Grundrecht auf eine würdige Existenz ermöglicht.

251 Der eigene, existenzsichernde Job ist immer noch die beste Absicherung gegen Armut. Häufig  
252 ist der Weg dorthin aber für Alleinerziehende und gering verdienende Eltern sehr schwierig.  
253 Deswegen sind sie in besonderem Maße auf verlässliche und gute Betreuungs- und  
254 Bildungsangebote für ihre Kinder angewiesen. Aus- und Weiterbildungen in Teilzeit können ein  
255 Weg für Alleinerziehende sein, wieder einen existenzsichernden Arbeitsplatz zu finden. Dabei  
256 muss gewährleistet sein, dass in diesen Phasen das Existenzminimum von Alleinerziehenden und  
257 ihren Kindern ohne großen bürokratischen Aufwand durch lückenlose Leistungen gesichert ist.  
258 **Wiedereinstiegshilfen nach der Babypause** oder einer längeren Elternzeit wollen wir  
259 **verbessern**.

260 Daneben bleibt eine finanzielle staatliche Absicherung für den Fall notwendig, dass kein  
261 oder nur unvollständiger Kindesunterhalt geleistet wird. Wir wollen die Eltern nach einer  
262 Trennung aber nicht aus der Verantwortung für ihre Kinder entlassen. Es ist wichtig, dass  
263 die staatliche Unterstützung im Fall von ausbleibendem Kindesunterhalt vom  
264 unterhaltspflichtigen Elternteil wirksam zurückgefordert wird.

265 Wir wollen es zudem Familien erleichtern, Kinder und Beruf miteinander zu vereinbaren.  
266 Zeitliche Engpässe ergeben sich nicht nur bei Familien mit Kleinkindern, sondern begleiten  
267 Familien und Alleinerziehende bis die Kinder auf eigenen Füßen stehen. Wir wollen für mehr  
268 Flexibilität und Entscheidungsspielräume sorgen, so dass Eltern und Alleinerziehende mit der  
269 KinderzeitPlus partnerschaftliche Anreize für die Kinderbetreuung erhalten.

## 270 **Wir wollen gute Arbeit und faire Löhne für alle**

271 Der Arbeitsmarkt in Deutschland hat sich in den letzten Jahren positiv entwickelt. Die  
272 sozialversicherungspflichtige Beschäftigung hat zugenommen und die Nachfrage nach  
273 Beschäftigten ist weiterhin hoch. Aber längst nicht alle Menschen wurden von dieser guten  
274 Entwicklung mitgenommen. Vor allem Arbeitsuchende und Langzeitarbeitslose haben kaum  
275 profitiert.

276 Auch andere Probleme am Arbeitsmarkt sind ungelöst. Ein Viertel der Beschäftigten sind in  
277 Deutschland atypisch beschäftigt, darunter fast dreimal so viele Frauen wie Männer. Das sind  
278 nahezu acht Millionen Menschen, die entweder in kleinen Teilzeitjobs, Leiharbeit,  
279 befristeter Beschäftigung oder in Minijobs arbeiten. Dazu kommen Scheinselbständige und  
280 Abrufkräfte. Nicht alle diese Jobs sind problematisch. Allerdings zeigt sich, dass diese  
281 Beschäftigungsverhältnisse oft unsicher sind, schlecht entlohnt werden, zu Altersarmut  
282 führen und viel zu selten Brücken in auskömmliche, sichere Beschäftigung darstellen. Daneben  
283 stehen wir vor neuen Herausforderungen. Die Digitalisierung verändert die Arbeitswelt. Neue

284 Arbeitsformen wie Cloud- oder Crowdfunding sind entstanden, unsere Arbeit wird insgesamt  
285 vernetzter und mobiler und flexibler. Diesen Prozess wollen wir gestalten. Wir wollen faire  
286 Arbeit schaffen, Selbständigkeit unterstützen, Zugänge und Teilhabe sichern, die sozialen  
287 Netze für die neuen Erwerbsbiografien fit machen und Rahmenbedingungen schaffen, die es  
288 Frauen und Männern ermöglichen, Arbeit und Familie besser und gleichberechtigter in Einklang  
289 zu bringen. Außerdem wollen wir die richtigen Rahmenbedingungen schaffen, so dass  
290 Unternehmen auch in Zukunft gute Arbeitsplätze schaffen können und setzten dabei  
291 insbesondere auf fairen Wettbewerb.

### 292 **Faire Löhne und sichere Beschäftigung**

293 Der allgemeine Mindestlohn ist ein Meilenstein, für den wir lange gekämpft haben. Von der  
294 Lohnuntergrenze sind Langzeitarbeitslose und Jugendliche allerdings immer noch  
295 ausgeschlossen. Wir setzen uns dafür ein, dass diese diskriminierenden und ungerechten  
296 Ausnahmen abgeschafft werden.

297 Mit einem **Gesetz für mehr Entgeltgleichheit**, das Unternehmen, Tarifpartner und Staat in die  
298 Pflicht nimmt, wollen wir das ändern. Leiharbeit darf nicht länger dazu missbraucht werden,  
299 geltende Tarifverträge zu umgehen und Lohnkosten einzusparen. Deshalb fordern wir **für**  
300 **Leiharbeitskräfte ab dem ersten Tag die gleiche Bezahlung** wie für die Stammbesellschaft plus  
301 eine Flexibilitätsprämie. Damit wird Leiharbeit auf ihre eigentliche Aufgabe – die  
302 Abfederung von Auftragsspitzen – zurückgeführt und dies ohne eine bürokratische  
303 Höchstüberlassungsdauer. Gleichzeitig muss Leiharbeit klar von echten Werk- oder  
304 Dienstverträgen abgegrenzt und Scheinselbstständigkeit mit nachvollziehbaren und  
305 rechtssicheren Kriterien wirkungsvoll unterbunden werden. Notwendig sind auch mehr  
306 Mitbestimmungsrechte für die Betriebsrätinnen und Betriebsräte, wenn Fremdpersonal in ihren  
307 Betrieben eingesetzt wird, denn zweifelhafte Werkvertragskonstruktionen dürfen tariflich gut  
308 bezahlte Arbeit nicht ersetzen.

309 Viele befristet Beschäftigte können sich ihrer Vertragsverlängerung oder Entfristung nicht  
310 sicher sein und vor allem junge Menschen müssen zu oft mit einer befristeten Beschäftigung  
311 vorliebnehmen. So wird die Probezeit verlängert und der Kündigungsschutz umgangen. Darum  
312 wollen wir **Befristungen ohne sachlichen Grund abschaffen**.

313 Minijobs sind keine Brücke in reguläre Beschäftigung und haben sich vor allem für Frauen oft  
314 zur berufliche Sackgasse entwickelt. Wir wollen den Niedriglohnsektor reformieren, prekäre  
315 Beschäftigung zurückdrängen und **Minijobs durch sozialversicherungspflichtige**  
316 **Beschäftigungsverhältnisse ersetzen**.

317 In Deutschland gibt es nach wie vor einen geschlechtsspezifisch geteilten Arbeitsmarkt, in  
318 dem Tätigkeiten im Pflege-, Sorge- und Sozialbereich, schlechter bezahlt werden. Die  
319 **Aufwertung typischer Frauenberufe in diesem Care-Sektor** ist ein wichtiger Baustein hin zur  
320 Lohngleichheit. Auf der strukturellen Ebene bedeutet das eine deutlich bessere Entlohnung,  
321 Qualifizierung sowie bessere Arbeitsbedingungen, die die Selbstachtung der zu Versorgenden  
322 respektieren und die Selbstausbeutung der Beschäftigten vermeiden. Hierzu gehört auch, dass  
323 mehr Personal im Pflege- und Sorgebereich eingestellt wird. Wir fordern ein  
324 bundeseinheitliches, verbindliches Personalbemessungsinstrument und die gleichwertige  
325 Vergütung von Ausbildungen in diesen Berufen von Anfang an. Gut finanzierte Sorgearbeit  
326 sichert unsere Zukunft und macht das Land (geschlechter-)gerechter.

327 Erwerbsarbeit muss sich lohnen. Gerade kleine Einkommen sind aber überproportional von den  
328 Sozialabgaben betroffen. Damit besonders **Geringverdienende** mehr im Geldbeutel haben, wollen  
329 wir sie **bei den Sozialabgaben entlasten**, ohne damit Leistungseinschränkungen zu verbinden.  
330 Insgesamt wollen wir Steuern, Abgaben und soziale Leistungen so aufeinander abstimmen, dass  
331 sich Erwerbsarbeit immer rechnet.

### 332 **Mehr Selbstbestimmung, damit Arbeit gut ins Leben passt**

333 Bisher haben vor allem die Arbeitgeber Ansprüche an die Flexibilität ihrer Beschäftigten  
334 gestellt. Jetzt aber fordern die Beschäftigten mehr Zeitsouveränität, um Erwerbsarbeit und  
335 Privatleben besser unter einen Hut zu bekommen. Dafür brauchen sie mehr Mitspracherechte  
336 über den Umfang, die Lage und den Ort ihrer Arbeit. Durch **Wahlarbeitszeit zwischen 30 und 40**  
337 **Wochenstunden** wollen wir Vollzeit neu definieren und zu einem flexiblen Arbeitszeitkorridor  
338 umgestalten. Auch Betriebsräte sollen mehr Möglichkeiten erhalten, Betriebsvereinbarungen zu  
339 Vereinbarkeitsfragen und für mehr Zeitsouveränität zu verhandeln. Damit können Frauen  
340 leichter als bisher ihre Beschäftigung ausweiten und Männer in Teilzeit gehen, ohne  
341 Karriereinschnitte und andere Nachteile fürchten zu müssen. Auch das **Rückkehrrecht auf**  
342 **Vollzeit** muss endlich kommen, und das Arbeiten im Home-Office als Ergänzung zum Arbeitsplatz  
343 soll leichter werden. Arbeitszeitreduzierungen wegen Kindererziehung (KinderZeitPlus), der  
344 Pflege von Angehörigen (PflegeZeitPlus) und für eine Weiterbildung (BildungsZeitPlus) wollen  
345 wir finanziell unterstützen.

### 346 **Gesunde Arbeitsplätze fördern, Mitbestimmung stärken**

347 Gut ist Arbeit nur dann, wenn sie nicht krank macht. Zu einer neuen Arbeitszeitkultur gehört  
348 ein wirksamer Schutz vor Stress, Mobbing, psychischen Belastungen und Entgrenzung der  
349 Arbeit. Zeitsouveränität darf nicht zu unbezahlter Mehrarbeit und Burnout führen. Dafür  
350 braucht es einen modernen Arbeitsschutz und eine wirksame betriebliche Mitbestimmung, um  
351 **gesunde Arbeitsbedingungen** zu schaffen. Vor dem Hintergrund einer verlängerten  
352 Lebensarbeitszeit sowie des wachsenden Fachkräftebedarfs setzen wir und dafür ein,  
353 Arbeitsplätze alters- und altersgerecht auszugestalten.

354 Entscheidend für gerechte Arbeitswelt sind ein funktionierendes Tarifvertragssystem und eine  
355 wirkungsvolle Mitbestimmung. Sie ermöglichen faire Vereinbarungen zwischen  
356 Arbeitgeberverbänden und Gewerkschaften, zwischen dem Management und Beschäftigten –  
357 passgenau je nach Branche, Region oder Betrieb. Deshalb wollen wir die Sozialpartnerschaft  
358 und die **Mitbestimmung** wieder **stärken** und zukunftsfest machen. Die Lücken in der  
359 Unternehmensmitbestimmung sollen geschlossen und die Gründung von Betriebsräten einfacher  
360 werden. Mitbestimmung darf nicht durch Unternehmensverlagerungen oder -aufspaltungen  
361 umgangen und in den Betrieben verhindert werden. Die Schwelle für die paritätische  
362 Unternehmensmitbestimmung im Aufsichtsrat wollen wir von heute 2.000 auf 1.000 absenken. Die  
363 Europäisierung der betrieblichen- und der Unternehmensmitbestimmung, zum Beispiel durch  
364 europäische Betriebsräte, ist ein Schritt in die richtige Richtung. Er muss konsequent  
365 weitergegangen werden. Weil die Arbeitswelt digitaler wird, wollen wir auch das  
366 Betriebsverfassungsgesetz fit machen für die Zukunft und an die Digitalisierung anpassen. So  
367 erhalten Betriebs- und Personalräte Mitbestimmungsrecht über die Menge der Arbeit bzw. über  
368 Zielvorgaben, wenn durch Vertrauensarbeitszeit die Arbeit entgrenzt wird und Mehrarbeit  
369 entsteht.

### 370 **Neue Arbeitsversicherung**

371 Die Arbeitswelt und die Erwerbsbiografien werden nicht zuletzt durch die Digitalisierung  
372 immer bunter. Mit diesen Veränderungen hat die Arbeitslosenversicherung nicht Schritt  
373 gehalten. Sie orientiert sich nach wie vor am Normalarbeitsverhältnis. Das führt u.a. dazu,  
374 dass fast jeder vierte sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, der seine Arbeit verliert,  
375 trotz Beitragszahlungen sofort in das Hartz-IV-System fällt. Das wollen wir ändern: Wer  
376 Beiträge in die Arbeitslosenversicherung einzahlt, der muss einen angemessenen Anspruch auf  
377 Arbeitslosengeld erhalten.

378 Wir wollen die Arbeitslosenversicherung so weiterentwickeln, dass **alle Erwerbstätigen gut**  
379 **abgesichert sind** – ganz gleich, ob sie abhängig beschäftigt oder selbstständig sind, ob sie

380 auf Zeit, in Projekten oder an mehreren Stellen gleichzeitig arbeiten. Gerade wer flexibel  
381 arbeitet oder ein Unternehmen aufbaut, braucht einen verlässlichen Schutz

382 Neben den Arbeitsformen wandeln sich auch die Arbeitsinhalte immer rascher. Deswegen wird  
383 die **kontinuierliche berufliche Weiterbildung** beständig wichtiger. Hieraus ergeben sich auch  
384 neue Aufgaben für Arbeitsagenturen und Jobcenter. Sie sollen Beschäftigte nicht erst im  
385 „Versicherungsfall Arbeitslosigkeit“ unterstützen, sondern bereits vorbeugend qualifizieren,  
386 um Arbeitslosigkeit vermeiden.

387 Wir wollen die heutige Arbeitslosenversicherung und die Grundsicherung perspektivisch zu  
388 einer umfassenden Arbeitsversicherung umbauen, die für Beschäftigte und Selbständige da ist.  
389 Sie soll Schutz bieten, beim Wiedereinstieg in Arbeit helfen und präventiv zur Vermeidung  
390 von Arbeitslosigkeit beitragen.

### 391 ***Sicherheit in der Selbständigkeit***

392 Für immer mehr Menschen ist die Selbständigkeit eine Option – auf Dauer, vorübergehend oder  
393 neben einer abhängigen Beschäftigung. Um die notwendige soziale und ökologische  
394 Modernisierung zu meistern, brauchen wir auch die innovative Kraft von Gründerinnen und  
395 Gründern. Wir wollen darum alle, die den mutigen Schritt in die Selbstständigkeit wagen,  
396 dabei unterstützen, sich besser und einfacher abzusichern.

397 Gesetzlich versicherte **Selbständige** wollen wir **bei den Kranken- und**  
398 **Pflegeversicherungsbeiträgen** mit geringeren Mindestbeiträgen **entlasten**. Die freiwillige  
399 **Arbeitslosenversicherung** für Selbstständige soll wieder **erschwinglicher** werden, für alle  
400 Selbstständigen geöffnet und gerechter ausgestaltet werden. Wahltarife sollen dabei mehr  
401 Flexibilität für Selbstständige ermöglichen. Außerdem wollen wir alle nicht anderweitig  
402 abgesicherten Selbständigen in die gesetzliche Rente einbeziehen und ihnen eine größere  
403 Beitragsflexibilität als heute ermöglichen, etwa durch ein Vorauszahlen von Beiträgen in  
404 guten und ein Nachzahlen in schlechten Zeiten. Wir stehen ohne Wenn und Aber zur  
405 Künstlersozialkasse.

406 Nicht nur die digitale Arbeitswelt braucht eine klare Definition von Selbständigkeit. Immer  
407 mehr Menschen arbeiten heute formal selbständig, aber ähnlich wie Angestellte auf Basis von  
408 Dienst- oder Werkverträgen. Die einen genießen die damit verbundenen Freiheiten. In manchen  
409 Fällen handelt es sich aber schlicht um Scheinselbständigkeit. Notwendig sind deshalb klare  
410 - an eine moderne Arbeitswelt angepasste - Kriterien, die gezielt Scheinselbständigkeit  
411 verhindern, aber die echten Selbstständigen in ihrer Tätigkeit nicht behindern. So kann mehr  
412 Sicherheit für die Selbstständigen und die Unternehmen entstehen und die Zahl der  
413 Statusfeststellungsverfahren deutlich reduziert werden.

414 Dumpinghonorare dürfen in der modernen digitalen Arbeitswelt keinen Platz haben.  
415 Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände sind gleichermaßen gefordert,  
416 Mindestarbeitsbedingungen und Honorare für Selbständige in ihre Tarifabschlüsse  
417 einzubeziehen. Analog zu Mindestlöhnen, die nur abhängig Beschäftigten zustehen, wollen wir  
418 auch **branchenspezifische Mindesthonorare ermöglichen**. Darüber hinaus wollen wir prüfen,  
419 inwieweit ein Mindestlohn auf Selbständige übertragbar ist, zum Beispiel durch ein  
420 Mindesthonorar für bestimmte Dienstleistungen. Auch für Online-Plattformen braucht es Regeln  
421 für ein faires Miteinander durch bessere AGBs und durch eine Art Interessensvertretung für  
422 die Auftragnehmerinnen und Auftragnehmer. Der Beschäftigtendatenschutz muss auch für  
423 selbständig Erwerbstätige gelten, die für Unternehmen und in der Crowd arbeiten.

### 424 ***Zugänge schaffen***

425 Trotz Beschäftigungsbooms ist die Zahl der Arbeitslosen weiterhin hoch. Gerade  
426 Langzeitarbeitslose finden wegen eines fehlenden Berufsabschlusses keine neue Stelle. Wir

427 wollen Jobcenter und Agenturen so ausstatten, dass alle Arbeitslosen optimal betreut und  
428 zusammen mit ihnen passgenaue Strategien entwickelt werden können, um die Arbeitslosigkeit  
429 nachhaltig zu beenden. Dazu gehören vor allem Qualifizierungen, Sprachförderung,  
430 Eingliederungs- oder Gründungszuschüsse. So gelingen Zugänge in Arbeit - auch für Menschen  
431 mit Behinderungen, Migranten und andere auf dem Arbeitsmarkt benachteiligte Gruppen.

432 Teilhabe ist für viele untrennbar mit Erwerbsarbeit verbunden. Es gibt aber Arbeitslose, die  
433 absehbar keine Chance auf dem ersten Arbeitsmarkt haben. Sie brauchen einen verlässlichen  
434 Sozialen Arbeitsmarkt. Wir wollen **Arbeit statt Arbeitslosigkeit finanzieren**, damit auch  
435 Arbeitslose mit besonders schwerwiegenden Problemen wieder Zugang zum Arbeitsmarkt bekommen  
436 – schrittweise und nachhaltig.

437 Der Zugang von Geflüchteten in den Arbeitsmarkt ist eine elementare Voraussetzung für eine  
438 erfolgreiche Integration. Darum müssen wir die verbliebenen Hürden zügig abbauen und  
439 Geflüchtete so früh wie möglich in Ausbildung und Arbeit bringen. Alle Asylsuchenden sollen  
440 sofort nach ihrer Ankunft damit beginnen können Deutsch zu lernen und so früh wie möglich  
441 einen Anspruch auf Teilnahme an den Integrationskursen bekommen. Diesen Teilnahmeanspruch  
442 müssen auch Geduldete unabhängig vom Duldungsgrund erhalten.

### 443 **Wir kämpfen für eine armutsfeste Grundsicherung**

444 Wir setzen uns für eine Grundsicherung ein, die das soziokulturelle Existenzminimum für  
445 alle gewährleistet, damit niemand zurückgelassen wird. Eine Gesellschaft, die zusammenhalten  
446 soll, muss zu aller erst darauf achten, dass denjenigen geholfen wird, die sich nicht selbst  
447 helfen können. Soziale Sicherheit ist die Voraussetzung für gesellschaftliches Engagement.  
448 Sie ist die Basis dafür, dass sich Menschen einmischen wollen und können.

449 Der **ALG-II-Regelsatz** muss auf einer neuen Grundlage berechnet und **erhöht werden**, so dass man  
450 menschenwürdig davon leben kann. Für Kinder und Jugendliche gilt, dass die Regelbedarfe so  
451 anzusetzen sind, dass sie den tatsächlichen Bedarf decken, auch den zur Teilhabe an Bildung  
452 und Kultur. Erforderlich ist auch eine einfache Lösung zur Deckung der Bedarfe von Kindern,  
453 die zwischen den Haushalten ihrer getrennt lebenden Eltern wechseln.

454 Das Prinzip der Bedarfsgemeinschaften benachteiligt vor allem Frauen und zementiert ihre  
455 finanzielle Abhängigkeit. Wir setzen uns dafür ein, dass die Grundsicherung zu einer  
456 individuellen Leistung weiterentwickelt wird, indem die Einkommensanrechnung von  
457 Partnerinnen und Partnern in Paarhaushalten bei der Grundsicherung wie bei der Sozialhilfe  
458 erfolgt.

459 Die **Sanktionen** wollen wir bis zu ihrer umfassenden Evaluierung und der Stärkung der Rechte  
460 der Arbeitssuchenden **aussetzen**. Die Sonderregeln bei den Sanktionen für unter 25-Jährige  
461 wollen wir gänzlich abschaffen, sowie die Kosten der Unterkunft und Heizung immer von  
462 Sanktionen ausnehmen. Grundsätzlich müssen die Sanktionen so ausgestaltet werden, dass der  
463 Grundbedarf unangetastet bleibt.

464 Wir wollen, dass das Grundrecht auf Existenzsicherung zuverlässiger wahrgenommen werden  
465 kann. Es muss zudem verständlicher werden, auf welche Leistungen Personen in welcher  
466 Situation Anspruch haben. Die Jobcenter müssen sich auf jene Bürgerinnen und Bürger  
467 konzentrieren können, die tatsächlich die Beratung und Unterstützung benötigen. Dafür wollen  
468 wir die **Jobcenter von unnötiger Bürokratie befreien**.

469 Wir wollen verhindern, dass Menschen allein deshalb bedürftig werden, weil sie Kinder haben,  
470 sich ihre Wohnung nicht leisten können oder das BAföG nicht reicht. Deshalb stärken wir die  
471 materielle Absicherung außerhalb der Grundsicherung, indem wir die materielle Absicherung  
472 von Kindern, das Wohngeld, das BAföG und die Berufsausbildungshilfe verbessern.

## 473 **Wir stärken unsere Kommunen und investieren in unsere** 474 **Infrastruktur**

475 Gerechtigkeit bedeutet für uns, dass jede und jeder die gleiche Freiheit hat, etwas  
476 erreichen zu können – unabhängig davon, wo die Menschen in Deutschland wohnen. Doch diese  
477 Freiheit lebt von Voraussetzungen. Dazu gehört allem voran der **Zugang zu guten öffentlichen**  
478 **Einrichtungen**. Gerade wer benachteiligt und arm ist, ist in besonderem Maße auf den Zugang  
479 zu guten Kitas, Schulen, Bibliotheken, Jobcentern, Gesundheitsversorgung und einem  
480 funktionierenden öffentlichen Personennahverkehr angewiesen.

481 Doch unsere Städte und Gemeinden sind sehr verschieden. Steuereinnahmen, Museen und Theater,  
482 sanierte Schulen und intakte Quartiere sorgen in vielen Orten für eine hohe Lebensqualität.  
483 Marode Turnhallen, geschlossene Büchereien, schimmelige Schwimmbäder und Mangelverwaltung  
484 konzentrieren sich in anderen. Der im Grundgesetz verankerte Grundsatz der Gleichwertigkeit  
485 der Lebensverhältnisse kann im direkten Vergleich zwischen ausgewählten Regionen in Zweifel  
486 gezogen werden. Hier wollen wir gegensteuern und **Kommunen stärken**. Unser Anspruch ist, dass  
487 Städte und Gemeinden vor Ort die Lebensbedingungen aktiv gestalten können. Auch die aktuelle  
488 Herausforderung der Integration von Geflüchteten verdeutlicht, dass wir die Orte stärken  
489 müssen, wo Integration gelingen soll – vor Ort in unseren Städten und Gemeinden.

490 Deshalb wollen wir, dass unseren Städte und Gemeinden nicht weiter mit immer neuen Aufgaben  
491 belastet werden, ohne dass dafür das notwendige Geld zur Verfügung gestellt wird. Wir  
492 wollen, dass der Bund sich stärker bei den sozialen Pflichtaufgaben engagiert. Spürbare  
493 Entlastungen von Sozialausgaben erleichtern gerade struktur- und finanzschwachen Kommunen  
494 das tägliche Handeln. Die Einnahmen der Kommunen wollen wir mit der Weiterentwicklung der  
495 Gewerbesteuer zu einer kommunalen Wirtschaftssteuer verlässlicher machen.

496 Finanzschwache Kommunen investieren bis zu einem Drittel weniger und es fällt ihnen  
497 schwerer, die vorhandene Infrastruktur zu erhalten. Der kommunale Investitionsstau im  
498 dreistelligen Milliardenbereich konzentriert sich auf die finanziell Gebeutelten. Wir wollen  
499 deshalb einen **Investitionspaket für die Zukunft** auf den Weg bringen, der die Auflösung des  
500 Investitionsstaus, Gerechtigkeit und Ökologie zusammen denkt. Zusätzliche öffentliche  
501 Aufträge für unsere Wirtschaft schaffen neue Arbeitsplätze und führen zusammen mit mehr  
502 sozialer Teilhabe zu mehr Wohlstand und Lebensqualität. Auch für unsere Kinder, denen wir  
503 eine gute Infrastruktur hinterlassen wollen.

504 Mit einem fünfjährigen **Schulsanierungsprogramm in Höhe von zehn Milliarden Euro** wollen wir  
505 den Investitionsstau in den Kommunen lösen und vor allem unsere Bildungsinfrastruktur  
506 verbessern. Mit dem **Grünen Wärmepaket** fördern wir mit sieben Milliarden Euro jährlich die  
507 Umstellung auf klimafreundliche Wärme. **Wir investieren in nachhaltige öffentliche Mobilität:**  
508 Auf dem Land gewährleistet ein regelmäßiger Bus- und Bahnverkehr die Teilhabe am  
509 öffentlichen Leben, in den Städten finanzieren wir sichere Radwege und einen zuverlässigen  
510 Nahverkehr.

511 Wir wollen den Solidaritätszuschlag ab 2019 neu ausrichten. Ziel muss sein, **finanzschwache**  
512 **Länder und Regionen zu unterstützen** – und zwar unabhängig von Himmelsrichtungen. Damit soll  
513 der maroden Infrastruktur, sowie den hohen Schuldenständen und Zinslasten zahlreicher  
514 Kommunen nachhaltig entgegengewirkt werden. Wir wollen dadurch auch eine nachhaltige Lösung  
515 für bestehende kommunale Altschulden gewährleisten und ermöglichen so hochverschuldeten  
516 Städten einen Neustart.

## 517 **Wir schaffen bezahlbare Wohnungen**

518 Unsere Wohnungen dürfen keine reinen Spekulationsobjekte sein. Sie sind unsere Heimat.  
519 Bezahlbares Wohnen ist heute in vielen Städten zu einer der großen sozialen Herausforderung  
520 geworden, vor allem für Geringverdiener\*innen, Familien, Alleinerziehende oder Menschen mit  
521 geringer Rente. Immer mehr Menschen benötigen staatliche Unterstützung, um sich ihre Wohnung

522 überhaupt leisten zu können. Andere werden ganz aus ihrem vertrauten Umfeld vertrieben. Es  
523 gibt zu wenig bezahlbaren und günstigen Wohnungen. Investoren aber schauen auf eine  
524 möglichst hohe Rendite, günstigen Wohnungen jedoch schaffen sie kaum. In den letzten zehn  
525 Jahren haben wir über eine Million Sozialwohnungen an den freien Markt verloren, während der  
526 Bedarf stetig steigt. Immer mehr Finanzinvestoren kontrollieren den Wohnraum in unseren  
527 Städten und setzen ihre Macht gegen die Interessen der Mieter ein.

528 Wir Grüne begreifen Wohnen als Teil der Daseinsvorsorge und wollen den Negativ-Trend  
529 umkehren. Dafür wollen wir binnen zehn Jahren **eine Million dauerhaft günstige Wohnungen**  
530 schaffen. Deshalb muss der Bund zurück in die Verantwortung – mit der Wiedereinführung der  
531 Wohnungsgemeinnützigkeit. Diese bietet Vorteile und Unterstützung für private Investoren,  
532 kommunale Wohnungsunternehmen und Genossenschaften, die günstigen Wohnraum schaffen. Im  
533 Gegenzug verpflichten sie sich dazu, diesen günstigen Wohnraum dauerhaft zu erhalten.  
534 Zusätzlich fordern wir, die Mittel des Bundes für die Wohnraumförderung der Länder auf  
535 mindestens zwei Milliarden Euro zu erhöhen.

536 Die **Mietpreisbremse** müssen wir **scharf stellen**, indem wir die vielen Ausnahmen streichen.  
537 Denn die Mini-Mietpreisbremse der großen Koalition hat an explodierenden Mieten in  
538 Großstädten nichts geändert. Sie ist lückenhaft und bietet keinen ausreichenden Schutz für  
539 Mieterinnen und Mieter. Das Mietrecht, gedacht als Ausgleichsinstrument zwischen  
540 Mieter\*innen und Vermieter, hat seine Balance verloren. Deshalb bedarf es Änderungen, die  
541 Mieterhöhungen begrenzen, den unverschuldeten Verlust der Wohnung verhindern und die  
542 Mietpreisbremse zu einem robusten Schutzinstrument weiterentwickeln. Der Bund darf sich  
543 nicht länger als Immobilienspekulant betätigen, sondern soll Liegenschaften vergünstigt  
544 abgeben, wenn das städtebaulich oder wohnungspolitisch erforderlich ist.

545 Wir denken als Einzige energetische Sanierungen und soziale Fragen zusammen. Durch eine  
546 energetische Sanierung können die Heizkosten spürbar gesenkt werden, denn ein unsaniertes  
547 70er-Jahre Bau verbraucht bis zum Dreifachen von einem Haus mit einem guten energetischen  
548 Standard. Doch längst hat der Stillstand in der Wärmepolitik auch soziale Folgen und die  
549 warme Wohnung wird für viele Menschen unbezahlbar.

550 Um die Umstellung auf klimafreundliche Wärme zu fördern, legen wir ein ambitioniertes  
551 Investitionsprogramm auf. Ein großer Teil davon geht in die warmmietenneutrale energetische  
552 Modernisierung von Wohnungen in Vierteln, in denen viele Menschen mit kleinen Einkommen  
553 wohnen. Außerdem unterstützen wir durch dieses **Grüne Wärmepaket** weitere Energiesparmaßnahmen  
554 und den Einsatz von erneuerbarer Wärme. So schaffen wir faire Wärme und gute Jobs.

555 Energetische Modernisierungen müssen sozialverträglich erfolgen. Mieterinnen und Mieter  
556 dürfen nicht durch Luxussanierungen verdrängt werden. Deshalb wollen wir die sogenannte  
557 **Modernisierungsumlage**, die es Vermietern erlaubt, die Kosten einer Sanierung auf ewig auf  
558 die Mieter umzulegen, deutlich **kappen**. So wird vermieden, dass energetische Sanierungen als  
559 Preistreiber missbraucht werden können.

560 Das Wohngeld wollen wir als ein der Grundsicherung und Sozialhilfe vorgelagertes System  
561 stärken. Zudem wollen wir es um ein **Klimawohngeld** ergänzen, das Mieter\*innen zusätzlich  
562 unterstützt, die in klimafreundlichen Häusern wohnen. Außerdem fordern wir seit Jahren eine  
563 **automatische Anpassung des Wohngeldes**, das sich an der Preissteigerung orientiert. Wir  
564 prüfen die Möglichkeit, den Vermögensaufbau, Wohnungseigentum und die Altersvorsorge von  
565 Menschen mit wenig Einkommen durch Teilhabe an Genossenschaften oder Bauvereinen zu  
566 unterstützen.

567 Wir wollen, dass große Wohnungsgesellschaften und Investoren nicht länger die  
568 Grunderwerbsteuer umgehen können, während der Käufer eines Eigenheims diese voll bezahlen

569 muss. Deshalb schaffen wir die steuerliche Privilegierung von Share Deals in ihrer  
570 bisherigen Form ab.

### 571 **Wir setzen auf das Prinzip Bürgerversicherung**

572 Wir GRÜNE wollen die sozialen Sicherungssysteme verlässlich, solidarisch und gerecht  
573 gestalten. Die Basis der sozialen Absicherung ist eine starke Sozialversicherung, die allen  
574 Bürgerinnen und Bürgern nach den gleichen Regeln Schutz garantiert. Gegenwärtig ist die  
575 soziale Absicherung in Deutschland in mehrere Einzelsysteme zergliedert. Im Ergebnis sind  
576 viele Menschen im Alter nicht so abgesichert oder werden im Krankheitsfall nicht so  
577 versorgt, wie es notwendig ist. Während in der Krankenversicherung eine Zweiklassenmedizin  
578 herrscht, existieren in der Altersversorgung gleich mehrere Systeme mit ganz  
579 unterschiedlichen Versorgungsniveaus parallel nebeneinander.

580 Beiträge zu den Sozialversicherungen fallen heutzutage fast ausschließlich auf Löhne,  
581 Gehälter, Renten und Arbeitslosengeld an. Einkunftsarten wie Aktiengewinne und  
582 Kapitalerträge, die eine zunehmende Bedeutung haben, werden hingegen nicht berücksichtigt.  
583 Dadurch müssen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Rentnerinnen und Rentner aber auch  
584 Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld eine immer größer werdende Last alleine  
585 stemmen.

586 Mit dem Prinzip der Grünen Bürgerversicherung wollen wir die bestehenden Ungerechtigkeiten  
587 bei der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung beenden. Die Idee der Bürgerversicherung  
588 beinhaltet, dass alle Bürgerinnen und Bürger unter der Berücksichtigung aller Einkunftsarten  
589 in die sozialen Sicherungssysteme einbezogen werden. So sind sie gut abgesichert und  
590 versorgt und können sich entsprechend ihres Einkommens an der Finanzierung beteiligen. Diese  
591 breitere Basis führt dazu, dass auch die künftigen Generationen bezahlbare Beiträge und eine  
592 gute Leistungen erwarten können. Das Prinzip der Bürgerversicherung ist somit nicht nur ein  
593 Beitrag für Gerechtigkeit und Solidarität, sondern auch eine entscheidende Antwort auf die  
594 Frage der stabilen und verlässlichen Finanzierung unserer sozialen Sicherungssysteme.

### 595 **Wir schaffen die Zwei-Klassen-Medizin ab**

596 Wir wollen Klasse Medizin für alle, so dass alle Versicherten die Versorgung bekommen, die  
597 ihnen hilft. In einigen Regionen wird es bereits schwer, überhaupt einen Arzt oder eine  
598 Ärztin zu finden, weil manche sich auf Grund eines ungerechten Systems eher dort  
599 niederlassen, wo viele privat Versicherte leben. Auch schultern die Versicherten die  
600 Kostensteigerungen im Gesundheitswesen über den Zusatzbeitrag derzeit alleine. Doch auch  
601 Privatversicherte sind nicht immer besser dran. Alte und kranke Menschen zahlen hier mehr  
602 als Junge und Gesunde. Kinder sind nicht automatisch mitversichert und gering Verdienende  
603 zahlen genauso viel wie Versicherte mit hohem Einkommen. Die Konsequenz: Gerade für privat  
604 Versicherte mit geringem Einkommen wie Rentnerinnen und Rentner oder Soloselbständige wird  
605 ihre Versicherung zur Last. Wer sich die steigenden Beiträge nicht mehr leisten kann, muss  
606 eine schlechtere Versorgung oder höhere Eigenbeteiligungen in Kauf nehmen. Versicherten der  
607 privaten Krankenkassen werden häufig Behandlungen angedreht, die für sie gar keinen Nutzen  
608 haben oder ihnen sogar schaden können. Dazu kommen die mangelnden Wechselmöglichkeiten.  
609 Privatversicherte sind in der Regel wegen der Altersrückstellungen an ihre Kasse gebunden.  
610 Kurzum: Die Zwei-Klassen Medizin trifft viele Menschen – gleich ob privat oder gesetzlich  
611 versichert.

612 Wir wollen die gesetzliche und private **Krankenversicherung zu einer Bürgerversicherung**  
613 **weiterentwickeln**. Die Stärken der heutigen Krankenversicherung werden bewahrt, ihre  
614 Schwächen beseitigt. In der Bürgerversicherung stehen Starke für Schwächere ein, Gesunde für  
615 weniger Gesunde und Junge für Alte – diese wichtigen Prinzipien wollen wir festigen. Mit der  
616 Bürgerversicherung stärken wir den Zusammenhalt in unserem Land.

617 Wir wollen die ungerechten **Zusatzbeiträge** so schnell wie möglich **abschaffen** und die  
618 Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber wieder zur Hälfte an den Krankenversicherungsbeiträgen  
619 beteiligen. Bei den Arzthonoraren soll nicht mehr zwischen gesetzlichen und privaten  
620 Versicherten unterschieden werden. Zuzahlungen für Medikamente und andere  
621 Selbstbeteiligungen wollen wir abschaffen. Im Wartezimmer wird so es keine Rolle mehr  
622 spielen, wo die Patientinnen und Patienten versichert sind. Termine werden dann nach der  
623 Notwendigkeit und nicht nach dem Geldbeutel vergeben, so dass gute Qualität für alle da ist.  
624 Nicht „Viel hilf viel“, sondern Qualität, die bei den Patientinnen und Patienten ankommt,  
625 soll der Maßstab guter Versorgung werden.

626 Die Gesundheits-Bürgerversicherung gibt den Versicherten **bessere Wahlmöglichkeiten** und ist  
627 ein treuer Begleiter für das ganze Leben. Sie passt sich den unterschiedlichen Lebensphasen  
628 ihrer Versicherten an. Niemand muss bei Krankheit oder im Alter unbezahlbare Beiträge und  
629 eine schlechtere Versorgung befürchten. Ist beispielsweise das Gehalt oder der Gewinn bei  
630 Selbständigen nicht so hoch, fallen geringere Beiträge an. Werden Kinder geboren, sind diese  
631 automatisch mitversichert. Ohne zusätzliche Beiträge. Und wenn etwa auf Grund zu pflegender  
632 Angehöriger oder wegen der Kinder Ehe- oder Lebenspartner zu Hause bleiben, sind diese  
633 ebenfalls kostenfrei mitversichert. Zwischen den Kassen gibt es Wettbewerb vor allem um die  
634 beste Qualität. Stimmen Qualität und Service nicht mehr oder ist der Beitrag zu hoch können  
635 Versicherte die Kasse einfach wechseln.

636 Wir setzen uns dafür ein, die **Gesundheitsversorgung stärker vor Ort** zu verankern, so dass  
637 auch die Bürgerinnen und Bürger mehr Einfluss auf die Ausgestaltung erhalten. Die  
638 Bedürfnisse der Menschen werden so besser erkannt und es wird klar, wo Gesundheit mehr  
639 gefördert oder die Versorgung verbessert werden kann. Mit einem größeren Einfluss der  
640 Kommunen und Regionen bei der Gesundheitsversorgung sehen wir die Chance, diesen Sektor  
641 übergreifend zu organisieren und etwa Hürden zwischen ambulanten Einrichtungen und  
642 Krankenhäusern zu überwinden. So erreichen wir, dass die Bedürfnisse der Patientinnen und  
643 Patienten und ihre Gesundheit zum bestimmenden Maßstab werden und aus der reinen  
644 Krankenversorgung eine echte Gesundheitsversorgung wird.

### 645 **Wir wollen, dass die Pflege menschlich bleibt**

646 Die Zahl der Menschen wächst, die Unterstützung und Pflege brauchen. Prognosen gehen davon  
647 aus, dass sich die Zahl pflegebedürftiger Menschen bis zum Jahr 2050 mehr als verdoppeln  
648 könnte. Gleichzeitig sinkt die Zahl potenzieller Pflegepersonen. Auf diese Entwicklung zu  
649 reagieren ist nach unserer Auffassung keine private, sondern eine gesellschaftliche Aufgabe.  
650 Im Mittelpunkt Grüner Pflegepolitik stehen dabei die Bedürfnisse der zu pflegenden Menschen.

651 Pflegende haben mehr Wertschätzung und Unterstützung verdient. Wir wollen, dass  
652 **Pfleger\*innen besser bezahlt** werden. Ein junger und frischer Ausbildungsberuf muss  
653 entstehen, der es attraktiv macht, sich für die Pflege zu entscheiden. Denn die stark älter  
654 werdende Gesellschaft verändert die Ansprüche, die eine professionelle Pflegekraft erfüllen  
655 muss. Mit unserem Modell eines integrativ gestuften Ausbildungssystems bleibt der hohe Grad  
656 an Fachlichkeit und Expertenwissen in den drei Pflegeberufen Kranken-, Alten- und  
657 Kinderkrankenpflege erhalten.

658 Wir wollen Menschen besser unterstützen, die ihre Verwandten oder Freunde pflegen. Mit der  
659 Grünen **PflegezeitPlus** ermöglichen wir eine bis zu **dreimonatige Freistellung mit**  
660 **Lohnersatzleistung** für alle Menschen, die Verantwortung für pflegebedürftige Angehörige,  
661 Nachbarn oder Freund\*innen übernehmen. Denn Familie ist da, wo Verantwortung übernommen  
662 wird, auch im Alter.

663 Mit unserem **Quartierskonzept** ermöglichen wir Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf  
664 ein **selbstbestimmtes Leben im vertrauten Umfeld**. Ein zentraler Baustein des Konzeptes ist  
665 es, Formen gegenseitiger Unterstützung wie bürgerschaftliches Engagement und

666 Nachbarschaftshilfe mit professionellen Gesundheits- und Präventionsangeboten sinnvoll zu  
667 kombinieren. Außerdem geht es darum, das Wohnumfeld generationengerecht zu gestalten und die  
668 Versorgung mit Dienstleistungen und Gütern des alltäglichen Bedarfs auch für Menschen mit  
669 Pflegebedarf sicher zu stellen. Damit liefern wir einen Gegenentwurf zu großen Heimanlagen,  
670 Vereinzelung, Entfremdung, zuweilen auch Verödung des Wohnumfeldes.

671 Die Pflegeversicherung wollen wir auf eine solide finanzielle Grundlage stellen und sie  
672 ebenso wie die Krankenversicherung zu einer Bürgerversicherung umwandeln. Die **Pflege-**  
673 **Bürgerversicherung** ist solidarisch und gerecht und hält die Beitragsentwicklung bis weit in  
674 die Zukunft überschaubar.

### 675 **Wir bauen Barrieren für Menschen mit Behinderungen ab**

676 Wir GRÜNEN möchten unsere Gesellschaft zu einer inklusiven Gesellschaft weiter entwickeln,  
677 so dass auch Menschen mit Beeinträchtigung selbstbestimmt leben können. Menschen mit und  
678 ohne Behinderung sollen gleichermaßen teilhaben können, am Arbeitsmarkt wie im Quartier, in  
679 der Schule wie in der Freizeit. Das ist für uns eine zentrale Frage der Gerechtigkeit.

680 Menschen sind nicht behindert, sie werden behindert durch Barrieren und Einschränkungen, die  
681 wir als Gesellschaft aufbauen und entstehen lassen. Das reicht vom fehlenden Aufzug im Kino  
682 bis hin zu großen Schwierigkeiten, einen Job zu finden. Vielen Menschen mit Behinderung wird  
683 ein selbstbestimmtes Leben auch im Umgang mit dem Staat schwer gemacht, wenn sie  
684 beispielsweise mit Ämtern um Leistungen kämpfen müssen oder von einer Stelle zur nächsten  
685 verwiesen werden, wenn sich niemand zuständig fühlt. Wer Pech hat, kann vom Amt sogar  
686 aufgefordert werden, die eigene Wohnung zu verlassen und in ein Heim zu ziehen, weil das  
687 billiger ist - ein eklatanter Verstoß gegen die UN-Behindertenrechtskonvention.

688 Mit der Ratifikation der UN-Behindertenrechtskonvention hat sich Deutschland verpflichtet,  
689 Barrieren abzubauen und dafür zu sorgen, dass Menschen mit Behinderungen ihre Menschenrechte  
690 auch wahrnehmen können. An folgenden Punkten braucht es dafür Veränderungen.

691 Wir wollen den **Mehrkostenvorbehalt abschaffen** und die Rahmenbedingungen für den Ausbau des  
692 selbständigen Wohnens mit Assistenz sowie des Betreuten Wohnens weiter verbessern, auch für  
693 Menschen mit umfassendem Unterstützungsbedarf. Der Mehrkostenvorbehalt führt nach wie vor  
694 dazu, dass vielerorts die Behörden über Wohnen und Lebensform der Menschen entscheiden.  
695 Menschen mit Behinderung sollen selbst über ihre Wohn- und Lebensform entscheiden können.

696 **Integrationsunternehmen** als echte Alternative zu Werkstätten für Menschen mit Behinderung  
697 sollen ausgebaut und das „Budget für Arbeit“ für weit mehr Menschen als bisher geöffnet  
698 werden. Wer auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und nicht in einer Werkstatt für behinderte  
699 Menschen arbeiten möchte, muss die dafür notwendige Unterstützung erhalten. Durch die  
700 Schaffung von weiteren **inklusiven Ausbildungsstätten** möchten wir den Start ins Berufsleben  
701 für Menschen mit Behinderung erleichtern.

702 Wir wollen Menschen unabhängig von ihrem Alter und ihren Fähigkeiten stärken und setzen uns  
703 daher dafür ein, dass Teilhabeleistungen unabhängig vom Alter erbracht werden.  
704 Behinderungsbedingte Leistungen sollen ohne Anrechnung von Einkommen und Vermögen erfolgen.

### 705 **Wir wollen eine nachhaltige und gerechte** 706 **Alterssicherung für alle**

707 Das System der Altersvorsorge ist im Wandel. Neben dem klassischen Rentenbezug werden in  
708 Zukunft die unterschiedlichsten Kombinationen aus Rentenbezug und Teilzeitarbeit,  
709 ehrenamtlichem Engagement, Sorgearbeit für Partner\*innen sowie Angehörige stehen. Grüne  
710 Rentenpolitik gibt eine generationengerechte Antwort auf die Herausforderungen des  
711 demografischen Wandels und bezieht dabei die sich verändernden Berufsbiografien und  
712 Erwartungen der Versicherten sowie der Menschen im Altersruhestand ein. Dazu gehört, die  
713 Alterssicherung nachhaltig aufzustellen und in der Breite zu stärken.

714 Dafür wollen wir in der nächsten Wahlperiode den ersten Schritt zur Bürgerversicherung  
715 gehen. **Selbständige sollen in die gesetzliche Rentenversicherung aufgenommen werden.**  
716 Perspektivisch streben wir eine Rentenversicherung für alle an, also auch für Abgeordnete,  
717 Freiberufler\*innen und Beamt\*innen. Wir setzen auf ein umfassendes Konzept – sowohl für  
718 Geringverdienende als auch für die Mittelschicht, für Frauen, Versicherte mit  
719 gesundheitlichen Einschränkungen und für alle Berufsgruppen. Im Zentrum stehen ein  
720 stabilisiertes Niveau der materiellen Absicherung, eine nachhaltige sowie gerechte  
721 Finanzierung – auch zwischen den Generationen - und die Möglichkeit, den Übergang vom Beruf  
722 ins Alter selbstbestimmt sowie angepasst an die eigenen Bedürfnisse zu vollziehen.

### 723 ***Rentenniveau stabilisieren - gesetzliche Rente stärken***

724 Die Basis für eine umfassende Alterssicherung ist und bleibt die gesetzliche Rente. Diese  
725 ist besser als ihr Ruf. In der Bankenkrise und während der Niedrigzinsphase bewies und  
726 beweist die umlagefinanzierte Rentenversicherung ihre Stabilität. Jedoch steht das System  
727 der Alterssicherung insgesamt vor erheblichen Herausforderungen. Während die Beitragssätze  
728 zur gesetzlichen Rentenversicherung auf den niedrigsten Stand seit zwei Jahrzehnten gesunken  
729 sind, sackte das Leistungsniveau im selben Zeitraum deutlich ab, wenn auch nicht so stark  
730 wie prognostiziert. Die zusätzliche Altersvorsorge und dabei insbesondere die Riester-Rente  
731 blieben hinter den Erwartungen zurück. Die kapitalgedeckten Säulen konnten die ihnen  
732 zugedachte, ausgleichende Rolle sowohl in der Breite als auch in der Höhe nicht ausfüllen.  
733 Eine Stabilisierung des Rentenniveaus ist vor diesem Hintergrund bereits heute dringend  
734 notwendig.

735 Das heutige, gegenüber dem Jahr 1998 bereits erheblich abgesenkte **Rentenniveau** sollte **nicht**  
736 **weiter fallen**. Zugleich wollen wir, dass Leistungen wie die Mütterrente aus Steuern bezahlt  
737 und Rahmenbedingungen so verändert werden, dass es für Frauen, Ältere und gesundheitlich  
738 beeinträchtigte Personen leichter wird, erwerbstätig zu sein. Auch sollten schon kurzfristig  
739 deutlich mehr Personen in die Rentenversicherung einbezogen werden, insbesondere jene, die  
740 keine obligatorische Absicherung haben. So ist eine Stabilisierung des Rentenniveaus auch  
741 ohne eine deutliche Anhebung der Rentenbeitragssätze möglich. Das ist finanziell nachhaltig  
742 und führt zu einem gerechten Ausgleich zwischen den Generationen.

743 Die Zukunft der Renten entscheidet sich vor allem am Arbeitsmarkt. Wenn es uns gelingt, dass  
744 Frauen sich beruflich genauso verwirklichen können wie Männer, dann stabilisiert dies die  
745 Rentenversicherung und sichert den Frauen zudem eine eigenständige Alterssicherung. Die  
746 geschlechtsspezifische Rentenlücke zwischen Frauen und Männern ist gewaltig. Bei den  
747 heutigen Rentnerinnen und Rentnern liegt sie bei rund 60 Prozent. Sie ist in den vergangenen  
748 Jahrzehnten zwar kleiner geworden. Würde es in diesem Tempo weitergehen, dürfte es jedoch  
749 noch einmal siebzig Jahre dauern, bis die Lücke geschlossen ist. So viel Zeit haben wir  
750 nicht. Wir wollen den **Gender Pension Gap minimieren**. Dazu müssen in erster Linie die  
751 Benachteiligungen von Frauen am Arbeitsmarkt beseitigt, sowie die bessere Vereinbarkeit von  
752 Familien- und Erwerbsarbeit ermöglicht werden. Dies betrifft den Ausbau von  
753 Kinderbetreuungs- und Bildungsinfrastruktur, die Einführung einer echten Pflegezeit, das  
754 Rückkehrrecht auf Vollzeit, eine Reform der Minijobs, gleicher Lohn für gleiche und  
755 gleichwertige Arbeit sowie die Abschaffung steuerlicher Negativanreize und die Einführung  
756 eines obligatorischen Rentensplittings.

757 Zusätzlich wollen wir durch eine **Garantierente** für langjährig Versicherte gewährleisten,  
758 dass alle Menschen, die den größten Teil ihres Lebens gearbeitet, Kinder erzogen, andere  
759 Menschen gepflegt oder sonstige Anwartschaften in der Rentenversicherung erworben haben, im  
760 Alter eine Rente beziehen, die oberhalb der Grundsicherung liegt. Betriebliche und private  
761 Altersvorsorge werden auf die Garantierente nicht angerechnet.

### 762 ***Betriebliche und geförderte private Altersvorsorge neu aufstellen***

763 Wir GRÜNE setzen uns dafür ein, das Drei-Säulen-System der Alterssicherung zu  
764 revitalisieren. Die betriebliche Altersversorgung muss in Zukunft auch diejenigen erreichen,  
765 die heute faktisch ausgeschlossen sind. **Arbeitgeber sollen ihren Beschäftigten in jedem Fall**  
766 **eine Betriebsrente anbieten** und mit einem eigenen Arbeitgeberbeitrag unterstützen. Die  
767 Riester-Rente ist in ihrer bisherigen Form gescheitert.

768 Wir wollen die geförderte private Altersvorsorge deshalb grundlegend reformieren und ein  
769 einfaches, kostengünstiges und sicheres Basisprodukt einführen, das als öffentliches  
770 verwaltetes Produkt neben die bereits bestehenden Altersvorsorgeprodukte tritt.

771 Zudem soll die öffentliche Förderung in Zukunft vor allem Geringverdienenden zugutekommen.  
772 Dazu wollen wir die Grundzulage erhöhen, einen Zuschlag für Menschen im unteren  
773 Einkommensbereich einführen und im Gegenzug die steuerliche Förderung über den  
774 Sonderausgabenabzug streichen.

### 775 ***Selbstbestimmter Übergang in die Rente – leistungsgerecht und individuell***

776 Grundsätzlich sollte jede Person selbst entscheiden können, wann und wie sie in den  
777 Ruhestand wechselt. Wir halten am schrittweisen Anstieg der Regelaltersgrenze auf 67 Jahre  
778 fest. Diese soll allerdings keine starre Grenze mehr sein. Denn die Bedürfnisse der Menschen  
779 unterscheiden sich. Manche Menschen wollen mit 60 ihre Arbeitszeit reduzieren, andere  
780 bevorzugen den stufenlosen Wechsel in die Altersrente und wieder andere wollen auch über die  
781 Regelaltersgrenze hinaus noch voll im Erwerbsleben stehen. Grüne Politik hat zum Ziel,  
782 diesen Wünschen und Fähigkeiten gerecht zu werden, indem wir bestehende Hindernisse auf dem  
783 Weg zu mehr Flexibilität beseitigen.

784 Wir wollen eine echte Altersteilzeit durch eine **attraktivere Teilrente** bereits ab 60  
785 ermöglichen. Gerade besonders belastete Beschäftigte sollen sie in Anspruch nehmen können.  
786 Hier wäre ein Ausgleich von Abschlägen denkbar, wenn neben einer Teilzeittätigkeit eine  
787 Teilrente in Anspruch genommen wird. Wir wollen sicherstellen, dass den Beitragszahlungen  
788 von arbeitenden Rentnerinnen und Rentnern auch Rentenleistungen gegenüberstehen. Wir setzen  
789 uns dafür ein, dass Abschläge bei der Erwerbsminderungsrente, die allein aus  
790 gesundheitlichen Gründen erfolgen, abgeschafft werden.

### 791 **Wir sorgen für mehr Steuergerechtigkeit**

792 Grüne Steuerpolitik stärkt den Zusammenhalt unserer Gesellschaft. Sie setzt darauf,  
793 Lebensqualität zu steigern und die ökologische Finanzreform vorantreiben,  
794 Steuergerechtigkeit zu schaffen und Steuervermeidung zu bekämpfen sowie Kinder in den  
795 Mittelpunkt der Familienförderung zu stellen. Grüne Steuerpolitik leistet auch einen Beitrag  
796 zur ökologischen Modernisierung, indem wir die Lenkungswirkung von Steuern nutzen. Weniger  
797 Folgekosten und weniger Umweltschäden gehen einher mit höheren umweltfreundlichen  
798 Investitionen und bringen damit eine doppelte Dividende für uns alle.

799 Mit unserer Steuer- und Haushaltspolitik wollen wir die nötigen Mittel für die  
800 Zukunftsfähigkeit unserer Gesellschaft bereitstellen und den zu hohen Schuldenstand vieler  
801 Gebietskörperschaften zurückführen. Außerdem wollen wir im Sinne von Umverteilung der  
802 wachsenden Spreizung der Einkommens- und Vermögensverteilung und der mangelnden  
803 Chancengleichheit in unserer Gesellschaft steuerpolitisch entgegenwirken. Dazu gehört auch  
804 eine Entlastung von Bezieher\*innen kleiner Einkommen über steuerfinanzierte Leistungen, etwa  
805 für Familien oder den sozialen Wohnungsbau oder über Steuergutschriften. Solche Instrumente  
806 sind zielgenauer als eine Veränderung im Tarifverlauf der Einkommensteuer, weil diese auch  
807 für die höheren Einkommen Wirkung entfaltet. Wir stehen zu dem aus der Verfassung  
808 abgeleiteten Grundsatz der Besteuerung nach Leistungsfähigkeit, der eine umverteilende  
809 Wirkung des Steuerrechtes ausdrücklich vorgibt.

810 Der soziale Ausgleich, der Bildungsaufbruch und die ökologische Modernisierung können nur  
811 mit einem handlungsfähigen Staat gelingen. Die aktuell entspannte gesamtstaatliche  
812 Haushaltssituation darf nicht darüber hinweg täuschen, dass strukturelle Risiken weiter  
813 bestehen. Denn vor allem den historisch niedrigen Zinsen und dem demografisch wie  
814 konjunkturell begünstigten hohen Beschäftigungsstand verdanken wir die gegenwärtige positive  
815 Lage. Es braucht insgesamt ein Mehraufkommen, um vor dem Hintergrund der finanziellen Lage  
816 der Kommunen und der Notwendigkeit, die Schuldenbremse einzuhalten, den Investitionsstau in  
817 unserem Land aufzulösen.

### 818 **Steuerhinterziehung bekämpfen und Steuergestaltung einschränken**

819 Wir wollen, dass alle ihren fairen Beitrag zum Gemeinwesen beitragen. In unserer  
820 Gesellschaft wächst das Unverständnis darüber, dass einige Wohlhabende ihre Vermögen  
821 steuerfrei in Panama verstecken und sich der solidarischen Gemeinschaft entziehen. Viele  
822 Menschen haben den Eindruck, dass wir nicht mehr in einer sozialen Marktwirtschaft, in der  
823 man mit eigener Anstrengung und durch eine faire Unterstützung der Gemeinschaft vorankommen  
824 kann, sondern längst in einer Machtwirtschaft leben, in der große Konzerne und ihre Lobbies  
825 regieren und ihre Interessen auf Kosten des Gemeinwohls durchsetzen können. Das gefährdet  
826 den sozialen Zusammenhalt und die Akzeptanz unserer Demokratie in unserer Gesellschaft. Mit  
827 dem Ankauf von Steuerdaten und der Verhinderung des Abkommens mit der Schweiz haben wir  
828 geholfen, das Ende des Bankgeheimnisses zu besiegeln, wo andere, wie Finanzminister  
829 Schäuble, es noch schützen wollten. Aber auch nach Ende des Bankgeheimnisses bleibt viel zu  
830 tun.

831 Anonyme Briefkastenfirmen sollen der Vergangenheit angehören. **Steuersümpfe wollen wir**  
832 **austrocknen**, sie gehören auf eine schwarze Liste. Bürgerinnen und Bürger sowie Unternehmen  
833 und Banken müssen sanktioniert werden, wenn sie Geschäfte in Staaten auf dieser schwarzen  
834 Liste tätigen oder sie vermitteln. Zahlungen in solche Staaten dürfen steuerlich nicht  
835 absetzbar sein und sollen mit einer Quellensteuer belegt werden. Menschen mit deutscher  
836 Staatsangehörigkeit sollen sich nicht länger durch Wegzug ihrer Steuerpflicht entziehen  
837 können. Wie in den USA sollen auch deutsche Staatsangehörige, die im Ausland leben hier  
838 steuerpflichtig bleiben.

839 Die internationale Verschiebung der Gewinne der großen Konzerne mit dem Ziel, darauf keine  
840 Steuern mehr zu bezahlen, muss endlich unterbunden werden. Wir wollen, dass Deutschland  
841 vorgeht und eine Vorreiterrolle einnimmt. Die große Koalition hat hier nichts unternommen.  
842 Aus Rücksicht auf Interessen deutscher Konzerne sucht sie ausschließlich internationale  
843 Lösungen und schiebt das Problem auf die lange Bank.

844 Alle in Deutschland tätigen Unternehmen sollen ihre Gewinne, Steuerzahlungen und ihre  
845 Geschäftstätigkeit nach Ländern vollständig offenlegen. Denn die Öffentlichkeit hat ein  
846 Recht zu erfahren, falls Unternehmen ihre in Deutschland erwirtschafteten Gewinne in andere  
847 Staaten verschieben, um hier weniger oder keine Steuern zahlen. Auch Ausgaben wie  
848 Lizenzgebühren und Zinsen dürfen nicht dafür missbraucht werden. Auslandsgewinne deutscher  
849 Unternehmen wollen wir nicht länger von der Steuer freistellen, sondern die bereits im  
850 Ausland gezahlte Steuer in Deutschland anrechnen.

851 Wir wollen, dass die Anbieter von aggressiven Steuermodellen verpflichtet werden diese  
852 offenzulegen. Denn es waren Banken und Steuerberater, die Geschäfte nach Panama vermitteln  
853 und die immer wieder auffallen durch Beihilfe zu Geldwäsche und Steuerhinterziehung. Was in  
854 Großbritannien und anderen Ländern schon lange selbstverständlich ist, muss auch in  
855 Deutschland endlich Realität werden. Damit beenden wir das Hase-und-Igel-Spiel zwischen  
856 Steuerbetrügern und Finanzamt, bei dem das Finanzamt meist das Nachsehen hat. Auch  
857 Whistleblower, die wichtige Hinweise auf kriminelle Finanzgeschäfte liefern, wollen wir  
858 endlich besser schützen.

859 Die deutschen Finanzämter sind den großen Steuerabteilungen der Konzerne oft hoffnungslos  
860 unterlegen. Zahlreiche Staaten haben darauf reagiert, indem sie in ihrer Steuerverwaltung  
861 Spezialeinheiten für große multinationale Unternehmen und reiche Privatpersonen geschaffen  
862 haben. Deswegen wollen wir die Zuständigkeit für diese Gruppen von den Ländern einer  
863 Spezialeinheit auf Bundesebene übertragen. Diese **bundesweite Steuerfahndung** wollen wir in  
864 technischer und personeller Ausstattung auf Augenhöhe bringen mit den Steuerabteilungen der  
865 Konzerne und den großen Steuerberatungsgesellschaften.

#### 866 **Besteuerung von Einkommen**

867 Ab 2017 wird bei der Einkommensteuer eine Anpassung des Grundfreibetrages notwendig sein.  
868 Zur aufkommensneutralen Gegenfinanzierung schlagen wir eine stärkere Differenzierung und  
869 Erhöhung des Spitzensteuersatzes im Sinne einer höheren Reichenbesteuerung vor, welche  
870 allerdings erst oberhalb eines zu versteuerndem Single-Einkommens von 100.000 Euro einsetzen  
871 soll.

872 Wir wollen die **Abgeltungsteuer abschaffen** und damit die steuerliche Bevorzugung von Kapital-  
873 gegenüber Arbeitseinkommen beenden. Kapitaleinkünfte sollen wieder der individuellen  
874 Einkommensteuer unterliegen. Wer in der Einkommensteuer den Spitzensteuersatz zahlt, soll  
875 dies auch für seine Kapitaleinkünfte tun.

876 Wir wollen die Abzugsfähigkeit von Gehältern auf 500.000 Euro und von Abfindungen auf eine  
877 Million Euro beschränken. So wird die Subventionierung von sehr hohen Vergütungen, Boni und  
878 Abfindungen durch den Steuerzahler verhindert.

#### 879 **Millionen-Vermögen besteuern**

880 Derzeit werden hohe Vermögen in Deutschland sehr gering besteuert. Das liegt zum einen  
881 daran, dass die Vermögensteuer nicht mehr erhoben wird. Zum anderen wirkt die  
882 Erbschaftsteuer in ihrer jetzigen Form regressiv – je höher die Erbschaft oder Schenkung, je  
883 niedriger die effektive Steuerbelastung. Die Ursache liegt darin, dass hohe  
884 Vermögensweitergaben häufig von der Steuer freigestellt werden, weil sie überproportional  
885 oft aus der Weitergabe von Betriebsvermögen bestehen und sie damit von der Steuer  
886 freigestellt werden können.

887 Wir sehen die Notwendigkeit, mit einer verfassungsfesten, ergiebigen und umsetzbaren  
888 Vermögensbesteuerung einer sich verstärkenden Vermögensungleichheit entgegen zu wirken und  
889 die Mittel zu erwirtschaften, die für die Finanzierung von Maßnahmen zu mehr  
890 Chancengleichheit vor allem im Bildungsbereich notwendig sind. Bei der Reform der  
891 Vermögensbesteuerung werden wir darauf achten, dass sie unternehmerische  
892 Investitionsentscheidungen möglichst wenig beeinflusst und gleichermaßen Steuergestaltungen  
893 weitgehend vermieden werden. Eine aus Verfassungs- und Gerechtigkeitsgründen problematische  
894 Unterscheidung verschiedener Vermögensarten wollen wir vermeiden. Die durch ein Urteil des  
895 Verfassungsgerichts veranlasste Reform der Erbschaftssteuer ändert daran so gut wie nichts.  
896 Die große Koalition hat die Erbschaftsteuer noch komplizierter gemacht und die Ausnahmen für  
897 die Erben von Betriebsvermögen im Millionenumfang weitgehend beibehalten. Wir finden das  
898 nicht gerecht und bezweifeln, dass es verfassungsgemäß ist.

899 *VARIANTE 1:* Wir streben die Wiederbelebung der Vermögensteuer an. Eine gute Basis bietet  
900 dabei die Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung aus dem Januar 2016, die  
901 auch für mehrere Varianten von Steuersätzen und Freibeträgen das Aufkommen schätzt. Die  
902 grüne Vermögensteuer soll als Millionärsteuer ausgestaltet werden mit einem persönlichen  
903 Freibetrag von mindestens einer Million Euro. Der Steuersatz soll maximal 1 Prozent betragen  
904 und das Aufkommen bei 10 Milliarden Euro liegen. Mit diesem Ansatz würden 99,8 Prozent des  
905 Aufkommens vom reichsten 1 Prozent unserer Gesellschaft getragen werden. Steuerfrei bleiben  
906 die gesetzlichen, betrieblichen und privaten Vorsorgevermögen sowie die Altersrückstellungen

907 im Rahmen von privaten Krankenversicherungen. Ausweichmöglichkeiten werden dadurch  
908 eingeschränkt, dass die Steuerpflicht an der Staatsangehörigkeit ansetzt, eine Verlagerung  
909 von Wohnsitz oder Vermögen ins Ausland reduziert deshalb die Steuerzahlung nicht.

910 *VARIANTE 2:* Für eine tatsächlich progressive Erbschaftsteuerbelastung halten wir eine  
911 Erbschaftsteuer mit einer einheitlichen und breiten Bemessungsgrundlage für alle  
912 Vermögensarten (synthetische Erbschaftsteuer) für notwendig, denn sie allein unterbindet die  
913 Gestaltung über unterschiedliche Vermögensarten. Mit moderaten Steuersätzen (Größenordnung  
914 15 Prozent) und unter Beibehalt der aktuellen Freibeträge wird eine verfassungsfeste,  
915 progressive und für die Länderhaushalte ergiebige Vermögensbesteuerung erreicht. Mit einer  
916 verbindlich einzuräumenden Stundungsoption über einen angemessenen Zeitraum kann diese  
917 Steuer von jedem Unternehmenseigentümer getragen werden, ohne die Investitionsmöglichkeiten  
918 des Unternehmens einzuschränken.

### 919 **Steuergerechtigkeit durch Vereinfachung**

920 Das deutsche Steuersystem ist nicht einfach zu durchschauen. Viele Bürger\*innen erstellen  
921 ihre Steuererklärung nur mit Hilfe einer kostenpflichtigen Steuerberatung oder verzichten  
922 ganz auf den Aufwand und damit oft auch auf Rückzahlungen. Dazu kommt, dass sich gerade bei  
923 großen Vermögen und hohen Einkommen durch legale Steuervermeidungstricks erhebliche  
924 Einsparungen erzielen lassen. All dies trägt zu dem Ungerechtigkeitsempfinden bei, wenn es  
925 ums Thema Steuern geht. Dem wollen wir etwas entgegenstellen. Vorausgefüllte  
926 Steuererklärungen sind ein Schritt in die richtige Richtung, um Bürger\*innen die Abgabe der  
927 Steuererklärung zu vereinfachen. Doch weitere müssen folgen, um die Anzahl der Formulare und  
928 Fragen zu reduzieren. Unser Ziel ist, dass am Ende für alle ein möglichst einfaches und  
929 verständliches Verfahren steht.

930 Auch viele Selbstständige und mittelständische Unternehmen leiden unter dem bürokratischen  
931 Aufwand, der mit der deutschen Steuergesetzgebung verbunden ist. Diese kann reduziert  
932 werden, zum Beispiel indem wir die **Abschreibungsgrenze für geringwertige Wirtschaftsgüter**  
933 **erhöhen**. Auch steht eine Vereinfachung bei der Umsatzsteuer mit Blick auf die aufwändigen  
934 Verfahren bei Handel innerhalb der EU an. Um einen fairen Wettbewerb zu gewährleisten,  
935 schaffen wir Branchensubventionen wie zum Beispiel bei der Umsatzsteuer für die Hotelbranche  
936 ab. Zur Steuervereinfachung von Selbstständigen wollen wir zusätzlich die Abgrenzungskriterien  
937 im Sozial-, Arbeits-, und Steuerrecht einheitlich regeln, so dass Doppel- oder  
938 Dreifachprüfungen vermieden werden können.

### 939 **Wir wollen ökologische Gerechtigkeit für uns und unsere** 940 **Kinder**

941 Ungerechtigkeiten entstehen auch durch Umweltverschmutzung und ökologische Verfehlungen.  
942 Daher gehören Gerechtigkeit und Ökologie untrennbar zusammen. Kommenden Generationen eine  
943 lebenswerte Welt zu hinterlassen, ist eine Frage der Gerechtigkeit. Eine gute Zukunft wird  
944 es nur dann geben, wenn wir innerhalb der ökologischen Grenzen des Planeten wirtschaften und  
945 alle Menschen am erwirtschafteten Wohlstand teilhaben können. Dabei haben wir keine Zeit zu  
946 verlieren. Denn wenn wir so weiter machen, benötigen wir im Jahr 2030 eine zweite Erde, um  
947 den Bedarf der Menschheit an Nahrung, Wasser und Energie zu decken. Deshalb kämpfen wir  
948 Grüne für den Erhalt unserer natürlichen Lebensgrundlagen und gegen den Raubbau an  
949 begrenzten Ressourcen.

950 Umweltzerstörung und Klimakrise sind Treiber von Ungerechtigkeit und Armut weltweit. Dabei  
951 sind es meist die Ärmsten, die am stärksten unter Umweltzerstörung leiden, zu der sie selbst  
952 wenig dazu beigetragen haben. Das erleben wir, wenn Ernten verdorren und Menschen durch  
953 steigende Meeresspiegel zur Flucht gezwungen werden. Oder wenn die Rodung von Regenwald für  
954 den Soja-Anbau als Futter für die industrielle Landwirtschaft indigenen Kleinbauern die  
955 Existenzgrundlage entzieht. Deshalb ist es auch ein Gebot der Gerechtigkeit, wenn wir Grüne

956 für Klimaschutz und eine intakte Natur für alle streiten. Wir wissen: Ohne globale  
957 Gerechtigkeit wird es auch keine internationale Solidarität gegen Klimakrise und  
958 Artensterben geben – und ohne den Kampf gegen die Klimakrise keinen Fortschritt hin zu einer  
959 gerechteren Welt.

960 Auch in unserem Land schafft eine Politik, die sozial und ökologisch ausgerichtet ist,  
961 gerechtere Verhältnisse. Durch einen starken Umwelt- und Verbraucherschutz sorgen wir Grüne  
962 dafür, dass **saubere Luft, reines Wasser und giftfreies Essen** kein Privileg für wenige  
963 werden. Mit dem Umstieg auf Erneuerbare Energien treffen wir Vorsorge, dass **Strom, Wärme und**  
964 **Mobilität dauerhaft bezahlbar bleiben**, auch wenn die fossilen Energiereserven knapper  
965 werden.

966 Durch eine gute Umweltpolitik profitieren langfristig alle. **Wir wollen, dass Preise**  
967 **zunehmend die ökologische Wahrheit sagen**, damit wir nicht weiter auf Kosten künftiger  
968 Generationen wirtschaften. Uns ist zugleich die Herausforderung bewusst, die kurzfristigen  
969 sozialen Folgen umweltpolitischer Maßnahmen abzufedern. Der dringend notwendige Einstieg in  
970 den Kohleausstieg führt zu Strukturbrüchen in Regionen. Den Übergang zu neuen Industrien und  
971 Arbeitsplätzen wollen wir aktiv fördern. Neben dem Klimawohngeld entlasten auch Vorgaben und  
972 Förderprogramme für effiziente Elektrogeräte und spritsparende Fahrzeuge gerade Haushalte  
973 mit kleinen Einkommen.

974 Zu einer ökologisch gerechten Politik gehört auch, dass wir **umweltschädliche Subventionen**  
975 konsequent **abbauen**. Laut Umweltbundesamt betragen diese derzeit 52 Milliarden jährlich. Das  
976 mindert den Umweltverbrauch, verbessert die Finanzierung unseres Gemeinwesens und setzt  
977 Mittel frei, um die sozial und ökologisch gerechte Modernisierung unseres Landes  
978 voranzubringen.

### 979 **Wir kämpfen für eine gerechtere Welt**

980 Gerechtigkeit endet für uns Grüne nicht an Grenzen. Wir wollen, dass alle Menschen in allen  
981 Regionen dieser Welt in Frieden und Würde leben können. In einer globalisierten Welt müssen  
982 alle Länder eine faire Chance auf Entwicklung erhalten und es liegt auch in der  
983 Verantwortung Deutschlands dies zu ermöglichen.

984 Unser Ziel ist es im Sinne der UN-Nachhaltigkeitsziele Hunger und Armut weltweit zu  
985 verringern, die Menschenrechte umzusetzen, Wohlstand gerechter zu verteilen und so zu  
986 wirtschaften, dass die Lebensgrundlagen aller erhalten bleiben. An diesen Zielen wollen wir  
987 die Politik hierzulande ebenso ausrichten wie die Außen- und Entwicklungspolitik. Dazu  
988 gehört, internationale Zusagen auch einzuhalten. Die Industriestaaten haben versprochen,  
989 ihre Mittel für Entwicklungszusammenarbeit auf mindestens 0,7 Prozent ihrer  
990 Wirtschaftsleistung zu erhöhen und zusätzlich jährlich 100 Millionen für den globalen  
991 Klimaschutz auszugeben. Wir streiten dafür, dass Deutschland seinen Teil dieser  
992 Verpflichtungen bis 2020 umsetzt.

993 Weltweit sehen wir, dass ein Prozent der Weltbevölkerung fast die Hälfte des weltweiten  
994 Vermögens besitzt. In vielen Ländern bereichern sich korrupte Eliten. Viele multinationale  
995 Konzerne zahlen kaum Steuern, da sie ihre Gewinne in Steuersümpfe verschieben. Globale  
996 Regulierung hinkt dabei oft meilenweit hinterher. In den letzten 20 Jahren konnte die Anzahl  
997 der Menschen, die in extremer Armut leben müssen, halbiert werden, doch noch immer haben 80  
998 Prozent der Weltbevölkerung keine angemessene soziale Absicherung. Selbst Arbeit schützt  
999 nicht vor Armut, gefährliche Arbeitsbedingungen und Ausbeutung sind weit verbreitet – von  
1000 den Textilfabriken Südostasiens oder auf den Kakaopflanzungen Westafrikas. Um das zu ändern,  
1001 wollen wir die Globalisierung gerecht und nachhaltig gestalten. In Ländern wie China und  
1002 Indien, aber auch zunehmend in Afrika, hat sie bereits dazu beigetragen, dass breite  
1003 Bevölkerungsschichten extreme Armut überwinden konnten. Sie beschleunigt Innovation und  
1004 sorgt nicht zuletzt für einen Zuwachs an politischem und kulturellem Austausch.

1005 Wir stehen für eine internationale Wirtschaftsordnung, die dazu beiträgt, die nachhaltigen  
1006 Entwicklungsziele der UN zu erreichen. Dafür reichen Selbstverpflichtungen der international  
1007 agierenden Unternehmen nicht aus. Es braucht gesetzlich verbindliche Transparenz- und  
1008 Offenlegungspflichten für die gesamte Lieferkette. Wir wollen, dass für Lieferketten auch  
1009 gesetzlich verbindliche Umwelt- und Sozialstandards gelten.

1010 Hunger und Unterernährung wollen wir mit einer umfassenden Strategie bekämpfen, deren  
1011 Herzstück eine globalen Agrarwende ist. Wir wollen weg von einer hoch subventionierten  
1012 industriellen Landwirtschaft, die die Märkte in Entwicklungsländern mit billigen  
1013 Hähnchenflügeln flutet oder von Fangflotten, die die Meere vor Afrika leer fischen und hin  
1014 zu einer stärkeren Förderung von Kleinbäuer\*innen und von Kleinfischer\*innen in  
1015 Entwicklungsländern.

1016 Deutschland hat als führendes Industrieland eine besondere Verantwortung. Wir wollen die  
1017 Entkopplung von Wohlstand und Ressourcenverbrauch forcieren in dem wir zum Beispiel  
1018 Kreislaufwirtschaft und Recycling fördern. Außerdem braucht es bessere Rahmenbedingungen für  
1019 fairen, ökologischen und sozialen Konsum. Damit Fairtrade-Produkte aus der Nische kommen,  
1020 fordern wir mehr Transparenz und eine bessere Kennzeichnung. Außerdem wollen wir, dass die  
1021 öffentliche Hand bei der öffentlichen Beschaffung konsequent mit gutem Beispiel vorangeht.  
1022 Rohstoffe müssen unter fairen Bedingungen abgebaut und gehandelt werden.

1023 Mit fairem Handel können wir die Globalisierung ökologisch und sozial gerecht gestalten.  
1024 Dafür wollen wir die Handelsbeziehungen Europas neu ausrichten, so dass sie die  
1025 Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen unterstützen. Die EU-Kommission darf nicht  
1026 länger Druck auf Entwicklungsländer ausüben ihre Märkte weiter zu öffnen. TTIP und CETA  
1027 schließen die ärmsten Länder bei der Gestaltung der Regeln des Welthandels aus. Wir werden  
1028 uns weiterhin dafür einsetzen, diese Abkommen zu stoppen. Gleiches gilt für die  
1029 entwicklungsschädlichen Partnerschaftsabkommen (EPAs), die die europäische Union derzeit mit  
1030 den afrikanischen Staaten verhandelt. Stattdessen verfolgen wir einen multilateralen Ansatz,  
1031 der auf die selbstbestimmte Entwicklung in den Ländern des Südens abzielt.

1032 [1] Eine Politik für mehr soziale Gerechtigkeit braucht eine wirtschaftliche Basis. In  
1033 unserem Beschluss „Grüner Wirtschaften für eine lebenswerte Zukunft“ haben wir 2015  
1034 dargelegt, wie wir unseren Wohlstand mit klaren ökologischen und sozialen Leitplanken  
1035 erwirtschaften und unsere Wirtschaft zugleich wettbewerbsfähiger machen können.

## **Änderungsanträge zur Rente (Z. 705-790)**

*Die ÄA sind nummeriert/gruppert, um es für die 7 Mitglieder der Rentenkommission, die gemeinsam daran gearbeitet haben, übersichtlicher zu halten.*

### **1. Änderungsantrag: Garantierente ausreichend Platz gewähren**

Z 720 nach „... Niveau der materiellen Absicherung,“ *bitte einfügen*  
„eine Garantierente für Menschen mit niedrigen Einkommen,“

*Nach Z 756 bitte eine neue Zwischenüberschrift einfügen*  
**Grüne Garantierente anstatt Sozialhilfe**

*Z 757-761 streichen und durch folgenden Text ersetzen:*

„Auch wenn wir das Rentenniveau stabilisieren, reicht das nicht für Menschen mit niedrigen Einkommen. Diese haben auch bei einem stabilen Rentenniveau keine Chance, sich eine eigene Rente zu erarbeiten. Menschen, die weniger als 1.800 Euro verdienen, sind selbst wenn sie 45 Jahre lang Vollzeit arbeiten würden, auf Sozialhilfe (Grundsicherung im Alter) angewiesen. Noch viel problematischer ist es für die vielen Menschen, die es nicht schaffen, 45 Jahre durchgängig zu arbeiten. Besonders Frauen droht daher Armut im Alter.

Wir dürfen nicht zulassen, dass Menschen ihr Leben lang ihren Beitrag zu unserer Gesellschaft leisten und im Alter keine echte Rente bekommen, die vor Armut schützt. Menschen, die den größten Teil ihres Lebens gearbeitet, Kinder erzogen, andere Menschen gepflegt oder sonstige Anwartschaften in der Rentenversicherung erworben haben, sollen daher im Alter eine Rente beziehen, die oberhalb der Grundsicherung liegt – ohne Bedürftigkeitsprüfung und ohne Anrechnung von betrieblicher und privater Altersvorsorge. Wir wollen allen Versicherten mit mehr als 30 Versicherungsjahren eine echte Rente garantieren und dies durch einen steuerfinanzierten Zuschuss in die gesetzliche Rentenversicherung finanzieren. Damit diese Garantierente nicht den Charakter einer Sozialhilfe *de luxe* bekommt, sollen die Anspruchsberechtigten nicht mehr auf entwürdigende Weise nachweisen müssen, dass sie bedürftig sind. Sie sollen nicht mehr dafür bestraft werden, wenn sie private oder betriebliche Altersvorsorge betrieben haben. Diese werden wie bei der Rente üblich daher auch nicht auf die Garantierente angerechnet.

#### ***Begründung:***

Dieser Änderungsantrag wird unterstützt von folgenden Mitgliedern der Rentenkommission: Marcel Duda (Grüne Jugend), Annika Gerold (Bundesfrauenrat), Ute Michel (BAG Arbeit, Soziales, Gesundheit), Beate Müller-Gemmeke (MdB), Udo Philipp (BAG Wirtschaft und Finanzen), Antonia Schwarz (Grüne Alte), Wolfgang Strengmann-Kuhn (MdB)

In der Rentenkommission gab es Konsens, dass die Garantierente genauso wichtig wie die Niveausicherung ist. Wir sind die einzige Partei, die Menschen mit niedrigen Einkommen oder unterbrochenen Erwerbsbiographien im Alter nicht Sozialleistungen sondern echte Rente garantiert. Es ist unserer Gesellschaft unwürdig, Menschen, die den größten Teil ihres Lebens gearbeitet haben, Kinder erzogen, gepflegt oder andere Rentenanwartschaften erworben haben, im Alter mit Grundsicherung oder einer anderen Form der Sozialhilfe abzuspeisen. Daher sollte die Garantierente in diesem Gerechtigkeitsantrag auch eine prominente Stellung erhalten.

Inhaltlich gibt es keinen Dissens zum Leitantrag des BuVo.

### **2. Änderungsantrag: Anwachsende Garantierente**

*Zeile 761: bitte nach "nicht angerechnet" folgenden Absatz neu einfügen*

Bei der Rente ist es üblich, dass höhere Beiträge auch zu einer höheren Rente führen. Die meisten Menschen finden es gerechter, wenn gilt: wer mehr einzahlt, soll auch eine höhere Rente erhalten. Außerdem sollte es sich auch für Menschen mit geringen Einkommen lohnen, Beiträge in die Rentenversicherung einzuzahlen. Wir wollen daher, dass ab einer zu definierenden Schwelle auch bei der Garantierente eigene erworbene Ansprüche – ob durch Beiträge und Erwerbsarbeit oder Kindererziehung - zu einer höheren Rente führen, denn nur so ist gewährleistet, dass sich zusätzliche Rentenbeiträge auch lohnen.

Wir möchten nicht, dass in den unteren Einkommensgruppen eigene Rentenbeiträge als „nutzlos“ empfunden werden, weil sie nicht zu einer entsprechend höheren Rente führen. Dazu schmälert der monatlich zu zahlende Beitrag das verfügbare Einkommen zu sehr. Im Extremfall erhöht dies auch die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen einer Arbeit nachgehen, ohne Sozialabgaben zu zahlen.

Das Anwachsen der Garantierente ist auch sozialpolitisch wichtig. Auch eine Rente von 900 Euro ist wenig. Wir wollen daher die Renten bis in die untere Mittelschicht anheben. Dies ist mit unserer anwachsenden Garantierente auf wesentlich kostengünstigere und gerechtere Weise möglich als durch eine beitragsfinanzierte allgemeine Anhebung des Rentenniveaus.“

**Begründung:**

Dieser Änderungsantrag wird unterstützt von folgenden Mitgliedern der Rentenkommission: Marcel Duda (Grüne Jugend), Annika Gerold (Bundesfrauenrat), Ute Michel (BAG Arbeit, Soziales, Gesundheit), Beate Müller-Gemmeke (MdB), Udo Philipp (BAG Wirtschaft und Finanzen), Antonia Schwarz (Grüne Alte), Wolfgang Strengmann-Kuhn (MdB)

Eine inhaltliche Begründung ist nicht notwendig, da sie im Antragstext enthalten ist.

**3. Änderungsantrag: Bürgerversicherung ausreichend Platz gewähren**

*Z 714-717 bis „Beamt\*innen.“ an einen anderen Ort (nach Z 761) verschieben und dafür nach Z 713 nach „in der Bereite zu stärken.“ mit Z 717 ab „Wir setzen ...“ bis Z 722 „Bedürfnisse zu vollziehen.“ anschließen:*

**Begründung:**

Die Bürgerversicherung ist ein zentraler Baustein des grünen Rentenkonzepts. Deshalb sollte sie wie andere Teilaspekte auch eine eigene Zwischenüberschrift erhalten. In diesem Sinne werden hier die Ausführungen zur Bürgerversicherung gestrichen und am Ende des Absatzes mit Zwischenüberschrift wieder aufgenommen. Der verbleibende Text nach den Ausführungen zur Bürgerversicherung hingegen ergibt einen wunderbaren einleitenden Absatz, der das Konzept umfassend in kurzen Worten zusammenfasst.

*Nach Z 761 neues Kapitel mit Zwischenüberschrift und vorher gestrichenem Text (Z 714-717)*

**„Bürgerversicherung für alle**

Wir wollen in der nächsten Wahlperiode den ersten Schritt zur Bürgerversicherung gehen. Selbständige sollen in die gesetzliche Rentenversicherung aufgenommen werden. Perspektivisch streben wir eine Rentenversicherung für alle an, also auch für Abgeordnete, Freiberufler\*innen und Beamt\*innen.“

**Begründung:**

Siehe Begründung – vorheriger Änderungsantrag: Die Bürgerversicherung ist ein zentraler Baustein des grünen Rentenkonzepts. Deshalb sollte sie wie andere Teilaspekte auch eine eigene Zwischenüberschrift erhalten. Deshalb werden die im vorherigen Änderungsantrag gestrichenen Ausführungen zur Bürgerversicherung hier mit einer Zwischenüberschrift wieder aufgenommen.

#### **4. Änderungsantrag: Bürgerversicherung konkretisieren**

**BITTE BEACHTEN:** Dieser AA wird NICHT von allen 7 Mitgliedern der Rentenkommission mitgetragen, da 4 (Ute, Wolfgang Strengmann-Kuhn, Beate Müller-Gemmeke und Annika Gerold) einen eigenständigen Antrag unterstützen, der eine Machbarkeitsstudie bis zur Bundestagswahl (und nicht erst wie der folgende AA in der nächsten Legislaturperiode) fordert. Die BAG sollte darüber abstimmen, welche der beiden Forderungen sie unterstützt.

Z 717 nach „... Freiberufler\*innen und Beamt\*innen.“ *Bitte einfügen:*

„Um dieses wichtige Projekt konkret voranzutreiben, wird der Bundesvorstand spätestens in der ersten Hälfte der nächsten Legislaturperiode ein detailliertes Konzept für die Bürgerversicherung in der Rente der BDk zur Abstimmung vorlegen.“

*Begründung:*

Obwohl innerhalb von Bündnis 90/Die Grünen seit langem eine Mehrheit besteht, dass wir die Bürgerversicherung in der Rente wollen, können wir sie nicht prominent in den Wahlkampf tragen. Dies liegt daran, dass die Überführung von Beamtenpensionen und Versorgungswerken der Selbständigen in die gesetzliche Rentenversicherung ein außerordentlich komplexes Unterfangen ist und wir dafür eine detaillierte Machbarkeitsstudie benötigen.

Bei einem so prominenten Thema riskieren wir Freunde und Gegner gleichermaßen zu verlieren, wenn wir das Vorhaben nicht konkretisieren. Die Gegner der Bürgerversicherung befürchten, dass wir nur an ihren Geldbeutel wollen und ein riesiges Umverteilungsprojekt anstoßen wollen, selbst wenn es uns hier um ganz andere Dinge geht. Die Befürworter der Bürgerversicherung sind frustriert, weil wir vielleicht zum dritten Mal in unser Bundestagswahlprogramm wieder nur eine vage Absichtserklärung formulieren werden. Es ist daher an der Zeit, ein durchdachtes Konzept zu erarbeiten.

#### **5. Änderungsantrag: Stabilisierung Rentenniveau**

Z 733-741 „Das heutige ... Rentenbeitragssätze möglich.“ *bitte streichen und ersetzen durch:*

„Eine Stabilisierung des Rentenniveaus ist vor diesem Hintergrund dringend notwendig.“

Oft sprechen wir von drei Säulen der Altersvorsorge in Deutschland. Doch nur eine der drei Säulen hat wirklich die Kraft, die Menschen im Alter zu tragen. Daher wollen wir Grüne die gesetzliche Rentenversicherung durch die Garantierente und die Weiterentwicklung zur Bürgerversicherung wieder stärken.

Hinzu kommt ein Bündel von weiteren Maßnahmen: Wir setzen dafür bereits am Arbeitsmarkt an. Wir wollen dafür sorgen, dass die Menschen nicht in unsicheren oder prekären unterbezahlten Verhältnissen arbeiten müssen. Wir wollen Familie und Beruf in Einklang bringen, so dass beide Eltern arbeiten können. Wir setzen uns dafür ein, dass Frauen endlich genauso gut bezahlt werden wie Männer. Wir wollen die Rahmenbedingungen des Arbeitsmarktes so verändern, dass es auch für Ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Personen leichter wird, erwerbstätig zu sein. Und wir sind für eine offene Gesellschaft. Wir wollen Zuwanderung ermöglichen und die zugewanderten Menschen gut integrieren und fördern. Wir wollen die gesetzliche Rente auch stärken, indem wir anstreben die versiche-

rungsfremden Leistungen, wie zum Beispiel die Mütterrente, aus Steuermitteln bezahlen. Wenn wir die Rente so wieder stärken, können wir auch das Rentenniveau stabilisieren.

**Begründung:**

Dieser Änderungsantrag wird unterstützt von folgenden Mitgliedern der Rentenkommission: Marcel Duda (Grüne Jugend), Annika Gerold (Bundesfrauenrat), Ute Michel (BAG Arbeit, Soziales, Gesundheit), Beate Müller-Gemmeke (MdB), Udo Philipp (BAG Wirtschaft und Finanzen), Antonia Schwarz (Grüne Alte), Wolfgang Strengmann-Kuhn (MdB).

Auch die Rentenkommission hat sich sehr deutlich für eine Stabilisierung des Rentenniveaus ausgesprochen. Zusätzlich zu den vom BuVo genannten Maßnahmen hat die Rentenkommission auch noch explizit für Zuwanderung geworben. Dies wurde hier ergänzt. Beiträge werden im besonderen Maße von Menschen mit geringen und mittleren Einkommen getragen. Für Menschen mit geringen Einkommen ist eine Erhöhung der Beiträge besonders problematisch. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird ihre Rente in Form der Garantierente aufgestockt. Für sie macht es keinen Unterschied, ob sie z.B. 600 oder 700 Euro Rente erhalten und diese über die Garantierente auf 900 Euro aufgestockt wird. Es macht während ihres Berufslebens aber einen gewaltigen Unterschied, ob sie 1.100 oder 1.150 netto zur Verfügung haben. Eine Beitragserhöhung kommt daher nur als absolute *ultima ratio* in Betracht.

**6. Änderungsantrag: Bürgerfonds**

Z 763-770 „Wir Grüne ... Altersvorsorgeprodukte tritt.“ *bitte streichen und ersetzen durch:*

„Die Riesterrente ist in ihrer bisherigen Form gescheitert und die betriebliche Altersvorsorge ist insbesondere für kleine und mittlere Unternehmen so kompliziert und unattraktiv, dass sie oft nicht angeboten wird. Ein Grund hierfür ist, dass es derzeit kein ausreichend einfaches, sicheres und attraktives Altersvorsorgeprodukt gibt. Wir wollen daher dem schwedischen Beispiel folgen und für die kapitalgedeckte Altersvorsorge einen Bürgerfonds einführen: ein öffentlich verwaltetes, einfaches, kostengünstiges und sicheres Basisprodukt. Dieser Bürgerfonds soll sowohl für die betriebliche wie für die private Altersvorsorge offen stehen. Arbeitgeber sollen ihren Beschäftigten eine Betriebsrente anbieten und mit einem eigenen Arbeitgeberbeitrag unterstützen. Alternativ sollen auch freiwillige Einzahlungen in die gesetzliche Rentenversicherung möglich sein.“

**Begründung:**

Der neue Text erläutert das Basisprodukt und führt mit dem Begriff „Bürgerfonds“ einen weniger sperrigen Begriff als „öffentlich verwaltetes Basisprodukt“ ein.

Nur mit einem attraktiven Produkt (unserem Bürgerfonds) vermeiden wir, dass eine zusätzliche Vorsorge - wie bei Riester – zu einem großen Förderprogramm für private Lebensversicherungsgesellschaften wird. Anstelle eines meist nicht nachhaltigen Produkts, bieten wir mit dem Bürgerfonds eine einfache, attraktive und strikt nachhaltig investierende Standardalternative.

**7. Änderungsantrag: Riesterförderung**

Zeile 771-774 „Zudem soll ... Sonderausgabenabzug streichen.“ *bitte streichen und durch folgenden Absatz ersetzen:*

Mit unserer Garantierente bekommen auch Menschen mit geringen Einkommen eine Rentenleistung oberhalb der Grundsicherung. Eine zusätzliche Subventionierung privater

Altersvorsorge ist daher nicht notwendig. Deshalb wollen wir die öffentliche Förderung der privaten Altersvorsorge in Zukunft auf bestehende Verträge beschränken und ansonsten einstellen. Die eingesparten Mittel können für die Finanzierung der Garantierente verwendet werden.

**Begründung:**

Dieser Änderungsantrag wird unterstützt von folgenden Mitglieder der Rentenkommission: Marcel Duda (Grüne Jugend), Annika Gerold (Bundesfrauenrat), Ute Michel (BAG Arbeit, Soziales, Gesundheit), Beate Müller-Gemmeke (MdB), Udo Philipp (BAG Wirtschaft und Finanzen), Antonia Schwarz (Grüne Alte), Wolfgang Strengmann-Kuhn (MdB).

Mit unserer Garantierente lässt sich zielgenauer Altersarmut vermeiden als mit einer Riesterförderung.

**8. Änderungsantrag: „Minijobs“ im Rententeil**

Z 754 „eine Reform der Minijobs“ *ersetzen durch* „eine Umwandlung geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse“

## **Leitantrag Gerechtigkeit –**

Vorschläge für Änderungsanträge

### **Zeile 21 anschließen:**

Grüne Sozialpolitik ist Politik für gesellschaftlichen Zusammenhalt. Ziel ist, dass sich unterschiedliche Menschen in einer offenen Gesellschaft zuhause fühlen. Wir stehen für eine inklusive Gesellschaft, die durch positive Bindungen und reale Teilhabe überzeugt. In ihrem Wohn- und Arbeitsumfeld sollen alle Menschen Wertschätzung erfahren - in einer sozialen Bürger\*innengesellschaft, an der sie sich in vielfältiger Weise aktiv beteiligen und sich auf der Basis der Werte unseres Grundgesetzes vielfältig und frei entfalten können. Dafür arbeiten wir in allen sozialpolitischen Themenfeldern.

**Zeile 634:** "Qualität" ergänzen: und Betreuung der Versicherten".

Den folgenden Satzteil ersetzen durch:

Die Kassen sollen ihre Versicherten in der Gesundheitsförderung und bei der Wahrnehmung von Gesundheitsversorgungsleistungen unterstützen, die Versicherten können einfach zu einer anderen Kasse wechseln, die ihren Bedürfnissen besser entspricht.

**Zeilen 636 und 640: Ergänzt werden soll:**

„die Koordination der“ Gesundheitsversorgung.

**In Zeile 639 neuen Satz einfügen:**

So gelingt es auch besser Menschen mit sozialer Benachteiligung zu erreichen und auf die Bedürfnisse von denjenigen einzugehen, die kurze Wege und eine aufeinander abgestimmte Behandlung und Unterstützung brauchen. Auch Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention müssen die Menschen unmittelbar in ihrem Alltag ansprechen.

**Zeile 642 wird eingefügt:**

Wir setzen uns dafür ein, dass in den Krankenhäusern für die PatientInnen ausreichend Personal, v.a. Pflegepersonal, vorgehalten werden kann. Wir streben eine Reform an, die Fehlanreize (z.B. hin zu immer mehr stationären Behandlungen) und den Finanzproblemen der Krankenhäuser entgegenwirkt.

**Begründung:**

In den letzten Jahrzehnten ist in den Krankenhäusern zunehmend Pflegepersonal abgebaut worden, ein Trend, der sich erst allmählich umkehrt. Das in den Zeilen 322ff. geforderte Personalbemessungsinstrument zielt in die richtige Richtung. Für die Krankenhäuser ist die Einführung eines Personalbemessungsinstruments jedoch nur die eine Seite der Medaille, die notwendigen Finanzmittel zur Beschäftigung von mehr Pflege- (und anderem) Personal stellen die andere Seite dar. Die derzeitige Unterfinanzierung der Krankenhäuser bedingt zusammen mit dem aktuellen System der Betriebskostenfinanzierung in den Krankenhäusern Fehlanreize, z.B. hin zu Mengenausdehnungen in der stationären Versorgung, denen durch eine Reform im Interesse der PatientInnen entgegengewirkt werden muss.

**Zeile 644 im Anschluss hinzufügen:**

Eine gute Gesundheitsversorgung darf nicht vom Geldbeutel oder der Lebenssituation abhängig sein. Deshalb setzen wir uns dafür ein auf für Menschen in prekären Lebenslagen eine Gesundheitsversorgung zu sichern, die auf die Bedarfs und Lebenslage ausgerichtet. Wir wollen insbesondere die aufsuchende medizinische und gesundheitliche Hilfe für wohnungslose Menschen weiter ausbauen. Wir wollen die Angebote und Zugänge zu den Gesundheitseinrichtungen für Menschen mit Behinderungen wie auch für Menschen, die bislang aufgrund von sprachlichen oder kulturellen Barrieren die Gesundheitsangebote nicht in Anspruch nehmen konnten deutlich verbessern. Eine barrierefreie und inklusive Gesundheitsversorgung für alle Menschen ist unser Ziel.

[Noch zu formulieren]

PrEP Prophylaxe "erschwinglichen" Zugangs zum Medikament und die Rolle von PrEP im Rahmen der Prävention

**Zeile 662 im Anschluss hinzufügen:**

Zwei Drittel der Pflege findet zu Hause statt und wird überwiegend durch Frauen geleistet. Wir unterstützen eine geschlechtergerechte Verteilung der Fürsorge- und Pflegeaufgaben. Für einen Großteil der Menschen wird in Zukunft die häusliche Pflege durch Angehörige keine verlässliche Basis mehr darstellen können. Das Gemeinwesen wird viel stärker als bisher verlässliche Rahmenbedingungen und Versorgungssicherheit in der Pflege schaffen müssen.

Die Menschen wollen im vertrauten Wohnumfeld leben und nicht in eine Großeinrichtung verwiesen werden, wenn umfassende Pflege notwendig wird. Wir wollen dem Bau weiterer großer Heimeinrichtungen entgegenwirken und stattdessen den Ausbau von überschaubaren Wohn- und Pflegeformen im Quartier voranbringen, in denen Pflege und Betreuung auch unabhängig vom Einsatz Angehöriger in einer häuslichen Wohnumgebung gesichert wird.

Mit unserem Quartierskonzept ermöglichen wir [wie im Text weiter...]

**Zeile 669 einfügen nach „sicher stellen:**

Schließlich gehören dazu alternative Wohnformen- und Versorgungsformen wie Hausgemeinschaften, Pflegewohngruppen und Wohngemeinschaften sowie Mehrgenerationenwohnen oder „Wohnen mit Versorgungssicherheit“ in der eigenen Wohnung.

**Zeile 680 Text voranstellen:**

Inklusion ist ein Menschenrecht.

**Zeile 695 Text anfügen:**

Wunsch und Wahlrecht darf nicht eingeschränkt werden. Behinderungsbedingte Unterstützungsleistungen müssen ohne Einsatz von Einkommen und Vermögen gewährt werden. Dies erfordert das in der UN-Behindertenrechtskonvention verankerte Recht auf Nachteilsausgleich. Andernfalls müssen diejenigen, die von Barrieren betroffen sind, auch noch für deren Beseitigung bezahlen.

[noch zu klären]

**Antrag 1: Vermögens- und Erbschaftsteuer**

Zeilen 899 – 918:

Variante 1 und 2 werden nicht als alternative Varianten, sondern einzeln abgestimmt.

Begründung: Vermögens- und Erbschaftsteuer sind keine sich gegenseitig ausschließenden Steuerformen. Im Gegenteil ergänzen sich beide. Die Erbschaftsteuer fällt einmalig an beim Übergang von einer zur nächsten Generation an und sollte - wie im Text ausgeführt - in moderater Höhe erhoben werden. Die Vermögenssteuer hingegen wird jährlich erhoben und findet ihre Begründung in den erheblichen Vermögenszuwächsen, die bei den besonders Wohlhabenden sogar überproportional hoch ausfallen. Eine Vermögenssteuer nur dann zu erheben, wenn man auf die Erbschaftsteuer verzichtet, widerspräche auch den Ausführungen in den Zeilen 887 -890 („Wir sehen die Notwendigkeit, mit einer

verfassungsfesten, ergiebigen und umsetzbaren Vermögensbesteuerung einer sich verstärkenden Vermögensungleichheit entgegen zu wirken .....“).

# Intelligente regionale Gesundheitsnetzwerke – ein neues Organisationsmodell des Gesundheitswesens. Überlegungen anhand des Modells Gesundes Kinzigtal

Helmut Hildebrandt, Dr. rer. medic. h.c.  
OptiMedis AG / Gesundes Kinzigtal GmbH

BAG Arbeit, Soziales, Gesundheit 15.10.2016 - BERLIN



# Netzwerke – lohnt sich die Auseinandersetzung mit Netzwerken?

## PRO

Im Gesundheitswesen haben wir es mit einer Kultur der Freiberuflichkeit und mit vielen Einzelunternehmern zu tun. Dagegen ein klassisches Unternehmen aufzubauen würde a) Widerstand erzeugen und b) auf deren Engagement verzichten

## CONTRA

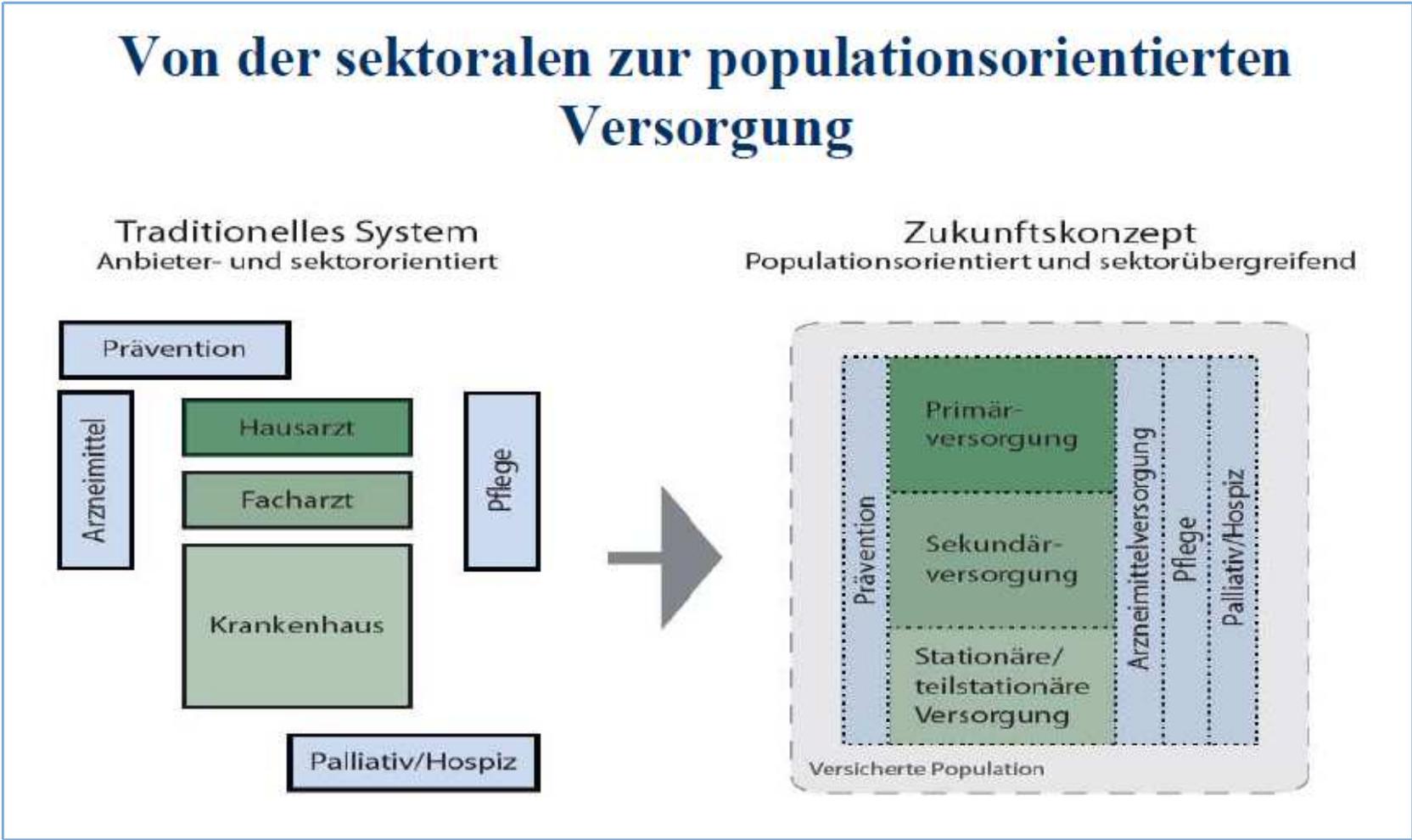
Netzwerke können rasche Entscheidungsprozesse behindern

... sie können sich gegen neue Marktanforderungen zurücklehnen

... sie können sich durch die Einzelegoismen der Entwicklung des gemeinsamen Erfolgs behindern

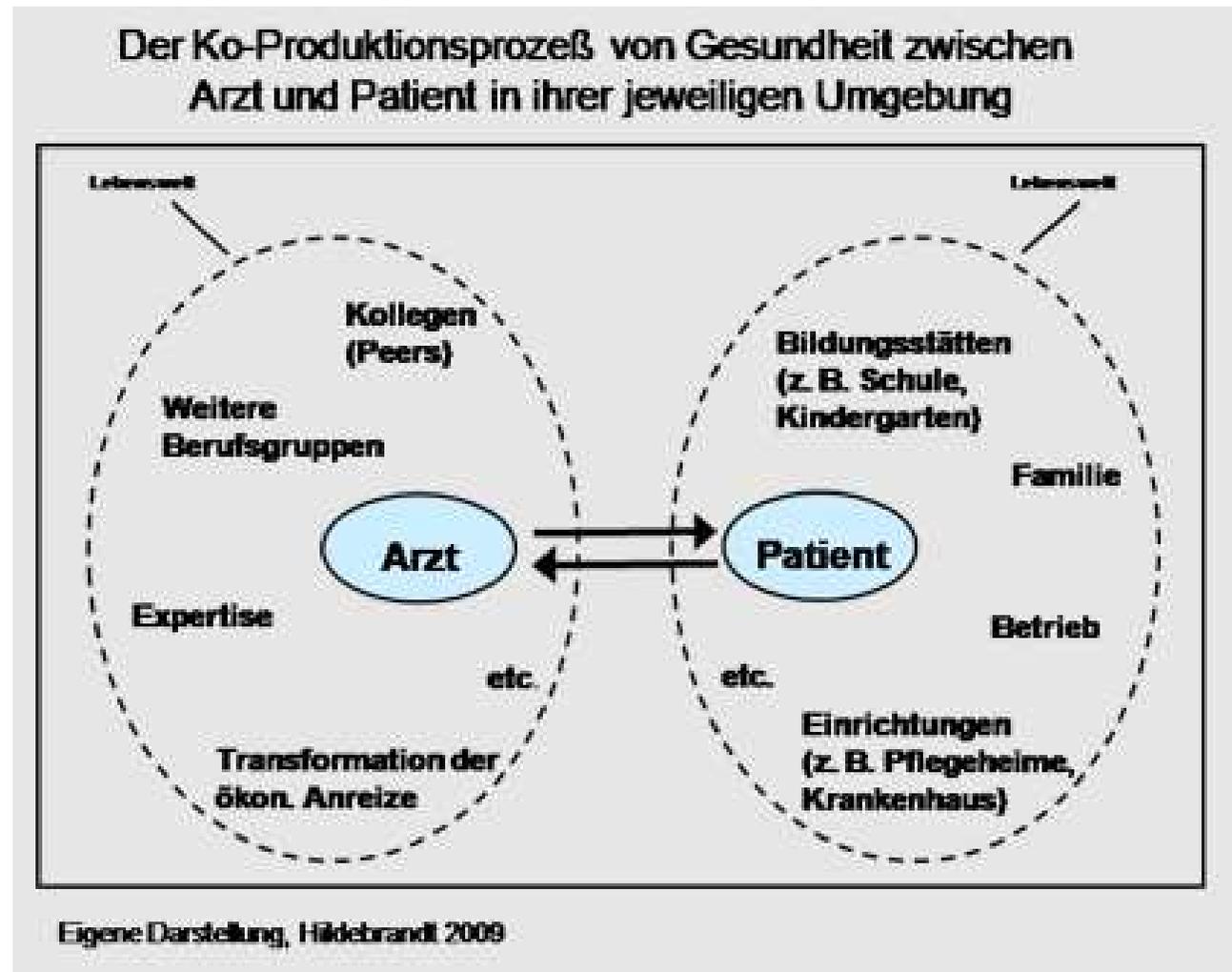
Frage: Wer hat welches Interesse? Wie generieren wir ein Interesse, das das Gemeinwohl fördert, und die Antriebskräfte der Marktwirtschaft und die Bereitschaft zum Investment herauskitzelt?

# Hintergrund 1: Integrierte Versorgungsmodelle werden schon lange gefordert



Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009

# Hintergrund 2: Gesundheit ist ein „Ko-Produktionsprozeß“ inmitten einer fördernden und/oder schädigenden Lebenswelt



# Gesellschafterstruktur Gesundes Kinzigtal GmbH



Zwei engagierte Partner:

Ärztliche Erfahrung zu den Versorgungsproblemen vor Ort, Kontakte zu anderen regionalen Leistungserbringern

Gesundheitsökonomisches Wissen, Prävention, Controlling- und Managementkompetenz, Investitionsfähigkeit

Gesellschaftsanteile:

66,6%  
MQNK e.V.  
(Ärztenez)

33,4%  
OptiMedis AG



Leistungspartnerverträge

Ärzte

Psychotherapeuten

Krankenhäuser

Physiotherapie

Pflege, Apotheken...

Aus dem primär von Ärzten getragenen Netz ist ein regionales Gesundheitsnetz geworden mit einer Verbindung von Gemeinwohl- und unternehmerischen Interesse



# Das Entwicklungslabor „Gesundes Kinzigtal“

- Ende 2005 / Anfang 2006 Gründung der Gesundes Kinzigtal GmbH (2/3 MQNK e.V. und 1/3 OptiMedis AG) und Langzeitvertrag mit AOK Baden-Württemberg und LKK (jetzt SVLFG)
- Vernetzung von über 270 Leistungs- und Kooperationspartnern und rund 500 Personen
- Ca. 55% der hausärztlichen und 90% der fachärztlichen Kollegen der Region sind Partner
- Keine Beschränkung der freien Arzt-, Krankenhaus-, und Pflegewahl
- klassische Vergütung (KV) und gezielte Kompensation für zusätzlichen Zeiteinsatz der Leistungsanbieter (Zielvereinbarungen, Coaching, Beratungen, Trainings)
- Bezug: Ca. 33.000 Versicherte der AOK und LKK im Kinzigtal, davon aktuell eingeschrieben als „Mitglieder“ ca. 10.000



# Performance auf der Basis des Triple Aim: Gesellschaftlicher Nutzen, Patientennutzen, Effizienznutzen



Angelehnt an den Triple Aim-Ansatz: Donald M. Berwick (et al.) (2008). Health Affairs, vol. 27 no. 3, 759-769

# Die ökonomische Basis: das Deckungsbeitragsmodell



Anm. Ausgangsbasis für diese vereinfachte Darstellung ist ein Deckungsbeitrag vor dem Beginn der Intervention von 0. Regionale DB-Unterschiede vor Intervention werden durch eine Bereinigung der RSA-Zuweisungen um einen prozentuellen Unterschiedsfaktor berücksichtigt.

# Ein umfangreiches Angebot aus knapp 20 Versorgungs- und Präventionsprogrammen, Kursen, Ernährung, Entspannung, Sport, Vereinsaktivitäten

Name	Inhalt	Zielgruppe	Ziele
<b>AGIL – Aktive Gesundheitsförderung im Alter</b>	Gruppenschulung und individuelle Informationsangebote, z.B. Ernährungsberatung, durch geriatrisches Fachpersonal, Sozialpädagogen, Ernährungs- und Bewegungstherapeuten	Ältere Patienten	Prävention altersbedingter Gesundheitsrisiken
<b>ArztePlusPflege</b>	Kooperation zwischen Pflegefachkräften und Hausarzt, regelmäßige Visiten nach Leitlinien, gerontopsychiatrische Versorgung durch Facharzt, erweiterte Rufbereitschaft	Bewohner Pflegeheime	Reduktion gesundheitlicher Krisen und Klinikeinweisungen
<b>Befreiende Töne – Im Einklang durch Musik</b>	Musiktherapeutische Unterstützung der Selbstmanagementfähigkeit bei chronischen Schmerzen (Teststudie)	Patienten mit chronischen Schmerzen	Besserer Umgang mit chronischen Schmerzen
<b>Besser gestimmt – die Depression im Griff</b>	Regelmäßige Kontaktaufnahme durch Praxismitarbeiter, festgelegte Assessments, Zeit für Betreuung	Patienten mit Depression	Schnelleres Erkennen und Behandeln depressiver Episoden
<b>Beweglich bleiben – Rheuma frühzeitig erkennen</b>	Früharthritis-Sprechstunde in enger Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Orthopäden und Rheumatologen	Patienten mit Verdacht auf rheumatoide Arthritis	Frühzeitiger Therapiebeginn mit Chance auf Remission
<b>communiCare®</b>	Technikassistierte Lösungen (Ambient Assisted Living) für sicheres, selbstständiges Wohnen	Körperlich eingeschränkte oder leicht pflegebedürftige Patienten (60+)	Erhalt der Selbstständigkeit und längerer Verbleib in eigener Häuslichkeit
<b>Depression Aware</b>	Einsatz einer Regressionsanalyse zur frühzeitigen Erkennung einer möglichen Depression mithilfe geeigneter Regelwerke in PVS	Patienten mit Depressionsrisiko	Frühzeitige Erkennung von Depressionspatienten und rechtzeitiger Therapiebeginn
<b>eServices</b>	Patienten-Onlineportal für Terminbuchung, Ausstellen von Wiederholungsrezepten, Befundübermittlung oder Beantwortung medizinischer Rückfragen	Patienten mit Internetanschluss	Höherer Komfort für Patienten und Entlastung Praxen
<b>Gesundes Gewicht</b>	Quartalsweise ärztliche Untersuchungen, Bewegungsförderung, Ernährungsberatung, Verhaltenstherapie	Patienten mit metabolischem Syndrom	Frühzeitige Risikoerkennung, Steigerung von Wohlbefinden und Lebensqualität, Verhindern von Diabetes mellitus
<b>Gesundheitscoaching</b>	Einzelfallmanagement und -beratung von Patienten mit komplexen Versorgungsbedarfen, z.B. bei Schlaganfall	Multimorbide Patienten (Hochkosten-Patienten)	Optimierung des Selbstmanagements und Angstreduktion

Name	Inhalt	Zielgruppe	Ziele
<b>Gut verbunden</b>	Fachübergreifendes Vorgehen durch behandelnden Arzt, Pflege team und externen Wundexperten	Patienten mit chronischen Wunden	Unterstützung bei Durchblutungsstörungen in den Beinen und Dekubitus
<b>Harninkontinenz</b>	Aufklärung der Betroffenen über Tabuthema Inkontinenz und Offerieren niedrigschwelliger Angebote wie Bewegungstraining	Patienten mit Harninkontinenz im Frühstadium	Frühzeitig Zustandsverschlechterung entgegenwirken
<b>Im Gleichgewicht – meinen Blutdruck im Griff</b>	Strukturierte Betreuung von Bluthochdruckpatienten unter Einbeziehung eines zentralen Schulungsangebots zur Steigerung der Selbstmanagementfähigkeiten	Patienten mit Bluthochdruck	Verhinderung schwerwiegender Folgeerkrankungen wie Nierenversagen oder Herzinsuffizienz
<b>Kinderaugen sehen gut</b>	Augenärztliche Früherkennungsuntersuchung auf Sehschwächen, nach Absprache mit Kinderarzt	Kinder	Früherkennung und Prävention von Sehschwächen
<b>Mehr als Gesund</b>	„Verordnung“ ehrenamtlicher Tätigkeit bei chronischen oder lebensverändernden Krankheiten in Kooperation mit lokalen Freiwilligenagenturen	Patienten mit chronischen oder lebensverändernden Krankheiten	Verbesserung Gesundheitsprozess oder Fähigkeit, mit der Krankheit zu leben
<b>Psychotherapie Akut</b>	Kurzfristige Vorstellung bei ärztlichen/psychologischen Psychotherapeuten (max. 7 Therapiestunden/Patient)	Patienten in akuten psychischen Krisen	Vermeidung Chronifizierung und Reduktion Klinikeinweisungen
<b>Rauchfrei</b>	8 ärztliche Beratungstermine in einem Jahr sowie Auswahl einer geeigneten Entwöhnungsmethode, z. B. Akupunktur oder Medikation. Zusätzlich: Kurzzeitintervention vor elektiven Eingriffen.	Aufhörwillige Raucher	Dauerhafte Raucherentwöhnung
<b>Sozialberatung</b>	Beratung, Informationen, Gesprächsvermittlung mit Arbeitgebern oder Behörden, Zusammenarbeit mit den Krankenkassen	Mitglieder in sozialen Konfliktsituationen	Unterstützung nach Erkrankung oder bei Suchterkrankung etc.
<b>Starke Muskeln – Feste Knochen</b>	Bewegungsförderung, Ernährung, leitliniengemäße Medikation, Angehörigen-Schulungen, Knochendichte-Messung (DXA)	Patienten mit Osteoporose	Prävention von Frakturen infolge von Osteoporose
<b>Starker Rückhalt – Mein gesunder Rücken</b>	Halbjähriges Gruppenangebot nach bio-psychosozialen Ansatz mit Edukation, Training und praktischen Übungen	Patienten mit wiederkehrenden Rückenschmerzen	Vermeidung Progression und Chronifizierung des Rückenschmerzes
<b>Starkes Herz</b>	Hausärztlich geführtes Programm mit geschulten Case Managern (Medizinische Fachangestellte, geschult durch Universität Heidelberg).	Patienten mit Herz-Insuffizienz	Reduktion von Mortalität und Klinikeinweisungen, Erhöhung von Lebensqualität

# Interventionen bei Gesundes Kinzigtal im Umfeld der Diabetes-Erkrankung

5%

- Gesundheitscoaching (durch Case Management-Abt.)
- Polymedikation – Arzneimittelkonsil
- GK-Programm: Ärzte plus Pflege (Interaktion Arzt und Pflegeheim)

20%

- Aktive Unterstützung der DMP Diabetes Typ 1 und Typ 2
- GK-Programm: Psychotherapie Akut
- Selbsthilfe + Selbstmanagementtraining für Chroniker (in Vorbereitung)

40%

- GK-Programm: Gesundes Gewicht
- GK-Programm: Mein Blutdruck im Griff
- Zielvereinbarungen mit Arzt
- div. Kooperationsangebote mit Sportvereinen

35%

- Unspez. Aufklärung / Trainingsangebote (Health Literacy)
- Gesundheitsfeste und Veranstaltungen
- Unterstützung der Krankenkassen-Präventionsangebote

Und die Ergebnisse geben uns recht:

## Ergebnisse im Kinzigtal – auf die gesamte Population der Versicherten von AOK und LKK vs. Kontrollpopulation



- **Abbau von Überversorgung:** Bei **vier von fünf** Indikatoren weist die IVGK einen deutlicheren Rückgang auf.
- **Abbau von Unterversorgung:** Bei **9 von 10** Indikatoren wird Unterversorgung reduziert;
  - bei **6** Indikatoren stärker als unter usual care.
- **Ergebnisindikatoren:** bei **zwei von drei** Indikatoren bessere Entwicklung als bei usual care

# Durchschnittlich 1,2 Jahre längeres Überleben in der IV ggü Kontrollgruppe im Vergleich zur positivsten Schätzung der individuellen Lebenserwartung

Betrachtung relativ zum Zeitpunkt der Einschreibung  (Kontrollgruppenteilnehmer erhalten Einschreibedatum des Matched Pairs)		Risikoadjustierte Kontrollgruppe (A) (n = 6.482)			IVGK-Eingeschriebene (B) (n = 6.482)			Δ B-A			Signif. (0,0)
		Anzahl	Mittelwert	Summe	Anzahl	Mittelwert	Summe	Anzahl	Mittelwert	Summe	
Versicherte & Ø-Alter											
Zeitpunkt der Einschreibung	männlich	3.041	42,7		3.041	42,8		0	0,1		
	weiblich	3.441	47,7		3.441	47,7		0	0,0		
Verstorbene & Potential Years of Life Lost & Gain (YPLLG) nach V2 (Stat. BA)											
+182 Tage		31	-9,5	-294,6	15	-11,0	-165,4	-16	-1,5*	+129,2	
+1 Jahr (ohne +182 Tage)		34	-10,3	-351,7	20	-10,1	-202,8	-14	+0,2*	+148,8	
+2 Jahre		73	-11,7	-853,1	61	-8,6	-521,9	-12	+3,1*	+331,3	
+3 Jahre		89	-10,5	-921,0	73	-7,8	-568,9	-16	+2,7*	+352,1	
+4 Jahre		71	-8,9	-631,2	79	-8,4	-661,3	+8	+0,5*	-30,1	
+5 Jahre		80	-6,8	-541,1	87	-8,3	-726,0	+7	-1,6*	-184,9	
Gesamt (+5 Jahre ohne +182 Tage)		347	-9,6	-3.298,1	320	-8,4	-2.680,9	-27	<b>+1,2*</b>	<b>+617,2</b>	

617 weniger verlorene Lebensjahre

# Frauen profitieren von der IV wesentlich stärker und werden im Schnitt 1,8 Jahre älter als weibliche Nichtmitglieder

Betrachtung relativ zum Zeitpunkt der Einschreibung  (Kontrollgruppenteilnehmer erhalten Einschreibedatum des Matched Pairs)		Risikoadjustierte Kontrollgruppe (A) (n = 6.482)			IVGK-Eingeschriebene (B) (n = 6.482)			Δ B-A			Signifikanz (0,05)	
		Anzahl	Mittelwert	Summe	Anzahl	Mittelwert	Summe	Anzahl	Mittelwert	Summe	Chi-Quadrat	t-Test
Versicherte & Ø-Alter												
Zeitpunkt der Einschreibung	männlich	3.041	42,7		3.041	42,8		0	0,1			
	weiblich	3.441	47,7		3.441	47,7		0	0,0			
Verstorbene & Potential Years of Life Lost (YPLL) nach V2 (Stat. BA)												
+182 Tage		31	-9,5	-294,6	15	-11,0	-165,4	-16	-1,5*	+129,2		
+1 Jahr (ohne +182 Tage)		34	-10,3	-351,7	20	-10,1	-202,8	-14	+0,2*	+148,8		
+2 Jahre		73	-11,7	-853,1	61	-8,6	-521,9	-12	+3,1*	+331,3		0,032
+3 Jahre		89	-10,5	-921,0	73	-7,8	-568,9	-16	+2,7*	+352,1		0,020
+4 Jahre		71	-8,9	-631,2	79	-8,4	-661,3	+8	+0,5*	-30,1		
+5 Jahre		80	-6,8	-541,1	87	-8,3	-726,0	+7	-1,6*	-184,9		
Gesamt (+5 Jahre ohne +182 Tage)		347	-9,6	-3.298,1	320	-8,4	-2.680,9	-27	<b>+1,2*</b>	<b>+617,2</b>		0,045
Versicherte & Ø-Alter												
Zeitpunkt des Todes	männlich	156	76,9		157	77,4		-1	+0,6*			
	weiblich	191	81,9		163	83,7		28	<b>+1,8*</b>			0,023

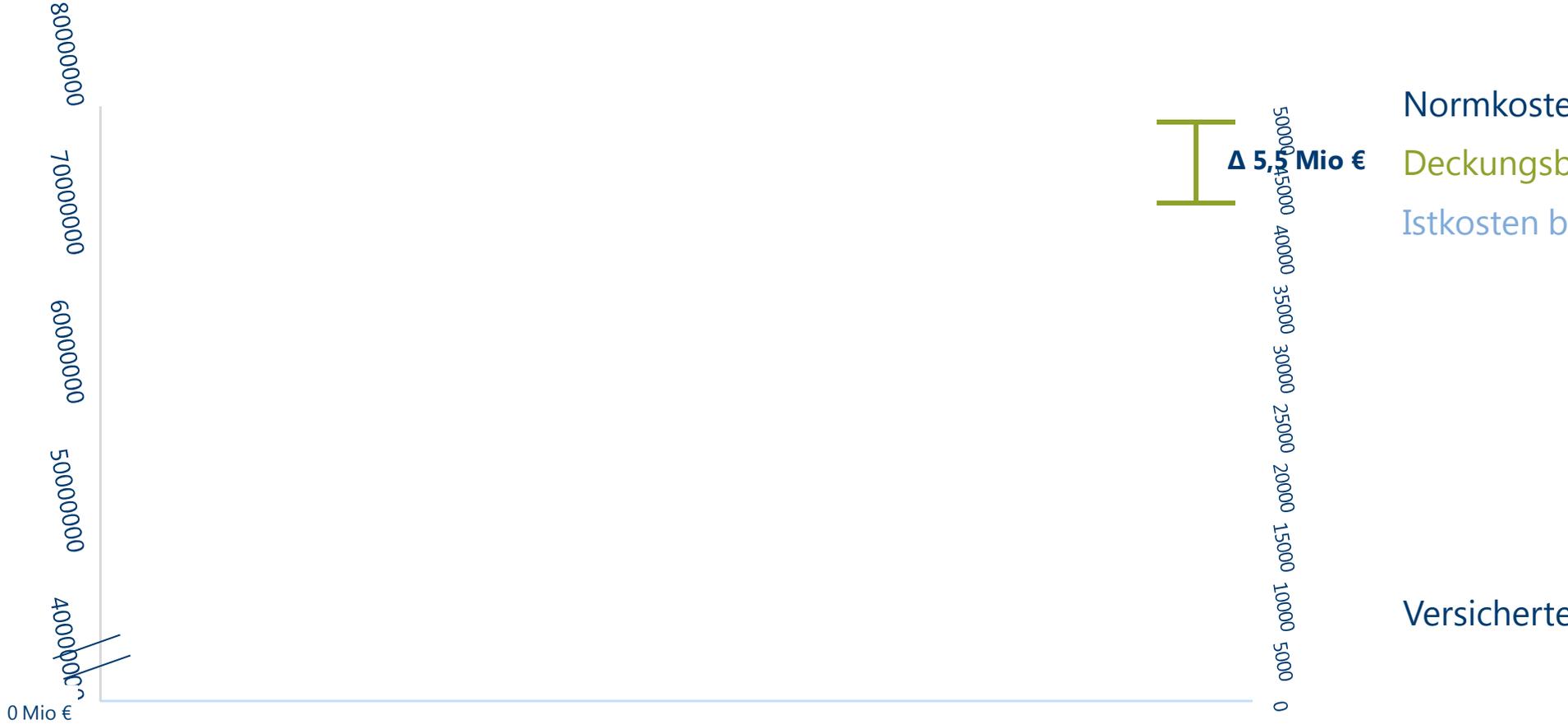
Im Verhältnis profitieren die Männer nur im Verhältnis 1 zu 3 (0,6 Jahre zu 1,8 Jahre)

# Ergebnisse einer Patientenbefragung (2015 vs. 2013)

## - Universität Freiburg, Prof. Dr. W. Niebling und Dr. A. Si

Anteil der Befragten (%) ...	Anzahl Fälle	Anteil (%) 2013 und 2015 (mit 95% KI)	Mittlere Differenz 2015 - 2013 (mit 95% KI)
... die sich „etwas“ oder „deutlich“ besser gesundheitlich betreut fühlen	2013: N=616	39,0 (35.4 – 42.7)	2,5 (-2,5 – 7,5)
	2015: N=813	41,5 (38.1 – 45.0)	
... die „ein bisschen mehr“ oder „viel mehr“ über ihre Gesunderhaltung wissen	2013: N=626	56,9 (53.3 – 60.9)	1,2 (-3,8 – 6,2)
	2015: N=810	58,1 (54.7 – 61.6)	
... die „insgesamt gesünder“ leben als vor der Einschreibung	2013: N=635	25,6 (22.3 – 28.9)	5,2 (0,5 – 9,8)
	2015: N=793	30,7 (27.6 – 34.0)	
... die auch Freunden oder Verwandten eine Mitgliedschaft empfehlen würden	2013: N=660	92,0 (89.9 – 94.0)	-0,2 (-2,9 – 2,6)
	2015: N=822	91,8 (89.9 – 93.6)	
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D)	2013: N=603	,858 (,842 – ,871)	,001 (-0,018 – 0,021)
	2015: N=800	,859 (,845 – ,872)	
Subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-VAS)	2013: N=659	68,7 (67,4 – 70,3)	1,9 (-0,0 – 3,9)
	2015: N=824	70,6 (69,2 – 71,9)	

# 5,5 Millionen zusätzlicher Brutto-Deckungsbeitrag für AOK und LKK für alle Versicherten in der Region



# Erfolgsfaktoren unserer Regionalen Integrierten Versorgung

- Regionale Managementgesellschaft mit Beteiligung eines Ärztenetzes
- Sektorenübergreifende Versorgung – durch IT-Vernetzung inkl. elektronischer Patientenakte, Fallkonferenzen, Behandlungspfade
- Gezieltes, datengestütztes Gesundheits- und Versorgungsmanagement – Versorgungsprogramm z.B. für Patienten mit Osteoporose, Bluthochdruck oder Herzinsuffizienz
- Aktivierung von Versicherten – Shared Decision Making, therapeutische Zielvereinbarungen, Patientenbeirat
- Versorgungssteuerung – durch effiziente, standardisierte Analyse von GKV-Routinedaten, Daten aus Arztinformationssystemen und weiteren
- Wissenschaftliche Evaluation – Erfolgskontrolle durch erfahrene Forschungsinstitute

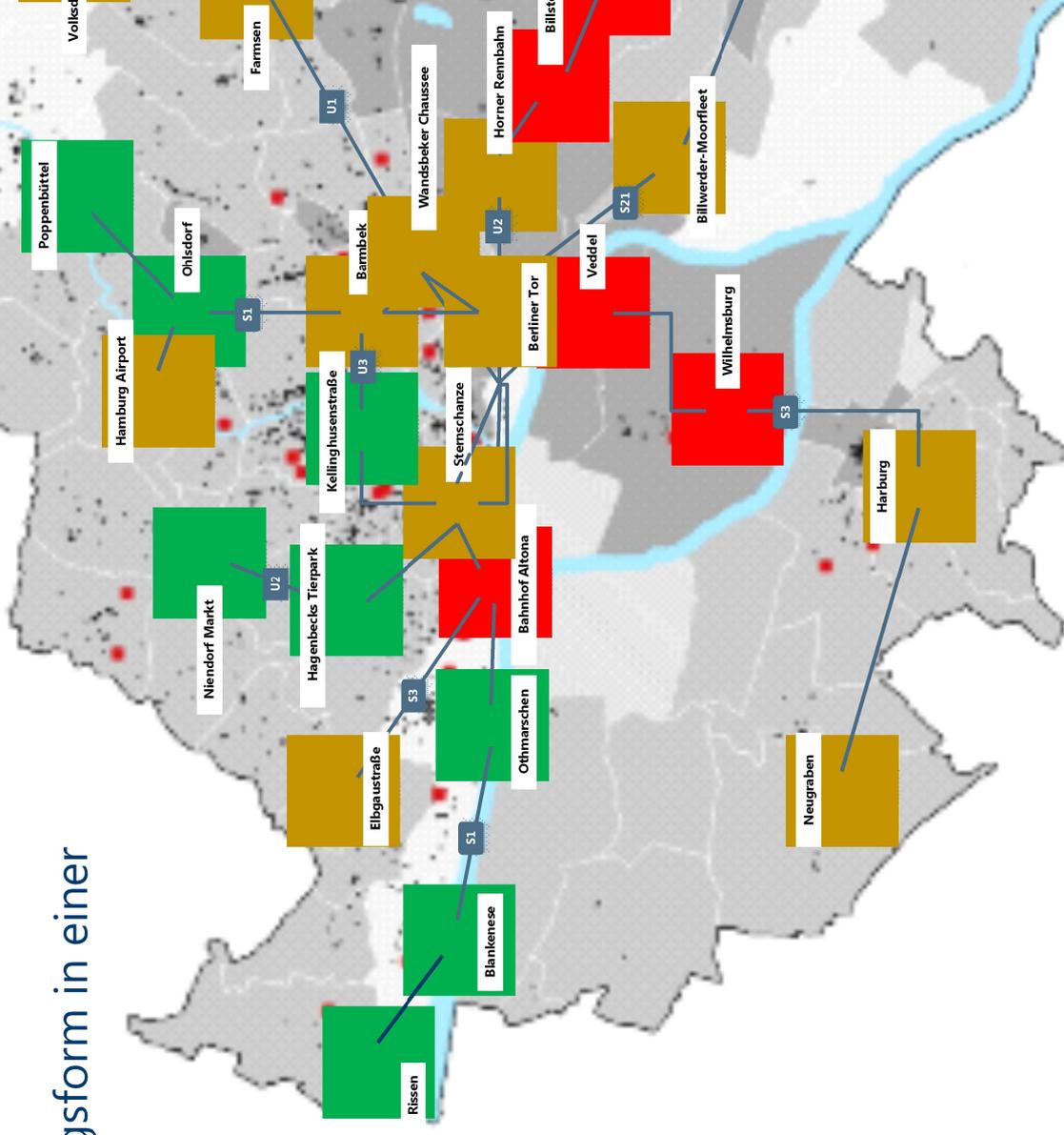
# Erfolgsfaktoren unserer Regionalen Integrierten Versorgung

- Innovatives Finanzierungsmodell – der erzielte Gesundheitsnutzen führt zu steigenden Deckungsbeiträgen für die Krankenkasse. Diese Steigerung ergibt dann anteilig wiederum den Ertrag für die Management-gesellschaft; finanziell motivierte Leistungsausweitungen werden überflüssig
- Beteiligung der regionalen Akteure an dem Gesundheitsnetz – Vereine, Schulen, Betriebe und Kommunen werden einbezogen
- Betriebliches Gesundheitsmanagement – Prävention und Gesundheitsförderung in den Unternehmen fördern
- Sicherung der wohnortnahen Versorgung – Förderprogramm „Praktische Zukunft“ für Allgemeinmediziner
- In Arbeit: Öffnung der praxisübergreifenden Patientenakte a) für die Patienten und b) für die anderen Berufsgruppen

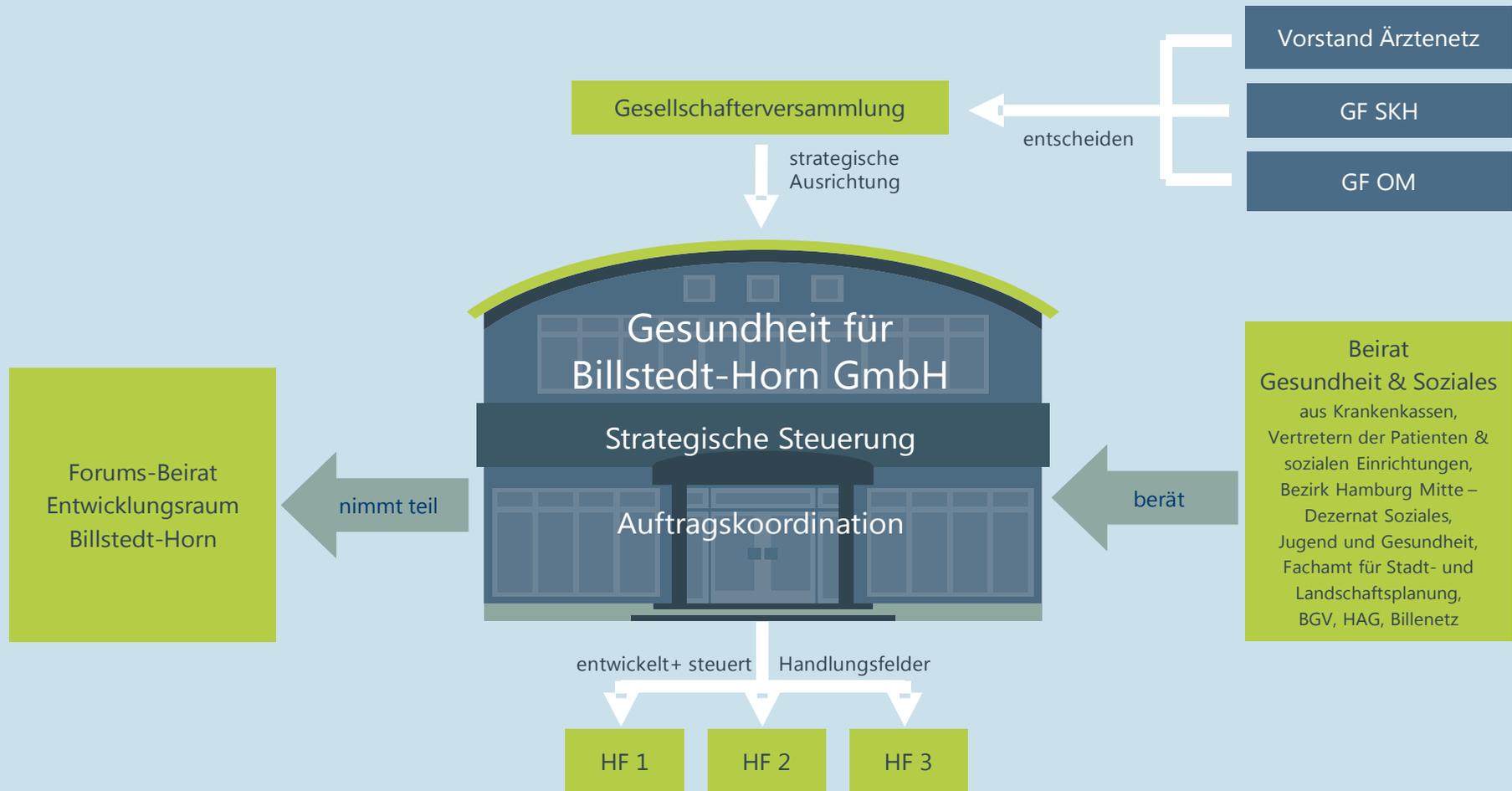
# INVEST Billstedt/Horn - Innovationsfondsantrag

Etablierung einer innovativen Versorgungsform in einer sozial benachteiligten Region – am Beispiel Billstedt/Horn zusammen mit AOK, DAK, Barmer-GEK, TK

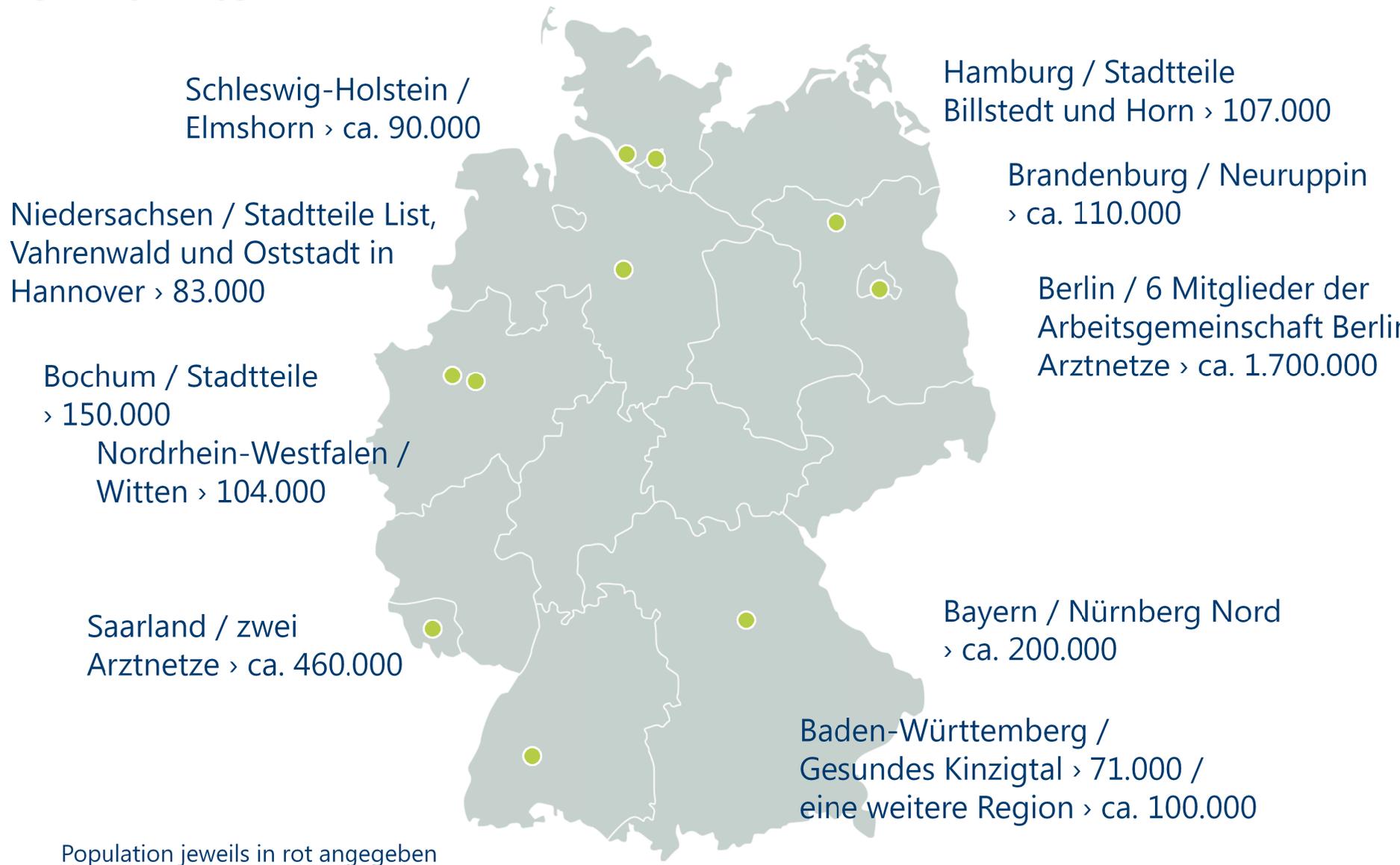
13 Jahre durchschnittlich geringere Lebenserwartung als bei AOK-Versicherten in anderen Hamburger Stadtteilen



# Organisationsstruktur der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH



# Weitere Regionen in Deutschland, in denen wir unser Modell kurzfristig umsetzen könnten



# Herausforderungen für Regionale Systeme mit Verantwortung für die Gesundheitsgesamtausgaben

1. Regionale Gesundheitsbudgets sind als Alternative zu den heutigen landesweiten sektoralen Budgets zu diskutieren.

- „You never get all“, d.h. weder alle Leistungserbringer noch alle Versicherten werden mitmachen. Aber: Risikoentmischungen müssen vermieden werden
- Effekte müssen erheblich sein, um bedeutsame Verbesserungen und damit Einsparungen zu realisieren
- Die erheblichen Investitionen führen erst über längere Zeit zu dem Ergebnis + das auch noch mit Unsicherheit // Forschungen zu organisatorischem Wandel lassen vermuten, dass Veränderungsprozesse eher 5-7 als drei Jahre dauern
- Unabhängigkeit ist konstitutives Element des Berufsselbstverständnisses vieler Gesundheitsberufe

=> die (Budget)-Verantwortung  
übernahme muss sich auf alle  
wohnenden Versicherten beziehen

=> „Starker“ Start mit erheblichem  
Investment

=> Langfristiger Vertrag

=> Freiheits-/Angebots- statt  
Zwangsmodell

# Lesetipp: Jahresbericht Gesundes Kinzigtal 2015

Lesen Sie ...

- wie sich die Zahl der Mitglieder und Leistungspartner entwickelt hat
- aktuelle Ergebnisse von Gesundheitsprogrammen
- warum die Versicherten Gesundes Kinzigtal weiterempfehlen
- und vieles mehr

Den Jahresbericht zum Download und viele weitere Publikationen finden Sie unter [www.optimedis.de/publikationen](http://www.optimedis.de/publikationen)



# So bleiben wir in Kontakt



Dr. rer. medic. h.c. Helmut Hildebrandt  
Vorstand

[h.hildebrandt@optimedis.de](mailto:h.hildebrandt@optimedis.de)



OptiMedis AG  
Burchardstraße 17  
20095 Hamburg  
Tel. +49 40 22621149-0  
Mobil +49 172 4215165

[www.optimedis.de](http://www.optimedis.de)



Aktuell informiert mit unserem OptiMedium: [www.optimedis.de/newsletter](http://www.optimedis.de/newsletter)

# Intelligente regionale Gesundheitsnetzwerke – ein neues Organisationsmodell des Gesundheitswesens. Überlegungen anhand des Modells Gesundes Kinzigtal

Helmut Hildebrandt, Dr. rer. medic. h.c.  
OptiMedis AG / Gesundes Kinzigtal GmbH

BAG Arbeit, Soziales, Gesundheit 15.10.2016 - BERLIN



# Netzwerke – lohnt sich die Auseinandersetzung mit Netzwerken?

## PRO

Im Gesundheitswesen haben wir es mit einer Kultur der Freiberuflichkeit und mit vielen Einzelunternehmern zu tun. Dagegen ein klassisches Unternehmen aufzubauen würde a) Widerstand erzeugen und b) auf deren Engagement verzichten

## CONTRA

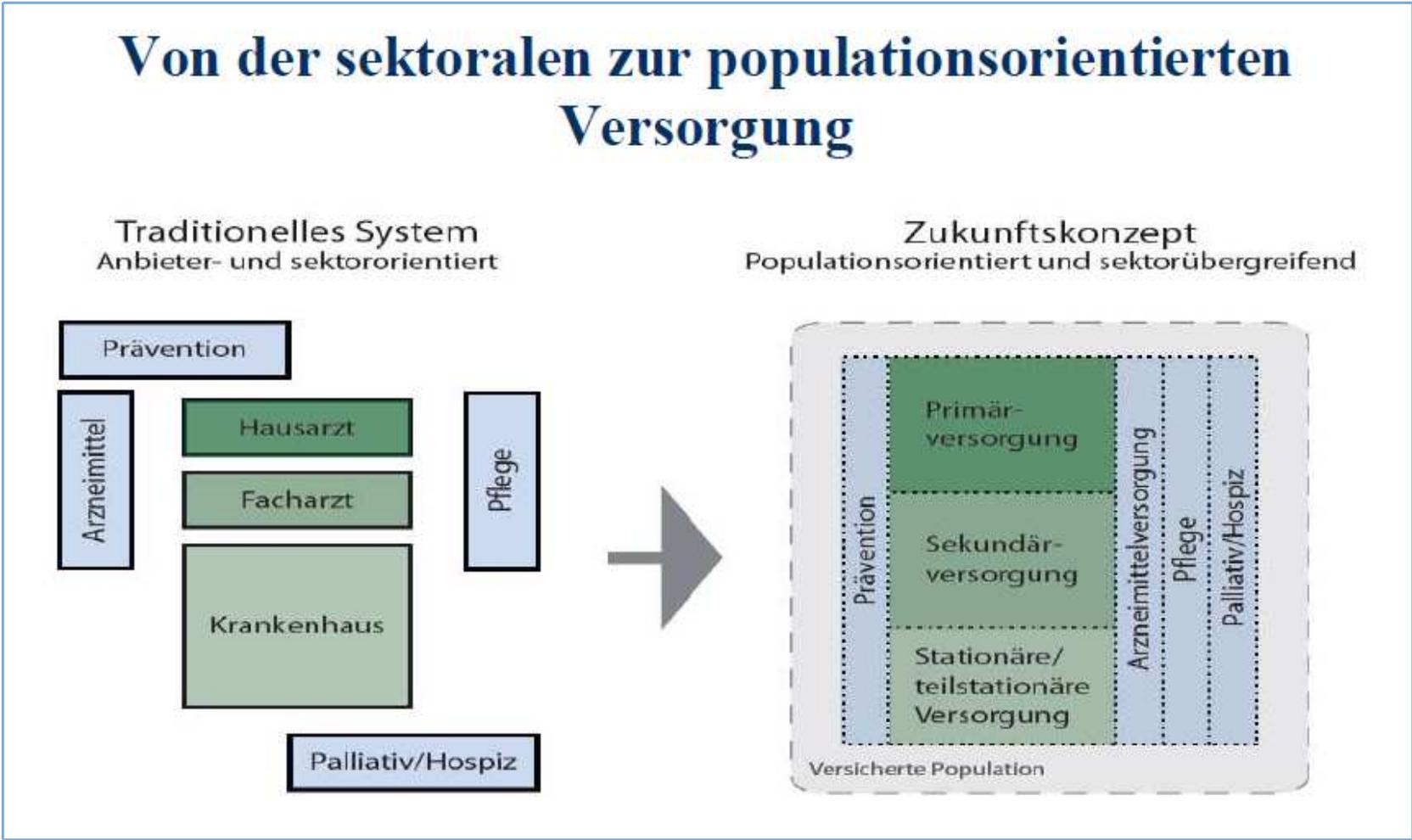
Netzwerke können rasche Entscheidungsprozesse behindern

... sie können sich gegen neue Marktanforderungen zurücklehnen

... sie können sich durch die Einzelegoismen der Entwicklung des gemeinsamen Erfolgs behindern

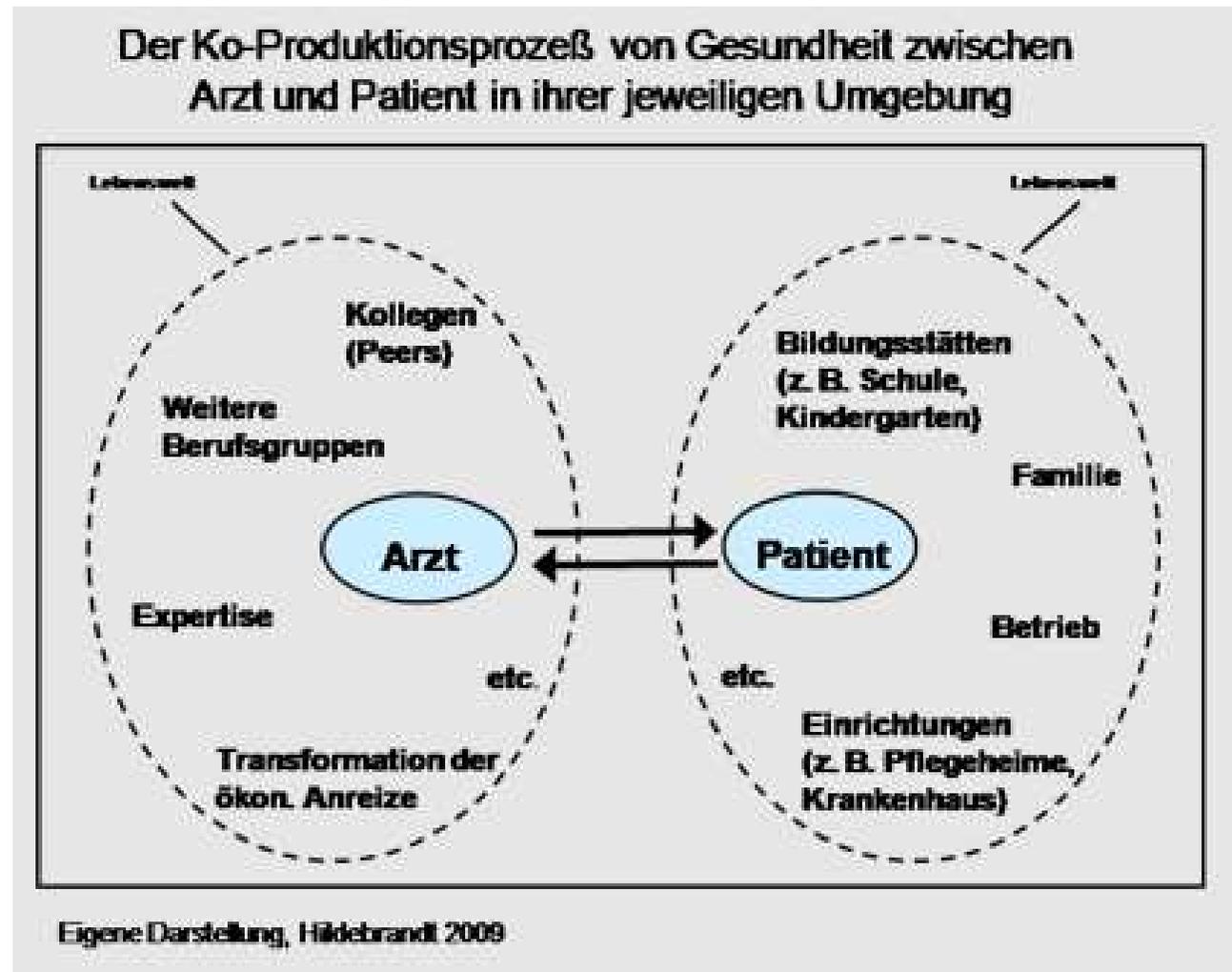
Frage: Wer hat welches Interesse? Wie generieren wir ein Interesse, das das Gemeinwohl fördert, und die Antriebskräfte der Marktwirtschaft und die Bereitschaft zum Investment herauskitzelt?

# Hintergrund 1: Integrierte Versorgungsmodelle werden schon lange gefordert



Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009

# Hintergrund 2: Gesundheit ist ein „Ko-Produktionsprozeß“ inmitten einer fördernden und/oder schädigenden Lebenswelt



# Gesellschafterstruktur Gesundes Kinzigtal GmbH



Zwei engagierte Partner:

Ärztliche Erfahrung zu den Versorgungsproblemen vor Ort, Kontakte zu anderen regionalen Leistungserbringern

Gesundheitsökonomisches Wissen, Prävention, Controlling- und Managementkompetenz, Investitionsfähigkeit

Gesellschaftsanteile:

66,6%  
MQNK e.V.  
(Ärztenez)

33,4%  
OptiMedis AG



Leistungspartnerverträge

Ärzte

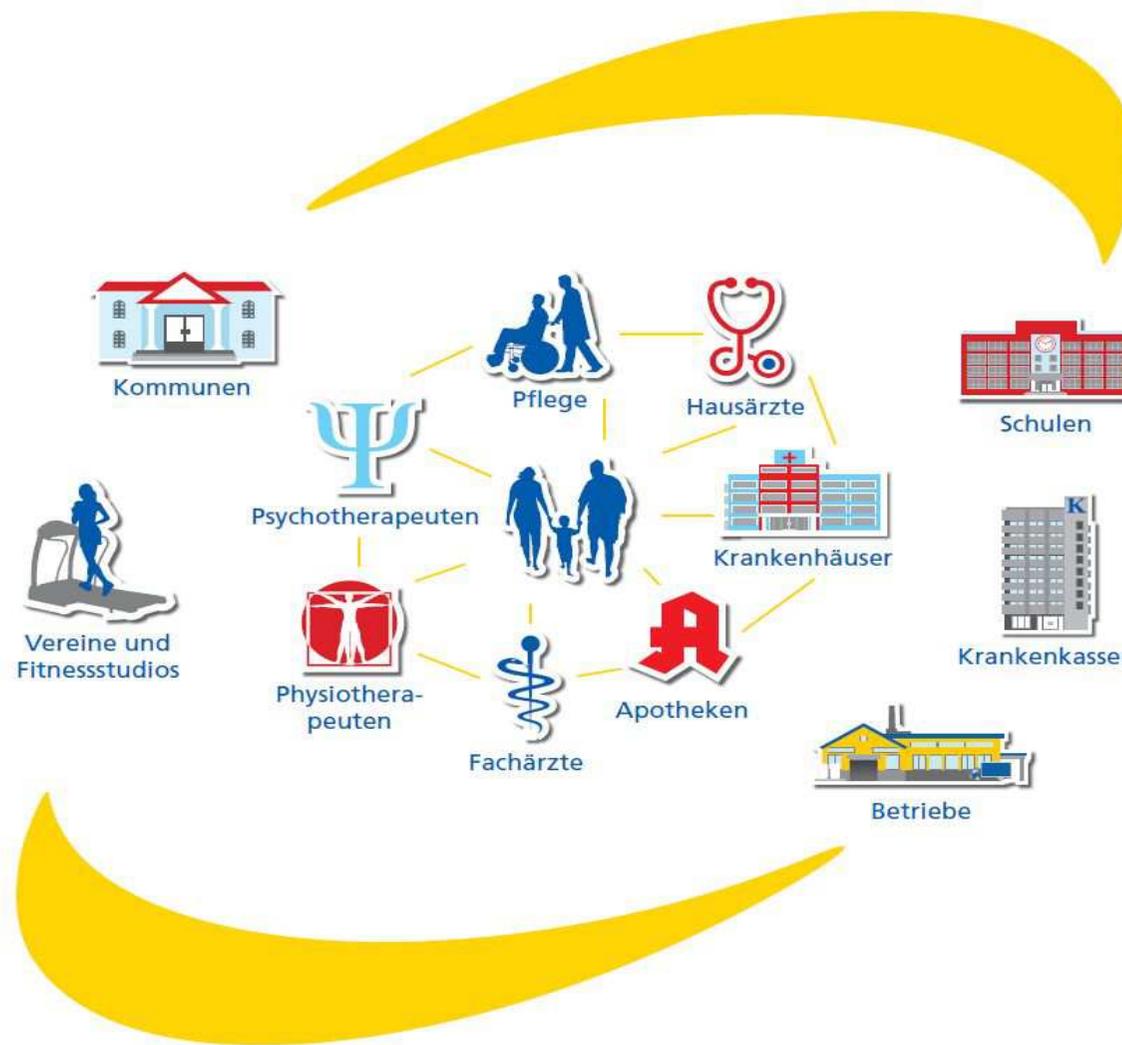
Psychotherapeuten

Krankenhäuser

Physiotherapie

Pflege, Apotheken...

Aus dem primär von Ärzten getragenen Netz ist ein regionales Gesundheitsnetz geworden mit einer Verbindung von Gemeinwohl- und unternehmerischen Interesse



# Das Entwicklungslabor „Gesundes Kinzigtal“

- Ende 2005 / Anfang 2006 Gründung der Gesundes Kinzigtal GmbH (2/3 MQNK e.V. und 1/3 OptiMedis AG) und Langzeitvertrag mit AOK Baden-Württemberg und LKK (jetzt SVLFG)
- Vernetzung von über 270 Leistungs- und Kooperationspartnern und rund 500 Personen
- Ca. 55% der hausärztlichen und 90% der fachärztlichen Kollegen der Region sind Partner
- Keine Beschränkung der freien Arzt-, Krankenhaus-, und Pflegewahl
- klassische Vergütung (KV) und gezielte Kompensation für zusätzlichen Zeiteinsatz der Leistungsanbieter (Zielvereinbarungen, Coaching, Beratungen, Trainings)
- Bezug: Ca. 33.000 Versicherte der AOK und LKK im Kinzigtal, davon aktuell eingeschrieben als „Mitglieder“ ca. 10.000



# Performance auf der Basis des Triple Aim: Gesellschaftlicher Nutzen, Patientennutzen, Effizienznutzen



Angelehnt an den Triple Aim-Ansatz: Donald M. Berwick (et al.) (2008). Health Affairs, vol. 27 no. 3, 759-769

# Die ökonomische Basis: das Deckungsbeitragsmodell



Anm. Ausgangsbasis für diese vereinfachte Darstellung ist ein Deckungsbeitrag vor dem Beginn der Intervention von 0. Regionale DB-Unterschiede vor Intervention werden durch eine Bereinigung der RSA-Zuweisungen um einen prozentuellen Unterschiedsfaktor berücksichtigt.

# Ein umfangreiches Angebot aus knapp 20 Versorgungs- und Präventionsprogrammen, Kursen, Ernährung, Entspannung, Sport, Vereinsaktivitäten

Name	Inhalt	Zielgruppe	Ziele
<b>AGIL – Aktive Gesundheitsförderung im Alter</b>	Gruppenschulung und individuelle Informationsangebote, z.B. Ernährungsberatung, durch geriatrisches Fachpersonal, Sozialpädagogen, Ernährungs- und Bewegungstherapeuten	Ältere Patienten	Prävention altersbedingter Gesundheitsrisiken
<b>ArztePlusPflege</b>	Kooperation zwischen Pflegefachkräften und Hausarzt, regelmäßige Visiten nach Leitlinien, gerontopsychiatrische Versorgung durch Facharzt, erweiterte Rufbereitschaft	Bewohner Pflegeheime	Reduktion gesundheitlicher Krisen und Klinikeinweisungen
<b>Befreiende Töne – Im Einklang durch Musik</b>	Musiktherapeutische Unterstützung der Selbstmanagementfähigkeit bei chronischen Schmerzen (Teststudie)	Patienten mit chronischen Schmerzen	Besserer Umgang mit chronischen Schmerzen
<b>Besser gestimmt – die Depression im Griff</b>	Regelmäßige Kontaktaufnahme durch Praxismitarbeiter, festgelegte Assessments, Zeit für Betreuung	Patienten mit Depression	Schnelleres Erkennen und Behandeln depressiver Episoden
<b>Beweglich bleiben – Rheuma frühzeitig erkennen</b>	Früharthritis-Sprechstunde in enger Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Orthopäden und Rheumatologen	Patienten mit Verdacht auf rheumatoide Arthritis	Frühzeitiger Therapiebeginn mit Chance auf Remission
<b>communiCare®</b>	Technikassistierte Lösungen (Ambient Assisted Living) für sicheres, selbstständiges Wohnen	Körperlich eingeschränkte oder leicht pflegebedürftige Patienten (60+)	Erhalt der Selbstständigkeit und längerer Verbleib in eigener Häuslichkeit
<b>Depression Aware</b>	Einsatz einer Regressionsanalyse zur frühzeitigen Erkennung einer möglichen Depression mithilfe geeigneter Regelwerke in PVS	Patienten mit Depressionsrisiko	Frühzeitige Erkennung von Depressionspatienten und rechtzeitiger Therapiebeginn
<b>eServices</b>	Patienten-Onlineportal für Terminbuchung, Ausstellen von Wiederholungsrezepten, Befundübermittlung oder Beantwortung medizinischer Rückfragen	Patienten mit Internetanschluss	Höherer Komfort für Patienten und Entlastung Praxen
<b>Gesundes Gewicht</b>	Quartalsweise ärztliche Untersuchungen, Bewegungsförderung, Ernährungsberatung, Verhaltenstherapie	Patienten mit metabolischem Syndrom	Frühzeitige Risikoerkennung, Steigerung von Wohlbefinden und Lebensqualität, Verhindern von Diabetes mellitus
<b>Gesundheitscoaching</b>	Einzelfallmanagement und -beratung von Patienten mit komplexen Versorgungsbedarfen, z.B. bei Schlaganfall	Multimorbide Patienten (Hochkosten-Patienten)	Optimierung des Selbstmanagements und Angstreduktion

Name	Inhalt	Zielgruppe	Ziele
<b>Gut verbunden</b>	Fachübergreifendes Vorgehen durch behandelnden Arzt, Pflegeteam und externen Wundexperten	Patienten mit chronischen Wunden	Unterstützung bei Durchblutungsstörungen in den Beinen und Dekubitus
<b>Harninkontinenz</b>	Aufklärung der Betroffenen über Tabuthema Inkontinenz und Offerieren niedrigschwelliger Angebote wie Bewegungstraining	Patienten mit Harninkontinenz im Frühstadium	Frühzeitig Zustandsverschlechterung entgegenwirken
<b>Im Gleichgewicht – meinen Blutdruck im Griff</b>	Strukturierte Betreuung von Bluthochdruckpatienten unter Einbeziehung eines zentralen Schulungsangebots zur Steigerung der Selbstmanagementfähigkeiten	Patienten mit Bluthochdruck	Verhinderung schwerwiegender Folgeerkrankungen wie Nierenversagen oder Herzinsuffizienz
<b>Kinderaugen sehen gut</b>	Augenärztliche Früherkennungsuntersuchung auf Sehschwächen, nach Absprache mit Kinderarzt	Kinder	Früherkennung und Prävention von Sehschwächen
<b>Mehr als Gesund</b>	„Verordnung“ ehrenamtlicher Tätigkeit bei chronischen oder lebensverändernden Krankheiten in Kooperation mit lokalen Freiwilligenagenturen	Patienten mit chronischen oder lebensverändernden Krankheiten	Verbesserung Gesundheitsprozess oder Fähigkeit, mit der Krankheit zu leben
<b>Psychotherapie Akut</b>	Kurzfristige Vorstellung bei ärztlichen/psychologischen Psychotherapeuten (max. 7 Therapiestunden/Patient)	Patienten in akuten psychischen Krisen	Vermeidung Chronifizierung und Reduktion Klinikeinweisungen
<b>Rauchfrei</b>	8 ärztliche Beratungstermine in einem Jahr sowie Auswahl einer geeigneten Entwöhnungsmethode, z.B. Akupunktur oder Medikation. Zusätzlich: Kurzzeitintervention vor elektiven Eingriffen.	Aufhörwillige Raucher	Dauerhafte Raucherentwöhnung
<b>Sozialberatung</b>	Beratung, Informationen, Gesprächsvermittlung mit Arbeitgebern oder Behörden, Zusammenarbeit mit den Krankenkassen	Mitglieder in sozialen Konfliktsituationen	Unterstützung nach Erkrankung oder bei Suchterkrankung etc.
<b>Starke Muskeln – Feste Knochen</b>	Bewegungsförderung, Ernährung, leitliniengemäße Medikation, Angehörigen-Schulungen, Knochendichte-Messung (DXA)	Patienten mit Osteoporose	Prävention von Frakturen infolge von Osteoporose
<b>Starker Rückhalt – Mein gesunder Rücken</b>	Halbjähriges Gruppenangebot nach bio-psychosozialen Ansatz mit Edukation, Training und praktischen Übungen	Patienten mit wiederkehrenden Rückenschmerzen	Vermeidung Progression und Chronifizierung des Rückenschmerzes
<b>Starkes Herz</b>	Hausärztlich geführtes Programm mit geschulten Case Managern (Medizinische Fachangestellte, geschult durch Universität Heidelberg).	Patienten mit Herz-Insuffizienz	Reduktion von Mortalität und Klinikeinweisungen, Erhöhung von Lebensqualität

# Interventionen bei Gesundes Kinzigtal im Umfeld der Diabetes-Erkrankung

5%

- Gesundheitscoaching (durch Case Management-Abt.)
- Polymedikation – Arzneimittelkonsil
- GK-Programm: Ärzte plus Pflege (Interaktion Arzt und Pflegeheim)

20%

- Aktive Unterstützung der DMP Diabetes Typ 1 und Typ 2
- GK-Programm: Psychotherapie Akut
- Selbsthilfe + Selbstmanagementtraining für Chroniker (in Vorbereitung)

40%

- GK-Programm: Gesundes Gewicht
- GK-Programm: Mein Blutdruck im Griff
- Zielvereinbarungen mit Arzt
- div. Kooperationsangebote mit Sportvereinen

35%

- Unspez. Aufklärung / Trainingsangebote (Health Literacy)
- Gesundheitsfeste und Veranstaltungen
- Unterstützung der Krankenkassen-Präventionsangebote

Und die Ergebnisse geben uns recht:

## Ergebnisse im Kinzigtal – auf die gesamte Population der Versicherten von AOK und LKK vs. Kontrollpopulation



- **Abbau von Überversorgung:** Bei **vier von fünf** Indikatoren weist die IVGK einen deutlicheren Rückgang auf.
- **Abbau von Unterversorgung:** Bei **9 von 10** Indikatoren wird Unterversorgung reduziert;
  - bei **6** Indikatoren stärker als unter usual care.
- **Ergebnisindikatoren:** bei **zwei von drei** Indikatoren bessere Entwicklung als bei usual care

# Durchschnittlich 1,2 Jahre längeres Überleben in der IV ggü Kontrollgruppe im Vergleich zur positivsten Schätzung der individuellen Lebenserwartung

Betrachtung relativ zum Zeitpunkt der Einschreibung  (Kontrollgruppenteilnehmer erhalten Einschreibedatum des Matched Pairs)		Risikoadjustierte Kontrollgruppe (A) (n = 6.482)			IVGK-Eingeschriebene (B) (n = 6.482)			Δ B-A			Signif. (0,0)
		Anzahl	Mittelwert	Summe	Anzahl	Mittelwert	Summe	Anzahl	Mittelwert	Summe	
Versicherte & Ø-Alter											
Zeitpunkt der Einschreibung	männlich	3.041	42,7		3.041	42,8		0	0,1		
	weiblich	3.441	47,7		3.441	47,7		0	0,0		
Verstorbene & Potential Years of Life Lost & Gain (YPLLG) nach V2 (Stat. BA)											
+182 Tage		31	-9,5	-294,6	15	-11,0	-165,4	-16	-1,5*	+129,2	
+1 Jahr (ohne +182 Tage)		34	-10,3	-351,7	20	-10,1	-202,8	-14	+0,2*	+148,8	
+2 Jahre		73	-11,7	-853,1	61	-8,6	-521,9	-12	+3,1*	+331,3	
+3 Jahre		89	-10,5	-921,0	73	-7,8	-568,9	-16	+2,7*	+352,1	
+4 Jahre		71	-8,9	-631,2	79	-8,4	-661,3	+8	+0,5*	-30,1	
+5 Jahre		80	-6,8	-541,1	87	-8,3	-726,0	+7	-1,6*	-184,9	
Gesamt (+5 Jahre ohne +182 Tage)		347	-9,6	-3.298,1	320	-8,4	-2.680,9	-27	<b>+1,2*</b>	<b>+617,2</b>	

617 weniger verlorene Lebensjahre

# Frauen profitieren von der IV wesentlich stärker und werden im Schnitt 1,8 Jahre älter als weibliche Nichtmitglieder

Betrachtung relativ zum Zeitpunkt der Einschreibung  (Kontrollgruppenteilnehmer erhalten Einschreibedatum des Matched Pairs)		Risikoadjustierte Kontrollgruppe (A) (n = 6.482)			IVGK-Eingeschriebene (B) (n = 6.482)			Δ B-A			Signifikanz (0,05)	
		Anzahl	Mittelwert	Summe	Anzahl	Mittelwert	Summe	Anzahl	Mittelwert	Summe	Chi-Quadrat	t-Test
Versicherte & Ø-Alter												
Zeitpunkt der Einschreibung	männlich	3.041	42,7		3.041	42,8		0	0,1			
	weiblich	3.441	47,7		3.441	47,7		0	0,0			
Verstorbene & Potential Years of Life Lost (YPLL) nach V2 (Stat. BA)												
+182 Tage		31	-9,5	-294,6	15	-11,0	-165,4	-16	-1,5*	+129,2		
+1 Jahr (ohne +182 Tage)		34	-10,3	-351,7	20	-10,1	-202,8	-14	+0,2*	+148,8		
+2 Jahre		73	-11,7	-853,1	61	-8,6	-521,9	-12	+3,1*	+331,3		0,032
+3 Jahre		89	-10,5	-921,0	73	-7,8	-568,9	-16	+2,7*	+352,1		0,020
+4 Jahre		71	-8,9	-631,2	79	-8,4	-661,3	+8	+0,5*	-30,1		
+5 Jahre		80	-6,8	-541,1	87	-8,3	-726,0	+7	-1,6*	-184,9		
Gesamt (+5 Jahre ohne +182 Tage)		347	-9,6	-3.298,1	320	-8,4	-2.680,9	-27	<b>+1,2*</b>	<b>+617,2</b>		0,045
Versicherte & Ø-Alter												
Zeitpunkt des Todes	männlich	156	76,9		157	77,4		-1	+0,6*			
	weiblich	191	81,9		163	83,7		28	<b>+1,8*</b>			0,023

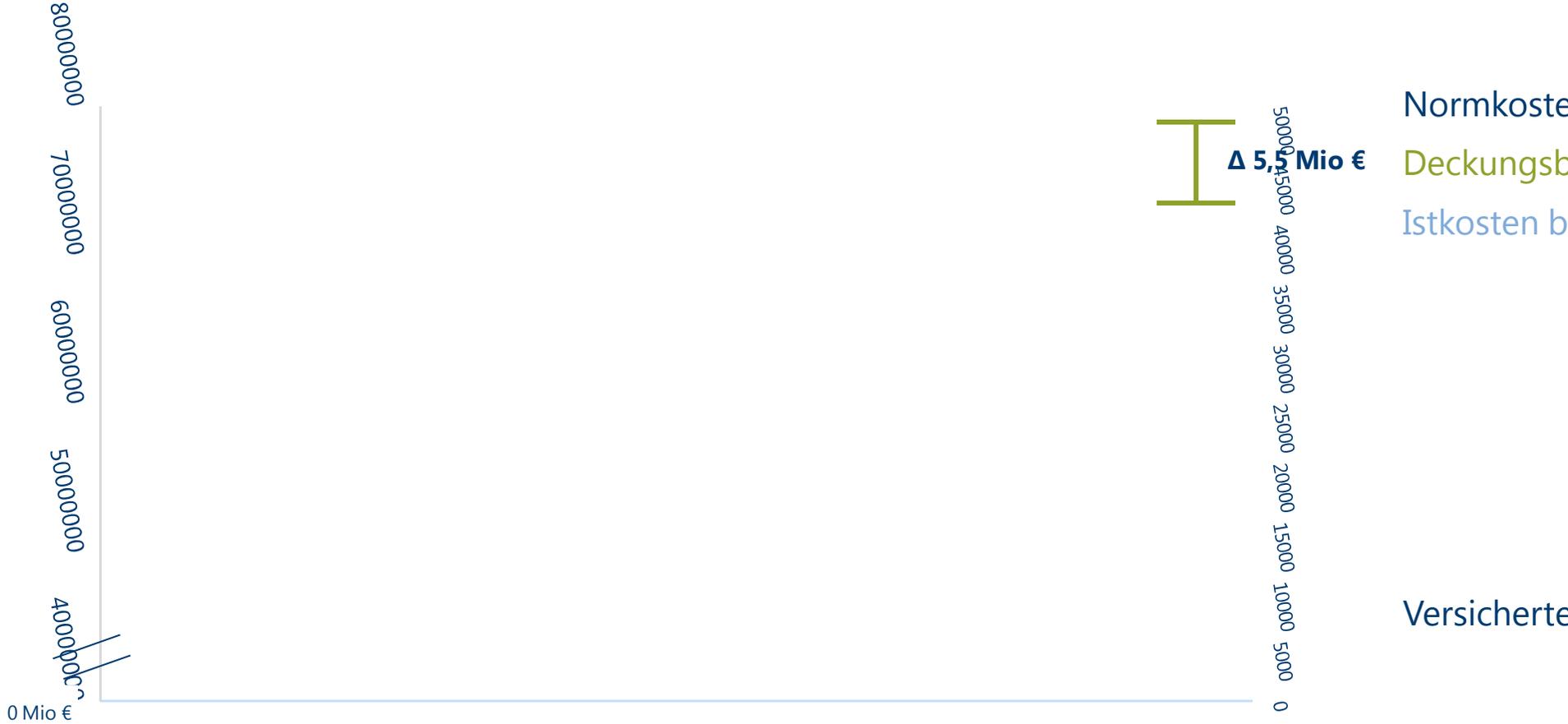
Im Verhältnis profitieren die Männer nur im Verhältnis 1 zu 3 (0,6 Jahre zu 1,8 Jahre)

# Ergebnisse einer Patientenbefragung (2015 vs. 2013)

## - Universität Freiburg, Prof. Dr. W. Niebling und Dr. A. Si

Anteil der Befragten (%) ...	Anzahl Fälle	Anteil (%) 2013 und 2015 (mit 95% KI)	Mittlere Differenz 2015 - 2013 (mit 95% KI)
... die sich „etwas“ oder „deutlich“ besser gesundheitlich betreut fühlen	2013: N=616	39,0 (35.4 – 42.7)	2,5 (-2,5 – 7,5)
	2015: N=813	41,5 (38.1 – 45.0)	
... die „ein bisschen mehr“ oder „viel mehr“ über ihre Gesunderhaltung wissen	2013: N=626	56,9 (53.3 – 60.9)	1,2 (-3,8 – 6,2)
	2015: N=810	58,1 (54.7 – 61.6)	
... die „insgesamt gesünder“ leben als vor der Einschreibung	2013: N=635	25,6 (22.3 – 28.9)	5,2 (0,5 – 9,8)
	2015: N=793	30,7 (27.6 – 34.0)	
... die auch Freunden oder Verwandten eine Mitgliedschaft empfehlen würden	2013: N=660	92,0 (89.9 – 94.0)	-0,2 (-2,9 – 2,6)
	2015: N=822	91,8 (89.9 – 93.6)	
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D)	2013: N=603	,858 (,842 – ,871)	,001 (-0,018 – 0,021)
	2015: N=800	,859 (,845 – ,872)	
Subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-VAS)	2013: N=659	68,7 (67,4 – 70,3)	1,9 (-0,0 – 3,9)
	2015: N=824	70,6 (69,2 – 71,9)	

# 5,5 Millionen zusätzlicher Brutto-Deckungsbeitrag für AOK und LKK für alle Versicherten in der Region



# Erfolgsfaktoren unserer Regionalen Integrierten Versorgung

- Regionale Managementgesellschaft mit Beteiligung eines Ärztenetzes
- Sektorenübergreifende Versorgung – durch IT-Vernetzung inkl. elektronischer Patientenakte, Fallkonferenzen, Behandlungspfade
- Gezieltes, datengestütztes Gesundheits- und Versorgungsmanagement – Versorgungsprogramm z.B. für Patienten mit Osteoporose, Bluthochdruck oder Herzinsuffizienz
- Aktivierung von Versicherten – Shared Decision Making, therapeutische Zielvereinbarungen, Patientenbeirat
- Versorgungssteuerung – durch effiziente, standardisierte Analyse von GKV-Routinedaten, Daten aus Arztinformationssystemen und weiteren
- Wissenschaftliche Evaluation – Erfolgskontrolle durch erfahrene Forschungsinstitute

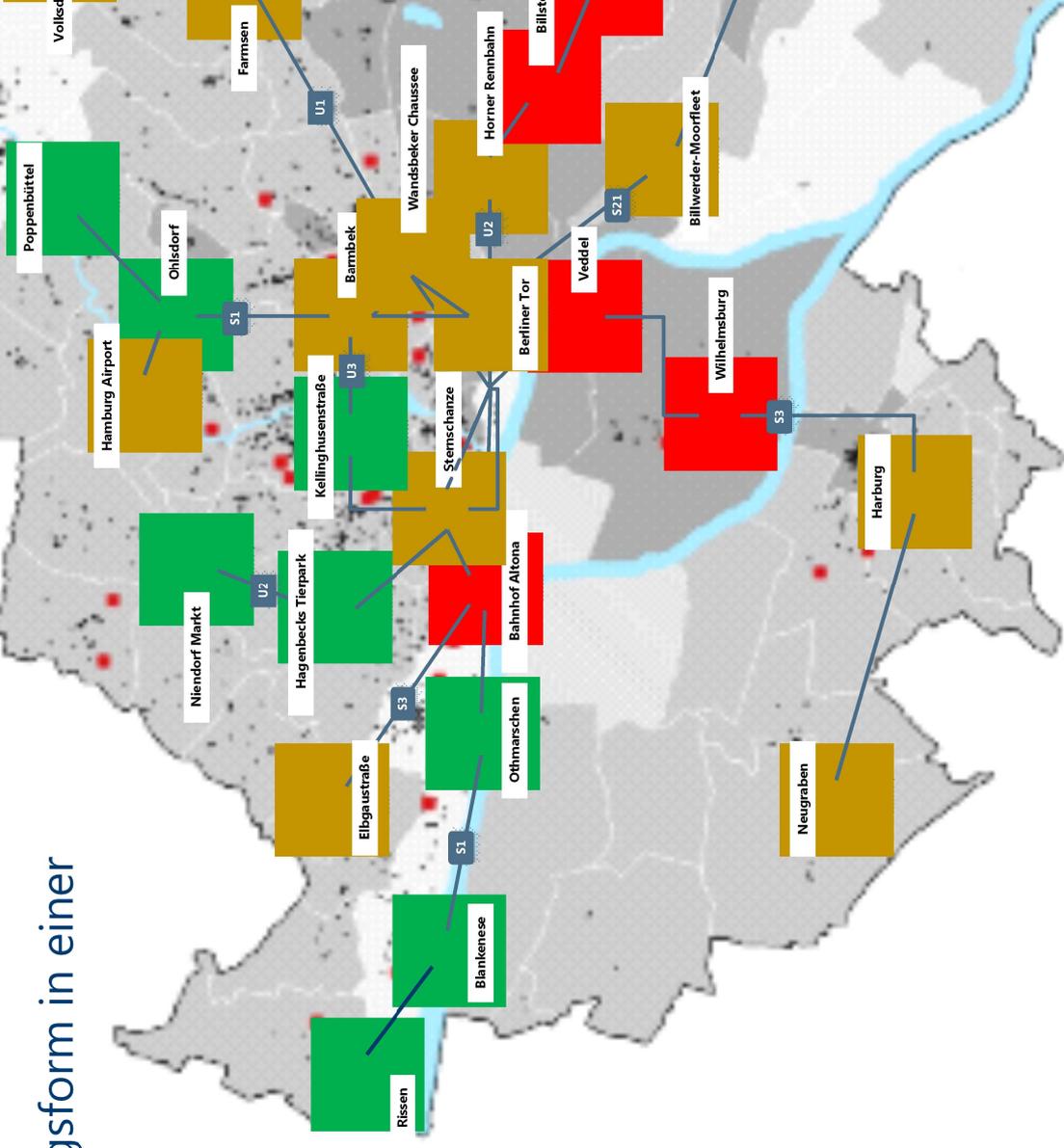
# Erfolgsfaktoren unserer Regionalen Integrierten Versorgung

- Innovatives Finanzierungsmodell – der erzielte Gesundheitsnutzen führt zu steigenden Deckungsbeiträgen für die Krankenkasse. Diese Steigerung ergibt dann anteilig wiederum den Ertrag für die Management-gesellschaft; finanziell motivierte Leistungsausweitungen werden überflüssig
- Beteiligung der regionalen Akteure an dem Gesundheitsnetz – Vereine, Schulen, Betriebe und Kommunen werden einbezogen
- Betriebliches Gesundheitsmanagement – Prävention und Gesundheitsförderung in den Unternehmen fördern
- Sicherung der wohnortnahen Versorgung – Förderprogramm „Praktische Zukunft“ für Allgemeinmediziner
- In Arbeit: Öffnung der praxisübergreifenden Patientenakte a) für die Patienten und b) für die anderen Berufsgruppen

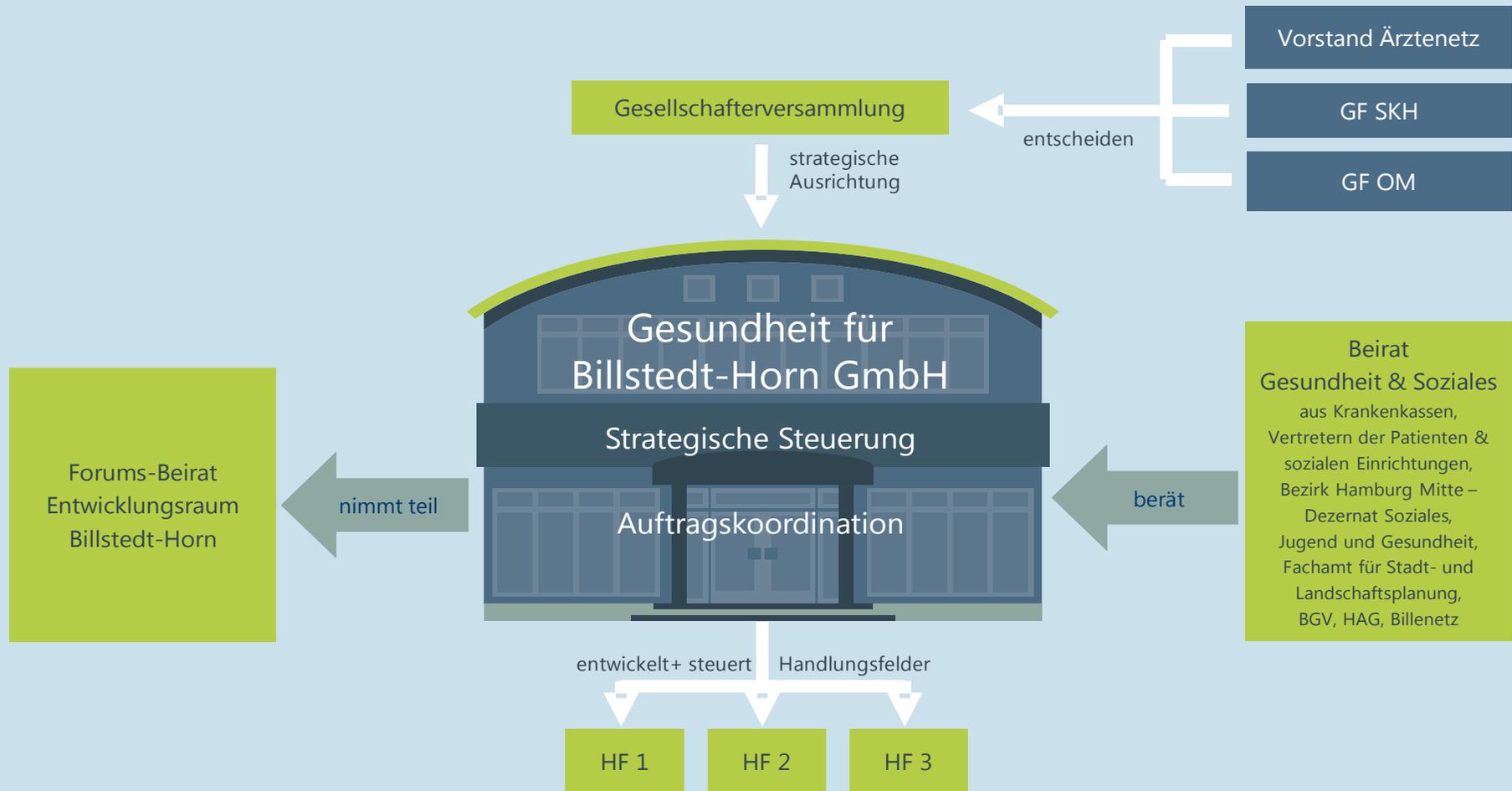
# INVEST Billstedt/Horn - Innovationsfondsantrag

Etablierung einer innovativen Versorgungsform in einer sozial benachteiligten Region – am Beispiel Billstedt/Horn zusammen mit AOK, DAK, Barmer-GEK, TK

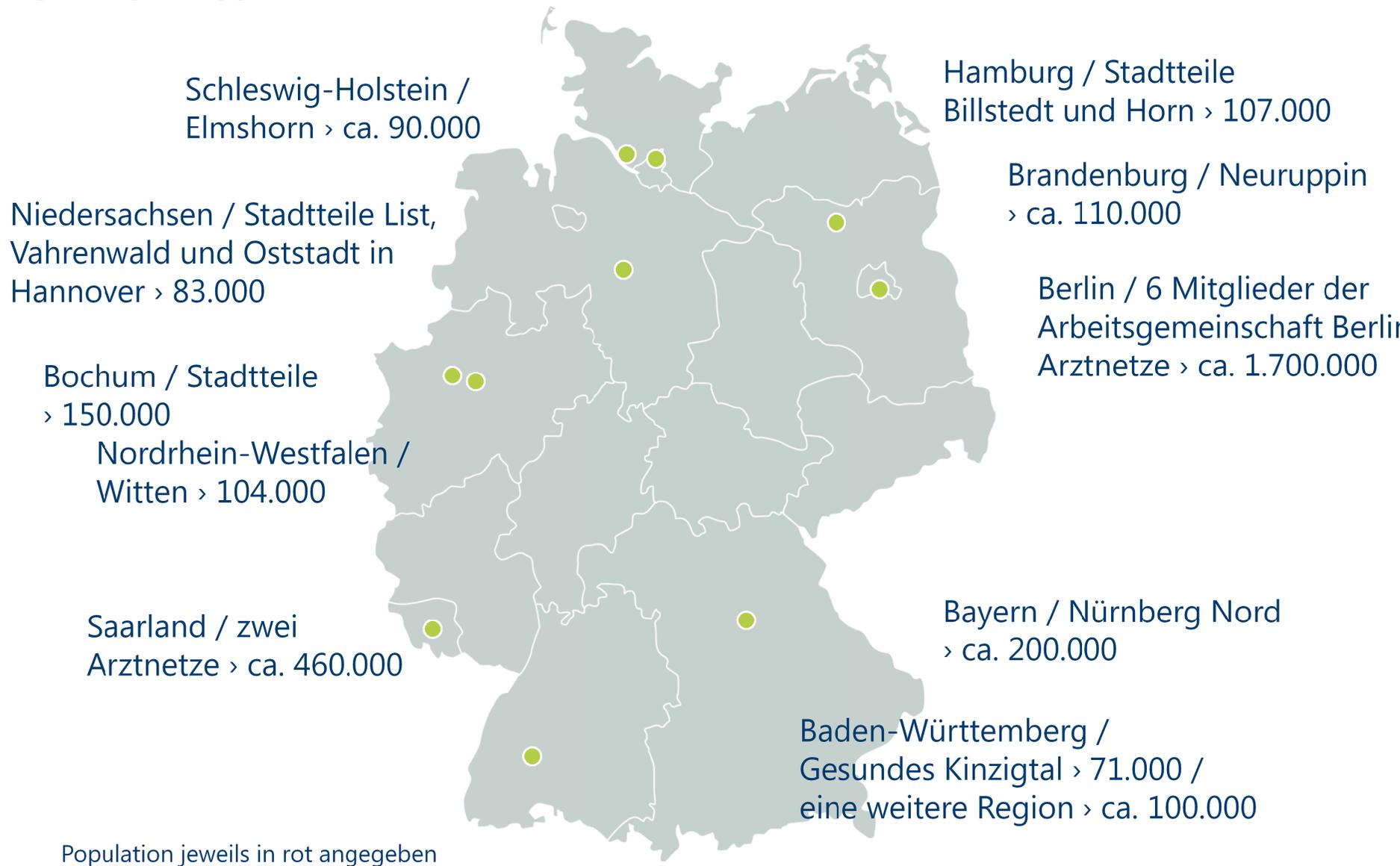
13 Jahre durchschnittlich geringere Lebenserwartung als bei AOK-Versicherten in anderen Hamburger Stadtteilen



# Organisationsstruktur der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH



# Weitere Regionen in Deutschland, in denen wir unser Modell kurzfristig umsetzen könnten



# Herausforderungen für Regionale Systeme mit Verantwortung für die Gesundheitsgesamtausgaben

## 1. Regionale Gesundheitsbudgets sind als Alternative zu den heutigen landesweiten sektoralen Budgets zu diskutieren.

- „You never get all“, d.h. weder alle Leistungserbringer noch alle Versicherten werden mitmachen. Aber: Risikoentmischungen müssen vermieden werden
- Effekte müssen erheblich sein, um bedeutsame Verbesserungen und damit Einsparungen zu realisieren
- Die erheblichen Investitionen führen erst über längere Zeit zu dem Ergebnis + das auch noch mit Unsicherheit // Forschungen zu organisatorischem Wandel lassen vermuten, dass Veränderungsprozesse eher 5-7 als drei Jahre dauern
- Unabhängigkeit ist konstitutives Element des Berufsselbstverständnisses vieler Gesundheitsberufe

=> die (Budget)-Verantwortung  
übernahme muss sich auf alle  
wohnenden Versicherten beziehen

=> „Starker“ Start mit erheblichem  
Investment

=> Langfristiger Vertrag

=> Freiheits-/Angebots- statt  
Zwangsmodell

# Lesetipp: Jahresbericht Gesundes Kinzigtal 2015

Lesen Sie ...

- wie sich die Zahl der Mitglieder und Leistungspartner entwickelt hat
- aktuelle Ergebnisse von Gesundheitsprogrammen
- warum die Versicherten Gesundes Kinzigtal weiterempfehlen
- und vieles mehr

Den Jahresbericht zum Download und viele weitere Publikationen finden Sie unter [www.optimedis.de/publikationen](http://www.optimedis.de/publikationen)



# So bleiben wir in Kontakt



Dr. rer. medic. h.c. Helmut Hildebrandt  
Vorstand

[h.hildebrandt@optimedis.de](mailto:h.hildebrandt@optimedis.de)



OptiMedis AG  
Burchardstraße 17  
20095 Hamburg  
Tel. +49 40 22621149-0  
Mobil +49 172 4215165  
[www.optimedis.de](http://www.optimedis.de)



Aktuell informiert mit unserem OptiMedium: [www.optimedis.de/newsletter](http://www.optimedis.de/newsletter)

## FRAKTIONSBSCHLUSS VOM 27.9.2016

### » AUCH MORGEN GUT VERSORGT – DIE NEUEN GESUNDHEITSREGIONEN



Grüne Vorschläge für mehr kommunalen und regionalen Einfluss in der Gesundheitsversorgung

Wer in Deutschland medizinische Hilfe braucht, kann auf ein Netz von Angeboten zugreifen. Doch wie sich heute an vielen Orten zeigt, trägt das Netz der Gesundheitsversorgung nicht mehr überall gleich gut. In einigen Regionen gibt es inzwischen große Lücken, in anderen zu viel des Guten. Immer deutlicher werden die Defizite eines hauptsächlich auf zentraler Planung und Steuerung basierenden Gesundheitswesens. Sie reagiert zu starr auf die unterschiedlichen Bedarfe in den Regionen. Der Blick über den Tellerrand der eigenen ökonomischen Interessen ist viel zu selten. Es mangelt an Zusammenarbeit im Dienste der Patientinnen und Patienten. Als grüne Bundestagsfraktion wollen wir Kommunen mehr Einfluss auf die Gesundheitsversorgung geben. Kommunen sind näher beim Menschen als andere Institutionen. Sie gestalten ganz entscheidend das Leben der Menschen vor Ort. Mit Gesundheitsregionen sowie weiteren Instrumenten wollen wir Zusammenarbeit stärken und den Blick für die Patienteninteressen schärfen. Unsere Vorschläge sind ein Angebot an die Kommunen, die mehr Verantwortung für die Gesundheit ihrer Bürgerinnen und Bürger übernehmen und die Versorgung weiter verbessern wollen. Als Grüne im Bundestag wollen wir erreichen, dass die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und ihr Gesundheitsnutzen zum bestimmenden Maßstab werden. So kann aus der reinen Krankenversorgung eine echte Gesundheitsversorgung werden.

#### 1. NÄHER DRAN: GESUNDHEITSORT KOMMUNE

Kommunen schaffen Lebensqualität. Sie bieten die Infrastruktur, die wir zum Leben brauchen. Sie sind aktiv in der Daseinsvorsorge: Sie organisieren den Nahverkehr und unterhalten Theater- und andere Kultureinrichtungen. Städte, Gemeinden und Landkreise kümmern sich um Kinderbetreuungsmöglichkeiten, intakte Schulen und Hilfen für sozial benachteiligte und behinderte Menschen. Sie sorgen für die Wasserversorgung und Abwasser, oft auch für die Müllbeseitigung, Wärme- und Energieversorgung.

Das gilt auch für die Gesundheit der Menschen vor Ort. Barrierefreie öffentliche Räume, ausreichend Möglichkeiten für Erholung, Spiel und Bewegung, menschengerechte Verkehrsplanung – ohne kommunales Engagement sind gesunde oder gesundheitsverträgliche Lebensverhältnisse undenkbar. Viele Kommunen kennen den Gesundheitszustand der Einwohnerinnen und Einwohner, sie kennen ihre sozialen Probleme und wissen besser um ihre Bedürfnisse als Bund oder Länder. Auch in der Gesundheitsversorgung übernehmen Kommunen schon heute Verantwortung. Sie helfen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken und Pflegeeinrichtungen dabei, sich besser miteinander vernetzen. Sie gründen Gesundheitskonferenzen und erkennen Lücken in der Versorgung früher als andere. Sie können sich flexibel darum kümmern, attraktive Bedingungen für die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten zu schaffen. Außerdem dürfen sie selbst Einrichtungen der Gesundheitsversorgung wie medizinische Versorgungszentren und Krankenhäuser betreiben.

Neben begrenzten finanziellen Mitteln für eine aktivere Gesundheitspolitik vor Ort stoßen viele Kommunen hierbei jedoch immer öfter an die ohnehin bestehenden Grenzen und Defizite unseres Gesundheitswesens: Die Zuständigkeiten für die Organisation der Versorgung sind zersplittert. Für die Planung der stationären Versorgung sind zum Beispiel die Länder zuständig, für die Verteilung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte hingegen die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Investitionen in ambulante und stationäre Einrichtungen werden nicht miteinander koordiniert. Es gibt unnötige Reglementierungen für Krankenhäuser, die ambulante Behandlungen anbieten wollen, für Kommunen, die medizinische Versorgungszentren gründen wollen, für qualifizierte Pflegekräfte oder Therapeutinnen und Therapeuten, die eigenständig Leistungen erbringen wollen. Die ambulante Versorgung setzt vor allem auf den isolierten Einzelkämpfer und nicht auf kooperative Angebote.

Die ökonomischen Anreize in unserem Gesundheitswesen sind falsch gesetzt. Nicht die Menschen und ihre Gesundheit stehen im Mittelpunkt. Belohnt wird, wer viele Leistungen zu möglichst geringen Kosten erbringt. Die Vergütung von Leistungen spiegelt auch die Zersplitterung unseres Gesundheitswesens. Krankenhäuser, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen, Pflegekassen und Rehabilitationsträger werden dazu verführt, nur auf den eigenen Ertrag und den eigenen Anteil an der Versorgung abzielen. So kommen Krankenhäuser zum Beispiel in die Versuchung, Patientinnen und Patienten zu früh in die Rehaeinrichtungen zu entlassen. Krankenkassen belasten die Pflegeversicherung, weil sie zu wenig tun, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Statt an dem Ort behandelt zu werden, wo Patientinnen und Patienten am besten betreut werden können, werden sie dort behandelt, wo sich die jeweilige Institution am meisten wirtschaftlichen Nutzen verspricht. Hier fehlt der Blick über den Tellerrand im Interesse der Patientinnen und Patienten. Eine Versorgung, die Hand in Hand arbeitet, wird so verhindert. Diese Fehlanreize führen überdies auch zu Druck und Unzufriedenheit bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen.

Zwar gibt es in Deutschland nach wie vor in vielen Regionen eine gute Versorgung. In anderen Regionen werden aber zunehmend Probleme sichtbar. Das bislang dichte Versorgungsnetz in Deutschland wird stellenweise lückig, während an anderen Orten fette Knoten entstehen. Vor allem dünn besiedelte ländliche Räume und sozial benachteiligte Regionen bekommen zunehmend Probleme. Hausarztpraxen können nicht nachbesetzt werden und Pflegeeinrichtungen finden keinen Nachwuchs mehr. Der Versorgungsbedarf in unserer Gesellschaft verändert sich rapide. Der demographische Wandel stellt die Versorgung vor neue Herausforderungen. Denn immer mehr ältere Menschen leiden unter einer oder sogar mehreren chronischen Erkrankungen, die eine abgestimmte medizinische und pflegerische Versorgung erfordern.

Auf diese Herausforderungen reagiert die bestehende Gesundheitspolitik durch eine immer kleinteiligere Regulierung. Die Liste der Vorgaben und Aufträge des Gesetzgebers an die gemeinsame Selbstverwaltung aus Krankenkassen, Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhausträgern wird immer länger. Doch der zentralen Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung sind zunehmend Grenzen gesetzt. Sie reagiert zu starr auf die unterschiedlichen Versorgungsbedürfnisse in den Regionen. Was in der dichter besiedelten urbanen Region mit vielen jungen Familien sinnvoll erscheint, ist in dünn besiedelten Räumen mit vielen älteren Menschen nicht geeignet. Die zentralen Vorgaben erschweren flexible, angepasste Lösungen.

Wir wollen die Kommunen stärken, damit sie mehr Möglichkeiten erhalten die Gesundheitsversorgung zu verbessern und mit den bereits vorhandenen vielfältigen kommunalen Bemühungen zur Förderung unserer Gesundheit zu verzahnen. Wir sehen zudem auch die Chance, Hürden zwischen ambulanten Einrichtungen und Krankenhäusern, falsche Anreize und ökonomische Egoismen zu überwinden. Unser Ziel ist, dass die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und ihr Gesundheitsnutzen zum zentralen Maßstab werden und so aus der reinen Krankenversorgung eine echte Gesundheitsversorgung wird. Denn die Patientinnen und Patienten wünschen eine abgestimmte und bedarfsgerechte Versorgung aus einer Hand. Sie wollen so versorgt werden, wie es medizinisch notwendig ist und nicht, wie es für das Krankenhaus oder den jeweiligen niedergelassenen Arzt wirtschaftlich nützlich ist.

Wenn Kommunen mehr Einfluss erhalten, heißt das auch, dass Bürgerinnen und Bürger ihre Gesundheitsversorgung besser als heute mitbestimmen können. Die Menschen vor Ort werden heutzutage zum Beispiel beim Bau neuer Straßen, Gewerbegebiete, Windräder oder Strommasten gefragt. Sie können in einigen Kommunen sogar bei der Gestaltung des kommunalen Haushaltes mitreden. Doch in einem entscheidenden Lebensbereich sind sie lediglich Zuschauer: in ihrer Gesundheitsversorgung. Das wollen wir als grüne Bundestagsfraktion ändern. Denn fließen die Ideen und Bedürfnisse der Menschen vor Ort mit ein, können die Angebote mit einem engen Bezug zum Alltag der Menschen ausgestaltet werden. So können durch die bessere Beteiligung der Menschen vielfältige Chancen für ein demokratisches, bürgerorientiertes und lebendiges Gesundheitswesen entstehen.

## **2. NÄHER AM MENSCHEN – FÜR EINE GUTE GESUNDHEITSVERSORGUNG IN STÄDTEN UND GEMEINDEN**

Wir Grüne im Bundestag wollen, dass Kommunen überall in Deutschland mehr Einfluss erhalten, Gesundheitsförderung, Gesundheitsversorgung und die Pflege in ihren Städten und Dörfern selbst zu gestalten. Schon heute tragen viele Kommunen dazu bei, die Versorgung der Menschen vor Ort zu verbessern. Dabei wollen wir sie mit unserem Konzept für integrierte Gesundheitsregionen unterstützen. Zusammen mit den Krankenkassen können Kommunen so ein Gesundheitsnetz schaffen, das Menschen auch auf dem Land die Versorgung bereitstellt, die sie brauchen. Dazu gehört, Gesundheit und Pflege so zu vernetzen, dass für Menschen von Rostock bis Konstanz Gesundheitsversorgung und gute Pflege erreichbar sind.

### **2.1 Gemeinsam für eine gute Versorgung – die neuen Gesundheitsregionen**

Interessierte Landkreise oder Kommunen sollen durch ein Initiativrecht die Möglichkeit bekommen, sich mit den Krankenkassen vor Ort zu einer „Gesundheitsregion“ zusammenzuschließen: Sie soll die Gesundheitsversorgung in den Städten und Dörfern sicherstellen. Um die konkrete Organisation der Versorgung würde sich ein integriertes Gesundheitsunternehmen (Gesundheitsverbund) kümmern, mit dem die „Gesundheitsregion“ einen Vertrag abschließt. Der Gesundheitsverbund muss lokal gut verankert sein und soll daher insbesondere von lokalen Netzen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, Therapeutinnen und Therapeuten, Krankenhäusern oder Pflegediensten getragen werden. Darüber hinaus muss das Unternehmen über die notwendigen Managementkompetenzen verfügen.

Die „Gesundheitsregion“ soll je nach Größe das Gebiet mehrerer kreisangehöriger Kommunen oder das eines Landkreises umfassen. (Wie wir uns das genau vorstellen, haben wir in einer Übersicht im Anhang veranschaulicht).

Gesundheitsregionen sollen die Gesundheit der Menschen stärken. Wir wollen eine Versorgung schaffen, die sich stärker daran ausrichtet, was Menschen brauchen. Zugleich können so Kassen, Pflegekräfte, Apotheken, Ärzte und Krankenhäuser besser Hand in Hand arbeiten – und die bestehenden Grenzen dabei überwinden.

Durch die enge Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen in einer „Gesundheitsregion“ können die jeweiligen Stärken der Institutionen verbunden werden. Die an der „Gesundheitsregion“ beteiligten Kommunen würden den Versorgungsraum nach der sozioökonomischen und gesundheitlichen Situation in der Region definieren. Sie können durch die Zusammenarbeit mit den Kassen besser verstehen, wo Lücken in der Versorgung sind oder wo Strukturen wenig effizient und wirtschaftlich arbeiten. Bereits vorhandene kommunale Aktivitäten etwa bei Prävention und Gesundheitsförderung, in der Pflege sowie in der Regional- und Verkehrsplanung können stärker mit den Gesundheitsbedürfnissen der Menschen in der „Gesundheitsregion“ abgestimmt werden. Die Krankenkassen ihrerseits können ihre Kenntnisse des Versorgungs- und Vertragsgeschehens, der örtlichen Leistungserbringer und der ökonomischen Rahmenbedingungen einbringen und haben weiterhin die effiziente und wirtschaftliche Versorgung im Blick.

Um die Versorgung in der jeweiligen „Gesundheitsregion“ zu finanzieren, wären Mittel aus dem beim Bundesversicherungsamt (BVA) angesiedelten Gesundheitsfonds denkbar. Sie würden sich am Gesundheitszustand, am Alter und der sozialen Situation der Menschen in der Region orientieren und regelmäßig durch das BVA evaluiert. Für unterversorgte Regionen könnte es einen Aufschlag geben, der den Aufbau neuer Versorgungsstrukturen anreizt. Dem von der Gesundheitsregion beauftragten Verbund sollte die vollständige Budgetverantwortung für die Region übertragen werden. Damit entsteht für die Gesundheitsregion auch der Anreiz, Krankheiten frühzeitig vorzubeugen und die bestmögliche Versorgung zu organisieren. Kommunen oder Landkreise, die die Absicht haben, zusammen mit den Krankenkassen eine „Gesundheitsregion“ zu gründen, sollten überdies eine Anschubfinanzierung für die notwendigen Investitionen erhalten. Dazu zählt etwa, den Gesundheitsverbund aufzubauen oder die IT-Struktur einzurichten. Aus unserer Sicht ist auch Begleitforschung

notwendig, um anhand von ambulanten und stationären Kriterien die Qualität der Versorgung in der Gesundheitsregion bewerten zu können.

Damit flexibel auf die Bedürfnisse vor Ort reagiert werden kann, sind in der „Gesundheitsregion“ Abweichungen von den häufig starren Regelungen notwendig. Zum Beispiel sollte eine andere Vergütung von Leistungen möglich sein, um so Sektor übergreifende, stärker pauschalierende und qualitätsorientierte Vergütungssysteme zu ermöglichen. Um Ärztinnen und Ärzte bedarfsgerecht und abgestimmt mit anderen Angeboten zu verteilen, sollten Abweichungen von der bestehenden Bedarfsplanung möglich sein.

So lebendig Regionen sind, so stark verändert sich auch der Bedarf einer guten Gesundheitsversorgung. Deshalb sollten in der „Gesundheitsregion“ Versorgungsbedarfe vorausschauend ermittelt werden. Dazu sollten auch Patientinnen und Patienten darüber befragt werden, was für sie zu mehr gesundheitlicher Lebensqualität beiträgt und wie die Versorgung weiter verbessert werden kann.

Als grüne Bundestagsfraktion wollen wir Bürgerinnen und Bürger generell mehr einbeziehen: Dafür wollen wir einen Beirat schaffen, der der Gesundheitsregion zur Seite steht. Diesem Beirat können beispielsweise Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sowie VertreterInnen aus der Kommunalpolitik angehören. Der Beirat wäre dafür zuständig, lokale Versorgungsprobleme zu ermitteln sowie die Gesundheitsregion und den Gesundheitsverbund aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten zu beraten.

Zu einer erfolgreichen „Gesundheitsregion“ gehört auch ein funktionierendes Hilfenetz für die Pflege. In einem späteren Schritt könnten Gesundheitsregionen auch um Pflege und Rehabilitation erweitert werden. Auf diese Weise könnte die Integration der Leistungsbereiche vertieft und bestehende Fehlanreize, Hürden und Versorgungsbrüche zwischen Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationsträgern und der Gesundheitsversorgung überwunden werden. Gesundheitsversorgung und Pflege würden aus einer Hand organisiert werden. Die heute bisweilen übliche Praxis, Kosten wenn möglich auf einen anderen Kostenträger abzuwälzen, hätte ein Ende.

## **2.2 Kommunale Gesundheitszentren – Hand in Hand für die Patienten**

Als grüne Bundestagsfraktion wollen wir die heutigen medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zu Gesundheitszentren ausbauen. Als Herzstück guter Versorgung vor Ort sollen sie die Angebote der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung unter einem Dach vereinen. Hier stehen die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt: Hier wird auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zugeschnitten geplant und behandelt. Das heißt, dass Ärztinnen und Ärzte insbesondere der Primärversorgung (Hausärzte) und anderer Fachgebiete sowie weitere Gesundheitsberufe in einem Haus untergebracht sind. Qualifizierte Pflegekräfte erhalten eine gestärkte Rolle. Sie sollen das Fallmanagement übernehmen und die Behandlung zwischen den unterschiedlichen Ärztinnen und Ärzten sowie nicht-ärztlichen Heilberufen wie Physiotherapeutinnen oder Logopäden koordinieren. Dabei gilt: Die Versorgung im Team ist besser. Je enger die Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten zusammenarbeiten, desto besser ist die Versorgung. Das entspricht auch den Wünschen der Patientinnen und Patienten. Sie wollen kurze Wege und eine abgestimmte Behandlung zwischen unterschiedlichen ärztlichen Professionen sowie weiteren Gesundheitsberufen. Auch für Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte sind die Arbeitsbedingungen hier attraktiv. Sie wünschen sich familienfreundliche Arbeitsbedingungen und eine stärkere Teamarbeit. Darüber hinaus können Patientinnen und Patienten in einem Gesundheitszentrum weitere Angebote wahrnehmen, die ihre Gesundheitskompetenzen erweitern, wie bspw. Informationsveranstaltungen, Rückenschule oder Selbsthilfegruppen. An solche Gesundheitszentren könnten auch Pflegedienste, Pflegestützpunkte, die Pflegeberatung oder Reha-Einrichtungen angedockt werden. Gerade in ländlichen Regionen können kommunale Gesundheitszentren dabei helfen, dass die Gemeindegewerkschafter eine Renaissance erlebt: Sie soll eigenständig und ohne ärztliche Auftrag bestimmte bislang allein Ärzten vorbehalten Tätigkeiten ausüben können. Um diese Zentren aufzubauen, brauchen die Kommunen finanzielle Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Länder.

Seit 2015 können auch Kommunen Medizinische Versorgungszentren gründen. Wir wollen diese Möglichkeit deutlich ausbauen. Medizinische Versorgungszentren dürfen etwa bei der Nachbesetzung von Arztsitzen nicht

länger benachteiligt werden. Die Regelungen zu den Rechtsformen, in denen sich die Zentren gründen dürfen, sind überflüssig und sollten daher gestrichen werden. Als grüne Bundestagsfraktion möchten wir ermöglichen, dass solche (kommunalen) Gesundheitszentren auch durch besonders qualifizierte Pflegekräfte geleitet werden können. Dies würde auch die Perspektive nichtärztlicher Gesundheitsberufe stärken.

### **2.3 Kommunen – ein starkes Hilfenetz für Pflege**

Kommunen müssen die Möglichkeit bekommen, alle Hilfe- und Pflegeangebote vor Ort zu vernetzen und aufeinander abzustimmen. Die Nachbarschaft ist der Lebensraum, in dem sich der Alltag abspielt. Der Raum, der Möglichkeiten bietet, aber auch Versorgungslücken offenbart. Wir wollen, dass Menschen auch bei Hilfe- und Pflegebedarf in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können. Deshalb ist eine unabhängige, neutrale und mit anderen Unterstützungsangeboten abgestimmte Pflegeberatung vor Ort nötig. Pflegebedürftigen Menschen in schwierigen Versorgungssituationen wird bei Bedarf ein individueller Case Manager zur Seite gestellt, der ein passendes Versorgungsangebot zusammenstellen kann.

Die heutigen und zukünftigen Anforderungen an Beratung und Koordinierung umfassen mehr als bislang in den Pflegestützpunkten geleistet werden kann. Nur wenn alle Angebote zum Beispiel von Selbsthilfegruppen, von Krankenhäusern und Heilmittelerbringern, von ehrenamtlichen Pflegebegleitern, der ambulanten Dienste, der mobilen Reha oder der Gemeindeschwester auch über die Pflege hinaus miteinander verzahnt sind, wird ein effizientes Hilfenetz entstehen, das auch im ländlichen Raum trägt. Runde Tische zur Pflege vor Ort können die Aktivitäten der Kommunen unterstützen. So können zum Beispiel auch Defizite schneller behoben werden.

Die Bürgerinnen und Bürger vor Ort bekommen auf diese Weise die Unterstützung von Lotsen, die sich mit den bestehenden Angeboten und Möglichkeiten auskennen. Sie helfen ihnen mit Rat und Unterstützung, wenn es zum Beispiel um eine barrierefreie Lebenswelt vor Ort und entsprechende Fördermöglichkeiten geht.

Kommunen brauchen ein stärkeres Mitsprache- und Planungsrecht bei der Gestaltung der Pflegeangebote. Dafür müssen sie finanziell ausgestattet werden. Wenn neue Angebote geschaffen und Versorgungsverträge geschlossen werden, muss der konkrete Bedarf vor Ort berücksichtigt werden. Anders als derzeit die Bundesregierung wollen wir, dass jede Kommune dauerhaft die Möglichkeit erhält, die Initiative bei der Pflegeberatung, Pflegeplanung und Vernetzung der Angebote zu ergreifen und auf Wunsch auch die Koordination zu übernehmen. Hierzu müssen die Kommunen finanziell besser ausgestattet werden. Wir wollen einen Förderfonds unter Beteiligung der Pflegeversicherung schaffen, mit dem kommunale Maßnahmen gefördert werden.

### **2.4 Krankenhäuser in der Kommune – Versorgung, die Verbundenheit schafft**

Krankenhäuser sind häufig wichtige Arbeitgeber in der Region. Sie sind in der Regel sehr engagiert bei der Aus- und Weiterbildung ärztlicher und nichtärztlicher Gesundheitsberufe. Umfragen zeigen überdies, dass insbesondere kommunale Krankenhäuser bei den Patientinnen und Patienten einen guten Ruf besitzen. Die Kommunen können viel dafür tun, dass das so bleibt. Sie können beispielsweise die Versorgungsqualität des Krankenhauses mit beeinflussen und auf eine bessere Vernetzung mit anderen Krankenhäusern, medizinischen Versorgungszentren und Angeboten der Pflege sowie zur Gesundheitsförderung hinwirken. Zusätzlich können sie für gute Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Krankenhaus sorgen.

Doch obwohl kommunale Häuser in manchen Regionen unseres Landes einen wichtigen Beitrag für die Gesundheitsversorgung leisten, wird ihnen das Leben oft schwer gemacht. So ist die Investitionsfinanzierung in etlichen Bundesländern zu niedrig. In der Regel müssen kommunale Häuser daher Investitionen aus der eigenen Tasche finanzieren und können beispielsweise nicht wie private Häuser auf die Hilfe eines finanziell potenten Trägers bauen oder sich problemlos am Kapitalmarkt bedienen. Das führt häufig zu tiefroten Zahlen. Deswegen wollen wir die Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser reformieren und so auch die Situation kommunaler Häuser verbessern. Als grüne Bundestagsfraktion schlagen wir vor, Kassen in die Verantwortung für die

Investitionsfinanzierung einzubeziehen und sie zugleich bei der bislang allein den Ländern vorbehaltenen Krankenhausplanung zu beteiligen.

Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft sind außerdem bislang häufig nicht gut mit anderen kommunalen Häusern vernetzt. Dabei könnten durch ihre engere Zusammenarbeit sowohl wirtschaftliche Vorteile als auch eine bessere Versorgung erreicht werden. Ein wichtiger Vorteil kommunaler Häuser vor allem gegenüber Häusern in privater Trägerschaft ist ihre über einen langen Zeitraum gewachsene Verankerung in der Region. Dies führt zu einer hohen Verbundenheit der Menschen vor Ort mit „ihrem“ Krankenhaus. Aus unserer Sicht müssen (kommunale) Krankenhäuser künftig auch in der ambulanten Versorgung eine größere Rolle spielen. Damit könnten Hürden zwischen den Sektoren abgebaut und doppelt vorhandene, damit auch unwirtschaftliche Versorgungsstrukturen vermieden werden. Für dieses Ziel sind nicht nur andere rechtliche Rahmensetzungen nötig. Es bedarf hierzu auch Veränderungen der Arbeitskultur und bei den Arbeitsabläufen in den (kommunalen) Krankenhäusern.

## **2.5 Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) – Akteure besser vernetzen**

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der kommunalen Gesundheitsämter leisten einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit der Menschen in der Region. Mancherorts übernimmt der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) neue wichtige Aufgaben: Er koordiniert etwa Gesundheitskonferenzen, erhebt und wertet Daten zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in der Region aus (Gesundheitsberichterstattung). In vielen Kommunen jedoch ist der ÖGD nur noch ein Schatten seiner selbst. Er wird seit Jahren finanziell und strukturell vernachlässigt und leidet unter Personalmangel und Nachwuchssorgen. Das liegt auch daran, dass im 2015 beschlossenen Präventionsgesetz dem ÖGD nur eine untergeordnete Rolle zugeschrieben wurde.

Notwendig ist daher, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst durch Länder und Kommunen besser ausgestattet wird. Er muss zudem zu einem zentralen Akteur für Gesundheitsförderung und Prävention aufgewertet werden. Auch in der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte und weiterer Gesundheitsberufe muss dem ÖGD ein größerer Stellenwert eingeräumt werden.

## **2.6 Regionale Gesundheits- und Pflegekonferenzen – Zusammen für ein Angebot, das passt**

In etlichen Bundesländern gibt es mittlerweile auf kommunaler oder regionaler Ebene Gesundheitskonferenzen. Gemeinsames Ziel der Beteiligten in den Konferenzen: Die Menschen in der Region sollen möglichst lange gesund bleiben und gut versorgt werden. Dafür arbeiten sie daran, die Angebote in der Gesundheitsförderung und in der Gesundheitsversorgung besser zu koordinieren und am Bedarf in der Region auszurichten. Hier kommen verschiedenste Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitswesen zusammen: Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Krankenhäuser und Krankenkassen und viele weitere erfassen gemeinsam die gesundheitliche Situation der Menschen. Sie planen zusammen spezifische Maßnahmen, um Gesundheit zu erhalten, die Strukturen der Gesundheitsversorgung zu stärken und besser miteinander zu verzahnen. Die Gesundheitskonferenz kann darüber hinaus Kooperationen mit lokalen Arbeitgebern schließen, um die Gesundheitsförderung in Betrieben zu verbessern, aber auch Akteure aus Bildung und Bauplanung einbeziehen. Ziel ist es, damit Menschen in der Region lange gesund bleiben und im Krankheitsfall eine qualitativ hochwertige Versorgung erhalten, die in die Region passt. Es gibt bereits viele gute Beispiele wie etwa im Landkreis Reutlingen, der sich selbst als „Rendezvous mit der Gesundheit“ bezeichnet: Es gibt beispielsweise Erhebungen, die zeigen, wie viele Allgemeinmediziner in den kommenden Jahren in Rente gehen. So kann der künftige Bedarf ermittelt und rechtzeitig Nachfolgerinnen und Nachfolgern angeworben werden bevor die hausärztliche Versorgung nicht mehr gewährleistet ist. All dies dient einer optimalen Gesundheitsförderung und einer guten Versorgung der Menschen vor Ort. Dieses Instrument muss weiter gestärkt werden. Etwa mit einer besseren Vernetzung durch eine bundesweite Plattform der Gesundheitskonferenzen. So können Erfahrungen besser ausgetauscht werden. Zudem sollten die bestehenden Konferenzen auch in die Arbeit der Landesgremien nach § 90 a SGB V einbezogen werden. Von großer Bedeutung für wirksame kommunale Gesundheitskonferenzen ist darüber hinaus auch ein starker öffentlicher Gesundheitsdienst.

### **3. FAZIT**

Kommunen werden häufig nur als Lückenbüßer gesehen, wenn es Engpässe in der Gesundheitsversorgung gibt. Gibt es regional Ärztemangel oder ist dieser absehbar, dann wird nach den Kommunen gerufen. Sie sollen Stipendien für künftige Ärztinnen und Ärzte in der Region bezahlen oder kostengünstige Praxisräume zur Verfügung stellen. Obgleich diese Maßnahmen im Einzelnen berechtigt sein mögen, werden sie dem bereits vorhandenen Gestaltungswillen vieler Kommunen überhaupt nicht gerecht. Denn viele Kommunen und Landkreise wollen aktiver als bislang möglich für die Gesundheit der Menschen vor Ort Verantwortung übernehmen. Mit unseren Vorschlägen unterstützen wir dieses Anliegen. Wir sind davon überzeugt, dass ein stärkeres Engagement der Kommunen ein Schlüssel ist, bestehende Probleme in der Gesundheitsversorgung zu beheben.

# Sektorenübergreifende Organisation des Gesundheitswesens:

Eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung muss für jede und jeden gegeben sein. Wir wollen eine bedarfsgerechte, flächendeckende, ohne Hürden zugängliche, medizinische und psychotherapeutische Versorgung für alle Menschen in Deutschland. Dies muss auch in ländlichen und sozial benachteiligten städtischen Gebieten sichergestellt sein. Hierzu wollen wir eine sektorenübergreifende Planung und vernetzte, qualitativ hochentwickelte und für alle erreichbare ambulante und stationäre Angebote. Um Krankheiten vorzubeugen, ist die Förderung gesunder Lebensbedingungen im beruflichen, öffentlichen und privaten Bereich unerlässlich.

## 1. Problemanalyse

Das deutsche Gesundheitswesen ist stärker als Gesundheitssysteme in anderen Ländern durch unkoordinierten Zugang und hohe Hürden zwischen ambulanter und stationärer Medizin geprägt. Dies führt zu Nachteilen für die Patienten, z.B. durch unzureichenden Informationsfluss zwischen den Sektoren, durch ein „Verschieben“ von Patienten in den jeweils anderen Sektor u.a. zur Entlastung des eigenen Budgets oder durch Zugangsbeschränkungen für einzelne Patientengruppen (z.B. stehen viele ambulante Leistungen im Krankenhaus nur Privatpatienten offen). Weiterhin werden in Deutschland zu viele Krankheitsbilder stationär behandelt; die Fallzahlen im Krankenhaus sind gerade in den letzten Jahren wieder deutlich angestiegen. Zum Beispiel gibt es in Deutschland 5,5 Krankenhausbetten auf 1000 Einwohner, in Schweden hingegen nur 2,6. In Deutschland liegt die Zahl der Krankenhausaufenthalte bei 240 auf 1000 Einwohner im Jahr, im OECD-Durchschnitt nur bei 155. Insgesamt verursacht die sektorale Begrenzung im deutschen Gesundheitswesen hohe Kosten.

Gleichzeitig ermöglicht die sektorale Trennung in einem zunehmend durch kommerzielle Interessen geleiteten System medizinisch nicht indizierte Verhaltensweisen zwischen den Akteuren im Sinne einer gegenseitigen Erlösoptimierung. Dieses gilt insbesondere mit Blick auf unternehmerische Strategien durch die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), der durch Krankenhäuser geführte Aufkauf von Arztsitzen und [Prämienmodellen] zwischen Zuweisern und Krankenhäusern.

Sowohl die informationellen Defizite als auch die betriebswirtschaftlichen Optimierungsstrategien lassen die bestehende sektorale Trennung damit volkswirtschaftlich und hinsichtlich der medizinisch-therapeutischen Wirksamkeit als wenig wünschenswert erscheinen.

Im Abbau sektoraler Hürden liegt also eine große Chance, um die Patientenversorgung zu verbessern, die Patientenzufriedenheit zu erhöhen und auch um qualitätssichernde Maßnahmen durch den gesamten Patientenverlauf zu erleichtern. Außerdem können Effizienzreserven genutzt

und Kosten gesenkt werden und damit ein Beitrag zur Zukunftssicherung des deutschen Gesundheitswesens geleistet werden.

Struktureller Hintergrund sind auch die historisch bedingten zersplitterten Zuständigkeiten in der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung als Teil der sozialen Daseinsvorsorge. Während für die Krankenhausversorgung seit den 1970er Jahren die Länder planerisch zuständig sind, ist die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung Aufgabe der berufsverbandlich organisierten Kassenärztlichen Vereinigung. Daraus resultierend finden wir auch budgetär getrennte Finanzkreisläufe.

Für andere gesundheitliche Versorgungssektoren, wie Pflege, Rehabilitation und die Prävention finden sich keine oder, wie bei der Pflege, wenig wirksame strukturelle Steuerungsinstrumente.

Als allgemeiner Trend lässt sich feststellen, dass in den letzten 25 Jahren bei der Steuerung im Gesundheitssystem finanzielle Anreizsysteme zunehmende Bedeutung eingeräumt worden ist. Trotzdem konnten damit die Gesamtsystemausgaben nicht gedämpft werden; im Gegenteil sind die Ausgaben sogar stärker gestiegen, wie auch die Beispiele Niederlande, Großbritannien und USA zeigen, die ebenfalls stark auf finanzielle Anreizsysteme gesetzt haben.

Zur Überwindung der genannten Sektorengrenzen und der Steuerungsdefizite sind integrierte, sektorenübergreifende Versorgungsformen und Entgeltsysteme erforderlich.

## 2. **Warum brauchen wir eine sektorübergreifende Versorgung?**

Die Enquetekommission des Deutschen Bundestags „Demografischer Wandel“ hat bereits in ihrem 1. Zwischenbericht Mitte der 90er Jahre darauf hingewiesen, dass es zur Bewältigung der Herausforderungen des demografischen Wandels besondere sektorübergreifende, den sozialen und bevölkerungsstrukturellen regionalen Bedingungen angepasste Versorgungsangebote bedarf. Die Kommission wies dabei darauf hin, dass es in den zurückliegenden Jahrzehnten gelungen ist, den Gesundheitszustand im Vergleich der Alterskohorten zu verbessern, dass also etwa die 60 bis 70 jährigen im Vergleich zur Vorgängergeneration einen besseren Gesundheitszustand und damit eine höhere Aktivität und gesellschaftliche Teilhabefähigkeit aufwiesen.

Die demografischen Veränderungen, also die Zunahme Älterer und Hochbetagter sowie die kulturelle Diversifizierung durch Pluralität von Lebensentwürfen und Zuwanderung, aber auch die gesellschaftliche Ausdifferenzierung (ökonomisch und sozial), bedingen einen veränderten Zugang zu und Bedarf an gesundheitlichen Leistungen, gerade auch im paramedizinischen Bereich. Die Folge sind Mehrfach- und chronische Erkrankungen, ein kulturell bedingt veränderter Zugang zum Gesundheitssystem, eine Veränderung der ökonomischen Fähigkeit zur Selbsthilfe und vor allem eine erhöhte Fragilität sozialer und familiär unterstützender Netzwerke.

## 3. **Alternativen - Wie machen es andere?**

Auch in der Geschichte unseres Landes gab und gibt es unterschiedliche Formen sektorübergreifender Versorgung. Bis zum Beginn der Nazidiktatur wurden durch einzelne Ortskrankenkassen Ambulatorien mit angestellten Ärzten geführt, eine Tradition die in der DDR in

Form von Polikliniken, Ambulatorien und Dispensaries wieder auflebte. Vorbild waren dort neben der UdSSR vor allem die skandinavischen Länder. Mit der deutschen Einheit wurden diese Einrichtungen dem als überlegen angenommenen Betriebstypus der ärztlichen Einzelpraxis geopfert. Polikliniken an Universitätskliniken, aus Gründen der Forschung und Lehre, sowie Institutsambulanzen, v.a. bei Versorgungsmängeln, die nicht durch persönlich ermächtigte Ärztinnen und Ärzte behoben werden können, stellen die ältesten Elemente einer sektorenübergreifende Versorgungsstruktur im Nachkriegsdeutschland dar, die aber nie wirklich integrativ angelegt waren.

Das Ende der Weimarer Republik und der Beginn der Nazi Herrschaft waren die entscheidenden Jahre für die grundsätzliche Struktur des heutigen deutschen Gesundheitssystems; dabei fand insbesondere eine Festlegung auf die selbständige ärztliche Einzelpraxis und damit eng verbunden auf den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung durch die Kassenärztliche Vereinigung statt. Abweichende Möglichkeiten zur Versorgungsstruktur sind in den letzten zwei Jahrzehnten zwar geschaffen worden, um die transsektorale Zusammenarbeit zu verbessern. Hierzu zählen u.a. die Integrierte Versorgung nach §140 SGB V, die prästationäre Behandlung nach §115a SGB V zur Vorbereitung und Überprüfung der Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts, die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und zuletzt die ambulante Spezialärztliche Versorgung (ASV) an Krankenhäusern als Neufassung des §116b SGB V. Durch diese Maßnahmen konnten einzelne Verbesserungen in der transsektoralen Zusammenarbeit erzielt werden, eine grundsätzliche Überwindung der Sektorengrenzen ist jedoch nicht gelungen. Die Integrierte Versorgung hat bislang insgesamt keine ausreichende Durchschlagkraft in der Breite erlangt. Die Wirkung der ASV kann noch nicht beurteilt werden, sie ist jedoch von ganz erheblichen bürokratischen Aufwänden geprägt und jeweils nur auf einzelne Krankheiten zugeschnitten. Es ist nicht zu erwarten, dass dieses Instrument über Einzelerfolge hinaus am grundsätzlichen Problem etwas ändern wird.

Insgesamt haben diese Instrumente im System keinen grundlegenden Wandel bewirkt, zum einen, weil sie vor allem als wettbewerbliche Alternativen zum vorherrschenden Versorgungsmodell und weniger als versorgungsstrukturelle Einrichtungen etabliert werden, zum anderen, weil sie quer zu den bestehenden Instrumenten und Einrichtungen der Gesundheitsstrukturplanung liegen.

Lange Zeit als Vorbild für Modelle sektorübergreifender Versorgung galten die seit den 70er Jahren etablierten Managed Care Modelle der USA (Health Maintenance Organizations (HMO), Preferred Provider Organisation u.ä.). Sie organisieren meistens regional gebunden vor allem im Kontext der staatlichen Sicherungssysteme (insbes. Medicare und Medicaid) auf Basis eines Health-Care-Plans die gesundheitliche Versorgung in Form von Netzwerken gesundheitlicher Dienstleister. Dabei sind sie bisweilen selbst Versicherer oder auf der anderen Seite Mittler zwischen Leistungserbringern und Versicherern bzw. öffentlichem Leistungsträger. War in den Anfangszeiten der überwiegende Teil gemeinwirtschaftlich und orientierte sich teilweise explizit an europäischen Modellen (z.B. die französischen Dispensaires), wandelt sich seit Ende der 1980er Jahre die Struktur und for-profit-orientierte Unternehmen begannen das Feld zu dominieren, bei einem gleichzeitig stattfindenden

Konzentrationsprozess. Besonderheiten von Managed-Care-Organisationen sind die eingeschränkte Wahlfreiheit, der Wandel hin zum angestellten Arzt und die einheitlichen Vergütungen innerhalb des Netzwerks / der Organisation. MCOs dienen aber nicht prinzipiell der Förderung der sektorübergreifenden Zusammenarbeit, sondern vor allem der Qualitätssicherung und der Dämpfung der bekannt hohen Ausgabedynamik im us-amerikanischen Gesundheitssystem.

Angesichts der besonderen strukturellen Probleme, der hohen Kosten, dem eingeschränkten Zugang, den Effektivitätsproblemen, wie etwa dem Rückgang der Lebenserwartung des ärmsten Quartils der us-amerikanischen BürgerInnen, kann das us-amerikanische Gesundheitssystem nicht als das Vorbild gelten. Europäische, vor allem nordeuropäische Gesundheitssysteme weisen bessere Ergebnisse in Hinsicht auf Zustimmung, Zugänglichkeit, Wirksamkeit und volkswirtschaftliche Effizienz auf.

### **Schauen wir daher in die europäische Nachbarschaft.**

Dispensaires nennen sich die sozialmedizinischen Gesundheitszentren innerhalb des französischen Gesundheitssystems. Entstanden sind sie aus der Tradition der Armenmedizin des 19. Jahrhundert. Schon früh gab es spezialisierte Zentren, die sich mit besonderen Erkrankungen befassten (z.B. Tuberkulose) bzw. sich der Gesundheit besonderer sozialer Gruppen widmeten (z.B. Prostituierte, pädiatrische Medizin). In der Regel handelt es sich um die Verbindung der Primär und der Sekundärversorgung (Allgemeinmedizin und fachärztliche Versorgung, ergänzt um sozialmedizinisch-therapeutische Anteile).

In den Niederlanden hingegen wird die fachärztliche Versorgung (Sekundärversorgung) an den Krankenhäusern konzentriert. Die diagnosebezogenen Fallpauschalen beinhalten daher auch Entgeltanteile für die ambulante fachärztliche Versorgung (seit 2005 Diagnose Behandlung Combinaties (DBC)). Die fachliche Vorbildfunktion des niederländischen Gesundheitssystems ist in vielen Bereichen (etwa Hygiene, Pflege) unbestritten. Seit der Einführung des einheitlichen Marktes 2006 (mit de-facto-Auflösung der Sozialversicherung) und der DBC 2005, ist es dennoch, gemessen am Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP, von einem guten Mittelfeldplatz zum zweit teuersten Gesundheitssystem der Welt mutiert.

Die skandinavischen Länder kombinieren sektorübergreifende Versorgungsmodelle mit regionaler bzw. kommunaler Steuerung bei ebenfalls regionalisierter Budgetverantwortung. Die Primärversorgung wird durch Gesundheitszentren, in denen auch Sozialarbeit integriert wird, auf vor allem kommunaler Ebene abgebildet. Die Sekundär- und Krankenhausversorgung ist etwa in Finnland auf der Basis interkommunaler Zusammenarbeit organisiert. Probleme entstehen dann auch vor allem an den Schnittstellen zwischen Primär- und Sekundärversorgung. Hervorzuheben ist also vor allem die regionale/kommunale Steuerung als explizites Steuerungsmodell. Die skandinavischen Modelle überzeugen durch hohe Versorgungsqualität (bei der Bekämpfung multiresistenter Keime liegen sie regelmäßig vorn, hohe Zugänglichkeit, hohe Lebenserwartung) und überdurchschnittliche Zufriedenheit der Bevölkerung. Allerdings ist in der Regel die freie

Arztwahl eingeschränkt. In Finnland hat man dazu das Konzept des bevorzugten Arztes innerhalb des lokalen Gesundheitszentrums eingeführt.

Sowohl national als auch international finden sich zahlreiche Beispiele für gewachsene, aber auch gesundheitspolitisch entwickelte Formen sektorübergreifender Versorgung. Da die Entwicklungspfade jeweils zu unterschiedlich sind, kann man diese nicht einfach übertragen. Allerdings werden Elemente deutlich, die bezüglich der ärztlichen Arbeit in der Integration der stationären und der fachärztlichen Versorgung bestehen und auf der Ebene der Primärversorgung andere Aufgaben und Berufe integrieren, mit der Orientierung auf Prävention, Frührehabilitation und soziale Arbeit. Auch wird deutlich, dass Instrumente kommunaler bzw. regionaler Steuerung im Sinne der Planung, Koordinierung und Leistungsabstimmung übliche Instrumente bei der Umsetzung sektorübergreifender Versorgungsstrukturen und –modelle sind. In vor allem marktwirtschaftlichen Systemen (USA), werden diese selektiv durch kommerzielle oder bisweilen auch gemeinwirtschaftliche Managed-Care-Organisationen wahrgenommen (vor allem USA), während öffentliche Gesundheitssysteme für diese Aufgabe/Funktion auf öffentliche Gebietskörperschaften zurückgreifen.

#### 4. **Elemente für eine zukünftige Strukturierung. Mittel- und langfristige Maßnahmen**

Orientiert an den vorgenannten strukturellen Prinzipien sind in Deutschland die Instrumente für eine sektorübergreifende Versorgung zu entwickeln bzw. auszubauen. Darüber hinaus muss die Koordination der Versorgung von Patienten\*innen verbessert werden.

1. Koordinierte , krankheitsübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung
2. Integration der bisher getrennten Steuerungsgremien in eine sektorenübergreifende Steuerung.
3. Stärkung regionaler Steuerung durch Einrichtung und fachliche Ermächtigung von Regionalkonferenzen.
4. Sektorübergreifende, aufgabengerechte Finanzierungssysteme.
5. Ermöglichung und Entwicklung regionaler Initiativen zur sektorübergreifenden Versorgung besonderer Personengruppen
6. ...

#### 1. KOORDINIERT E , KRANKHEITSÜBERGREIFENDE UND SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG

Die bisherigen Verträge (§140 SGB V) haben das Problem der sektoralen Trennung nicht gelöst. Krankheitsübergreifende Versorgungsformen sind eine mögliche Option, wenn sie nicht nur innerhalb des ambulanten Sektors integrierend wirken, sondern auch Krankenhäuser mit einbeziehen. Aus den Erfahrungen mit IV-Verträgen hat man gelernt, dass für die Verbesserung der medizinischen Versorgung Vernetzung allein, z.B. in Gesundheitsnetzen oder Ärztenetzen, nicht ausreicht. Gerade vor dem Hintergrund einer immer älter und damit mehrfach chronisch kranken Bevölkerung ist eine qualifizierte Versorgungskoordination durch wohnortnahe Hausarztpraxen mit Fachärzt\*innen für Allgemeinmedizin unumgänglich.

In den Hausarztverträgen nach § 73b SGB V und den angedockten Facharztverträgen ist dies ein wesentliches Element. Wie eine Evaluation aus Baden-Württemberg - einem Gebiet mit hohen Teilnehmerzahlen (4500 Hausärzte und 1,4 Mio Versicherte) - zeigt, wird die Versorgung effizienter und preisgünstiger. Z. B. werden dadurch überflüssige Krankenhausaufnahmen reduziert, die Teilnahme an strukturierten, bereits positiv evaluierten Chronikerprogrammen erhöht und Medikamentenkosten reduziert. Parallel wurde dort die Qualifizierung der Praxisteams durch werbefreie Fortbildungen zu versorgungsrelevanten Themen und Qualifizierungen der MFAs zu Versorgungsassistentinnen verbessert.

ZU DEN RAHMENBEDINGUNGEN FÜR EINE GUTE MEDIZINISCHE VERSORGUNG GEHÖRT AUCH DIE VERGÜTUNG. DIE BISHERIGEN VERGÜTUNGSFORMEN NACH DIAGNOSEN UND PROZEDUREN HABEN SICH NICHT BEWÄHRT. DIE DRGs IM KRANKENHAUSBEREICH HEIZEN DEN PATIENTENDURCHLAUF AN UND FÖRDERN DIE DURCHFÜHRUNG SOGENANNTER „LUKRATIVER“ LEISTUNGEN. EIN ÄHNLICHER MECHANISMUS SPIELT SICH IM AMBULANTEN BEREICH DURCH DEN EbM AB. ÜBER-, UNTER UND FEHLVERSORGUNG SIND DIE FOLGE. DIE REFORMIERUNG DER VERGÜTUNG WEG VON PROZEDURENVERGÜTUNG, HIN ZU VERSORGUNGSPAUSCHALEN IST ÜBERFÄLLIG. KRITIKER, DIE BEFÜRCHTEN, DIE VERSORGUNG WÜRD DADURCH SCHLECHTER, SOLLTEN BEDENKEN, DASS MEDIZINISCHE VERSORGUNG BEREITS DURCH ZAHLREICHE GESETZE UND RICHTLINIEN REGLEMENTIERT IST (HAFTUNGSRECHT, STRAFRECHT, QUALITÄTSRICHTLINIEN, HYGIENERICHTLINIEN, QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN, GERÄTERICHTLINIEN....)

## 2. EINHEITLICHE VERSORGUNGSPLANUNG AUF LANDESEBENE

Die Versorgungsplanung muss insgesamt grundlegend reformiert werden. Z.B. haben bei der Planung der Niederlassung die Kassenärztlichen Vereinigungen dahin gehend versagt, dass sie zu große Planungsbezirke zulassen. So gilt beispielsweise ganz Berlin als ein Zulassungsbezirk. Dies hat zur Folge, dass in Armutsquartieren und wenig versorgten Landkreisen die primärärztliche Versorgung sinkt. Diesem so genannten inverse care law sollte dadurch entgegengewirkt werden, dass primärärztlich tätige Praxen bei den zu versorgenden Menschen angesiedelt werden müssen - ein Kassenarztsitz sollte nicht von einem unterversorgten in einen eher reichlich versorgten Bezirk transferiert werden, in dem es besonders viele privat Versicherte gibt. Diese Versorgungssteuerungsmaßnahme wurde bisher versäumt. Außerdem wollen wir die Versorgungsplanung in Zukunft sektorenübergreifend gestalten. Kernbestandteil einer solchen Reform ist die Zusammenführung von stationärer und ambulanter Planung in einem Landesversorgungsplan. Hierzu gehört auch eine gründliche und vorausschauende Analyse des tatsächlichen und zukünftigen Versorgungsbedarfs in einem Land bzw. einer Region, differenziert nach Versorgungsstufen.

## 3. REGIONALKONFERENZEN SOLLEN AUF DER EBENE VON STÄDTEN UND LANDKREISEN EINGERICHTET WERDEN.

Bereits jetzt finden sich in mehreren Bundesländern Regelungen zu Regionalkonferenzen, etwa in Form von Gesundheits- oder Pflegekonferenzen. Im Entwurf zum 3. Pflegestärkungsgesetz (PSG III) etwa wird die Pflegekonferenz als reguläres Instrument der Pflegestrukturplanung und zielorientierten

Weiterentwicklung des regionalen Pflegesystems genannt. Für das Thema Gesundheitskonferenzen (also Akutversorgung) sowie Prävention steht ein solches gemeinsames Verständnis noch aus.

Die Aufgaben und Kompetenzen innerhalb des Versorgungssystems sind in der Regel sehr unklar definiert, auch der Entwurf zum PSGIII schafft hier keine Klarheit, so dass die Pflegekonferenzen häufig, auch bei landesgesetzlicher Regelung, wenig Wirkung erfahren. Auch ist die regionalpolitische Kompetenz für Gesundheitssystemfragen aufgrund der mangelhaften Handlungskompetenz wenig ausgeprägt.

Zurzeit obliegt es den jeweiligen Ländern und Kommunen, die Organisationsstruktur der Gesundheitskonferenzen festzulegen. Eine Lösung besteht darin, dem öffentlichen Gesundheitsdienst hier eine koordinierende Stellung zuzuweisen (s. Hessen). Die Gesundheitskonferenzen können Empfehlungen und Problemlösungsvorschläge erarbeiten, Informationen an die Planungsebene (Länder, KVen) weitergeben und diese zur Behebung von Defiziten vor Ort auffordern. Sie können desweiteren sektorenübergreifende (Modell-) Projekte vorbereiten und begleiten,

Wichtigste Aufgabe der Regionalkonferenzen sollte es sein, den Dialog zwischen den ambulanten und stationären Gesundheitsversorgern sowie Patientenvertretern in strukturierter Weise zu ermöglichen. Dabei sollen in den einzelnen Versorgungsbereichen Defizite (oder Elemente der Überversorgung) und Schnittstellenprobleme identifiziert und Lösungen entwickelt werden. Die Regionalkonferenzen sollen in festzulegenden zeitlichen Abständen für alle wichtigen medizinischen Bereiche eingerichtet werden und in angemessener Weise themenbezogen alle relevanten AkteurInnen (wie ÄrztInnen, TherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, PsychotherapeutInnen, öffentlicher Gesundheitsdienst oder PflegerInnen) einbeziehen.

Weiterhin kommt den Regionalkonferenzen eine wichtige Aufgabe im Bereich der Prävention zu, etwa für die Entwicklung lokaler Präventionsstrategien, dabei unter Identifizierung sozialer Brennpunkte mit besonderer Notwendigkeit für präventive Maßnahmen.

#### 4. REGIONALE GESUNDHEITSBUDGETS SIND ALS ALTERNATIVE ZU DEN HEUTIGEN LANDESWEITEN SEKTORALEN BUDGETS ZU DISKUTIEREN.

[Ein Gesundheitssystem, das den Patientennutzen in den Mittelpunkt stellt und eine effiziente Versorgung auf hohem Qualitätsniveau anstrebt, muss sowohl die regionalen, wie auch die überregionalen Versorgungseinrichtungen (Maximalversorger, Universitätskliniken, hochspezialisierte niedergelassene Ärzte) jenseits von Sektorengrenzen in den Fokus nehmen.] (Andere Stelle?)

Anstelle der heutigen sektoralen Budgets sind mittel- und langfristig regionale Budgets anzustreben.

Solche Regionalbudgets sind typisch für skandinavische Versorgungssysteme, aber auch in Deutschland sind Modelle bereits in der psychiatrischen Versorgung in Modellprojekten erprobt worden.

Eine budgetäre Umstellung ist ein langfristiger Prozess und erfordert Gesetzesänderungen im SGB V. Es ist zu prüfen, ob nicht bereits im Rahmen der aktuellen Gesetzeslage Modellprojekte möglich sind, in deren Rahmen ein regionales Gesundheitsbudgets transsektoral aufgestellt und verwaltet werden. Beispiele finden sich in der psychiatrischen Versorgung, bei denen regionale Versorgungsbudgets „erprobt“ wurden, um integrierte Versorgungsmodelle zu forcieren. (z.B. Kreis Steinberg). Die sektorenübergreifende Versorgung ist im psychiatrischen Bereich besonders relevant und wurde von Kritikern und kritischen Verbänden in der PEPP-Diskussion vorgeschlagen.

5. NATIONALE VERSORGUNGSLEITLINIEN REGELN, AUF WELCHER VERSORGUNGSEBENE WELCHE PATIENT\*INNEN (WELCHE KRANKHEITSBILDER) VERSORGT WERDEN.

Dies soll der starken Heterogenität der Lösungen in der deutschen Versorgungslandschaft entgegenwirken. Die Leitlinien haben empfehlenden Charakter. Bei der praktischen Realisierung ist zu berücksichtigen, dass

a) individuelle Besonderheiten des einzelnen Patienten Abweichungen (z.B. Alter, individuelle Gesundheitsrisiken, die sozialen Möglichkeiten und Fähigkeiten zur häuslichen Betreuung) von den Empfehlungen bedingen müssen, und dass

b) regionale Versorgungsbesonderheiten bestehen können, die zunächst aufgrund struktureller Gründe (etwa Personalmangel, regionale Verfügbarkeit in ländlichen Regionen) nicht verändert werden können.

Ziel dieser Versorgungsleitlinien muss es sein, eine möglichst am Patientennutzen orientierte Versorgung zu ermöglichen und Effizienzreserven im deutschen Gesundheitswesen zu heben.

## 5. Nächste Maßnahmen

Gerade die Verknüpfung der fachärztlichen ambulanten und der fachärztlichen stationären Versorgung gehört in anderen Ländern zur Selbstverständlichkeit, sei es die Durchführung der fachärztlichen Versorgung direkt in den Krankenhausambulanzen (z.B. in den Niederlanden, aber auch etwa in Südkorea), sei es durch die gleichzeitige Tätigkeit von Ärzten in der stationären Versorgung sowie in der (eigenen) Niederlassung (z.B. USA, tlw. in Skandinavien), sei es durch die systemisch-organisatorische Verknüpfung der fachärztlichen und der Krankenhausversorgung. Erste Schritte eine Versorgungsflexibilisierung sind zielführend:

1. WEITERENTWICKLUNG DES GEMEINSAMEN LANDESGREMIUMS NACH §90 SGBV

### Hintergrund:

Das Gemeinsame Landesgremium (§90a SGBV) soll weiterentwickelt werden, um eine integrierte Gesundheitsplanung auf Länderebene sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich zu ermöglichen. Derzeit liegt der Sicherstellungsauftrag für die Krankenhausversorgung (stationäre Akutversorgung) in der Hand der Länder, der Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung der Sozialversicherten in der Hand der kassenärztlichen Vereinigungen. Die Abstimmung zwischen beiden Bereichen ist unzureichend, teilweise gänzlich inexistent.

### Maßnahmen:

Kurzfristig sollen über das gemeinsame Landesgremium Absprachen und Informationen erfolgen, insbesondere um regionalen Versorgungsengpässen durch transsektorale Maßnahmen (z.B. Übernahme ambulanter Aufgaben durch Krankenhäuser, Mitwirkung niedergelassener Ärzte in Krankenhäusern) entgegenzuwirken. Langfristig ist eine integrierte Gesundheitsplanung in verpflichtender Form erforderlich, was eine Gesetzesänderung im SGB V notwendig macht.

2. STATIONÄRE AUFENTHALTE ERSETZENDE AMBULANTE UND TEILSTATIONÄRE VERSORGUNG IM KRANKENHAUS

### Hintergrund:

Viele der heute in Deutschland stationär erbrachten Leistungen werden in anderen Ländern , unter Beachtung der verzahnten Versorgungsstrukturen, ambulant oder teilstationär erbracht und könnten auch in Deutschland im Interesse des Patienten in nicht (voll-)stationärer Form angeboten werden.

#### Maßnahmen:

Die ambulante und teilstationäre Behandlung im Krankenhaus ist als eigene Versorgungsaufgabe mit klar definiertem Leistungsspektrum und einer eigenen Vergütungsmatrix aufzubauen.

Durch diese neue Versorgungsaufgabe ist nicht beabsichtigt, ambulante Versorgungsangebote, die in der Versorgung durch niedergelassene ÄrztInnen etabliert und qualitativ hochwertig erbracht werden, ans Krankenhaus zu verlagern. Es geht vielmehr um das Schließen von Versorgungslücken. Leistungen, die in den ambulanten Versorgungsstrukturen bisher nicht erbracht werden können, sollen nicht vorwiegend vollstationär durch die Kliniken erbracht werden müssen, die Kliniken sollen hingegen mehr ambulante und teilstationäre Angebote machen können. Wo immer unter Berücksichtigung der Patientensicherheit und Behandlungsqualität diese Leistungen durch niedergelassene Ärzte erbracht werden können, soll der ambulante Sektor auch zur Leistungserbringung zugelassen werden und der Schwerpunkt der Leistungserbringung im ambulanten Sektor liegen.

Die Erbringung krankenhauserambulanten und teilstationärer Leistungen durch die Krankenhäuser soll von dem bisherigen Verfahren der Krankenhauseinweisung nicht abweichen, d.h. in der Regel eine Facharztüberweisung zur Voraussetzung haben. Ausnahmen sind Regionen und Fachgebiete mit unzureichender fachärztlicher Versorgung.

Weiterhin sollten Klinikambulanzen für die Behandlung seltener Erkrankungen generell geöffnet werden. Eine Definition der seltenen Erkrankungen soll sich an anerkannten Maßstäben orientieren und durch den GBA auf Vorschlag der ärztlichen Fachverbände und der Bundesärztekammer erfolgen.

Um eine solche alternative Versorgungsleistung für die Krankenhäuser wirtschaftlich tragfähig und damit erfolgreich zu gestalten und um in den ersten Jahre Erlöseinbrüche zu vermeiden, sollen die Erlöse für ambulante und teilstationäre Leistungen im Krankenhaus anfänglich nahe bei dem bisherigen DRG-Erlös liegen, um dann entsprechend der krankenhauserorganisatorischen Anpassungen schrittweise aufwandsgerecht angepasst zu werden. Ausreichende Erlöse zu Beginn würden es den Kliniken erlauben, die notwendigen Anpassungsmaßnahmen inklusive baulicher Maßnahmen vorzunehmen und eine ausreichende Routine mit dem neuen Leistungsgebiet zu schaffen.

### 3. AMBULANTE WEITERVERSORGUNG DURCH DAS KRANKENHAUS NACH SCHWEREN ERKRANKUNGEN

#### Hintergrund:

Im deutschen Gesundheitswesen werden erfolgreich aufwändige Behandlungen durchgeführt, häufig bleibt aber unklar, ob die akutmedizinischen Erfolge eine nachhaltige Wirksamkeit erzielen. Die Krankenhausärzte haben oft selbst keinerlei Informationen darüber, wie erfolgreich die Weiterbehandlung ihrer Patienten ist. Für viele Erkrankungen ist es erforderlich, über die Akutphase hinaus spezielle Maßnahmen zum Wohl der Patienten zu ergreifen und gleichzeitig den gesamten diagnostischen und therapeutischen Ablauf durch sektorenübergreifende Qualitätssicherungen zu begleiten. Volkskrankheiten wie der Schlaganfall oder der Herzinfarkt sind Beispiele für solche sektorenübergreifenden Erfordernisse.

### Maßnahmen:

Für definierte Krankheitsbilder soll den Krankenhäusern die Möglichkeit der poststationären Weiterbehandlung ihrer Patienten (über die bisherigen gesetzlichen Regeln des §115a SGBV hinaus) gegeben werden. Je nach Krankheitsbild kann die Dauer dieser ambulanten Weiterbehandlung zeitlich begrenzt werden. Für sehr komplexe Ursachen (Beispiel: seltene Schlaganfallursachen) müssen Ausnahmen für diese zeitliche Begrenzung möglich sein (etwa bis zum Abschluss des fallbezogenen Behandlungszyklus). Diese ambulante Weiterbehandlung muss durch qualitätssichernde Maßnahmen und wissenschaftlich begleitet werden. Für die einzelnen Krankheitsbilder sind Standards (GBA in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften) festzulegen, z.B. Mindestzahlen an Visiten. Beim Übergang eines Patienten ins vertragsärztliche System muss ein strukturiertes Übergangsmanagement erfolgen. Die Patienten müssen ein Wahlrecht bez. der Teilnahme an einem solchen poststationären Versorgungsprogramm haben. Die Bezahlung für den akutstationären und den poststationären Teil kann pauschaliert erfolgen. Darüber hinaus erscheinen Komplexpauschalen, die die stationäre und die spätere ambulante Behandlung umfassen möglich und sinnvoll.

## 4. INTEGRATION NIEDERGELASSENER ÄRZTE IM KRANKENHAUS

### Hintergrund:

Im Vertragsarztänderungsgesetz wurde vor zehn Jahren einerseits die Möglichkeit geschaffen, in der ambulanten Versorgung angestellte ÄrztInnen zu beschäftigten, andererseits wurde niedergelassenen Ärzt/innen die Möglichkeit eingeräumt, im Krankenhaus in Nebentätigkeit tätig zu sein. Die Tätigkeit im Krankenhaus darf allerdings die Tätigkeit in eigener Praxis nicht beeinflussen und darf daher bei Vollniederlassung 13 Wochenstunden, bei Teilniederlassung je nach Rechtsauffassung nicht mehr als 20 bzw. 26 Wochenstunden überschreiten. Es liegen kaum Daten vor, wie erfolgreich diese Form der Zusammenarbeit ist, aber versorgungspolitische Bedeutung hat sie bisher offensichtlich nicht. Abnehmende Bedeutung hat dagegen die klassische Form der vertragsärztlichen Tätigkeit am Krankenhaus, das Belegarztwesen. Die Zahl der BelegärztInnen hat von 1995 bis 2015 um etwa 10 Prozent abgenommen. Viele Gründe führten zu dieser Entwicklung, die Abnahme kleinerer Krankenhäuser, die Zunahme der Praxiskliniken, die Zunahme des ambulanten Operierens, aber auch die unzureichende Vergütung (zwanzig prozentiger Abschlag auf DRG-Fallpauschalen). Auf dem Vormarsch hingegen befinden sich Medizinische Versorgungszentren, die zunehmend durch Krankenhäuser betrieben werden, und in denen eine ebenfalls zunehmende Zahl angestellter ÄrztInnen tätig sind.

### Maßnahmen:

In Modellprojekten soll erkundet werden, welche Maßnahmen erfolgsversprechend sind, um niedergelassene Ärzte stärker in die Arbeit im Krankenhaus einzubinden. Optionen sind z.B. Stationen, auf denen niedergelassene Ärzte ihre Patienten auch im Krankenhaus weiterbetreuen können oder attraktivere Vergütungsmodelle für belegärztliche Tätigkeiten.

## 6. **Die Notfallversorgung**

### Hintergrund:

Ein besonders wichtiges Feld ist die Notfallversorgung. Eine koordinierte Zusammenarbeit von Notfallambulanzen der Krankenhäuser und der KV-Notdienstambulanzen ist erforderlich. Die Notfallambulanzen dienen der Versorgung von Patienten mit einem hohen Gefährdungspotenzial bei potenzieller Indikation zur unmittelbaren stationären Aufnahme, also grob gesagt einer konkreten Gefahrenabwehr. Die KV-Notdienstambulanzen dienen dagegen der Versorgung von Patienten ohne unmittelbar stationäre Indikation mit einem zeitlich indisponiblen Behandlungsdruck.

Die Notfallambulanzen sind überlastet, weil Patient\*innen ohne Bindung an eine Hausarztpraxis häufig direkt ins Krankenhaus gehen. Kritik an der vertragsärztlichen Notdienstversorgung ergibt sich aus der zum Teil schlechten Erreichbarkeit der ärztlichen Notdienste und aus der fachlichen Eignung der zum Dienst eingeteilten niedergelassenen ÄrztInnen. Häufig werden daher primär die Notfallambulanzen der nächstgelegenen Krankenhäuser angelaufen, deren Notfallambulanzen überlastet werden und dann im Triage-System manche Patienten stundenlang warten lassen (müssen). Die dort tätigen Assistenzärzte\*innen haben in der Regel keine allgemeinmedizinische Ausbildung, was die Kosten für technische Leistungen und Konsile durch Spezialisten bei der Diagnostik häufig unnötig erhöht. Die Krankenhausverwaltungen klagen nicht zuletzt dadurch über unzureichende Vergütung der Notfallversorgung in ihren Kliniken.

#### Maßnahmen:

Es bedarf einer einheitlichen Planung der Notfallversorgung durch Vertragsärzte und Krankenhäuser auf Landesebene. Dabei sollten KV-Notdienstambulanzen und Notambulanzen der Krankenhäuser zusammenarbeiten. Zur Entlastung der Notambulanzen der Krankenhäuser sind wie in Baden-Württemberg nahe gelegene Portalpraxen durch Vertragsärzte anzustreben, die Patienten behandeln, bei denen kein schweres akutes gesundheitliches Problem vorliegt.

Eine auskömmliche Finanzierung sowohl der Praxen als auch der Ambulanzen ist zwingend notwendig (Letzteres deutet sich in den Regelungen zur Krankenhausreform wenigstens an). Außerdem sind personelle Strukturvorgaben für die Notfallversorgung und Regelungen der Qualifikationsanforderungen für den ärztlichen Notfalldienst notwendig.

## **Pilotprojekte – Erprobung**

#### Hintergrund:

Gerade mit Blick auf die genannten gesundheitspolitischen Herausforderungen, die vor allem aus den sich verändernden und auseinandergehenden sozialen Lebenslagen resultieren, aber auch mit Blick auf die strukturelle Ausgangslage der Gesundheitssystemversorgung gibt es keinen Königsweg für den weiteren Ausbau sektorübergreifender Versorgung. Im Bundesgebiet verstreut finden sich insbesondere im Bereich der Betreuung und Versorgung chronisch Erkrankter eine Vielzahl von Einzelprojekten, lokalen Initiativen, therapeutischen Netzwerken, Case-Management-Projekten (CMP). Dabei spielen, etwa auch bei Menschen mit Demenz, individualisierte Versorgungsprogramme und –systeme zunehmend eine Rolle. CMP etwa sind seit 2002 gesetzlich geregelt. Es fällt aber schwer, diese ausreichend zu bewerten. Ergebnisse sind länderbezogen und auch kassenbezogen sehr unterschiedlich. Noch schwieriger ist die Bewertung von sozialgruppenbezogenen Angeboten, bei denen auch nicht-medizinische Fragen von Bedeutung

sind. Während wir es üblicherweise mit der Beurteilung der medizinisch-pflegerischen Wirksamkeit zu tun haben bedarf es gerade bei sozialgruppenbezogenen Modellprojekten der Beurteilung der sozialen Wirksamkeit.

### Maßnahmen:

Regional- und sozialorientiert statt wie jetzt überwiegend kassenbezogen und wettbewerbsorientiert. Durch den Kassenwettbewerb der letzten 20 Jahre hat nicht nur die Zahl der Gesetzlichen Krankenkassen um über 90 Prozent abgenommen. Damit verbunden ist auch ein Verlust von Betriebsnähe und Lebensweltorientierung einhergegangen. Soziale, biografie- und lebensweltorientierte sowie Gesundheitsarbeit kann aber nur lebensweltnah und alltagsorientiert organisiert werden. Hinzu kommt, dass wir es bei sektorübergreifenden Projekten, die kurative, rehabilitative und präventive Elemente beinhalten, innerhalb des sozialen Sicherungssystems mit geteilten Zuständigkeiten zu tun haben (Pflegeversicherung, Rentenversicherung, Kommune, Krankenversicherung, Unfallversicherung). Regionalkonferenzen oder, wo es diese nicht gibt, kommunale/regionale Gebietskörperschaften sollen entlang von regionalen Gesundheitszielen Ideen sammeln und Bedarfe erkennen und Modellprojekte initiieren und steuern.

Themenspeicher und Best-Practice-Modelle sind im Rahmen einer Netzwerkorganisation nach transparenten Bewertungskriterien zur Verfügung zu stellen. Die bisher sehr zersplitterten Zuständigkeiten für Projekte sektorübergreifender Versorgung (z.B. DMP beim Bundesversicherungsamt) sollten gebündelt werden.

# Essentials:

## A. *Übergeordnete/Perspektivische Vorschläge:*

1. Die Versorgungsplanung insgesamt muss grundlegend reformiert werden. Wir wollen die Versorgungsplanung in Zukunft koordiniert und sektorenübergreifend gestalten. Kernbestandteile einer solchen Reform sind das bundesweite freiwillige Angebot einer hausarztzentrierten Versorgung und die Zusammenführung von stationärer und ambulanter Planung in einem Landesversorgungsplan. Hierzu gehört auch eine gründliche und vorausschauende Analyse des tatsächlichen und zukünftigen Versorgungsbedarfs in einer Region, differenziert nach Versorgungsstufen.
2. Regionalkonferenzen sollen im Bereich der Städte und Landkreise geschaffen werden und wo sie bereits existieren, sollen ihnen in zunehmendem Maße qualifizierte Aufgaben und Kompetenzen zugewiesen werden. Den Regionalkonferenzen sollen zunächst Empfehlungen und Problemlösungsvorschläge erarbeiten und Projekte und Prozesse moderieren, Informationen an die Planungsebene (Länder, KVen) weitergeben und diese zur Behebung von Defiziten vor Ort auffordern. Vorbild hierfür könnten die kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) sein, wie sie bereits in NRW gesetzlich verankert und damit in allen Kreisen und kreisfreien Städten obligatorisch sind. KGK beraten Fragen der gesundheitlichen Versorgung, geben Empfehlungen, vereinbaren Lösungsvorschläge und setzen diese um; wirken zudem mit Stellungnahmen an der Gesundheitsberichterstattung mit. In den KGK wirken Vertreter\*innen aller wesentlichen Akteure der örtlichen Gesundheitsversorgung mit. (Hinweis: da die KGK in NRW ein gesetzlich abgesichertes Beratungsgremium ist, sind hier auch die Ratsfraktionen und der ÖGD vertreten)
3. Langfristig soll die „Gesundheitsregion“ Einheit einer integrierten stationären und ambulanten Planung werden, regionale Gesundheitsbudgets sollen sektorale Budgets ablösen.
4. Nationale Versorgungsleitlinien sollen u.a. regeln, auf welcher Versorgungsebene welche Patient\*innen (welche Krankheitsbilder) versorgt werden. Dies soll der starken Heterogenität der Lösungen in der deutschen Versorgungslandschaft entgegenwirken.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass

a) individuelle Besonderheiten des einzelnen Patienten immer Abweichungen (z.B. Alter, individuelle Gesundheitsrisiken, ggfs soziale Fähigkeit zur häuslichen Betreuung) von den Empfehlungen zulassen müssen und

b) regionale Versorgungsbesonderheiten bestehen können, die zunächst aufgrund struktureller Gründe (etwa Personalmangel, regionale Verfügbarkeit in ländlichen Regionen) nicht verändert werden können.

Ziel dieser Versorgungsleitlinien muss es jedoch sein, eine möglichst effiziente und am Patientennutzen orientierte Versorgung zu ermöglichen und Effizienzreserven im deutschen Gesundheitswesen zu heben.

## B. *C) Einzelmaßnahmen*

1. Das Gemeinsame Landesgremium nach §90a SGB V soll weiterentwickelt werden.

Dadurch soll eine sektorenübergreifende Gesundheitsplanung auf Länderebene sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich ermöglicht werden. Langfristig ist eine sektorenübergreifende Gesundheitsplanung in verpflichtender Form erforderlich.

2. Stationäre Aufenthalte ersetzende ambulante und teilstationäre Versorgung im Krankenhaus

Die ambulante und teilstationäre Behandlung im Krankenhaus muss als eigene Versorgungsaufgabe mit klar definiertem Aufgabenspektrum und einer eigenen Vergütungsmatrix aufgebaut werden.

Dies darf nicht dazu dienen, etablierte und qualitativ hochwertige ambulante Versorgungsangebote durch niedergelassene Ärzte ans Krankenhaus zu verlagern. Sie dient in erster Linie dazu, mittel- und langfristig Leistungen, die durch die Kliniken, aber nicht stationär, erbracht werden müssen, ambulant und teilstationär anzubieten. Wo immer diese Leistungen durch niedergelassene Ärzt\*innen erbracht werden können, soll der ambulante Sektor auch zur Leistungserbringung zugelassen werden. Die Erbringung ambulanter /teilstationärer Leistungen durch die Krankenhäuser soll in der Regel eine Facharztüberweisung zur Voraussetzung haben. Ausnahmen sind Regionen und Fachgebiete mit unzureichender fachärztlicher Versorgung.

### 3. Ambulante Weiterversorgung durch das Krankenhaus nach schweren Erkrankungen

Für definierte Krankheitsbilder soll den Krankenhäusern die Möglichkeit der poststationären Weiterbehandlung ihrer Patient\*innen (über die bisherigen gesetzlichen Regeln des §115a SGBV hinaus) gegeben werden. Je nach Krankheitsbild kann die Dauer dieser ambulanten Weiterbehandlung zeitlich begrenzt werden. Diese ambulante Weiterbehandlung muss durch qualitätssichernde Maßnahmen begleitet werden.

### 4. Krankheitsübergreifende sektorenübergreifende Versorgungsmodelle in Regionen

Die bisherigen vorwiegend krankheitsorientierten und auf einzelne Krankenkassen beschränkten IV-Verträge (§140 SGB V) haben das Problem der sektoralen Trennung nicht gelöst. Regionale krankheitsübergreifende Versorgungsmodelle sind eine Option, wenn sie offen für alle (betroffenen) Versicherten und außerdem nicht nur innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung wirken, sondern auch Krankenhäuser sowie Reha- und therapeutische Einrichtungen mit einbeziehen.

5. Die Hausarztzentrierte Versorgung auf freiwilliger Basis sollte bundesweit gefördert werden, um die Koordination der Versorgung zu sichern.

### 6. Best-Practice-Beispiele – Themenspeicher schaffen

Um die Arbeit der regionalen Akteure zu unterstützen ist eine Informationsstelle über Beispiele guter sektorübergreifender Versorgung und Lösungen für besondere sozialmedizinische Fragestellungen zu schaffen.