

Sozialdemokratischer Pressedienst

Chefredakteur:
Helmut G. Schmidt
Verantwortlich: Rudolf Schwinn

Telefon: (02 28) 9 16 20-0
Tele: 886 846 ppbn
Telefax: (02 28) 9 15 20-12

Inhalt

Joachim Poß MdB kommentiert die Diskussion über die Kilometerpauschale: Nicht abschaffen, sondern in Entfernungspauschale umwandeln.

Seite 1

Joachim Wahnschaffe MdL setzt sich mit der Sozialpolitik der CSU auseinander: Bayern ist Schlußlicht in der Altenpflege.

Seite 2

Dokumentation

Die Sozialdemokratische Gemeinschaft für Kommunalpolitik (Bundes-SGK) hat ein umfassendes Papier "für ein Umsteuern der Drogenpolitik in der Stadt" erarbeitet. Wortlaut von Teil I

Seite 3

48. Jahrgang / 227

29. November 1993

Nicht abschaffen, sondern in Entfernungspauschale umwandeln

Zur Diskussion über die Kilometerpauschale

Von Joachim Poß MdB

Finanzpolitischer Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion

Die SPD tritt dafür ein, daß die Kilometerpauschale in eine verkehrsmittelunabhängige Entfernungspauschale umgewandelt wird. Eine ersatzlose Abschaffung steht dagegen für uns nicht zur Diskussion.

Die SPD-Bundestagsfraktion hat im Deutschen Bundestag einen Antrag gestellt, daß ab dem 1. Januar 1994 jeder Arbeitnehmer für seinen Weg von der Wohnung zur Arbeitsstätte 0,65 DM je Entfernungskilometer steuerlich absetzen kann. Dies soll unabhängig davon gelten, ob ein Pkw benutzt wird (dies ist die Voraussetzung für die heutige Kilometerpauschale) oder ob der Weg mit öffentlichen Verkehrsmitteln, mit dem Fahrrad oder zu Fuß zurückgelegt wird. Die Entfernungspauschale stellt einen wesentlichen finanziellen Anreiz dar, das bisherige Verkehrsverhalten zu ändern und den Straßenverkehr zu entlasten. Dies würde nicht nur den Energieverbrauch vermindern, sondern auch Lärmbelastungen und Luftverschmutzungen vermeiden. Die Entfernungspauschale ist daher verkehrs- und umweltpolitisch sinnvoll. Eine ersatzlose Streichung der Kilometerpauschale würde hingegen die ohnehin in den letzten Jahren kräftig gestiegene Steuerbelastung für viele Arbeitnehmer noch höher treiben. Dies ist für die SPD nicht akzeptabel.

Die Umwandlung der Kilometerpauschale in eine verkehrsmittelunabhängige Entfernungspauschale ist auch für die öffentlichen Haushalte aufkommensneutral möglich, wenn auf die im sogenannten Steuerbereinigungs- und Mißbrauchsgesetz vorgesehene Anhebung des Kilometersatzes verzichtet wird. Die Entfernungspauschale ist einer der Hauptpunkte für das Ende dieser Woche beginnende Vermittlungsverfahren. Wir hoffen, daß die Kritik von Umweltpolitikern der Koalition an der Kilometerpauschale dazu führt, daß die Koalition mit uns gemeinsam die Einführung der Entfernungspauschale bereits zum 1. Januar 1994 beschließen wird.

(-/29. November 1993/rs/ks)

Verlag, Redaktion und Druck:

Sozialdemokratischer Pressedienst GmbH
Heussallee 2-10, Pressehaus 1/217, 53113 Bonn
Postfach 12 04 08, 53046 Bonn

Erscheint täglich von Montag bis Freitag.
Bezug nur im Abonnement. Preis DM 82,50 mit
zuzügl. MwSt. und Versand.

Vierfarbig • Umwelt
und recyclingfähiges
Recycling-Papier



Bayern ist Schlußlicht in der Altenpflege
CSU betätigt sich in Bonn als Bremsler

Von Joachim Wahnschaffe MdL
Sozial-Experte der SPD-Fraktion im Bayerischen Landtag

Die CSU-Mehrheit im Bayerischen Landtag hat einen von der SPD-Fraktion eingebrachten Gesetzentwurf über die Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege scheitern lassen. Die CSU verhindert somit ein modernes Ausbildungskonzept in der Altenpflege in Bayern.

Damit bildet das CSU-regierte Bayern in diesem wichtigen Ausbildungsbereich das Schlußlicht der Bundesländer, denn auch in der Pflegewissenschaft bewegt sich an bayerischen Hochschulen nichts. Die Sozialpolitiker in der CSU, die es ja noch geben soll, sind offensichtlich auf Tauchstation gegangen. Denn wenn sie eine leistungsfähige Pflegeversicherung wollen, müßten sie auch die Voraussetzungen für eine bessere Altenpflegeausbildung schaffen. Ohne gut ausgebildetes Personal nutzt die beste Pflegeversicherung nichts.

Wenn der zuständige bayerische Fachminister, Kultusminister Zehetmair, gegen die einhellige Meinung der Fachwelt erklärt, es bestehe kein Handlungsbedarf, dann hat er entweder die Problematik des sich verschärfenden Pflegenotstandes nicht verstanden oder er verschließt die Augen vor der Wirklichkeit. Die SPD-Landtagsfraktion hat nämlich ihren Gesetzentwurf erst nach ausführlicher Erörterung mit den Fachverbänden ins Parlament eingebracht. Realität ist weiterhin, daß Minister Zehetmair jetzt schon nicht weiß, wie er die knapp 20.000 Vollzeitstellen in der Altenpflege besetzen soll, die bis zum Jahr 2010 fehlen werden.

Wenn wir uns für die Aufgaben der Zukunft wappnen und den sich ständig steigenden quantitativen und qualitativen Anforderungen in der Altenpflege genügend Rechnung tragen wollen, müssen wir nicht nur das Berufsbild der Altenpfleger aufwerten und attraktiver machen, sondern auch ein Ausbildungskonzept entwickeln, das den Altenpflegern weitreichende Kompetenzen bis hin zu einer ganzheitlichen Pflege vermittelt.

Neben dem gesetzlichen Schutz der Berufsbezeichnung müssen für eine gesetzliche Regelung vier Ziele im Vordergrund stehen:

1. Dauer, Umfang und Anforderungsprofil der Ausbildung bedürfen einheitlicher Bestimmungen und sind dem erforderlichen Qualitätsstandard anzugleichen.
2. Schulgeldzahlungen werden ausgeschlossen.
3. Ein Anspruch auf Ausbildungs- und Weiterbildungsvergütung wird festgeschrieben, und für die Refinanzierung über die Pflegesätze muß eine Rechtsgrundlage geschaffen werden.
4. Die Fort- und Weiterbildung soll den Qualitätsstandard sichern helfen, zum Aufstieg in Leitungsfunktionen befähigen und den Zugang zu Fachhochschulen eröffnen.

Wir fragen, warum es in anderen Gesundheitsberufen - zum Beispiel in der Krankenpflege - längst bundeseinheitliche gesetzliche Regelungen gibt, nicht aber in der Altenpflege. Solange aber eine bundeseinheitliche Regelung nicht in Sicht ist, muß wenigstens ein bayerisches Gesetz beschlossen werden, das die unzureichenden Bestimmungen der Schulordnung ablöst.

(-/29. November 1993/rs/ks)

DOKUMENTATION

Bundes-SGK: Für ein Umsteuern der Drogenpolitik in der Stadt (Teil I)

Angesichts der insbesondere finanzpolitisch schwierigen Lage der Kommunen ist die Gefahr nicht von der Hand zu weisen, daß der Primat eines Haushaltsausgleichs gestalterische Ideen zu überlagern droht. Dabei gibt es neben der Bewältigung der kommunalen Finanzkrise sicherlich noch eine ganze Reihe anderer "dicker Bretter", die zu bohren sind. Die Drogenpolitik in den Städten ist hier als Beispiel zu nennen. Sie droht angesichts der in der Öffentlichkeit intensiv diskutierten Finanznot der Kommunen an den Rand des Interesses gedrängt zu werden. Demgegenüber will die Sozialdemokratische Gemeinschaft für Kommunalpolitik (Bundes-SGK) ein Zeichen setzen. Kommunale Drogenpolitik darf nicht auf der Stelle verharren und den Kampf gegen den Mißbrauch von Suchtmitteln verlorengelassen. In ihrem Argumentationspapier werden Wege zur Neuorientierung und zum Handeln vermittelt.

Was ist Sucht?

Sucht ist bedeutend älter als die wissenschaftliche Medizin. Suchtkrankheiten sind schwere psychische Erkrankungen. Sie haben gravierende soziale Folgen, sind mit einem hohen Risiko der Chronifizierung verbunden und erfordern differenzierte, aufwendige und langfristige Behandlungs- und (Wieder-) Eingliederungskonzepte.

In der Bevölkerung sind Suchtkrankheiten mehr noch als andere Formen psychischer Erkrankungen mit problematischen Einstellungen und Vorurteilen verbunden: Sie werden vielfach verharmlost oder als Ausdruck bloßer Willensschwäche moralisch negativ bewertet. Dies erschwert das rechtzeitige Aufsuchen von Hilfe sowohl für den Betroffenen wie für das Umfeld.

Nachdem Sucht (zunächst vorwiegend Alkohollismus) im wesentlichen als Folge von Willensschwäche verstanden und dementsprechend vor allem mit moralischen Appellen und mit Abschreckung bekämpft wurde, hat sich in den letzten Jahrzehnten ein differenzierteres Verständnis von Entstehung und Verlauf von Suchtkrankheiten entwickelt. Ohne hier im einzelnen auf den Stand der Forschung eingehen zu können, muß festgehalten werden, daß stets folgende Faktoren an Entstehung und Verlauf beteiligt sind:

1. die Persönlichkeitsentwicklung und die Persönlichkeitsmerkmale des Einzelnen vor dem Hintergrund von Anlage und Sozialisationsbedingungen; 2. das aktuelle soziale Umfeld: Lebensbedingungen, soziale Beziehungen, Familiensituation usw.; 3. gesellschaftliche Faktoren, wie die Bewertung von Suchtmittelgebrauch, die Verfügbarkeit von Suchtmitteln, aber auch Arbeiten und Wohnen; 4. die spezifischen Eigenschaften des Suchtmittels; 5. Konflikt- und Belastungssituationen als Auslöser von Suchtmittelgebrauch (vor allem Lebenskrisen und Lebensphasen besonderer Verletzlichkeit wie Pubertät oder Wechseljahre).

Auf der Grundlage dieser Faktoren können sich verschiedene Störungen und Abhängigkeitskrankheiten entwickeln. Die Besonderheiten des sozialen Umfeldes und die "Griffnähe" von Suchtstoffen können die Entwicklung einer spezifischen Abhängigkeitsform bahnen.

Weil Abhängigkeitserkrankungen nicht auf eine einzelne Ursache zurückgeführt werden können, gibt es auch keine einfache, ursachenbezogene Vorbeugung und Therapie.

Vor allem das Thema "illegale Drogen" beschäftigt Staat und Gesellschaft in der Bundesrepublik nunmehr 25 Jahre. Gegenüber den früher im Vordergrund stehenden Cannabisprodukten (Haschisch, Marihuana) stehen heute die weit gefährlicheren Drogen Heroin und Kokain und

deren Folgen für Einzelne sowie für die Gesellschaft im Zentrum der Diskussion. Die sogenannten harten Drogen führen in der Regel zu schweren körperlichen Abhängigkeitsformen, die für die Produzenten und Händler lukrative Gewinne versprechen, die Abhängigen aber in eine vielfach verzweifte Lebenslage bringen.

Drogenabhängigkeit ist ein gesamtgesellschaftliches Problem - aber auch die Kommunalpolitik muß handeln

Für die Kommunen hat sich die Problematik der Drogenabhängigkeit in den letzten Jahren grundlegend gewandelt und dabei quantitativ und qualitativ eine kaum vorhersehbare Dimension und Brisanz erreicht. Die in den späten 60er Jahren beginnende "Drogenwelle" schien zunächst vorrangig ein Phänomen des allgemeinen Jugendprotestes und beschäftigte auf seiten der kommunalen Verwaltung als abgrenzbarer und überschaubarer Aufgabenbereich zumelst allenfalls das Jugendamt. Heute sehen sich nahezu alle Kommunen mit einer offen zutage tretenden umfassenden Verelendungsproblematik konfrontiert. Die vor allem in den Innenstädten entstandenen offenen Szenen machen das Elend der Betroffenen für jedermann offensichtlich. Beschaffungskriminalität und Brutalisierung der Szene nehmen erschreckende Ausmaße an und lassen Rufe nach Sicherheit und Ordnung laut werden. In dieser schwierigen Situation haben die Kommunen eine doppelte Verpflichtung. Zum einen ist es notwendig, Drogenabhängige endlich als kranke Bürger des eigenen Gemeinwesens wahrzunehmen und für sie gemeindenah Hilfsstrukturen zu schaffen. Zum anderen besteht eine Verpflichtung zu kommunaler Schadensbegrenzung, d. h. die negativen Begleitumstände der Drogenabhängigkeit müssen für die übrige Bevölkerung möglichst gering gehalten werden und die nachwachsende Generation muß durch gezielte Präventionsmaßnahmen fern, Rauschmitteln eine Absage zu erteilen.

Individuelle Hilfen

Vor der "Drogenwelle" war die Öffentlichkeit praktisch nicht mit Opiatabhängigen konfrontiert. Klassische Morphinisten (als Folge von Kriegsverletzungen oder als Abhängigkeitstypus von Angehörigen medizinischer Berufe) lebten in der Regel sozial integriert und unauffällig. Die rasche Ausbreitung von Cannabis, LSD und Opiaten Ende der 60er Jahre stand unter völlig anderen Vorzeichen als die heutige Problematik, die Motive schienen ideologisch emanzipatorischer Natur. Drogeninduzierte Rauschzustände galten als bewußtseinserweiternd und hatten innerhalb der allgemeinen 68er-Protestbewegung eine hohe Akzeptanz. Entsprechend sahen die ersten Hilfsangebote aus. Ab 1970 gab es zahlreiche Selbsthilfe- und Basisinitiativen, die oft unter dem Namen "Release" auftraten. Sie erhoben den Anspruch solidarischer und emanzipatorischer Hilfe zur Selbsthilfe und waren im Kern politisch ausgerichtet; bestehende Abhängigkeiten sollten umfassend aufgedeckt werden. Dabei ging es nicht nur um die Abhängigkeit von den Drogen, sondern die gesamtgesellschaftlichen Herrschaftsstrukturen sollten auf ihre Bedeutung für den Betroffenen durchleuchtet werden.

Nach diesem Vorläufer eines niedrighwelligen akzeptierenden Hilfesystems folgte eine Phase der Bürokratisierung, Institutionalisierung und Professionalisierung in der Drogenarbeit. Vereine wurden nur noch dann unterstützt, wenn sie sich dem Ziel absoluter Abstinenz verpflichteten. Es entstand ein autoritärer, konfrontativer Therapiestil mit hierarchisch strukturierten, gestaltpsychologisch und verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Phasen- und Stufenmodellen.

Damit einher ging die sogenannte Leidensdrucktheorie: Das Versagen einfacher Hilfen, das Sich-Abwenden der Familienangehörigen, jegliche Form von Verelendungsprozessen wurde aktiv gefördert und, ebenso wie Haftstrafen, zu therapeutischen Hilfsmitteln stilisiert. Als Hilfeangebot akzeptiert waren einzig die Glieder der "Therapeutischen Kette": Kontakt- und Beratungsphase, Entgiftung, Entwöhnung, Nachsorge. Wer dieses Angebot nicht nutzen konnte oder wollte, wer die Kette vorzeitig verließ, war nicht ausreichend motiviert, noch nicht tief genug gefallen. Obwohl die Leidensdrucktheorie psychodynamisch durchaus begründbar ist, hat sie sich in der Praxis bei vielen Abhängigkeitskranken nicht bewährt.

Ab Mitte der 80er Jahre kamen dann niedrigschwellige Angebote in die Diskussion. Als Katalysatoren in diesem Prozeß wirkten das Auftreten von Aids, die steigenden Zahlen der Drogentoten, zunehmende Beschaffungskriminalität und die ersten offenen Drogenszenen in unseren Städten. Seither erfolgt eine zunehmende Abwendung von der Leidensdrucktheorie und die Wahrnehmung auch lebenspraktischer und drogenunspezifischer Aufgaben durch die Hilfesysteme.

Breites Hilfespektrum notwendig

Drogenabhängigkeit verläuft in der Regel als chronische Rückfallkrankung. Die bisherige Auffassung, es handle sich um eine fehlgeleitete Entwicklung, die durch ein gut definiertes stationäres Verfahren zur medizinischen Rehabilitation einschließlich Nachsorge ein für allemal zu beheben sei, wird daher zunehmend infrage gestellt. Sicher gibt es diese idealtypischen Verläufe; bezogen auf die Gesamtzahl der Abhängigen sind sie aber eher die Ausnahme als die Regel. Meist führt der Weg über mehrere Therapieversuche, Phasen eigenen Bemühens ohne professionelle Hilfe, zufällige Umstände und geplante Schritte erst nach vielen Jahren aus der Sucht heraus in sozial angepasste Lebensformen. In diesem Sinne sind viele Verläufe durchaus der Kranken- und Genesungsgeschichte vieler anderer chronisch psychisch Kranker vergleichbar. Während die Allgemeinpsychiatrie nach der Psychiatriequete unter Einbeziehung aller Ressourcen gemeindenahere Versorgungsnetze aufgebaut und neben therapeutischen Hilfsangeboten im engeren Sinn auch einfach Lebensräume geschaffen hat, ist dies für Abhängigkeitskranke allenfalls in zaghaften Ansätzen geschehen. In vielen Fällen verfahren wir mit drogenabhängigen Mitbürgern heute noch in der auch früher in der Allgemeinen Psychiatrie gebräuchlichen Manier der Ausgrenzung aus der Gemeinschaft mit dem Verweis auf überregionale stationäre Spezialeinrichtungen.

Differenzierte Angebote, analog zu den Versorgungsstrukturen der Psychiatrie, sind sicher Zukunftsmusik und angesichts der leeren Kassen von Kommunen, Ländern und Bund in absehbarer Zeit nicht zu realisieren. Gleichwohl gibt es eine Reihe von Hilfsmaßnahmen, deren Etablierung hier und heute angesichts der desolaten Gesamtsituation der Abhängigkeitskranken unumgänglich ist.

Überlebenshilfen

Eine stetig steigende Anzahl von drogenabhängigen Menschen lebt über längere Zeiträume buchstäblich auf der Straße, die Notsituation der Betroffenen wird immer auswegloser. Dies führt zu raschem körperlichem Verfall und psychosozialer Verwahrlosung und Verelendung. Der Kreislauf von steigendem Drogenkonsum, zunehmender Gewaltbereitschaft, Kriminalität, schlechtem gesundheitlichen Allgemeinzustand bis hin zu lebensbedrohenden Zuständen scheint unaufhaltsam. Um hier gegenzusteuern sind häufig nur Projekte der niedrigschwelligen und akzeptierenden Drogenhilfe einsetzbar und für die Betroffenen akzeptabel. Hier haben die Kommunen die Verpflichtung, ausreichend Notschlafstellen und Tagesangebote für Drogenabhängige vorzuhalten, die mit einem Minimalangebot in den folgenden Bereichen verknüpft sein sollten: Ernährung, Körperpflege, persönliche Hygiene, Wäscheversorgung; medizinisch-pflegerische Grund- und Notfallversorgung einschl. Spritzentausch; sozialrechtliche Hilfestellung; psychosoziale Beratung in den Fällen, in denen weitergehende Hilfen von den Betroffenen gewünscht werden.

Frauenspezifische Problemlagen haben dabei besondere Berücksichtigung zu finden.

Medizinische Grund- und Notfallversorgung

Der bereits beschriebenen gesundheitlichen Verelendung kann mit den derzeitigen Mitteln nicht ausreichend begegnet werden. Vom Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung werden viele Abhängige nicht genügend erreicht. Außerdem sind sie aufgrund ihres chaotischen Lebensstils oft auch kaum in der Lage, die zur Behandlung notwendigen Vereinbarungen einzuhalten. Am ehesten erreichbar sind diese Abhängigen noch durch unmittelbare ärztliche Hilfen vor Ort in den niedrighwelligen Angeboten.

Differenzierte Substitutionsangebote

Substitutionsbehandlungen chronisch Drogenabhängiger, die derzeit durch andere Therapieangebote nicht erreicht werden, erfüllen wichtige Kriterien zeitgemäßer gemeindenaher Versorgung: Sie sind langfristig (in der Regel auf Jahre) angelegt und auf enge ambulante Betreuung ausgerichtet. Neue Verhaltensweisen können im normalen Lebenskontext eingeübt werden. Die hochschwelligen Rehabilitationsprogramme haben sich im Erprobungsvorhaben des Landes Nordrhein-Westfalen und auch an anderer Stelle als sehr erfolgreich erwiesen. Noch vor kurzer Zeit heftig umstritten, ist die Kritik an dieser Form der Substitution inzwischen fast vollends verstummt. Gleichwohl muß angesichts des breiten Elends jetzt auch über eher mittel- bis niedrighwellige Formen der Methadonsubstitution nachgedacht werden, um in den Fällen Hilfestellung zu geben, in denen eine Rehabilitation im engeren Sinne nicht oder noch nicht möglich ist. De facto findet derzeit schon eine solche Substitution mit völlig ungeeigneten, z. T. sogar gefährlichen Medikamenten ohne die notwendige Sorgfalt, Kontrolle und Begleitung überall in großem Ausmaß in den Praxen nicht weniger niedergelassener Ärzte statt. Oft geschieht dies sicher, weil sich diese Ärzte der offensichtlichen Not der Betroffenen nicht verschließen können und von seiten der Kommunen keinerlei entsprechende Substitutionsangebote bestehen, auf die man die Abhängigen verweisen könnte.

Die Schaffung eines breit angelegten Substitutionsangebotes ist deshalb eine zentrale drogenpolitische Forderung. Die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes im Sommer 1992 hat die rechtliche Zulässigkeit von Substitutionsbehandlungen klargestellt. Nun gilt es, diesen Rahmen im Interesse der Betroffenen auch auszuschöpfen. In Amsterdam ist die Zahl der verhafteten Drogenabhängigen von 1984 bis 1989 deutlich zurückgegangen (Beginn der Methadonprogramme 1983). Die Vermutung eines Zusammenhanges zwischen dem Rückgang der Kriminalität und der Methadonversorgung ist zwar noch nicht eindeutig bewiesen, wird jedoch bereits durch mehrere Untersuchungen gestützt. Ähnliche Erfahrungen wurden auch in Großbritannien gemacht. Breitflächige Substitution hält zwar möglicherweise einige Abhängige von Abstinenztherapien ab. Dies ist aber in Kauf zu nehmen, da insgesamt die Vorteile überwiegen. Substitutionsprogramme haben aber auch gezeigt, daß ein Teil der Drogenabhängigen zwar vor weiterer Verelendung geschützt werden kann, daß jedoch der Wunsch nach einem Leben mit Drogen und Rausch bestimmend bleibt mit allen verbotsbedingten Konsequenzen. Für diese Abhängigen sollte bei ärztlich festgestellter Drogenabhängigkeit auch die kontrollierte Abgabe von Heroin im Sinne der Suchtbegleitung und "harm reduction" über Drogenambulanzen (Liverpooler Modell) in wissenschaftlich begleiteten Modellversuchen erprobt werden können. Hierdurch könnten ein Rückgang bei verschiedenen Krankheitsbildern und beim Medikamentenmißbrauch sowie eine Entkriminalisierung, insbesondere im Bereich der kleinen Dealer, erreicht werden. Zusätzlich würden so auch verbesserte Resozialisierungsbedingungen für abhängig Lebende geschaffen werden.

(Den zweiten Teil und Schluß veröffentlichen wir in unserer morgigen Ausgabe)

(-/29. November 1993/rs/fr)
