

1 **Gesundheit für ALLE!**

21 **Einleitung**

3 Nach der Aussparung dieses wichtigen Themas im Koalitionsvertrag steht Anfang 2006
4 eine weitere Reform der sozialen Sicherungssysteme zur Diskussion: die Gesundheitsre-
5 form. Um aktiv an der Gestaltung der Reform mitzuwirken, ist es wichtig, sich frühzeitig in
6 den Diskussionsprozess einzubringen. Deswegen präsentieren wir mit diesem Antrag
7 jetzt schon unsere gesundheitspolitischen Überzeugungen.

8 Dieser Antrag kann zum jetzigen Stand der Diskussion natürlich noch nicht alle Aspekte
9 berücksichtigen. Es sollen vielmehr nur einige Eckpunkte festgesetzt werden. Sobald ein
10 Entwurf zur Gesundheitsreform vom Gesundheitsministerium herausgegeben wird, wer-
11 den wir in weiteren Anträgen hierzu genauer Stellung nehmen.

12 Reformbedarf besteht in der Gesundheitspolitik zweifelsohne, da aufgrund des demogra-
13 phischen Wandels zukünftig mehr Personen Anspruch auf gesundheitliche Leistungen
14 haben, die bedingt durch den technischen Fortschritt immer technikintensiver und teurer
15 werden. Außerdem wurden in der Vergangenheit Ausgaben anderer Bereiche der Sozial-
16 versicherung und des Staates auf die Krankenversicherung verlagert.

17 Für uns Jusos ist es wichtig, dass dieser Wandel von der gesamten Solidargemeinschaft
18 getragen wird! Nicht Wirtschaftlichkeit, sondern das Wohl der PatientInnen muss das
19 primäre Ziel einer Gesundheitsreform sein. Gesundheit darf nicht zu einem Privileg eines
20 bessergestellten Teils der Bevölkerung werden.

21 Die zu erwartenden Kosten sind dabei so immens, dass das Problem nicht nur auf der
22 Einnahmeseite zu lösen ist. Vielmehr geht es uns darum, die vorhandenen Mittel zielori-
23 entierter einzusetzen. Dabei möchten wir drei Gebiete besonders hervorheben:

24 1. gesteigerte Mittel für Lehre, Forschung und Ausbildung

25 2. verbesserte Kommunikation und Interaktion mit dem Ziel einer ganzheitlichen Versor-
26 gung der Patienten

27 3. besondere Förderung der Prävention, um die Entstehung von chronischen Erkrankun-
28 gen frühzeitig zu verhindern und das Gemeinwohl zu fördern.

29

30 2 **Zur finanziellen Lage der Gesundheitsversorgung in Deutschland**

31 Als Märchen innerhalb der gesundheitspolitischen Diskussion erweist sich die Behaup-
32 tung einer Kostenexplosion in den vergangenen Jahren. Bezieht man die gesundheitli-
33 chen Leistungen auf die gesamtwirtschaftliche Leistung Deutschlands (BIP), hat sich die-
34 ses Verhältnis (Gesundheitsquote) von 1992 bis 2003 nur marginal verändert, nämlich
35 von 10,1% auf 11,3%. Die Ausgabenentwicklung verläuft also parallel zur wirtschaftlichen
36 Leistungsfähigkeit!

37 Anders stellt sich aber das Bild dar, wenn man bei der Interpretation des Quotienten aus
38 Gesundheitsausgaben und BIP die Entwicklung der Lohnsumme berücksichtigt. So ist
39 das BIP von 1990 bis 1998 um 38%, die Lohnsumme aber nur um 29% gestiegen. Dieser
40 Trend wurde zwar durch die relativ hohen Lohnzuwächse während der SPD-geführten

1 Bundesregierung unter Gerhard Schröder eingedämmt, die vorhandenen Defizite konnten aber nicht mehr ausgeglichen werden.

3 Dementsprechend sind die Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung nicht aufgrund irgendeiner Kostenexplosion gestiegen, sondern weil die Versicherungsbasis durch reale Einkommensverluste der ArbeitnehmerInnen verkleinert worden ist.

6 Die Umverteilung von unten nach oben in den 90er Jahren ist daher mit schuld an den gestiegenen Beitragssätzen!

83 **Grundlagen einer sozial gerechten Gesundheitspolitik**

9 Gesundheitspolitik ist kein neutraler Raum, sondern passt sich in ihrer konkreten Ausgestaltung immer einem bestimmten gesellschaftspolitischen Leitbild an.

11 Wir Jusos vertreten das Leitbild einer sozial gerechten Gesellschaft. Wir fordern, dass auch die Gesundheitspolitik diesem Anspruch genügt. Folgende Aspekte sind für uns hierbei von besonderer Wichtigkeit und auf jeden Fall zu berücksichtigen:

14 ⇒ JedeR hat das Recht auf eine optimale Gesundheitsversorgung.

15 ⇒ Vollbeschäftigung ist eines der wichtigsten Ziele. Denn eines der größten Probleme der Sozialversicherungssysteme Deutschlands ist die Massenarbeitslosigkeit, da so die Zahl der BeitragszahlerInnen verkleinert wird und die Ausgaben steigen.

18 ⇒ Folglich müssen endlich neue Wege in der Wirtschaftspolitik gegangen werden.

19 ⇒ Um den Kreis der Beitragszahler zu vergrößern und dem Prinzip der Solidargemeinschaft gerecht zu werden, müssen möglichst alle gesellschaftlichen Gruppen in die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einbezogen werden.

22 ⇒ Der Finanztransfer zwischen den chronisch unterfinanzierten Ostkassen und den gut finanzierten Westkassen muss beibehalten werden.

24 ⇒ Eine erzwungene kapitalgedeckte Eigenvorsorge gleicht einer Umverteilung zu Lasten der ArbeitnehmerInnen und entlastet die Arbeitgeberseite überproportional. Sie bedeutet überdies eine Individualisierung des Gesundheitsrisikos. Deswegen lehnen wir Jusos eine kapitalgedeckte Eigenvorsorge entschieden ab.

28 ⇒ PatientInnenzuzahlungen sind erstens unsozial und verbessern zweitens die Effizienz des Gesundheitswesens in keiner Weise. Aus diesem Grund müssen die Zuzahlungen weiter zurückgeführt und mittelfristig ganz abgebaut werden.

31 ⇒ Auf der Ausgabenseite der GKV müssen Wirtschaftlichkeitsreserven konsequent ausgeschöpft werden.

33 ⇒ Die Stärkung von PatientInnenrechten, etwa durch die Stärkung von Selbsthilfegruppen und die Verbesserung der Rechtsstellung bei Schadensersatzprozessen, ist ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel.

36 ⇒ Qualifizierte Ausbildung, Arbeitsplatzsicherheit und Einhaltung von Arbeitsstandards der im Gesundheitswesen Beschäftigten sind für uns Jusos von hoher Bedeutung.

14 **Gesundheitspolitische Reformen in einzelnen Leistungsbereichen**

2 Eine der sozialer Gerechtigkeit verpflichteten Gesundheitsreform muss auch Veränderungen in einzelnen Leistungsbereichen beinhalten. Folgende Aspekte sind uns Jusos
4 besonders wichtig:

5 **Prävention**

6 Wie bereits in der Zahnmedizin erprobt, müssen Vorsorgekonzepte stärker als bislang in
7 das Gesundheitswesen mit einbezogen und verbessert werden. Dies sei anhand folgen-
8 der Beispiele verdeutlicht:

9 ⇒ Regelmäßige Augendruckmessungen zur Vorbeugung des grünen Stars: Jährliche
10 Kosten von lediglich ca. 20 Euro erweisen sich als erheblich günstiger als kostenintensi-
11 ve Operationen und Nachsorgungen.

12 ⇒ Mamographie-Screening: Screening gemäß den europäischen Richtlinien kann die
13 Brustkrebssterblichkeit um 30% reduzieren. Tumore werden durch das Screening in ei-
14 nem früheren Stadium erkannt. Ein frühes Entfernen eines kleinen Tumors ist humaner
15 und kostengünstiger als ein Abnehmen der Brust und eine Nachbehandlung der Meta-
16 stasen.

17 ⇒ Besonders hervorheben möchten wir an dieser Stelle die Therapie / Prävention
18 der großen Volkskrankheit unserer Zeit: des metabolischen Syndroms. Darunter versteht
19 man einen Symptomkomplex aus:

20 ↻ Bluthochdruck

21 ↻ erhöhten Blutfetten (Cholesterin)

22 ↻ Glukosetoleranzstörungen (Diabetes)

23 ↻ Übergewicht

24 aus diesen Befunden resultieren ein Großteil unserer Hauptprobleme/ Kostenproduzen-
25 ten:

26 Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes Mellitus, Niereinsuffizienz (Dialyse), degenerative
27 Verschleißerscheinungen, um nur einige zu nennen.

28 Dabei wäre zu beachten, dass der falschen Ernährung, dem Bewegungsmangel und Ü-
29 bergewicht Schlüsselpositionen zukommen, die man präventiv mit einfachsten Mitteln
30 verhindern kann. (ein Paar gute Laufschuhe kostet ca. 100 €, eine Dialyse mind, 30.000
31 € pro Jahr.)

32 Auch medikamentös (2. Wahl) läßt sich das Risiko an einer der og. Krankheiten zu er-
33 kranken sehr signifikant senken, wenn der Befund nur früh genug erhoben wird.

34

35 Hier sind unvorstellbare Summen einzusparen, bzw. der Kollaps des Systems vorpro-
36 grammiert, da das metabolische Syndrom rasant zunimmt. (Bsp.: Diabetes Mellitus Typ2,
37 früher nur als sog. Altersdiabetes bekannt, wird immer häufiger bei Jugendlichen und
38 Kindern festgestellt!)

39 Deshalb: Bewegung (Sport) und richtige Ernährung (Ganztagsschule) gerade bei den
40 Kindern so früh wie möglich fördern. Den Ärzten muß zudem die Möglichkeit gegeben

1werden, Präventiv-Maßnahmen (Aufklärung) abzurechnen und nicht bloß die Folgen zu
2therapieren.

3

4Einbeziehung der Krankenkassen

5Da die Krankenkassen naturgemäß ein Interesse an Kostenersparnis/ Prävention haben,
6sollten diese ihren Versicherten darüber hinaus Anreize, z.B. in Form eines
7Bonussystems, zu einer gesunden Lebensführung geben.

8

9Rehabilitation

10Medizinische Rehabilitation wird derzeit praktisch nur stationär betrieben. Wir fordern zu-
11sätzlich die nachsorgende medizinische Rehabilitation durch ambulante, ortsnah arbei-
12tende Rehabilitationsdienste. Die Abstimmung zwischen Krankenhaus und ambulanten
13Versorgungsangeboten muss verbessert werden.

14Eine erfolgreiche Rehabilitation rechnet sich bereits, wenn der/die Versicherte aufgrund
15dieser Maßnahme vier Monate länger im Erwerbsleben bleiben kann.

16

17Ganzheitliche Versorgung

18Die Vernetzung der vorhandenen Versorgungsangebote muss Ziel der zukünftigen Ge-
19sundheitspolitik sein. Anzustreben ist, die Kontrolle über den gesamten Krankheitsverlauf
20der PatientInnen bei einer Institution zu bündeln, z.B. bei von der Krankenkasse ange-
21stellten Ärzten.

22In diesem Sinne kann die Einführung von Chipkarten für die Patienten, auf denen Vorun-
23tersuchungen, Krankengeschichte und aktuelle Befunde gespeichert werden können, bei
24aller datenschutzrechtlichen Vorsicht, einen wertvollen Beitrag zu einem gesteigerten In-
25formationsfluss zwischen den Ärzten leisten. Dadurch könne Doppeluntersuchungen ver-
26mieden (Kostenersparnis) und die Behandlungszeit für den Patienten sinnvoller genutzt
27werden.

28

29Honorierung von ganzheitlichen Leistungen

30Um einen weiteren Anreiz für die Ärzte zu schaffen die Patienten weniger durch die medi-
31zingerätische Mühle zu drehen sondern über ein investigatives Gespräch (Anamnese) zu
32der oftmals verdeckten, der Gerätemedizin nicht ohne Weiteres zugänglichen Ursache
33vorzustoßen, sollten gerade diese Leistungen finanziell besser bewertet werden.

34An dieser Stelle ist die Kassenärztliche Vereinigung (KV) gefragt, durch eine Umbewer-
35stung in ihrem Punktesystem für einen entsprechenden Anreiz zu sorgen.

36So kann ein ganzheitliches Bild von einem Krankheitsverlauf berücksichtigt werden.
37Maßnahmen, die gegeneinander stehen, können ausgeschlossen werden. Rehabilitation
38und Selbsthilfegruppen müssen in diese Vernetzung eingebunden werden.

1 Stärkung von Selbsthilfegruppen

2 Wir Jusos fordern die Stärkung von Selbsthilfegruppen, denn in Selbsthilfegruppen kann
3 die professionelle Versorgung um Elemente gegenseitiger emotioneller und sozialer Un-
4 terstützung ergänzt werden.

5 Pflege zu Hause

6 Insbesondere Kinder, aber auch andere PatientInnengruppen haben in ihrer gewohnten
7 Umgebung bessere Heilungschancen. Daher ist die ärztliche Versorgung durch Hausbe-
8 suche stärker als bisher als Alternative zum stationären Klinikaufenthalt zu beachten.

9 Selbstverständlich muss schlussendlich dasjenige System angewendet werden, das die
10 größten Heilungschancen aufzeigt.

11 Positivliste

12 Eine Positivliste an Medikamenten muss einerseits wirkstoffbezogen sein, um einen
13 Rest-Preiswettbewerb zu sichern und so zum Abbau von Monopolpositionen beizutragen.
14 Andererseits darf sie aber auch kein Freifahrtsschein für Über- und Fehlverordnung sein.

15 Die Wirksamkeitsprüfung im Zuge der Arzneimittelzulassung muss auch eine Kosten-
16 Nutzenkomponente beinhalten. Grundsätzlich sind, bei gleicher Wirkung, preiswertere
17 Mittel vorzuziehen.

18 Zu bedenken ist aber, dass eine Fixierung auf Generika (preiswert nachgemachte, aus
19 dem Patentschutz befreite Pharmaka) die Forschung mittelfristig ausbluten läßt.

20 Deshalb muß eine Positivliste flexibel sein und neue, bessere aber auch teurere Medi-
21 kamente aufnehmen können.

22 Desweiteren muß sichergestellt werden, dass sich die Forschung an neuen Wirkstoffen
23 weiterhin lohnt. Der Staat könnte beispielsweise die Patente für besonders erfolgverspre-
24 chende neue Wirkstoffe kaufen und anschließend Lizenzen für deren massenhafte Pro-
25 duktion vergeben. Auf diese Weise würde sich erfolgreich Forschung lohnen und den Pa-
26 tienten würde das neue Mittel in ausreichender Menge zur Verfügung stehen.

27

285 **Finanzielle Reformen der Gesundheitspolitik**

29 Grundsätzliches

30 Die Frage, wie ein Gesundheitsversorgungssystem auszugestalten ist, lässt sich nicht
31 einfach durch die Auswahl bestimmter Instrumente beantworten. Vielmehr bestimmen
32 letztlich gesellschaftspolitische Zielvorstellungen und Leitbilder darüber,

33 ⇒ welche volkswirtschaftlichen Gruppen in welchem Ausmaß das Gesundheitsver-
34 sorgungssystem finanzieren;

35 ⇒ welche Leistungen in welchem Umfang angeboten werden;

36 ⇒ inwiefern das Prinzip der Gleichheit und Solidarität im Gesundheitsbereich An-
37 wendung findet.

38 Wir Jusos fordern, dass bei den gesundheitspolitischen Leistungen das Prinzip der
39 Gleichheit, bei der Finanzierung das paritätische Proportionalitätsprinzip gelten muss.

1 Gleichheit bedeutet: Der gesamten Bevölkerung muss unabhängig vom individuellen
2 Einkommen ein hochwertiges Versorgungsniveau angeboten werden, das entsprechend
3 der sozial-ökonomischen Entwicklung weiter auszubauen ist. Parität heißt: Unternehmen
4 müssen sich mindestens im gleichen Maße wie die arbeitenden Menschen an der Finan-
5 zierung des Gesundheitssystems beteiligen. Proportionalität bedeutet: Für Unternehmen
6 wie auch für Arbeitnehmer muss gelten, dass die Beiträge mit den Arbeitsentgelten we-
7 nigstens proportional ansteigen.

8 Daraus folgt, dass wir Zuzahlungsregelungen, die einer schleichenden Privatisierung des
9 Gesundheitssystems gleich kommen, genauso ablehnen wie einseitige Beitragssatzsen-
10 kungsprogramme für Unternehmen und medizinisch nicht zu vertretende Leistungsaus-
11 grenzungen. Wir fordern daher die Rücknahme der in der Vergangenheit durchgesetzten
12 Zuzahlungsregelungen, Entlastungen für Unternehmen und Leistungseinschnitte und
13 werden eine solche Politik auch zukünftig bekämpfen.

14 Darüber hinaus sprechen wir uns für eine grundlegende Reform der finanziellen Grund-
15 lagen des Gesundheitssystems aus, die insbesondere zwei Aspekte zu beachten hat: die
16 Erhöhung der Steuerungskompetenz durch Globalbudgetierung und die Sicherung der
17 finanziellen Grundlagen durch Beitragsreform und Erweiterung der Bemessungsbasis
18 sowie Erweiterung des Risikostrukturausgleichs.

19 Erhöhung der Steuerungskompetenz durch Globalbudgetierung

20 Grundsätzlich muss gelten, dass hinsichtlich des anzustrebenden Versorgungsgrades
21 und der medizinischen Qualität gesundheitspolitische Ziele das Ausgabenniveau
22 bestimmen sollten. Insofern halten wir ein dogmatisches Festhalten an einem konstanten
23 Beitragssatz für unsinnig. Gesundheit ist eben keine finanzielle Verhandlungsmasse, und
24 deswegen müssen Beitragssatzsteigerungen immer eine mögliche Alternative sein. Hier-
25 für ist vor allem eine Abkehr vom Irrglauben notwendig, dass eine Senkung von Lohnne-
26 benkosten zwingend Arbeitsplätze schaffen würde.

27 Unstrittig ist aber auch die Notwendigkeit, zu verhindern, dass Teile der Ärzteschaft und
28 andere Gesundheitseinrichtungen unter dem Deckmantel der Gesundheitsversorgung
29 ihre eigenen Profitansprüche bedienen, indem sie Maßnahmen verordnen, die zwar teuer,
30 aber keineswegs medizinisch notwendig sind. |

31 Insofern schlagen wir Jusos vor, die Ausgabenentwicklung einer Überprüfung im Rah-
32 men einer qualitativ begründeten globalen Budgetierung zu unterlegen.

33 Bislang herrscht eine sektorale Budgetierung vor. Das heißt, dass die Ausgabenentwick-
34 lung jedes einzelnen Sektors – ambulante und stationäre Versorgung sowie Arzneimittel-
35 versorgung – einer getrennten Kontrolle unterliegt. Die derzeit existierende Abschottung
36 des ambulanten vom stationären Sektor wie auch zwischen professionellem und nicht-
37 professionellem System produziert aber tendenziell Unwirtschaftlichkeiten. Ein Beispiel
38 sind medizinisch nicht indizierte Mehrfachuntersuchungen, die gleichzeitig die PatientIn-
39 nen durch unkoordiniertes Vorgehen der einzelnen Teilsysteme belasten. Die Qualität
40 der Versorgung wird durch das fehlende "Miteinander" ebenso verschlechtert wie die
41 Wirtschaftlichkeit. Insofern wäre eine Verzahnung der Versorgungsbereiche eine sinnvol-
42 le Verbesserung des Gesundheitssystems.

1Zudem besteht ein Problem darin, dass Umschichtungen innerhalb des Gesundheitssy-
2stems bei sektoraler Budgetierung erschwert werden. Dies möge folgendes Beispiel illu-
3strieren: Steigt etwa der Arzneimittelbedarf bei gleichzeitigem Rückgang der Kranken-
4houseinweisungen, so würde das sektorale Budget für Arzneimittel vielleicht erhöht, aber
5eine Verminderung des sektoralen Budgets der Krankenhäuser wäre unwahrscheinlich.
6Im Rahmen eines globalen Budgets bestünde hingegen die Möglichkeit, bei Aufrechter-
7haltung der gesamten Ausgaben Mittel von den Krankenhäusern hin zu den Arzneimitteln
8umzuschichten.

9Wir Jusos weisen also ausdrücklich darauf hin, dass der eigentliche Zweck einer Global-
10budgetierung darin liegen muss, veränderte Kooperations- und Integrationsformen mit
11einer besser gesteuerten Bedarfsüberprüfung innerhalb des Gesundheitssystems zu ver-
12binden. Globalbudgets sind daher zu ergänzen um qualitative Instrumente wie Gesund-
13heitsberichterstattung, Einbindung von Selbsthilfepotentialen, Gesundheitsförderung,
14Früherkennung, Rehabilitation etc. Und sie sind zu erweitern um eine bessere Abstim-
15mung zwischen den TrägerInnen des Gesundheitswesens, also zwischen Kassen, Ärz-
16tInnen, Aufsichten und PatientInnen, sowie um regionale Gesundheitskonferenzen.

17Mit anderen Worten: Sparen an sich ist eine unsinnige Forderung. Im Gegenteil: Wo nö-
18tig, sollen und müssen die Ausgaben sogar deutlich steigen. Innerhalb des Gesundheits-
19systems gilt es aber, Wirtschaftlichkeitspotentiale deutlich auszuschöpfen.

20Hierbei gilt es jedoch auch zu beachten, dass Arbeitsintensivierung sowie Stellenabbau
21im Gesundheitswesen von uns Jusos entschieden abgelehnt werden. Der Personalbe-
22darf im Gesundheitssystem ist vielmehr noch nicht ausgeschöpft. Unnötige Leistungen
23sind zu streichen, nicht Arbeitsplätze! Arbeitsstellen sind zu erweitern!

24

25Zu der Einführung der DRGs (Diagnosis related groups)

26Die Einführung von DRGs sollte die Therapie von Krankheiten vereinheitlichen und
27dadurch unnötig lange Liegezeiten reduzieren. Das System funktioniert so, dass das
28Krankenhaus nicht mehr nach Liegezeit des Patienten bezahlt wird, sondern für Diagno-
29se und Therapie einen Festbetrag bekommt.

30In der Praxis hat das dazu geführt, das Verfahren mit günstigem Festpreis (v.a. Ambulan-
31te Operationen) deutlich vermehrt zum Einsatz gekommen sind. Desweiteren stieg die
32Zahl der sog. blutigen Entlassungen, d.h. die Patienten werden vor vollständigem Ab-
33schluß ihrer Genesung entlassen um zu verhindern, durch Überschreiten der Liegezeit
34Verluste zu erwirtschaften.

35Im Prinzip ist eine schnell Entlassung, auch von medizinischer Seite, allerdings durchaus
36zu begrüßen (Immobilisation, Sekundärfeltionen etc.). Wichtig ist aber, die Patienten
37ggf. nicht in Ihren Alltag zu entlassen, sondern frühzeitig eine Rehamaßnahme anzuschlie-
38ßen, um den Gesundungsprozeß so nachhaltig zu fördern.

39Auf diese Weise entfallen auch mögliche Folgekosten, die bei vorzeitiger Entlassung ent-
40stehen können.

41

42Steigerung der Einnahmenseite durch Beitragsreform

1 Ein einnahmeseitiges Problem der GKV besteht darin, dass hier nur eine verringerte Beitragsbemessungsgrenze existiert, die sich auf nur 75% der Grenze der GRV beläuft. Diese niedrigere Grenze ist nicht nur problematisch, weil sie Personen bereits ab einem verhältnismäßig niedrigen Einkommen nur mit unterproportional hohen Beiträgen belastet, sondern auch, weil Personen mit einem Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze sich privat versichern können. Es gilt also: Beitragsbemessungsgrenze = Versicherungspflichtgrenze.

8 Wir fordern zum einen, dass diese $\frac{3}{4}$ -Regelung aufgehoben und die volle Beitragsbemessungsgrenze der GRV zum Maßstab erhoben wird. Zum anderen plädieren wir dafür, diese dann gemeinsame Beitragsbemessungsgrenze von GRV und GKV deutlich zu erhöhen. Die Versicherungspflichtgrenze muss hierbei im selben Ausmaß wie die Beitragsbemessungsgrenze steigen.

13 Diese Maßnahmen sind gerecht und zugleich mit einem positiven Finanzierungseffekt verbunden, da mit Ausnahme des Krankengeldes alle Leistungen der GKV einkommensunabhängig sind und die höheren EinkommensbezieherInnen, die nun in die Pflichtversicherung der GKV fallen und für hohe Beiträge sorgen, Leistungen allenfalls durchschnittlich in Anspruch nehmen. Höheren Einnahmen stehen damit nicht im selben Ausmaß höhere Ausgaben gegenüber.

19 Grundsätzlich plädieren wir dafür, mittelfristig die Beitragsbemessungsgrenze und gleichzeitig hiermit auch die Versicherungspflichtgrenze abzuschaffen. Wir setzen uns auf langfristige Sicht dafür ein, die Zweiteilung in öffentliche und private Kassen aufzuheben, indem die privaten Kassen in öffentliche Einrichtungen überführt werden.

23 Ein erster Schritt wäre eine Festlegung der Arzthonorare unabhängig davon, ob ein Patient privat oder gesetzlich versichert ist. Es muss gelten, dass die gleiche Behandlung auch das gleiche Honorar bringt.

26 Dabei muss darauf geachtet werden, den Krankenhäusern/ niedergelassenen Ärzten durch den Wegfall der Privatpatienten nicht finanziell das Wasser abzugraben.

28

29 Erweiterung der Bemessungsbasis

30 Grundlage der Beitragsbemessung sind bislang nur Löhne, Gehälter und Renten. Wir fordern eine Erweiterung der Bemessungsbasis um Einkünfte aus Mieten, Pacht und Kapitalanlagen. Zudem sollen auch Beamte und Freiberufler in die GKV einzahlen.

33 So wird dem Prinzip der Orientierung an der individuellen Leistungsfähigkeit stärker Rechnung getragen und gleichzeitig die Finanzierungsseite der GKV gestärkt.

35 Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung

36 Sofern keine Kinder zu erziehen sind, entfällt der sozialpolitische Grund der kostenlosen Mitversicherung des nicht-erwerbstätigen Ehepartners. Wir schlagen vor, dass auch mitversicherte, nicht-erwerbstätige EhepartnerInnen einen Mindestbeitrag entrichten.

39 Erweiterung des Risikostrukturausgleichs

40 Wir finden den Wettbewerb zwischen den verschiedenen Kassen problematisch. Eine Verbesserung der Leistungen wird hierdurch nicht erzielt, sehr wohl aber die inak-

1zeptable Risikoselektion in einerseits Kassen mit häufig kranken, eher finanzschwachen
2BeitragszahlerInnen – vor allem AOKen – und andererseits Kassen mit selten kranken,
3eher finanzstarken BeitragszahlerInnen. Hieran wird deutlich, dass ein solidarisches
4Krankenversicherungssystem mit Marktprinzipien nur schlecht vereinbar ist.

5Im Grundsatz sprechen wir uns daher für flächendeckende Einheitskassen unter Ab-
6schaffung der Privatkassen aus. Solange dies nicht realisierbar ist, schlagen wir Jusos
7zur Behebung der Finanznöte der benachteiligten Kassen vor, dass der sogenannte Risi-
8kostrukturausgleich, wodurch Mittel von den starken zu den schwachen Kassen umge-
9schichtet werden, quantitativ erweitert wird, obwohl uns klar ist, dass die ungerechten Ri-
10sikostrukturen zwischen den Kassen hierdurch eher noch verfestigt werden.

11Bekämpfung der Arbeitslosigkeit

12Grundsätzlich gilt, dass das Hauptproblem auf der Einnahmeseite der GKV in der Mas-
13senarbeitslosigkeit besteht. Die Bekämpfung der Massenarbeitslosigkeit ist daher auch
14aus sozialpolitischer Sicht eine Aufgabe, die anzugehen politische Priorität sein muss.
15Wir Jusos weisen darauf hin, dass gerade der Gesundheitssektor einen erheblichen Bei-
16trag zur öffentlichen Beschäftigung leistet.

17Um so nachdrücklicher fordern wir, die Beschäftigung im Gesundheitssektor nicht ab-,
18sondern im Gegenteil auszubauen. Beschäftigungsabbau konterkariert nicht nur über
19Lohn- und folglich Beitragsrückgang die Bemühungen um Verbesserungen der Finanzla-
20ge der öffentlichen Kassen, sondern ist auch aus qualitativer gesundheitspolitischer Sicht
21ein inakzeptabler Schritt, weil er die Gesundheitsversorgung verschlechtert.

22

**23Der Juso-UB-Vorstand wird aufgefordert diesen Antrag offensiv in den
24nachgeordneten Gremien zu vertreten.**

25