

NEIN zu dieser „Gesundheitsreform“ 2006

5 „Gerechtigkeit gründet sich in der gleichen Würde aller Menschen. Sie verlangt gleiche Freiheit, Gleichheit vor dem Gesetz, gleiche Chancen der politischen und sozialen Teilhabe und der sozialen Sicherung. Sie verlangt die gesellschaftliche Gleichheit von Mann und Frau.
Gerechtigkeit erfordert mehr Gleichheit in der Verteilung von Einkommen, Eigentum und Macht, aber auch im Zugang zu Bildung, Ausbildung und Kultur.
10 Gleiche Lebensformen bedeuten nicht Gleichförmigkeit, sondern Entfaltungsraum für individuelle Neigungen und Fähigkeiten aller.
Gerechtigkeit, das Recht auf gleiche Lebenschancen, muss mit den Mitteln staatlicher Macht angestrebt werden.“ (Berliner Grundsatzprogramm der SPD von 1989)

15 I. „Leeres Wort des Armen Rechte, leeres Wort des Reichen Pflicht [...]“: Die „Gesundheitsreform 2003“

20 „Wir streben eine Gesundheitssicherung an, bei der die Interessen der Versicherten Vorrang vor den Interessen der Ärzte, der Zahnärzte, der Pharmazieindustrie, der Heil- und Hilfsmittelanbieter und der Krankenhausträger haben. Die Krankenkassen müssen in den Stand gesetzt werden, die Rechte der Verbraucher gegen die Interessen der Anbieter durchzusetzen und das Interesse der Versicherten an Vorbeugung und kostengünstiger, aber wirksamen Heilverfahren stärken. [...]

25 Jedem Kranken ist, unabhängig vom Einkommen, eine Behandlung zu ermöglichen, die dem Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht.[...]

In der gesetzlichen Krankenversicherung lehnen wir eine Kostenbeteiligung der Versicherten über die Beiträge hinaus ab.“ (Berliner Grundsatzprogramm der SPD von 1989)

30 Im Sommer 2003 einigten sich die damalige rot-grüne Bundesregierung mit der Union auf eine „Reform“ des Gesundheitswesens, die von allen Beteiligten als Teil der „Jahrhundertreformen“ gefeiert wurde. Die verantwortliche Ministerin Ulla Schmidt sprach nach der Nacht, in der der entscheidende Durchbruch gelang, von der schönsten Nacht ihres Lebens. Die 2003 verabschiedete „Reform“ basierte auf einer einfachen Formel: Den Beitragszahlern wurde der
35 Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen drastisch gekürzt, dafür sollten die Beitragszahler durch mehr „Eigenbeteiligung“ Lebensrisiken selber absichern. Als langfristiges Ziel wurde die Senkung der Lohnnebenkosten ausgegeben. Doch ein kritischer Blick auf die 2003 geschlossenen Änderungen zeigt, dass die existierenden Ungerechtigkeiten des deutschen Gesundheitssystems noch verschärft wurden.

40 „Reform“maßnahmen 2003 im Rückblick: keine Besserung für die Mitglieder der GKV

- 45 • Unter anderem wurde in einem zentralen Bereich der Krankenversicherung vom Prinzip der Parität abgewichen, das beinhaltet, dass Arbeitgeber und Arbeitnehmer sich die Lohnnebenkosten teilen. Das Krankengeld wurde aus der gesetzlichen Krankenversicherung genommen und muss nun von den Arbeitnehmern alleine durch eine private Absicherung finanziert werden. Eine finanzielle Mehrbelastung ist die Folge. Vom Prinzip der Parität wurde abgewichen.
- 50 • Alle Medikamente, die nicht verschreibungspflichtig sind, wurden aus dem dem gesetzlichen Leistungskatalog gestrichen. Sie müssen seitdem von den Patienten alleine - ohne Zuschüsse der Krankenkasse - erworben werden. Gerade ältere und krankere Menschen sowie Familie haben Mehrbelastungen zu tragen.
- 55 • Alle erwachsenen Menschen, die als Beitragszahler oder über die Familienversicherung Mitglied der gesetzlichen Krankenkasse sind, müssen seit dem 01.04.2004 pro Quartal beim Arztbesuch ein Eintrittsgeld in Höhe von zehn Euro entrichten. Diese Praxisgebühr führt- wie alle Maßnahmen der „Reform“ von 2003- zu finanziellen Mehrbelastungen. In diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass die Praxisgebühr die Versicherten

teilweise doppelt treffen kann, weil Zahnarzt- und Notarztbesuche durch eine extra Praxisgebühr abgedeckt werden. Die Idee der Praxisgebühr sollte verhindern, dass Versicherte nicht mehrere Allgemeinmediziner pro Quartal sowie Fachärzte ohne Überweisung ihres Hausarztes aufsuchen. Dieser prinzipiell wünschenswerte Ansatz wurde durch die Anwendung auf Allgemeinmediziner und Hausärzte aber umgekehrt, da die Versicherten durch die Praxisgebühr dazu neigen, Arztbesuche zu meiden beziehungsweise aufzuschieben. Durch die Praxisgebühr erhält das deutsche Gesundheitssystem einen faden Beigeschmack, weil sich einige Ärzte weigern, Menschen zu behandeln, die die Praxisgebühr nicht entrichten können. Patienten mit einer gebrochenen Hand wurden vor der Behandlung zum Geldautomaten geschickt, um das notwendige „Eintrittsgeld“ zu holen. Versicherte, die einen Hörsturz erlitten hatten, wurden wegen fehlender Praxisgebühr wieder nach Hause geschickt.

- Der Anteil der Zuzahlungen auf verschreibungspflichtige Medikamente hat drastisch zugenommen, weil die Patienten seitdem mindestens zehn Prozent der Kosten selber tragen müssen. Auch diesbezüglich gilt, dass Chronischkranke, ältere sowie sozial schlechter gestellte Menschen besonders unter diesen Belastungen leiden.
- Eine generelle Zuzahlung von 10% auf alle Leistungen muss entrichtet werden. Die Begrenzung dieses Betrages auf 2 % des Einkommens ist eine willkürliche Grenze, die kaum kontrollierbar erscheint. Es wurde auch missachtet, dass chronisch kranke Menschen aufgrund ihrer Krankheit in der Regel ein geringeres Einkommen haben.

Die Streichung des Zahnersatzes

„Es gibt Vorschläge, den Zahnersatz oder gar die Zahnbehandlung nicht mehr von den Krankenkassen zahlen zu lassen. Ich halte das nicht für richtig. [...] Ich möchte nicht, dass man den sozialen Status der Menschen wieder an ihren Zähnen erkennen kann.“ (Gerhard Schröder vor dem Deutschen Bundestag im März 2003)

Dennoch wurde der Zahnersatz 2003 aus dem gesetzlichen Leistungskatalog gestrichen und muss seit Januar 2005 von den Versicherten selbst *vollständig* getragen werden.

Gerade die Streichung des Zahnersatzes aus dem gesetzlichen Leistungskatalog verdeutlicht die soziale Schieflage der „Reform“ von 2003: Wer sich die private Versicherung für den Zahnersatz nicht leisten kann, bleibt auf der Strecke. Der soziale Status eines Menschen kann in Deutschland nun wieder an seinen Zähnen gesehen werden. Leeres Wort des Armen Rechte...

Die Streichung der Sehhilfen

Die Streichung der Zuschüsse für Sehhilfen aus dem gesetzlichen Leistungskatalog ab dem 18. Lebensjahr dient vollkommen der Kostenumschichtung auf die Patienten. Es ist erwiesen, dass die meisten Sehschwächen genetisch bedingt oder aber auf Altersursachen zurückzuführen sind. Die willkürliche Grenze für die ersatzlose Streichung von Sehhilfen im Alter von 18 Jahren erscheint unsinnig und benachteiligt wiederum sozial schwächer gestellte Menschen sowie Familien.

Das Privileg der Lobby im deutschen Gesundheitswesen

Privatpatienten wurden durch die Änderungen des Jahres 2003 nicht von den Gesetzgebern in die Verantwortung genommen. Die Lobby im Gesundheitssystem, die Pharmazie, Apotheker, die Kassenärztliche Vereinigung sowie die Fachärzte haben ihre privilegierte Stellung mithilfe der Union halten konnten. Maßnahmen, die den Einfluss dieser Gruppen hätten einschränken können, wurden von der Union größtenteils verhindert.

- Eine Positivliste, die verhindert, dass Medikamente unter einem anderen Namen wieder auf den Markt gebracht werden, wurde von Roland Koch unter Druck der Lobby verhindert.
- Die Macht der Kassenärztlichen Vereinigung wurde nicht beschnitten.
- Die Patientenquittung, in der der Patient die Behandlung abzeichnet, ist nicht obligatorisch, sondern nur auf Wunsch möglich.
- Die elektronische Chipkarte wurde noch nicht eingeführt.
- Privatversicherte wurden nicht an den Kosten des öffentlichen Gesundheitssystems beteiligt.

- Die Situation der Gesetzlichkrankenversicherten hat sich gegenüber den Privatpatienten nicht verbessert, sondern verschlechtert. Die Zwei- Klassen Medizin des deutschen Gesundheitssystems wurde durch die Änderungen des Jahres 2003 zementiert.
- Die Beitragsbemessungsgrenze wurde nicht abgeschafft.
- Die Macht der Fachärzte wurde nicht angetastet.
- Die Kosten für Medikamente konnten entgegen den Absichten in der Agenda 2010 nicht deutlich gesenkt werden. Die Medikamentenpreise können nicht zwischen Krankenkassen und Herstellern frei verhandelt werden; es bleibt dem Preisdiktat der Hersteller!

10 Unsere Position 2003

Wir Jusos in Braunschweig haben die „Gesundheitsreform“ 2003 vollständig abgelehnt, weil wir sie als *ungerecht, unsolidarisch* und *perspektivlos* gesehen haben. Als Momentaufnahme ohne nachhaltige Verbesserung der öffentlichen Gesundheitsversorgung erschien sie uns *nicht zukunftsträchtig*. Mit großer Sorge haben wir Jusos in Braunschweig darauf hingewiesen, dass ältere, kränkere und sozial schlechter gestellte Menschen durch diese Änderungen überproportional hart getroffen werden und Privatpatienten, Lobby sowie die Arbeitgeber aus ihrer gesellschaftlichen Verantwortung entlassen werden. Was wird aus denjenigen, die sich eine private Versicherung des Krankengeldes und des Zahnersatzes nicht leisten können?

20 Folgende Worte Gerhard Schröders in der Regierungserklärung zur Agenda 2010 vom März 2003 klingen nach der Gesundheits“reform“ 2003 wie blanker Hohn:

25 *„Für uns bleibt es beim Grundsatz: Jede und jeder erhält die notwendige medizinische Versorgung, und zwar unabhängig von Alter und Einkommen.“*

II. Die Reformnotwendigkeit des deutschen Gesundheitssystem

30 „Das Gefühl einer gemeinsamen Verantwortung im Gesundheitswesen ist nahezu verschwunden.“(Gerhard Schröder vor dem Deutschen Bundestag im März 2003)

Wir Jusos in Braunschweig weisen an dieser Stelle ausdrücklich darauf hin, dass die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den letzten dreißig Jahren nahezu konstant geblieben sind. Auch der Anteil der Gesundheitskosten am erwirtschafteten Bruttoinlandsprodukt ist mit etwa 10 Prozent seit drei Jahrzehnten gleich hoch. Dennoch ergeben sich Probleme aus finanzieller Sicht:

- Die Abgaben der Beitragszahler wachsen seit geraumer Zeit unproportional. Weil die Löhne und Gehälter der Arbeitnehmer in den letzten Jahren eher stagnieren und Sonderzahlungen wie Weihnachtsgeld und Urlaubsgeld wegfielen oder stark geschnitten wurden, die Teilbeschäftigung bedeutender geworden ist, fielen die Beiträge der Versicherten geringer aus. Außerdem wurden die Beitragszahlungen des Staates für arbeitssuchende Menschen wiederholt gesenkt, um die Arbeitslosenversicherung zu entlasten. Deshalb waren Beitragssteigerungen in den letzten Jahren notwendig, um die entstandene Finanzlücke zu schließen.
- Nicht alle Bürgerinnen und Bürger sind in die GKV eingebunden. Gerade weil junge, überdurchschnittlich verdienende Menschen, die seltener Leistungen beziehen, in die PKV wechseln, hat die GKV Einnahmen verloren.
- Das deutsche Gesundheitssystem ist von strukturellen Problemen geprägt, die unserer Meinung nach nur durch eine Strukturreform behoben werden können. Ein effizientes Gesundheitssystem darf präventive Behandlungen nicht weiter zurückdrängen, sondern muss Behandlungsleitlinien entwickeln. Gerade aus jungsozialistischer Perspektive ergibt sich eine Beseitigung der Zwei- Klassen- Medizin.
- Außerdem soll ein fairer Wettbewerb zwischen der GKV sowie der PKV erreicht werden. Bisher waren die Mitglieder der PKV und die PKV in einer privilegierten Position, da sie sich ihre Mitglieder aussuchen konnten.
- Die Einnahmen der Gesetzlichen Krankenkassen müssen stabilisiert und konjunkturunabhängig gemacht werden.

- Die Lohnnebenkosten müssen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer gesenkt werden; langfristig muss das deutsche Gesundheitssystem stärker steuerfinanziert sein.
- Die wirtschaftliche und demografische Situation trägt zur weiteren Verschlechterung der Einnahmenseite bei.
- 5 • Das Nebeneinander paralleler Versicherungssysteme mit unterschiedlichen Strukturen und ungleichen Wettbewerbsbedingungen ist verbunden mit dem Anreiz, Privatpatienten besser und prioritär zu behandeln.

Aber: Die durchschnittlichen Kosten der PKV pro Versicherten sind jedoch trotz der günstigeren Risikostruktur deutlich höher als in der GKV. Außerdem sind die Verwaltungskosten der privaten Krankenversicherer deutlich höher als die der GKV.

- 10 • Weil bestimmte gesellschaftliche Gruppen (Selbstständige, Beamte) sowie einkommensstarke Angestellte mit guten Gesundheitsrisiken sich dem System der GKV entziehen, hat sich die Einnahmesituation der GKV weiterhin verschlechtert. In den letzten zwanzig Jahren haben im Saldo rund vier Millionen Personen die GKV Richtung PKV verlassen. Es handelt sich dabei überwiegend um gut verdienende, gesunde und freiwillig Versicherte in der GKV.
- 15 • Für viele jüngere Personen mit überdurchschnittlichen Einkommen sind die Leistungen in der PKV wegen der fehlenden Umverteilung derzeit deutlich besser bei gleichzeitig niedrigeren Beiträgen. So beträgt der monatliche Beitrag für einen freiwillig Versicherten in der GKV knapp oberhalb der Beitragsbemessungsgrenzen von 3562,50 € bei einem durchschnittlichen Beitragssatz von 14,2 % rund 500 € pro Monat. Die Prämienhöhe in der PKV ist dagegen abhängig vom Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand und Umfang der Versicherung. Für einen dreißig Jährigen gesunden Mann beträgt die monatliche Prämie für eine Vollversicherung in der PKV etwa 127,91 €. Die durchschnittlichen Ausgaben für eine voll versicherte Person in der PKV betragen im Jahr 2003 sogar nur 120 € pro Monat.
- 20 • Der Abgang an guten Risiken mit hohem Einkommen von der GKV in die PKV erzwang automatisch weitere Leistungskürzungen und Beitragssteigerungen in der GKV. Dadurch steigt die Zahl derjenigen, die zur PKV wechseln.
- 25 • Dieser Trend setzt sich durch die Einführung des Gesundheitsfonds und den damit verbundenen Beitragssteigerungen fort. Die unfaire Konkurrenz von PKV und GKV verhindert eine stabilere Einnahmenentwicklung der GKV.
- 30 • Die Mitglieder der PKV beteiligen sich weder am Einkommensausgleich für Personen mit geringem Einkommen noch an den Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen. Sie beteiligen sich außerdem nicht an dem Risikostrukturausgleich für Kassen mit vielen Schwer- und chronisch Kranken.
- 35

40 III. Gesundheitsreform 2006: sinnvolle Maßnahmen?

a): Der Gesundheitsfonds: keine Beteiligung der Privatversicherten

Der eingerichtete Gesundheitsfonds kann von uns Jusos in Braunschweig nur akzeptiert werden, wenn die Privatversicherten an ihm beteiligt sind und damit ihren Beitrag zur solidarischen Finanzierung des Gesundheitssystems leisten. Da aber die Privatversicherten nicht an diesem Gesundheitsfonds und seiner Finanzierung beteiligt sind, lehnen wir den Fond in seiner jetzigen Form ab.

Dabei spielt für uns Braunschweiger Jusos das Faktum, dass durch diesen Fonds die privilegierten Privatversicherten nicht zur Finanzierung der Solidargemeinschaft herangezogen werden, eine Schlüsselrolle.

Dabei ist uns bewusst, dass der Gesundheitsfonds nur als Übergangslösung installiert wurde, die einen Systemwechsel sowohl zur solidarischen Bürgerversicherung als auch zur Kopfpauschale der Union offen hält.

Es besteht unserer Meinung nach außerdem die Gefahr, dass sich der Gesundheitsfonds zu einem bürokratischen Monstrum entwickeln könnte, der mehr Bürokratie, den gesetzlich Versicherten aber keine weiteren Leistungen bringt.

Die Absicht, diesen Fonds erst dann zu starten, wenn alle Kassen entschuldet sind, dürfte sich als Illusion erweisen, weil die Finanzsituation aller Kassen erst überprüft werden muss.

b) Die Extraprämie: Systemwechsel in Richtung Kopfpauschale

Wir Braunschweiger Jusos lehnen die Absicht kategorisch ab, den gesetzlich Versicherten einen Sonderbeitrag abzuverlangen, sofern die Krankenkasse mit dem ihr zugewiesenen Budget aus dem Fonds nicht auskommt. Kassen, die diese kleine Kopfpauschale erheben, müssen ihre Mitglieder auf die Möglichkeit eines Kassenwechsels hinweisen.

Dieser Sonderbeitrag, auch Prämie, Zusatzbeitrag oder Bonus genannt, der bis zu 40 € monatlich betragen könnte, stellt für uns Jusos eine kleine Kopfpauschale dar. Gerade die Bezieher kleinerer Einkommen, Familien, Rentner, Kranke sowie ältere Menschen werden durch diese Extraprämie härter getroffen als gesunde und gut verdienende Versicherte. Auch unter dem Gesichtspunkt der sozialen Gerechtigkeit weisen wir diese kleine Kopfpauschale zurück. Gesetzliche Krankenkassen wie beispielsweise die Techniker Krankenkasse, deren Mitglieder mehrheitlich höhere Einkommen beziehen und gesund sind, können ihren Mitgliedern hingegen die kleine Kopfpauschale erlassen, sofern sie mit dem ihnen zugewiesenen Betrag auskommen.

Wir lehnen jegliche Formen von Sonderzahlungen und Kopfpauschalen für die gesetzliche Versicherten ab.

c) Der gesetzliche Leistungskatalog

Wir begrüßen, dass es keine weiteren Kürzungen des gesetzlichen Leistungskataloges geben soll.

Wir Braunschweiger Jusos stellen aber auch fest, dass der gesetzliche Leistungskatalog durch die Kürzung des Jahres 2003 zu stark zusammengestrichen wurde.

d) Der Finanzausgleich

Der Finanzausgleich, der seit Mitte der neunziger Jahre existiert, soll verhindern, dass eine Kasse benachteiligt wird, wenn sie viele kranke, ältere und schlechter verdienende Menschen aufnimmt. Die Verteilungsrolle der Gelder soll nun der Fonds übernehmen.

Die Absicht der Union, anhand einer wissenschaftlichen Untersuchung etwa 50 Krankheiten fest zulegen, für die die Kosten ausgeglichen werden sollen, lehnen wir ab.

Darunter fallen nach Absicht der Union auch alle Krankheiten, für die die Patienten nach Interpretation von CDU/CSU die Risiken trage.

Wir begrüßen die Absicht der SPD, diesen Finanzausgleich stärker anzuwenden, um möglichst viele Krankheitskosten auszugleichen und die Attraktivität der gesetzlichen Krankenkassen zu erhöhen.

Die eingebaute Länderschutzklausel begrüßen wir Jusos tendenziell. Diese Klausel wurde eingeführt, um regionale Belastungssprünge durch Einführung des Fonds zu vermeiden. Es soll sichergestellt werden, dass die Belastungen für Länder mit finanzstarken Kassen maximal um 100 Millionen Euro im Jahr steigen.

e) Der Arbeitgeberbeitrag

Wir Braunschweiger Jusos lehnen das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages strikt ab. Wir stehen zur paritätischen Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Leider konnte die paritätische Beteiligung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern nur teilweise erreicht werden, da unter anderem die Streichung des Arbeitgeberbeitrages im Rahmen der 2003 beschlossenen „Reform“ nicht rückgängig gemacht wurde.

f) Arzneimittelpreise

Die eingeführte Möglichkeit, dass Kassen und Apotheken über die Höchstpreise für Medikamente verhandeln können, reicht uns nicht aus. Unserer Meinung nach sollte dies nicht eine Option, sondern eine Pflicht sein!

Mit diesem Gedanken ist bereits 2003 gespielt worden; allerdings haben die Einflüsse der Lobby eine Umsetzung dieses sinnvollen Schrittes verhindert!

Außerdem missfällt uns Jusos an den Eckdaten dieser „Reform“:

- Chronisch Kranke werden nicht finanziell entlastet.
- Das Prinzip der Prävention bleibt zu stark im Hintergrund. Es ist nicht damit zu rechnen, dass die GKV ihren Mitgliedern aufgrund der durch diese „Reform“ verschlechterten Finanzsituation Präventivmaßnahmen bieten können.
- Die Absicht, die Zweitmeinung eines „fachlich besonders ausgewiesenen Arztes“ darüber einzuholen, ob ein Patient besonders teure Medikamente und/oder eine aufwendige Untersuchung benötigt. Dadurch steht nicht die Würde und Gesundheit des Menschen, sondern die finanzielle Situation im Vordergrund. Es besteht die Gefahr, nach allgemeiner Kassenlage zu entscheiden und damit Menschen die notwendige Medizin zu verweigern!
- Durch die für 2009 geplante Einführung des Gesundheitsfonds besteht für diejenigen gesetzlich Versicherten, die aufgrund ihrer finanziellen Situation einen (verhältnismäßig) geringen Beitrag zahlen, die Gefahr, dass es –neben der Erhöhung der Beiträge zum 01.01.2007- zu einer weiteren Beitragserhöhung kommt. Diejenigen, die heute hingegen einen höheren Beitrag zahlen, könnten eher entlastet werden.

20 IV. Unser Leitbild: gerecht, sozial und nachhaltig: Die Bürgerversicherung

25 *„Wir wollen Fortschritt, der nicht auf Quantität, sondern auf Qualität, auf eine höhere Qualität menschlichen Lebens zielt. [...] Wir brauchen einen Fortschritt, der den Frieden nach innen und außen sichert, das Leben von Mensch und Natur bewahrt, Angst überwindet und Hoffnung weckt. Wir brauchen einen Fortschritt, der unsere Gesellschaft freier, gerechter und solidarischer macht. Ohne diesen Fortschritt hätte der Rückschritt freie Bahn. [...]“ (Berliner Grundsatzprogramm der SPD von 1989)*

30 Wer gesundheitlich beeinträchtigt ist, braucht uneingeschränkte Hilfe. Deshalb gilt gerade aus jungsozialistischer Perspektive, ein Gesundheitssystem zu etablieren, dass die Behandlung und Heilung von Krankheiten im weitesten Sinne gewährleistet und darüber hinaus Prävention finanziert. Dazu gehört, dass sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen durch die Beiträge der Versicherten abgedeckt sind.

35 Wir Jusos fordern nach wie vor den Systemwechsel zur solidarischen Bürgerversicherung. Wir wollen die Solidarität der gesetzlichen Krankenversicherung stärken und nicht abbauen.

40 Jegliche Formen der Kopfpauschale lehnen wir ausdrücklich und kompromisslos ab! Dieses Modell ist nur attraktiv für Besserverdienende, deren Abgaben an das Gesundheitssystem dadurch spürbar gesenkt werden. Für uns Jusos gilt hingegen, dass jede und jeder im Rahmen seiner Möglichkeiten einen entsprechenden Beitrag zur Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens zu tragen hat. Für uns gilt im besonderen Maße die Maxime, dass starke Schultern mehr tragen als schwache.

45 Wir stehen für den Umbau, keinesfalls aber für den Abbau von Sozialleistungen. Auch wenn die Union den Weg zur solidarischen Bürgerversicherung verhindern möchte, kann diese aus jungsozialistischer Perspektive nur Ziel sozialdemokratischer Gesundheitspolitik sein.

50 Unser Ziel ist eine Gesundheitsversorgung, die allen unabhängig vom Einkommen zur Verfügung stehen muss und eine dauerhafte Teilhabe am medizinischen Fortschritt und jeglicher Versorgung garantiert. Zuzahlungen der gesetzlich Versicherten über ihren gesetzlichen Beitrag hinaus lehnen wir ab.

55 Die Qualität der Versorgung muss für alle Bürgerinnen und Bürger im Zentrum stehen. Eine Zwei-Klassen-Medizin, die sozial benachteiligte Menschen von der medizinischen Versorgung ausschließt, lehnen wir ab. Wir wollen die präventive Behandlungen der Patientinnen und Patienten stärken.

Wir Jusos in Braunschweig sprechen uns neben dem Systemwechsel zur Bürgerversicherung auch für eine stärkere Steuerfinanzierung des deutschen Gesundheitssystems aus. Ansonsten wären weitere Leistungskürzungen, neue Beitragssteigerungen und höhere Zuzahlungen unvermeidbar. Ein Umstieg auf einen höheren Steueranteil bei gleichzeitiger Senkung der Beitragssätze könnte die gesamte Abgabenquote der deutschen Volkswirtschaft unverändert lassen.

Wir Jusos fordern, dass jeder Bürger ohne Gesundheitsprüfung von jeder Versicherung aufgenommen werden muss, um einen fairen Wettbewerb zwischen gesetzlichen und privaten Kranken zu schaffen.

Deswegen setzen wir Jusos in Braunschweig uns für die solidarische Bürgerversicherung ein, die alle versichert. Alle zahlen für alle mit allem: Selbstständige, Beamte und Abgeordnete sollen in die gesetzliche Krankenkasse miteinbezogen- ebenso alle Zins- und Kapitaleinkünfte. Fast alle anderen europäischen Länder haben diese Grundlagen der Bürgerversicherung in die Finanzierung der Krankenversicherung integriert. Gleichzeitig sollen Familien, niedrige und mittlere Einkommen durch die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze entlastet werden. Familienmitglieder ohne eigenes Einkommen und Kinder werden weiterhin beitragsfrei mitversichert.

Unsere Anforderungen an die solidarischen Bürgerversicherung sind:

- Einkommensbezogene Beiträge: Jede/r zahlt nach seiner Leistungsfähigkeit aus den Erwerbs- und Kapitaleinkommen seine Beiträge. Lohnbezogene Beiträge werden paritätisch versichert. Ein Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge scheidet aus.
- Kontrahierungszwang: Jede Versicherung muss jeden ohne Gesundheitsprüfung aufnehmen.
- Gesetzlicher Leistungskatalog: alles medizinisch notwendige soll vollständig versichert werden. Das beinhaltet die Rücknahme aller 2003 aus dem gesetzlichen Leistungskatalog gestrichen Leistungen wie beispielsweise Krankengeld, Sehhilfen, Zahnersatz.
- Sachleistungsprinzip: Patientinnen und Patienten erhalten die Leistungen unmittelbar und müssen sie nicht im voraus bezahlen.
- Die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze

Weitere sinnvolle Reformbaustellen:

Neben der Einführung der Bürgerversicherung sprechen wir Braunschweiger Jusos uns für weitere Reformschritte im deutschen Gesundheitswesen aus:

- Die Einführung einer Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln und die Einführung einer Arzneimittelpositivliste.
- Die Erleichterung von kassenartübergreifenden Fusionen, um die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen (derzeit ca. 350) zu vermindern und die Wirtschaftlichkeit zu stärken. Langfristig setzen wir uns für die Schaffung einer gemeinsamen gesetzlichen Krankenkasse für alle Versicherten ein.
- Die weitere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung
- Die (weitere) Erleichterung der Gründung Medizinischer Versorgungszentren
- Eine bessere Vernetzung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung durch den weiteren Ausbau der integrierten Versorgung
- Die flächendeckende Einführung der elektronischen Patientenkarte
- Die Stärkung der Allgemeinmediziner und der Hausärzte

V. Fazit: eine perspektivlose „Reform“, die die Systemfrage nicht stellt

„Hoffnung entsteht nicht aus dem Verdrängen von Gefährdungen, sondern aus Aufklärung im öffentlichen Dialog. Reformpolitik setzt Hoffnung. Wo sogar das Bewahrenswerte nur durch

Reform zu retten ist, wird Reformarbeit zur einzig verantwortbaren Politik.“ (Berliner Grundsatzprogramm der SPD von 1989)

5 Der Abbau der Zwei- Klassen- Medizin in Deutschland wurde nicht erreicht, weil die PKV weiterhin einen größeren Leistungskatalog haben und Ärzte wie Kliniken für jede einzelne Leistung besser vergütet werden.

10 Die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung konnten nur durch steigende Beiträge, keinesfalls aber durch einen Systemwechsel mit Vergrößerung der finanziellen Basis erreicht werden. Die Privatversicherten sind nach wie vor nicht an der Finanzierung des Solidarsystems beteiligt, weil sie keine Beiträge in den Gesundheitsfonds einzahlen müssen.

15 Der nur für die GKV eingerichtete Gesundheitsfonds erscheint uns Braunschweiger Jusos deswegen sinnlos. Gleichzeitig werden zusätzliche Probleme geschaffen, weil er die GKV vor einen Umstrukturierungsprozess stellt.

20 Wir Jusos sehen mit Besorgnis, dass die Gesundheitsprämie den Einstieg in das System der Kopfpauschale darstellt. Da viele gesetzliche Krankenkassen mit den ihnen durch den Fond zugeteilten Mitteln nicht auskommen werden, sind sie gezwungen, einen Zusatzbeitrag in Form der kleinen Kopfpauschale zu erheben. Wenn eine gesetzliche Krankenkasse im Gegensatz zu ihrer Konkurrenz einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erhebt, könnte sie ihre Gutverdiener an die Konkurrenzkasse verlieren. Damit ist der Einstieg in das System der Kopfpauschalen gemacht.

25 Wir Braunschweiger Jusos sehen in der Gesundheitsreform 2006 keine Vorteile für die Mitglieder der GKV. Wir können an den Eckpunkten dieser „Reform“ auch nicht erkennen, dass sich der Beitrag des Einzelnen nach seiner finanziellen Leistungsfähigkeit richtet. Unserer Meinung nach sind die im Rahmen dieser „Reform“ geplanten Konzepte nicht fähig, die strukturellen Probleme unseres Gesundheitssystems zu lösen. Es handelt sich folglich- wie
30 2003- nur um eine Flickenschusterei.

35 Wir Jusos haben uns im Bundestagswahlkampf 2005 intensiv für die SPD engagiert. Ein zentraler inhaltlicher Aspekt für unser Engagement stellte die Idee der solidarischen Bürgerversicherung da, die unserer Meinung nach den Umbau anstelle des Abbau des Sozialstaates voranbringt. In sozialen Fragen hat die Sozialdemokratie wegen ihrer Positionen im Gesundheitswesen das Vertrauen vieler Wählerinnen und Wähler gewonnen, das durch den Gesundheitskompromiss 2006 verspielt wird.

40 Wir Braunschweiger Jusos bewerten jegliche Maßnahmen im Gesundheitswesen unter dem Gesichtspunkt der solidarischen Bürgerversicherung, die von Parteitag und Parteirat eckpunktartig umrissen worden ist. Nur wenn die im Rahmen von Reformen eingeführten Maßnahmen in Richtung solidarischer Bürgerversicherung gehen, kann die SPD das Vertrauen der Menschen in sozialdemokratische Reformpolitik, den Umbau statt Abbau, wiedergewinnen.

45 *Dieses ist leider bei dem Gesundheitskompromiss 2006 von Union und SPD nicht der Fall. Deswegen lehnen wir Jusos in Braunschweig die „Gesundheitsreform 2006“ mit all ihren Bausteinen vollständig ab!*

50 *„Es ist an uns, die Dinge niemals ihrem Lauf zu lassen, sondern uns immer wieder um angemessene Lösungen zu bemühen.“
(Willy Brandt)*

