

1 Antrag der Jusos Charlottenburg-Wilmersdorf

2

3 Die Landesdelegiertenkonferenz der Jusos Berlin möge
4 beschließen:

5

6

7 **Schwarz-Gelb entgegentreten - Entsolidarisierung im**
8 **Gesundheitswesen stoppen - Soziale Alternativen Aufzeigen**

9

10 Seit dem Leipziger Bundesparteitag 2003 der CDU wissen wir,
11 dass die Konservativen den Ausstieg aus dem solidarischen
12 System der sozialen Sicherheit anstreben. Mit der Einführung
13 der so genannten Gesundheitsprämie wird der Grundkonstruktion
14 der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung, die sowohl
15 durch die ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen getragen
16 wird, die Legitimationsgrundlage entzogen. Unter dem Verweis
17 auf Kostenexplosionen im Gesundheitswesen, auf „demographische
18 Asymmetrien“ und auf steigende Arbeitslosigkeit bei
19 gleichzeitig wachsenden Lohnnebenkosten, träumt die Union von
20 einem Systemwechsel, der mehr Wettbewerb, mehr Transparenz,
21 mehr Eigenverantwortung und weniger Kosten verspricht. Da das
22 die Zielvorgaben der Union sind, steht das auch so im
23 Leipziger Beschlussbuch mit dem Titel „Deutschland fair
24 ändern“: „Die Gesundheitsprämie soll so schnell wie möglich
25 nach einem Regierungswechsel eingeführt werden.“

26

27 Im Jahr 2010 ist es so weit. Der Regierungswechsel ist aus
28 Sicht der Union vollbracht und mit Hilfe ihres neoliberalen
29 Wurmfortsatzes könnte sie ihr Versprechen scheinbar einlösen.
30 Die Gesundheitsprämie würde dann als unsoziale Kopfpauschale
31 für 70 Mio. gesetzlich Versicherte die vollständige
32 Entsolidarisierung im Gesundheitswesen realisieren.

33

34

35 **Zwei-Klassen-Medizin**

36

37 Wir erleben es selber tagtäglich. Wir sind jetzt schon mit
38 einem Zwei-Klassen-System im Gesundheitswesen konfrontiert.
39 Das zeigt sich aber nicht nur durch unterschiedlich lange
40 Wartezeiten beim Arzt. Besonders für die gesetzliche
41 Krankenversicherung hat das negative Auswirkungen. Das
42 Gesundheitswesen besteht aus zwei getrennten Systemen. Ein
43 Beispiel: Privat Versicherte Patientinnen und Patienten mit
44 psychischen Erkrankungen haben einen Anspruch auf sechs bis
45 sieben Einzeltherapien à 50 Minuten in der Woche. Gesetzlich

1 Versicherte hingegen haben nur einen Anspruch auf eine einzige
2 Einzeltherapie à 30 Minuten in der Woche. Diese eklatanten
3 Unterschiede sind nicht haltbar. Eine sich zunehmend
4 ökonomisierende Gesellschaft, in der marktliche Prinzipien,
5 Wettbewerb und Selbstausbeutung die Arbeitswelt bestimmen und
6 die immer mehr Menschen dem Druck prekärer Arbeit aussetzt,
7 hat die Verantwortung für das gesundheitliche Wohl der
8 ArbeitnehmerInnen zu sorgen.

9

10 90 Prozent der Bevölkerung, deren Einkommen unter der
11 Versicherungspflichtgrenze von derzeit 4162,50 Euro liegt,
12 sind in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. 10
13 Prozent der Bevölkerung sind Mitglieder in privaten
14 Krankenkassen. Die Besserverdienenden, Beamten und
15 Selbständige entziehen sich so der solidarischen Finanzierung
16 des Gesundheitswesens. Gerade diese Gruppen, die ein gutes
17 Risiko haben, also deren Wahrscheinlichkeit zu erkranken
18 relativ gering ist, fehlen der GKV, um einen solidarischen
19 Ausgleich zu organisieren. Ein weiteres Problem dabei ist,
20 dass diese Versichertengruppen oft im Alter nicht mehr in der
21 Lage sind, die hohen Beiträge zu bezahlen und somit in die
22 gesetzliche Versicherung aufgenommen werden müssen. Aus diesem
23 Grund und weiteren Gründen sind private Krankenversicherungen
24 abzulehnen.

25

26 **Die gesetzliche Krankenversicherung**

27

28 Unser soziales Versicherungssystem zeichnet sich im Besonderen
29 durch die Möglichkeit sozialer Ausgleichsmechanismen aus. Die
30 Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
31 machen 90 Prozent der Bevölkerung aus. 70 Mio. Menschen sind
32 hier nach dem Bedarfsprinzip gegen Lebens- und
33 Arbeitsweltrisiken geschützt. Besonders chronisch Kranke
34 profitieren davon, da sie durch die Gesünderen unterstützt
35 werden und somit durch die vorhandene Umverteilung in die Lage
36 versetzt werden, am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu
37 können. Das stellt die Gesellschaft auch weiterhin vor große
38 Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt. Da die GKV
39 nicht, wie z.B. in der Rentenversicherung nach dem
40 Teilhabeäquivalenzprinzip organisiert ist, d.h. das auf
41 eingezahlte Beiträge nicht automatisch auch Ansprüche folgen,
42 ergeben sich Spielräume in der Ausgestaltung der sozialen
43 Ausgleichsmechanismen.

44

1 Die GKV ist in ihrer jetzigen Form aber ebenfalls abzulehnen,
2 da sie strukturell unterfinanziert und durch „schlechte
3 Risiken“ überbelastet ist. Die GKV hat ein Einnahmeproblem.
4 Obwohl sich das das Bruttoinlandsprodukt in den letzten
5 Jahrzehnten fast verdoppelt hatte, kam es kaum zu
6 nennenswerten Lohnsteigerungen bei den Beschäftigten. Die
7 Einkommen aus unselbstständiger Arbeit stiegen nur um die
8 Hälfte. Die Lohnquote nahm ab und die Umverteilungskrise nah,
9 zu. Niedrigere Löhne, der Ausbau des Niedriglohnsektors und
10 die Förderung prekärer Beschäftigungsverhältnisse führten zu
11 immer geringer ausfallenden Einnahmen bei den
12 beitragsfinanzierten Sozialsystemen.

13

14

15 Finanzierung der GKV

16

17 Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wird zu
18 Teilen aus ArbeitnehmerInnen- und ArbeitgeberInnenbeiträgen
19 ausgestaltet, wobei die abhängig Beschäftigten seit 2005 einen
20 einkommensunabhängigen Aufschlag von 0,9 Prozent zusätzlich
21 entrichten müssen. Anders als in der PKV, wo die Beitragssätze
22 nach dem geschätzten Risiko der Versicherten berechnet werden,
23 gilt in der GKV ein konstanter dynamisierter Prozentsatz des
24 Bruttoeinkommens, die der Entwicklung der Löhne und Gehälter
25 angepasst wird. Zurzeit beträgt der gemeinsame Beitragssatz
26 von ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen 14,9 Prozent. Also
27 7,9 Prozent für die abhängig Beschäftigten. Hier findet
28 bereits eine Abkopplung der Beitragszahlungen von der
29 Lohnentwicklung statt. Unter dem Hinweis auf die scheinbar
30 notwendige Entlastung des „Faktor Arbeit“ werden die
31 ArbeitgeberInnen aus der Pflicht genommen, für die Gesundheit
32 ihrer Angestellten einzutreten. Die Argumentation für dieses
33 Vorgehen, dass die Dämpfung der Lohnnebenkosten Arbeitsplätze
34 sichert ist aber völlig verkehrt. Lohnnebenkosten sind immer
35 auch Gegenstand der Verteilungskämpfe in den Lohnverhandlungen
36 und werden durch die Kapitalseite antizipiert und bei der
37 Gesamtlohnsumme berücksichtigt. Das würde zwar den Konsumlohn
38 drücken, kann aber durch den Produktivitätszuwachs, den wir in
39 den letzten Jahren durchaus verzeichnen konnten, ausgeglichen
40 werden. Bei starken Gewerkschaften kann die negative
41 Auswirkung der Lohnnebenkosten auf den Konsumlohn durchaus
42 gebremst werden. Die derzeitige Praxis schwächt den Konsumlohn
43 jedoch von Anfang an, denn sie entzieht die Belastung
44 steigender Lohnnebenkosten ganz dem Verteilungskampf. Somit

1 hat die ArbeitnehmerInnenseite keine Möglichkeit, auf die
2 Konsumlohnentwicklung Einfluss zu nehmen.

3
4 Weiterhin schwächt die GKV, dass durch die regressive Wirkung
5 im GKV-Tarif hohe Einkommen nicht in gleichem Maße zur
6 Finanzierung herangezogen werden, wie kleine und mittlere
7 Einkommen. Durch die Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 3675
8 Euro findet hier keine gesellschaftliche Umverteilung statt.

9
10 Mit dem Gesundheitskompromiss von 2006 und der Einführung des
11 Gesundheitsfonds wurde den Krankenkassen zugebilligt, eine
12 weitere Finanzierungsart heranzuziehen. Seit Juli 2009 können
13 die Kassen einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag erheben.
14 Dieser darf maximal ein Prozent der Bruttolohnsumme betragen.
15 Anstatt hier Umverteilung in der GKV zu organisieren, wurden
16 die Mehrkosten im Gesundheitssystem erneut auf die
17 ArbeitnehmerInnen übertragen. Die „kleine Kopfpauschale“
18 zeigt, wohin die Reise gehen wird.

19
20 Die kleine Kopfpauschale wurde 2006 von der Union durchgesetzt
21 und kann als erster Schritt zur Umsetzung der 2003 gefassten
22 Beschlüsse gesehen werden. Seit September 2009 regiert die
23 Union gemeinsam mit einer Klientelpartei, die diese Pläne
24 unterstützt. Darum heißt es auch im Koalitionsvertrag von
25 Schwarz-Gelb:

26
27 *„Langfristig wird das bestehende Ausgleichsystem überführt in*
28 *eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, regionalen*
29 *Differenzierungsmöglichkeiten und einkommensunabhängigen*
30 *Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden. Weil*
31 *wir eine weitgehende Entkopplung der Gesundheitskosten von den*
32 *Lohnzusatzkosten wollen, bleibt der Arbeitgeberanteil fest.“*

33

34

35 **Die Kopfpauschale - radikal unsozial**

36

37 Im Grunde verfolgt die Union zwei Kernziele mit der Einführung
38 der Gesundheitsprämie/Kopfpauschale: Einerseits sollen die
39 Lohnnebenkosten weiter gesenkt werden und die
40 Gesundheitskosten der abhängig Beschäftigten sollen von den
41 Löhnen Entkoppelt werden. Andererseits soll „sozial
42 ausgeglichen“ ein zunehmender steuerfinanzierter Anteil die
43 Kosten im Gesundheitswesen decken. Wir lehnen die Entkopplung
44 der Gesundheitskosten von den Lohnverhandlungen aus den oben
45 schon genannten Gründen ab. Der zunehmenden Steuerfinanzierung

1 des Gesundheitssystems in der angestrebten Form stehen wir
2 ebenfalls sehr kritisch gegenüber, da hiermit die
3 Parafiskalität (Abkopplung der Sozialhaushalte, z.B. der
4 Krankenkassen oder der Rentenversicherung, vom Bundeshaushalt
5 und von starken politischen Eingriffen mit dem Prinzip der
6 Selbstverwaltung durch die BeitragszahlerInnen.) der
7 Sozialhaushalte weiter ausgehöhlt und dem Konfliktraum des
8 Parlaments übertragen wird. Denn aus historischen Erfahrungen
9 wissen wir, dass ein direkter Zugriff der Politik auf die
10 Sozialhaushalte in Krisenzeit schnell zu Umverteilungszwecken
11 von unten nach oben missbraucht werden kann.

12

13 Die Union möchte durch folgende Maßnahmen das
14 Gesundheitssystem verändern:

15

- 16 • Der Beitragsanteil der ArbeitgeberInnen soll auf ca. 6,5
17 Prozent des Bruttolohns festgeschrieben werden. Die
18 gezahlten Beiträge fließen dann in einen Fonds, aus dem
19 ein Teil des Solidarausgleichs finanziert werden soll.
- 20 • Alle Versicherten, auch z.B. nicht erwerbstätige
21 EhepartnerInnen, sollen den gleichen Beitrag (Gegenwärtig
22 wird laut Berechnungen mit einer monatlichen Summe von
23 200 Euro gerechnet.) an ihre Krankenkasse entrichten.
- 24 • Dabei steht schon jetzt fest, dass sich ca. 80 Prozent der
25 gesetzlich Versicherten diese Kopfpauschale nicht leisten
26 können, da diese höher ausfallen wird, als ihr
27 gegenwärtiger ArbeitnehmerInnenbeitrag.
- 28 • Die anfallenden Kosten des Solidarausgleichs, die
29 gegenwärtig vom Bundesfinanzministerium auf 35 Milliarden
30 Euro geschätzt werden, sollen durch Steuermittel
31 finanziert werden.
- 32 • Um den Solidarausgleich zu finanzieren, müsste entweder
33 die gesamte Einkommenssteuer um drei bis fünf Prozent
34 angehoben, der Spitzensteuersatz auf 73 Prozent ausgebaut
35 oder die Mehrwertsteuer um 2,5 bis 4 Prozent angehoben
36 werden.
- 37 • Zusätzlich werden aufgrund der anfallenden
38 Finanzierungsprobleme medizinische Leistungen weiter
39 beschnitten. Dazu will Schwarz-Gelb den Markt für die
40 PKVen öffnen, die in Zukunft private Zusatzversicherungen
41 anbieten werden. Wer also eine Einzeltherapie oder eine
42 Vorsorgeuntersuchung extra benötigt, muss sich zusätzlich
43 privat versichern.

44

1 Die geplante Umstellung des Gesundheitssystems ist überaus
2 unsozial und wird auf Kurz oder Lang die anfallenden
3 Kostensteigerungen den unteren und mittleren Einkommen
4 aufbürden. Denn: Die BesserverdienerInnen verabschieden sich
5 bereits jetzt schon in die PKVen. Die, die im gesetzlichen
6 System bleiben zahlen nicht mal mehr den höheren Beitrag, der
7 gegenwärtig noch durch die Beitragsbemessungsgrenze reguliert
8 wird. Schwarz-Gelb forciert den Ausstieg aus dem solidarischen
9 Sozialstaat und besonders im Gesundheitswesen scheint in
10 Zukunft das Motto zu sein: „survival oft he fittest“.

11

12

13 **Unsere Alternative:**

14 **Die BürgerInnenversicherung – sozial und solidarisch**

15

16 Wir stehen dazu: Der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung
17 muss jedem und jeder immer und unabhängig vom ökonomischen
18 Status ermöglicht werden. Seit 2005 streiten wir gemeinsam mit
19 den Gewerkschaften und anderen fortschrittlichen Kräften für
20 die Einführung einer solidarischen BürgerInnenversicherung für
21 alle. Alle Menschen die hier leben müssen ein Recht auf die
22 Versorgung im Ernstfall haben. Einschnitte bei den
23 gesundheitlichen Leistungen durch Zusatzversicherungen lehnen
24 wir entschieden ab. Wir wollen Solidarität im
25 Gesundheitsbereich organisieren.

26

27 Folgende Eckpunkte einer solidarischen BürgerInnenversicherung
28 haben weiterhin Bestand und werden auch in Zukunft die
29 Diskussion um ein solidarisches Gesundheitssystem prägen:

30

- 31 • Durch die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze wird
32 die Versicherungspflicht auf alle Erwerbstätigen
33 ausgedehnt.
- 34 • Beamtinnen und Beamte und neue und alte Formen der
35 Selbständigkeit werden in die solidarische Finanzierung
36 und Absicherung mit einbezogen. Alle werden in Zukunft
37 ihren Beitrag leisten.
- 38 • Wir wollen die Sonderstellung der privaten Krankenkassen
39 abschaffen. Jede Kasse, ob privat oder gesetzlich, muss
40 durch den Kontrahierungszwang alle Menschen aufnehmen und
41 zu dem BürgerInnenversicherungstarif versichern.
- 42 • Wir wollen, dass alle Einkommen aus selbständiger und
43 unselbständiger Arbeit in die BürgerInnenversicherung
44 herangezogen werden. Dabei wollen wir die

1 Beitragsbemessungsgrenze abschaffen und höhere Einkommen
2 stärker in den solidarischen Finanzierungsausgleich
3 einbeziehen.

- 4 • Auch Einkommen aus Kapitaleinkünften müssen in Zukunft
5 stärker in die Finanzierung des Gesundheitssystems
6 Einbezogen werden. Es können Umverteilungseffekte genutzt
7 werden, wenn weitere Einkommensarten herangezogen werden.
- 8 • Die ArbeitgeberInnen stehen nach wie vor in einer
9 besonderen Verantwortung für ihre Belegschaften. Daher
10 wollen wir an der (wirklichen) paritätischen Finanzierung
11 der Krankenversicherung festhalten.
- 12 • Eine Stärkung des Gesundheitssektors ist keine
13 Einbahnstraße. Die jährlichen Ausgaben im
14 Gesundheitssektor betragen ca. 250 Mrd. Euro. Das sind
15 ca. 11 Prozent des Bruttoinlandprodukts. Neben der
16 Möglichkeit für Millionen von Menschen, gesund zu leben
17 setzt dies auch Beschäftigungseffekte frei. Insgesamt
18 arbeitet heute schon jede/r zehnte Beschäftigte im
19 Gesundheitssektor. Das sind gegenwärtig ca. 4,5 Millionen
20 Menschen. Mit der Entscheidung, die Beitrags- und
21 Finanzierungsbasis der GKV zu verbreitern, kann auch eine
22 Entscheidung über die Erhöhung der Ausgabenquote (Anteil
23 der Gesundheitsausgaben am BIP) verbunden werden. Das
24 würde Arbeitsplätze schaffen und den Konsumlohn bei
25 weiten Teilen der erwerbstätigen Bevölkerung stärken.

26
27
28 Die solidarische BürgerInnenversicherung ist das richtige
29 Gegenmodell zu den Plänen der Union und der Marktradikalen.
30 Die BürgerInnenversicherung stärkt die Solidarität im
31 Gesundheitswesen und behauptet sich als Gegenentwurf gegen die
32 immer weiter zunehmende Privatisierung aller Lebensrisiken.
33 Die zunehmende Erosion der Finanzierung wird durch die
34 Verbreiterung der Beitragsbasis gestoppt. Höhere Einkommen und
35 Kapitaleinkünfte werden einbezogen und der dysfunktionale
36 Wettbewerb zwischen den privaten und den gesetzlichen
37 Krankenkassen findet durch einheitliche Tarife und die
38 Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze ein Ende. Durch
39 Umverteilungseffekte und die Möglichkeit der Qualitäts- und
40 Quantitätssteigerung im Gesundheitswesen, kommen wir dem Ziel
41 der Vollbeschäftigung ein kleines Stück näher.

42
43 Die solidarische BürgerInnenversicherung ist unser politisches
44 Reformmodell, für eine solidarische Gesundheitsversorgung in
45 einer solidarischen Gesellschaft. Sie bedeutet Modernisierung

1 und Fortschritt. Sie eröffnet neue Beschäftigungschancen,
2 organisiert Umverteilung und ermöglicht mehr Freiheit von
3 gesundheitlichen Belastungen und gesellschaftlichen Zwängen
4 für alle.
5