

**Bundeskonzferenz  
der Arbeitsgemeinschaft der  
Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten  
im Gesundheitswesen (ASG)**

**18. November 2006 in Berlin**



Kraft der  
Erneuerung.

## **Beschlüsse**

**Antrag: 1**

**Antragsteller: ASG-Bundesvorstand**

**Betreff: Solidarisch, gerecht, patientenorientiert: für eine glaubwürdige Gesundheitsreform**

Die ASG stellt fest: Der Gesetzentwurf der Koalition zur Gesundheitsreform ist

- nicht dazu geeignet, die Finanzierung des Gesundheitswesens auf solidarischer Basis langfristig abzusichern
- es enthält gefährliche Weichenstellungen zur weiteren Entsolidarisierung und Privatisierung
- fördert nicht den Wettbewerb um eine bessere und wirtschaftlichere Versorgung kranker Menschen
- wird dominiert durch Anreize, die Gesunde privilegieren und Kranke benachteiligen.

Die vielen positiven Ansätze im strukturellen Bereich der vorgesehenen Reformen treten durch ideologisch geprägte, weitgehende CDU-dominierte Reformoptionen bzgl. GKV-Finanzierung leider in den Hintergrund.

Wir erinnern daran: Im Koalitionsvertrag wurden folgende Zielsetzungen festgelegt: „Die Sicherung eines leistungsfähigen und demokratiefesten Gesundheitswesens mit einer qualitativ hochwertigen Versorgung für die Patientinnen und Patienten sowie die Gewährleistung einer solidarischen und bedarfsgerechten Finanzierung.“

Für den Bereich Krankenversicherung u. a.:

- Effizienz durch wettbewerbliche Ausrichtung verbessern
- stabile Finanzstruktur
- fairer Wettbewerb zwischen PKV und GKV
- Weiterentwicklung des RSA, so dass die Zielgenauigkeit erhöht und Morbiditätsrisiken besser abgebildet werden.

Deshalb fordert die Bundesdelegiertenkonferenz:

1. Die ASG bleibt bei ihrer Auffassung, dass nur die Solidarische Bürgerversicherung einen echten Reformschritt für das Gesundheitssystem und seine Finanzierung darstellen würde.  
Um die Beitragszahler zu entlasten und eine Einbeziehung von Vermögens- und Unternehmereinkommen zu erreichen, hat die SPD eine zusätzliche Finanzierung über die Einkommenssteuer vorgeschlagen.  
Die ASG kritisiert die Blockadehaltung der CDU: sie schützt die Besserverdienenden vor zumutbaren und gerechten Belastungen.  
Damit erzwingt sie eine deutlich höhere Beitragsbelastung der Arbeitnehmer und macht eigene Reformankündigungen unglaubwürdig.  
Zentrale Ziele der SPD für eine Reform im Gesundheitswesen konnten nicht erreicht werden.  
Es gleicht nur wenig aus, dass die CDU sich nicht mit ihrer ungerechten Kopfpauschale durchsetzen konnte. Die SPD konnte verhindern, dass es eine weitere Aufweichung der Parität bei der Finanzierung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer gibt. Weiterhin konnte die SPD verhindern, dass zusätzliche Belastungen für Beitragszahler durch die private Absicherung von Gesundheitsrisiken (Unfälle) entstehen.  
Ziel der Reform für die SPD war eine Senkung der lohnbezogenen Beiträge und die Einbeziehung lohnunabhängiger Finanzierungsquellen/aller Einkommensarten.
2. Während die ASG die im Reformkonzept vorgesehenen Strukturmaßnahmen

weitgehend unterstützt und bereit ist, mitzuhelfen, dass diese Innovationen zustande kommen, **hält die ASG den geplanten Gesundheitsfonds für ungeeignet, die nachhaltige Sicherung der GKV-Finanzierung zu gewährleisten.** Keine der zur Stabilisierung und nachhaltigen Sicherung der GKV-Finanzierung notwendigen Maßnahmen, auch die von der SPD beabsichtigte Einführung der Bürgerversicherung, setzen diesen Fonds voraus. Nachdem die PKV nicht einbezogen werden soll, trägt er auch nicht zu mehr Gerechtigkeit bei der Finanzierung des Gesundheitswesens bei. Alle sonstigen dem Fonds zugedachten Funktionen können wie bisher auch, über den RSA beim Bundesversicherungsamt abgewickelt werden. **Die ASG tritt deshalb dafür ein, auf den Fonds und den damit in Zusammenhang stehenden, nur von den Versicherten zu zahlenden Zusatzbeitrag, zu verzichten.**

3. Sollten Koalition und Regierung **dennoch** auf eine „**Fonds-Lösung**“ nicht verzichten wollen, muss diese mit einem zielgenaueren, Finanzausgleich zwischen den Kassen verbunden sein, darf nicht einseitig die Versicherten belasten und auch nicht zum Aufbau einer neuen, teuren Bürokratie führen. **Nachfolgende Forderungen** müssen unbedingt berücksichtigt werden:
  - 3.1. Der Fonds muss 100 % der Ausgaben der jeweiligen Krankenkasse auf Dauer abdecken und dazu mit einem wissenschaftlich fundierten, zielgenauen, morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich verbunden sein. Ein Zusatzbeitrag ist dann überflüssig. Gesetzgeberisch ist sicherzustellen, dass nach spätestens fünf Jahren dieser bezüglich seiner Ausgleichswirkung überprüft wird.
  - 3.2. Der notwendige Beitragssatz zum Fonds wird jährlich vom Schätzerkreis beim BVA der aktuellen Einnahmen- und Ausgabensituation der GKV angepasst und von der Selbstverwaltung der Kassen festgesetzt. Dadurch entfällt die Beitragsfestsetzung durch die Bundesregierung.
4. Es dürfen **keine Fakten** geschaffen werden, **die die PKV bevorzugen** bzw. positive Anreize zu Gunsten der PKV auslösen (z.B. Steuerfinanzierung der Kindermitversicherung). Wir erwarten den Einbezug der PKV in den Risikostrukturausgleich und erinnern in diesem Zusammenhang an die Aussagen des Koalitionsvertrages zum fairen Wettbewerb zwischen GKV und PKV.
5. Die ASG Bundeskonferenz lehnt die geplante Kürzung der Krankenhausmittel ab. Stattdessen sind generell die Mehrausgaben, die durch die aktuellen Tarifverträge entstanden sind, in vollem Umfang, z. B. durch Erhöhung der Landesbasisfallwerte, auszugleichen.
6. **Neue Risiken für die Versicherten** durch neue Zuzahlungen, Selbstbehalte, Leistungsausgrenzungen **müssen ebenso ausgeschlossen** sein, wie die weitere Verschiebung der Parität bei der Finanzierung der Gesundheitsausgaben.
7. Die ASG Bundeskonferenz lehnt die geplante Zuzahlung von 2 % (statt 1 %) für Krebskranke, die nicht an Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen haben, ab, und fordert ihre Streichung aus dem Gesetzentwurf. Das Gleiche gilt für chronisch Kranke, wenn diese sich nach Auffassung des Arztes nicht hinreichend therapiegerecht verhalten. Statt dessen sind die Teilnahmefrequenz an Früherkennungsuntersuchungen und die Compliance chronisch Kranker durch geeignete Aufklärung, insbesondere im ärztlichen Gespräch, sowie durch positive Motivation zu verbessern.
8. Das Hauptproblem unseres Gesundheitswesens ist nicht ein fehlender Kassenwettbewerb, sondern dass in weiten Bereichen der Versorgung Wettbewerb nicht vorhanden, nicht sinnvoll oder nicht möglich ist.

Es bedarf besserer Instrumente für den Wettbewerb um die beste Qualität für die Versicherten mit den größten Versorgungsproblemen. Hier sind die Kassen und ihre Verbände gefragt. Honoriert werden muss in Zukunft das Bemühen um gute Versorgung der am meisten behandlungs- und pflegebedürftigen Versicherten und Patienten und nicht um günstige Risiken.

9. Die Finanzierungsdefizite der GKV sind vorrangig Einnahmeprobleme, die auf folgenden Ursachen beruhen:
- Wegbrechen der lohnbezogenen Bemessungsbasis,
  - gesetzliche Verschiebepunkte zwischen den Sozialleistungssystemen und dem Staat,
  - Risikoverschiebung zwischen GKV und PKV im oberen Einkommensbereich.

Deshalb fordern wir:

- 9.1. Strukturelle Reformen, die den nicht krankheitsbedingten Ausgabenanstieg bei Arzneimitteln und Krankenhausversorgung um jährlich 1,5 Mrd. Euro reduzieren (Entlastung pro Jahr: 1,5 Mrd. €).
- 9.2. Steuerfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen (Entlastung pro Jahr: 5,0 Mrd. €).
- 9.3. Bruttoentgeltbezogene Krankenversicherungsbeiträge für Arbeitslosengeldempfänger und Menschen in prekären Beschäftigungsverhältnissen.
- 9.4. Absenkung des Mehrwertsteuersatzes für Arznei- und Hilfsmittel auf den ermäßigten Satz für lebensnotwendige Güter (Entlastung pro Jahr 2,5 Mrd. €).
- 9.5. Beendigung der Risikoentmischung der freiwillig Versicherten in der GKV zu Lasten der GKV durch Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze.
10. Für die ASG sind **Beitragssatzsteigerungen**, solange sie solidarisch finanziert werden, das Wachstum des BIP nicht übersteigen und sich aus dem medizinischen Versorgungsbedarf der Versicherten ergeben, **kein Tabu**.

**Beschluss: Angenommen**

**Antrag: 5**

**Antragsteller: ASG NRW**

**Betreff: Positivliste für Arzneimittel**

Die ASG fordert die umgehende Einführung der Arzneimittelpositivliste

**Beschluss: Angenommen**

**Antrag: 7**

**Antragsteller: ASG Hannover**

**Betreff: Unabhängigkeit der Begutachtungen der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) sichern**

In der Neufassung des § 275 SGB V soll an geeigneter Stelle die Formulierung aufgenommen werden, dass für Begutachtungen der GKV die Unabhängigkeit der Begutachtung sowie eine einheitliche Begutachtungspraxis zu gewährleisten ist.

**Beschluss: Angenommen und Weiterleitung an SPD-Bundestagsfraktion**

**Antrag: 8**

**Antragsteller: ASG Bayern**

**Betreff: Bonus-Malus-Regelung**

Die Koalitionsregierung aus SPD und CDU in Berlin wird aufgefordert, die so genannte Bonus-Malus-Regelung im AVWG zu revidieren.

**Beschluss: Überweisung an ASG-Bundesvorstand und SPD-Bundestagsfraktion**

**Antrag: 9**

**Antragsteller: ASG-Bundesvorstand**

**Betreff: Familie und Gesundheit**

**I. Die Familie, die Familienpolitik, die familienbezogene Gestaltung von Lebens- und Arbeitsverhältnissen sind derzeit im gesellschaftlichen und politischen Fokus.**

Es geht um eine kinder- und familienfreundliche Gesellschaft, um Lebens- und Bildungschancen, um Kinderbetreuung und –förderung, um die bedarfsgerechte Unterstützung von Familien, um die demographische Entwicklung.

Parteien und Regierungen übertreffen sich in Initiativen für Familien; sogar Arbeitgeber und Gewerkschaften, Vereine und Verbände, Kirchen, Städte und Gemeinden entdecken die Familie neu.

Im Vordergrund steht dabei das „Recht auf Bildung“, das „Recht auf Gesundheit“ ist derzeit noch weitgehend ausgeblendet.

Dabei ist die familienabhängige Entwicklung von Gesundheit und Krankheit von besonderer Bedeutung. So wie die Bildungs- und Entwicklungschancen je nach sozialem und ökonomischem Status von Familien ungleich verteilt sind, so gilt dies auch für Gesundheit und Krankheit.

„Pisa ist überall“. – Menschen aus Familien, die arm und unterprivilegiert sind, haben schlechtere Gesundheitschancen, höhere Krankheitsrisiken, weniger Lebensqualität und eine kürzere Lebenserwartung.

Sie verursachen höhere Gesundheitskosten und können weniger für den Erhalt und die Wiederherstellung ihrer Gesundheit aufwenden.

Ökonomische, gesellschaftliche, lebens- und arbeitsweltbezogene Bedingungen verursachen diese Benachteiligungen und Beeinträchtigungen.

Die ASG will sich mit dieser immer größere Teile unserer Gesellschaft betreffenden Entwicklung nicht abfinden.

Deshalb will die ASG mit ihrer Initiative „Familie und Gesundheit“ eine breite Kampagne anstoßen, um möglichst viele Institutionen und Organisationen, möglichst viele Entscheider in Politik und Gesellschaft, in Unternehmen und Verwaltungen, im Bildungs- und auch im Gesundheitswesen selbst zu mehr Sensibilität und offensiver Gestaltung zugunsten von mehr Gesundheit für alle Familien zu gewinnen.

Das „Recht auf Gesundheit“ muss gleichberechtigt neben dem „Recht auf Bildung“ stehen. Beides bedingt sich gegenseitig und das Sozialstaatsgebot gebietet auch den Ausgleich ungleicher Gesundheitschancen.

Natürlich wissen wir, „das Recht auf Gesundheit“ ist ein politischer Anspruch, eine politische Botschaft. „Gesundheit“ ist uns auch „gegeben“, „mitgegeben“; „Gesundheit und Krankheit“ sind vielfältig abhängig von Dispositionen, die unser Leben bestimmen – von Anfang an.

Dennoch – es gibt ungleiche Start-, Lebens- und Arbeitsbedingungen, die die Gesundheitschancen dramatisch beeinflussen; es gibt ungleiche Belastungen durch Krankheit und auch sehr unterschiedliche Möglichkeiten, gesundheitliche Leistungen in

Anspruch zu nehmen.

Auf all diese benachteiligenden und belastenden Bedingungen wollen wir einwirken, sie offensiv gesundheitsförderlich gestalten und damit „mehr Gesundheit für alle“ in Deutschland Wirklichkeit werden lassen.

Zunächst geht es uns um Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung, um Problembeschreibung, Zielfindung und um die Herausarbeitung des konkreten Handlungsbedarfes.

#### Unsere Forderungen und Erwartungen:

Die ASG will mit dieser Initiative Anstöße geben für neue Schwerpunktsetzungen in den familienpolitischen Programmen und entsprechenden Maßnahmen im Land.

Damit setzt die gesundheitspolitische Arbeitsgemeinschaft in der SPD auch einen wichtigen Akzent im laufenden Prozess zur Ausarbeitung eines neuen Parteiprogramms der SPD.

Alle Gliederungen der ASG werden aufgerufen, der Thematik „Familie und Gesundheit“ in den nächsten beiden Jahren besondere Beachtung zu schenken, in Foren und Kommissionen die aufgezeigten Problemlagen zu erörtern, zu vertiefen und weiter zu entwickeln sowie konkrete Maßnahmen heraus zu arbeiten, mit denen eine bessere Gesundheit in allen Familien in Deutschland Wirklichkeit werden kann.

Wir wollen und sollten diese Arbeit nicht alleine leisten, sondern gemeinsam mit interessierten Parteigliederungen, mit den Familienverbänden, mit den Institutionen des Gesundheitswesens, mit Wissenschaft und Forschung, mit Initiativen und Bündnissen für Familien vor Ort zusammenarbeiten. So soll eine breite gesellschaftliche Bewegung für „Familie und Gesundheit“ zustande kommen, zu der die ASG einen wichtigen Anstoß gibt.

## **II. Wir wollen wichtige Handlungsfelder beschreiben:**

Die Familie ist – auch für die Gesundheit – gesellschaftliche Ressource und Chance zugleich.

Familie ist „der Ort“, in dem wir leben, in dem Gesundheit gepflegt und gefördert wird, in dem Krankheiten entstehen, übertragen, tradiert werden, in dem unter Krankheiten gelitten und Folgen derselben bewältigt werden müssen.

Die klassische Familie - Mutter, Vater, Kinder, ggf. sogar mit Großeltern – wird immer seltener. Andere Familien-Konstellationen gibt es immer häufiger; die Zahl völlig allein lebender Menschen steigt zwar, aber das Zusammenleben von Elternpaaren, oder auch allein erziehenden Vätern und Müttern und andere Lebensgemeinschaften mit Kindern, ist immer noch dominant. Was sich geändert hat und weiter ändern wird, ist die rechtliche Form des Zusammenlebens.

Es gibt auch Stadt-Land-Unterschiede. Nicht vergessen dürfen wir Migranten-Familien mit ihren besonderen gesundheitlichen Problemlagen.

Haben diese unterschiedlichen Bedingungen von Familien auf ihre gesundheitliche Lage, auf ihre Ressourcen, Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen, Krankheiten zu bewältigen, mit Dauerkrankheiten und Handicaps fertig zu werden, Auswirkungen? Hier brauchen wir differenzierte Problembeschreibungen, sorgfältige Analysen, ehrliche und kritische Bilanzen!

Aber auch Handlungsansätze, wie Familien oder Einzelpersonen sich selbst besser helfen können, wie gesellschaftliche Instanzen unterstützend und fördernd wirken können, damit

die Menschen in unterschiedlichen Lebenskonstellationen ihre Gesundheit fördern, erhalten und wiederherstellen können.

Unsere Forderungen und Erwartungen:

Die Familien- und Gesundheitsberichte von Bund, Ländern und Gemeinden, unterstützt von wissenschaftlichen Studien, könnten Aufschluss über die konkrete Lage, aber auch wichtige Impulse für zukünftige Gestaltungs- und Handlungsfelder geben.

Die ASG fordert bei entsprechenden Berichten und Analysen auf allen Ebenen entsprechende Schwerpunktsetzungen und wird selbst hierzu Anregungen und Anstöße geben.

Nach Vorarbeiten in den Regionen und Fachkommissionen wollen wir mit einem entsprechenden Kongreß auf Bundesebene den Anstoß zu einem breiten Bündnis für mehr und nachhaltige Familien-Gesundheit geben!

**III. „Wenn du arm bist, mußt du früher sterben“,  
„wenn du arm bist, wirst du früher, häufiger und länger krank“.**

Leider drücken diese geflügelten Worte eine traurige und für unsere Gesellschaft unwürdige Wirklichkeit aus.

So wie Lebens- und Bildungschancen unterschiedlich verteilt sind, gilt dies auch für die Gesundheitschancen, die Krankheitsrisiken und Gesundheitsgefahren vieler Menschen in unserem Land.

Auch gesundheitlich bedingt sinken oder steigen Lebens-, Lern- und Entwicklungschancen und damit auch die gesellschaftliche Teilhabe sowie die Produktivität im ökonomischen Prozess.

So wie es heute bereits gesellschaftlicher und politischer Konsens ist, dass „Bildung von Anfang an und für alle“ zu verwirklichen gilt, brauchen wir diese nationale Übereinkunft und entsprechende gemeinschaftliche Initiativen auch für die Gesundheit.

Unsere Forderungen und Erwartungen:

Früh und permanent müssen gesundheitsschädliche bzw. gesundheitsgefährdende Lebensverhältnisse, Belastungen und Risiken entdeckt und abgebaut werden. Die Menschen müssen zur Eigenvorsorge befähigt, benachteiligende und beeinträchtigende Bedingungen für Gesundheit von den jeweils Verantwortlichen aber auch vermieden, gemindert und abgebaut werden.

Dies gilt für die Wohn- und Lebenswelten ebenso, wie für das Bildungswesen und die Arbeitswelt.

Auch der zunehmenden Zerklüftung unserer Gesellschaft, mit dem Auseinandertriften der sozialen Schichten und Milieus muss Einhalt geboten werden. Diese seit Jahren in Deutschland zu beobachtende Entwicklung hat immer weiter auseinander klaffende gesundheitliche Chancen in den unterschiedlichen sozialen Milieus und auch immer neue krankheitsbedingte Kostenschübe für die Gesamtgesellschaft zur Folge. Mit mehr Gesundheit und Lebensqualität für viele steigt deren ökonomische Produktivkraft mit positiven Folgen für die gesamte Gesellschaft.

Deshalb brauchen wir in Deutschland neue Anstöße zu einer Politik des sozialen Ausgleichs und der sozialen Teilhabe aller. Das Sozialstaatsgebot unserer Verfassung mit dem Auftrag zum sozialen und ökonomischen Ausgleich muss der Maßstab sein.

Wir wollen den „vorsorgenden Sozialstaat“ ganz besonders in seinen gesundheitlichen Dimensionen. Gesundheit fördern, Krankheit verhindern, zumindest offensiv vorbeugen, muss ein zentrales Anliegen auch des vorsorgenden Sozialstaates sein. Dies setzt einen breiten gesellschaftlichen Konsens, in wichtigen Bereichen unseres Gemeinwesens der „Gesundheit Vorfahrt zu geben“, voraus.

Die „Gesundheits- und Familienverträglichkeitsprüfung“ in der Wohn- und Arbeitswelt, im Freizeit- und Ernährungsbereich usw. muss deshalb anerkannter Standard werden. Wir wollen hierzu Anstöße geben.

Wir brauchen aber auch – und dies kurzfristig – eine breite gesellschaftliche Offensive für „Gesundheit für alle“ mit kontinuierlichen und integrierenden gesundheitsfördernden Maßnahmen, beginnend in den benachteiligten Wohnquartieren unserer Dörfer und Städte, in den besonders gesundheitlich belastenden Betrieben und Arbeitsstätten. Gemeinsam mit den Verantwortlichen vor Ort wollen wir Initiativen entwickeln und gute Beispiele multiplizieren.

**IV. Besonders die „Kindergesundheit“ leidet unter der zunehmenden Verarmung und Verelendung breiter Bevölkerungsschichten. Wohnungen und Wohnumfeld machen krank, die Ernährung leidet, mangelnde Anregung und ungünstige Vorbilder beeinträchtigen Bewegung, Verhalten und Entwicklung. Der existentielle Stress der Eltern wirkt sich auf die Kinder aus; Ängste und Überforderungen, aber auch Misshandlung und Vernachlässigung sind die Folgen.**

Familien- und Sozialstrukturen bedingen die Kindergesundheit ebenso, wie das Wissen und die Kompetenz der Eltern und Erzieher, Gesundheit zu erhalten und zu fördern.

Auch die medizinische und pharmakologische Ausbildung und Forschung, die Qualifizierung der Ärzte und Apotheker bezüglich Erhalt und Förderung der Familien- und Kindergesundheit müssen optimiert werden. „Kindgerechte Arzneimitteltherapien“ fehlen häufig ebenso, wie familienfreundliche und gesundheitsförderliche Strukturen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Unsere Forderungen und Erwartungen:

Auf breiter Ebene fordert die ASG deshalb zum Handeln auf:

- Gesunde Wohn- und Lebensverhältnisse für Kinder müssen kommunal- und wohnungsbaupolitisches „Topthema“ werden. Hier sind öffentliche Investitionsprogramme dringend nötig. Die ASG wird vor Ort Handlungsbedarfe aufzeigen.
- Die Gesundheitsbildung von Eltern, Erziehern und Lehrern und damit ihre Befähigung zur aktiven Gesundheitsförderung bzw. Unfall- und Krankheitsverhütung, müssen Gegenstand der Elternqualifizierung, aber auch der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Profis im Bildungs- und Gesundheitswesen werden. Wir wollen in entsprechenden Foren die jeweiligen Experten zusammen bringen und damit nachhaltig zu „mehr Gesundheit“ beitragen.
- Das Gesundheitswesen insgesamt muss gesundheitlich benachteiligten Familien mehr Aufmerksamkeit schenken; dies gilt ganz besonders für Kinder und ältere Menschen. Ansatzpunkte hierfür gibt es genügend: Arme Kinder und Familien brauchen häufiger Krankenhäuser und Arztpraxen.
- Deshalb brauchen wir nachahmenswerte Beispiele „familienorientierter Krankenhausversorgung“ ebenso, wie eine Qualifizierung der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Fachkräfte bezüglich des adäquaten Umganges mit benachteiligten Familien und die Berücksichtigung der familiären

Lebensumstände bei Diagnose und Therapie. Dies gilt auch für die ambulanten Versorgungsstrukturen, wie Arzt- und Therapiepraxen.

- Wir wollen einen Ideenwettbewerb für die Entwicklung fachgebiets- und sektorübergreifender „familieneigneter Behandlungs- und Betreuungspakete“ in Einrichtungen des Gesundheitswesens!
- Wir brauchen auch Anstöße zur familienorientierten, integrierten, medizinischen und pflegerischen Versorgung ebenso, wie familienzentrierte medizinische Versorgungszentren, die auch Präventions- und Rehabilitationsangebote einbeziehen. Wir wollen entsprechende Ideen und Initiativen sammeln und verbreiten, aber auch mit den Akteuren im medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Alltag selbst familienorientierte Versorgungsstrukturen modellhaft entwickeln.

Die ASG kann mit ihrer breiten Verankerung in allen Bereichen des Gesundheitswesens eigene Ideen und Initiativen entwickeln und Anstöße zur Realisierung geben.

Wir brauchen aber auch ganz dringend regionale und nationale Aktionsprogramme, um die zunehmenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen benachteiligter Kinder, mit erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigenden Langzeitfolgen zu korrigieren und zu minimieren. Dies gilt für die Initiierung von Ernährungs- und Bewegungsprogrammen ebenso, wie für die Reduzierung von Lärm- und Stressfaktoren.

Wir fordern die Kostenträger im Gesundheits- und Rehawesen, die Bundesregierung, die Landesregierungen und die kommunalen Körperschaften auf, mit einer „nationalen Gemeinschaftsinitiative“ die nächsten zehn Jahre zu einer „Dekade für mehr Kindergesundheit“ werden zu lassen. Dies wäre ein nachhaltiger Beitrag für „mehr Gesundheit für Alle“ und ein besonders überzeugendes Beispiel für den „vorsorgenden Sozialstaat“.

**V. Besondere Aufmerksamkeit und Unterstützung brauchen Familien mit akut und chronisch kranken Angehörigen. Dies gilt insbesondere für Familien mit psychisch Kranken und dementen Angehörigen, für Familien mit Schwerst- und Dauerkranken sowie chronisch Kranken. Eine besondere Zuwendung brauchen hier ganz besonders Teilfamilien, die von solchen Ereignissen betroffen sind, weil hier die Ressourcen gering sind, solche Dauerprobleme aufzufangen.**

Die Aufmerksamkeit der Familien-, Gesundheits-, Sozial- und Kommunalpolitik muss sich zukünftig mehr den Zusammenhängen zwischen allgemeinen Lebensbedingungen, Belastungen durch Krankheit und Erhalt bzw. Wiederherstellung der Gesundheit zuwenden. Die so betroffenen Familien brauchen Anregungen und Unterstützung bei ihrer Selbstorganisation, entlastende Hilfen, damit pflegende und versorgende Angehörige nicht zu „hilflosen Helfern“ und/oder vorschnell selbst krank und pflegebedürftig werden.

Derart betroffene Familien brauchen ganz besonders familienfreundliche Strukturen in Einrichtungen des Gesundheitswesens (z.B. Übergangs- und Vermittlungshilfen; die Mitaufnahme von Begleitpersonen; kurze Wege, flexible Öffnungszeiten; ganzheitliche Versorgung) ebenso, wie eine Begrenzung der durch diese Erkrankungen bedingten finanziellen Belastungen über Zuzahlungen, Selbstbehalte oder die Ausgrenzung gesundheitlicher Leistungen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

Unsere Forderungen und Erwartungen:

Die ASG fordert die Kostenträger und Leistungsanbieter im Gesundheitswesen ebenso, wie die politisch Verantwortlichen im Bund und in den Ländern auf, eine kritische Bilanz ihrer

diesbezüglichen Leistungsangebote und Hilfen für Familien mit chronischen Erkrankungen bzw. Dauererkrankungen vorzulegen und auf problemlösende Verbesserungen hinzuwirken. Dies gilt sowohl für die Entwicklung einer entsprechenden helfenden Infrastruktur, als auch bezüglich der Reduzierung der zunehmenden materiellen Belastungen durch Krankheitsfolgekosten.

Die ASG-Gliederungen werden gebeten, selbst exemplarisch die genannten Handlungsfelder aufzuarbeiten und regional Handlungshinweise zu geben.

- VI. Starke Familien, Familien mit der Fähigkeit, sich selbst zu organisieren, Familien in funktionierenden Netzwerken, Nachbarschaften und Gemeinden bzw. Wohnquartieren, können eher Gesundheit erhalten und fördern bzw. Krankheiten überwinden, als wenn diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Deshalb brauchen wir überall Netzwerke für Familiengesundheit und Bündnisse für Familien, mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung.**

Unsere Forderungen und Erwartungen:

Familien müssen befähigt und angeregt werden, Orte zur Förderung der Gesundheit zu werden, gesundheitsfördernde Strukturen in Wohnquartieren voranzutreiben, gesundheitsgefährdende und gesundheitsbelastende Strukturen zu thematisieren und zu überwinden.

Kindertagesstätten, Schulen und Ausbildungsstätten, Jugend- und Freizeiteinrichtungen, aber auch Einrichtungen der Kinder- und Familienerholung müssen besonders befähigt werden, Kinder- und Familiengesundheit nachhaltig zu fördern.

Die Eltern- und Familienbildung, aber auch der öffentliche Gesundheitsdienst, die Medien, Vereine und Verbände und natürlich auch die Kinder-, Jugend- und Familienhilfe müssen zukünftig verstärkt darauf konzentriert werden, auch die körperliche und seelische Gesundheit von Familien im Fokus zu haben.

Deshalb wird der ASG-Bundesvorstand zukünftig jährlich in besonderer Weise Projekte und Kampagnen prämiieren, die die Familiengesundheit fördern. Die ASG will dies selbst tun. Sie fordert aber auch dazu auf, dass solche Initiativen in Gemeinden, Kreisen und Ländern ebenso, wie bei Arbeitgeber- und Arbeitnehmer-Organisationen und selbstverständlich auch durch die Körperschaften des Gesundheitswesens selbst vorangetrieben werden.

Mit dieser Beschluss-Initiative wollen wir den Startschuss zu einer breiten gesellschaftlichen Bewegung für mehr Gesundheit in und mit Familien geben.

**Beschluss: Angenommen und Weiterleitung an ASG-Bundesvorstand, ASG-Bundesausschuss, ASG-Gliederungen, Forum Kinder, Jugend, Familie der SPD**

**Antrag: 11**

**Antragsteller: ASG Nord-Niedersachsen**

**Betreff: Vorsorgeuntersuchungen für Kinder**

Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche werden erweitert und aus Steuermitteln finanziert.

**Beschluss: Weiterleitung an ASG-Bundesvorstand und SPD-Bundestagsfraktion**

**Antrag: 12**

**Antragsteller: ASG Saarland / ASG Sachsen**

**Betreff: Konsequenter Schutz vor Passivrauchen**

Dass Rauchen die Gesundheit schädigt, ist unbestritten und jedem bekannt. Die Freiheit, wissentlich die eigene Gesundheit zu ruinieren, hat spätestens ihre Grenze da, wo die Gesundheit anderer Menschen gefährdet wird. Der größte Teil der Bevölkerung sind Nichtraucher: Im Jahr 2004 waren 68,4 % der deutschen Bevölkerung Nichtraucher, davon 62,9 % der Männer und 73,4 % der Frauen. In öffentliche Einrichtungen müssen jedoch täglich Millionen Nichtraucher die krebserregenden Schadstoffe einatmen. Jedes fünfte Kind ist bereits im Mutterleib durch Tabakrauch gesundheitlich gefährdet.

Nichtraucher können, wenn auch nicht im gleichen Ausmaß wie Raucher, durch Tabakrauch dieselben Krankheiten erleiden wie Raucher auch. Wer „mitraucht“, atmet hauptsächlich den so genannten Nebenstromrauch ein. Die Belastung ist zwar eine mit dem Raucher verglichen geringere, da der Nebenstromrauch wenig Teer und Nikotin enthält. Die Konzentration Krebs erzeugender Substanzen, die die Bronchien schädigen, ist jedoch wesentlich höher als im Hauptstromrauch, den der Raucher inhaliert. Z.B. übersteigt das krebserregende N-Nitrosodimethylamin im Nebenstrom die Konzentration im Hauptstrom um den Faktor 130.

Nach einer Ende 2005 veröffentlichten Studie des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) sterben jährlich rund 3.300 Menschen in Deutschland pro Jahr durch passives Mitrauchen – hiervon hatten mehr als 2.000 eine durch Passivrauchen mit verursachte koronare Herzerkrankung. Nach jüngsten Forschungsergebnissen erhöht Passivrauchen auch das Risiko für Brustkrebs, und zwar in ähnlichem Ausmaß wie aktives Rauchen.

In Deutschland sind auf Bundesebene bereits einige Maßnahmen zur Verbesserung des Nichtraucherschutzes getroffen worden:

- In der geänderten Arbeitsstättenverordnung wurde der Anspruch der Nichtraucherinnen und Nichtraucher auf einen rauchfreien Arbeitsplatz festgeschrieben.
- Seit dem 1. Juli 2005 wird vom Bundesministerium für Gesundheit ein Modellprojekt „Aufbau eines Netzes Rauchfreier Krankenhäuser“ gefördert. Das Netzwerk gibt Tipps zur Tabakentwöhnung für Patienten und Mitarbeiter und zum Nichtraucherschutz.
- Im März 2005 hat das Bundesministerium für Gesundheit mit dem Deutschen Hotel- und Gaststättenverband eine Zielvereinbarung zum Nichtraucherschutz getroffen. Stufenweise sollen bis zum 1. März 2008 mindestens 90 % aller Speisebetriebe 50 % ihres Platzangebotes für Nichtraucherinnen und Nichtraucher bereithalten. Die Vereinbarung gilt für alle Speisebetriebe, die über mindestens 75 qm Gastfläche oder 40 Sitzplätze verfügen.

Diese Bemühungen auf Bundesebene sind ein kleiner Schritt in die richtige Richtung, aber bei weitem nicht ausreichend.

Andere europäische Länder wie Großbritannien, Spanien, Italien oder Irland schützen die Nichtraucher, vor allem in Gaststätten, wesentlich konsequenter. Die Erfahrungen mit den dort geltenden Rauchverböten sind positiv. So hat die italienische Regierung kürzlich – ein Jahr nach Inkrafttreten des gesetzlichen Verbots in öffentlichen Gebäuden und am Arbeitsplatz – eine positive Bilanz gezogen. Der Zigarettenverkauf sei um fast 6 % zurückgegangen. Nach Angaben des Gesundheitsministeriums unterstützen 9 von 10 Befragten die Sanktionen, die Bußgelder bis zu 275 Euro vorsehen. Die Zahl der Raucher sei im letzten Jahr von 26,2 % um 500.000 Menschen auf 25,6 % gesunken. 7 % derjenigen, die das Rauchen aufgegeben haben, sollen dies

nach einer Erhebung der Statistikbehörde aufgrund des Rauchverbots getan haben. Auch in Schweden ist das Rauchverbot in Restaurants ein Erfolg. Bereits drei Monate nach In-Kraft-Treten des Verbots waren im September 2005 die Besuchszahlen gestiegen. Laut Umfragen waren zum Zeitpunkt der Einführung mehr als drei Viertel der Schweden und zwei Drittel der befragten Raucher mit dem Verbot einverstanden.

Konsequenter Nichtraucherschutz muss aber auch zum Ziel haben, mehr Menschen vom Rauchen abzuhalten. Auch hier konnten auf Bundesebene einige wirksame Maßnahmen verankert werden, die bereits zu einer Senkung der Raucherquote in Deutschland beigetragen haben. Bemerkenswert ist besonders der Rückgang der Raucherquote bei Kindern und Jugendlichen in der Gruppe der 12- bis 17-Jährigen von 28 % im Jahr 2001 auf 20 % im Jahr 2005. Maßnahmen sind z.B.:

- Das seit dem 1. April 2003 geltende Abgabeverbot von Tabakwaren an Jugendliche unter 16 Jahren. Damit verbunden ist die vorgeschriebene Altersprüfung für öffentlich zugängliche Zigarettenautomaten über ein Chipkartensystem ab dem 1. Januar 2007. Durch dieses soll sichergestellt werden, dass Kinder unter 16 Jahre keine Zigaretten erwerben können.
- Das Werbeverbot für Tabakwaren im Kino vor 18.00 Uhr.
- Die Tabaksteuererhöhung in drei Schritten zum 1. März 2004, zum 1. Dezember 2004 und zum 1. September 2005, durch die die Zigaretten verteuert werden, was sich auf das Konsumverhalten Jugendlicher auswirkt.
- Das Verbot der kostenlosen Abgabe von Zigaretten zu Werbezwecken sowie die Mindestverkaufsmenge von 17 Stück zum 1. Juli 2004.

Auch hier reichen die Bemühungen noch nicht aus. So wurde die Richtlinie 2003/33/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 26. Mai 2003, die so genannte EU-Tabakwerberichtlinie, noch immer nicht in deutsches Recht umgesetzt.

Die Bundesrepublik Deutschland hat erneut, wie bereits 1998 zu einem Richtlinienentwurf, Klage gegen das Europäische Parlament und den Rat der Europäischen Union erhoben. Begründet wurde die Klage damit, dass die EU sich in unzulässiger Weise in innerstaatliche Angelegenheiten der Mitgliedsstaaten einmische. Es sei nicht Sache der Europäischen Gemeinschaft darüber zu bestimmen, ob und in welcher Form deutsche Zeitungen, die nur in Deutschland gelesen werden, Werbung abgedruckt sein darf oder nicht.

Umsetzungsfrist für die Richtlinie war bereits der 1. Juli 2005. Die Klage Deutschlands vor dem Europäischen Gerichtshof hat keinerlei aufschiebende Wirkung. Bei Nichtumsetzung können auf Deutschland empfindliche Vertragsstrafen zukommen.

Aus gesundheitspolitischer Sicht ein Tabakwerbeverbot bereits seit Jahren überfällig: Tabakwerbung beeinflusst die Nachfrage nachweislich. Nach einer Studie der Weltbank kann das Werbeverbot die Verbreitung des Rauchens, vor allem unter Kindern und Jugendlichen, um bis zu 7 % reduzieren. Gewohnheitsmäßiges Rauchen entsteht in der Regel bereits im Kindes- und Jugendalter. Bilder und Worte der Tabakwerbung stellen zunehmend gezielt auf die Sehnsüchte und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen ab.

Ein weiteres Problem ist die nach wie vor unterschiedliche Besteuerung von Fertigzigaretten und Feinschnittprodukten. Während nach der dritten Stufe der Tabaksteuererhöhung 13,86 Cent Tabaksteuer auf eine Zigarette anfielen (Höchststeuersatz), waren es bei einer selbst gedrehten Zigarette je verwendeter Menge Tabak durchschnittlich 3,55 Cent (Mindeststeuersatz bei 0,67 g Gewicht). Für eine Zigarette aus Feinschnitt muss also lediglich ein Viertel der Tabaksteuer auf Fertigzigaretten gezahlt werden.

Während die Menge der versteuerten Zigaretten im Jahr 2005 um 14,3 % gegenüber dem Vorjahr abnahm, wurde bei Feinschnitt eine deutliche Zunahme um 37 % verzeichnet.

**Die ASG fordert daher:**

- Für alle öffentlichen Einrichtungen muss ein Rauverbot gesetzlich verankert werden. Nichtraucher ist die gesellschaftliche Normalität. Dies muss sich auch in öffentlichen Gebäuden widerspiegeln.
- Ein gesetzliches Rauchverbot in öffentlichen Einrichtungen ist nicht in erster Linie Aufgabe des Bundes. Grundsätzlich haben die Länder für den Gesundheitsschutz die Gesetzgebungskompetenz und müssen daher auf Landes- und Kommunalebene entsprechende Regelungen prüfen, z. B. in den Krankenhaus-, Schul- und Kindertagesstättengesetzen.
- Die Bundesregierung wird aufgefordert, die Zwischenlösung mit der DEHOGA ein transparentes Verfahren der Datenermittlung zu vereinbaren, mit dem sichergestellt wird, dass die Umsetzung der Zielvereinbarungen kontrolliert werden kann. Andernfalls und bei Nichtbeachtung der Zielvereinbarungen muss ein gesetzliches Rauchverbot in Gaststätten folgen. Ziel muss aber ein Rauchverbot in Gaststätten sein, wie es in unseren Nachbarländern praktiziert wird. Deutschland darf beim Nichtraucherschutzgesetz nicht länger Entwicklungsland bleiben!
- Die EU-Tabakwerberichtlinie muss endlich in nationales Recht umgesetzt werden.
- Die Besteuerung von Feinschnitt muss an die von Fabrikzigaretten herangeführt werden.
- Um Kinder und Jugendliche vor unkontrolliertem Zugang zu Zigaretten zu schützen ist ein Verbot von Zigarettenautomaten notwendig und – wie Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen – auch sinnvoll.

**Beschluss: Angenommen und Weiterleitung an SPD-Bundestagsfraktion**

**Antrag: 14**

**Antragsteller: ASG-Bundesvorstand**

**Betreff: Reform der Pflegeversicherung**

### **Reform der Pflegeversicherung**

1. Vor dem Hintergrund der im kommenden Jahr anstehenden Reform der Pflegeversicherung bekräftigt die ASG ihre Reformoptionen hierzu wie im Beschluss der Bundesdelegierten-Konferenz vom 27.11.2004 festgehalten.

Die ASG fühlt sich in ihren Reformabsichten durch vielfältige Unterstützung aus den Gliederungen und Arbeitsgemeinschaften der Partei, aber auch durch die erfahrene Zustimmung bei Fachforen und Fachkongressen bestätigt.

Die ASG-Positionen haben damit ihren „ersten Praxistest“ bestanden, aber auch wichtige Verstärkungen und Ergänzungen erfahren.

In diesem Zusammenhang begrüßt die ASG-Bundeskongferenz die Berufung einer Expertenkommission zur Vorbereitung der Reform der Pflegeversicherung, insbesondere zu Neudefinition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit durch Bundesministerin Ulla Schmidt.

2. Ergänzend zum o.g. Beschluss fordert die ASG:
  - 2.1 bei der anstehenden Pflegereform darf es keine Abstriche an den in dem Koalitionsvertrag festgelegten Maßnahmen geben. Dies gilt insbesondere für die Einführung eines Finanzausgleiches zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen (Ziffer 8.1 der Koalitionsvereinbarung). Darüber hinaus müssen auch die Kapitalrücklagen der privaten Pflegeversicherung einbezogen werden;
  - 2.2 die Beibehaltung der solidarisch finanzierten sozialen Pflegeversicherung als eigenständigem Zweig unserer sozialen Sicherungssysteme und ihre organisatorische Anbindung an die soziale Krankenversicherung. Die ASG-Bundeskongferenz fordert die SPD-Bundestagsfraktion und den Parteivorstand auf, aktuell bekannt gewordenen Forderungen aus der Union (namentlich aus unionsregierten Bundesländern) nach ergänzenden Kopfpauschalen für die Soziale Pflegeversicherung mit aller Entschiedenheit entgegen zu treten und für unverhandelbar zu erklären. Gleiches gilt für die Forderung nach einem Einfrieren der paritätisch finanzierten Beiträge in Rahmen der anstehenden Reform der Pflegeversicherung. Wichtiges Ziel sozialdemokratischer Politik muss weiterhin die Einführung einer Bürgerpflegeversicherung sein.
  - 2.3 bei der anstehenden Gesundheitsreform die bessere Verzahnung, aber auch klare Abgrenzung der Pflege- und Krankenversicherung überall dort vorzunehmen, wo es der Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen dient. Dies gilt insbesondere für die eindeutige und längerfristige Klärung der Finanzierung der Behandlungspflege, der verpflichtenden Gewährung von geriatrischer Rehabilitation und der Palliativversorgung, der verbindlichen Regelung des Entlassungs- und Überleitungs-managements, der Einbeziehung der Pflegeversicherung in die Integrierte Versorgung usw.

3. Die ASG fordert weiterhin:
- 3.1 die pflegerischen und sozialen Hilfen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und für überwiegend somatisch Pflegebedürftige im neuen Pflegeversicherungsgerecht bedarfsgerecht und differenziert zu regeln. Dies gilt insbesondere für Maßnahmen bei nur vorübergehendem Hilfe- und Pflegebedarf nach einem Akut-Ereignis und für die diesbezügliche vorübergehende Einstufung durch den MDK.
  - 3.2 die Stärkung der häuslichen Pflege durch die integrierte trägerübergreifende Bereitstellung von Geldleistung als Pflegebudgets inkl. eines professionellen Pflegemanagements. Zur Förderung und Erprobung dieser Innovationen sollten umgehend vom Bund, den Ländern und Gemeinden der Aufbau regionaler und örtlicher Netzstrukturen initiiert und gefördert werden, damit auch bedarfsgerechte infrastrukturelle Angebote zur Verfügung stehen.
  - 3.3 Zur Sicherung des Vorrangs der ambulanten Versorgung muss der Haushaltsbegriff so verändert werden, dass ambulante Pflege auch in Wohngemeinschaften, betreuten Wohnformen und Lebensgemeinschaften von Menschen mit Behinderungen erbracht werden kann;
  - 3.4 die Schaffung von verbesserten Rahmenbedingungen für eine moderne pflegebezogene Lehr- und Forschungslandschaft im klinischen und pflegerischen Versorgungsbereich. Hierzu gehört die Weiterentwicklung der entsprechenden Pflegeforschungsförderung und die Bereitstellung von Modell-Förderungen zur Realisierung von mehr Nachhaltigkeit in der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung (z.B. vermehrte Integration rehabilitativer und aktivierender Hilfen in den Pflegealltag).
  - 3.5 dass die pflegequalitätsverbessernden Instrumente (z.B. Pflegeplanung und Pflegestandards) weiterentwickelt und verbindlich definiert sowie neue qualitätsfördernde Interventionen (z.B. Benchmarking, Qualitätsberichte) gesetzlich gefordert, flächendeckend eingeführt und kundenorientiert transparent gemacht werden können.
  - 3.6 die SPD-Bundestagsfraktion dazu auf, die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Patienten und ihrer Angehörigen im Bereich der Pflegeversicherung zu erweitern und den Wettbewerb der stationären Anbieter zu verbessern. Dazu ist im Pflegeversicherungsgesetz zu regeln, dass zukünftig zumindest bei wiederholten oder besonders schweren Qualitätsmängeln die Pflegeeinrichtung auch öffentlich genannt wird.
  - 3.7 eine vom zuständigen Ministerium zu initiiierende bundesweite Kampagne, die auch von den Ländern und den Leistungsanbietern unterstützt wird, zur Werbung für den qualifizierten pflegerischen Beruf.
  - 3.8 in den Ländern darauf zu achten, dass deren neue gesetzgeberischen Möglichkeiten im Heimrecht (siehe Förderalismusreform) nicht zum Nachteil der Beschäftigten und Pflegebedürftigen genutzt werden. Wichtig ist, in diesen Gesetzen u.a. eine verbindliche Personalmindestausstattung sowie Fachkraftquoten festzuschreiben.

**Beschluss: Angenommen**

Antrag: 15

**Antragsteller: ASG Bayern**

**Betreff: Eingestreuete Tagespflege**

Die ASG-Bundeskonzferenz fordert die SPD-Bundestagsfraktion auf, sich dafür einzusetzen, das SGB XI dahingehend zu erweitern, die „eingestreuete Tagespflege“ zu etablieren, um hier die Möglichkeit einer teilstationären Unterbringung für Pflegebedürftige in bestehenden stationären Einrichtungen zu schaffen.

**Beschluss: Weiterleitung an ASG-Bundesvorstand und SPD-Bundestagsfraktion**

**Antrag: 16**

**Antragsteller: ASG Hannover**

**Betreff: Beschluss der Bund-Länder Arbeitsgruppe vom 29.06.2006 zur Reform der gesetzlichen Unfallversicherung.**

Den Leistungskatalog der Gesetzlichen Unfallversicherung bezogen auf die Leistung von Verletztenrenten wie folgt beizubehalten:

Die bisherige begründende rentenberechtigende Mindest-MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit) von 20 Prozent zu belassen und diese auch weiterhin als monatliche Rente zu leisten, damit der Arbeitnehmer auch im Alter eine lfd. Aufbesserung seiner Altersrente erfährt.

Ferner soll die jetzige Regelung zur Berechnung der Verletztenhöchstrente in Form des 2/3 Bezugs zum *erzielten* Bruttoeinkommen zu belassen werden, um den Einkommensverlust auch bei Arbeitnehmern mit kleinen und mittleren Einkommen wie bisher besser kompensieren zu können.

**Beschluss: Angenommen und Weiterleitung an SPD-Bundestagsfraktion**

**Antrag: 17**

**Antragsteller: ASG Bayern**

**Betreff: Maßregelvollzug**

Die Bundestagsfraktion der SPD wird aufgefordert, für eine Neufassung des Maßregelvollzugs im § 64 StGB (Strafgesetzbuch) einzutreten. Diese Neufassung sollte als Anwendungsvoraussetzung des § 64 die Therapiemotivation und Therapiefähigkeit des suchtkranken Straftäters berücksichtigen.

**Beschluss: Angenommen und Weiterleitung an SPD-Bundestagsfraktion**

**Antrag: 18**

**Antragsteller: ASG NRW**

**Betreff: Volles Mitbestimmungsrecht auch in kirchlichen und karitativen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens**

Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefordert darauf hinzuwirken, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in kirchlichen und anderen karitativen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens die vollen Mitbestimmungsrechte aus dem Betriebsverfassungsgesetz erhalten. Dies soll für alle Einrichtungen gelten, die sich überwiegend aus Geldern der öffentlichen Hand oder der Sozialversicherungen refinanzieren.

Eine Herausnahme solcher Einrichtungen, die auf dem Markt gegen öffentliche und private Einrichtungen konkurrieren, aus dem Betriebsverfassungsgesetz ist nicht mehr zeitgemäß.

**Beschluss: Angenommen und Weiterleitung an SPD-Bundestagsfraktion**

## **Initiativantrag 1**

### **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

Die im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes angestrebte Einführung einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung durch Palliative Care Teams wird grundsätzlich begrüßt.

Die Zusammensetzung der Teams und der Umfang der von ihnen erbrachten Leistungen darf aber nicht auf Medizin und Pflege begrenzt werden. Vielmehr ist in den §§ 37 b und 132 d vorzusehen, dass auch Begleitleistungen aus den Berufsfeldern Sozialarbeit, Psychologie, Psychotherapie und Seelsorge Bestandteil spezialisierter ambulanter Palliativversorgung sind.

Die diesbezüglichen Argumente der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz sind zu berücksichtigen.

**Beschluss: Angenommen und Weiterleitung an SPD-Bundestagsfraktion**

## Anlage

### Beschlussübersicht

Antrag	Antragsteller	Betreff	Beschluss
1	ASG-Bundesvorstand	Solidarisch, gerecht, patientenorientiert: für eine glaubwürdige Gesundheitsreform	Angenommen
2	ASG-NRW	Solidarische Bürgerversicherung wäre echte Reform – Korrekturen der Eckpunkte dringend erforderlich	Erledigt durch Annahme von Antrag 1
3.	ASG-Sachsen	Eckpunkte der geplanten Gesundheitsreform	Erledigt durch Annahme von Antrag 1
4.	ASG-NRW	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	Erledigt durch Annahme von Antrag
5.	ASG-NRW	Positivliste für Arzneimittel	Angenommen
6.	ASG-Hannover	Ergänzung des § 37 Abs. 1 SGB V (Häusliche Krankenpflege) auf dem Hintergrund der Einführung von Fallpauschalen (DRG)	<i>Der Antrag wurde zurückgezogen</i>
7.	ASG-Hannover	Unabhängigkeit der Begutachtungen der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) sichern	Angenommen und Weiterleitung an SPD-Bundestagsfraktion
8.	ASG-Bayern	Bonus-Malus-Regelung	Überweisung an ASG-Bundesvorstand und SPD-Bundestagsfraktion
9.	ASG-Bundesvorstand	Familie und Gesundheit	Angenommen und Weiterleitung an ASG-Bundesvorstand, ASG-Bundesausschuss, ASG-Gliederungen, Forum Kinder, Jugend, Familie der SPD
10.	ASG-Nord-Niedersachsen	Die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen für Kinder	Abgelehnt
11.	ASG-Nord-Niedersachsen	Vorsorgeuntersuchungen für Kinder	Weiterleitung an ASG-Bundesvorstand und SPD-Bundestagsfraktion
12.	ASG-Saarland	Konsequenter Schutz vor Passivrauchen	Angenommen und Weiterleitung an SPD-Bundestagsfraktion
13.	ASG-Sachsen	Konsequenter Schutz vor Passivrauchen	Erledigt durch Annahme von Antrag 12
14.	ASG-Bundesvorstand	Reform der Pflegeversicherung	Angenommen
15.	ASG-Bayern	Eingestreute Tagespflege	Weiterleitung an ASG-Bundesvorstand und SPD-Bundestagsfraktion
16.	ASG-Hannover	Beschluss der Bund-Länder Arbeitsgruppe vom 29.6.2006 zur Reform der gesetzlichen Unfallversicherung	Angenommen und Weiterleitung an SPD-Bundestagsfraktion
17.	ASG-Bayern	Maßregelvollzug	Angenommen und Weiterleitung an SPD-Bundestagsfraktion
18.	ASG-NRW	Volles Mitbestimmungsrecht auch in kirchlichen und karitativen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens	Angenommen und Weiterleitung an SPD-Bundestagsfraktion

**Initiativanträge**

I1		Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	Angenommen und Weiterleitung an SPD-Bundestagsfraktion
----	--	--	--