

1 **Antrag Nr. SO 1**

2

3

4

5 **Antragssteller:** Bezirksvorstand

6

7

8

9 **Der Bezirksparteitag möge beschließen:**

10

11 **Behindertenpolitik**

12

13 I.

14 Seit 1998 ist in der Politik für behinderte Menschen
15 ein zukunftsweisender Paradigmenwechsel
16 eingeleitet worden. Gesetze wie das SGB IX, das
17 Gleichstellungs- und das Antidiskriminierungsgesetz
18 stellen verbesserte Rahmenbedingungen her für
19 mehr Teilhabe, Gleichberechtigung und
20 Selbstbestimmung behinderter Menschen in dieser
21 Gesellschaft und in der Arbeitswelt. Behinderte und
22 schwer behinderte Menschen werden nicht länger als
23 Objekte staatlicher Fürsorge gesehen, sondern
24 werden als Experten in eigener Sache gehört und in
25 die Gestaltung ihrer Lebenswelt aktiv einbezogen.
26 Die Interessensvertretungen behinderter Menschen
27 haben diesen Reformprozess kritisch konstruktiv
28 begleitet und wichtige Impulse gegeben.

29

30 Im Zeitraum von 1998 bis 2005 sind die
31 Förderleistungen der Bundesagentur für Arbeit zur
32 Integration behinderter und schwer behinderter
33 Arbeitsloser in den Arbeitsmarkt von 1,6 auf 2,5 Mrd.
34 € gestiegen. Daneben steht ein Budget von 2,9 Mrd.
35 € für Reha-Leistungen zur Verfügung.

36

37 Auf diesem Weg wollen wir in den kommenden
38 Jahren fortschreiten. Politisches Ziel bleibt die Vision
39 einer gerechten Gesellschaft, an der alle
40 Bürgerinnen und Bürger gleichberechtigt teilhaben.
41 Dazu gehört auch die nachhaltige Sensibilisierung
42 der Gesellschaft für die Rechte, Bedürfnisse und
43 Möglichkeiten der Menschen mit Behinderungen. Alle
44 staatlichen Ebenen müssen gemeinsam auf dieses
45 Ziel hinarbeiten. Auch die Unternehmer und
46 Arbeitgeber können und müssen in diese
47 gesellschaftliche Gesamtaufgabe einbezogen
48 werden.

49

50

51 II.

Antragskommission:

Annahme

52 Während die gesetzlichen Rahmenbedingungen auf
53 Bundesebene in den letzten Jahren entscheidend
54 verbessert wurden, sind auf anderen Ebenen
55 deutliche Defizite auszumachen. Besonders im
56 Bereich der Umsetzung des SGB IX in den
57 Bundesländern und in den Kommunen sowie im
58 Bereich der Integration behinderter Menschen in die
59 Arbeitswelt sind die Fortschritte hinter den
60 Erwartungen und den gesetzlichen Möglichkeiten
61 zurück geblieben. Hinzu kommt, dass unter den
62 aktuellen finanzpolitischen Rahmenbedingungen auf
63 verschiedenen staatlichen Ebenen Leistungen
64 gekürzt werden, wie z.B. das Blindengeld in
65 Niedersachsen.

66
67 Die gemeinsam von den kommunalen Stellen und
68 den Reha-Trägern eingerichteten Servicestellen für
69 behinderte Menschen werden von den Betroffenen
70 noch unzureichend angenommen und auch die
71 Qualität der Betreuung lässt vielfach noch zu
72 wünschen übrig. Besonders nachteilig erweist sich,
73 dass viele Bundesländer noch immer ihrer
74 Verantwortung für die Frühförderung behinderter
75 Menschen nicht nachkommen und noch keine
76 Rahmenvereinbarungen ausgearbeitet haben, die
77 eine auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte
78 Frühförderung behinderter Kinder und Jugendlicher
79 zuließe.

80
81 Auch von Seiten der Arbeitgeber werden die Rechte
82 behinderter Menschen auf eine Teilhabe an der
83 Arbeitswelt nicht ausreichend beachtet. Noch immer
84 beschäftigen mehr als ein Drittel der
85 beschäftigungspflichtigen Arbeitgeber keinen
86 einzigen schwer behinderten Menschen. In ihren
87 Reihen herrschen immer noch vehemente Vorurteile,
88 Unsicherheiten und Fehlinformationen vor.

89
90 Grund zur Besorgnis geben auch Nachrichten, dass
91 die Bundesagentur für Arbeit, die
92 Arbeitsgemeinschaften und die optierenden
93 Kommunen nicht alle verfügbaren Instrumentarien
94 einsetzen, die eine erfolgreiche Eingliederung ins
95 Arbeitsleben ermöglichen sollen. Wegen der als
96 gering eingeschätzten Vermittlungsmöglichkeiten
97 werden behinderten Menschen
98 Ermessensleistungen, in einigen Fällen sogar auch
99 Pflichtleistungen, nicht bewilligt. Dies kann nicht
100 hingenommen werden – um so weniger, als
101 Erfahrungen belegen, dass bei guter Ausbildung und

102 intensiver Eingliederungsförderung gute
103 Vermittlungsquoten zu erreichen sind.

104
105 Dem Unterton in der gesellschaftlichen Debatte, der
106 benachteiligte Personengruppen wie Behinderte,
107 ältere Menschen, aber auch Langzeitarbeitslose und
108 Sozialhilfeempfänger indirekt für ihre Lage und die
109 schlechte wirtschaftliche Entwicklung verantwortlich
110 macht, wird die SPD mit aller Entschiedenheit
111 entgegen treten. Wir brauchen vielmehr eine neue
112 Kultur der Solidarität – auch und gerade gegenüber
113 gehandicapten Menschen.

114
115 III.

116
117 Wir fordern daher,

- 118
119 • die bisherige Zusammenarbeit von politischen
120 Entscheidungsträgern, Rehabilitationsträgern
121 und den Interessensvertretungen von
122 Menschen mit Behinderungen auszuwerten
123 und Konzepte für ihre Weiterentwicklung zu
124 erarbeiten
- 125
126 • dass bei der Weiterentwicklung der
127 Eingliederungshilfe für Menschen mit
128 Behinderungen die wirksame Sicherung der
129 Teilhabe im Mittelpunkt steht. Vor dem
130 Hintergrund des stetigen Anstiegs der
131 Fallzahlen und einem damit einhergehenden
132 Anstieg der Ausgaben für Hilfen an behinderte
133 Menschen müssen im Dialog mit den
134 betroffenen Menschen und ihren
135 Organisationen gemeinsam mit Ländern und
136 Sozialhilfeträgern die Kriterien und
137 Instrumente für eine wirksame und effiziente
138 Sicherung der Teilhabe fortentwickelt werden
- 139
140 • die Mitwirkung der Betroffenen an den
141 Entscheidungsprozessen und der Umsetzung
142 auf allen gesellschaftlichen Ebenen zur festen
143 Regel und ständigen Einrichtung zu machen
- 144
145 • zusammen mit den Behindertenverbänden ein
146 eigenständiges behindertenpolitisches
147 Programm zu entwickeln, das die Bedürfnisse
148 der Menschen mit Behinderungen benennt
149 und die Kriterien und Instrumente zu ihrer
150 Verwirklichung und zur Behebung von
151 Defiziten benennt

152

- 153 • die gesetzlich vorgeschriebene Koordinierung
154 von Leistungen und die Kooperation der
155 Rehabilitationsträger einzufordern und
156 durchzusetzen, damit es nicht zu
157 Leistungsverzögerungen oder
158 Verweigerungen für Menschen mit
159 Behinderungen kommt, und zu prüfen, ob
160 Abstimmungsprobleme – wie bei den
161 Regelungen zum Persönlichen Budget –
162 durch die Erbringung unterschiedlicher
163 Sachleistungen in der Form von
164 Komplexleistungen vermieden werden können
165
- 166 • zu prüfen, ob und gegebenenfalls durch
167 welche Schritte die Zusammenarbeit der
168 Rehabilitationsträger bei der zielgerichteten
169 Umsetzung des SGB IX im Rahmen der
170 gemeinsamen Empfehlungen hinreichend
171 konkret und verbindlich weiterentwickelt
172 werden kann
173
- 174 • den Zugang zu den erforderlichen Leistungen
175 zur Teilhabe durch die Stärkung der
176 gemeinsamen Servicestellen noch
177 bürgernäher zu gestalten, indem sie unter
178 Beteiligung aller Rehabilitationsträger
179 ausgebaut werden, und zu prüfen, ob sie mit
180 bestimmten Entscheidungsbefugnissen
181 ausgestattet werden können, um so im
182 Bereich Rehabilitation und Teilhabe Hilfe aus
183 einer Hand zu ermöglichen
184
- 185 • dass die Arbeitsagenturen, die
186 Arbeitsgemeinschaften und optierenden
187 Kommunen alle Instrumente zum Ausbau und
188 zur Verbesserung der Beschäftigung
189 behinderter Menschen konsequent nutzen
190 und insbesondere im Rahmen der Initiative
191 "job – Jobs ohne Barrieren" mit allen
192 Beteiligten an der Umsetzung arbeiten
193
- 194 • die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen,
195 damit die nach dem Gesetz zuständigen
196 Träger für Leistungen zur Teilhabe am
197 Arbeitsleben ihrem Auftrag nachkommen,
198 indem sie insbesondere sicherstellen, dass
199 die betroffenen Menschen die von Ihnen
200 benötigten Leistungen zur Teilhabe rechtzeitig
201 erhalten und dabei Qualität und Kontinuität
202 der Leistungen zur Berufsbildung und
203 beruflichen Eingliederung gewährleistet

204 werden. Gemeinsam mit den
205 Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen
206 sind von den Rehabilitationsträgern Konzepte
207 zu entwickeln und in Zielvereinbarungen
208 umzusetzen, die den Leistungserbringern eine
209 mittelfristige Planungsperspektive
210 gewährleisten

211
212 • dass Arbeitsgemeinschaften und optierende
213 Kommunen das von ihnen berufene
214 Vermittlungspersonal umfassend qualifizieren
215 und auf die Aufgabe der Integration von
216 behinderten Menschen in die Arbeitswelt
217 angemessen vorbereiten

218
219 • dass die Bundesagentur für Arbeit und die
220 kommunalen Träger der Arbeitsvermittlung
221 ihre Bemühungen verstärken, die
222 Eintrittsschwellen für behinderte Menschen
223 durch Information der Arbeitgeber und
224 finanzielle Förderung zu senken

225
226 • die Verzahnung von betrieblicher und
227 überbetrieblicher Ausbildung behinderter
228 Jugendlicher auszubauen, um die Chancen
229 auf Integration in den ersten Arbeitsmarkt zu
230 erhöhen (vgl. positive Erfahrungen der
231 Initiative job – Jobs ohne Barrieren“)

232
233 • die Chancen behinderter Menschen auf
234 umfassende Teilhabe und Integration in den
235 Arbeitsmarkt durch individuell abgestimmte
236 Förderung zu verbessern –von der
237 Frühförderung über berufsvorbereitende
238 Maßnahmen bis zur Akademikervermittlung

239
240 • auch die Schule zu einem Ort der Teilhabe zu
241 machen: Schule ohne Ausgrenzung von
242 behinderten Menschen soll die Regel, nicht
243 die Ausnahme sein

244
245 • dass die Streichung des Blindengeldes in
246 Niedersachsen rückgängig gemacht wird

247
248 • die Einführung eines gestaffelten
249 Behindertengeldes zu prüfen, mit dem je nach
250 Grad der Beeinträchtigung ein finanzieller
251 Ausgleich für die behinderungsbedingten
252 Nachteile gewährt wird

253

- 254
- 255
- 256
- 257
- 258
- 259
- im Rahmen der internationalen Zusammenarbeit weiterhin wichtige Impulse für die Fortsetzung einer Politik für behinderte Menschen, die ihre Teilhabe, Selbstbestimmung und Gleichstellung in den Mittelpunkt stellt, zu geben.

260

261

262 **Weiterleitung an:**

263 Bundesparteitag

264 Landesparteitag

265

1 **Antrag Nr. SO 2**

2
3
4

5 **Antragsteller:** Bezirksvorstand

6
7
8

9 Der Bezirksparteitag möge beschließen:

10
11
12

13 **Zukunft der Pflege in Deutschland**

14

15 Die SPD Weser-Ems fordert die SPD
16 Bundestagsfraktion auf, sich für eine umfassende
17 Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung
18 einzusetzen. Diese Reform muss im Besonderen
19 folgende Aspekte enthalten:

20

- 21 - Beibehaltung der gesetzlichen
22 Pflegeversicherung als solidarisch finanzierte
23 Sozialversicherung. Im Sinne einer
24 Bürgerpflegeversicherung müssen alle
25 Einkommensarten zur Beitragsfindung
26 herangezogen werden. Die Trennung von
27 gesetzlicher und privater Pflegeversicherung
28 ist aufzuheben. Der derzeitige Beitrag von
29 1,7% ist kein Dogma.
- 30 - Sofortige Dynamisierung der
31 Leistungsbeiträge mindestens in Höhe der
32 Inflationsrate.
- 33 - Auch im Leistungsteil des SGB XI ist statt
34 des somatisch begrenzten der ganzheitliche
35 Pflegebegriff anzuwenden und damit die
36 Pflegebedürftigkeit auch auf geistige und
37 psychische Einschränkungen auszudehnen.
38 Nur so kann in der Pflege dem wachsenden
39 Anteil der geronto-psychiatrisch veränderten
40 Menschen angemessen begegnet werden.
- 41 - Das Prinzip Reha vor Pflege muss
42 verbindlicher gestaltet werden. Die
43 Finanzierung muss durch das SGB XI
44 erfolgen oder die Kostenteilung zwischen
45 GPV und GKV normiert werden.
46 Rehabilitation und Prävention im Sinne einer
47 offensiven Gesundheitsförderung als
48 Vorbereitung auf das Alter müssen
49 verpflichtender gesetzlicher Auftrag sein.
- 50 - Aufbau eines CASE-Managements als
51 eigenständiges Leistungselement zur

- 52 verstärkten Umsetzung „ambulant vor
53 stationär“; Einführung eines Entlassungs- und
54 Überleitungsmanagements und verstärkte
55 Nutzung der Kurzzeitpflege sowie die
56 Etablierung eines eigenständigen
57 Leistungsanspruchs auf Tagespflege.
58 - Die medizinische Behandlungspflege bei
59 anerkannter Pflegebedürftigkeit ist in der
60 ambulanten, teilstationären und stationären
61 Pflege wieder der Pflegeversicherung
62 zuzuordnen.
63 - Eine neue Qualität der
64 Begutachtungsverfahren ist festzuschreiben,
65 dabei muss eine verbindliche
66 kostenträgerübergreifende Feststellung des
67 tatsächlichen ganzheitlichen Hilfebedarfs
68 (Assesmentverfahren) erfolgen.
69 - Flexible Gestaltung des neuen
70 Pflegeversicherungsrechts zum
71 abgestimmten Hilfemix statt isolierter
72 Strukturen (z.B. neue Wohnformen,
73 gemeinwesenorientierte Hilfen).
74 - Die kommunale Bedarfssteuerung muss als
75 gesetzliche Aufgabe normiert und
76 Kommunen die Rolle des gleichberechtigten
77 Pflegesatzverhandlers zugebilligt werden.

78
79 Darüber hinaus wird die Bundestagsfraktion
80 aufgefordert, sich für folgende Maßnahmen zur
81 „Imageverbesserung“ Pflege einzusetzen:

- 82 - Professionelle Werbekampagnen für
83 Pflegeberufe,
84 - Zusammenführung der Kranken- und
85 Altenpflegeausbildung; Entwicklung eines
86 neuen Berufsbildes ergänzt um
87 haushaltsführende und kommunikative
88 Kompetenzen,
89 - Forschungsprojekte und Modellversuche zur
90 Verbesserung der Arbeitsbedingungen.

91
92

93 **Begründung:**

94
95 Die gesetzliche Pflegeversicherung ist nach wie vor
96 die richtige Antwort auf die steigende
97 Lebenserwartung, veränderte Familien- und
98 Gesellschaftsstrukturen sowie die sachgerechte
99 Mitfinanzierung des allgemeinen Risikos
100 Pflegebedürftigkeit. Nach zehnjähriger Praxis zeigen
101 sich jedoch sowohl auf der Einnahmeseite als auch
102 im Leistungskatalog Reformbedarfe, denen durch

103 die aufgeführten Maßnahmen begegnet werden
104 kann.
105
106
107 **Weiterleitung an:**
108 Bundestagsfraktion

1 **Antrag Nr. SO 3 a**

2

3 **Antragsteller: KV Osnabrück-Land**

4

5 **Antrag Nr. SO 3 b**

6

7 **Antragsteller: UB Osnabrück-Stadt**

8

9

10 Der Bezirksparteitag möge beschließen:

11

12

13 **Schmerztherapie Sterbebegleitung (Hospiz)**

14

15 Wir halten es für richtig und human, dass zu einer um-
16 fassenden Lebens-Absicherung auch die Schmerzthe-
17 rapie und die Sterbebegleitung in das Gesundheitspa-
18 pier oder in die Bürgerversicherung gehören.

19

20

21 **Begründung:**

22

23 Es sollte selbstverständlich sein, dass Patienten auf
24 Wunsch z.B. in ein Hospiz begleitet werden, unter wür-
25 digen Bedingungen, aber auch in einer friedlichen Um-
26 gebung und doch begleitet von Fachkräften, schmerz-
27 frei sterben dürfen. Hinweis: Die Problematik auch in
28 Hinblick auf das Betäubungsmittelgesetz muss genau-
29 estens überprüft werden

30

31 **Weiterleitung an:**

32 Bundestagsfraktion

33

34

Antragskommission:

Annahme

1 **Antrag Nr. SO 4 a**

2

3 **Antragsteller: KV Osnabrück-Land**

4

5 **Antrag Nr. SO 4 b**

6

7 **Antragssteller: UB Osnabrück-Stadt**

8

9

10 Der Bezirksparteitag möge beschließen:

11

12

13 **Leistungskatalog Vorsorge**

14

15

16 Der Leistungskatalog im Bereich der Vorsorge ist zu
17 ergänzen.

18 Der Vorsorgekatalog bei Kindern muss mindestens
19 bis zum 18. Lebensjahr erweitert und der gesamte
20 Vorsorgekatalog bei Erwachsenen vervollständigt
21 werden.

22

23

24 **Begründung:**

25

26 Es klafft bei den Vorsorgeuntersuchungen der Kinder
27 eine Lücke von mindestens 6 Jahren.

28 Bei der Kindervorsorgen U1 bis U9 müssen Unter-
29 suchungen an Augen und Ohren vervollständigt
30 werden., sie kommen eindeutig zu kurz.

31 Die Jugendvorsorge ist ab dem 12. Lebensjahr abge-
32 schlossen. Sie ist mit weiteren Vorsorgeuntersuchun-
33 gen zu ergänzen.

34

35 Die Erwachsenenvorsorge muss ebenfalls erweitert
36 werden. Nach heutigen Erkenntnissen ist es nicht
37 ausreichend, dass bei Frauen nur alle 2 Jahre eine
38 Mammographie vorgesehen ist, diese müsste jährlich
39 durchgeführt werden. Ebenfalls ungenügend sind die
40 Darmuntersuchungen, die erst ab dem 50. Lebens-
41 jahr, und dann nur alle 10 Jahre von den Kassen ge-
42 tragen werden. Auch hier muss ein kürzerer Untersu-
43 chungsabstand erfolgen und von den Kassen getra-
44 gen werden. Dies gilt auch bei den Vorsorgeuntersu-
45 chungen für Männer.

46

47

48 **Weiterleitung an:**

49 Bundestagsfraktion

Antragskommission:

Annahme

1 **Antrag Nr. SO 5 a**

2

3 **Antragsteller: KV Osnabrück-Land**

4

5 **Antrag Nr. SO 5b**

6

7 **Antragsteller: UB Osnabrück-Stadt**

8

9

10

11

12 Der Bezirksparteitag möge beschließen

13

14

15 **Pflegeversicherung**

16

17 Die derzeitige Pflegeversicherung soll in die Bürger-
18 versicherung mit einbezogen werden.

19

20

21 **Begründung:**

22

23 Wir begrüßen es nachhaltig, dass mit der Bürgerver-
24 sicherung die wesentlichste soziale Sicherheit ge-
25 schaffen wird. Da die Herzog-Kommission sie als so-
26 lidarisch finanzierte Versicherung abschaffen will, be-
27 kennen wir uns ausdrücklich zum uneingeschränkten
28 Fortbestand der Pflegeversicherung in der solidarisch
29 finanzierten Bürgerversicherung.

30

31

32 **Weiterleitung an:**

33 Bundestagsfraktion

34

Antragskommission:

Annahme mit Neufassung

Die Pflegeversicherung soll in Form der Bürgerversicherung organisiert werden. Es ist zu prüfen, ob die Pflegeversicherung in die Bürgerversicherung integriert wird.

Antragskommission:

Annahme

1 **Antrag Nr. SO 6 a**

2

3 **Antragssteller: KV Osnabrück-Land**

4

5 **Antrag Nr. SO 6 b**

6

7 **Antragsteller: UB Osnabrück-Stadt**

8

9

10 Der Bezirksparteitag möge beschließen

11

12

13 **Für eine solidarische und effiziente Bürgerversi-**
14 **cherung**

15

16 Die SPD im Bezirk Weser - Ems begrüßt die vom Par-
17 teivorstand am 28./29. August 2004 beschlossenen
18 Eckpunkte zur Bürgerversicherung. Allerdings halten
19 wir eine stärkere Akzentuierung der Ausgabenseite
20 für notwendig. Deswegen soll das Modell wie folgt
21 ergänzt und konkretisiert werden (*Die wesentlichen*
22 *Differenzen sind kenntlich gemacht.*):

23

24 **Einkommensbezogene Finanzierung beibehalten**

25 Wir setzen uns dafür ein, dass es bei einer einkom-
26 mensbezogenen Finanzierung über Beiträge bei den
27 Einkommen aus abhängiger und selbständiger Arbeit
28 bleibt. Damit wird der Finanzierung gemäß der wirt-
29 schaftlichen Leistungsfähigkeit Rechnung getragen.
30 Kinder und Familienmitglieder ohne eigenes Einkom-
31 men sind wie bisher beitragsfrei mitzuversichern.

32

33 **Alle Arbeitgeber müssen ihren Beitrag leisten**

34 Wir wollen eine Gesundheitsabgabe der Arbeitgeber,
35 die sich aus der **Wertschöpfungsabgabe** bzw. der
36 lohnkostenbezogenen paritätischen Finanzierung er-
37 gibt. Nur der jeweils höhere Betrag ist zu zahlen. Da-
38 mit können die Arbeitskosten gesenkt werden und alle
39 Unternehmen gleichmäßig zur Finanzierung herange-
40 zogen werden. Das Interesse der Unternehmen an
41 der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung
42 bleibt erhalten. Schließlich stehen die Arbeitgeber in
43 einer besonderen Verantwortung für die gesundheits-
44 gerechte Gestaltung der Arbeitswelt.

45

46 **Steuerfinanzierung gesamtgesellschaftlicher Auf-**
47 **gaben ausweiten**

48 Wir wollen die Krankenkassen ähnlich wie die gesetz-
49 liche Rentenversicherung von der Finanzierung ge-
50 samtgemeinschaftlicher Aufgaben entlasten. Dazu ge-

51 hört zuallererst der **Familienlastenausgleich**, da von
52 der Erziehungsarbeit der Eltern alle Bürger profitieren
53 und nicht nur die Versicherten der GKV. Diese Leis-
54 tungen sind über Steuermittel zu finanzieren, sie dür-
55 fen nicht weiter allein den Beitragszahlern aufgebür-
56 det werden.

57

58 **Verschiebepolitik zu Lasten der Krankenkassen** 59 **beenden**

60 Wir wollen die Verschiebepolitik in der Sozialversiche-
61 rung zu Lasten der Krankenkassen beenden. So wer-
62 den zum Beispiel für arbeitslose Menschen reduzierte
63 Kassenbeiträge gezahlt. Bei einer sachgerechten Fi-
64 nanzierung könnte der durchschnittliche Beitragssatz
65 in der Krankenversicherung um 0,5 Prozentpunkte
66 gesenkt werden.

67

68 **Personenkreis erweitern**

69 Wir wollen die Finanzierungsbasis solidarisch erwei-
70 tern. Deshalb wollen wir die Versicherungspflicht-
71 grenze abschaffen und die Versicherungspflicht auf
72 die ganze erwerbstätige Bevölkerung ausweiten. Wir
73 erfassen damit auch neue Formen der Selbständig-
74 keit. Sie sind für die Betroffenen mit Risiken behaftet
75 und legen die umgehende Einbeziehung in die Versi-
76 cherungspflicht nahe.

77 Beamtinnen und Beamte, die neu in den öffentlichen
78 Dienst eintreten, sollen in das System der solidari-
79 schen Krankenversicherung einbezogen werden. Der
80 Dienstherr übernimmt dann den hälftigen Beitrag.

81 Dies muss auch für Beamtinnen und Beamte gelten,
82 die bereits freiwillig Mitglieder in einer gesetzlichen
83 Krankenkasse sind oder sich zum Wechsel in die
84 Bürgerversicherung entscheiden. Bestandsbeamte
85 erhalten ein Wahlrecht, ob sie in die Bürgerversiche-
86 rung eintreten oder in der Privaten Krankenversiche-
87 rung bleiben wollen.

88 Wir wissen: Durch den Einbezug der neu eintretenden
89 BeamtInnen in die Bürgerversicherung entsteht für die
90 öffentliche Hand vorübergehend eine höhere finan-
91 zielle Belastung, da neben der Beihilfe für die „Be-
92 standsbeamten“ die Beiträge für die neuen BeamtIn-
93 nen zu finanzieren sind. Aber der selbe finanzielle
94 Aufwand für den Fiskus entstünde auch, wenn anstatt
95 neuer BeamtInnen Angestellte oder ArbeiterInnen
96 eingestellt würden, für die ebenfalls der hälftige KV-
97 Beitrag zu entrichten wäre.

98

99 **Andere Einkunftsarten erfassen**

100 Wir schlagen ein Zwei-Säulen-Modell der Beitrags-
101 bemessung vor. In der ersten Säule würden dabei

102 Arbeitseinkommen und daraus abgeleitete Einkom-
103 men wie bisher verbeitragt. Daneben würde eine
104 zweite Säule für andere Einkommensarten eingeführt.
105 Durch angemessene Freibeträge muss sichergestellt
106 werden, dass verantwortungsbewusste Sparer nicht
107 überfordert werden und die Altersvorsorge angemes-
108 sen berücksichtigt bleibt.
109 Die AfA favorisiert den Einbezug von Kapitaleinkünf-
110 ten in der zweiten Säule in Form eines Anteils an ei-
111 ner Abgeltungssteuer auf Kapitalerträge. Deren Ein-
112 führung wird im europäischen Kontext diskutiert. Die
113 Einnahmen aus diesem Steueranteil sollen zweckge-
114 bunden in die Bürgerversicherung fließen und von
115 allen Steuerpflichtigen, also auch den privat Versi-
116 cherten, erhoben werden. Im Rahmen einer solchen
117 „Steuerlösung“ bleiben kleine und mittlere Sparver-
118 mögen durch den Sparerfreibetrag unbelastet, wäh-
119 rend eine Beitragsbemessungsgrenze für Einkünfte
120 aus Kapitalvermögen entfällt. Diese Lösung vermeidet
121 die regressiven Verteilungswirkungen einer individuel-
122 len Verbeitragung von Kapitaleinkünften und ermög-
123 licht eine sofortige Senkung der Beiträge zur Kran-
124 kenversicherung auf Lohneinkommen.
125 Bei allen Debatten über die Einbeziehung weiterer
126 Einkommensarten müssen die verteilungspolitischen
127 Wirkungen anhand konkreter Modellvarianten analy-
128 siert und beurteilt werden. Wir wollen ungewollte
129 Auswirkungen auf die Einkommensverteilung vermei-
130 den.

131

132 **Stellschraube Beitragsbemessungsgrenze**

133 Die Beitragsbemessungsgrenze ist eines der Elementen-
134 te, die über die Verteilungs- und Belastungswirkung
135 des Beitragssystems entscheiden. Wer über ihre Hö-
136 he diskutiert, muss auch Akzeptanzeinschätzungen in
137 Politik und Bevölkerung sowie die Auswirkungen auf
138 Arbeitskosten und damit die wirtschaftliche Situation
139 bedenken. **Ziel ist es, die Beitragsbemessungs-**
140 **grenze der Rentenversicherung anzupassen (z. Zt.**
141 **5.200,00 €).**

142 Die AfA spricht sich für zwei Säulen der Beitragsbe-
143 messung aus, um negative Verteilungseffekte zu
144 vermeiden. Im Ein-Säulen-Modell würde der Einbezug
145 anderer Einkommensarten bedeuten, dass nur dieje-
146 nigen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze hö-
147 here Beiträge erbringen müssten. Besserverdienende
148 würden jedoch nicht stärker zur solidarischen Finan-
149 zierung herangezogen. Unser Ziel ist aber gerade die
150 Entlastung der Beiträge auf Arbeitseinkommen, indem
151 wir die Finanzierung stärker an der wirtschaftlichen
152 Leistungsfähigkeit ausrichten.

153 **Wettbewerb um die Qualität ausbauen**

154 Mit der neuen Finanzierung der GKV wollen wir auch
155 die Wahlmöglichkeiten der Versicherten erweitern und
156 die wettbewerbliche Steuerung der Gesundheitsver-
157 sorgung um die beste Qualität stärken. Die Weiter-
158 entwicklung des Risikostrukturausgleichs hin zu einer
159 Morbiditätsorientierung ist hierfür eine wesentliche
160 Voraussetzung und kann verhindern, dass sich der
161 Wettbewerb um gute Risiken fortsetzt.

162 Das bisherige Nebeneinander von gesetzlicher und
163 privater Krankenversicherung hat einen Wettbewerb
164 um die beste Versorgung der Versicherten und Pati-
165 enten verhindert. Der größte Teil der Versicherten
166 verfügt nicht über eine Wechselmöglichkeit zu einer
167 privaten Krankenversicherung. Ähnlich verhält es sich
168 mit den Beamten, die sich freiwillig in der GKV versi-
169 chern wollen. Sie müssten dafür einen hohen Preis
170 zahlen, nämlich den vollen Beitrag – also den Arbeit-
171 nehmer- und Arbeitgeberanteil gleichermaßen.

172 Auch innerhalb der privaten Krankenversicherungsun-
173 ternehmen gibt es bisher nur einen Wettbewerb um
174 Neuverträge. Ein Wettbewerb um Bestandsversicher-
175 te findet nicht statt, weil Altersrückstellungen nicht
176 mitgenommen werden können.

177 Wir wollen eine Stärkung des Wettbewerbs und eine
178 Ausweitung der Wahlmöglichkeiten der Versicherten.
179 Dafür muss die Politik den Wettbewerb zwischen ge-
180 setzlichen Krankenversicherungen und privaten Kran-
181 kenversicherungsunternehmen endlich zulassen.
182 Voraussetzung dafür ist, die Versicherungspflicht-
183 grenze aufzuheben und die privaten Krankenversi-
184 cherungsunternehmen so zu verändern, dass ein
185 Wettbewerb unter gleichen Bedingungen stattfinden
186 kann.

187 Ein solcher Wettbewerb umfasst einen einheitlichen
188 Leistungskatalog, den Kontrahierungszwang (d.h. die
189 Verpflichtung der Krankenversicherung, jede(n) auf-
190 zunehmen, unabhängig vom Einkommen und ge-
191 sundheitlichen Risiko), einheitliche Regeln zur Vergü-
192 tung der Leistungserbringer und die gleiche Möglich-
193 keit zu Vertragsbeziehungen mit Ärzten und Kranken-
194 häusern.

195 Ein solcher Wettbewerb funktioniert nur bei Gleichbe-
196 handlung der Kontrahenten. Deshalb muss ein fairer
197 Finanzausgleich unter Berücksichtigung des Krank-
198 heitsrisikos zwischen gesetzlichen Krankenkassen
199 untereinander und zwischen gesetzlichen und priva-
200 ten Krankenkassen erfolgen. Außerdem müssen die
201 PKV-Unternehmen im Bürgerversicherungstarif ein-
202 kommensbezogene Beiträge erheben.

203 Darüber hinaus kann die PKV eine wichtige Funktion
204 bei der Vereinbarung von über den Bedarf hinausge-
205 henden Leistungen haben.

206

207 **Reform und Wettbewerb**

208 Wir setzen uns mit Nachdruck für einen breiten ge-
209 sellschaftlichen Konsens über die Weiterentwicklung
210 der Krankenversicherung und ihrer solidarischen Fi-
211 nanzierung ein. Die GKV genießt in der Bevölkerung
212 hohe Wertschätzung und leistet einen Beitrag zur so-
213 zialen Stabilität unseres Landes. Sie wollen und wer-
214 den wir erhalten.

215 Wir wollen mit der Finanzierungsreform der GKV nicht
216 mehr Geld ins System pumpen. Wir wollen vielmehr,
217 dass auch weiterhin alle Anstrengungen unternom-
218 men werden, die Versorgung wirtschaftlicher zu ges-
219 talten und so die Ausgaben auf das nötige Maß zu
220 begrenzen. Die Ausweitung direkter Vertragsbezie-
221 hungen zwischen Krankenkassen und Leistungserb-
222 ringern ist die zentrale strukturpolitische Reformauf-
223 gabe. Sie duldet keinen Aufschub und muss auch
224 unabhängig von der Finanzierungsreform vorange-
225 bracht werden.

226

227 Wir fordern weiterhin:

- 228 1. Eine Zusammenlegung der § 284 und § 285
229 Sozialgesetzbuch V dahingehend das der Pa-
230 ragraph 285 im Paragraph 284 aufgeht.
- 231 2. Die vollständige Abschaffung der Kassenärztli-
232 chen Vereinigungen.
- 233 3. Die Änderung von § 305 Sozialgesetzbuch 1
234 dahingehend, dass jedem Patienten unaufge-
235 fordert vom Leistungserbringer eine Patienten-
236 quittung auszustellen ist.

237

238

239 **Mehr Qualität**

240 Dafür muss die Vormachtstellung der Leistungsanbie-
241 ter(Ärzte, Apotheker, Pharmaindustrie) zurück ge-
242 drängt werden. Wir unterstützen, dass die Kranken-
243 kassen auch Einzelverträge mit Ärzten und Ärzte-
244 gruppen abschließen können. Dieser kontrollierte Ver-
245 tragswettbewerb im Rahmen verbindlicher Qualitäts-
246 standards kann eine gute und wohnortnahe Versor-
247 gung sichern.

248 Mehr Qualität im Gesundheitswesen wird auch da-
249 durch erreicht, dass ganzheitliche Versorgungskon-
250 zepte gefördert werden. Die gegenseitige Abschot-
251 tung von Ärzten, Fachärzten, Krankenhäusern, medi-
252 zinischen Gesundheitsberufen muss überwunden
253 werden. Eine integrierte Versorgung soll die Regel

254 werden, Krankenhäuser für die ambulante Versor-
255 gung im fachärztlichen Bereich geöffnet und Gesund-
256 heitszentren gefördert werden.

257

258 **Prävention fördern**

259 Vorbeugen ist besser als heilen. Nicht weniger als 70
260 Prozent aller Krankheiten werden durch eine belas-
261 tende Arbeits- und Umweltsituation hervorgerufen.
262 Arbeitsbedingte Erkrankungen kosten die Kassen
263 jährlich 28 Milliarden Euro. Experten gehen davon
264 aus, dass sich diese Kosten um 20 bis 30 Prozent
265 senken ließen, wenn mehr Geld in die Vermeidung
266 von Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz gesteckt
267 würde.

268 Veränderungen der Arbeitsumwelt bedeuten stets,
269 dass die Unternehmer in die Arbeitsplätze investieren
270 müssen. Anreize dafür oder gar gesetzliche Auflagen
271 gibt es nicht im ausreichenden Maß. Auch in allen
272 anderen Lebensbereichen soll durch präventive
273 Maßnahmen die Gesundheitsvorsorge verstärkt wer-
274 den.

275

276 **Mehr Effektivität**

277 Eine gesetzliche *Positivliste* für erstattungsfähige Me-
278 dikamente, eine Kosten-Nutzen-Prüfung bei der Neu-
279 zulassung sowie eine ausgedehnte Festbetragsrege-
280 lung kann die Wirtschaftlichkeit und Qualität in der
281 Arzneimittelversorgung verbessern.

282

283

284 **Begründung:**

285

286 Die bestehende Finanzierung des Gesundheitssys-
287 tems ist unausgewogenen, denn sie lastet überpro-
288 portional auf den Schultern von Arbeitern und Ange-
289 stellten, während Selbstständige, Beamte und Bezie-
290 her von Kapitaleinkünften nicht zur Finanzierung der
291 GKV herangezogen werden. Sie ist daher zugleich
292 unsicher, weil sie stark von der konjunkturellen Lage
293 abhängt und im Zuge der demografischen Entwick-
294 lung zusätzlich unter Druck gerät. Und sie ist un-
295 gerecht, weil die Bezieher von Einkommen aus un-
296 selbständiger Arbeit die Bezieher übriger Einkünfte
297 subventionieren. Außerdem belastet die bestehende
298 Finanzierung die Lohnnebenkosten und damit Arbeit-
299 geber und Arbeitnehmer. Sie verteuert mit steigenden
300 Beiträgen den Faktor Arbeit.

301

302 Die parallele Existenz zweier unterschiedlich finan-
303 zierter Versicherungssysteme (GKV und PKV), zwi-
304 schen denen sich so genannte „gute Risiken“ und

305 „schlechte Risiken“ zu Lasten der gesetzlichen Kran-
306 kenversicherung aufteilen, ist ebenfalls nicht solida-
307 risch. Darüber hinaus ist sie auch wirtschaftlich nicht
308 tragfähig, da zwischen den Systemen kaum Wettbe-
309 werb herrscht und somit der Anreiz für Effizienzstei-
310 gerungen und Verbesserung der Versorgungsqualität
311 gering ist. Die Erhöhung der Wirtschaftlichkeit ist er-
312 forderlich um sicherzustellen, dass die Beiträge der
313 Bürgerinnen und Bürger effizient verwendet werden.

314

315 Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen und die Ver-
316 breiterung der Finanzierungsbasis schaffen die Vor-
317 aussetzungen für eine verbesserte Qualität der Ver-
318 sorgung für alle Menschen in Deutschland.

319

320 Strukturreformen sind dringend geboten. Erste Schrit-
321 te haben wir mit der GKV-Gesundheitsreform (2000),
322 der Reform des Risikostrukturausgleichs 2001 und
323 dem GKV-Modernisierungsgesetz 2003 unternom-
324 men: Disease-Management-Programme für chro-
325 nisch Erkrankte, Einführung der Integrierten Versor-
326 gung, verstärkte ambulante Behandlung von Patien-
327 ten in Krankenhäusern, Angebote hausarztzentrierter
328 Versorgung durch die Krankenkassen. Der Weg der
329 Wettbewerbssteigerung und Qualitätsverbesserung
330 muss jedoch konsequent weiter verfolgt werden.

331

332

333 **Weiterleitung an:**
334 Bundestagsfraktion

335

1 **Antrag Nr. SO 7**

Antragskommission:

Annahme

2
3
4
5 **Antragsteller: Unterbezirk Friesland**

6
7
8
9 Der Bezirksparteitag möge beschließen:

10
11
12 Die SPD Landtagsfraktion wird aufgefordert, auf die
13 Landesregierung einzuwirken, die Einrichtung der
14 Kinder- und Frauenschutzhäuser – die bisher als
15 freiwillige Leistung galt – als Pflichtaufgabe des
16 Landes zu übernehmen und die Finanzierung durch
17 Einstellung von Mitteln in den Landeshaushalt zu
18 sichern.

19
20
21 **Begründung.**

22
23
24 Der Fortbestand der Frauenhäuser ist auch
25 weiterhin zwingend notwendig, weil weiterhin ein
26 Anstieg von Gewalt in den Familien zu verzeichnen
27 ist. Das Ausüben von Gewalt gegen Frauen und
28 Kinder nimmt in Krisenzeiten Ausmaße an, die nicht
29 dem Selbstlauf überlassen bleiben können.

30
31 Das Land hat in diesem Prozess eine
32 Verantwortung zu tragen, die durch finanzielle
33 Unterstützung gesichert werden muss. Deshalb ist
34 es notwendig, dass das Land die finanzielle
35 Absicherung der bestehenden Frauenhäuser als
36 Pflichtaufgabe anerkennt.

37
38 Häusliche Gewalt findet an dem Ort statt, wo Schutz
39 und Geborgenheit gesucht werden. Der Täter ist in
40 über 85% aller Fälle der Ehemann oder der
41 Lebenspartner. Sie umfasst psychische Gewalt wie
42 Drohungen, Erniedrigungen und Isolation, ebenso
43 wie körperliche Gewalt, sexuelle Gewalt bis hin zum
44 Mord (ca. 200 Mordfälle im Jahr in Deutschland).
45 Das höchste Risiko für eine Frau, ermordet zu
46 werden, liegt in der Zeit, in der sie sich von ihrem
47 Misshandler trennt. Gewalt gegen Frauen und
48 Kinder findet unabhängig von Einkommen,
49 Bildungsstand und sozialer Schicht statt. Gewalt
50 verletzt und zerstört das Selbstwertgefühl, die
51 sozialen Beziehungen sowie die Lebens- und

52 Arbeitsperspektiven der Opfer. Kinder werden
53 ebenso häufig Opfer der Gewalt und werden als
54 Druckmittel gegen die Partnerin benutzt. Opfer von
55 Gewalt brauchen schnell und unbürokratisch Hilfe,
56 wenn sie endlich in der Lage sind, Hilfe annehmen
57 zu können. Die Flucht ins Frauenhaus ist für viele
58 Betroffene die letzte Chance, dem Teufelskreis nach
59 monatelangem, zum Teil jahrelangem Martyrium zu
60 entfliehen. Für viele Frauen und Mütter ist es die
61 allerletzte Zuflucht. Die Kinder sind oft traumatisiert
62 und brauchen besondere Aufmerksamkeit.

63
64 Das Gewaltschutzgesetz (seit 2002) ist die
65 sinnvollste Ergänzung seit Jahrzehnten, zieht
66 historisch gesehen erstmalig die Täter zur
67 Verantwortung und sanktioniert ihre Taten. Aber es
68 ist eben keine Ergänzung und muss auch als eine
69 solche verstanden werden. Die Erfahrungen mit
70 dem Gewaltschutzgesetz haben gezeigt, dass die
71 Frauenhäuser weiterhin absolut nötig sind, da die
72 praktische Umsetzung des Gewaltschutzgesetzes in
73 vielen Fällen nicht den nötigen Schutz für Kinder
74 und Frauen bietet.

75
76 Gewalt gegen Kinder und Frauen ist kein
77 Luxusthema für gute Zeiten. Es bedeutet großes
78 Leid für die Betroffenen und enorme
79 gesellschaftliche Folgekosten.

80
81 Der Schutz von Frauen und Kindern muss als
82 Pflichtaufgabe einer Demokratie im 21. Jahrhundert
83 begriffen werden!

84
85

86 **Weiterleitung an:**

87

88 Landtagsfraktion

1 **Antrag Nr. SO 8**

Antragskommission:

2
3
4 **Antragsteller: Unterbezirk Friesland**

Als Material an den
Bezirksvorstand

5
6
7 Der Bezirksparteitag möge beschließen:

8
9
10 Die SPD Landtagsfraktion wird aufgefordert, auf die
11 Landesregierung einzuwirken, dass die
12 Arbeitslosen-Initiative wieder finanzielle
13 Unterstützung erhält und somit ihre gute Arbeit nicht
14 weiter einschränken oder gänzlich einstellen muss.

15
16
17 **Begründung:**

18
19
20 Die Arbeitsloseninitiative Wilhelmshaven/Friesland
21 erhält noch von der Stadt Jever und der Gemeinde
22 Sande einen kleinen finanziellen Zuschuss für ihre
23 Beratungstätigkeit. Der Landkreis Friesland wird
24 leider in Zukunft keinen Zuschuss mehr gewähren
25 und das Land Niedersachsen hat alle bisherigen
26 Zuschüsse gestrichen.

27 Deshalb konnten auch seit Jahresanfang die
28 Beratungsstellen in Schortens und Bockhorn nicht
29 weiter bedient werden. Es ist deshalb ernsthaft zu
30 befürchten, dass die gute Arbeit dieser
31 Selbsthilfeorganisation weiter eingeschränkt werden
32 muss oder auch sogar eingestellt wird. Dies darf
33 nicht passieren! Hier müssen wir uns als
34 Sozialdemokraten in der Pflicht sehen!

35 Die ALI leistet arbeitsmarktorientierte Arbeit mit
36 Arbeitslosen, ist Mittler zwischen Betroffenen und
37 Ämtern und bietet komplexe Sozialberatung in einer
38 Hand gegenüber der spezialisierten Einzelfunktion
39 eines Amtes. Noch werden in den Außenstellen vor
40 Ort in Jever, Sande und Varel Beratungsdienste
41 angeboten.

42 In einem Referenzschreiben des Staatssekretärs
43 Joachim Werren aus dem Niedersächsischen
44 Ministerium für Wirtschaft und Verkehr heißt es u.a.:
45 „Die neuen Regelungen und Zuständigkeiten in der
46 Arbeitsförderung verändern notwendigerweise auch
47 die Arbeit und Leistungen der bestehenden
48 Arbeitsloseninitiativen. Auch künftig werden die
49 Initiativen ihre Kompetenzen sinnvoll einsetzen
50 können: Sie halten ein umfangreiches Beratungs-
51 und Unterstützungsangebot bereit, das die

52 zuständigen Stellen in Arbeitsagenturen und
53 Kommunen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben
54 erheblich entlasten kann.“

55 Ausdrücklich wird die gute und sinnvolle Arbeit der
56 Arbeitsloseninitiativen auch von dieser Seite
57 anerkannt, deshalb ist es geradezu absurd, sich
58 gänzlich seitens des Landes aus der finanziellen
59 Förderung zu verabschieden!

60

61 **Weiterleitung an:**

62

63 Landtagsfraktion

1 **Antrag Nr. SO 9**

Antragskommission:

Annahme

2
3
4
5 **Antragsteller: Ortsverein Delmenhorst-Ost**

Weiterleitung an:
Bundestagsfraktion
Fraktionen in den Städte und Ge-
meinden

6
7
8
9 Der Bezirksparteitag möge beschließen:

10
11 Tabakautomaten

12
13 Die SPD Weser-Ems will Tabakautomaten so weit es
14 geht aus den öffentlichen Wegen entfernen.

15 Die Städte und Gemeinden werden aufgefordert, kei-
16 ne Aufstell-Lizenzen für Geräte an öffentlichen We-
17 gen zu erteilen.

18 Sofern Lizenzen bestehen, sollen diese nicht mehr
19 verlängert werden.

20 Der Bezirk fordert die Bundesregierung dazu auf, ge-
21 setzliche Initiativen zu ergreifen, um den Kommunen
22 größeren Einfluss auf private Aufstellung von Tabak-
23 automaten zu geben.

24 Die Einführung eines Chipkartensystems ab 2007 an
25 Tabakautomaten ist nicht ausreichend, um Kinder und
26 Jugendliche vorm frühzeitigen Tabak-Missbrauch zu
27 schützen.

28 Die Bundesregierung wird aufgefordert, sich bei der
29 EU-Kommission für die Einstufung von Tabakrauch
30 als Krebs erzeugenden Stoff der Kategorie eins ein-
31 zusetzen.

32
33
34 Begründung:

35
36 In Deutschland stehen 98 Prozent aller im Freien auf-
37 gestellten Automaten der gesamten EU. In vielen
38 Ländern sind Tabakautomaten völlig verboten. Durch
39 Tabakautomaten besteht das große Risiko, dass sich
40 jedes Kind ungehindert daran bedienen kann.

41
42 Untersuchungen zeigen, dass Jugendliche diese Ge-
43 legenheit auch bevorzugt nutzen und zum großen Teil
44 über diese Automaten Tabak erwerben. Auch die Ein-
45 führung eines Chipkartensystems ab 2007 stellt keine
46 Garantie dar, dass Kindern die Nutzung unmöglich
47 gemacht wird.

48 Das Altersmerkmal auf einer Chipkarte gewährleistet
49 keinen ausreichenden Schutz vor Tabak-Missbrauch.

50
51 Durch dieses Modell wird nur das Alter des rechtmä-
52 ßigen Eigentümers nachgewiesen. Es gibt aber kei-
53 nerlei Kontroll-Mechanismus, der sicherstellt, dass
54 der Benutzer einer Geldkarte auch deren Eigentümer

55 ist. Nicht einmal eine einfache Pin-Abfrage findet
56 statt, die wenigstens eine gewisse Hürde gegen
57 Missbrauch darstellen würde.

58

59 Somit kann sich jedes Kind von älteren Freunden,
60 aber genauso gut von den Eltern, einfach die Karte
61 ausleihen und sich damit am Zigarettenautomaten
62 problemlos als berechtigt ausweisen. Dadurch, dass
63 die Automatenaufsteller auch weiterhin Barzahlung
64 ermöglichen wollen, wobei die Geldkarte nur als Al-
65 tersnachweis verwendet wird, merken es die Eltern
66 nicht einmal am Guthaben der Karte, wenn das Kind
67 die Geldkarte nur als „Eintrittskarte“ verwendet, um
68 am Automaten Tabakwaren zu kaufen.

69

70

71 **Weiterleitung an:**

1 **Antrag Nr. SO 10**

2
3
4
5 **Antragsteller: SPD-Unterbezirk Osnabrück-Stadt**

6
7
8
9 Der Bezirksparteitag möge beschließen:

10 **ÜBERGANGSREGELUNGEN IN DIE**
11 **ALTERSRENTE**

12
13
14 Die Bundestagsfraktion wird aufgefordert, die
15 für Arbeitnehmer geltenden Übergangsregelun-
16 gen in die Altersrente zu überarbeiten mit dem
17 Ziel, einen früheren Übergang zu ermöglichen.

18
19
20 **Begründung:**

21
22 Rentenrechtliche Änderungen und zunehmende
23 Beschäftigungsprobleme in vielen Betrieben
24 führen dazu, dass

- 25
26 - vielen Älteren, die ausscheiden wollen, weil
27 sie oft auch nicht mehr können, trotz Hinnahme
28 von dauerhaften Rentenabschlägen der Ren-
29 tenzugang verwehrt ist
30 - deshalb viele Jüngere nach Abschluss der
31 Ausbildung nicht auf frei werdende Arbeitsplät-
32 ze nachrücken können mit der Folge eines ü-
33 berproportional starken Anstiegs der Arbeitslo-
34 sigkeit junger Menschen (Hauptamt OS unter
35 25- Jährige Jan.05/Jan.04 1.974/1.074 = +
36 84%)
37 - die Altersstruktur in den Betrieben stark an-
38 steigt mit allen daraus resultierenden Proble-
39 men

40
41 Die Verlängerung der Lebensarbeitszeit ver-
42 richtet vielen jungen Menschen die Zukunftsp-
43 erspektive. Bei anhaltender Massenarbeitslo-
44 sigkeit gilt es, vorrangig ihnen den Zugang ins
45 Berufsleben zu eröffnen.

46
47 **Weiterleitung an:**

1 **Antrag Nr. SO 11**

2

3

4

5 **Antragsteller: KV Osnabrück-Land**

6

7

8

9 Die Bezirkskonferenz möge beschließen:

10

11 **Örtliche Pflegekonferenzen**

12

13 Die SPD Kommunen im Bezirk Weser-Ems werden
14 aufgefordert, nach dem Niedersächsischen Pflege-
15 gesetz (NpflegeG / 22. Mai 1996) örtliche Pflegekon-
16 ferenzen nach § 5 entsprechend einzurichten.

17

18 Ziele dieser Konferenz soll es sein:

19

20 Eine leistungsfähige, wirtschaftliche und per-
21 spektivische Pflegeversorgung der Bevölke-
22 rung zu gewährleisten.

23

24 Eine notwendige, pflegerische, möglichst
25 wohnortnahe Versorgungsstruktur in den
26 Kommunen mit entsprechenden ambulanten,
27 teilstationären und vollstationären Anbietern
28 vorzuhalten bzw. zu entwickeln.

29

30 Eine Koordinierung der Pflegedienstleinrich-
31 tungen entsprechend dem anerkannten medi-
32 zinisch-pflegerischen Erkenntnisstand sicher-
33 zustellen.

34

35 Eine Anlaufstelle für eine Belegungsabfrage
36 von insbesondere Kurzzeitpflegeplatzangebo-
37 ten in den Kommunen anzuregen.

38

39

40 **Begründung:**

41

42 In der Vergangenheit wurde die Bevölkerung immer
43 wieder über Mangelzustände von Pflegeleistungen
44 im wesentlichen durch die Presse informiert. In
45 Kenntnis von Einzelfällen wurden enorme Probleme
46 einer Pflegeunterbringung überhaupt oder im wohn-
47 ortnahen Bereich offenkundig.

48

49 Diese Entwicklung sehen wir mit Sorge und setzen
50 uns deshalb dafür ein, die Altenpflege mit einer im
51 Niedersächsischen Pflegegesetz als „Kann-
52 Bestimmung“ vorgesehenen Pflegekonferenz zu be-
53 gleiten und zu entwickeln.

- 54 **Weiterleitung an:**
- 55 Kommunale Fraktionen in Weser-Ems

Antragskommission:

Erledigt durch SO 6 a

1 **Antrag Nr. SO 12**

2
3
4

5 **Antragsteller: KV Grafschaft Bentheim**

6
7
8

9 Der Bezirksparteitag möge beschließen:

10

11 **Bürgerversicherung**

12

13 Der Bezirk Weser – Ems begrüßt die Initiative der Bun-
14 despartei, das Thema Bürgerversicherung verstärkt in
15 Angriff zu nehmen und politisch und gesetzgeberisch tätig
16 zu werden.

17 • Wir halten es für unbedingt erforderlich, dass die
18 Hauptaktivitäten vor der nächsten Bundestagswahl 2006
19 und nicht danach in Gang gesetzt werden. Die gegenwär-
20 tige politische Konsolidierungsphase sollte konstruktiv und
21 nach vorne weisend genutzt werden.

22 • Weiterhin begrüßen wir die vom Parteivorstand am
23 28./29. August 2004 verabschiedeten Eckpunkte zur Aus-
24 gestaltung der Bürgerversicherung. Allerdings halten wir
25 eine Beitragsbemessungsgrenze in Höhe der Rentenver-
26 sicherung (derzeit 5200 € mtl.) für die Bürgerversicherung
27 für erforderlich.

28 • Alle Einkommen sind einzubeziehen, auch die Ein-
29 kommen aus Vermietung und Verpachtung im steuerli-
30 chen Sinn. Sie unterscheiden sich von den Einkünften aus
31 Vermietung und Verpachtung durch die Verminderung um
32 die sog. Werbungskosten (insb. Ausgaben zur Erhaltung,
33 Renovierung usw.) des Wohneigentums.

34 **Begründung:**

35 Eine Aufschiebung der politischen Umsetzung bis nach
36 der Bundestagswahl, wie verlautbart, halten wir für falsch,
37 weil das Thema Bürgerversicherung eine offensive Wahl-
38 kampfstrategie für Solidarität und Gerechtigkeit erlaubt.
39 Außerdem ist die zügige Planung einer verbesserten
40 Einnahmensituation für die GKV dringend erforderlich, da
41 den

42 weiteren Beitragssatzerhöhungen und Zuzahlungen Gren-
43 zen gesetzt sind.

44 Die höhere Beitragsmessungsgrenze analog der RV ist
45 sinnvoll im Interesse einer gleichen Ausgangslage für
46 GKV und GRV und entspricht dem Prinzip der Leistungs-
47 fähigkeit, wonach steigende Einkommen auch mehr Ab-
48 gaben verkraften können. Die **Mieteinkommen** auszu-
49 klammern ist nicht gerechtfertigt. Vielleicht wussten die
50 Verfasser des Eckpunktepapiers nicht den Unterschied
51 zwischen Einkünften und Einkommen. Der Begriff des
52 steuerlichen Einkommens und die vorgesehene Freibe-
53 tragsregelung wird i. d. R. ein zweites Wohneigentum
54 kaum berühren, lediglich den Immobilienbesitz in großem
55 Ausmaß.

56

57

58

59 **Weiterleitung an:**

60

1 **Antrag Nr. SO 13**

2

3

4

5 **Antragssteller: AfA-Bezirksvorstand Weser-Ems**

6

7

8 Der Bezirksparteitag möge beschließen:

9

10 Die SPD-geführte Bundesregierung wird aufgefordert
11 sich dafür einzusetzen, dass das Wohngeldgesetz
12 §2 (2) dahingehend geändert wird, dass bei Über-
13 schreitung der Anspruch nicht entfällt, sondern der
14 zu bewilligende Betrag entsprechend gekürzt wird.
15 Dementsprechend sind § 2 ff zu ändern.

16

17

18 **Begründung:**

19

20 Arbeitnehmer müssen nicht auf Bruttoarbeitsentgelte
21 verzichten um anspruchsberechtigt zu bleiben.

22

23 **Weiterleitung an:**

Antragskommission:

Ablehnung

Antragskommission:

Annahme

1 **Antrag Nr. SO 14**

2
3
4

5 **Antragsteller: SPD-Unterbezirk Vechta**

6
7
8

9 Der Bezirksparteitag möge beschließen:

10

11 **GESUNDHEITSREFORM**

12 **Der SPD-Bezirksparteitag fordert die SPD und**
13 **die SPD-Bundestagsfraktion auf, als Ergänzung**
14 **zum Konzept einer Bürgerversicherung Maß-**
15 **nahmen zu dauerhaften Einsparungen im Ge-**
16 **sundheitswesen zu entwickeln und in Kraft zu**
17 **setzen.**

18 **Nachdem durch das Gesundheitsmodernisie-**
19 **rungsgesetz nicht zuletzt durch die Unions-**
20 **mehrheit im Bundesrat in erster Linie die Versi-**
21 **cherten durch Zuzahlungen u.ä. zu Einsparun-**
22 **gen beitragen sollen, müssen auch die übrigen**
23 **am Gesundheitswesen Beteiligten ihren Beitrag**
24 **leisten.**

25 **Die Maßnahmen sollen u.a. wirksame Vorsorge,**
26 **Einsparungen bei Arzneimitteln, effektive Kon-**
27 **trolle der Leistungserbringer, bessere Kontrol-**
28 **le/Überprüfung von Medikamenten und Metho-**
29 **den und Information der Ärzte über die Ergeb-**
30 **nisse z.B. durch das Bundesgesundheitsamt**
31 **beinhalten.**

32

33 **Begründung:**

34 Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz, das im
35 vergangenen Jahr in Kraft getreten ist, belastet vor
36 allem die Versicherten. Ansätze, auch die Leis-
37 tungserbringer in die Pflicht zu nehmen, wurden
38 seinerzeit von der Unionsmehrheit im Bundesrat
39 verhindert.

40 Die Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen
41 in den vergangenen Jahrzehnten hat allerdings ge-
42 zeigt, dass die Kosten/Ausgaben im Durchschnitt
43 stärker steigen als die Einnahmen.

44 Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz wird des-
45 halb auf längere Sicht die Probleme im Gesund-
46 heitswesen nicht lösen.

47 Da auch das Konzept der Bürgerversicherung nur
48 die Einnahmeseite des Gesundheitswesens be-
49 rücksichtigt, wären ohne Kosteneinsparungen lau-
50 fend Beitragserhöhungen, wachsende Zuschüsse
51 o.ä. notwendig.

52 Darüber hinaus können Maßnahmen wie die Kon-
53 trolle/Überprüfung von Medikamenten und Metho-
54 den auch zu einer Qualitätsverbesserung im Ge-
55 sundheitswesen führen.

56

57 **Weiterleitung an:**
58 Bundestagsfraktion