

**V-56** Gesundheitsfinanzierung muss solidarisch sein! - Resozialisierungsprogramm für Superreiche

Antragsteller\*in: Shirin Kreße (KV Berlin-Mitte)  
Tagesordnungspunkt: V Verschiedenes

## Antragstext

1 Gesundheitsausgaben steigen seit 30 Jahren kontinuierlich an. Besonders aufgrund  
2 des demografischen Wandels und der Klimaveränderungen wird sich diese  
3 Entwicklung weiter verstärken. Der Bedarf nach Gesundheitsversorgung steigt,  
4 während die Investitionen in die Strukturen und die Menschen, die in dem System  
5 arbeiten, ausbleiben. Kostensteigerungen werden immer wieder über Erhöhungen der  
6 Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung refinanziert. Somit tragen die  
7 finanziell Ärmsten in unserer Gesellschaft die größte finanzielle Last.

8 Wenn unser Anspruch weiterhin ist, Gesundheitsversorgung gleichermaßen für alle  
9 Menschen in Deutschland bereitzustellen, dann müssen wir die Art Gesundheit zu  
10 finanzieren ändern. Es braucht ein Resozialisierungsprogramm für Superreiche in  
11 Deutschland, die proportional zu wenig zu unserer Gesellschaft und unserem  
12 Gesundheitssystem beitragen.

### 13 1. Schluss mit privater Kranken- und Pflegeversicherung!

14 Obwohl alle Menschen das Recht auf gesundheitliche Versorgung haben, beteiligen  
15 sich nicht alle gleich an diesem System. So können private Kranken- und  
16 Pflegeversicherungen nicht dazu gezwungen werden sich an Kostensteigerungen im  
17 Gesundheitssystem zu beteiligen. Die soziale Ungleichheit, die eine privater  
18 Kranken- und Pflegeversicherung bedeutet, müssen wir überwinden.

19 **Daher setzen wir uns dafür ein, dass dieses zwei Klassen-System durch eine  
20 Bürger\*innenversicherung abgelöst wird.**

### 21 2. Beitragsbemessungsgrenze erhöhen!

22 Der bedeutendste Hebel für Verteilungsgerechtigkeit liegt zurzeit nicht im  
23 Steuersystem, sondern bei den Sozialabgaben. Zur Errechnung des prozentual zu  
24 zahlenden Anteils wird der Lohn bzw. das Einkommen nur bis zu einer bestimmten  
25 Grenze herangezogen – darüberhinausgehendes Einkommen bleibt unberücksichtigt.  
26 Das bedeutet konkret, dass Gutverdiener auf einen bestimmten Teil ihres  
27 Einkommens keine Sozialabgaben leisten können. Im Ergebnis müssen Menschen, die  
28 unter einer bestimmten Grenze verdienen, den vollen Abgabensatz leisten. Dieser  
29 Satz wird bei steigendem Einkommen anteilig immer kleiner. Wer wenig hat, wird  
30 also prozentual wesentlich stärker belastet als der, der viel hat.

31 **Um ebendiese Ungleichheit zu überwinden, setzen wir uns dafür ein, dass die  
32 Beitragsbemessungsgrenze schrittweise abgeschafft wird.**

33 Um höhere Einkommen stärker als bisher zur Finanzierung der Kranken- und  
34 Pflegeversicherung heranzuziehen, soll die Beitragsbemessungsgrenze in einem  
35 ersten Schritt mindestens auf das in der gesetzlichen Rentenversicherung  
36 geltende Niveau angehoben werden. Neben dem Einkommen aus jeglicher  
37 Erwerbstätigkeit sollen auch weitere Einkommensarten z. B. aus Vermietung,  
38 Verpachtung sowie Kapitaleinkommen verbeitragt werden. Die Erhebung des zu

39 verbeitragenden Einkommens sollte dabei gemäß den heute geltenden Grundsätzen  
40 zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen  
41 Krankenversicherung erfolgen. Eine Saldierung negativer Einkommen findet nicht  
42 statt. Für die zusätzlichen Beiträge der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer  
43 leisten die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber einen äquivalenten Beitrag, um die  
44 Parität auch in der Beitragsfinanzierung insgesamt zu sichern. So wird eine  
45 ansonsten eintretende strukturelle Verschiebung der Finanzierungsanteile zu  
46 Lasten der Versicherten vermieden. Kleine und kleinste Einkommen aus Vermögen,  
47 z. B. aus kleinen Sparguthaben, müssen beitragsfrei bleiben und durch  
48 Freigrenzen geschützt werden.

### 49 3. Kirchliche Rechte als Arbeitgeber beschränken - Tariflöhne und Streikrecht 50 für alle!

51 Kirchliche Träger beschäftigen in Deutschland um die 1,8 Millionen  
52 Arbeiter\*innen. Für kirchliche Arbeitgeber gelten gesetzliche Sonderregeln im  
53 Arbeitsrecht. Sie können zum Beispiel Pflegekräfte, Erzieher\*innen oder  
54 Verwaltungsangestellte kündigen, wenn diese aus der Kirche austreten oder den  
55 Kirchenoberen ihr Privatleben missfällt. Kirchlich Beschäftigte haben geringere  
56 Mitbestimmungsrechte und können daher schlechter Einfluss auf ihre  
57 Arbeitsbedingungen nehmen. Wie bei anderen Trägern werden kirchliche Träger fast  
58 ausschließlich aus Steuermitteln und Sozialversicherungsbeiträgen finanziert.  
59 Kirchliche Unternehmen betreiben Tariffucht und Outsourcing, nutzen Leiharbeit  
60 und sachgrundlos befristete Arbeitsverhältnisse. Sie verhalten sich wie andere  
61 Arbeitgeber, beharren aber auf Sonderregeln im Arbeitsrecht. Das passt nicht  
62 zusammen.

63 **Das Recht darauf seinen Arbeitgeber zu bestreiken, muss für alle gelten!**  
64 **Deshalb**  
65 **setzen wir uns dafür ein, das kirchliche Sonderrecht als Arbeitgeber**  
66 **abzuschaffen.**

### 66 4. Pflegevollversicherung gegen Altersarmut!

67 Pflegebedürftig sein bedeutet für den Großteil der Bevölkerung ein hohes  
68 Armutsrisiko. Die aktuelle Pflegeversicherung ist eine Teilversicherung, die  
69 systemisch Eigenanteile vorsieht. Das führt dazu, dass Kostensteigerungen  
70 vermehrt über Eigenanteile refinanziert werden. Das zeigte sich in den letzten  
71 Jahren besonders dann, wenn Löhne von Beschäftigten gestiegen sind. So werden  
72 prekär beschäftigte Pflegefachpersonen gegen Pflegebedürftige ausgespielt. Die  
73 Teilkostenversicherung führt außerdem dazu, dass es bei Preissteigerung eine  
74 Frage des Vermögens ist, ob sich Bürger\*innen ihre Versorgung weiterhin leisten  
75 können. Ebendiese Entwicklung führt zu schlechterer Versorgungsqualität, höherer  
76 Belastung pflegender Angehöriger und schlechterer Versorgungsqualität.

77 **Gute pflegerische Versorgung darf nicht gehaltsabhängig sein! Deshalb**  
78 **setzen wir**  
79 **uns für eine Pflegevollversicherung ein, die alle Kosten pflegebedürftiger**  
80 **Personen abdeckt.**

80 Eine Vollversicherung in der Pflege soll heißen, dass alle Leistungen, die  
81 notwendig, wirtschaftlich und zweckmäßig sind, von der Solidargemeinschaft  
82 übernommen werden. Das ist die Übertragung des Grundprinzips der gesetzlichen  
83 Krankenversicherung auf die Pflegeversicherung. Zusätzlich soll eine

84 Vollversicherung das Prinzip der Krankenversicherung noch erweitern: Auch  
85 Leistungen der Teilhabe (etwa der Teilnahme am öffentlichen Leben), nicht nur  
86 Leistungen der Pflege im engeren Sinne, müssen zum Umfang einer Vollversicherung  
87 gehören.

#### 88 5. Das Gesundheitssystem den Menschen zurückgeben!

89 Immer mehr Gesundheitsbetriebe sind in privater Hand. Damit einher geht der  
90 kontinuierliche Druck Profite zu machen, Kosten zu mindern. Das passiert  
91 hauptsächlich auf dem Rücken von Arbeiter\*innen und der Versorgungsqualität.  
92 Gesundheit wird zum Anlegepotenzial und das finanziert durch  
93 Versicherungsbeiträge aller Bürger\*innen. Diese Umverteilung von arm zu reich  
94 muss aufhören.

#### 95 **Wir setzen uns deshalb dafür ein, die Gewinnausschüttung für Investoren zu** 96 **stoppen und gegen die Privatisierung von Gesundheitsbetrieben anzugehen.**

97 Nur so können wir sicherstellen, dass die Gesundheitsversorgung aller  
98 Bürger\*innen tatsächlich nach deren Bedürfnissen und nicht nach den  
99 Profitinteressen von Aktionären ausgerichtet ist.

100 Es ist essenziell, dass die Länder dabei unterstützt werden, private Betriebe  
101 schrittweise zurückzukaufen und Investitionen zu steigern. Dafür muss der Bund  
102 Investitionen der Länder co-finanzieren.

#### 103 6. Gute Versorgung statt Gewinnmaximierung - Fallpauschalen abschaffen!

104 17 Jahre Finanzierung durch DRG-Fallpauschalen haben gezeigt, welchen Einfluss  
105 die finanziellen Rahmenbedingungen auf die Art und Weise, wie Menschen im  
106 Krankenhaus behandelt werden, entwickeln. Kranke wie auch zuweisende Ärzt\*innen  
107 werden als Kunden behandelt, die man konkurrierenden Kliniken abjagen muss, um  
108 Defizite zu vermeiden und Gewinne zu erzielen. Es kommt immer mehr zu  
109 Eingriffen, die medizinisch nicht notwendig sind, sich aber ökonomisch lohnen.  
110 Abteilungen, die sich mit Diabetes oder der Versorgung von Kindern beschäftigen  
111 müssen schließen, weil sie nicht genug Gewinne erzielen, und es entstehen  
112 Versorgungslücken. Es ist schon lange klar, dass es eine Reform dieser  
113 Finanzierung braucht, die eine demokratische Versorgungsplanung und eine  
114 bedarfsgerechte Personalbemessung beinhaltet.

#### 115 **Wir streben daher eine Krankenhausreform an, die zum Ziel hat, Kosten für** 116 **Behandlung vollumfänglich vorzuhalten.**

117 Krankenhausplanungen sollen ein Versorgungsnetz knüpfen, aus dem sich ein  
118 konkreter Versorgungsauftrag für das einzelne Krankenhaus ableitet. Der  
119 Versorgungsauftrag definiert die erforderlichen staatlichen Investitionsmittel  
120 sowie das notwendige Budget für laufende Vorhaltekosten, das von den  
121 Krankenkassen zu finanzieren ist.

122 Aus dem Versorgungsauftrag für das Krankenhaus lässt sich der Personalbedarf  
123 anhand der geplanten ambulanten und stationären Leistungsmengen und Bettenzahlen

124 und über eine allgemeinverbindliche Personalbemessung für das  
125 Krankenhauspersonal der verschiedenen Berufsgruppen für den Normalbetrieb  
126 näherungsweise kalkulieren.

- 127 **Wir wollen für alle Berufsgruppen im Krankenhaus**  
128 **Personalbemessungsinstrumente**  
129 **zu entwickeln, die eine bedarfsgerechte Versorgung und gute**  
130 **Arbeitsbedingungen**  
131 **ermöglichen.**

130 Diese Personalbemessungsinstrumente sollen einen Vorhaltepuffer für die  
131 jeweilige Berufsgruppe enthalten, sodass auch in Ausnahmesituationen die  
132 medizinische Notfallversorgung sichergestellt werden kann.

## **weitere Antragsteller\*innen**

Christoph Lorenz (KV Berlin-Steglitz/Zehlendorf); Lilly Aepfelbach (KV Berlin-Reinickendorf); Moritz Wiechern (KV Berlin-Reinickendorf); Merieme Benali-Jockers (KV Berlin-Reinickendorf); Isabella Emilia Sophia Mc Nicol (KV Wetterau); Jan Schmid (KV Berlin-Tempelhof/Schöneberg); Jenny Laube (KV Berlin-Friedrichshain/Kreuzberg); Wolfgang Schmidt (KV Berlin-Kreisfrei); Santiago Rodriguez Salgado (KV Berlin-Treptow/Köpenick); Sarah Eisenberger (KV Bamberg-Land); Sebastian Kitzig (KV Berlin-Friedrichshain/Kreuzberg); Sascha Krieger (KV Berlin-Pankow); Kristin Kosche (KV Berlin-Mitte); Johannes Mihram (KV Berlin-Mitte); Kübra Beydas (KV Berlin-Friedrichshain/Kreuzberg); Yvonne Marchewitz (KV Hannover); Mira Fels (KV Hannover); Hacer Aydemir (KV Berlin-Mitte); Hugo Gisi Klement (KV Berlin-Reinickendorf); sowie 42 weitere Antragsteller\*innen, die online auf Antragsgrün eingesehen werden können.