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

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

Antragstext

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

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

1. Schluss mit privater Kranken- und Pflegeversicherung!

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

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

2. Beitragsbemessungsgrenze erhöhen!

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

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

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

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

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

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

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

4. Pflegevollversicherung gegen Altersarmut!

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

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

Eine Vollversicherung in der Pflege soll heißten, dass alle Leistungen, die notwendig, wirtschaftlich und zweckmäßig sind, von der Solidargemeinschaft übernommen werden. Das ist die Übertragung des Grundprinzips der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Pflegeversicherung. Zusätzlich soll eine Vollversicherung das Prinzip der Krankenversicherung noch erweitern: Auch Leistungen der Teilhabe (etwa der Teilnahme am öffentlichen Leben), nicht nur

Leistungen der Pflege im engeren Sinne, müssen zum Umfang einer Vollversicherung gehören.

5. Das Gesundheitssystem den Menschen zurückgeben!

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

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

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

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

6. Gute Versorgung statt Gewinnmaximierung - Fallpauschalen abschaffen!

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

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

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

Aus dem Versorgungsauftrag für das Krankenhaus lässt sich der Personalbedarf anhand der geplanten ambulanten und stationären Leistungsmengen und Bettenzahlen und über eine allgemeinverbindliche Personalbemessung für das Krankenhauspersonal der verschiedenen Berufsgruppen für den Normalbetrieb näherungsweise kalkulieren.

Wir wollen für alle Berufsgruppen im Krankenhaus Personalbemessungsinstrumente zu entwickeln, die eine bedarfsgerechte Versorgung und gute Arbeitsbedingungen ermöglichen.

Diese Personalbemessungsinstrumente sollen einen Vorhaltepuffer für die jeweilige Berufsgruppe enthalten, sodass auch in Ausnahmesituationen die 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.