

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! Deshalb
64 setzen wir uns dafür ein, das kirchliche Sonderrecht als Arbeitgeber
65 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 setzen wir
78 uns für eine Pflegevollversicherung ein, die alle Kosten pflegebedürftiger
79 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 Personalbemessungsinstrumente
128 zu entwickeln, die eine bedarfsgerechte Versorgung und gute Arbeitsbedingungen
129 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.