

Finanzierungsprobleme der Pflegeversicherung werden verschärft statt nachhaltig gelöst

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz - PNG)

14. Mai 2012

Finanzierungsprobleme der Pflegeversicherung werden weiter verschärft

Der Gesetzentwurf des Pflege-Neuausrichtung-Gesetzes (PNG) wird in keiner Weise der Notwendigkeit gerecht, die Pflegeversicherung langfristig leistungsfähig und finanzierbar zu halten.

Im Gegenteil: Die im PNG vorgesehenen Leistungsausweitungen verschärfen die ohnehin zu erwartenden Finanzierungsprobleme der Pflegeversicherung noch mehr und erhöhen die Belastungen der Beitragszahler und damit insbesondere die Personalzusatz- und Arbeitskosten. Es ist unverantwortlich, neue Leistungen einzuführen, obwohl noch nicht einmal die Finanzierung des heutigen gesetzlichen Leistungskatalogs dauerhaft gesichert ist.

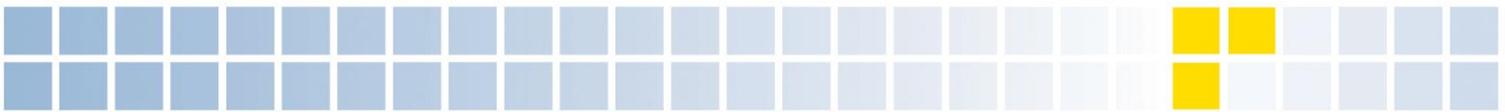
Erschwerend kommt hinzu, dass die zusätzlichen Leistungen, wie die Bundesregierung selbst im Gesetzentwurf ausführt, trotz der Erhöhung des Beitragssatzes um 0,1 Beitragssatzpunkte nur „bis Ende 2015 finanziert werden“ können. Damit wird mit dem jetzt geplanten Gesetz bereits die Notwendigkeit für eine weitere Reform der Pflegeversicherung in wenigen Jahren geschaffen. Das hat – im Gegensatz zur behaupteten Zielsetzung des Gesetzentwurfs – mit Nachhaltigkeit und Neuausrichtung der Pflegeversicherung nichts zu tun.

Weitere Beitragssatzanhebungen müssen vermieden werden

Die ab 2013 vorgesehene Beitragssatzanhebung um 0,1 Prozentpunkte zur Finanzierung zusätzlicher Leistungen ist abzulehnen. Sie hat zur Folge, dass die Beitragszahler – Arbeitnehmer, Rentner und Betriebe – künftig und auf Dauer mit über 1,1 Mrd. € pro Jahr zusätzlich belastet werden. Dabei ist zu sehen, dass Deutschland bereits jetzt Löhne und Gehälter höher mit Abgaben belastet als fast alle anderen OECD-Länder.

Durch die weiter steigende Belastung der Löhne und Gehälter mit Pflegebeiträgen wird die lohnbezogene Beitragsfinanzierung ausgebaut. Auch die in Aussicht gestellte Förderung einer freiwilligen Pflegezusatzversicherung ändert an den wachstums- und beschäftigungsfeindlichen Folgen einer Beitragssatzerhöhung nichts. Denn hierdurch sollen keine Leistungsbestandteile aus der Umlagefinanzierung der Pflichtversicherung herausgenommen und in die Eigenverantwortung des Einzelnen überführt werden.

Statt steigende Pflegekosten vor allem über immer höhere Belastungen von Löhnen und Gehältern zu finanzieren, sollte die Finanzierung der Pflegeversicherung auf einkommensunabhängige Pflegeprämien umgestellt werden, kombiniert mit der Auszahlung des Arbeitgeberanteils in den Bruttolohn und einem steuerfinanzierten Sozialausgleich für



Einkommensschwache. Eine solche Pauschale erfüllt die Kriterien der Zukunftssicherheit und Arbeitskostenneutralität, der Solidarität und Belastungsgerechtigkeit.

In der gesetzlichen Krankenversicherung hat die große Koalition in der letzten Legislaturperiode dafür gesorgt, dass künftiges Ausgabenwachstum, das den Anstieg der Beitragsbemessungsgrundlage übersteigt, nicht mehr zu Lasten von Löhnen und Gehältern, sondern über einkommensunabhängige Zusatzbeiträge mit Sozialausgleich finanziert wird. Es ist unverständlich, weshalb die jetzige Regierung für den Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung das Gegenteil plant und die gewollten zusätzlichen Leistungsausgaben hier doch wieder durch höhere Personal- und Arbeitskosten und weniger Netto vom Brutto bei den Arbeitnehmern finanzieren will. Dabei gilt die für die gesetzliche Krankenversicherung gewonnene Erkenntnis, dass eine ausschließlich lohnbezogene Finanzierung keine nachhaltige Lösung ist, noch viel mehr für die Pflegeversicherung.

Höherer Pflegebeitragssatz kann nicht mit sinkenden Rentenbeiträgen verrechnet werden

Eine Erhöhung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung lässt sich nicht mit der aktuellen und für 2013 angekündigten weiteren Senkung des Rentenbeitragssatzes rechtfertigen. Denn die Entlastungen für Arbeitnehmer und Betriebe in der Rentenversicherung sind nur vorübergehender Natur. Der aktuelle Rentenversicherungsbericht der Bundesregierung geht davon aus, dass der Rentenversicherungsbeitragssatz bis 2020 wieder bei 19,9 % und damit auf dem Niveau vor der Beitragssatzsenkung liegen wird. Die Mehrbelastungen in der Pflegeversicherung schlagen aber dauerhaft zu Buche. Eine Verrechnung von vorübergehenden Entlastungen in der Rentenversicherung mit dauerhaften Mehrbelastungen in der Pflegeversicherung verbietet sich deshalb von selbst.

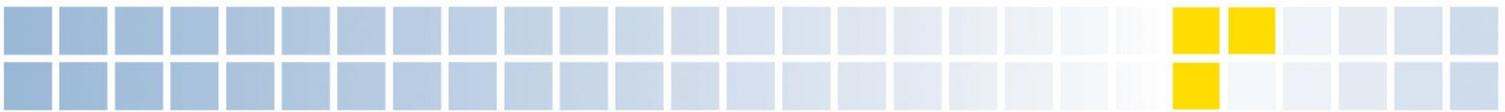
Leistungsverbesserungen müssen kostenneutral umgesetzt werden

Die Finanzierung der Leistungsverbesserungen ist nur bis 2015 gesichert und damit nicht nachhaltig. Ohne eine nachhaltige Finanzierung sind Leistungsausweitungen zu Lasten der Beitragszahler nicht zu verantworten. Der im November 2006 vom Bundesgesundheitsministerium einberufene Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat bereits in seinen 2009 vorgelegten Berichten verdeutlicht, dass es durchaus möglich ist, auch ohne Ausweitung des Leistungsvolumens eine bessere Betreuung derjenigen Pflegebedürftigen zu erreichen, bei denen – wie bei Demenzkranken – ein erhöhter Betreuungsbedarf besteht.

Darüber hinaus lassen sich Leistungsverbesserungen dadurch finanzieren, dass bislang noch nicht ausgeschöpfte Wirtschaftlichkeitsreserven genutzt werden. Hierzu muss insbesondere die von Anfang an falsche Grundkonstruktion der Pflegeversicherung als wettbewerbslose Einheitskasse, in der keinerlei Anreiz der einzelnen Pflegekassen besteht, wirtschaftlich und sparsam mit den Beitragsgeldern umzugehen, abgeschafft und durch ein wettbewerbliches System, wie in der gesetzlichen Krankenversicherung, ersetzt werden.

Es ist ein Fehler, dass auf entsprechende Umschichtungen im Leistungskatalog ebenso verzichtet werden soll wie auf die überfällige Einführung von Wettbewerb in der sozialen Pflegeversicherung.

Umso wichtiger wäre, dass Leistungsausweitungen zumindest auf den dringendsten Bedarf konzentriert und der Höhe nach eng begrenzt werden. Das aber ist nicht der Fall. Bei Berücksichtigung der ungeklärten dauerhaften Finanzierung der Pflegeversicherung ist es z. B. nicht angemessen, dass in den Folgejahren 140 bis 185 Mio. € Pflegegeld an Angehörige gezahlt werden soll für Zeiten, in denen andere an ihrer Stelle die Pflege übernehmen.



Insgesamt werden die Leistungen durch das PNG stärker angehoben als bei jeder Reform eines anderen Sozialversicherungszweiges seit der Wiedervereinigung: Nach dem Gesetzentwurf sollen die Ausgaben der Pflegeversicherung bereits mittelfristig um 6 % höher liegen als ohne die Reform – und dies trotz der ohnehin stattfindenden dynamischen Ausgabenentwicklung in der Pflegeversicherung.

Gewiss sind viele der im Referentenentwurf enthaltenen Maßnahmen – wie zum Beispiel Leistungsverbesserungen für Demenzerkrankte, Erweiterung der Wahlmöglichkeiten für Pflegebedürftige bei der Gestaltung des Leistungsangebots, Erweiterung der rentenrechtlichen Berücksichtigung von Pflegezeiten sowie Förderung neuer Wohn- und Betreuungsformen – aus Sicht der Betroffenen wünschenswert. Sie bedürfen aber einer nachhaltigen Finanzierung und die bleibt der Referentenentwurf schuldig. Zudem darf nicht aus den Augen verloren werden, dass die Pflegeversicherung von Anfang an als Teilkasko-Versicherung konzipiert worden ist und sowohl mit Blick auf das Leistungsspektrum als auch auf die Leistungshöhe mehr nicht leisten kann.

Rehabilitation darf es nur in medizinisch begründeten Fällen geben

Eine Neuregelung der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige – mit Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung – ist nicht notwendig und daher abzulehnen. Schon heute haben pflegende Angehörige, die die persönlichen, versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen erfüllen, einen umfassenden Anspruch auf Rehabilitation. Ihre Belange gegenüber anderen Versicherten besonders zu berücksichtigen, ist nicht gerechtfertigt. Nicht die jeweils ausgeübte Tätigkeit einer Personengruppe darf darüber entscheiden, ob eine Rehabilitationsmaßnahme gewährt wird. Maßgeblich muss auch in Zukunft ausschließlich der medizinische Bedarf sein.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de