

Stellungnahme des Paritätischen Gesamtverbandes zum Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Senger- Schäfer, Harald Weinberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE, BT-Drucksache 17/7197, Gesundheit und Pflege solidarisch finanzieren

Ziel der Pflegefinanzierung muss es sein, Selbstbestimmung zu sichern und zu unterstützen. § 2 Abs. 1 SGB XI formuliert treffend, dass die Leistungen der Pflegeversicherung den Pflegebedürftigen Hilfe zu einem selbstständigen und selbstbestimmten Leben, das der Würde des Menschen entspricht, bieten sollen.

Die Schaffung und Sicherung von Rahmenbedingungen für eine gute Pflege hat ihren Preis. Dies anzuerkennen sowie eine den Bedürfnissen der Betroffenen entsprechende und gleichzeitig kostenbewusste Pflegefinanzierung herzustellen, ist eine der wesentlichen sozialpolitischen Herausforderungen. Den neuen Herausforderungen und dem wachsenden Finanzierungsbedarf gerecht zu werden, erfordert deshalb eine Reform der Pflegefinanzierung und gleichzeitig eine Abkehr von einem Paradigma der Pflegediskussion, das diese seit den 70er Jahren bestimmt: von der Beitragsorientierung.

Die Orientierung an der Beitragssatzstabilität war von Anfang an grundlegend für die pflegepolitische Diskussion und die Gesetzgebung. Bis heute ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität in § 70 SGB XI festgelegt. Der in § 70 SGB XI normierte Vorrang der Beitragssatzstabilität muss zu Gunsten der bedarfsgerechten Hilfestellung eingeschränkt und durch das Gebot der wirtschaftlichen, teilhabeorientierten Leistungsgewährung ersetzt werden. Der Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung muss möglichst unbürokratisch realisiert werden können und geeignet sein, Teilhabe zu ermöglichen.

Ein möglichst hohes Maß an menschlicher Zuwendung und Qualität in der Pflege ist das oberste Ziel der Einrichtungen und Dienste im Paritätischen. Die haupt- und ehrenamtlich engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter setzen sich dafür mit großem Engagement ein. Darüber hinaus bleibt eine deutliche Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen der Pflege unerlässlich.

§ 8 Abs. 1 SGB XI bestimmt: „Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.“ Wenn die Finanzierung der Pflege – und der Gesundheit! - aber eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, dann entspricht diesem Anspruch jeder Person auf eine seinen Bedürfnissen angepasste Pflege die Verpflichtung, eine solidarische, der persönlichen Leistungsfähigkeit entsprechende Finanzierung sicherzustellen.

Gerade unter dem Gesichtspunkt muss die derzeitige Praxis der Gesundheits- und Pflegefinanzierung merkwürdig anmuten. Die Pflegeversicherung ist, so formulierte es das Bundesverfassungsgericht, „eine Pflegevolksversicherung in Gestalt zweier

Versicherungszweige“. 95 Prozent der Versicherten in diesen beiden Versicherungszweigen sind per Gesetz einem Zweig zugewiesen; lediglich die freiwillig in der GKV-Versicherten verfügen über eine Wahlmöglichkeit zwischen Sozialer und Privater Versicherung. Wenn Versicherte jedoch keine oder nur sehr eingeschränkte Wechselmöglichkeiten haben, fehlt es an den notwendigen Anreizen für die Schaffung qualitativ hochwertiger Versorgungsangebote.

Es gibt verschiedene Kriterien, die die Existenz zweier solcher Versicherungszweige innerhalb einer Kranken- und Pflegeversicherung rechtfertigen können: mehr Effizienz, größere Zielgenauigkeit, soziale Kriterien, Nachhaltigkeit in der Finanzierung und andere mehr. Das bestehende System erfüllt keines dieser Kriterien. Die Auseinanderentwicklung der Einnahmen und Ausgaben in der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherung belegen, dass eine einheitliche Versicherungsorganisation notwendig ist.

Die Ausgaben der PKV pro Versichertem in der Pflegeversicherung sind halb so groß wie in der Gesetzlichen, die Einkommen dafür doppelt so hoch. Dies führt zu einer immer weiteren Scherenentwicklung zwischen den Versicherungen. Ende 2009 haben die privaten Pflegekassen Rücklagen von 19 Milliarden Euro für 9,29 Millionen Versicherte, die gesetzlichen Pflegekassen 4,8 Milliarden Euro bei 69,77 Millionen Versicherten. Die Höhe der Rücklagen pro privat Versichertem beträgt 2045 Euro, die des gesetzlich Versicherten 68 Euro.

Forderungen nach einer stärkeren Privatisierung der Sozialversicherungen haben deshalb wenig mit den tatsächlichen Problemen gemein. Der Paritätische tritt dafür ein, die beiden Versicherungszweige durch eine Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze zusammenzuführen, zu einer einheitlichen sozialen Bürgerversicherung in Trägerschaft unterschiedlicher Kassen. Wegen der verbesserten Einnahmen- / Ausgabensituation würde dies zu einer nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlagen führen.

Ein weiteres Problem ist die Erosion der Finanzierungsgrundlagen der Sozialversicherungen. Dabei ist die Orientierung der Beiträge allein am Lohneinkommen der Versicherten problematisch. Der Anteil der Löhne am sogenannten Volkseinkommen ist in den vergangenen Jahren gesunken. Andere Einkommensarten – wie Anlage- und Zinseinkünfte oder solche aus Vermietung und Verpachtung – gewinnen an Bedeutung. Die Beitragsbemessungsgrundlage spiegelt diese Entwicklung nicht wieder. Das führt zu geringeren Einnahmen und dazu, dass die Finanzierung ungleicher verteilt ist. Sie bildet nicht mehr die tatsächliche Leistungsfähigkeit der Versicherten ab. Aus diesem Grund fordert der Paritätische die Einbeziehung aller Bürgerinnen und Bürger in ein einheitliches Versicherungssystem und eine Ausweitung der Beitragsbemessungsbasis auf das gesamte steuerliche Einkommen.

Der damit verbundene Verwaltungsmehraufwand ist überschaubar. Bereits heute werden die Beiträge freiwillig Versicherter Rentnerinnen und Rentner in der Gesetzlichen Krankenversicherung auf dieser Grundlage berechnet.

Ein pragmatischer und unbürokratischer Weg dazu wäre es, den Steuerbescheid als Grundlage der Beitragsbemessung zu nehmen. Dies entspräche auch dem Grundsatz der Einheitlichkeit der Rechtsordnung und wäre in der Umsetzung

unproblematisch. Eine steuerliche Freistellung von Einkommen würde entsprechend auch für die Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung gelten. Die nicht freigestellten Einkommen sollten bis zur Beitragsbemessungsgrenze mit dem halben Beitragssatz berücksichtigt werden.

Für die lohnbezogenen Anteile der Versicherungsbeiträge ist die paritätische Finanzierung wiederherzustellen. Sie ist Ausdruck der gemeinsamen Verantwortung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern und gewährleistet gesamtgesellschaftlich, dass Anreize für Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb bestehen bleiben.

Damit diese Maßnahmen Wirkung entfalten und leistungsfähige Personen stärker zur Finanzierung von Gesundheit und Pflege beitragen, brauchen wir auch eine Veränderung der Beitragsbemessungsgrenze. Die Beitragsbemessungsgrenze ist deshalb auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung anzuheben. Durch diesen Schritt wird der solidarische Charakter der sozialen Pflegeversicherung zusätzlich betont.

Eine solche Umstellung hin zu einer Bürgerversicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung braucht Zeit – auch wegen rechtlich zwingender Übergangsvorschriften. Sie ist nicht von heute auf morgen zu haben, aber sie lohnt sich, weil sie strukturellen Defiziten abhilft und dazu beiträgt, die Grundlagen dafür zu schaffen, dass die Rahmenbedingungen für gute Pflege trotz wachsender Herausforderungen besser werden. In einem ersten Schritt würde die Bürgerversicherung für alle neuen Versicherungsverhältnisse obligatorisch.

Zu den einzelnen Vorschlägen nimmt der Paritätische wie folgt Stellung:

Zu 1.) Umfassende, qualitativ hochwertige Gesundheits- und Pflegeversorgung
Der Paritätische tritt für eine qualitativ hochwertige, an den Interessen der Nutzerinnen und Nutzer orientierten Gesundheits- und Pflegeversorgung ein. Mit den zusätzlichen Einnahmen aus der Einführung einer sozialen Bürgerversicherung soll eine Ausweitung und Dynamisierung bedarfsgerechter Leistungen finanziert werden. Die Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung ist die wirksamste und günstigste Maßnahme zur Vermeidung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Der Paritätische fordert deshalb, die öffentliche Gesundheitsförderung auszubauen und Maßnahmen der Prävention, auch durch ein Präventionsgesetz, zu stärken.

Zu 2.) Solidarische Finanzierung

Der Paritätische begrüßt die angestrebte Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage im Grundsatz. Eine vollständige Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze ist dagegen aus Sicht des Paritätischen verfehlt. Da das Äquivalenzprinzip mit dem Solidarprinzip zu den Grundprinzipien einer Sozialversicherung gehört, ist eine völlige Ablösung einer

Zu 3.) Ausweitung des Versichertenkreises

Der Paritätische begrüßt die Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in ein einheitliches Versicherungssystem durch eine Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze.

Zu 4.) Herstellung paritätischer Finanzierung

Der Paritätische fordert die Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung in den lohnbezogenen Beitragsbestandteilen.

Zu 5.) Allgemeiner Beitragssatz

Der Paritätische strebt die Herstellung der besten Qualität in der Versorgung an. Unterschiedliche Beitragssätze führen in der Regel dazu, an Stelle des angestrebten Qualitätswettbewerbs einen Preiswettbewerb zu führen, der nicht im Sinne der Betroffenen ist. Der Paritätische spricht sich deshalb für einen allgemeinen Beitragssatz aus. Zuzahlungen können trotz bestehender Härtefallregelungen zu finanziellen Härten und zu einer medizinisch und wirtschaftlich kontraproduktiven Verzögerung der Inanspruchnahme bzw. zur Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen führen. Zuzahlungen sind deshalb auf Ausnahmefälle zu beschränken, in denen eine positive Steuerungswirkung nachweisbar ist.

Zu 6.) Beibehaltung der Umlagefinanzierung

Der Paritätische lehnt ein kapitalgedecktes Versicherungssystem ab und tritt für eine Beibehaltung des Umlageverfahrens ein. Die Bildung einer Rücklage zur Finanzierung von Einnahme- und Ausgabenschwankungen und der Aufbau von Reserven sind aus Sicht des Paritätischen zu begrüßen.

Zu 7.) Stärkung des Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen

Im bestehenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichsverfahren werden insbesondere die überproportional hohen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung in den letzten Lebensmonaten nicht angemessen berücksichtigt. Kassen mit einem überdurchschnittlichen Anteil an einkommensschwachen, chronisch kranken Versicherten werden dadurch strukturell benachteiligt. Im bestehenden Verfahren werden bis zu 20 Milliarden Euro an Gesundheitsausgaben nicht ausreichend ausgeglichen. Das ist nicht nur ein gravierender Verstoß gegen Prinzipien eines fairen Wettbewerbs zwischen den Kassen, sondern führt gerade für die Kassen, die einen hohen Anteil von Menschen mit chronischen Erkrankungen versichern, zu erheblichen Restriktionen bei der Gestaltung freiwilliger Leistungen oder führt bei ihnen zur Notwendigkeit der Erhebung von Zusatzbeiträgen. Generell hat unter diesen Bedingungen keine Kasse einen ökonomischen Anreiz, innovative Formen der integrierten Versorgung für Versicherte mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen zu erproben oder einzuführen, da sie mit wachsender Attraktivität für chronisch Kranke ihre Wettbewerbsposition gegenüber anderen Kassen verschlechtern würde. Damit aber verhindern staatlich gesetzte Anreize Versorgungsinnovation gerade dort, wo sie gesundheitlich am dringendsten sind und auch ökonomisch große Erträge versprechen. Der Paritätische spricht sich deshalb für einen Ausbau und eine Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs aus. Ziel muss es sein, einen möglichst umfassenden Ausgleich tatsächlicher Ausgaben zu erreichen, die in einer unterschiedlichen Versichertenstruktur begründet sind.

Zu 8.) Eigenständiger Versicherungsanspruch

Der Paritätische spricht sich für eine soziale Bürgerversicherung als Pflichtversicherung und für die Beibehaltung der kostenfreien Familienversicherung aus.

Berlin, den 30.05.2013