

# Stellungnahme

**Diakonie**   
**Deutschland**

Evangelischer Bundesverband  
Evangelisches Werk für Diakonie  
und Entwicklung e.V.

Öffentliche Anhörung des Gesundheitsausschusses  
des Deutschen Bundestages am 5.6.2013:  
Bundestagsdrucksache 17/7197 vom 28.09.2011,  
Antrag DIE LINKE: Gesundheit und Pflege solidarisches  
finanzieren

Berlin, den 3. Juni 2013

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0432(10)  
gel. VB zur öAnhörung am 05.06.  
13\_Pflege  
04.06.2013

Vorstand Sozialpolitik

Maria Loheide  
Caroline-Michaelis-Straße 1  
10115 Berlin  
Telefon: +49 30 65211-1632  
Telefax: +49 30 65211-3632  
maria.loheide@diakonie.de

## Stellungnahme der Diakonie Deutschland – zum Antrag DIE LINKE: Gesundheit und Pflege solidarisches finanzieren

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns über die Gelegenheit zur Stellungnahme. Im Folgenden äußern wir uns zu den zentralen Forderungen des vorliegenden Antrags.

### A. Übergreifende gesundheitspolitische Perspektive der Diakonie:

Die Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband beteiligt sich auf der Basis langjähriger diakonischer Arbeit im Gesundheits- und Sozialwesen an den aktuellen gesundheitspolitischen Debatten. Zur Diakonie gehören 230 Krankenhäuser und 140 Fach- bzw. Rehabilitationskliniken mit insgesamt über 70.000 Betten bzw. Plätzen. Im Bereich der Altenpflege gehören zur Diakonie 1.400 ambulante Pflegedienste und 1.950 stationäre Pflegeeinrichtungen sowie 265 teilstationäre Angebote, hinzukommen weitere lokale Aktivitäten und Hilfen für ältere Menschen. Die Diakonie arbeitet außerdem für Menschen mit Behinderung, Menschen in Armut und Wohnungslosigkeit, für benachteiligte Kinder und Jugendliche.

Grundlage des diakonischen Handelns in Praxis und Politik ist das christliche Menschenbild. Jeder Mensch hat als Gottes Ebenbild eine Würde, die in allen Lebensbezügen unbedingt geachtet werden muss. Für das Gesundheitswesen folgt daraus u. a., dass die gesamte Bevölkerung unterschiedslos Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung haben muss und dass die Selbstbestimmung und die Würde der Patientinnen und Patienten in der Behandlung zu respektieren sind.

### B. Grundlagen und Rahmenbedingungen der Gesetzlichen Krankenversicherung: Krankenversicherungsschutz für die gesamte Bevölkerung

Aus Sicht der Diakonie muss die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als Vollversicherung erhalten und für die gesamte Bevölkerung zugänglich gemacht werden. Die Ausgaben der GKV sollen vollständig durch allgemeine Beiträge und Steuerzuschüsse für klar definierte Aufgaben von allgemeinem Interesse getragen werden. In der GKV sollen Menschen mit schwerwiegenden chronischen Erkrankungen bei niedrigem Einkommen von Kostenbeteiligungen freigestellt werden. Die GKV soll den Mehrbedarf in der Krankenversorgung von Menschen mit Behinderung oder bei schwerwiegender chronischer Krankheit tragen. Im Einzelnen heißt das:

#### Solidarischer und umfassender Versicherungsschutz aus einer Hand

Eine umfassende Krankenversicherung brauchen alle Menschen. Die Einführung der allgemeinen Krankenversicherungspflicht 2007 war deshalb ein Schritt in die richtige Richtung. Grundsätzlich betrachtet die Diakonie die Gesetzliche Krankenversicherung als die geeignete Form der Absicherung für die gesamte Bevölkerung. Insbesondere schutzbedürftige Personengruppen müssen Zugang zur GKV erhalten. Die Diakonie spricht sich dafür aus,

- dass die allgemeine Krankenversicherungspflicht auch auf diejenigen Personengruppen ausgedehnt wird, deren Krankenversorgung am 01.04.2007 durch den Sozialhilfeträger finanziert wurde.
- dass Selbstständige, insbesondere Einpersonen-Unternehmer, mit niedrigem oder stark schwankendem Einkommen in der GKV versicherungspflichtig werden. Hier hat sich insbesondere auch die erhebliche Höhe des von den Versicherten zu zahlenden Mindestbeitrags als problematisch erwiesen, die bei schwankendem Einkommen schnell zu Beitragsschulden und damit einem Ruhen des Krankenversicherungsschutzes und lediglich einer Notversorgung führt.
- dass Menschen, die ohne Aufenthaltspapiere in Deutschland leben, und auch EU-Bürgerinnen und Bürger ohne aktuell nachweisbaren Krankenversicherungsschutz zu Lasten der öffentlichen Hand gesundheitlich ausreichend versorgt werden.

Die meisten Menschen machen sich kein Bild davon, was sie im Fall einer schweren Erkrankung an Leistungen benötigen. Deshalb ist ein umfassender Krankenversicherungsschutz aus einer Hand für die große Mehrheit sinnvoller als eine Aufspaltung des Versicherungsschutzes in eine Basisversicherung und Zusatzversicherungen. Eine Absenkung des Schutzniveaus der GKV und die damit verbundene Privatisierung von Krankheitskosten lehnt die Diakonie entschieden ab, weil sich einkommensschwache Haushalte Zusatzversicherungen nicht leisten können und deren Versicherungsschutz droht, lückenhaft zu werden.

#### **Eine verlässliche finanzielle Basis für die Gesetzliche Krankenversicherung**

Nach Auffassung der Diakonie sollen die allgemeinen Beiträge der Versicherten und die Steuerzuschüsse auch künftig die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen weitestgehend decken. Die Höhe des allgemeinen Beitragssatzes muss so bemessen werden, dass eine qualitätsgesicherte Versorgung im Krankheitsfall gewährleistet ist.

Für Leistungen von allgemeinem gesellschaftlichen Interesse, die der GKV zugeordnet werden, soll der Bund Steuerzuschüsse leisten. In die Gesetzliche Krankenversicherung fließen in Folge verschiedener politischer Entscheidungen (GKV-WSG, Konjunkturpaket II) vermehrt Steuermittel des Bundes. Dies ist im Sinne eines ausgewogenen Verhältnisses von Steuern und Sozialabgaben zu begrüßen. Da aus Steuern nur Aufgaben von allgemeinem Interesse finanziert werden dürfen, sollte Klarheit über die Aufgaben von allgemeinem Interesse geschaffen werden, die der Gesetzlichen Krankenversicherung übertragen sind. Für die Diakonie sind dies u. a. die Primärprävention und Gesundheitsförderung, Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt, die Kinderuntersuchungen, die Frühförderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder, der Impfschutz der Bevölkerung, gesundheitliche Leistungen, die aus humanitären Gründen für Menschen ohne Aufenthaltsstatus erbracht werden. Außerdem sollten die aus Steuermitteln aufgebrachten Beiträge für SGB-II-Leistungsberechtigte der erhöhten durchschnittlichen Morbidität des Personenkreises entsprechen.

Überdies ist die Einbeziehung anderer Einkommensarten (insbesondere Kapital-, Miet- und Pächterträge) zu prüfen. Die kostenlose Mitversicherung von Partnerinnen und Partnern ohne eigenes Einkommen und Kindern ist beizubehalten. Das schon im Kontext der Erörterung des Entwurfs eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (BT-Drucksache 17/13079) u.a. durch die BAG der Freien Wohlfahrtspflege (vgl. Stellungnahme vom 08.05.2013) konstatierte Problem der nachträglichen Beitragszahlungen muss auch im Interesse von Alleinerziehenden und ihrer Kinder so gelöst werden, dass sie in den Genuss des vollen Krankenversicherungsschutzes nach dem SGB V kommen.

Des Weiteren befürwortet die Diakonie eine Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturgleichs, um nach wie vor bestehende Fehlanreize für die Kassen zur Risikoselektion zu vermindern. Ziel muss es sein, das Engagement der Kassen auf die Qualität der Versorgung und nicht auf die Zusammensetzung ihrer Versichertenschaft zu lenken (ggw. zum Beispiel Unterdeckung älterer Versicherter). Zu prüfen sind zusätzlich aktuelle Vorschläge für einen zusätzlichen regionalen Sozial-Indikator als Ausgleichskriterium und Indikatoren, die auch die *Verbesserung* des Gesundheitszustandes berücksichtigen (Präventionsanreiz).

### **Konvergenz von GKV und PKV**

Neben der Ausgestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung ist eine der großen Herausforderungen der nächsten Jahre eine Neuordnung des Verhältnisses zwischen der Gesetzlichen und der Privaten Krankenversicherung. Aus der Sicht der Diakonie stellt sich dabei die politische Aufgabe, die Solidarität zwischen gesunden und kranken sowie zwischen einkommensstarken und einkommensschwachen Bürgerinnen und Bürgern zu stärken. Die Diakonie befürwortet deshalb eine Konvergenz der Krankenversicherungssysteme und insbesondere eine Ausweitung des Kreises derjenigen Versicherten, die sich an einer solidarischen Finanzierung beteiligen. Der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland hat sich bereits 2011 für eine Reform der Versicherungssysteme ausgesprochen, die einen Wettbewerb der verschiedenen Versicherungsträger in einem gemeinsamen Ordnungsrahmen unter Beibehalt der Grundprinzipien von Risiko- und Einkommenssolidarität garantiert. (s. „Und unsern kranken Nachbarn auch“, Denkschrift zu aktuellen Herausforderungen der Gesundheitspolitik, [http://www.ekd.de/download/denkschrift\\_gesundheitspolitik2011.pdf](http://www.ekd.de/download/denkschrift_gesundheitspolitik2011.pdf)).

Eine Konvergenz der Systeme sollte mit Augenmaß unter Sicherung der Rechte aller beteiligten Versicherungsträgergruppen erfolgen. Dies beinhaltet die Möglichkeit für bisher privatversicherte Personen unter Mitnahme ihrer Altersrückstellungen in die GKV wechseln zu können. Erforderlich sind neben der Regelung gleicher steuer- und vertragsrechtlicher Voraussetzungen für die Krankenversicherer auch die Angleichung der Vergütungssysteme sowie ein einheitlicher Leistungskatalog, der dem heutigen Leistungsumfang der GKV entspricht und in Form von Sachleistungen zugänglich ist. Die paritätische Finanzierung zwischen Arbeitgebern und -nehmern ist wieder herzustellen. Zusätzlich ist eine flankierende einheitliche Neuordnung der Finanz- und Versorgungsaufsicht für die Krankenversicherer sinnvoll.

### **Zuzahlungen: Härtefallregelung zugunsten schwerwiegend chronisch kranker Menschen mit niedrigem Einkommen**

Sehr viele Leistungen der GKV sind in Folge der letzten Gesundheitsreformen mit Zuzahlungen belegt worden. Hinzu kommen weitere Kostenbeteiligungen, z. B. der Kauf von rezeptfreien Arzneimitteln, Brillen, Eigenanteile beim Zahnersatz etc. Die Diakonie bezweifelt, dass diese Kostenbeteiligungen sinnvolle Steuerungseffekte haben, d. h. gesunde Menschen von einer Übernutzung des Gesundheitswesens abhalten. Belegt ist hingegen, dass Menschen mit niedrigem Einkommen auf notwendige Leistungen aus finanziellen Gründen verzichten.

Um kranken Menschen mit niedrigem Einkommen einen ungehinderten Zugang zum Gesundheitswesen zu ermöglichen, tritt die Diakonie für eine verbesserte Härtefallregelung ein. Die geltende „Belastungsgrenze“ bezieht sich nur auf Zuzahlungen und berücksichtigt damit nur den kleineren Teil der Kostenbeteiligungen. Die Diakonie schlägt vor, schwerwiegend chronisch kranke Menschen mit niedrigem Einkommen sowie wohnungslose Menschen gänzlich von Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen freizustellen.

### **Behinderungsbedingter Mehrbedarf in der Krankenversorgung**

Menschen mit Behinderung haben teilweise einen im Vergleich zu nicht behinderten Menschen erhöhten gesundheitlichen Bedarf, z. B. in der Versorgung mit Zahnersatz, Brillen und Hautpflegemitteln. Solcher Bedarf wurde bis 2004 im Rahmen der Eingliederungshilfe gedeckt. Seit 2004 darf der Leistungsumfang der Sozialhilfe den der GKV nicht überschreiten. Die Diakonie nimmt die Entscheidung des Gesetzgebers zur Kenntnis, dass gesundheitliche Bedarfe den Krankenkassen zuzuordnen sind und empfiehlt, die entstandenen Lücken im SGB V zu schließen.

Dass die besonderen Bedarfe von Menschen mit Behinderung abgedeckt werden müssen, hat der Gesetzgeber nicht zuletzt durch die Annahme der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung anerkannt. Diese Konvention formuliert die Verpflichtung, Menschen mit Behinderung nicht nur die gesundheitliche Versorgung in derselben Qualität wie nicht behinderte Menschen zu gewährleisten, sondern auch ihre speziellen gesundheitlichen Bedarfe, die aus der Behinderung resultieren, zu decken (Art. 25). Somit ist auf einfachgesetzlicher Ebene auch das SGB V inklusionsfest zu gestalten.

### **Korrekturen bei den Zusatzbeitragsregelungen**

Nach den neuen Regeln des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen sind diese insolvenzfähigen Unternehmen, die im begrenzten Umfang im Preiswettbewerb zueinander stehen (Zusatzbeiträge, Beitragsrückerstattung).

Durch die Zusatzbeitragsregelung (§ 242 SGB V) werden Krankenkassen, die viele Mitglieder mit niedrigem Einkommen haben, im Wettbewerb systematisch benachteiligt, sobald sie Zusatzbeiträge erheben müssen. Die Möglichkeit, einen begrenzten Beitrag einkommensunabhängig zu erheben, benachteiligt Versicherte mit sehr niedrigem Einkommen. Die Diakonie fordert die Überprüfung dieser Regelung.

**C. Finanzierung der Pflegeversicherung: Würdevolle Pflege muss unabhängig vom individuellen Einkommen gewährleistet werden**

Zur Finanzierung der Pflegeversicherung muss ein gerechter und solidarischer Weg beschritten werden. Sie sollte auf eine möglichst breite Grundlage gestellt werden, die auf der Leistungsfähigkeit der und des Einzelnen beruht. Dazu sollte auch die Einnahmehbasis der Pflegeversicherung verbreitert und beispielsweise andere Einkunftsarten, wie Kapitalerträge oder Mieteinnahmen, in die Beitragsbemessung mit einbezogen werden

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz fand zum 01.01.2013 eine Anhebung der Beitragssatzpunkte um 0,1 % statt. Mit den dadurch gewonnenen zusätzlichen Mitteln in Höhe von rund 1,1 Mrd. Euro sollen die vorgenommenen Leistungsverbesserungen vollständig finanziert werden. Dies ist aus Sicht des Diakonie Bundesverbandes unrealistisch. Allein die Einführung und Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird laut Modellrechnungen des Pflegebeirats 2009 zwischen drei und vier Milliarden Euro kosten. Weitere notwendige Ausgaben, z. B. zur Leistungsdynamisierung, Finanzierung der Ausbildungskosten oder Stärkung der häuslichen Pflege, sind dabei noch nicht berücksichtigt. Durch die 1,1 Mrd. Euro Mehreinnahmen können nur minimale Leistungsverbesserungen vorgenommen werden, dabei werden die durch die demografischen Entwicklung erforderlichen Mehrausgaben nicht berücksichtigt.

Der aktuell gewählte Weg der steuerlichen Förderung einer freiwilligen privaten Pflege-Zusatzversicherung („Pflege-Bahr“) trägt nicht zur Lösung der Finanzierungsprobleme der Pflegeversicherung bei. Des Weiteren werden Menschen mit niedrigem Einkommen oder im Sozialleistungsbezug benachteiligt, da sie sich eine solche private, individuelle Vorsorge nicht leisten können und von diesen Maßnahmen nicht profitieren.

Den Vorschlag, die Pflegeversicherung (partiell) wieder in die Krankenversicherung zu integrieren, befürwortet die Diakonie nicht. Grundsätzlich müssen bei jeglichen Veränderungen des Verhältnisses von Kranken- und Pflegeversicherung (aktuell diskutiert: veränderte Anreize für die Krankenkassen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden; risikoadjustierte Pflegekosten in den morbiRSA; Integration von Cure-Leistungen in die Krankenversicherung) insbesondere die Auswirkungen auf die sektorenübergreifende Versorgungsqualität berücksichtigt werden. Bestehende Verschiebepathologien sollten minimiert, Versorgungspfade vereinfacht, d. h. der Zugang zu Leistungen verbessert werden. Wünschenswert ist aus Sicht der Diakonie, die Trias der Leistungsbereiche Medizin, Pflege und soziale Teilhabe zu erhalten, um bspw. eine (wieder) stärkere Medizinorientierung der Pflege zu vermeiden.

Maria Loheide  
Vorstand Sozialpolitik  
3. Juni 2013