



Stellungnahme

des dbb beamtenbund und tarifunion

zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften
(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)

BT-Drucksache 18/5926

und zum

Antrag der Fraktion DIE LINKE „Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in der Pflege – Solidarische Pflegeversicherung einführen“

BT-Drucksache 18/5110

Berlin, 28. September 2015

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0131(19)
gel VB zur öAnhörung am 30.09.
15_PSGII
29.09.2015





Seit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 hat der Begriff der Pflegebedürftigkeit im SGB XI viel Kritik erfahren. Durch die als zu eng, zu verrichtungsbezogen und zu einseitig somatisch empfundene Definition würden wesentliche Aspekte, wie beispielsweise Kommunikation und soziale Teilhabe, ausgeblendet und der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung, insbesondere bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, zu wenig berücksichtigt, so die Kritik.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz I wurden bereits Verbesserungen im Bereich der Betreuungsleistungen, eine allgemeine Leistungsdynamisierung sowie eine verbesserte Kombinationsmöglichkeit von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege vorgenommen.

Der nun vorliegende Entwurf eines Pflegestärkungsgesetzes II knüpft an diese Verbesserungen an und setzt die vom dbb seit vielen Jahren geforderte Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Reform des Begutachtungsverfahrens entsprechend den Empfehlungen des Beirates zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs um.

Die Punktwerte für einzelne Bereiche, in denen Einschränkungen vorliegen können, sowie die prozentualen Schwellenwerte für die entsprechende Eingruppierung in einen der neuen fünf Bedarfsgrade werden mit kleinen Änderungen entsprechend den Beiratsempfehlungen umgesetzt. Die genaue Bepunktung im Rahmen der Begutachtung muss noch durch Richtlinien des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Spitzenverbands der Krankenkassen und seines Medizinischen Dienstes (MDS) geregelt werden. Hier bleibt abzuwarten, ob die gewünschten Verbesserungen von Transparenz und Beurteilungsgechtigkeit erreicht werden können.

Darüber hinaus enthält der Entwurf zahlreiche Leistungsausweitungen, die mit den neuen Bedarfsgraden einhergehen. Besonders begrüßt der dbb die Vereinheitlichung der Eigenleistungen bei stationärer Pflege in § 84 Abs. 2 Satz 3 SGB XI. Hier wurde ein Paradigmenwechsel vollzogen. Den Betroffenen und ihren Angehörigen wird erstmals in der Geschichte der Pflegeversicherung Planungssicherheit gegeben. Die vorgesehene Vereinheitlichung der Eigenbeiträge unabhängig vom Bedarfsgrad lässt ein Mehr an Pflegebedarf nicht mehr zum unkalkulierbaren Kostenrisiko werden. Die großzügigen Übergangs- und Bestandsschutzregelungen kosten viel Geld, leisten jedoch aus Sicht des dbb einen wesentlicher Bestandteil zur Akzeptanz und Gerechtigkeit.

Klarere Formulierungen, beispielsweise in § 43 Abs. 4 SGB XI, vereinfachen die Anwendung. Entsprechend ist zu begrüßen, dass neben der Verbesserung der Qualität auch ein Fokus auf die bessere Beratung gelegt wird.



Zu den Regelungen im Einzelnen:

zu den Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Pflegeberatung

Mit den Neuregelungen in § 7a SGB XI wird der Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen mehr Bedeutung beigemessen. So wird in § 7a Abs. 1 Satz 1 SGB XI das Recht auf einen festen Ansprechpartner eingeräumt, der den Pflegebedürftigen nicht nur im Rahmen eines Erstgesprächs berät, sondern vielmehr begleitet. Mit den Regelungen in § 7a Abs. 2 SGB XI sowie der in § 7b SGB XI künftig nicht mehr nur für die Erstberatung geltenden 14-Tage Frist, binnen derer ein Beratungsgespräch zu organisieren ist, wird darüber hinaus die Beratung von Angehörigen verbessert. Der dbb begrüßt beide Neuregelungen sowie den Verweis auf die Pflegeberatungsrichtlinie unter fachlicher Beteiligung der entsprechenden Organisationen gemäß § 17 Abs. 1a SGB XI ausdrücklich, wurde doch in der Vergangenheit häufig von Optimierungsbedarf – gerade in Bezug auf die Erstberatung und das anschließende Versorgungsmanagement – berichtet. Die entsprechenden Mindestvorgaben zur Durchführung und den Inhalten der Beratung schaffen Transparenz und Vertrauen.

Pflegebedürftigkeitsbegriff/Begutachtung

Die derzeitige Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs stellt im Wesentlichen auf Aspekte der Mobilität, Selbstversorgung und Haushaltsführung ab. Gerade die künftig vorgesehene Berücksichtigung der in § 14 Abs. 2 SGB XI genannten Punkte 2, 3, und 6 (kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen sowie die Gestaltung des Alltagslebens) mit einem nicht unerheblichen Anteil bei der Beurteilung, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt, stellt eine wesentliche Neuerung dar und erweitert den Kreis der Anspruchsberechtigten. Der dbb begrüßt diese Neuregelung ausdrücklich, da so künftig besonders Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die aufgrund ihrer kognitiven Defizite zwar hilfebedürftig sind, nach bisherigem Recht durch ihre Mobilität mitunter nicht (oder nur eingeschränkt) zum Kreis der Anspruchsberechtigten zählen, profitieren dürften.

Die vom Beirat zusätzlich vorgeschlagenen Aspekte der außerhäuslichen Aktivitäten und der Haushaltsführung sollen gemäß § 18 Abs. 5a SGB XI zumindest bei der Erstellung eines Versorgungsplanes im Rahmen der Pflegeberatung Eingang finden. Die rechnerische Ausklammerung der außerhäuslichen Aktivitäten bei der Ermittlung der Gesamtpunktzahl im Rahmen der Begutachtung gefährdet aus Sicht des dbb allerdings den wichtigen Aspekt der Teilhabe. Entsprechend sollte, werden entsprechende Defizite in diesem Bereich letztendlich tatsächlich nicht



bei der konkreten Pflegegradeinstufung berücksichtigt, diese zumindest bei der Erstellung der Pflegeberatungsrichtlinie gemäß § 7a SGB XI besonderen Eingang finden.

Die in § 15 SGB XI vorgesehene Umstellung der bisherigen Pflegestufensystematik auf künftig fünf Bedarfsgrade folgt den Empfehlungen des Beirates und wird begrüßt. Gleiches gilt für die in § 15 Abs. 4 SGB XI eingeführte Öffnungsklausel für besondere Bedarfskonstellationen. Sie ermöglicht die Einstufung in Bedarfsgrad 5 auch bei Nichterreichen des erforderlichen Schwellenwertes. Eine entsprechende Öffnung der ansonsten sehr strikten und damit transparenten Eingruppierung hat aus Sicht des dbb vor allem in der Einführungsphase besondere Bedeutung. Auch die Sonderregelungen in § 15 Abs. 6 und 7 SGB XI für Kinder sind richtig.

Die in § 28a SGB XI geregelte Differenzierung zwischen Bedarfsgrad 1 einerseits und den Bedarfsgraden 2-5 auf der anderen Seite folgt der Logik des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Durch das vom Regelverfahren abweichende Leistungsspektrum für Pflegebedürftige im Bedarfsgrad 1 können Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zielgenauer und individueller versorgt werden.

Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, vollstationäre Pflege

Die Umsetzung der Vorschläge des Beirates erfolgt durch die einheitliche Überführung der Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI), der Leistungen für Tages- und Nachtpflege, der Verhinderungspflege (§§ 39, 41 SGB XI), der Kurzzeitpflegebeiträge (§ 42 SGB XI) sowie der Leistungen bei stationärer Unterbringung (§ 43 SGB XI) in die neue Systematik der Pflegegrade, wobei es an einigen Stellen zu betragsmäßigen Anhebungen der Leistungen kommt. Der dbb sieht hierin eine adäquate und effiziente Vorgehensweise. Jedoch drohen durch die deutliche Absenkung der vollstationären Leistung im neuen Bedarfsgrad 2 (im Vergleich zur aktuellen Pflegestufe 1) von derzeit noch 1.064 Euro auf künftig nur noch 770 Euro aus Sicht des dbb Härten. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der künftig gemäß § 84 Abs. 2 Satz 3 SGB XI einrichtungsbezogen einheitlichen Eigenanteile, die – relativ gesehen – die niedrigeren Bedarfsgrade benachteiligen.

Darüber hinaus hält der dbb die Regelungen des § 43 Abs. 4 SGB XI für nicht unproblematisch. Falls nach Auffassung der Pflegekasse eine vollstationäre Unterbringung nicht erforderlich ist, werden die entsprechenden pflegegradabhängigen Beträge um 20 Prozent gekürzt, entsprechend erhöht sich der Eigenanteil der Betroffenen. Dies ist zwar für die Betroffenen eine Verbesserung gegenüber dem status quo, da künftig eine stationäre Unterbringung in diesen Fällen grundsätzlich ermöglicht wird. Allerdings fällt die Entscheidung der Betroffenen zur stationären Unterbringung in vielen Fällen nicht nur anhand des Maßes der Pflegebedürftigkeit. Vielen Angehörigen ist es schlicht nicht möglich, Beruf,



Familie und Pflege in einem hierfür erforderlichen Maß zu vereinbaren. Eine stationäre Unterbringung ist für viele Betroffene die einzige Möglichkeit, sofern das Wohnumfeld keine Alternativen bietet. Der dbb fordert an dieser Stelle klarere Vorgaben, wann eine vollstationäre Unterbringung erforderlich ist, und die Einbeziehung der familiären Umstände in die Beurteilung.

Eigenanteil bei stationärer Pflege

Verschlechterte sich in der Vergangenheit der Zustand eines Pflegebedürftigen in einer stationären Einrichtung und drohte daher bei einer erneuten Begutachtung eine höhere Pflegestufe, stieg damit auch die finanzielle Belastung der Betroffenen in Form von steigenden Eigenanteilen. Dass die Kosten des Pflegeheims in diesen Fällen stärker stiegen als die erhöhten stationären Pflegesachleistungen nach § 43 SGB XI, stellte für viele Betroffene ein unkalkulierbares Kostenrisiko dar und war in der Vergangenheit eher die Regel als eine Ausnahme.

Insofern begrüßt der dbb ausdrücklich die in § 84 Abs. 2 Satz 3 SGB XI vorgesehene Vereinheitlichung und Loslösung der Eigenanteile vom jeweiligen Pflegegrad. Den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen wird damit erstmals in der Geschichte der Pflegeversicherung Planungs- und Kostensicherheit gegeben. Darüber hinaus erleichtert die Neuregelung die Vergleichbarkeit einzelner stationärer Einrichtungen. Die großzügigen Übergangs- und Bestandsschutzregelungen helfen zudem, Ungerechtigkeiten in der Übergangsphase zu verhindern.

Leistungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung bei stationärer Pflege

Der neu eingefügte § 43b SGB XI in Verbindung mit den §§ 84 Abs. 8 sowie 85 Abs. 8 SGB XI erleichtert den Zugang der Betroffenen zu zusätzlichen Betreuungs- und Aktivierungsleistungen in stationären Einrichtungen, indem ein individueller Rechtsanspruch auf die entsprechenden Leistungen installiert wird. Der dbb sieht hierin eine deutliche Stärkung der Teilhaberechte der Betroffenen und begrüßt die Neuregelung dementsprechend ausdrücklich.

Beitragssatzanpassung

Wie bereits im Pflegestärkungsgesetz I avisiert, wird der Beitragssatz ab dem Jahr 2017 um weitere 0,2 Prozentpunkte erhöht. Damit fließen der sozialen Pflegeversicherung zusätzlich rund 2,5 Milliarden Euro pro Jahr zu. Der dbb trägt diese erneute Erhöhung der Sozialversicherungsbeiträge (wie auch schon beim PSG I) in Anbetracht der bedeutenden und zum Teil überfälligen Verbesserungen mit. Die im Entwurf vorgenommene Projektion, der Beitragssatz könne bis zum Jahr 2022 bei 2,55 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen stabil gehalten werden, bezweifelt der dbb. Die in § 17 Abs. 1 SGB XI vorgesehenen Richtlinien zur Bewertung der in den einzelnen Modulen enthaltenen Aktivitäten und Fähigkeiten sind



erst noch durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu erlassen und es ist fraglich, ob dies ohne Auswirkungen auf den vorgegebenen Kostenrahmen bleibt. Zudem erscheint dem dbb eine im Jahr 2015 abgegebene Prognose bis in das Jahr 2022 gewagt.

Absicherung von Pflegepersonen

In § 44 Abs. 1 SGB XI wird die Anspruchsberechtigung pflegender Angehöriger künftig durch mindestens 2 Tage pro Woche Zeitaufwand für die Pflege begründet. Die bisherige Voraussetzung, mindestens 14 Stunden pro Woche aufzuwenden, war der alten Systematik der zeitlichen Erfassung des Pflegebedarfs geschuldet. Insofern ist diese Änderung nicht zu beanstanden. Nach wie vor entbindet jedoch eine Erwerbstätigkeit von mehr als 30 Wochenstunden die Pflegekasse von der Pflicht, Rentenversicherungsbeiträge zu leisten. Dies geht nach Ansicht des dbb an der Realität vorbei. Immer häufiger müssen Pflegetätigkeiten im Familienkreis zusätzlich zu einer mehr als 30 Wochenstunden umfassenden Beschäftigung übernommen werden. Anstatt diese Doppelbelastung ausdrücklich anzuerkennen, werden die Pflegenden de facto sogar schlechter gestellt als Personen, die weniger arbeiten. Diese Ungleichbehandlung sollte aus Sicht des dbb behoben werden. Entsprechend fordert der dbb eine Aufstockung der Rentenversicherungsbeiträge auch für Personen, die stärker zeitlich in ihr reguläres Beschäftigungsverhältnis eingebunden sind.

Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts

Gemeinsam mit den im Pflege-Neuausrichtungsgesetz eingeführten Unterstützungs- und Entlastungsleistungen werden im vorliegenden Entwurf in § 45c SGB XI auch explizit das Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement gefördert. Hierzu stellt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen jährlich 25 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds (§ 65 SGB XI) zu Verfügung, die von den Ländern und Kommunen gemäß dem *Königsteiner Schlüssel* für entsprechende Projektfinanzierungen abgerufen werden können, vorausgesetzt letztere beteiligen sich im selben Umfang an der Finanzierung. Diese Art der sanften Anreizsetzung ist aus Sicht des dbb gut geeignet, die Länder dazu zu bewegen, in entsprechende Projekte zu investieren, ohne ihre Entscheidungskompetenz zu beschneiden. Ausdrücklich begrüßt der dbb, dass gemäß § 45c Abs. 6 SGB XI nicht abgerufene Mittel ins Folgejahr übertragen werden können. Auf diese Weise können Fehlanreize durch „Budgetpolitik zum Jahresende“ vermieden werden.

Die privaten Versicherungsunternehmen werden mit einem Anteil von 2,5 Millionen Euro pro Jahr in die Finanzierung der Förderung mit einbezogen. Der dbb begrüßt dies.



Der dbb begrüßt, dass mit den im 15. Kapitel des Gesetzes geplanten Übergangsregelungen Pflegebedürftige davor geschützt werden, nach Einführung der Pflegegrade schlechter gestellt zu sein als vorher. Die Sicherung des Besitzstandes soll sich gemäß § 141 Abs. 1 SGB XI sowohl auf die soziale als auch auf die private Pflegepflichtversicherung erstrecken und ebenfalls entsprechend faktisch in der Beihilfe umgesetzt werden. Die Überleitungssystematik wurde den Empfehlungen des Beirates folgend umgesetzt. Der Verzicht auf das Erfordernis erneuter Beantragung und Begutachtung leistet aus Sicht des dbb einen wesentlichen Beitrag, unnötige Bürokratie und damit verbundene Kosten zu vermeiden.

Darüber hinaus wertet es der dbb als positives Signal, dass sich der Gesetzgeber auch den Belangen des Medizinischen Dienstes annimmt und dieser vor einer Überlastung geschützt werden soll. Insbesondere die Regelung in § 142 Abs. 2, welche dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen auferlegt, bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs zu entwickeln, wird dabei eine wichtige Rolle spielen und ist konsequent umzusetzen.

Fazit

Insgesamt enthält der Gesetzentwurf neben der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens viele Verbesserungen auf der Leistungsseite. Durchdachte Übergangsregelungen vermeiden unnötige Bürokratie. So wurde von einer grundsätzlich erforderlichen Wiederholungsbegutachtung von „Altfällen“ abgesehen. Dies begrüßt der dbb, da so neben Kosteneinsparungen auch die personellen Ressourcen des Medizinischen Dienstes geschont werden.

Die Einteilung in Bedarfsgrade und die Festlegung der jeweiligen Schwellenwerte sollte nachhaltig sein. Eine später erforderlich werdende Nachjustierung müsste erneut mit einer entsprechenden Bestandsschutz- und Übergangsregelung einhergehen und wäre mit zusätzlichen Kosten verbunden.

Die neue Begutachtungssystematik stellt ein äußerst flexibles Instrument dar. Vor diesem Hintergrund sind Bedenken angebracht, dass - je nach Finanzlage der Pflege- und Sozialkassen - eine entsprechende Anhebung der Zugangsvoraussetzungen künftiger Pflegeeinstufungen vom Gesetzgeber vorgenommen werden könnte.

Die leistungsrechtlichen Anpassungen sind entsprechend auch auf die private Pflegeversicherung sowie geförderte Zusatzversicherung anzuwenden. Die sich beispielsweise aus den neuen Bedarfsgraden ergebenden Änderungen sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen zu berücksichtigen.



Ein abschließendes Urteil über die Neuregelungen wird sich allerdings erst fällen lassen, wenn die Richtlinien zur Begutachtung, Bepunktung und Ausgestaltung der einzelnen Hilfebedarfe feststehen.

Die Beitragssatzanhebung trägt der dbb mit, gibt jedoch zu bedenken, dass der Griff in die Liquiditätsreserven der Pflegeversicherung zur Finanzierung der Übergangsregelungen und des Bestandsschutzes in Höhe von voraussichtlich 4,4 Milliarden Euro nicht zur nachhaltigen Stabilisierung des künftigen Beitrages führen wird.

Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in der Pflege – Solidarische Pflegeversicherung einführen“

Mit der von der Fraktion DIE LINKE geforderten Einführung einer so genannten solidarischen Bürgerversicherung würde der historisch gewachsenen Pluralität der Versicherungsformen ein Ende gesetzt, ohne dass mit diesem Schritt eine nachhaltige Stabilisierung des Systems der sozialen Pflegeversicherung (SPV) erreicht werden kann. Durch die Einbeziehung aller PPV-Versicherten und möglicherweise weiterer Einkommensarten würden zwar deutlich höhere Einnahmen generiert, diesen ständen jedoch ebenfalls steigende Leistungsausgaben gegenüber – die Probleme der SPV würden also verschärft bzw. in die Zukunft verschoben, jedenfalls aber nicht gelöst.

2-Klassen-Medizin/ Pflege:

Eine so genannte Bürgerversicherung wird gelegentlich in den Medien und ebenfalls von den Antragsstellern als Allheilmittel zur Bekämpfung einer „2-Klassen-Medizin“ genannt. Dieser Gedanke ist jedoch aus Sicht des dbb nicht zu Ende gedacht: In einem Bürgerversicherungssystem wird es ebenfalls zu Unterschieden im Hinblick auf die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Leistungen kommen, da über das Spektrum der einheitlichen Grundversorgung hinausgehende Leistungen nur durch Abschluss von privaten Zusatzversicherungen bzw. Selbstzahlung ermöglicht werden. Hier würde also noch stärker zwischen „arm“ und „reich“ differenziert. Eine Differenzierung bei der Leistungsgewährung wird von der Ärzteschaft selbst verneint.



Übergangsszenarien:

Im Fall eines sofortigen Einbezugs aller PPV-Versicherten droht – je nach Ausgestaltung des Übergangs – ein Verstoß gegen das Eigentumsrecht der Versicherten, wenn Altersrückstellungen, die für jeden Privatversicherten individuell gebildet werden, in das umlagefinanzierte System überführt werden. Mit einer Auflösung der Altersrückstellungen wird dem Kostenanstieg durch den demografischen Wandel eher Vorschub geleistet, denn entgegengewirkt. Die Antragsteller stellen einen sozialverträglichen Übergang der bisher privat versicherten Selbstständigen und Beamten in Aussicht. An dieser Stelle wäre es interessant zu erfahren, wie ein derartiger Übergang entsprechend ausgestaltet werden kann. Die vage Formulierung legt den Schluss nahe, dass man seitens der Antragsteller keine Lösung möglicher verfassungs- und vertragsrechtlicher Probleme, die mit einem obligatorischen Übergang auf das System der Bürgerversicherung einhergehen, anbieten kann. Hier wären sowohl Zuständigkeitskonflikte mit den Ländern als auch eine Klageflut betroffener Beamter und Versorgungsempfänger zu befürchten.

Die Abschaffung der beamtenrechtlichen Beihilfe als eigenständiges System und Überführung in einen Arbeitgeberanteil des Dienstherrn lehnt der dbb kategorisch ab. Häufig wird in der Argumentation übersehen, dass es sich bei der Beihilfe um eine Fürsorgeleistung des Dienstherrn handelt, die nur im Falle einer Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zum Tragen kommt. Die Umwandlung in einen paritätischen Arbeitgeberbeitrag hätte jedoch eine kontinuierliche Kostenbelastung der Dienstherrn zur Folge. Zudem zählt die Beihilfe zu den Strukturen, die die Attraktivität der öffentlich-rechtlichen Beschäftigungsverhältnisse wesentlich beeinflussen und daher erhalten werden sollten.

Wettbewerb:

Die derzeit in Deutschland herrschende Pluralität der Versicherungsformen sorgt auch für einen intensiven Wettbewerb zwischen den Versicherungssystemen. Dieser Wettbewerb ist für die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen vorteilhaft, da er zu Innovationen anregt und Mangelverwaltung über Wartelisten vermeidet. Die mit der Einführung einer Bürgerversicherung verbundene Einschränkung des Wettbewerbs hätte somit nachteilige Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Beitragssatz:

Die im Antrag der Fraktion DIE LINKE avisierte starke Senkung des allgemeinen Beitragssatzes resultiert aus Sicht des dbb zumindest nicht mittel- bis langfristig aus der Verbreiterung des Versichertenkreises, sondern vielmehr aus einer „perspektivischen“ Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze sowie der Heranziehung weiterer Einkommensarten. Desweiteren bleibt im Hinblick auf die Forde-



rung künftig, Personen ohne eigene Einkünfte beitragsfrei zu versichern, die Frage der Finanzierung offen.

Rentner sollen nach dem Antrag in einer „Bürger-Pflegeversicherung“ künftig nur noch mit dem halben Beitragssatz belastet werden, während die andere Hälfte von der Rentenversicherung getragen wird. Dies widerspricht dem Grundsatz der Generationengerechtigkeit und wird vom dbb abgelehnt. Es ist zu bedenken, dass auch die aktuelle Rentnergeneration eher zu den Begünstigten der vorleistungsunabhängigen umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung gehört.

IGES-Studie zur Zukunft der PKV:

Die Antragsteller führen die Studie des IGES-Instituts zur Zukunftsfähigkeit der PKV aus dem Jahr 2010 an, um die PKV insgesamt in Frage zu stellen. Die nachhaltige Finanzierung in der PKV ist, besonders vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der zum Teil deutlichen Erhöhung der Versicherungsprämien in einzelnen Tarifen, auch für den dbb von entscheidender Bedeutung. Anders als die Antragsteller hat der dbb als Reaktion auf die Studie einen umfangreichen Forderungskatalog beschlossen, der einen wertvollen Beitrag leisten kann, die Zukunft der PKV zu sichern.

Fazit:

Der dbb bekennt sich ausdrücklich zum gegliederten Gesundheitssystem von GKV und PKV in Deutschland und lehnt die Forderung der Fraktion DIE LINKE, unabhängig ob für die Kranken und/ oder die Pflegeversicherung, als nicht zielführend ab. Die berechtigte Forderung nach einer Überarbeitung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs lässt sich aus Sicht des dbb auch im derzeitigen System verwirklichen und wird unter dieser Voraussetzung vom dbb unterstützt.