

Antrag GS-01
SPD-AG 60plus Bezirk Hannover
hidden

Empfehlung der Antragskommission
Ablehnung

Die Zusammenführung von Krankenversicherung, Pflegeversicherung und medizinischer Rehabilitation unter dem Dach der GKV

1 Eine Bürgerversicherung ist gerechter als die derzeitige
2 Beitragsfinanzierung, weil sie die Finanzierung von
3 Kranken- und Pflegeversicherung konsequent am Grund-
4 satz der Leistungsfähigkeit eines jeden Bürgers orientiert.
5 In der Kranken- und Pflegeversicherung werden vergleich-
6 bare Lebensrisiken versichert. Die organisatorische Tren-
7 nung der teilweise wettbewerblich ausgerichteten **GKV**
8 von der nichtwettbewerblich organisierten sozialen Pfl-
9 geversicherung (**SPV**) bringt erhebliche Nachteile für die
10 Nutzer. Sie ermöglicht Verschiebungen der Kosten zwi-
11 schen beiden Versicherungszweigen und führt in vielen
12 Fällen zu unklaren Zuständigkeiten, welche die Versor-
13 gung des Pflegebedürftigen erheblich erschweren kön-
14 nen.

15

16 **Begründung**

17 Folgende Elemente sollten Inhalt einer solidarischen
18 Kranken- und Pflegeversicherung einschließlich der medi-
19 zinischen Rehabilitation unter einem Dach sein:

20 **Aufklärung in der Bevölkerung** (in allen gesellschaftlichen
21 Bereichen)

22 • Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, als auch
23 die Prävention von Pflegebedürftigkeit bedarf ver-
24 stärkter gesellschaftlicher und gesundheitspoliti-
25 scher Aufmerksamkeit.

26 **Nicht zum Nulltarif**

27 • Die selbst organisierte und finanzierte Vorsorge
28 wird mehr als bislang die solidarische Absicherung
29 ergänzen müssen. Dabei geht es nicht allein um eine
30 finanzielle Absicherung des Risikos Pflegeabhängig-
31 keit, sondern ebenso um die Entwicklung eines Be-
32 wusstseins dafür, dass Pflegebedürftigkeit kein un-
33 abwendbarer Zustand ist, der sich z. B. durch Lebens-
34 stil oder Anpassung des Wohnumfeldes verhindern
35 oder zumindest in seiner Schwere verringern bzw.
36 verzögern lässt.

37 **Umverteilung**

38 • Politisch muss die Debatte zu Umverteilungsprozessen
39 in die Langzeitpflege und Betreuung chronisch
40 Kranker aufgenommen werden und neue Akzente
41 der gesundheitlichen Versorgung in der altersge-
42 wandelten Gesellschaft setzen

43 **Generationengerechtigkeit**

44 • Generationengerechtigkeit die Postulate der Ge-
45 rechtigkeit und Nachhaltigkeit verlangen, dass zu-
46 künftige Generationen bei vergleichbarer Abgaben-
47 last vergleichbare Leistungen von der Versicherten-
48 gemeinschaft erhalten wie die heutige Generation.

49 **Geschlechtergerechtigkeit**

- 50 • Im Sinne einer Geschlechtergerechtigkeit sollte mit
51 den künftigen gesetzlichen Rahmenbedingungen
52 auch angestrebt werden, die Aufgaben der Pflege
53 solidarischer zwischen den Geschlechtern zu teilen.
54 Heute tragen vor allem Frauen (Ehefrauen, Töchter
55 und Schwiegertöchter) die - oft sehr hohen - Belas-
56 tungen der häuslichen Pflege Familienangehöriger.

57 **Wettbewerbliches Versicherungssystem**

- 58 • Die Integration der SPV in ein wettbewerbliches Ver-
59 sicherungssystem setzt allerdings einen funktions-
60 fähigen, morbiditätsorientierten Risikostrukturaus-
61 gleich (RSA) voraus.
62 • Bei seiner Konstruktion können die Erfahrungen mit
63 dem RSA in der GKV als nützliche Informations-
64 grundlage dienen.
65 • Die Integration dieser beiden sozialen Versiche-
66 rungswenige löst zwar insofern nicht alle Schnitt-
67 stellenprobleme, als der Interessenkonflikt zwis-
68 chen den Versicherten und den Krankenkassen we-
69 gen des Teilkaskocharakters der SPV in vielen Fäl-
70 len bestehen bleiben wird. Die Versicherten verfü-
71 gen jedoch in einem wettbewerblichen System über
72 die Möglichkeit, auf die Entscheidungen der Kran-
73 kenkassen Einfluss zu nehmen, d. h. mit einem Kas-
74 senwechsel zu drohen bzw. zu reagieren.

75 **Wegfall der Versicherungspflichtgrenze**

- 76 • Sofern die GKV über einen Wegfall der Versi-
77 cherungspflichtgrenze zu einer sog. Bürgerver-
78 sicherung erweitert wird, bietet sich im Falle der
79 Integration dieser beiden Versicherungswenige
80 auch eine entsprechende Ausgestaltung der SPV
81 an.
82 • Auch unabhängig von einer Integration dieser bei-
83 den Versicherungswenige, d. h. bei Fortbestehen ei-
84 ner eigenständigen SPV im derzeitigen Ordnungs-
85 rahmen, sprechen Effizienzaspekte für eine wettbe-
86 werbliche SPV mit einem Risikostruktur- statt eines
87 Finanzausgleichs.

88 **Einbeziehung aller Einkunftsarten**

- 89 • Die Versichertenbeiträge sollten auf alle Einkunfts-
90 arten ausgeweitet, der Beitrag des Arbeitseinkom-
91 mens jedoch weiter paritätisch finanziert werden.

92 **Familienversicherung und Splitting der Beitragsgrundla- 93 gen**

- 94 • Die Familienmitversicherung wird weiterhin als
95 sinnvoll erachtet.
96 • Empfohlen wird das Splitting des gemeinsamen Ar-
97 beitsentgeltes bzw. Einkommens mit anschließender
98 Anwendung des hälftigen Beitragssatzes auf
99 beide Entgeltteile. Das Splittingverfahren belastet
100 im Vergleich zur geltenden Regelung nur solche
101 Familien stärker, bei denen das Arbeitsentgelt des
102 erwerbstätigen Partners die Beitragsbemessungs-
103 grenze übersteigt, und solche, bei denen das Ar-
104 beitsentgelt des einen Partners über und das des an-

105 deren Partners unter der Beitragsbemessungsgren-
106 ze liegt.

107 **Anreize zur ambulanten Pflege**

- 108 • Um stärkere Anreize zur ambulanten Pflege zu set-
109 zen, sollten die Sätze im ambulanten Bereich et-
110 was angehoben und im stationären etwas abge-
111 senkt werden.

112 **Wettbewerb durch Vertragsfreiheit**

- 113 • Im bisher nichtwettbewerblichen System der Pfl-
114 egeversicherung könnten Wettbewerb-selemente
115 den Pflegebedürftigen zu Gute kommen. Wenn
116 Pflegekassen mit einzelnen Pflege-heimen oder
117 Pflegeheimketten für ihre Versicherten besondere
118 Tarife aushandeln, verringern sie den Eigenanteil
119 der Versicherten. Jeder Versicherte erhält jedoch
120 die Möglichkeit, sich auch für einen anderen An-
121 bieter zu entscheiden, muss dann allerdings einen
122 höheren Eigenanteil in Kauf nehmen.

123 **Stärkere Berücksichtigung der Kindererziehung**

- 124 • Bei der Umsetzung des Bundesverfassungsgerichts-
125 urteils zur Entlastung der Erziehenden im Beitrags-
126 system der Pflegeversicherung ist der generative
127 Beitrag der Eltern zu honorieren. Erziehende sollten
128 nicht generell und einheitlich, sondern in Zusam-
129 menhang mit der Anzahl der Kinder entlastet wer-
130 den.

131 **Geriatrische Rehabilitation zu den Pflegekassen**

- 132 • Die Chance, durch Prävention und Rehabilitati-
133 on Pflegebedürftigkeit zu verhindern, zu mindern
134 oder hinauszuzögern, wird bislang unzureichend
135 genutzt. Für Krankenkassen besteht der Anreiz, Lei-
136 stungen auf die Pflegeversicherung zu verlagern. Sie
137 selbst besitzen nur dann ein Interesse an präventi-
138 ven und rehabilitativen Maßnahmen, wenn sich de-
139 ren Erfolge in der GKV und nicht als externe Effekte
140 in der SPV niederschlagen. Rehabilitation sollte von
141 dem Träger finanziert werden, der auch den Nut-
142 zen für den Erfolg der Maßnahme trägt. Daraus folgt
143 die Forderung nach der Anerkennung der Pflegekas-
144 sen als Rehabilitationsträger. Eine solche Entschei-
145 dung hebt die Trennung von Finanzierungslast und
146 Erfolgsinteresse bei der geriatrischen Rehabilitation
147 auf und überträgt die Verantwortung für die geria-
148 trische Rehabilitation den Pflegekassen.

149 **Einbindung der Kommunen in die Verantwortung**

- 150 • Für die Prävention der Pflegeabhängigkeit sind auch
151 die Kommunen und Länder mitver-antwortlich. Ih-
152 nen fällt die Aufgabe zu, die notwendige Infrastruk-
153 tur zu schaffen und zu erhal-ten. Dies umfasst die
154 Wohngebäudeausgestaltung, die Bereitstellung ge-
155 meindenaher Dienste für Hilfeleistungen, die nicht
156 Gegenstand der Pflege oder der Pflegeversicherung
157 sein können, aber auch die Stärkung und Unterstüt-
158 zung ehrenamtlichen Engagements.

159 **Versicherungsfremde Leistungen steuerfinanziert**

- 160 • Die krankenversicherungsfremden Leistungen auf
 161 der Ausgabenseite belaufen sich auf über 30 Mrd.
 162 Euro Eine Umfinanzierung aus Steuermitteln führt
 163 zu einer Beitragssatzabsenkung in der GKV von über
 164 drei Beitragssatzpunkten.
- 165 • Für eine Verlagerung der krankenversicherungs-
 166 fremden Leistungen von der Beitrags- in die Steuer-
 167 finanzierung sprechen auch arbeitsmarktpolitische
 168 Gründe. Bei gleichem Leistungsvolumen erfordert
 169 die Beitragsentlastung der GKV zwar eine Erhöhung
 170 von Steuern und/oder öffentlicher Schuld in gleicher
 171 Höhe, dabei können die beschäftigungspolitischen
 172 Effekte aber erheblich differieren. Die Beitragsent-
 173 lastung reduziert die Lohnnebenkosten und fördert
 174 damit den Einsatz des Produktionsfaktors Arbeit,
 175 während sich die Steuererhöhungen auf den Kon-
 176 sum konzentrieren können.
- 177 **Gegenüberstellung der Organisationsunterschiede der**
 178 **gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pfl-**
 179 **geversicherung**
- 180 **Gesetzliche Krankenversicherung**
- 181 • Vollkasko-Versicherung
 - 182 • Risikostrukturausgleich
 - 183 • wettbewerbliches System
 - 184 • Festlegung des Beitragssatzes durch die jeweili-
 - 185 ge Krankenkasse (bei gleicher Beitragsbemessungs-
 - 186 grenze)
 - 187 • Leistungen nach dem Bedarfsprinzip
 - 188 • Heterogenität in der Ausgestaltung der Vertragsver-
 - 189 antwortlichkeiten (unterschiedliche Vertragsausge-
 - 190 staltung auf Landesebene, Modellprojekte usw.)
 - 191 • in der Regel Leistungsgewährung bei Inanspruch-
 - 192 nahme (implizite Leistungsgewährung)
 - 193 • sektorale Budgetierung
 - 194 • geringe Wahlmöglichkeiten bei den Leistungen
- 195 **Soziale Pflegeversicherung**
- 196 • Teilkasko-Versicherung
 - 197 • ausgabenorientierter Finanzausgleich
 - 198 • nichtwettbewerbliches System
 - 199 • Festlegung des Beitragssatzes durch den Gesetzge-
 - 200 ber (bei gleicher Beitragsbemessungsgrenze)
 - 201 • Leistungen nach dem Budgetprinzip
 - 202 • gemeinsames und einheitliches Vorgehen in der
 - 203 Ausgestaltung der Vertragsverantwortlichkeiten
 - 204 (die einzelne Pflegekasse verfügt nicht über eigene
 - 205 Entscheidungsspielräume)
 - 206 • Leistungsgewährung nach Antrag und Begutach-
 - 207 tung (explizite Leistungsgewährung)
 - 208 • Gesamtbudget
 - 209 • größere Wahlmöglichkeiten bei den Leistungen
 - 210 (Sach- oder Geldleistungen in der ambulanten Ver-
 - 211 sorgung, ambulante oder stationäre Versorgung)
- 212 **Fazit: Folgende Gesichtspunkte sprechen mittelfristig für**
 213 **eine engere Verzahnung von GKV und SPV:**
- 214 • das Nebeneinander der GKV und der SPV ist nicht ef-

215 fektiv, da strukturell ähnlich gelagerte Risiken abge-
216 sichert werden,
217 • bei älteren Versicherten kommt es oft zu Über-
218 schneidungen der Ansprüche aus beiden Versiche-
219 rungszweigen,
220 • Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation zur
221 Vermeidung von Pflegebedürftigkeit werden auf-
222 grund verschiedener ökonomischer Anreizstruktu-
223 ren unzureichend ergriffen,
224 • Chancen für die Etablierung von Modellen der inte-
225 grierten Versorgung werden kaum ge-nutzt und
226 • die anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen erlei-
227 den erhebliche Nachteile, wenn Leis-tungen von der
228 GKV in die budgetierte SPV verschoben werden.
229 Angesichts des zu erwartenden drastischen Anstiegs von
230 Krankheits- und Pflegekosten – aufgrund der demografi-
231 schen Entwicklung - sollen die Kranken- und Pflegeversi-
232 cherung und medizinische Rehabilitation zusammenge-
233 führt werden. Das Nebeneinander von Pflegeversicherung
234 und Kran-
235 kenkassen ist unwirtschaftlich, weil beide Systeme ähn-
236 liche Risiken absichern. Zudem verschieben die Kranken-
237 kassen oft Ausgaben in die Pflegeversicherung um zu spa-
238 ren. Mit der Zusammenfüh-rung von Krankenversiche-
239 rung, Pflegeversicherung und medizinischer Rehabilitati-
240 on lägen die Aufgaben von Prävention, Behandlung, Re-
241 habilitation und Pflege in einer Hand. So könnten die Auf-
242 gaben auch aus einer Hand koordiniert, integriert geplant
243 und finanziert werden.