M 001
Lfd.-Nr. 1068

DGB-Bundesvorstand

Für die Zukunft: Solidarische Sicherung für Gesundheit und Pflege

Beschluss des DGB-Bundeskongresses:
Annahme

1. Herausforderungen und Ziele

Die Entwicklung unseres Gesundheits- und Pflegesystems wird entscheidend von der demografischen Entwicklung, gesellschaftlichen und familiären Veränderungen, dem medizinisch-technischen Fortschritt und nicht zuletzt durch die Entwicklung der Arbeitswelt geprägt. Damit unser Gesundheitswesen auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung und für jeden Menschen den gleichen Zugang zu den notwendigen Leistungen ermöglicht, sind Reformen für einen Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention, bei Kuration und Rehabilitation, aber auch für den Ausbau der solidarischen Finanzierung erforderlich. Die Gesundheitspolitik muss auf ein volkswirtschaftlich sinnvolles, beschäftigtenorientiertes und qualitatives Wachstum der Gesundheitsbranche ausgerichtet werden.

Das deutsche Gesundheitswesen steht heute für eine grundsätzlich gute Versorgung. Einseitige ökonomische Interessen und gesetzliche Einschnitte haben jedoch bereits zu punktuellen Defiziten in der Versorgung geführt und die Gerechtigkeitslücken bei der Finanzierung vergrößert.

Die abhängig Beschäftigten sind in mehrfacher Hinsicht an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben beteiligt: als Beitragszahler, als Steuerzahler und als Träger von Zuzahlungen, Aufzahlungen auf Festzuschüsse und direkten Käufen. Die finanzielle Belastung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich in den vergangenen 20 Jahren deutlich erhöht. Durch den Arbeitnehmer-Sonderbeitrag, die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge sowie Zu- und Aufzahlungen und direkte Käufe entsteht eine ungleiche Lastenverteilung zwischen Versicherten und Arbeitgebern. Insgesamt hat die Lastenverteilung in der GKV zwischen Versicherten und Arbeitgebern das Verhältnis 60:40 erreicht.

Dieses Ungleichgewicht wird sich durch die aktuell von der Bundesregierung geplante Finanzreform in der GKV künftig weiter verschärfen. Zwar sollen die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge wie auch der Arbeitnehmer-Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Prozent abgeschafft werden. Dies kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Unterdeckung sowie

alle künftigen Mehrbelastungen ausschließlich durch Zusatzbeiträge von den Versicherten zu tragen wären, weil die Bundesregierung den Arbeitgeberbeitrag bei 7,3 Prozent einfrieren will. In diesen Arbeitnehmer-Zusatzbeitrag, den die Krankenkassen individuell erheben können, wird auch der bisherige Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Prozent einfließen. Besonders zu kritisieren ist, dass dabei keinerlei Belastungsgrenze für die Versicherten vorgesehen ist und dass die soziale Selbstverwaltung der Krankenkassen dann Sündenbock für eine verfehlte Gesundheitspolitik spielen soll.

Die Reformen der nächsten Jahre müssen dazu beitragen, die Gesundheitsförderung auszubauen, die Versorgung zu verbessern und Effizienzreserven zu heben sowie die solidarische Finanzierung zu stärken.

2. Arbeit und Gesundheit: gewerkschaftlicher Brennpunkt in der Gesundheitspolitik

Gute Arbeit ist die Grundlage unserer gesundheitlichen Versorgung. Gute Arbeit verhindert Krankheit und damit Kosten – und sie trägt zu einer stabilen Einnahmebasis bei. Auch deshalb ist die Schaffung einer Neuen Ordnung der Arbeit so wichtig. Die Gesundheitspolitik wiederum muss die Arbeitswelt stärker ins Zentrum ihrer Betrachtung rücken. DGB und Mitgliedsgewerkschaften werden dafür streiten – das ist der Markenkern gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik.

Gesundheit ist nach der Verfassung der Internationalen Arbeitsorganisation ein ausdrückliches Arbeitnehmerrecht. Die gesundheitlichen Belastungen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Welt der Arbeit nehmen aber zu. Zu den weiterhin hohen körperlichen Belastungen bei vielen beruflichen Tätigkeiten kommt ein steigender Anteil psychische Belastungen. Eine große Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen, Arbeiten trotz Krankheit, aber auch Arbeitslosigkeit und eine steigende Quote an Erwerbsminderungsrenten an allen Rentenzugängen sind die Folge. Das hat gravierende negative Auswirkungen auf den Wohlstand unserer Gesellschaft und auf den Wohlstand der abhängig Beschäftigten sowie ihre Angehörigen: In hohem Maße sind auch erwerbslose Menschen gesundheitlich gefährdet, wobei das Risiko mit der Länge der Erwerbslosigkeit steigt.

Faktoren wie Bildung, Geschlecht und kultureller Hintergrund haben eine Bedeutung für die Gesundheit der Menschen. Vor

allem aber beeinflussen beruflicher Status und soziale Lage insgesamt den Gesundheitszustand und den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. Sie sind auch in Deutschland die wesentlichen Ursachen für das unterschiedliche Risiko von Menschen, krank zu werden – und für die unterschiedliche Lebenserwartung. Deshalb muss die Gesundheitspolitik soweit wie möglich Arbeitsprozesse sowie konkrete Arbeits- und Lebensbedingungen berücksichtigen – eine Aufgabe für den Staat, für Arbeitgeber und Dienstgeber und Sozialversicherungen. Dabei ist es die Gewährleistung der Gesundheitsinfrastruktur eine wichtige Aufgabe vor allem für Bund, Länder und Kommunen, die sich jedoch mehr und mehr aus der Verantwortung für die Gesundheitsversorgung – z. B. im Rahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes – zurückziehen.

Es ist ein zentrales Anliegen gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik, bei den notwendigen Reformen und Anpassungen des Gesundheitssystems die Interessen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer stärker als bisher in den Vordergrund zu rücken und für mehr Verteilungsgerechtigkeit – beim Zugang zu hochwertigen Leistungen und bei der Finanzierung – zu sorgen. Der DGB wendet sich gegen Über-, Unter- und Fehlversorgung, gegen fehlende Transparenz und Zersplitterung sowie Korruption im Gesundheitswesen. Der DGB arbeitet in den Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung auch praktisch für bessere Strukturen unseres Gesundheitswesens und für ein versichertenfreundliches Verwaltungshandeln von Krankenkassen.

3. Für eine bessere Versorgungsqualität

Die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung gehören zur öffentlichen Daseinsvorsorge. Die staatliche Verantwortung für die Daseinsvorsorge im Gesundheitsbereich ergibt sich aus Art. 20 GG i. V. m. § 1ff. SGB I. Dieser Auftrag wird bislang zu wenig erfüllt. Die Lücken müssen geschlossen werden.

Die gesundheitliche Versorgung muss sich am tatsächlichen Gesundheitszustand der Bevölkerung orientieren – und nicht an der Durchsetzungsfähigkeit von Interessengruppen. Dafür müssen die staatlichen Ebenen – gerade auch auf regionaler Ebene – aussagekräftige Datengrundlagen zur Verfügung stellen, um auf dieser Grundlage eine den Bedarfen entsprechende Gesundheits-Infrastruktur schaffen zu können.
Der Gesetzgeber hat den Bundesländern eine regionale Versorgungsplanung ermöglicht. Angesichts der Bedeutung der Arbeitswelt für die Gesundheit sind die Sozialpartner zu betei-

ligen. Es ist sinnvoll, die Krankenkassen im Verhältnis zu den Kassenärztlichen Vereinigungen zu stärken und ihnen mehr Einfluss auf die Verteilung von Kassenarztsitzen zu geben.

Der Gesetzgeber muss die Aufgabe annehmen, ein transparentes Gesundheitswesen zu schaffen. Unter öffentlicher Verantwortung und mit gut organisierter Versorgung kann Über-, Fehl- und Unterversorgung reduziert werden. Ziel ist der Aufbau von Versorgungsketten, in denen die Leistungsträger für die Patientinnen und Patienten Hilfen wie aus einer Hand gewährleisten– von der Prävention über die Akutversorgung bis zur Rehabilitation, Pflege und Palliativversorgung. Nur so ist eine ganzheitliche sowie bedarfsgerechte und zugleich wirtschaftliche Versorgung der Versicherten sichergestellt. Das Sektorendenken muss überwunden werden. Gradmesser für neue Therapien und Strukturen in der gesundheitlichen Versorgung muss ein nachweisbarer Nutzen sein, und sie müssen allen Versicherten zur Verfügung stehen.

Der DGB und die Mitgliedsgewerkschaften wollen, dass die Ansprüche der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bei der Versorgungsplanung, der Versorgung selber und in der Versorgungsforschung stärker einbezogen werden. Der DGB wird dazu Anforderungen an ein neues Versorgungssystem entwickeln.
Im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD sind gute Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungsqualität enthalten. Doch dürfen die Qualitätsverbesserungen nicht allein zu finanziellen Lasten der abhängig Beschäftigten führen. Doch dies genau droht ihnen Angesichts des eingefrorenen Arbeitgeberbeitrages.

3.1 Für bessere Gesundheitsförderung und Prävention

Die Arbeitssituation, das heißt zum Beispiel der berufliche Status, die Arbeitsdichte, das Führungsverhalten oder die Entlohnung, beeinflussen maßgeblich den Gesundheitszustand und auch das Gesundheitsverhalten. Appelle der Politik allein an die Verantwortung des und der Einzelnen sind deshalb fehl am Platze. Notwendig ist, die Ursachen der gesundheitlichen Ungleichheit zu bekämpfen.

Prävention und Gesundheitsförderung können dazu einen wichtigen Beitrag leisten. Doch in diesen Versorgungsfeldern besteht großer Nachholbedarf, und deshalb sind hier größere Anstrengungen notwendig. Dies gilt insbesondere in der Verhältnisprävention und in der Evaluation von Maßnahmen und Instrumenten.

Prävention und Gesundheitsförderung müssen an der Lebenswirklichkeit der Beschäftigten ansetzen. Insgesamt muss die Welt der Arbeit stärker in den Mittelpunkt gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen rücken. Zur Welt der Arbeit, wie DGB und Mitgliedsgewerkschaften sie verstehen, gehören die Beschäftigten, Rentnerinnen und Rentnern, Pensionärinnen und Pensionäre und erwerbslose Menschen sowie ihre Angehörigen.

Dreh- und Angelpunkt für die Gesundheitsförderung und Prävention für Beschäftigte ist die Arbeitsstätte. Die gesundheitlichen Belastungen müssen gesenkt, die gesundheitsfördernden Aspekte von Arbeit vermehrt und Krankheiten verhütet werden. Wichtig bei der betrieblichen Gesundheitsförderung ist, geschlechtersensible Angebote zu machen. Die Qualität der Gesundheitsförderung steigt mit der Verknüpfung von Arbeitsplatzgestaltung, Organisationsveränderung, Sozialklima und individuellem Verhalten. Betriebliche Gesundheitsförderung kann besonders wirksam sein, wenn sie auf betrieblicher Mitbestimmung und einem funktionierenden Arbeitsschutz aufsetzt.
Um gesundheitsbelastende Arbeitsbedingungen zu erkennen und zu verändern, müssen die gesetzlich vorgeschriebenen Gefährdungsbeurteilungen umgesetzt werden. Die Aufsichtsdienste von Gewerbeaufsicht und Unfallversicherung müssen personell verstärkt und ausreichend qualifiziert werden. Die Zusammenarbeit zwischen den Unfallversicherungs-, Rentenversicherungsträgern und den Krankenkassen im Bereich der Prävention ist wichtig und erfolgversprechend. Die bisherigen Ansätze zur Kooperation müssen deshalb weiter gestärkt werden. Voraussetzung dafür ist, dass betriebliche Gesundheitsförderung dem Wettbewerb zwischen Sozialversicherungsträgern weitgehend entzogen wird. Auch Präventionsaktivitäten in der Arbeitsstätte wie Aufklärung über Infektionskrankheiten und Schutzimpfungen sollten deutlich ausgebaut werden.

Gesundheitsförderung und Prävention sind Gemeinschaftsaufgaben. Der DGB und die Mitgliedsgewerkschaften fordern, den Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung gesetzlich zu verankern – sowohl auf der Ebene der Bundesländer als auch auf Bundesebene. Bislang scheitert die Zusammenarbeit von Kommunen, Ländern und dem Bund sowie der Sozialversicherungsträger häufig an den unterschiedlichen Kompetenzen und Finanzierungsfragen. Der Koalitionsvertrag von Union und SPD setzt hier in positiver Weise an.

DGB und Mitgliedsgewerkschaften fordern bezüglich der Finanz- und der Steuerungsverantwortung eine verbindliche und sachgerechte Arbeitsteilung zwischen staatlichen Ebenen sowie Sozialversicherungsträgern: Städte und Gemeinden sowie Bundesländer müssen ihrer Verantwortung in Fragen von Gesundheitsförderung und Primärprävention in den Lebenswelten Kommune, Kindertagesstätte und Schulen nachkommen. Die Sozialversicherungsträger müssen hingegen ihre Aktivitäten zu Prävention und Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Arbeit ausbauen. DGB und Gewerkschaften werden in der Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Unfallversicherungsträger zur Stärkung dieser Aktivitäten beitragen und die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger vorantreiben.

3.2 Für bessere Akut- und Langzeitbehandlung (Kuration)

Auch in der Kuration müssen und können die Strukturen und Prozesse weiterentwickelt werden. Eine bessere Zusammenarbeit und eine andere Rollenteilung zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten sind dringend notwendig.

Der DGB und die Mitgliedsgewerkschaften fordern die generelle Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung, um dem Problem der drohenden Unterversorgung in strukturschwachen Gebieten schnell und qualifiziert zu begegnen und Krankenhausleistungen in ein System integrierter Versorgung einzubinden. Damit können lange Wege und Wartezeiten für die Versicherten vermieden werden. Krankenhäuser sollen dafür zu regionalen Versorgungszentren umgewandelt werden, wo dies sinnvoll ist. Dafür sind im Koalitionsvertrag von CDU, SPD und CSU positive Ansätze zu finden, die konsequent weiterentwickelt und umgesetzt werden müssen.

Ebenso sind Fehlsteuerungen im System der Fallpauschalen der Krankenhäuser zu beheben. Insbesondere brauchen bedarfsnotwendige Häuser in ländlichen Gebieten die auskömmliche Finanzierung eines flächendeckenden Versorgungsangebots und keinen Zwang zur Spezialisierung. Sicherheit, Qualität und gute Arbeit dürfen nicht länger durch Anreize zum Personalabbau gefährdet werden. Erforderliches Personal ist im Rahmen einer gesetzlichen Personalbemessung vorzuhalten und zu finanzieren. Unbesetzte Stellen führen zu einem Abschlag.

DGB und Mitgliedsgewerkschaften wollen qualitativen Fortschritt in den Krankenhäusern. Die stationäre Behandlung

nach SGB VII (Gesetzliche Unfallversicherung) kann Vorbild sein. So können zum Beispiel Zwei-Bett-Zimmer Standard im Krankenhaus werden.

Die Bundesländer müssen ihrer Verantwortung für die Investitionskosten der Krankenhäuser wieder gerecht werden. Der Teilausstieg der Bundesländer aus ihrer Finanzierungsverantwortung verlagert die Investitionskosten auf die gesetzlichen Krankenversicherungen und schadet der Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten. Mit der Behebung des Investitionsstaus durch die Bundesländer können auch „Notverkäufe" sanierungsbedürftiger Kliniken an renditeorientierte Investoren verhindert werden. Mit dieser wichtigen Aufgabe muss sich die im Koalitionsvertrag verankerte Bund-Länder-Arbeitsgruppe im Interesse der Beitragszahlerinnen und -zahler beschäftigen und zu Lösungen kommen.

Durch den Abbau der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird die primärärztliche Versorgung durch Haus- und Kinderärzte gestärkt. Sie sollen als Lotsen im Gesundheitswesen fungieren. Damit Haus- und Kinderärzte dieser Rolle gerecht werden können, bedarf es zusätzlich einer Qualifizierungsoffensive.

Notwendig ist auch eine Neuorganisation der fachärztlichen Versorgung. Um Überversorgung in wohlhabenderen, strukturstarken Gegenden abzubauen und Ärzte für strukturschwache Gebiete oder sozial benachteiligte Stadtviertel zu gewinnen, ist eine bessere Verteilung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte notwendig. Dafür ist ein Umsteuern bei der Honorierung anzustreben, die mit Honorarabschlägen in den Regionen verbunden sein muss, in denen es ein Überangebot an niedergelassenen Ärzten gibt.

Ein Schritt zur Anhebung des Versorgungsniveaus ist, die Versorgung für Kinder und Jugendliche auf das Niveau der medizinischen Leistungen nach SGB VII zu heben.

3.3 Für bessere Rehabilitation

Rehabilitation ist ein wichtiger Baustein in der Versorgung von Menschen mit Behinderung bzw. mit gesundheitlichen Einschränkungen. Ihre Bedeutung wird in der alternden Gesellschaft weiter zunehmen. Rehabilitation muss und kann einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass abhängig Beschäftigte im Arbeitsleben verbleiben bzw. ins Arbeitsleben zurückkehren können. Deutschland hat einen hohen Stand in der Rehabilitation erreicht, doch es besteht Reformbedarf.

Unklare Zuständigkeitsregeln müssen durch eindeutige Vorgaben ersetzt werden. Die Verpflichtung zur Zusammenarbeit zwischen den Rehabilitationsträgern muss gesetzlich geschärft werden. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation als Plattform der Rehabilitationsträger sollte dazu durch den Gesetzgeber weiter gestärkt werden.

Die Rehabilitationsträger müssen ihre Beratungsleistung und das Fallmanagement verbessern, und die betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer müssen als Expertinnen und Experten in eigener Sache stärker beteiligt werden. Die Personalbemessung und die Qualifizierung der Beschäftigten in den Rehabilitationsträgern muss daran angepasst werden.

Die Arbeitsstätten sind häufig der Ort, an dem gesundheitliche Probleme entstehen oder offenbar werden. Das Betriebliche Eingliederungsmanagement muss deshalb dazu genutzt werden, möglichst frühzeitig Rehabilitationsbedarf festzustellen und die notwendigen Maßnahmen einzuleiten sowie den Beschäftigten die Angst vor dem Arbeitsplatzverlust zu nehmen. Die Sozialversicherungsträger müssen den betrieblichen Akteuren flächendeckend niedrigschwellige, vernetzte und kompetente Beratung anbieten. Eine besondere Herausforderung stellt dabei die Begleitung und Unterstützung in Arbeitsstätten dar, in denen keine betrieblichen Interessenvertretungsorgane vorhanden sind.

Die medizinischen Reha-Leistungen und die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gleichermaßen müssen sich bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer noch stärker als bislang an dem Ziel der Wiedereingliederung ins Arbeitsleben orientieren. Dies wird nur möglich sein, wenn Rehabilitation insgesamt individueller ausgestaltet wird und die Leistungen auskömmlich vergütet werden.

Das gilt ganz besonders auch für die geriatrische Rehabilitation. Hochaltrige Menschen müssen dabei unterstützt werden, ihren Gesundheitszustand zumindest zu erhalten. Rehabilitation hat auch bei der Pflege Vorrang – jede Investition hier kann menschliches Leid und unnötige Kosten verhindern. Kranken- und Pflegeversicherung sowie die Leistungserbringer sind hier in der Pflicht, frühzeitig Rehabilitationsbedarf zu erkennen und zu erfüllen. Der Gesetzgeber muss die Rahmenbedingungen dafür schaffen, dass die Leistungsträger diese Aufgabe besser wahrnehmen, z. B. durch eine Teilung der Kosten zwischen Pflege- und Krankenversicherung.

DGB und Mitgliedsgewerkschaften legen großen Wert darauf, dass bei den anstehenden Reformen das SGB IX gegenüber den einzelnen Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger gestärkt wird, um eine weitere Zersplitterung des Rehabilitationsrechts zu verhindern. Das gilt auch und gerade für die Reform der Eingliederungshilfe. Die Eingliederungshilfereform muss dafür genutzt werden, die Versorgung von Menschen mit wesentlichen Behinderungen zu verbessern. Dazu gehört eine stärkere Abstimmung der Sozialhilfeträger mit den vorgelagerten Sozialversicherungssystemen, aber auch eine Abkehr vom Bedürftigkeitsprinzip bei der Eingliederungshilfe. Behinderung darf nicht arm machen. Wer wegen seiner Behinderung Unterstützung benötigt, um am sozialen Leben teilhaben zu können, muss diese Leistungen weitgehend ohne Einkommensprüfung erhalten. Der Bund hat sich im Rahmen des Fiskalpakts verpflichtet, einen angemessenen Beitrag zur Finanzierung der Eingliederungshilfe zu leisten und die Kommunen zu entlasten. Diese Zusage muss umgesetzt werden.

3.4 Für bessere Pflege

Eine gute pflegerische Versorgung aller Menschen ist vor dem Hintergrund unserer demografischen Entwicklung eine der zentralen gesellschaftlichen Herausforderungen. Die steigende Zahl pflegebedürftiger Menschen macht nicht nur eine bessere finanzielle Ausstattung erforderlich, sondern vor allem neue Ideen und Konzepte. Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben in einer selbst gewählten Umgebung sind das Ziel gewerkschaftlicher Pflegepolitik. Dazu bedarf es einer breiten gesellschaftlichen Solidarität. Pflege betrifft jede(n) – als pflegebedürftiger Mensch, als Angehörige oder als Beschäftigte in der Pflege.

Immer mehr kognitive und psychische Beeinträchtigungen, vor allem die Altersdemenz, führen zu Betreuungs- und Pflegebedarf. Noch immer sind aber die betroffenen Menschen im Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung im Vergleich zu Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen benachteiligt. Diese Ungleichbehandlung muss unverzüglich durch die Einführung einer neuen gesetzlichen Definition von Pflegebedürftigkeit beendet werden. Der DGB und die Mitgliedsgewerkschaften erwarten, dass der Gesetzgeber jetzt endlich zu Beginn der Legislaturperiode die im Koalitionsvertrag angekündigten gesetzlichen Änderungen vornimmt und schnellstmöglich den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff umsetzt, nachdem die vergangene Legislaturperiode dazu ungenutzt blieb.

Die Unterbringung in Heimen stellt immer weniger eine gewünschte Perspektive für die Betroffenen dar. Stattdessen wünschen die Versicherten, in ihrer bisherigen Umgebung zu verbleiben oder in alternativen Wohnformen, z.B. Wohngemeinschaften, zu leben. DGB und Mitgliedsgewerkschaften fordern den Ausbau professioneller und sozialraumorientierter Angebote, damit diese Bedürfnisse erfüllt werden können. Dafür muss die Rolle der Kommunen gestärkt werden. Sie stehen in der Verantwortung, die notwendige soziale Infrastruktur zu planen und zu fördern und dabei mit den Pflegekassen zusammenzuarbeiten. Der DGB wird diese Vernetzung mit den Kommunen in den Strukturen der Sozialen Pflegeversicherung einfordern und unterstützen. Beratung, niedrigschwellige und ambulante Angebote sowie haushaltsnahe Dienstleistungen sind wichtige Bausteine einer koordinierten Strategie. Damit wird auch die präventive Orientierung des Unterstützungssystems gestärkt. Bürgerschaftliches Engagement kann die Lebensbedingungen von pflegebedürftigen Menschen verbessern, darf aber nicht dazu missbraucht werden, professionelle Pflege zu ersetzen. In den Kommunen muss eine altersgerechte Ausrichtung von Wohnungsbau und Sanierungsförderung erfolgen, um ausreichend barrierefreie Wohnungen zu schaffen und neue Wohnformen zu ermöglichen. Pflegepolitik ist in diesem Sinne mehr als Pflegeversicherungspolitik.

Zurzeit wird noch größtenteils im familiären Umfeld gepflegt, der Anteil der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Pflegeverantwortung hat beständig zugenommen. Es sind bislang vor allem Frauen, die ihre Angehörigen pflegen und die unter den Belastungen von Beruf und Pflege leiden. Die Rahmenbedingungen für familiäre Pflege müssen weiter entwickelt werden. Dies ist eine wichtige Aufgabe für Kommunen, Pflegekassen und den Bund gleichermaßen. DGB und Mitgliedsgewerkschaften fordern, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Falle akuter Pflegebedürftigkeit naher Angehöriger eine zehntägige bezahlte Freistellung durch den Arbeitgeber in Anspruch nehmen können. Während der Freistellung von bis zu sechs Monaten, die heute schon möglich ist, sollten künftig für pflegende Angehörige einkommensersetzende Leistungen analog zum Elterngeld geschaffen werden. Eine erste Initiative zeichnet sich mit der Ankündigung im Koalitionsvertrag ab, das Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz unter einem Dach mit Rechtsanspruch zusammenführen zu wollen. Der DGB wird die geplante Einführung der gesetzlichen Regelungen kritisch prüfen und begleiten. Zeiten, in denen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer pflegebedürftige

Angehörige pflegen, müssen stärker als bislang bei der Rentenberechnung der Pflegenden berücksichtigt werden. Ein entsprechender Prüfvermerk ist dazu im Koalitionsvertrag enthalten. Eine Neuregelung sollte sich an den Regeln für die Anerkennung von Kindererziehungszeiten orientieren. Wichtig ist dabei, die Möglichkeiten zur Freistellung für und zur Anerkennung von Pflege so auszugestalten, dass sie eine gerechte Verteilung privater Pflegeaufgaben zwischen den Geschlechtern fördert.
Schon jetzt ist absehbar, dass das familiäre Pflegepotenzial abnehmen wird, weil die nachfolgenden Generationen zahlenmäßig schwächer besetzt sind und weil vor allem die Möglichkeiten abnehmen, familiäre Pflegeaufgaben zu übernehmen. Eine Steigerung der künftigen Inanspruchnahme professioneller Hilfen ist somit absehbar. Notwendig wird dabei sein, den Anteil an Fachkräften in der Altenpflege zu erhöhen und sich nicht nur auf eine Steigerung der Betreuungskräfte zu konzentrieren.

Die stationäre Versorgung in der Pflege ist aber bereits heute in großen Teilen durch Personalmangel gekennzeichnet, die sich oftmals durch Unterversorgung direkt auf die zu pflegenden Menschen auswirkt. Die Attraktivität und die gesellschaftliche Wertschätzung der Pflegeberufe muss durch bessere Rahmenbedingungen erhöht werden, um Personal- und Fachkräftemangel im Pflegesektor zu verhindern und dabei verstärkt auch Männer für pflegerische Berufe zu gewinnen.

Die Länder müssen verstärkt in die schulische Erstausbildung von Pflegekräften investieren. Um die Ausbildungsbereitschaft der Pflegebetriebe deutlich zu erhöhen und um Wettbewerbsnachteile für Ausbildungsbetriebe zu vermeiden, ist in allen Bundesländern ein Umlageverfahren einzuführen. Die schulische Ausbildung ist kostenfrei zu gestalten. Die Ankündigungen von CDU, CSU und SPD, diese Probleme lösen zu wollen, werden von DGB und Mitgliedsgewerkschaften begrüßt.

Der Gesundheits- und Arbeitsschutz muss deutlich ausgebaut werden, damit der Beruf dauerhaft ausgeübt werden kann. Um Arbeitsüberlastung abzubauen und eine gute Versorgungsqualität zu ermöglichen, ist eine verbesserte Personalzuweisung zwingend nötig. Die Rückkehr zur bundeseinheitlichen Personalbemessung ist dazu unverzichtbar.

Zudem müssen die beruflich Pflegenden ihrer Leistung und Qualifizierung entsprechend besser entlohnt werden. Die be-

reits erfolgte Einführung des branchenspezifischen Mindestlohns ist dafür nur ein erster und nicht ausreichender Schritt. Wichtig ist, mit einem allgemein verbindlichen Tarifvertrag in der Pflege die Arbeitsbedingungen insgesamt zu verbessern und den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern damit auf eine neue Basis zu stellen.

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf der in der Pflege beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer muss gefördert und erleichtert werden.

Koordinationsmängel zwischen den verschiedenen Entscheidungs- und Leistungsträgern sowie daraus resultierende Unter- und Überversorgung und Verzögerungen der Leistungsgewährung sind aus Sicht des DGB und seiner Gewerkschaften nicht hinnehmbar. Eine bessere Vernetzung der Haus- und Fachärzte mit ambulanten Pflegediensten, den stationären medizinischen und pflegerischen Einrichtungen sowie der Palliativversorgung ist dringend notwendig. Dazu bedarf es auch einer neuen Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen. Die Unterstützung der Pflegebedürftigen, aber auch ihrer Angehörigen muss dahingehend möglichst passgenau und zum frühestmöglichen Zeitpunkt erfolgen.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften fordern, dass der bisherige so genannte Pflege-TÜV schnellstmöglich weiterentwickelt wird. Notwendig sind aussagefähige Kriterien für die Qualitätsbewertung, um die Arbeit des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen zu unterstützen. Die Qualität und die Sicherheit der medizinischen und pflegerischen Versorgung in den Heimen und durch ambulante Pflegedienste müssen dabei im Vergleich zu weichen Faktoren (wie soziale Aktivitäten) stärker als bislang gewichtet werden. Die regelmäßige Veröffentlichung der Transparenzberichte kann so zu einem Wettbewerb um qualitativ hochwertige Pflege führen.

3.5 Für bessere Krankenkassen

Solidarität, Sachleistung sowie Selbstverwaltung sind die grundlegenden Strukturprinzipien der gesetzlichen Krankenkassen. Dort, wo diese Prinzipien geschwächt wurden, wollen wir sie wieder stärken und vollständig wiederherstellen. Bei der beitragsfreien Mitversicherung von Angehörigen in der gesetzlichen Krankenversicherung handelt es sich um eine konkrete Ausgestaltung des Solidaritätsprinzips.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind Solidar- und Interessengemeinschaften von Mitgliedern. Ihre Aufgabe ist es vor al-

lem, für die Bewahrung und Wiederherstellung der Gesundheit ihrer Mitglieder und deren Angehöriger Sorge zu tragen. Sie sind mit einem politischen Mandat gegenüber Regierung und Gesetzgeber ausgestattet, denn Krankenkassen sind der Erfüllung des Sozialstaatsgebots verpflichtet.

DGB und Mitgliedsgewerkschaften werden sich gemeinsam mit den gewerkschaftlichen Selbstverwalterinnen und Selbstverwaltern dafür einsetzen, dass die Krankenkassen ihre gemeinsamen Strukturen – insbesondere den GKV-Spitzenverband – nutzen, die Interessen der Beitragszahler und der Patienten noch besser zu vertreten.

Als selbstverwaltete Mitgliederorganisationen repräsentieren die Krankenkassen die Interessen der Versicherten sowohl in ihrer Funktion als Beitragszahlerinnen und Beitragszahler als auch als Patientinnen und Patienten. Das ist von anderen Organisationen, die nur Partikularinteressen vertreten, nicht zu leisten.

Interessenvertretung in diesem Sinne bedeutet auch, dass gesetzliche Krankenkassen künftig stärker ihre Versicherten bei Verdacht auf Behandlungs- und Pflegefehler unterstützen werden. Dazu gehört ebenfalls, dass die Krankenkassen wieder das Recht erhalten, medizinische Eigeneinrichtungen neu zu gründen oder auszubauen.

Die gewerkschaftlichen Versichertenvertreter in den Krankenkassen sind Ansprechpartner für die Sorgen und Nöte der Versicherten und nehmen damit eine wichtige Aufgabe wahr.

Gesetzliche Krankenkassen sind Sozialversicherungsträger und keine profitorientierten Unternehmen. Wenn sich die Systeme der gesetzlichen Krankenkassen sowie der privaten Krankenversicherungsunternehmen immer weiter angleichen, wächst die Gefahr einer Privatisierung durch das EU-Recht.

Auch deshalb setzen sich DGB und Mitgliedsgewerkschaften dafür ein, dass Krankenkassen weder als private Unternehmen agieren noch so behandelt werden. Im Vordergrund steht die gemeinsame Aufgabe aller gesetzlichen Krankenkassen, einen sozial und ökonomisch diskriminierungsfreien Zugang zu einer vollständigen und qualitativ hochwertigen Krankenversorgung sicherzustellen. Eine verlässliche und zugewandte Begleitung der Patientinnen und Patienten im gesamten Versorgungsprozess durch die Krankenkassen und die Leistungserbringer ist auch ein wichtiger Beitrag dazu, soziale Barrieren im

Gesundheitswesen abzubauen. Diese Aufgabe darf nicht betriebswirtschaftlichen Kalkülen zum Opfer fallen.

Wettbewerb ist im Gesundheitswesen bedeutsam als ein Instrument zur Hebung von Effizienz, Anregung von Innovationen und zur Ermöglichung individueller Entscheidungen, aber ungeeignet als dominantes Regulierungsprinzip. Wettbewerb in der GKV muss wieder als Suchprozess um die verbesserte Qualität der Versorgung und der Leistungen verstanden werden. Die Wettbewerbsordnung muss im Rahmen des Sozialrechts erfolgen. Der DGB und die Mitgliedsgewerkschaften wenden sich deshalb gegen die Anwendung kartellrechtlicher Bestimmungen auf die Krankenkassen.

In den wachsenden Gesundheitsbranchen haben die Privatisierungen von Leistungen und ihren Anbietern zu teilweise zweistelligen Renditeerwartungen geführt. Ursache dafür ist, dass sich der Markt von einem Steuerungselement zu einem Deregulierungsinstrument gewandelt hat. Selbstregulierung der Anbieter im Wettbewerb ist kein wirksames Instrument zu Bekämpfung der Mängel im Gesundheitswesen. Der DGB und die Mitgliedsgewerkschaften werden kritisch prüfen, in welchen Bereichen des Gesundheitswesens die Wettbewerbslogik zurückgedrängt werden muss.

Die bewährten Prinzipien Sachleistung, Solidarität sowie Selbstverwaltung wollen wir auf alle Krankenversicherten ausweiten – unabhängig davon, ob sie bisher Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder Kunde/Kundin eines privaten Krankenversicherungsunternehmens war. Daher setzen DGB und Mitgliedsgewerkschaften sich für ein Bürgerversicherungsmodell für Gesundheit und Pflege ein.

4. Die Versicherung der Zukunft

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften wollen sowohl die Krankenversicherung als auch die Pflegeversicherung zu einer solidarisch finanzierten und öffentlichen Bürgerversicherung Gesundheit und Bürgerversicherung Pflege weiterentwickeln. Ab einem Stichtag sollen Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Sozialen Pflegeversicherung versichert sein, die den Regelungen des Sozialgesetzbuches als solidarisches System mit öffentlicher Kontrolle unterliegt. Für Beamtinnen und Beamte sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger sollen die Dienstgeberinnen und Dienstgeber künftig den Arbeitgeberbeitrag zur Bürgerversicherung tragen. Wichtiger

Aspekt des gewerkschaftlichen Bürgerversicherungs-Modells ist zudem, dass größere Einkommensbestandteile und grundsätzlich alle Einkommensarten zur Finanzierung herangezogen werden.

Falls eine verpflichtende Integration von bisherigen Kunden der PKV-Unternehmen rechtlich nicht möglich ist (Bestandsschutz), sollen folgende Regelungen gelten: Der bisherigen PKV-Kundschaft wird eine Wahlmöglichkeit eröffnet: Sie soll bis zu einem Stichtag in die Bürgerversicherung wechseln können, wobei die vollständige Mitnahme der Altersrückstellungen anzustreben ist. Darüber hinaus sollen die PKV-Unternehmen an der solidarischen Finanzierung des Gesundheitssystems beteiligt werden, indem sie über den Gesundheitsfonds einen finanziellen Ausgleich leisten.

Die Weiterentwicklung des heutigen Systems bedeutet, dass sich alle Bürgerinnen und Bürger an der Finanzierung der solidarischen Krankenversicherung beteiligen. Der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen wird durch einen umfassenden Finanzausgleich entschärft. Bei der Einführung der Bürgerversicherung ist zu gewährleisten, dass die Reform nicht zu Lasten einer betroffenen Beschäftigtengruppe erfolgt. Sollte sich die Geschäftstätigkeit der privaten Krankenversicherungsunternehmen durch politische Entscheidungen verändern, ist eine Beschäftigungsgarantie für die hiervon betroffenen Beschäftigten in einem integrierten Krankenversicherungssystem notwendig.

5. Nachhaltige Finanzreform für Gesundheit und Pflege

Im Rahmen der Weiterentwicklung zur Bürgerversicherung sollen die solidarischen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung nachhaltig gestärkt werden. Die Begrenzung der Bemessungsgrundlage für Beiträge ausschließlich auf Erwerbseinkommen bis zur bisherigen Beitragsbemessungsgrenze ist sozial ungerecht und wird den künftigen Herausforderungen nicht gerecht. Die finanziellen Strukturprobleme – höhere Ausgabensteigerungen als Lohnsteigerungen, eine sinkende Lohnquote und zunehmende Einkommensungleichheit – sollen durch eine Verbreiterung der solidarischen Finanzierungsbasis überwunden werden. Aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit soll auch die Solidarität innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung gestärkt werden.

5.1 Finanzreformen für die solidarische Krankenversicherung

DGB und Mitgliedsgewerkschaften wollen erreichen, dass das Beitragsaufkommen in der gesetzlichen Krankenversicherung den steigenden Herausforderungen angepasst wird und weitere Einschränkungen des Leistungskatalogs sowie private Zusatz- oder Sonderbelastungen für die Versicherten vermieden werden. Soweit möglich, sollen die versicherten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Rentnerinnen und Rentner finanziell entlastet werden.

Dazu fordern DGB und Mitgliedsgewerkschaften als wichtige Bestandteile einer Bürgerversicherung Gesundheit

- die Rückkehr zur paritätischen Beitragsfinanzierung,
- eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze,
- die Verbeitragung anderer Einkommensarten sowie
- die Erhöhung des Steueranteils für gesamtgesellschaftliche Ausgaben in der Krankenversicherung.

DGB und Mitgliedsgewerkschaften schlagen ein Stufenmodell vor, durch das die solidarischen Finanzierungsgrundlagen nachhaltig gestärkt und die zu erwartende Ausgabendynamik im Gesundheitswesen aufgefangen werden kann. Gleichzeitig können Leistungen, die aus dem Leistungskatalog der GKV ausgegliedert wurden, re-integriert und die große Mehrheit der Versicherten zusätzlich finanziell entlastet werden. Der Stufenplan öffnet den Weg zur Bürgerversicherung.

Arbeitgeber sollen in Zukunft wieder den gleichen Beitrag zahlen wie die Versicherten. Nach dem Stufenmodell des DGB soll der Arbeitgeberbeitrag schrittweise von heute 7,3 auf 7,6 Prozent angehoben werden. Der Arbeitnehmer-Sonderbeitrag von 0,9 Prozent soll abgeschafft und der Beitrag der Versicherten auf 7,6 Prozent gesenkt werden. Der allgemeine Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung wird im DGB-Stufenmodell von heute 15,5 auf 15,2 Prozent gesenkt und die große Mehrheit der Versicherten finanziell entlastet. Die dafür erforderlichen Finanzmittel ergeben sich, weil gleichzeitig die Beitragsbemessungsgrenze zunächst schrittweise auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung angehoben, andere Einkommensarten – ab einer Freibetragsgrenze – verbeitragt und der Steueranteil erhöht werden soll. So kann erreicht werden, dass das Beitragsaufkommen erhöht wird, obwohl der allgemeine Beitragssatz gesenkt wird. Die Zusatzbeiträge werden abgeschafft.

DGB und Mitgliedsgewerkschaften wollen, dass die steuerfinanzierten GKV-Zuschüsse künftig systematisch begründet, verlässlich gestaltet und erhöht werden. Hierbei geht es insbesondere um familienpolitische Leistungen und um ausreichende Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Transferzahlungen.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften kritisieren, dass CDU/CSU und SPD in ihrem Koalitionsvertrag die Chance verpasst haben, die einseitige finanzielle Belastung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu beseitigen. Stattdessen sollen die Arbeitgeber auch weiterhin von den steigenden Kosten des Gesundheitswesens abgekoppelt werden, indem der Arbeitgeberbeitrag eingefroren bleibt. Dies ist eine der zentralen gesundheitspolitischen Fehlentscheidungen des Koalitionsvertrags.

5.2 Finanzreformen für eine bessere Pflege

In der Pflege nehmen die künftigen Herausforderungen absehbar zu. Trotz des Teilversicherungscharakters der Leistungen der Pflegeversicherung werden die erforderlichen Ausgaben aufgrund der stark steigenden Zahl der pflegebedürftigen Menschen in den kommenden Jahren steigen. Gleichzeitig sind spürbare Leistungsverbesserungen nötig, die mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und einer angemessenen Leistungsdynamisierung verbunden sind. Künftige Beitragssatzsteigerungen in der Pflegeversicherung sind unausweichlich, können jedoch durch die Einführung einer „Bürgerversicherung Pflege" begrenzt werden. DGB und Mitgliedsgewerkschaften schlagen dafür vor, die Beitragsbemessungsgrenze zu erhöhen, Kapitaleinkünfte in die Beitragspflicht einzubeziehen, die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben über Steuern zu finanzieren sowie die private Pflegeversicherung am solidarischen Ausgleich zu beteiligen. Durch eine solche Ausweitung der solidarischen Finanzierungsgrundlagen sind die heutigen und künftigen Herausforderungen schon mit einer Anhebung von je 0,2 Beitragssatzpunkten für Versicherte und Arbeitgeber auf lange Sicht finanzierbar.

Die im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD angekündigte Anhebung des Beitragssatzes um insgesamt 0,5 Beitragssatzpunkte ist ein erster Ansatz für eine umfassende Pflegereform. Notwendig bleibt die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zu einer Bürgerversicherung Pflege. Die Einrichtung eines Pflege-Vorsorge-Fonds in der Pflegeversicherung lehnen DGB und Mitgliedsgewerkschaften ab.

Da die Pflegeversicherung in ihrer heutigen Form als Teilkostenversicherung Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen vorsieht, die jedoch individuell häufig nicht oder nicht ausreichend finanzierbar sind und somit Versorgungsdefizite entstehen lassen, kann die Weiterentwicklung der Teilkostenversicherung zu einer Pflegevollversicherung zur Finanzierung pflegerischer Leistungen eine sinnvolle Zukunftsperspektive sein.