

**Mitteilung des Senats vom 17. August 2004****Reform der Pflegeversicherung**

Die Fraktion der CDU hat unter Drucksache 16/355 eine Große Anfrage zu obigem Thema an den Senat gerichtet.

Der Senat beantwortet die vorgenannte Große Anfrage wie folgt:

Die dargelegte Problematik zur künftigen demographischen Entwicklung älterer Menschen und der diesbezüglichen Entwicklung pflegebedürftiger Menschen und damit der Pflegeversicherung war u. a. eine Aufgabenstellung der von der Bundesregierung eingesetzten „Rürup-Kommission“. Sie hat für die politische Gestaltung zur gegenwärtigen und zukünftigen Entwicklung der Rentenversicherung, der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung fachliche und finanzielle Lösungsvorschläge oder Alternativen erörtert und dargelegt. Auf Basis dieses Kommissionsberichts erfolgt die Beantwortung, da die Pflegeversicherung nur als Teil des Gesamtsozialversicherungssystems nachhaltig reformiert werden kann.

1. Inwieweit teilt der Senat die Forderung, dass noch im Jahr 2004 eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung gebraucht wird, und inwieweit ist die Pflegeversicherung als 5. Säule der Sozialversicherung beizubehalten?

Im Rahmen der „Rürup-Kommission“ wurden auf sehr breiter fachlicher und politischer Ebene die Reformmöglichkeiten und -notwendigkeiten für die Pflegeversicherung erörtert und Vorschläge zur Weiterentwicklung für das Gesetzgebungsverfahren zur Pflegeversicherung vorgelegt. Die Beibehaltung der Pflegeversicherung als 5. Säule der Sozialversicherung wird ausdrücklich unterstützt. Die Vorschläge enthielten für einen Teil der pflegebedürftigen Menschen Leistungsverbesserungen (Dynamisierung von Leistungen, Anerkennung von zusätzlichen Hilfebedarfen für dementiell erkrankte Pflegebedürftige), aber auch Leistungsverschlechterungen (Kürzung der stationären Pflegeleistungen der Pflegestufe I und der Pflegestufe II für Menschen in Pflegeheimen). Unter Berücksichtigung der Leistungsveränderungen und finanziellen Belastungen – auch für pflegebedürftige und kranke Menschen – durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz zum 1. Januar 2004 und auch anderer Leistungsgesetze hält es der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales für vertretbar, die fachlich und finanziell notwendige Reform der Pflegeversicherung unter Beachtung der bereits getroffenen Reformentscheidungen in anderen Sozialleistungsbereichen nicht mehr für das Jahr 2004 vorzusehen.

2. Wie sehen die oben genannten Zahlen im Bezug auf Bremen aus (Zunahme der pflegebedürftigen Personen)?

Nach der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung der Entwicklung der Bevölkerung in Deutschland von 2002 bis 2050 (Basis 31. Dezember 2001) würde sich die Zahl der Einwohner Bremens, die älter als 80 Jahre sind, von 33.400 in 2002 auf 45.200 in 2020 und 66.300 in 2050 entwickeln.

Unterstellt man, dass in dieser Altersgruppe ca. 17,5 % regelmäßig pflegebedürftig sind (vergleiche Altenplan), so ergeben sich in 2002 ca. 5.840 regelmäßig pflegebedürftige über 80 Jahre, in 2020 ca. 7.900 Personen und in 2050 ca. 11.600 Personen in dieser Altersgruppe mit regelmäßigem Pflegebedarf. Hinzu

kommen die Pflegebedürftigen in jüngeren Jahrgängen, deren Anzahl noch einmal ca. 80 % der oben genannten Zahlen beträgt. Es ergibt sich damit eine Gesamtzahl von derzeit ca. 10.500 regelmäßig pflegebedürftigen Personen, die in 2020 voraussichtlich auf mehr als 14.000 und in 2050 auf ca. 21.000 steigen wird. Nicht erfasst ist der Personenkreis mit einem unregelmäßigen Pflegebedarf.

3. Wie könnte angesichts dieser Sachlage eine Reform der Pflegeversicherung aussehen?

Die demographische Entwicklung älterer Menschen mit zunehmenden pflegerischen Hilfebedarfen stellt – unter Hinweis auf die nachfolgenden geburtschwachen Jahrgänge – eine gesellschaftspolitische und sozialpolitische Herausforderung für die nähere und fernere Zukunft dar. Die „Rürup-Kommission“ hat hierzu unter Berücksichtigung des künftigen Erwerbspersonenpotenzials, der Wirtschafts- und Arbeitsmarktentwicklung, des Ausgleichs zwischen den Generationen, der Beachtung des Vertrauensschutzes der heutigen älteren und pflegebedürftigen Menschen, der Interessen der Pflegeversicherungsbeitragszahler und auch der Reformbedarfe der Rentenversicherung und der Krankenversicherung Reformvorschläge für die Zukunft der Pflegeversicherung entwickelt, wie z. B.:

- Dynamisierung der Pflegesachleistungen,
- Anpassung der stationären Sachleistungen an die niedrigeren ambulanten Sachleistungen zur Verstärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“,
- Finanzierung der Behandlungspflege durch die gesetzliche Krankenkasse,
- Berücksichtigung der Hilfebedarfe für Menschen mit besonderem Beaufsichtigungsbedarf (so auch für dementiell Erkrankte) in pauschaler Form,
- Berücksichtigung eines Lastenausgleichs zwischen den Generationen für die Beitragszahlung,
- Entlastung der Familien mit Kindern,
- Regelungen zur Erprobung des personenbezogenen Budgets.

Diese Gesamt-Reformvorschläge sind unter Einbeziehung der aktuellen und der künftigen Belastung der Beitragszahler, der Entwicklung der Erwerbseinkommen und auch anderer Einkommen, der Steuereinnahmen in den Kommunen und der Einkommens- und Vermögensverhältnisse der Personen, die auf Dauer auf ergänzende Sozialhilfeleistungen bei Pflegebedürftigkeit angewiesen sind, weiter zu prüfen und hinsichtlich ihrer sozialen Gerechtigkeit zwischen den Generationen zu bewerten. Die Reform der Pflegeversicherung darf zudem keine über das gegenwärtige Maß hinausgehende finanzielle Belastung der Träger der Sozialhilfe nach sich ziehen. Der politische Diskussionsprozess ist dazu noch nicht abgeschlossen.

Bei der Gestaltung der Leistungen im Bereich der Pflege sind zudem im Land Bremen die besonderen regionalökonomischen Effekte von Investitionen im Pflegesektor zu beachten. In einem zu diesem Thema im Auftrag des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales erstellten Gutachten des BAW Institut für Wirtschaftsforschung GmbH vom Februar 2003 wird festgestellt, dass ein Heimplatz einen Beschäftigungseffekt von 0,94 Stellen erzielt und die Abdeckung von Pflegebedarfen innerhalb der bremischen Landesgrenzen daneben einen erheblichen fiskalischen Nutzen durch erhöhtes Steueraufkommen und die Einwohnerwertung im Rahmen des Länderfinanzausgleichs im Gesamtumfang von mehr als 6.000 € p. a. auslöst.

4. Wie kann dem Auftrag des Bundesverfassungsgerichts nachgekommen werden?

Das Bundesverfassungsgericht hat den Gesetzgeber aufgefordert, die Beitragszahler, die zugleich Kinder erziehen und damit faktisch ebenfalls einen Beitrag zur Pflegeversicherung leisten, finanziell zu entlasten. Die finanzielle Entlastung kann auf unterschiedlichem Wege realisiert werden, wie z. B. durch die

Reduzierung der Beitragszahlung, die steuerliche Entlastung, die finanzielle Belastung der Beitragszahler ohne Kinder. Die entsprechenden Vorschläge werden zurzeit ausführlich diskutiert und sind unter Berücksichtigung der übrigen Reformbedarfe zur Pflegeversicherung sozialpolitisch und finanziell zu bewerten.

5. Inwieweit kann das Prinzip „Rehabilitation vor Pflege“ mit dem Ziel gestärkt werden, durch Vermeidung von Pflegebedürftigkeit Einsparungen zu ermöglichen?

Die Grundlagen für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind die gesetzlichen Regelungen des SGB V und des SGB IX. Danach ist den Grundsätzen „Rehabilitation vor Pflege“ und „ambulant vor stationär“ Rechnung zu tragen. Die Krankenkassen erbringen die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn die kurativen Maßnahmen der ambulanten Krankenbehandlung nicht ausreichen. Die Leistungen werden auf Antrag der Versicherten bzw. auf Verordnung der Ärzte erbracht, wenn sie durch die Krankenkassen genehmigt worden sind. Dabei ist die Krankenkasse verpflichtet, die Notwendigkeit der Rehabilitationsleistung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen. Dabei hat die Anschlussrehabilitation nach dem Krankenhausaufenthalt eine besondere Funktion, auch zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit.

„Rehabilitation vor Pflege“ kann somit nicht generell zu Einsparungen führen, sondern verursacht zunächst Behandlungskosten nicht im SGB XI, sondern im SGB V. Die Leistungen dienen u. a. dazu, den Zeitpunkt, den Umfang und die Dauer von Pflegebedürftigkeit zu beeinflussen und damit eine Einschränkung der Lebensqualität zu vermeiden oder zu verzögern. Soweit dies gelingt, folgen daraus auch Einsparungen der Leistungsausgaben der Pflegeversicherung.

6. Inwieweit kann die häusliche Pflege gestärkt werden mit dem Ziel, den Trend zur Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege zu verringern?

Die Notwendigkeit stationärer Pflege ist nach dem SGB XI immer dann gegeben, wenn häusliche Pflege oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Diese Notwendigkeit wird auf Antrag der Pflegebedürftigen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) geprüft unter Berücksichtigung folgender Aspekte: Fehlen einer Pflegeperson, fehlende Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen, drohende oder bereits eingetretene Überforderung von Pflegepersonen, drohende oder bereits eingetretene Verwahrlosung, Selbst- und Fremdgefährdungstendenzen der Pflegebedürftigen, eingeschränkte räumliche Gegebenheiten im häuslichen Bereich. Liegt Schwerstpflegebedürftigkeit (Stufe III) vor, entfällt eine gesonderte Prüfung des MDK, und es wird der Bedarf an vollstationärer Pflege unterstellt.

Einer der Vorschläge zur Reform der Pflegeversicherung sieht vor, die heute sehr unterschiedlichen Leistungsbeträge der Pflegesachleistungen zwischen ambulanter und stationärer Pflege anzupassen bzw. die stationären Pflegesachleistungen der Stufe I und Stufe II entsprechend zu kürzen. Mit der geplanten Änderung soll ein finanzieller Anreiz zur Versorgung im Pflegeheim, insbesondere bei Pflegestufe I, vermieden werden.

Besteht gleichwohl ein Bedarf an stationärer Versorgung, entsteht eine deutlich höhere Eigenfinanzierung der Pflegebedürftigen als bisher bzw. ersatzweise für die zuständigen Sozialhilfeträger. Allerdings ist die derzeitige Zuzahlungsverpflichtung der Heimbewohner zum tatsächlichen Heimentgelt bei Pflegestufe I deutlich geringer als bei Stufe II und Stufe III. Dies rechtfertigt eine veränderte „Spreizung“ der Beträge innerhalb der stationären Pflegesachleistungen, und auch im Vergleich zwischen stationären und ambulanten Pflegesachleistungen.

Zur Verbesserung der häuslichen Pflege und zur Unterstützung der Angehörigen wird zudem ein verpflichtendes systematisches „Casemanagement“ zwischen allen Beteiligten an der Pflegesituation für erforderlich gehalten, damit alle ambulanten und teilstationären Hilfen zur Vermeidung oder Verzögerung der stationären Versorgung ermöglicht werden. Dies gewinnt hohe Bedeutung insbesondere nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, wenn eine Entschlei-

dung auf Dauer für die stationäre Versorgung noch nicht getroffen werden kann und diesbezüglich eine vorübergehende stationäre Kurzzeitpflege geboten ist, die auch rehabilitative Maßnahmen leisten kann. Dabei sind auch persönliche Hilfen einzubeziehen, um die häuslichen Belange und Wünsche der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen angemessen berücksichtigen und gegebenenfalls unterstützen zu können.

7. Inwieweit kann die Integration medizinischer und pflegerischer Versorgungsleistungen im Sinne integrierter Versorgungssysteme verbessert werden (inklusive Kostenverlagerungen von den Krankenkassen zu den Pflegekassen zu verhindern)?

Die Verbesserung der integrierten Versorgung durch das GKV-Modernisierungsgesetz und die dortigen finanziellen Anreize sowie die Zulassung Medizinischer Versorgungszentren lassen erwarten, dass es zu einer besseren Verzahnung der Sektoren kommt. Hinsichtlich der Kostenverlagerungen von den Krankenkassen ist zum 1. Januar 2004 ausdrücklich das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V zugeordnet worden. Die Aufsichtsbehörden haben außerdem in einer bundesweiten Aktion auf die Krankenkassen eingewirkt, ungerechtfertigte Kostenverlagerungen von Hilfsmitteln in der häuslichen Pflege in die Pflegeversicherung zu unterlassen. Im Übrigen sieht das SGB XI vor, dass ab 2005 durch eine gesetzliche Neuregelung die medizinische Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen von den Pflegekassen auf die Krankenkassen übergehen soll.

8. Wie kann man der defizitären Finanzsituation der Pflegeversicherung entgegenwirken?
9. Wie lassen sich Leistungsverbesserungen finanzieren?

Der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung liegt seit Einführung der 2. Stufe (Einführung der stationären Leistungen Mitte 1996) stabil bei 1,7 %. Die Pflegeversicherung verfügte Ende 2003 über einen Mittelbestand von rund 4,24 Mrd. Euro. Dies entspricht rund 2,9 Monatsausgaben laut Haushaltsplänen der Pflegekassen. Dass die Pflegeversicherung in den letzten drei Jahren jeweils mit einem Defizit abgeschlossen hat, ist nicht auf eine zu hohe Ausgabenentwicklung zurückzuführen; diese hat sich im Rahmen der Prognosen bewegt. Ursächlich ist die Konjunktur- und Arbeitsmarktentwicklung in den letzten drei Jahren, die auch in der sozialen Pflegeversicherung zu einer Einnahmeschwäche geführt hat. Daher sind vorrangig Maßnahmen zu verfolgen, die dieser Konjunktur- und Arbeitsmarktschwäche entgegenwirken. Inwieweit weitere Maßnahmen notwendig sind, auch um z. B. wünschenswerte Verbesserungen in der Pflege zu finanzieren, wird auf Bundesebene zurzeit breit diskutiert. Die Vorstellungen reichen dabei von Beitragssatzerhöhungen, Bildung eines Kapitalstocks, Ausgestaltung der Pflegeversicherung als Bürgerversicherung bis zu Vorschlägen, die Pflegeversicherung durch ein steuerfinanziertes Bundespflegeleistungsgesetz zu ersetzen. Hier ist die Diskussion noch nicht abgeschlossen. Als erster Schritt soll die Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils, das von 2005 an eine Entlastung von erziehenden gegenüber kinderlosen Pflegeversicherten fordert, im Herbst erfolgen.