

Systemgrenzen verhindern Prävention

Der Reformbedarf in der Sozialen Pflegeversicherung

■ Roland Schmidt

Die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit durch eine wirksame Gesundheitsprävention liegt nicht im vorrangigen Systeminteresse der Gesetzlichen Krankenkassen, da dadurch erzielte Einsparungen einem anderen Versicherungsweig, der Sozialen Pflegeversicherung, zugutekommen würden.

Die anstehende Reform der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) sollte zum 1. Januar 2012 in Kraft treten. Bereits von der parlamentarischen Sommerpause war beabsichtigt, dass das Bundesministerium für Gesundheit in einem Eckpunktepapier der Öffentlichkeit präsentiert, in welche Richtung die Reformbestrebungen laufen sollen. Dieses Eckpunktepapier soll nunmehr im September 2011 – so der Informationsstand zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Beitrags – das Licht der Öffentlichkeit erblicken.

Pflegeprävalenz und Pflegeorte

Nach Berechnungen aus dem Juni 2011 wird die Pflegeversicherung zum Jahresende nochmals und letztmalig unter gegebenen Konditionen einen knappen Überschuss erzielen. Dies gilt nicht mehr für das Folgejahr. 2012 könnte eine sogenannte »strukturelle Lücke« von bis zu 300 Millionen Euro jährlich entstehen (Ärzte Zeitung online vom 30. Juni 2010). Die Beitragssatzerhöhung, die im Zuge des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG) beschlossen wurde (derzeit: 1,95 Prozent, für Kinderlose: 2,2 Prozent), wird also nicht ausreichen, um für die restliche Legislaturperiode einen ausgeglichenen Haushalt in diesem Sozialversicherungszweig zu erzielen. Ein Ausgabenanstieg aber ist auch bei unverändertem Pflegebedürftigkeitsbegriff unvermeidbar. Zentral sind in diesem Kontext die Entwicklung bei der Pflegebedürftigkeit und bei den Pflegeorten.

Betrachtet man die Alterszusammensetzung der Pflegebedürftigen, so ist im Jahr 2008 jeder zweite Pflegebedürftige 80 Jahre und älter, ein weiteres Drittel befindet sich zwischen 60 und unter 80 Jahren (Ärzte Zeitung online vom 19. August 2010). Ende 2009, so die jüngste Erhebung der Pflegestatistik, beträgt die Zahl der Pflegebedürftigen hierzulande 2,34 Millionen. Dies bedeutet eine Zunahme von vier Prozent gegenüber dem Vergleichszeitraum im Jahr 2007 (Statistisches Bundesamt 2010).

»Das überhand nehmende Gerede von den ›Chancen des Alterns‹ erinnert an das lauter werdende Pfeifen des Wanderers im Walde bei hereinbrechender Dunkelheit. Jeder Dritte über 80jährige ist heute pflegebedürftig. Künftig ist vielleicht jeder Dritte über 90jährige pflegebedürftig. Dass sich die Phase der Hinfälligkeit vor dem Tod ständig hinausschiebt, hat bei vielen die Illusion genährt, dass sie ganz verschwindet.« (Birg 2005, S. 100).

Die derzeitige Prävalenz, das Vorherrschen von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI wird aber nicht konstant bleiben. Die entscheidenden Faktoren, die die Prävalenz pflegerelevanter Schädigungen bedingen, sind »Lebensalter« und »Morbidität« sowie das Ausmaß des Zusammenhanges zwischen beiden. Das Statistische Bundesamt (2009, S.29 f.) geht in der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung mit Blick auf die Mortalitätsentwicklung von zwei Annahmen aus:

- einem weiteren, aber nun verlangsamten Anstieg der Lebenserwartung, weil in jüngeren Jahrgängen das Sterberisiko bereits gering ist und sich mögliche weitere Verbesserungen nur mehr wenig auf die Entwicklung der Gesamtlebenserwartung auswirken,
- einer weiter andauernden Verminderung des Sterberisikos wie in den vergangenen 35 Jahren infolge verbesserter medizinischer Versorgung. ►

Prof. Dr. Roland Schmidt ist Hochschullehrer für Gerontologie und Versorgungsstrukturen an der Fachhochschule Erfurt.
E-Mail roland.schmidt@fh-erfurt.de

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit tritt vorwiegend im hohen Alter auf. Gleichwohl ist hohes Alter nicht zwingend mit Pflegebedürftigkeit verbunden. Zudem gibt es Grund zu der Annahme, dass das Auftreten von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit für Teile der Altenbevölkerung zeitlich nach hinten verschoben werden kann (= Kompression der Morbidität) (Vaupe/ v. Kistowski 2008, S. 40 f.). Pflegebedürftigkeit hängt eher zusammen mit der verbleibenden Restlebenserwartung als mit dem kalendarischen Lebensalter. Dies könnte bei weiter steigender Lebenserwartung bedeuten, dass sich die altersspezifischen Pflegequoten in (noch) höhere Altersgruppen verschieben.

In der Zeitspanne zwischen 1999 und 2005 schlug sich die Zunahme von Pflegebedürftigkeit in erster Linie in steigenden Zahlen von Pflegeheimbewohnern nieder. Dieser »Sog ins Heim« ist seitdem nicht länger dominant. Betrachtet man die jüngste Entwicklung, ist zu konstatieren, dass normative Impulse zur Ambul-

»billigem« Pflegegeld bedeutsam. Die Beziehung von Pflegegeld steigen leicht um 3,1 % oder 32.000 Personen, diejenigen, die Pflegedienstleistungen beanspruchten deutlich um 10,1 % oder 51.000 Personen. Von der Entwicklung der Pflegeorte – so die Bilanz – geht also kein durchgängig einheitlicher Impuls zur Ausgabenentlastung aus.

Zielkonflikt der Pflegereform

In der Vergangenheit wurde die Einnahmesituation der Sozialen Pflegeversicherung jeweils nur kurzfristig und durch moderate Beitragssteigerungen (mal für Kinderlose, mal für alle Versicherten) so weit verbessert, dass bis zum Ende der jeweiligen Legislaturperiode das Entstehen eines Defizits vermieden werden konnte. Eine mittel- oder gar längerfristig angelegte Finanzreform hingegen konnte durch unterschiedliche Konstellationen von Koalitionären in den letzten zehn

Vor diesem Hintergrund ist das Ergebnis der Debatte um den neuen Begriff von Pflegebedürftigkeit im Frühsommer 2011 nicht antizipierbar. Fachlich-konzeptionell ist die Diskussion zunächst abgeschlossen. Der Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (BMG 2009) und das neue Begutachtungsassessment (Wingenfeld u. a. 2008) stehen nicht im Zentrum der Kontroverse. Vielmehr rücken die finanziellen Auswirkungen in den Fokus der Debatte. Denn: Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff, der allein »ausgabenneutral« ausgestaltet würde, hätte zur Folge, dass beispielsweise die Eintrittsschwelle in den Leistungsbezug erhöht oder die heutige Leistungshöhe partiell (z. B. mit Blick auf die derzeitige Pflegestufe 1) oder generell abgesenkt werden müsste. Da dies den Versicherten kaum zu vermitteln wäre, bedeutet die Implementierung eines nunmehr fachlich suffizienten Begriffs von Pflegebedürftigkeit zugleich Ausgabensteigerungen, die seitens der Pflegekassen zuletzt mit rund drei Milliarden Euro kalkuliert werden (Ärzte Zeitung online vom 6. Mai 2011).

Zur Entscheidung steht somit die Neugestaltung der Einnahmeseite unter Bedingungen erheblicher Ausgabensteigerungen (Fallzahlentwicklung plus Pflegebedürftigkeitsbegriff). Weitere im Frühjahr 2011 erörterten Leistungsausweitungen wie gemeinsame Kuren für Pflegebedürftige und Angehörige, deren Kosten durch die Pflegekassen auf rund eine Milliarde Euro beziffert werden (Ärzte Zeitung online vom 6. Mai 2011), sind zu addieren.

Systemische Hemmnisse

Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit ist in Grenzen beeinflussbar. Das heißt, Eintrittszeitpunkt von Pflegebedürftigkeit und Grad von Beeinträchtigungen können hinausgeschoben oder gemindert werden. Entscheidend sind Entwicklungen im Gesundheitswesen, die das sich wandelnde Krankheitspanorama (Rückgang akuter und Anstieg chronischer Erkrankungen) adäquat berücksichtigen. Stichwörter sind Gesundheitsförderung und Primärprävention, populationsbezogene Integrierte Versorgung und strukturierte Behandlungsprogramme sowie geriatrische Rehabilitation.

»Die Pflegeversicherung steht vor einem Stresstest besonderer Art«

antisierung der Pflege, wie sie insbesondere durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz gesetzt wurden (Schmidt 2008), offensichtlich nicht nur vorübergehend – zwischen 2005 und 2007 – Wirkung zeigten, sondern auch Ende 2009 weiterhin Bestand haben.

So beträgt die Zunahme bei den Pflegeheimbewohnern zwischen 2007 und 2009 4,6 % oder 31.000 Personen und den zu Hause Gepflegten 5,6 % oder 83.000 Personen. Allerdings ist hier zu bedenken, dass steigende Zahl der Pflegebedürftigen vornehmlich in Pflegestufe 1 zu Buche schlägt. Auch wenn der »teure« Pflegeort »Heim« nicht mehr ungebrochen das dominante Wachstumssegment repräsentiert, was unterhalb der Pflegestufe 3 die Ausgaben dämpft, ist im Hinblick auf die »Pflege zu Hause« eine stärkere Zunahme des Sachleistungsbezugs und eine geringere Inanspruchnahme von

Jahren nicht realisiert werden. Und das, obgleich bekannt ist, dass die Zahl der Leistungsempfänger sukzessiv steigt und nach dem Eintritt der geburtenstarken Nachkriegsjahrgänge in das »vierte Lebensalter« den Höhepunkt erreichen wird.

Die Grundsatzfrage, ob dieser »Stresstest der Sozialen Pflegeversicherung« allein durch das heutige Umlageverfahren oder einen je unterschiedlich ausgestalteten Mix aus Umlageverfahren und (vorübergehenden) Kapitaldeckungselementen oder eine Bürgerversicherung Pflege unternommen werden soll, ist politisch strittig. Schlimmer noch: Eine parteiübergreifende Suche nach Konsens deutet sich nirgends an, was im Bereich der Sozialversicherung potentiell zu Verwerfungen infolge instabiler politischer Rahmenbedingungen bei wechselnden Mehrheiten führen könnte.

Beispiel 1: Durch ein Disease-Management-Programm Demenz könnte im Zuge der Akkreditierung durch das Bundesversicherungsamt sichergestellt werden, dass Diagnostik und Behandlung leitliniengerecht ausgestaltet sind. Dies hätte zur Folge, dass die verordnete Medikation den Stand der Kunst repräsentiert und nicht länger die Budgetgrenzen der Regelversorgung spiegelt. Dies gilt insbesondere für eine Therapie mit Memantine im mittleren Krankheitsstadium, die die kognitive Leistung verbessert und den Pflegebedarf reduziert.

Beispiel 2: Im Rahmen populationsbezogener Verträge zur Integrierten Versorgung (IV), die auf einer Einsparvereinbarung basieren, ist es für die beteiligten Akteure (Ärzt*innen und Managementgesellschaft) nicht länger hinreichend, allein Krankheiten zu behandeln, sondern erfordert, um erfolgreich zu sein, auch ein Engagement bei der Krankheitsvermeidung. Man kann dies am Beispiel des IV-Vertrags »Gesundes Kinzigtal« exemplarisch studieren und anhand der Evaluationsberichte nachvollziehen (Siegel/Stöbel 2010).

»Geriatrische Patienten sollten nur integriert versorgt werden.« (Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen, Charité). Auf drei Krankheitsgruppen sollte man sich dabei zunächst konzentrieren: kardiovaskuläre Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparats und Demenz. Um Behandlungspfade frei zu bekommen, müssten die Sozialgesetzbücher V und XI zusammengeführt werden. (Ärzte Zeitung online vom 17. September 2010)

Resümee

Die Implementierung system- und sektorenübergreifender Versorgungspfade »bricht« sich nach wie vor an dem Umstand, dass mit Einführung des SGB XI als einem eigenständigen Sozialversicherungszweig kein Anreiz in der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) gesetzt wurde, Pflegebedürftigkeit gezielt zu vermeiden oder zu mindern.

Aus SGB V-Perspektive wurde somit das Finalprinzip verletzt. Der Leistungsträger als Finanzier profitiert nicht von den erzielten Effekten. Profiteur ist vielmehr das angrenzende System des SGB XI, dessen Leistungsausgaben weniger steil ansteigen.

Das Problem der Systemgrenzen konnte durch die jüngsten Impulse des Gesetzgebers nicht einer Lösung zugeführt werden. Weder sind Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen relevante Partner im Rahmen Integrierter Versorgung geworden noch konnte mit Hilfe der Neufassung von § 31 Abs. 3 SGB XI, der den Verfahrensablauf bei Rehabilitationspotential konkretisiert, die Bewilligungspraxis der Krankenkassen beeinflusst werden. Die Schnittstellenproblematik beider Sozialversicherungssysteme steht somit unvermindert als Reformfordernis an. ♦

Literatur

Birg, H. (2005). Die ausgefallene Generation. Was die Demographie über unsere Zukunft sagt. München.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2009). Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin.

Schmidt, R. (2008). Ambulantisierung der Pflege und das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz. In: Bettig, U./Frommelt, M. u. a. (Hg.). Management Handbuch Pflege (K 1300). Heidelberg.

Siegel, A./Stöbel U. (2011). Kurzbericht zur Evaluation der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal. Freiburg im Breisgau (Internet <http://www.ekiv.org>).

Statistisches Bundesamt (2009). Die Bevölkerung Deutschlands. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2011). Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Vaupel, J.W./v. Kistowski, K. (2008). Die neue Demografie und ihre Implikationen für Gesellschaft und Politik. In: Werz, N. (Hg.). Demografischer Wandel. Baden-Baden, S. 33–49.

Wingenfeld, K./Büscher, A./Gansweid, B. (2008). Das neue Begutachtungssassessent zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Bielefeld/Münster.



Studienführer Sozialmanagement

Studienangebote in Deutschland, Österreich und der Schweiz: Befunde – Analysen – Perspektiven

Von Prof. Dr. Karl-Heinz Boeßenecker und Prof. Dr. Andreas Markert

2. Auflage 2011, 197 S., brosch., 19,- €

ISBN 978-3-8329-5892-3

(Edition Sozialwirtschaft, Bd. 19) nomos-shop.de/12822

Der vorliegende Studienführer rekonstruiert die an deutschsprachigen Hochschulen der Bundesrepublik, der Schweiz und Österreichs zum Wintersemester 2009/2010 bestehenden Studiengänge im Bereich Sozialmanagement/ Sozialwirtschaft und ordnet diese fachlich ein. Studierende, Lehrende und Praktiker/Praktikerinnen erhalten so eine systematische Übersicht über ein expandierendes Studien- und Handlungsfeld.



Nomos