
**Pressemitteilung zur Pressekonferenz des IGSF
am 16. April 2008 in Berlin**

– Langfassung –

Reha, Kranken- und Pflegeversicherung vereinigen

„Das deutsche Gesundheits- und Sozialwesen in seiner jetzigen Form ist nicht auf die demographischen Veränderungen vorbereitet. Die ständig weiter zunehmende Zahl von chronisch kranken älteren Menschen braucht ein wohnortnahes vernetztes Angebot von medizinischen und pflegerischen Leistungen. Mit den vorhandenen segmentierten Strukturen in der Kranken- und Pflegeversicherung sowie den Leistungen der medizinischen Rehabilitation in der Rentenversicherung ist auf Dauer eine kostengünstige, auf die Bedürfnisse der Betroffenen ausgerichtete medizinische und pflegerische Versorgung nicht zu gewährleisten“, so Prof. Fritz Beske, Leiter des IGSF in Kiel bei der Vorstellung einer neuen Studie in Berlin.

Das IGSF empfiehlt die Integration von Sozialer Pflegeversicherung und medizinischer Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung in die Gesetzliche Krankenversicherung¹.

„Die alles überlagernde Begründung für diesen Vorschlag zur Integration ist die zunehmende Finanzenge der sozialen Sicherungssysteme. Es muss jede Möglichkeit diskutiert und ausgeschöpft werden, um Rationalisierungsreserven zu erschließen, um die Finanzsituation der sozialen Sicherungssysteme zu verbessern. Zu diesen Möglichkeiten gehört das vorgelegte Integrationskonzept“, so Prof. Beske weiter.

¹ Die Studie „Integration von Sozialer Pflegeversicherung und medizinischer Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung in die Gesetzliche Krankenversicherung – Ein Rationalisierungskonzept –“ von Prof. Beske ist als Band 109 in der Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel erschienen und kann gegen eine Schutzgebühr von 10 € zzgl. Versandkosten bestellt werden bei: IGSF Kiel, Weimarer Str. 8, 24106 Kiel, Tel. 0431 – 800 60-0, Fax 0431 – 800 60-11, E-Mail: info@igsf-stiftung.de.

Zu den entscheidenden Begründungen für Handlungsoptionen gehört nach seiner Ansicht die **Bevölkerungsentwicklung**.

Die **Lebenserwartung** nimmt unverändert zu. Nach der Generationensterbetafel beträgt sie für Jungen 81,7 und für Mädchen 87,8 Jahre. Alle vier Jahre kommt ein weiteres Jahr hinzu. Für die Aufrechterhaltung einer Bevölkerungszahl ist eine **Geburtenziffer**, die durchschnittliche Kinderzahl einer Frau im gebärfähigen Alter, von 2,1 Kindern erforderlich. Die Geburtenziffer liegt heute jedoch nur bei 1,33 Kindern. Selbst eine Zunahme würde die abnehmende Bevölkerungszahl nicht korrigieren. Die **Bevölkerungszahl** sinkt von 82,3 Millionen heute auf 68,7 Millionen 2050, ein Rückgang um 13,6 Millionen.

Von besonderer Bedeutung für die Beurteilung einer Bevölkerung ist die **Altersstruktur**, die Zusammensetzung nach Altersgruppen. Die Altersgruppe 0 bis 19 Jahre geht von heute 16,2 Millionen bis 2050 auf 10,4 Millionen zurück, eine Abnahme um 5,8 Millionen. Die Altersgruppe im erwerbsfähigen Alter, 20 bis 64 Jahre, nimmt im gleichen Zeitraum von 49,8 auf 35,5 Millionen ab, ein Rückgang um 14,3 Millionen. Dem gegenüber nimmt die Altersgruppe 65 Jahre und darüber von 16,3 auf 22,9 Millionen zu, ein Plus von 6,6 Millionen. Diese Entwicklung bedeutet, dass eine kontinuierlich abnehmende Altersgruppe im erwerbsfähigen Alter eine ständig zunehmende Zahl von Personen im nicht mehr erwerbsfähigen Alter versorgen muss, finanziell und personell. Unterhalten heute 3 Personen im erwerbsfähigen Alter 1 Person im nicht mehr erwerbsfähigen Alter, so werden es 2050 nur noch 1,6 Personen sein.

Für die **Gesetzliche Krankenversicherung** (GKV) bedeutet diese Entwicklung, dass ihre Ausgaben bei gleich bleibendem Leistungskatalog und ohne Mehrausgaben für den medizinischen Fortschritt bezogen auf eine Person im erwerbsfähigen Alter von jährlich 2.870 Euro 2005 auf 4.320 Euro 2050 steigen, was durch eine korrespondierende Erhöhung des Beitragssatzes gedeckt werden muss.

Eine analoge Entwicklung ist in der **Pflegeversorgung** zu erwarten. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird sich von 2 Millionen heute auf 4,4 Millionen 2050 mehr als verdoppeln. Die Zahl der in Pflegeheimen stationär untergebrachten Pflegebedürftigen steigt im gleichen Zeitraum von 625.000 auf 1,6 Millionen, ein Zuwachs um 150 Prozent. Der Bedarf an Pflegekräften zur Versorgung dieser Pflegebedürftigen erhöht sich in Vollzeitäquivalenten von 509.000 auf 1,3 Millionen 2050 und damit um

fast 150 Prozent. Die Leistungsausgaben der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung zusammen werden sich von 18,6 Milliarden Euro heute auf 36,2 Milliarden Euro 2050 erhöhen, und dies ohne jede Dynamisierung von Leistungen und ohne Anpassung z. B. an Besoldungserhöhungen.

Insgesamt ist nicht vorstellbar, wie die deutsche Bevölkerung diese Aufgaben ohne intelligente Veränderungen und sicher auch ohne Einschränkungen bewältigen kann.

Mit der **Zusammenführung** von Gesetzlicher Krankenversicherung, Sozialer Pflegeversicherung und medizinischer Rehabilitation der Rentenversicherung unter dem Dach der Gesetzlichen Krankenversicherung liegen die Aufgaben von Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege in einer Hand und können damit aus einer Hand koordiniert und integriert geplant und finanziert werden. Dies trägt auch der Entwicklung in der medizinischen Rehabilitation Rechnung, die sich bei einer ständigen Abnahme von Personen im Arbeitsleben, mit Zuständigkeit der Rentenversicherung, und einer kontinuierlichen Zunahme der Personen im nicht mehr erwerbsfähigen Alter schwerpunktmäßig auf die Gesetzliche Krankenversicherung verlagert. Ein solches Konzept bedeutet auch, dass Einsparungen z. B. durch Prävention und Rehabilitation nicht anderen Sozialsystemen zugute kommen, sondern im gleichen System verbleiben, ein Motivationsschub. Mit der Zuständigkeit in einer Hand kann auch die dringend erforderliche Verlagerung von Rehabilitationsmaßnahmen aus dem stationären in den kostengünstigeren und wohnortnahen ambulanten Bereich erfolgen. Akutkrankenhäuser sind bei einer weiterhin zu erwartenden Abnahme an Betten in der Lage, diese Aufgabe zu übernehmen.

Die Krankenversicherung und die Pflegeversicherung arbeiten in sich überlagernden Risiken von Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Die meisten Pflegebedürftigen sind chronisch krank, oft multimorbide. Sie brauchen neben der pflegerischen Betreuung eine ständige ärztliche Betreuung. Es bietet sich daher an, die Zuständigkeiten von Gesetzlicher Krankenversicherung und Sozialer Pflegeversicherung zusammenzuführen.

Erforderlich ist ein auf längere Sicht angelegter Umwandlungsprozess. Hier gilt der Grundsatz, dass alles, was in der Verwirklichung einen längeren Vorlauf hat, sofort begonnen werden soll.

Eine besondere Situation ergibt sich in der Sozialen Pflegeversicherung. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wird das bisherige Konzept einer zentral regulierten und kontrollierten Versorgung im Pflegefall fortgeführt. Damit werden Erfahrung, Gestaltungsfähigkeit und Gestaltungskraft auf der kommunalen Ebene nicht genutzt. Erforderlich sind jedoch kommunale Konzepte unter Einbeziehung von Nachbarschaftshilfe und Ehrenamtlichkeit in integrierten Versorgungsformen. Hierfür gibt es Beispiele. Dies bedeutet, dass die Finanzströme der Pflegeversicherung umgeleitet und z. B. in die Verfügungshoheit von Pflegebedürftigen gelegt werden müssen.

Einige grundsätzliche Bemerkungen zur Pflegeversicherung:

Die Soziale Pflegeversicherung ist zentral und ohne wesentliche Gestaltungsmöglichkeit der einzelnen Pflegekassen oder der Kommunen angelegt. Vertragspartner aller Leistungserbringer ist der Verband der Pflegekassen. Damit sind keine Verträge zwischen einzelnen Pflegekassen und Leistungserbringern möglich. Die Kommunen sind nicht eingebunden. Art und Umfang der Pflegedokumentation werden vom MDK vorgegeben und kontrolliert, zurzeit mit 57 Formularen wie Mobilität / sich bewegen, Schmerzzustand, Ernährungs- und Sturzereignisprotokoll. Zu den Überprüfungen der Pflegeheime durch den MDK kommen Überprüfungen durch die Heimaufsicht. Der bürokratische Aufwand insgesamt ist belastend hoch. Nach übereinstimmenden Angaben benötigt eine Pflegekraft 40 Prozent ihrer Arbeitszeit für Dokumentationsaufgaben, Zeit, die insbesondere auch der von allen Seiten geforderten Zuwendung verloren geht. Die Professionalisierung der Pflege nimmt zu, was zur Verteuerung führt. Für die Pflegebranche wird ein Mindestlohn zusammen mit einer besseren Vergütung gefordert. Ob dies ausreicht, um auch in Zukunft den Nachwuchs für eine schwere und anspruchsvolle Arbeit zu finden, ist fraglich. Schon wird von einem bevorstehenden Pflegenotstand gesprochen. Als Konsequenz dieser Entwicklung sagt das Deutsche Institut für Altersvorsorge sogar einen Kollaps der Pflegeversicherung voraus.

In dieser Situation ist es erforderlich, sich auf die in einer Gemeinde mobilisierbaren Kräfte mit Nachbarschaftshilfe und ehrenamtlicher Tätigkeit zu besinnen. Benötigt werden Konzepte, mit denen die Kommunen angesprochen und in die Lage versetzt werden, die Hilfe für Pflegebedürftige zu organisieren. Die gestaltende Kraft von Kommunen ist groß. Es gibt Beispiele für eine vorbildliche Organisation der Betreuung von Pflegebedürftigen auf der kommunalen Ebene, z. B. das Bielefelder Modell

mit selbstbestimmtem Wohnen und Versorgungssicherheit im Pflegefall, dem Verein Miteinander Wohnen in Berlin-Friedrichsfelde oder dem Unternehmen Pflege LebensNah der evangelischen Kirche in Rendsburg. Die Finanzströme der Pflegeversicherung müssten umgeleitet werden, z. B. in die Verfügungshoheit von Pflegebedürftigen.

Das damit für die Versorgung Pflegebedürftiger vorgeschlagene Konzept ist regional und dezentral angelegt. Es erfordert Vertrauen in regionale und dezentrale Strukturen und damit Vertrauen in regional und dezentral handelnde Personen und Institutionen. Es steht im Widerspruch zu der Auffassung, dass in einem Land mit heute gut 82 Millionen Einwohnern eine zentrale Gestaltung besser in der Lage ist, Strukturen zu entwickeln und zu verwalten als dezentrale Verantwortlichkeit.

Die These lautet: Dezentral, kommunal, integriert und freiwillig statt zentral, vorgeschrieben und kontrolliert.

Anlage 1 zur Pressemitteilung vom 16.04.2008

Bevölkerung nach Altersgruppen (in Millionen gerundet)

| | | |
|----------------------|------|--------------------|
| 0 bis 19 Jahre | 2006 | 16 Millionen |
| | 2050 | 10 Millionen |
| | | Minus 6 Millionen |
| 20 bis 64 Jahre | 2006 | 50 Millionen |
| | 2050 | 36 Millionen |
| | | Minus 14 Millionen |
| 65 Jahre und darüber | 2006 | 16 Millionen |
| | 2050 | 23 Millionen |
| | | Plus 7 Millionen |
| Bevölkerung gesamt | 2006 | 82 Millionen |
| | 2050 | 69 Millionen |
| | | Minus 13 Millionen |

Lebenserwartung eines neugeborenen Mädchens

| | |
|------|--------------------------------------|
| 1900 | 48,3 Jahre (Periodensterbetafel) |
| 2004 | 87,8 Jahre (Generationensterbetafel) |

Die Lebenserwartung steigt alle 4 Jahre um ein Jahr.

Anlage 2 zur Pressemitteilung vom 16.04.2008

Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen 2000 bis 2050

