

Die Gesundheitsreform belastet die Pflegeversicherung und Sozialhilfeträger dauerhaft mit ca. 1,75 Mrd. Euro

von Harry Fuchs, Düsseldorf

1. Einleitung

Von der Öffentlichkeit weitgehend unbeachtet sieht der Entwurf des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vor, dass die Behandlungspflege auf Dauer Leistung der Pflegeversicherung bleibt.

Neben den allgemeinen Pflegeleistungen gehört seit dem 1.1.1996¹ auch die medizinische Behandlungspflege zu den von der Pflegeversicherung zu vergütenden Leistungen der Pflegeeinrichtungen. Mit der Aufnahme der Behandlungspflege in den Leistungskatalog der Pflegekassen sollte für die Klärung Zeit gewonnen werden, ob und in welchem Umfang die Kranken- bzw. die Pflegekassen auf Dauer zur Kostentragung für die medizinische Behandlungspflege zuständig sind². Aus diesem Grunde wurde die Leistungsverpflichtung der Pflegekassen zunächst bis 31.12.1999 befristet, diese Befristung später aber durch verschiedene Gesetze bis heute verlängert³. Ursache für die ständigen Verschiebungen der ausstehenden Grundsatzentscheidung war die nicht ausreichend zuverlässige Datenbasis für eine endgültige Entscheidung über die Finanzierung⁴. Obwohl die Datenlage heute keineswegs klarer ist, wird nunmehr ein Schlussstrich unter den Verschiebebahnhöfen in Milliardenhöhe gezogen.

2. Behandlungspflege ist systemgerecht Aufgabe der Krankenversicherung

Bei der Behandlungspflege handelt es sich um eine Leistung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung, für die die Krankenkasse zuständig ist (vgl. für die Behandlungspflege in der eigenen Häuslichkeit § 37 Abs. 2 SGB V). Behandlungspflege ist deshalb als Teil einer ärztlichen Behandlung grundsätzlich vom behandelnden Arzt zu verordnen⁵.

Nach dem 1.SGB XI-ÄndG müssen die Kosten der medizinischen Behandlungspflege aus dem finanziell begrenzten Leistungsbudget der Pflegeversicherung erbracht werden. Damit stehen für die medizinisch-pflegerischen Leistungen zweifelsfrei weniger Mittel zur Verfügung, als dies ohne die Belastung durch den Aufwand für die Behandlungspflege der Fall wäre.

Nach der 1996 geäußerten Auffassung der Ausschüsse des Bundesrates ist dies sachlich nicht vertretbar, weil auch Heimbewohnerinnen und –bewohner Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung entrichten und somit kein Grund besteht, die Kosten der medizinischen Behandlungspflege nicht der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuerlegen⁶.

Auch heute ist nicht zu rechtfertigen, dass ein Pflegebedürftiger, der Behandlungspflege in seiner Häuslichkeit erhält, die Leistungen für seinen Beitrag zur Krankenversicherung uneingeschränkt ausschöpfen kann, während der Pflegebedürftige, der die gleiche Leistung in einer Pflegeeinrichtung bezieht, für seinen Beitrag zur Krankenversicherung diese Leistung nicht erhält und Teile der Behandlungskosten entweder aus der eigenen Tasche bezahlen oder – soweit er bedürftig ist – der Sozialhilfeträger eintreten muss. Für den Rechtsanspruch

¹ Art. 1 Nr. 18 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes (1.SGB XI-ÄndG), BT-Drs. 13/3696 vom 6.2.1996

² Art. 7a des 1. SGB XI-ÄndG, ebenda.

³ GKV-GRG 2000 (BT-Drs. 14/1977, S. 185), PflEG (BT-Drs. 14/7154, S. 17)

⁴ Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung vom 15.3.2001, BT-Drs. 14/5590, S. 71

⁵ Klie/Krahmer, Lehr- und Praxiskommentar LPK-SGB XI, § 43, Rn. 14

⁶ Empfehlungen der Ausschüsse des Bundesrates zum 1.SGBXI-ÄnG vom 22.4.96 BR-Drs. 228/1/96, Abschnitt A, Nr. 3, S. 1,2, Nr. 3

auf Leistungen der Krankenversicherung darf es keinen Unterschied machen, ob jemand Krankenpflege im Heim oder zu Hause erhält⁷.

Durch die Entscheidung, die medizinische Behandlungspflege im stationären Bereich nicht über die Krankenversicherung, sondern über die Pflegeversicherung zu finanzieren, sind letztlich die Träger der Sozialhilfe Kostenträger der Behandlungspflege. Sie müssen für stationär versorgte Pflegebedürftige immer dann mit ergänzender Hilfe zur Pflege eintreten, wenn die gedeckelten Zuschüsse der Pflegeversicherung zur Abdeckung des notwendigen Bedarfs nicht ausreichen und Bedürftigkeit vorliegt⁸. Diese Wirkung war den Abgeordneten während der Beratung des 1.SGBXI-ÄndG durchaus bewusst.^{9,10} Das Ziel der Pflegeversicherung, möglichst viele Bewohner von Pflegeeinrichtungen aus der Abhängigkeit von der Sozialhilfe zu befreien, wird somit verfehlt¹¹.

Der Bundesrat hat zudem darauf hingewiesen, dass die ganzheitliche Leistungsgewährung gewährleistet bleiben muss. Bürokratische Hemmnisse dürften auch bei der Finanzierung der Kosten der Behandlungspflege nicht aufgebaut werden¹².

3. Kein wesentlicher Dissens der Politik

Bei den Beratungen des 1. SGB XI-ÄndG gab es keinen wesentlichen Dissens darüber, dass die Zuordnung der Behandlungspflege zur Pflegeversicherung nicht systemgerecht ist.

Die Bundesregierung stellte fest, dass es „mit Rücksicht auf die großen Probleme der Krankenversicherung *derzeit* nicht möglich gewesen (ist), diese Kosten durch die Krankenversicherung zu übernehmen. Im Übrigen sei mit der Übernahme der Kosten der Behandlungspflege (durch die Pflegekassen) keine Änderung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit verbunden; es handele sich lediglich um eine „gastweise“ Übernahme der Kosten durch die Pflegeversicherung. Im Jahr 1999 werde geprüft, welcher Anteil der Einsparungen im Bereich der Krankenversicherung...für die Kosten der Behandlungspflege eingesetzt werden könne.“¹³

Nach Auffassung der oppositionellen SPD-Fraktion „gehört die Behandlungspflege *von der Systematik her* in den Bereich der Krankenversicherung“.¹⁴

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN formulierte im Klartext. „Aber wenn man es genau nimmt, ist damit der Pflegeversicherung eine versicherungsfremde Leistung aufgedrückt worden,...Es handelt sich hierbei um typische Leistungen der Krankenversicherung, die von ihr auch bei Pflegebedürftigen, die ambulant betreut werden, übernommen werden müssten. Auch die Menschen, die in Heimen leben, haben Krankenversicherungsbeiträge gezahlt. Warum werden sie von deren Leistungen ausgeschlossen? Es handelt sich offensichtlich um einen Deal. Der Gesundheitsminister schützt seine Krankenkassen. Dafür lässt er zu, dass die Sozialhilfe ein weiteres Mal gebeutelt wird.“¹⁵

⁷ ebenda, Abschnitt A, Nr. 3 und 4, S. 2

⁸ ebenda, Abschnitt A, Nr. 6, S. 2

⁹ Dr. Gisela Babel (F.D.P.), Deutscher Bundestag, Protokoll der 86. Sitzung am 8.2.1996, S. 7650: „...oder sogar in den meisten Fällen...überstiegen wird und es dann doch bei der Finanzierung der Selbstzahler oder Sozialhilfeträger bleiben wird.“

¹⁰ ebenso Abgeordneter Gerd Andres (SPD, Deutscher Bundestag, 13. Wahlperiode, Protokoll der 96. Sitzung am 15.3.1996, S 8603

¹¹ Deutscher Bundesrat, Anrufung des Vermittlungsausschusses, BR-Drs. 13/4521 vom 6.5.1996, Anlage Buchst. a

¹² ebenda

¹³ Auffassung der Fraktion der CDU/CSU in den Ausschussberatungen zum 1.SGB XI-ÄndG, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung, BT-Drs. 13/4091 vom 13.3.96, S. 35

¹⁴ Abgeordneter Gerd Andres (SPD), Deutscher Bundestag, 13. Wahlperiode, Protokoll der 86. Sitzung am 8.2.1996, S. 7647

¹⁵ Abgeordnete Andrea Fischer (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN), Deutscher Bundestag, 13. Wahlperiode, Protokoll der 86.Sitzung am 8.2.1996, S 7649

Offensichtlich war dies auch dem damaligen Bundesarbeitsminister bewusst: „Über die Behandlungspflege kann man streiten, da gibt es gute Gründe. Es ist ein Kompromiss, den wir gefunden haben“¹⁶.

Weil sich die übergroße Mehrheit¹⁷ der Politiker der Systemwidrigkeit der Zuordnung der Behandlungspflege zur Pflegeversicherung bewusst war, kam erst im zweiten Vermittlungsverfahren nach Vorarbeit einer auf Staatssekretärebene eingesetzten Arbeitsgruppe ein Kompromiss zustande, nach dem die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen befristet bis zum 31.12.1999 durch die Pflegekassen zu übernehmen sind. Wegen der späteren Fristverlängerungen blieb die endgültige Zuordnung bis heute offen. Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN stellte dazu fest: „Die Entscheidung für die Pflegeversicherung bleibt falsch. Aber sie wird nach drei Jahren Praxis vermutlich allein auf Grund von Sachzwängen nur noch schwer zu korrigieren sein“¹⁸. Wie der Entwurf des GKV-WSG zeigt, trifft diese Einschätzung – wenn auch verspätet – zu.

4. Der Aufwand für die Kosten der Behandlungspflege ist unverändert unklar

Die Bundesregierung bezifferte die Kosten der Behandlungspflege im Gesetzgebungsverfahren zum 1.SGBXI-ÄndG mit insgesamt 2,7 bis 3 Milliarden DM, wovon 800 Millionen DM auf die Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen entfallen sollten.¹⁹ Demgegenüber erklärte der damalige Bundesgesundheitsminister öffentlich, die Kosten lägen bei 2,7 Milliarden DM, mit steigender Tendenz. Die Krankenkassen handelten mit 3 bis 4 Milliarden DM²⁰.

Der Aufwand für die Behandlungspflege in Einrichtungen wird seitens der Spitzenverbände der Krankenkassen im Jahr 2000 mit rund 3 Mrd. DM, von den Spitzenverbänden der Wohlfahrtspflege mit 2 bis 2,7 Mrd. DM benannt²¹. Im Jahr 2001 ging der AOK Bundesverband von rd. 3 Mrd. DM aus. Andere Schätzungen kommen bei einem Aufwand von jeweils 220 DM bei 550.000 Pflegebedürftigen in Einrichtungen auf ein Volumen von 1,5 Mrd. DM²². Auf dieser Basis beträgt der Aufwand für die Behandlungspflege im Jahre 2005 für 642.000 Pflegebedürftige in Einrichtungen rd. 1,75 Mrd. Euro²³.

Entgegen der Erwartung der Politik²⁴ wurde jedenfalls bis heute keine transparente Datenbasis für diese Kosten ermittelt. Eine besondere Erfassung dieses Leistungsbestandteils in den im Rahmen der Pflegeversicherung zu erhebenden Statistikdaten wurde nicht vorgeschrieben.

Im Gegensatz zu der langwierigen politischen Auseinandersetzung über die systematisch richtige Zuordnung ist die endgültige Belastung der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe mit diesem Aufwand heute offensichtlich ohne Datentransparenz und politische oder fachliche Begründung, beinahe beiläufig möglich.

¹⁶ Bundesarbeitsminister Blüm, ebenda, S. 7653

¹⁷ Ausnahme Bayern, vergl. Protokoll der 696. Sitzung des Bundesrates am 3.5.1996, S.168

¹⁸ Abgeordnete Andrea Fischer (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN), Deutscher Bundestag, Protokoll der 107. Sitzung am 23.5.1996, S. 9420

¹⁹ Bundesarbeitsminister Blüm, Deutscher Bundestag, 13. Wahlperiode, Protokoll der 86. Sitzung am 8.2.1996, S 7653

²⁰ Abgeordneter Gerd Andres (SPD), ebenda S. 7647

²¹ Enquete-Kommission Demographischer Wandel des deutschen Bundestages, Stellungnahme des VdAK/AEV(Abteilungsleiter Paul Schiffer) für die Anhörung zum Reformbedarf der Pflegeversicherung am 25.9.2000, Zu D, S. 11

²² 2. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung vom März 2001, BT-Drs. 14/5590, Ziffer 2.4. S. 114

²³ eigene Berechnung

²⁴ vergl. Fußnote 4

5. Motiv: Entlastung der Krankenversicherung – damals wie heute

Hintergrund für die systemwidrige Zuordnung der Behandlungspflege zur Pflegeversicherung waren Mitte der neunziger Jahre die auch damals ständig steigenden Beiträge der Krankenversicherung. Die bis dahin nicht gesetzlich geregelte Kostenübernahme der Behandlungspflege in stationären Einrichtungen duldeten keinen weiteren Aufschub, sollte aber auch nicht zu einer beitragsatzrelevanten Belastung der Krankenversicherung führen.

Nur deshalb wurde nach monatelangem Streit zwischen den Ministern Blüm und Seehofer geregelt, „dass die Pflegeversicherung die Kosten für die Behandlungspflege in Pflegeheimen übernimmt, allerdings nur, soweit der Höchstbetrag von 2800 DM von der Grundpflege nicht bereits aufgezehrt ist“²⁵.

Heute sollen offensichtlich wegen der beabsichtigten Stärkung des Wettbewerbs der Krankenversicherung und der ohnehin mit dem Inkrafttreten des GKV-WSG auf die Krankenkassen und ihr Mitglieder zukommenden Beitragssatzerhöhungen weitere Belastungen aus einer systemgerechten Zuordnung des Aufwandes für die Behandlungspflege endgültig ausgeschlossen werden. Mit Blick auf die damit in der Größenordnung von 1,75 Mrd. Euro verbundene Belastung der Pflegeversicherung und Sozialhilfeträger verstärkt sich der Handlungsdruck auf die bevorstehende Reform der Pflegeversicherung und die Reform des Eingliederungshilferechts im Rahmen der Sozialhilfe.

6. Die Rechtfertigung für den Verschiebepbahnhof trägt nicht

Mit der endgültigen Belastung der Pflegeversicherung um den Aufwand für die Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen in Höhe von ca. 1,75 Mrd. EUR bleibt der Krankenversicherung eine Belastung in gleicher Höhe erspart.

Die Bundesregierung rechtfertigt diese Entscheidung mit dem Aufwand für die Erweiterung des Leistungskatalogs der Krankenversicherung um die Verbesserung der Palliativversorgung (0,08 Mrd.), Aufnahme der geriatrischen Rehabilitation und der Vater-Mutter-Kind-Leistungen in den Regelleistungskatalog (0,12 Mrd.), Behandlungspflege in besonders schweren Fällen, die weiterhin von den Krankenkassen zu bezahlen ist (0,06 Mrd.), sowie die Aufnahme von Schutzimpfungen in den Regelleistungskatalog (bis 0,10 Mrd.). Insgesamt steht damit ein Aufwand für Leistungsverbesserungen in Höhe von maximal 0,36 Mrd. Euro der endgültigen Entlastung für die Behandlungspflege in Höhe von 1,75 Mrd. gegenüber²⁶. Die Rechtfertigung für den Verschiebepbahnhof trägt danach rechnerisch keinesfalls.

Auch fachlich ist sie mehr als zweifelhaft. In der gesamten Krankenversicherung besteht auf die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 11 Abs. 2 SGB V in der durch das SGB IX ab 1.7.2001 geänderten Fassung ein Rechtsanspruch²⁷. Sie sind also schon seit 5 Jahren Pflichtleistungen. Selbst wenn die durch das SGB IX vollzogenen Änderungen in Verwaltungspraxis und Rechtsprechung missverstanden worden sein sollten und immer noch von Ermessensleistungen ausgegangen würde, verdichtet sich nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ein Ermessensanspruch zur Pflichtleistung, wenn der Versicherte die Leistungsvoraussetzungen erfüllt. Leistungen unterbleiben danach nicht deswegen, weil auf sie nur ein Ermessensanspruch besteht. Da die Krankenkassen in der Vergangenheit auch keine Leistungen unter Hinweis auf fehlende gesetzliche Anspruchsgrundlagen abgelehnt haben, wären auch dann weder zusätzliche Leistungen noch Mehrkosten zu erwarten, wenn erst mit dem GKV-WSG der Ermessensanspruch in einen Rechtsanspruch umgewandelt würde. Die für die Rehabilitationsleistungen kalkulierten Mehrkosten in Höhe von 0,12 Mrd. EUR entbehren danach jeder Grundlage und werden nicht anfallen.

²⁵ Abgeordnete Dr. Gisela Babel (F.D.P.), ebenda S. 7650

²⁶ Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz –GKV-WSG), Bt-Drs. 16/3100 vom 24.10.2006, Begründung, C. Finanzielle Auswirkungen, Nr. 1

²⁷ vergl. Soziale Sicherheit, 10/2006, S. 349 und www.harry-fuchs.de

Dies gilt ebenso für die im Verlauf des bisherigen Gesetzgebungsverfahrens genannten Mehrkosten in Höhe von 70 Mio. Euro, mit denen unter Hinweis auf die seit 1.7.2001 geltende Rechtslage die geforderte Klarstellung abgelehnt wird, dass auf die gesamten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation ein Rechtsanspruch besteht. Mit dieser Klarstellung sind aus den genannten Gründen weder Mehrleistungen noch Mehrkosten verbunden. Sie beseitigen aber die bei chronisch Kranken und behinderten Menschen bestehende Verunsicherung und schaffen Rechtssicherheit, was letztlich Verwaltungskosten im Zusammenhang mit einer rechtswidrigen Verwaltungspraxis spart.

Im Übrigen hätte das Bundesversicherungsamt bei zutreffender Rechtsauslegung den Aufwand für die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation auf der Grundlage des geänderten § 11 Abs. 2 SGB V schon ab 2002 in den Risikostrukturausgleich einbeziehen müssen. Für den künftigen Finanzausgleich nach dem WSG-GKV ist die Klarstellung unverzichtbar. Andernfalls ist mit wegen des Zusammenhangs von Satzungsleistungen und Finanzierung über Zusatzbeiträge mit einem dramatischer Rückgang der Rehabilitationsleistungen zu rechnen, der unter Hinweis auf die vorhandene Rechtsanspruchsgrundlage erst durch die Rechtsprechung korrigiert werden dürfte²⁸.

²⁸ ebenda, S. 347