

Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung: Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur

1. Pflegeforum von BARMER und MDK Bayern

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki

Universität Bremen
SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik
Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung

- Vier zentrale *Geburtsfehler* der Pflegeversicherung
 1. „Pflegevolksversicherung“ mit privater und gesetzlicher Säule
 2. der zu enge Pflegebedürftigkeitsbegriff
 3. die sektorale Fragmentierung des Versorgungssystems in ambulante und stationäre Pflege
 4. die leistungsrechtlich unzureichende Absicherung, die eine Lebensstandardabsicherung in Bezug auf das Pflegerisiko nicht gewährleistet
- Die Punkte 3 und 4 sind von uns für die Initiative Pro-Pflegereform aufgegriffen und in Szenarien zur alternativen Ausgestaltung der Pflegeversicherung bearbeitet worden.

- Die starre Trennung von ambulantem und stationärem Sektor wirkt als Reformbremse und verhindert die Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle zwischen „ambulant“ und „stationär“.
- Die Sektorentrennung ist nicht nur ordnungsrechtlich gegeben, sondern auch leistungs- und leistungserbringungsrechtlich.
- Zentraler Anknüpfungspunkt für eine Angleichung der Sektoren ist
 - die Einführung gleicher Vergütungsformen sowie
 - die Verlagerung der Finanzierungsverantwortung für alle Leistungen der Medizinischen Behandlungspflege in den Bereich der Krankenversicherung.
- Damit wird die Pflege nicht mehr entlang der Trennlinie *ambulant/stationär* sondern durch *Wohnen/Pflege* organisiert.

- Pflegeversicherung ist 5. Säule der Sozialversicherung
- Sozialversicherung soll im konservativen Wohlfahrtsstaat den Lebensstandard gegenüber allgemeinen Lebensrisiken sichern.
- Das ist nur gegeben, wenn diese Risiken entweder *vollständig* über die Sozialversicherung gedeckt werden oder das absolute Restrisiko *privat absicherbar* ist.
- Dies ist in Pflegeversicherung aktuell nicht gegeben, da
 - die Leistungen der Pflegeversicherung **nicht bedarfsdeckend** gedeckelt bzw. pauschaliert sind und die Finanzierungslücken nicht vorausbestimmbar sind. Daher können Privatversicherungen den Lebensstandard nicht sichern.
 - die **Dauer einer Pflegebedürftigkeit unbestimmt** ist und die Eigenanteile daher nicht durch Ersparnis abgesichert werden können.

Die Reformperspektiven beziehen sich auf zwei Ziele

- ***Leistungserbringungsrechtliches Ziel:***
Aufhebung der sektoralen Fragmentierung durch vollständige Modularisierung der Leistungen von der Häuslichkeit bis zum Heim.
- ***Leistungsrechtliches Ziel:***
Vollständige Absicherung (in der Sozialversicherung) oder vollständige Absicherbarkeit (durch Ersparnis oder Privatversicherung) des Pflegerisikos

➔ Resultierende Reformszenarien durch Kombination beider Überlegungen

		Sektorale Fragmentierung	
		beibehalten	aufheben
Leistungsrecht	Pauschale, gedeckelte Leistungen der Pflegeversicherung (Status quo)	Status quo	Szenario 1: Pauschale, gedeckelte Versicherungsleistungen bei modularisierter (Heim)Vergütung
	Reform: Individuell bedarfsgerechte Versicherungsleistungen bei pauschalem Eigenanteil der Pflegebedürftigen	Szenario 2: Individuell bedarfsgerechte Versicherungsleistungen bei pauschaler, sektoral differenzierter Vergütung	Szenario 3: Individuell bedarfsgerechte Versicherungsleistungen bei modularisierter (Heim)Vergütung

		Sektorale Fragmentierung	
		beibehalten	aufheben
Leistungsrecht	Pauschale, gedeckelte Leistungen der Pflegeversicherung (Status quo)	Status quo	Szenario 1: Pauschale, gedeckelte Versicherungsleistungen bei modularisierter (Heim)Vergütung
	Reform: Individuell bedarfsgerechte Versicherungsleistungen bei pauschalem Eigenanteil der Pflegebedürftigen	Szenario 2: Individuell bedarfsgerechte Versicherungsleistungen bei pauschaler, sektoral differenzierter Vergütung	Szenario 3: Individuell bedarfsgerechte Versicherungsleistungen bei modularisierter (Heim)Vergütung

Rechtliche Ausgestaltung:

- *Leistungserbringungsrechtlich*: Modulare Leistungserbringung und Leistungsabrechnung folgt im Heim der ambulanten Logik mit in Leistung und Vergütung identischen Modulen. Angehörige können Module im Heim selbst erbringen und so die Kosten reduzieren.
- *Leistungsrechtlich* bleiben Pauschalen bestehen. Die medizinische Behandlungspflege wird im Heim analog der häuslichen Krankenpflege über das SGB V finanziert (Cure vs. Care- Grenze).
- *Ordnungsrechtlich* können zwei Varianten unterschieden werden:
 - Variante 1a: Ausgehend von einer umfassenden Versorgung können einzelne Module „abgewählt“ werden
 - Variante 1b: Ausgehend von einem Wohnarrangement können einzelne Module hinzugewählt werden

Bewertung des Szenarios

- Effizienzgewinne durch stärkere Einbeziehung der Zivilgesellschaft/Familien
- Entlastung der Familien von Kosten für Leistungen, die selbst erbracht werden können
- Entlastung der beruflichen Pflege → Pflegenotstand
- Eine vollständige Angleichung der Sektoren gelingt nur bei
 - gleicher Vergütung der Module unabhängig vom Ort der Leistungserbringung
 - Abbau ordnungsrechtlicher Unterschiede (Szenario 1b)

		Sektorale Fragmentierung	
		beibehalten	aufheben
Leistungsrecht	Pauschale, gedeckelte Leistungen der Pflegeversicherung	Status quo	Szenario 1: Pauschale, gedeckelte Versicherungsleistungen bei modularisierter (Heim)Vergütung
	Individuell bedarfsgerechte Versicherungsleistungen bei pauschalem Eigenanteil der Pflegebedürftigen	Szenario 2: Individuell bedarfsgerechte Versicherungsleistungen bei pauschaler, sektoral differenzierter Vergütung	Szenario 3: Individuell bedarfsgerechte Versicherungsleistungen bei modularisierter (Heim)Vergütung

Status quo

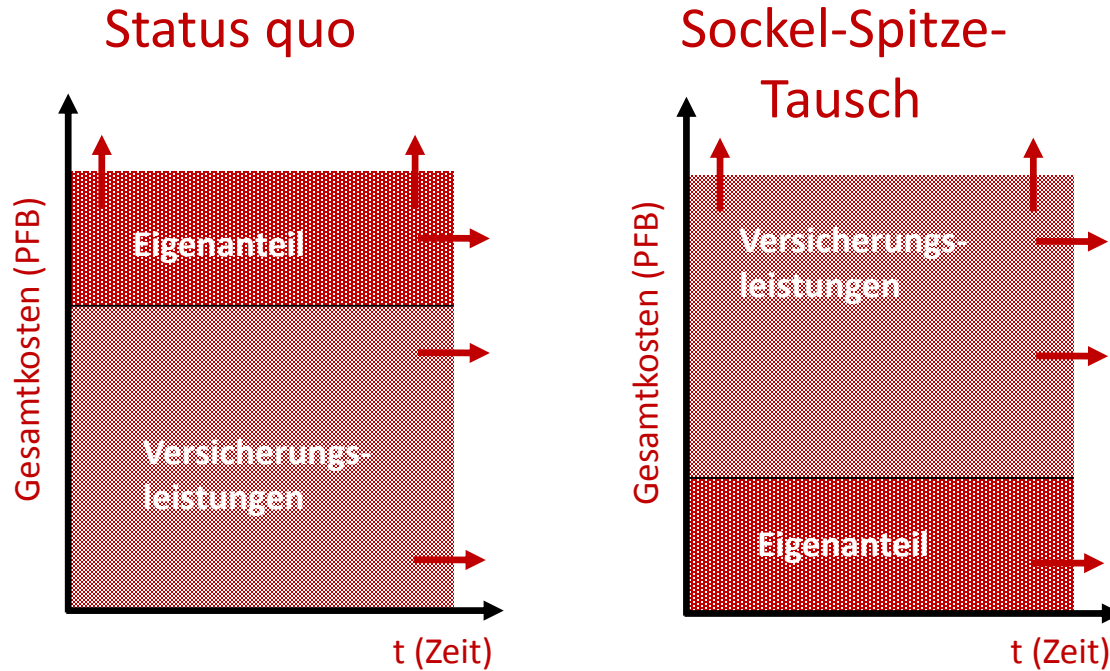
- In der aktuellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung liegt der Eigenanteil der Pflegebedürftigen, der die pauschalen Leistungen des SGB XI übersteigt, bei 100%.
- Hieraus resultiert ein (monatliches) Kostenrisiko in potentiell unbegrenzter Höhe, das direkt vom Pflegebedarf abhängig ist.
- In Kombination mit der ebenfalls unbekannten (Über)Lebensdauer entsteht ein unbekanntes absolutes finanzielles Risiko.
- Dieses ist nicht privat absicherbar, weder durch Ansparung noch durch eine (vollständig deckende) Versicherung.
- Deshalb ist eine Sozialversicherung erforderlich, die die Kombination beider Risiken eliminiert oder eliminierbar macht.

Rechtliche Ausgestaltung

- In beiden Sektoren: *Nach oben offene Versicherungsleistungen* mit einem selbst zu tragenden Sockelbetrag für einen festgelegten Zeitraum. Danach: keine weiteren Eigenanteile. Die Höhe des Sockelbetrags ist politisch bestimmbar.
- Möglich und sinnvoll für die Bestimmung des Sockelbetrags:
 - a) Bestimmung des Sockelbetrags so, dass die derzeitigen privat finanzierten Leistungen abgedeckt sind
 - b) Sockel von Null → Vollversicherung
 - c) Jeder Betrag zwischen Null und dem derzeitigen Betrag

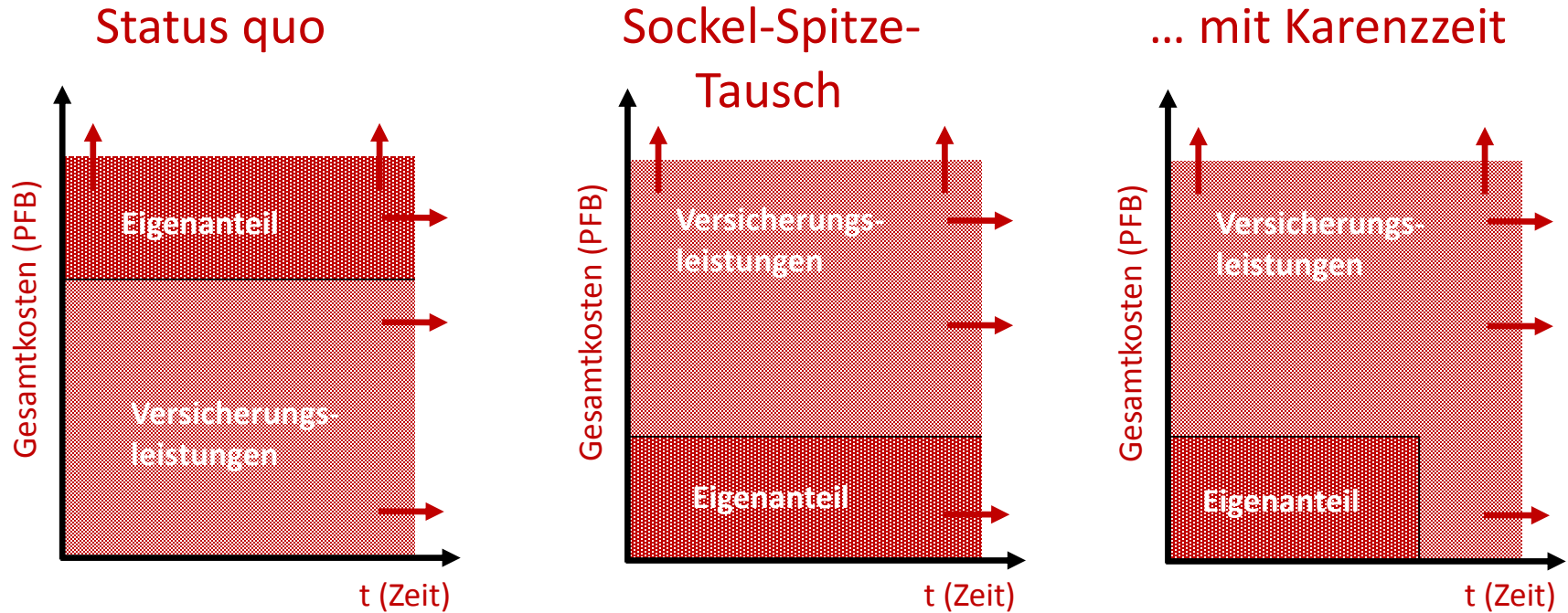
3.2. Szenario 2: Offene Leistungen, pauschale Vergütung

- **Grundidee: Austausch von Finanzierungssockel und Finanzierungsspitze**

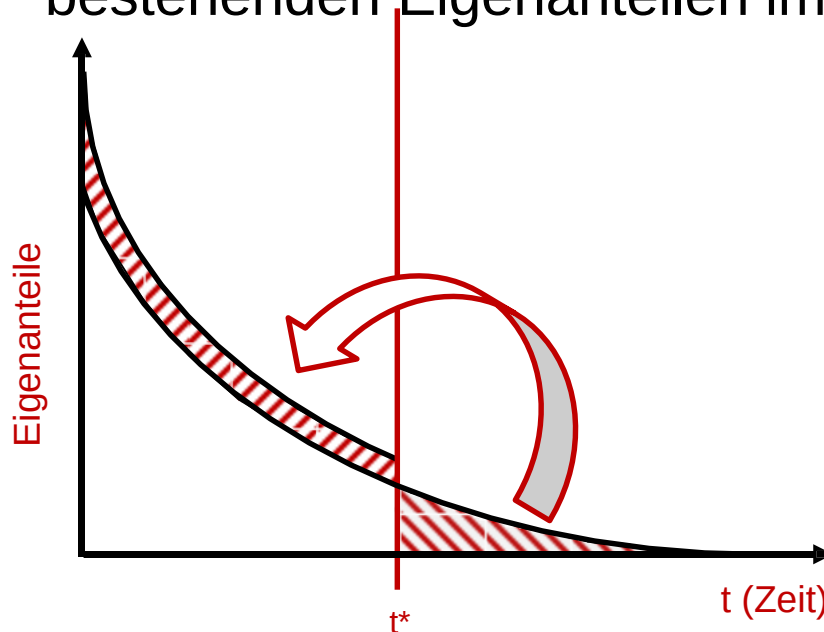


3.2. Szenario 2: Offene Leistungen, pauschale Vergütung

- **Grundidee: Austausch von Finanzierungssockel und Finanzierungsspitze**
- **Zur vollständigen Absicherung des Pflegerisikos ist jedoch zusätzlich eine zeitliche Komponente erforderlich.**

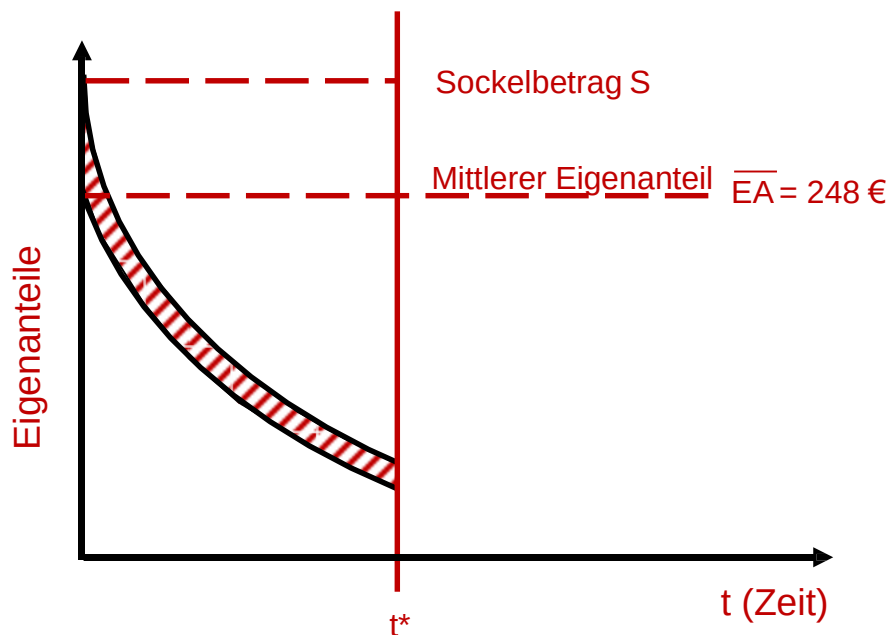


- Die schraffierte Fläche zeigt die Eigenanteilsausgaben aufgrund von Langlebigkeit, die individuelle Vorsorge durch Sparen praktisch unmöglich machen, die kollektiv aber kalkulierbar und damit versicherbar sind.
- Diese werden nun in einen gleichmäßigen Zuschlag zu den bestehenden Eigenanteilen im gesetzten Zeitraum transformiert



- Der Zeitraum bis t^* kann auch als Karenzzeit angesehen werden, danach entfallen Eigenanteile und die Versicherung übernimmt die gesamten Kosten.

- Die für Pflegebedürftige im Jahr 2017 zu erwartenden durchschnittlichen Eigenanteile liegen bei 580 € / Monat bei stationärer und ca. 125 € in ambulanter Versorgung. Das gewogene Mittel wird hier mit 248 € angesetzt.



t^* (in Monaten)	Sockelbetrag (in €)
12	1.182
24	643
36	470
48	388
60	343
72	315

Bewertung des Szenarios

- Das Lebens(zeit)risiko wird vollständig
 - absicherbar durch Ansparung, private (Pflicht-)Versicherung bzw.
 - Abgesichert durch eine Vollversicherung. Hierfür wären zusätzliche 0,7 Beitragssatzpunkte erforderlich.
- Allerdings: Problematik von moral hazard:
(Voll)Versicherungen führen zur Gefahr der Überinanspruchnahme
 - durch Wahl einer (zu) teuren Versorgungsform
 - durch Wahl eines (zu) teuren Anbieters
 - durch Ausweitung der Leistungsmenge

Lösungen für das Problem des moral hazard:

- Anreiz bzgl. *zu teurer Anbieter* wird durch individuelle Preisverhandlungen begrenzt
 - Veränderung der Verhandlungspositionen: Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger haben keinen Anreiz mehr zur Kostenbegrenzung, aber Pflegekassen haben ein starkes Interesse
 - Der preisbegrenzende Marktmechanismus über Konsumentenentscheidungen entfällt. Wahrscheinlich: Rigidere Preis-/Verhandlungspolitik
- Anreiz bzgl. *zu teurer Versorgungsformen*
 - kann nur auftreten, wenn es Unterschiede im Preisniveau zwischen den Versorgungsformen gibt.
 - Dies kann durch Preisgestaltung ausgeschlossen oder kontrolliert werden.

Lösungen für das Problem des moral hazard:

- Anreiz zur Maximierung der *Leistungsmenge* betrifft den ambulanten Bereich, da Heimpflege in diesem Szenario „all inclusive“ ist. Dafür ist eine Steuerungslogik erforderlich:
 - Begrenzung der maximalen ambulanten Leistungsbeträge auf die Höhe der stationären Leistungsbeträge, etwa auf Landesniveau oder
 - Individuelle Leistungszuordnung mit direkter individueller Festsetzung der notwendigen (und somit zu finanzierenden) Leistungen
 - Oberhalb dieser jeweiligen Grenzen ist wieder eine vollständige Selbstbeteiligung zu erbringen.

		Sektorale Fragmentierung	
		beibehalten	aufheben
Leistungsrecht	Pauschale, gedeckelte Leistungen der Pflegeversicherung	Status quo	Szenario 1: Pauschale, gedeckelte Versicherungsleistungen bei modularisierter (Heim)Vergütung
	Individuell bedarfsgerechte Versicherungsleistungen bei pauschalem Eigenanteil der Pflegebedürftigen	Szenario 2: Individuell bedarfsgerechte Versicherungsleistungen bei pauschaler, sektoral differenzierter Vergütung	Szenario 3: Individuell bedarfsgerechte Versicherungsleistungen bei modularisierter (Heim)Vergütung

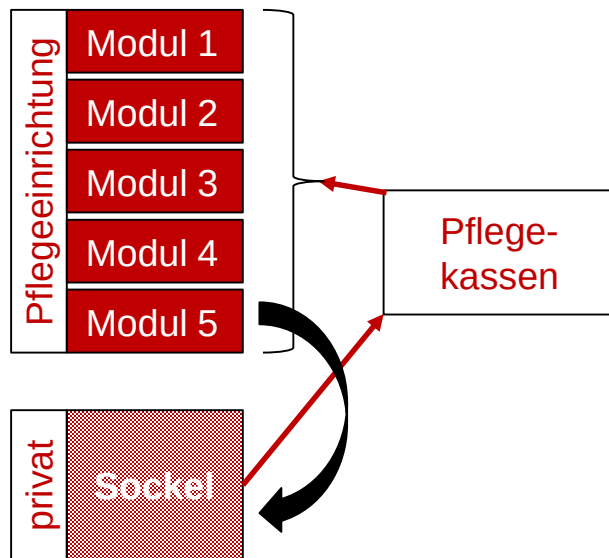
Rechtliche Ausgestaltung

- Leistung, Vergütung und Abrechnung in allen Wohnformen nach denselben Leistungsmodulen, Entgelten und Abrechnungsregeln (analog Szenario 1b)
- In allen Wohnformen übernimmt die Pflegeversicherung Leistungen jenseits des pauschalen Zuzahlungssockels, den die Pflegebedürftigen privat tragen (analog Szenario 2)
- Informelle Leistungserbringung (auch im institutionalisierten Wohnen) führen zur Reduktion des Sockels. Wird der Sockel dabei überschritten, kommt es zu Auszahlungen, also einem „Pflegegeld“ auch in Versorgungsformen, die bisher als stationär galten.

3.3. Szenario 3: Offene Leistungen, modulare Vergütung

Zahlungsströme

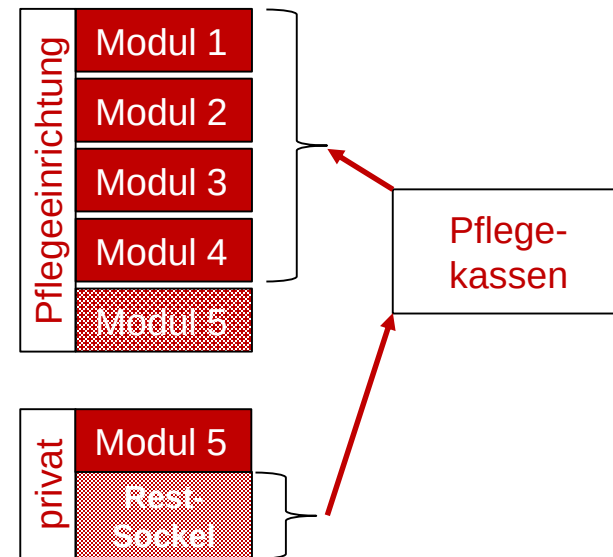
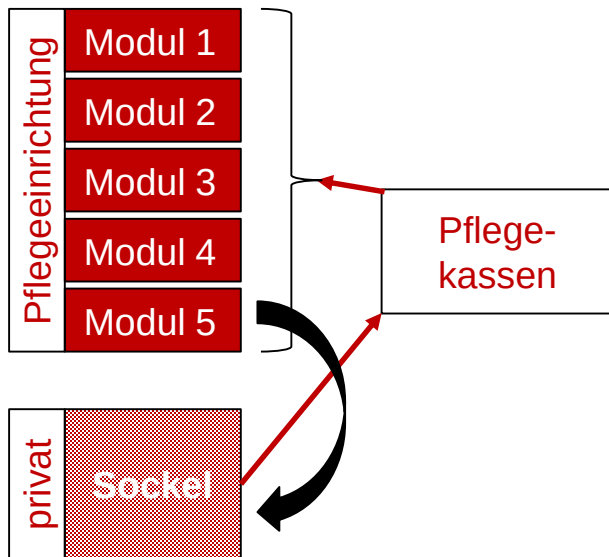
- Die Pflegebedürftigen zahlen den Sockelbetrag an die Kassen.
- Die Kassen finanzieren die bedarfsnotwendigen Module.



3.3. Szenario 3: Offene Leistungen, modulare Vergütung

Zahlungsströme

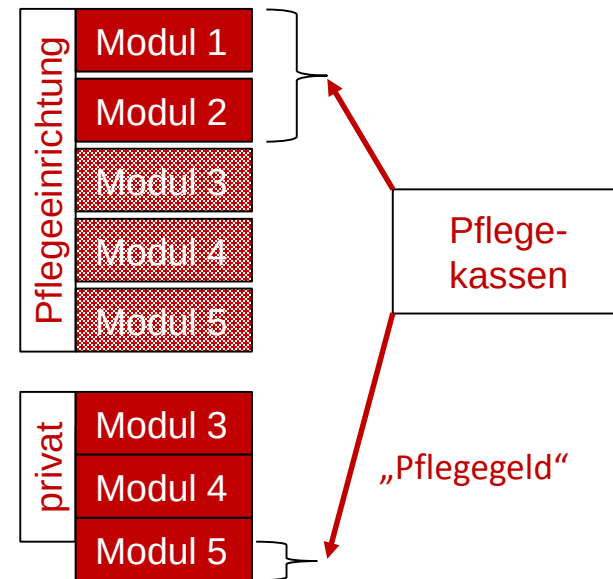
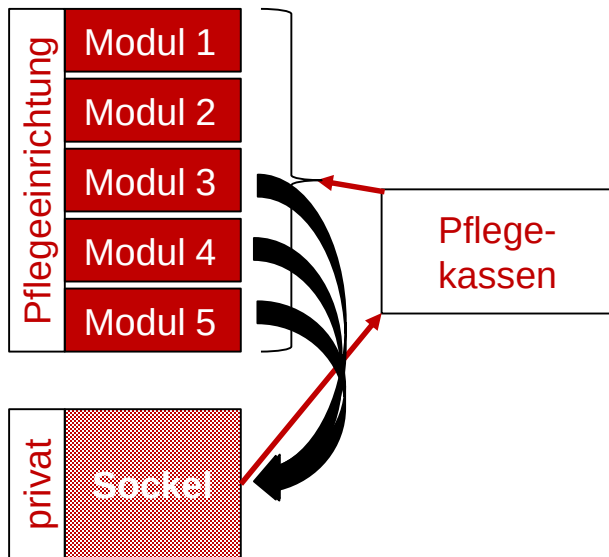
- Die Pflegebedürftigen zahlen den Sockelbetrag an die Kassen.
- Die Kassen finanzieren die bedarfsnotwendigen Module.
- Werden Module informell erbracht, reduziert sich die Vergütung an die Pflegeeinrichtung und die Sockelzahlung entsprechend.



3.3. Szenario 3: Offene Leistungen, modulare Vergütung

Zahlungsströme

- Die Pflegebedürftigen zahlen den Sockelbetrag an die Kassen.
- Die Kassen finanzieren die als bedarfsnotwendigen Module.
- Werden Module informell erbracht, reduziert sich die Vergütung an die Pflegeeinrichtung und die Sockelzahlung entsprechend
- Übersteigt der Wert informellen Leistungserbringung den Sockelbetrag kommt es zu einer Auszahlung an Pflegebedürftige („Pflegegeld“)



Bewertung des Szenarios

- Der Abbau der Sektorengrenze kann gelingen
- Das Lebens(zeit)risiko wird vollständig abgefangen. Dabei ist es unerheblich, ob dies über Ansparung, private (Pflicht-) Versicherung oder Sozialversicherung geschieht.
- Die moral-hazard-Problematiken tritt nun *in beiden Sektoren* auf
- Eine normative Steuerung mittels individueller Leistungszuordnung notwendiger Leistungen wird notwendig. Innerhalb dieses monetären Rahmens kann Wahlfreiheit erhalten bleiben.
- Eine Institution wird benötigt, diese individuelle Leistungszuordnung vorzunehmen, etwa ein reformierter und unabhängigerer MDK.

Gesamtbewertung

- Die Szenarien 1 und 2 bieten – in Bezug auf die erarbeitete Reformperspektive – jeweils deutliche Verbesserungen gegenüber dem Status quo:
 - Szenario 1 hebt die innovationsfeindliche Fragmentierung der Leistungsbereiche auf.
 - Szenario 2 bewirkt die vollständige Aufhebung des individuellen *Kostenrisikos* und gestaltet die Pflegeversicherung zu einer funktionierenden Sozialversicherung um.
- Die Szenario 3 ist die Kombination aus Szenario 1 und 2 und kann in beliebiger Reihenfolge eingeführt werden.
- Szenario 3 erfüllt die Forderungen der Reformperspektive *vollständig*, benötigt aber eine Instanz, die nicht nur Pflegebedürftigkeit bemisst, sondern individuelle Leistungsansprüche zuerkennt.

Ende

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.