

Bedarfsgerechte Pflege ohne Armutsrisiko. Eine alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung denken

**DAK Gesundheit im Dialog:
Pflege 2.0
Gute Pflege geht uns alle an
am 10.7.2019 in Nürnberg**

Prof. Dr. Heinz Rothgang
SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik
Universität Bremen

Inhalt

Vorbemerkung

- I. Ausgangspunkt: Warum eine Reform notwendig ist
- II. Reformelement: Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege
- III. Grundidee des Sockel-Spitze-Tauschs
- IV. Ausgestaltungsoptionen
- V. Implikationen
- VI. Fazit

Vorbemerkung

- Beitrag beruht auf dem Gutachten „Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung“ das Heinz Rothgang und ich für die Initiative Pro-Pflegereform erarbeitet und im Juni 2017 vorgelegt haben
→ <https://www.pro-pflegereform.de/gutachten/>
- Gutachten betrachtet zwei Perspektiven:
 - Abbau der Sektorengrenzen in der pflegerischen Versorgung
 - Neuausrichtung der Finanzierung
- Der Impuls heute beschäftigt sich nur mit der Finanzierungsseite.

Inhalt

Vorbemerkung: Die Initiative Pro-Pflegereform

I. Ausgangspunkt: Warum eine Reform notwendig ist

II. Reformelement: Umfinanzierung der medizinischen
Behandlungspflege

III. Grundidee des Sockel-Spitze-Tauschs

IV. Ausgestaltungsoptionen

V. Implikationen

VI. Fazit

I. Warum eine Reform notwendig ist

Die Notwendigkeit einer Systemreform ergibt sich aus

1. **steigenden Eigenanteilen**, die die finanziellen Möglichkeiten der Heimbewohner übersteigen und
2. der **fehlenden Lebensstandardsicherung** der Pflegebedürftigen

I.1 Entwicklung der Eigenanteile

- Ziel bei Einführung der Pflegeversicherung war, dass die Pflegeversicherungsleistungen im Durchschnitt ausreichen, um die Pflegekosten zu finanzieren.
- 1996 haben die Versicherungsleistungen ausgereicht, um die durchschnittlichen Pflegesätze (zumindest in Stufe I und II) zu finanzieren.

I.1 Entwicklung der Eigenanteile: 1996-1999

Tabelle 3: Pflegevergütung und Eigenanteile in den 1990er Jahren

Jahr		Pflegevergütung			Eigenanteil an Pflegevergütung			Belegungsanteile ¹			Durchschnittlicher Eigenanteil
		Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe I	Stufe II	Stufe III	
1996	Rheinland	906	1.268	1.903	-117	-10	471	30%	46%	25%	77
1998	Rheinland	976	1.363	2.037	-47	85	605	30%	46%	25%	174
1999	NRW	1.156	1.582	2.281	133	303	850	30%	46%	25%	388
1999	Bund	1.156	1.521	1.977	133	242	545	32%	45%	23%	277

Anmerkung: Die für 1999 in NRW erhobenen Belegungsanteile wurden für das Rheinland für die Jahre 1996 und 1998 in den Berechnungen zugrunde gelegt. Die Werte für 1996 beziehen sich auf den 30. Juni, die für 1998 auf den 1. Januar und die für 1999 auf den 15. Dezember.

Quellen: Roth/Rothgang 1999; Statistisches Bundesamt 2002: 13.

I.1 Entwicklung der Eigenanteile

- Ziel bei Einführung der Pflegeversicherung war, dass die Pflegeversicherungsleistungen im Durchschnitt ausreichen, um die Pflegekosten zu finanzieren.
- 1996 haben die Versicherungsleistungen ausgereicht, um die durchschnittlichen Pflegesätze (zumindest in Stufe I und II) zu finanzieren.
- Die fehlende / unzureichende Dynamisierung bis 2017 hat zu permanent steigenden Eigenanteilen geführt.

I.1 Entwicklung der Eigenanteile: 1999-2017

Tabelle 2: Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten in vollstationärer Pflege

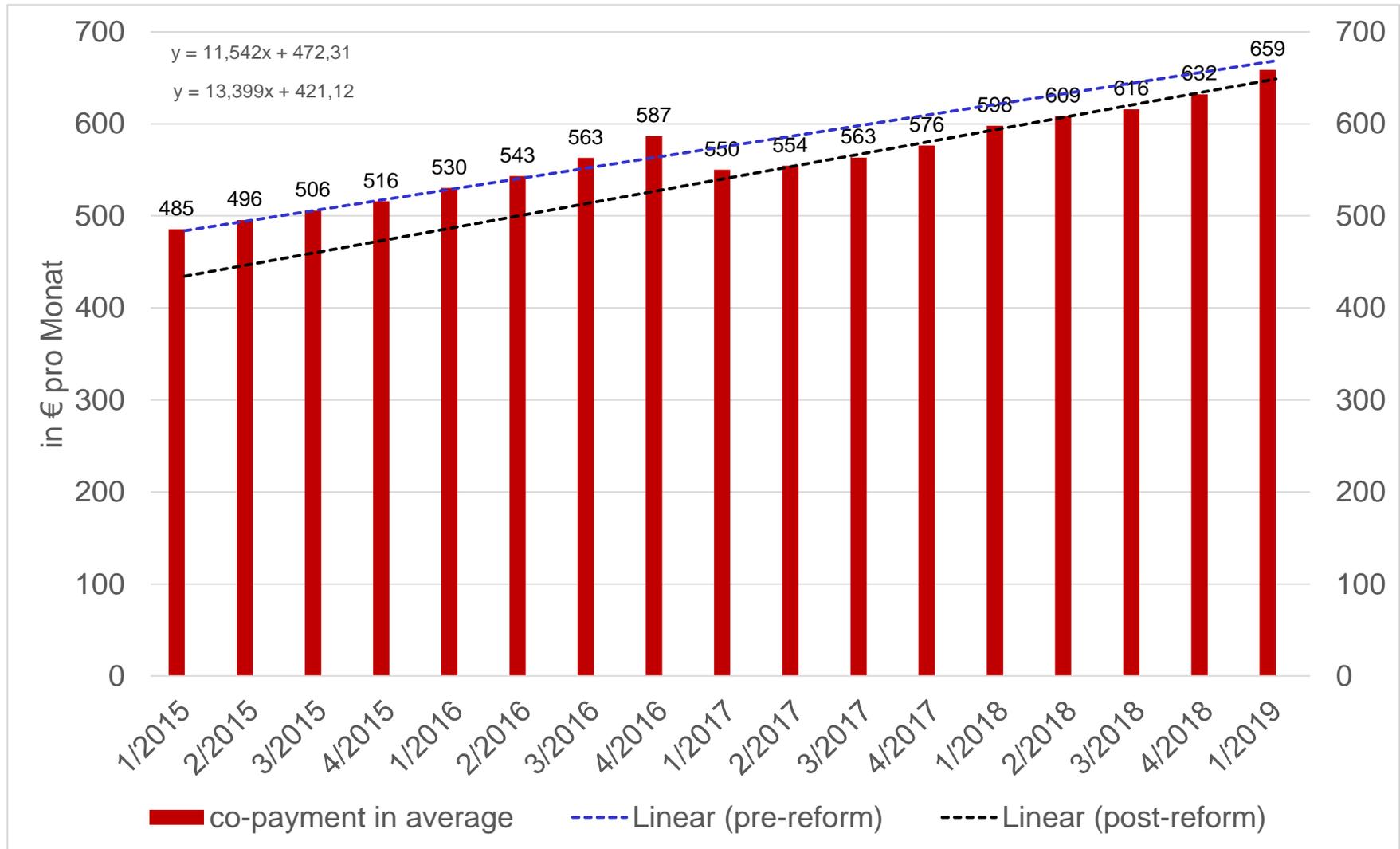
Jahr	Pflegevergütung			Eigenanteil an Pflegevergütung			Belegungsanteile			Durchschnittlicher Eigenanteil	
	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe I	Stufe II	Stufe III		
1999	1.156	1.521	1.977	133	242	545	32%	45%	23%		277
2001	1.186	1.582	2.008	163	303	576	33%	45%	22%		316
2003	1.247	1.673	2.099	224	394	667	34%	45%	21%		394
2005	1.277	1.702	2.128	254	423	696	35%	44%	21%		422
2007	1.307	1.733	2.158	284	454	726	36%	43%	21%		449
2009	1.362	1.792	2.249	339	513	779	38%	42%	20%		502
2011	1.369	1.811	2.278	346	532	768	39%	41%	20%		507
2013	1.414	1.875	2.365	391	596	815	39%	41%	20%		560
2015	1.490	1.973	2.485	426	643	873	40%	40%	20%		602
2017											587

Quellen: Eigene Berechnungen auf Basis der Angaben der Pflegestatistik für 2009-2015; Rothgang et al. 2017: 29, basierend auf Daten von 11.129 vollstationären Pflegeeinrichtungen im Mai 2017, zur Verfügung gestellt vom vdek.

I.1 Entwicklung der Eigenanteile

- Ziel bei Einführung der Pflegeversicherung war, dass die Pflegeversicherungsleistungen im Durchschnitt ausreichen, um die Pflegekosten zu finanzieren.
- 1996 haben die Versicherungsleistungen ausgereicht, um die durchschnittlichen Pflegesätze (zumindest in Stufe I und II) zu finanzieren.
- Die fehlende / unzureichende Dynamisierung bis 2017 hat zu permanent steigenden Eigenanteilen geführt.
- Das PSG II bringt hier nur eine sehr geringe und temporäre Entlastung – heute sind die Eigenanteile höher als jemals zuvor.

I.1 Entwicklung der Eigenanteile: 2015-2019



I.1 Entwicklung der Eigenanteile

- Ziel bei Einführung der Pflegeversicherung war, dass die Pflegeversicherungsleistungen im Durchschnitt ausreichen, um die Pflegekosten zu finanzieren
- 1996 haben die Versicherungsleistungen ausgereicht, um die durchschnittlichen Pflegesätze (zumindest in Stufe I und II) zu finanzieren
- Die fehlende / unzureichende Dynamisierung bis heute hat zu permanent steigenden Eigenanteilen geführt – und das PSG II bringt hier nur eine vorübergehende Entlastung.
- Kommt es zu Lohn- und Personalmengensteigerungen werden die Eigenanteile deutlich steigen, da die Dynamisierungsregeln des § 30 SGB XI dafür nicht ausgelegt sind

I.1 Zukünftige Entwicklung der Eigenanteile

- Nächste planmäßige Leistungsdynamisierung ist 2020/21
 - in den nächsten Jahren werden die Eigenanteile weiter steigen
 - Pflegesatzsprünge durch Übergang zu Tarifbindung können durch Leistungsdynamisierung nicht abgefangen werden!
- Geplante und in der KAP beschlossene Maßnahmen zur Verbesserung der Entlohnung von Pflegekräften führen zu höheren Eigenanteilen.
- Gleichfalls in der KAP angesprochene Verbesserung der Personalstruktur führt zu höheren Eigenanteilen.
- Beide Maßnahmen sind notwendig, um die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen und so den bestehenden Pflege-
notstand abzuwenden, der sich aufgrund der demographischen Entwicklung noch weiter zu verschärfen droht.

I.2 Fehlende Lebensstandardsicherung

- Der deutsche Sozialstaat klassifiziert im internationalen Vergleich als „konservativer Sozialstaat“.
- Ziel eines konservativen Sozialstaats ist nicht nur die die Armutsvermeidung (liberaler Sozialstaat) und auch nicht nur die Umverteilung (sozialdemokratischer Sozialstaat), sondern die Lebensstandardsicherung.
- Lebensstandardsicherung impliziert, dass sich „Leistung lohnt“ und der einmal erreichte soziale Status gegen soziale Risiken abgedeckt wird.
- Bei Alter und Krankheit ist dies dem Grunde nach gewährleistet, bei Pflege nicht.

I.2 Fehlende Lebensstandardsicherung

- Gesetzliche Pflegeversicherung ist Teilleistungssystem. Oberhalb der pauschalen bzw. gedeckelten Leistungen ist der Eigenanteil 100%.
- Lebensstandardsicherung wäre nur möglich, wenn die „Lücke“ durch Sparen oder Versicherung geschlossen werden kann.
- Da die Höhe der Lücke unbekannt ist, kann darauf hin nicht zielgerichtet gespart werden.
- Lebensstandardsicherung ist auch durch privater Zusatzversicherung nicht möglich.
 - Bei Pflegegeldversicherungen muss der Leistungsbetrag ein halbes Jahrhundert vor dem Leistungsfall bestimmt werden.

Inhalt

Vorbemerkung: Die Initiative Pro-Pflegereform

I. Ausgangspunkt: Warum eine Reform notwendig ist

**II. Reformelement: Umfinanzierung der medizinischen
Behandlungspflege**

III. Grundidee des Sockel-Spitze-Tauschs

IV. Ausgestaltungsoptionen

V. Implikationen

VI. Fazit

II. Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege

- Medizinische Behandlungspflege gehört systematisch in den „cure“ und nicht in den „care“-Bereich.
- In häuslicher Pflege wird sie als „häusliche Krankenpflege“ sachgerecht von der GKV finanziert.
- In stationärer Pflege ist die „medizinische Behandlungspflege“ in den Leistungssätzen der Pflegeversicherung enthalten.
- Da die Versicherungsleistungen aber deutlich niedriger sind als die Pflegesätze zahlen die Pflegebedürftigen ihre Behandlungspflege de facto selbst.

II. Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege

- Eine Verlagerung der Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege aus der SPV in die GKV
 - führt zu einer sachgerechten Zuordnung zum „cure“-Bereich
 - beseitigt die Ungleichbehandlung der Settings und ist damit Voraussetzung für eine Angleichung der Sektoren mit dem Ziel der Aufhebung der Sektorengrenze
 - erhält den Versicherten ihren Versicherungsanspruch.
- Realisierungsmöglichkeiten:
 - Pauschale Umfinanzierung aus der GKV in die SPV pro Kopf der Heimbewohner und gleich hohe Anhebung der Leistungsbeträge nach § 43 SGB XI **oder**
 - Heime erbringen die Leistungen und rechnen diese individuell mit den Krankenkassen ab – wie im SGB V. Heimentgelte werden pauschal um Durchschnittsbetrag pro Bewohner gekürzt.

II. Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege

- Ausgaben für medizinische Behandlungspflege werden auf 2-3 Mrd. Euro geschätzt. Durch Umfinanzierung können Heimbewohner um 200-300 Euro im Monat entlastet werden.
- Die Regelung im Koalitionsvertrag ist wenig geeignet:
 - Kosten für 13 Tsd. Stellen für medizinische Behandlungspflege in Heimen liegen bei 650 Mio. Euro und decken die Kosten der medizinischen Behandlungspflege nur teilweise.
 - Es ist sehr unwahrscheinlich, dass die 13 Tsd. Stellen mit Fachkräften besetzt werden können.
 - Die Zuflüsse aus der GKV werden nicht zur Entlastung der Heimbewohner eingesetzt, sondern zur Finanzierung notwendiger Personalverbesserungen, die SPV-finanziert sein sollten.

Inhalt

Vorbemerkung: Die Initiative Pro-Pflegereform

I. Ausgangspunkt: Warum eine Reform notwendig ist

II. Reformelement: Umfinanzierung der medizinischen
Behandlungspflege

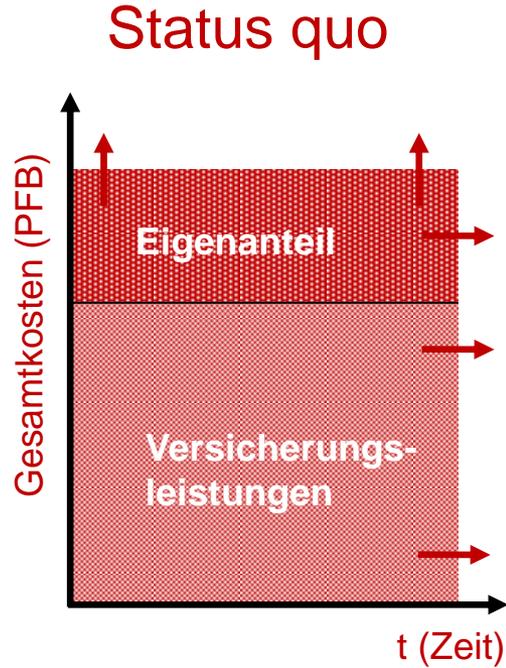
III. Grundidee des Sockel-Spitze-Tauschs

IV. Ausgestaltungsoptionen

V. Implikationen

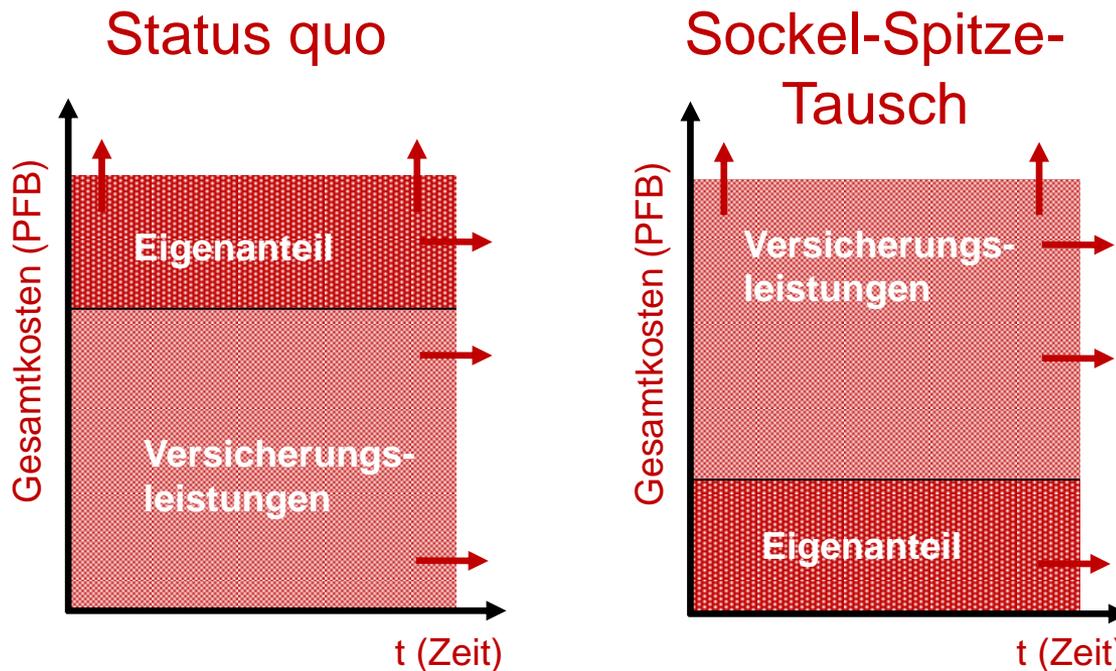
VI. Fazit

III. Grundidee des Sockel-Spitze-Tauschs



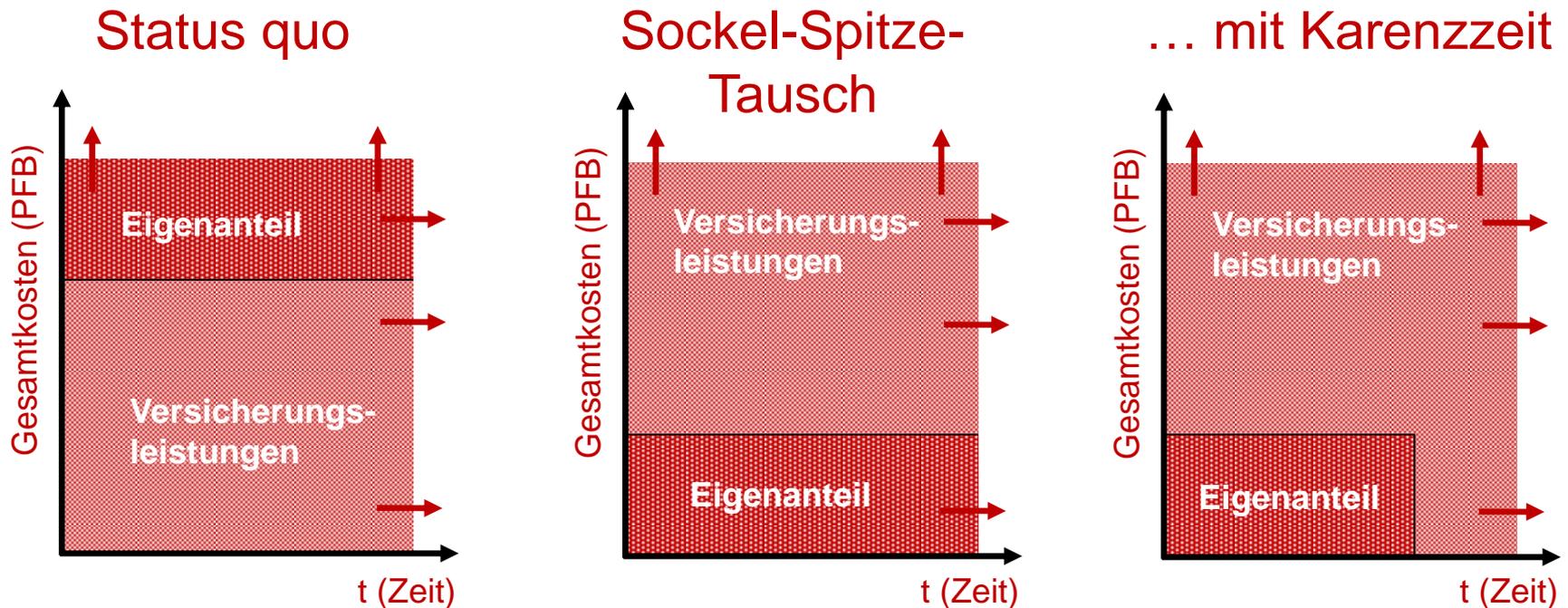
III. Grundidee des Sockel-Spitze-Tauschs

- Grundidee: Austausch von Finanzierungssockel und Finanzierungsspitze



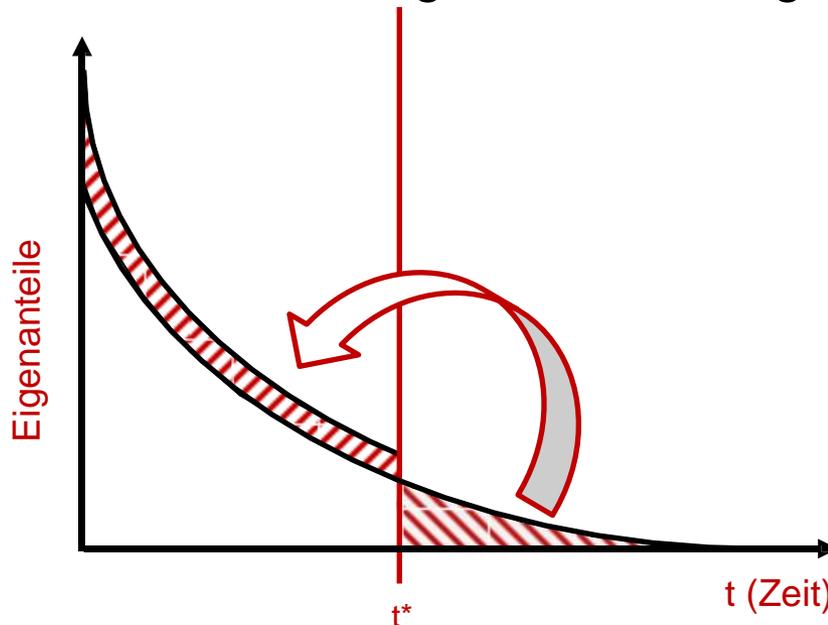
III. Grundidee des Sockel-Spitze-Tauschs

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



III. Grundidee des Sockel-Spitze-Tauschs

- 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 zur Vollversicherung angesehen werden, danach entfallen Eigenanteile und die Versicherung übernimmt die gesamten Pflegekosten.

Inhalt

Vorbemerkung: Die Initiative Pro-Pflegereform

I. Ausgangspunkt: Warum eine Reform notwendig ist

II. Reformelement: Umfinanzierung der medizinischen
Behandlungspflege

III. Grundidee des Sockel-Spitze-Tauschs

IV. Ausgestaltungsoptionen

V. Implikationen

VI. Fazit

IV. Ausgestaltung des Sockels

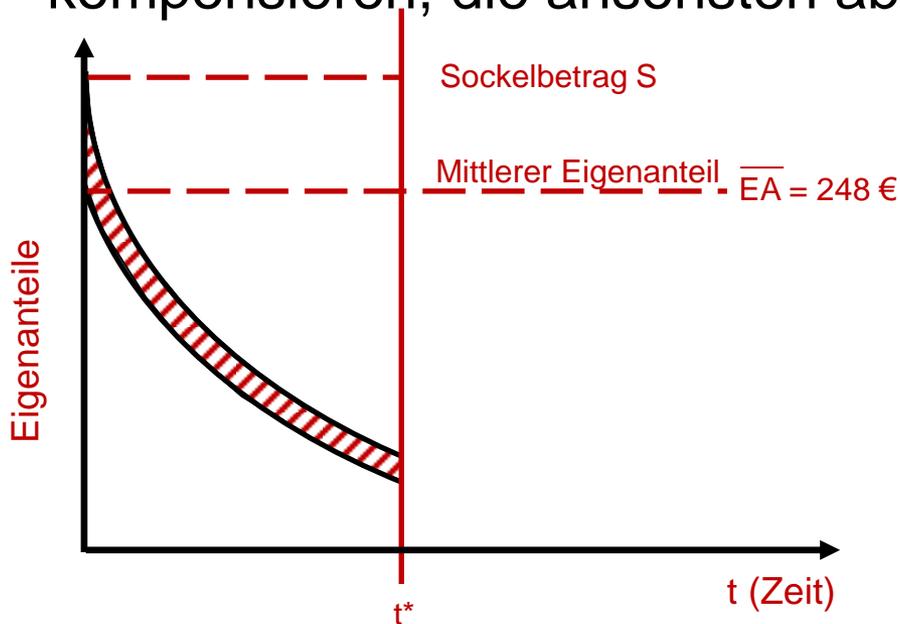
- Der Sockel kann sektorspezifisch oder sektorübergreifend gesetzt werden.
 - Sockel nur für den stationären Sektor ist die Antwort auf die aktuelle Problemlage.
 - Sockel-Spitze-Tausch nur für Heimpflege oder sektorspezifische Sockelhöhen erschweren allerdings den Abbau der Sektorengrenze
 - Nachfolgend wird daher ein einheitlicher Sockel für alle formellen Pflegeleistungen zugrunde gelegt.

IV. Höhe des Sockels

- Die Höhe des Sockels kann politisch gesetzt werden:
 - Sockelbetrags entspricht den derzeitigen privat finanzierten Leistungen → Ausgabenneutralität für die SPV

IV. Höhe des Sockels

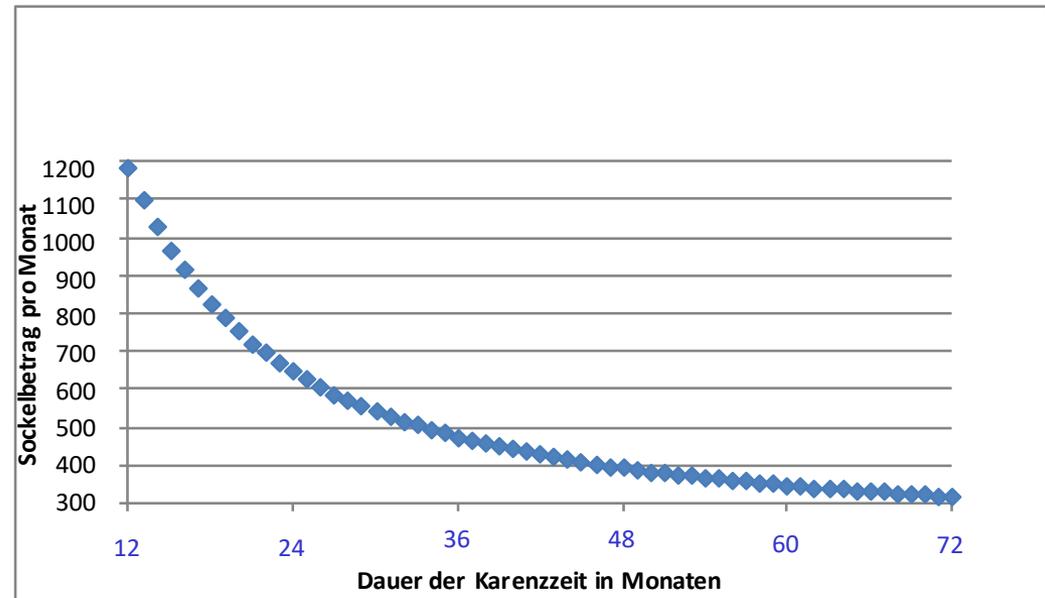
- Die für Pflegebedürftige im Jahr 2017 zu erwartenden durchschnittlichen Eigenanteile liegen bei 580 € / Monat bei stationärer und ca. 125 € in ambulanter Versorgung. Das gewogene Mittel wird hier mit 248 € angesetzt.
- Wird der Betrag addiert, der notwendig ist, um die Zahlungen zu kompensieren, die ansonsten ab t^* anfallen, durch die zeitliche Begrenzung der Eigenanteilszahlung jetzt aber wegfällt, erhöht sich der notwendige monatliche Betrag auf den Sockelbetrag S . Seine Höhe ist abhängig von der Setzung von t^* .



IV.2 Höhe des Sockels

- Modellrechnung:
 - Überlebensdauern in Pflege gemäß Kassendaten
 - Eigenanteile in Heimpflege: 580 Euro
 - Eigenanteile in häuslicher Pflege 125 Euro
 - Gemittelter durchschnittlicher Eigenanteil 248 Euro

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



IV.2 Höhe des Sockels

Gemeinsame Annahmen:
Überlebensdauern in Pflege gemäß Kassendaten
Eigenanteile in häuslicher Pflege 125 Euro

Ohne Umfinanzierung MBP
Eigenanteil stationär: 580 Euro
Gemittelter Eigenanteil: 248

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

mit Umfinanzierung MBP
Eigenanteil stationär: 350 Euro
gemittelter Eigenanteil: 186

t* (in Monaten)	Sockelbetrag (in €)
12	885
24	482
36	352
48	291
60	257
72	236

IV. Höhe des Sockels

- Die Höhe des Sockels kann politisch gesetzt werden:
 - Sockelbetrags entspricht den derzeitigen privat finanzierten Leistungen → Ausgabenneutralität für die SPV
 - Sockel von Null → „Vollversicherung“
→ Beitragssatzanstieg: 0,7 Beitragssatzpunkte
 - Jeder Betrag zwischen Null und dem derzeitigen Betrag
- Unverzichtbar ist, dass der Sockel zeitlich fix gesetzt wird, um so Planbarkeit zu gewährleisten.
- Das „Risiko“ für Qualitätsverbesserungen (samt Kostenfolgen) trägt dann die Versichertengemeinschaft und nicht mehr die Pflegebedürftigen.

Inhalt

Vorbemerkung: Die Initiative Pro-Pflegereform

- I. Ausgangspunkt: Warum eine Reform notwendig ist
- II. Reformelement: Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege
- III. Grundidee des Sockel-Spitze-Tauschs
- IV. Ausgestaltungsoptionen
- V. Implikationen**
- VI. Fazit

V. Implikationen

- **Distribution**
 - Im stationären Sektor fließen zunächst verstärkt Mittel in hochpreisige Einrichtungen. Das ist im Sinne besserer Personalausstattung und höherer Löhne durchaus gewollt.
 - Regional fließen zunächst Mittel von Ost nach West. Dieser Effekt wird durch bundesweites Personalbemessungsverfahren und flächendeckende Tariflöhne eingedämmt.
- **Allokation: Moral Hazard-Problematik: Vollversicherung in der Spitze führt zur Gefahr der Überinanspruchnahme durch**
 - Wahl einer (zu) teuren Versorgungsform
 - Wahl eines (zu) teuren Anbieters
 - Ausweitung der Leistungsmenge

V. Implikationen

Lösungen für das Problem des moral hazard:

- Bzgl. Anreiz zu teuren Anbietern
 - Einheitspflegesatz auf Landesebene oder
 - individuelle Preisverhandlungen
 - Unter Veränderung der Verhandlungspositionen: Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger haben keinen Anreiz mehr zur Kostenbegrenzung, Pflegekassen haben ein starkes Interesse
 - Der preisbegrenzende Marktmechanismus über Konsumentenentscheidungen entfällt.
 - Wahrscheinlich: Rigidere Preis-/Verhandlungspolitik
- Bzgl. Anreiz zu teurerer Versorgungsform
 - Können nur auftreten, wenn es Unterschiede im Preisniveau zwischen den Versorgungsformen gibt.
 - Dies kann durch Preisgestaltung ausgeschlossen oder kontrolliert werden.

V. Implikationen

Lösungen für das Problem des moral hazard:

- Bzgl. Anreiz zur Maximierung der Leistungsmenge
 - Betrifft nur den ambulanten Bereich, da Heimpflege in diesem Szenario „all inclusive“ ist.
 - Hier ist nun eine neue Steuerungslogik erforderlich, die
 - individuell Leistungen zuordnet und
 - eine direkte individuelle Festsetzung der notwendigen (und somit zu finanzierenden) Leistungen vornimmt.
 - Hierzu ist eine eigene Instanz für die Zuweisung (ein „neuer MDK“?) erforderlich und ggf. auch eine Instanz, die die Leistungsorganisation für die Pflegebedürftigen (ein Case-Management) vornimmt.

V. Implikationen: Finanzierung der Pflegeversicherung

- Der Sockel-Spitze-Tausch verlagert das finanzielle Risiko von Qualitätssteigerungen von den Pflegebedürftigen auf die Pflegeversicherten → das ist grundsätzlich sinnvoll
- Sollen resultierende Beitragssatzsteigerungen abgedämpft werden (u.a. zur Begrenzung der Arbeitgeberanteile) stehen mehrere Optionen zur Verfügung
 1. Steuerfinanzierter Bundeszuschuss
 2. Steuerfinanzierter Nachteilsausgleich im SGB IX für Pflegebedürftige bei dann höherem Sockel
 3. Finanzausgleich zwischen Sozialer und Privater Pflegepflichtversicherung wie im Koalitionsvertrag 2005 vorgesehen
 4. Höhere Belastung Kinderloser

V. Implikationen: Finanzierung der Pflegeversicherung

- Ad 1. Steuerfinanzierter Bundeszuschuss
 - Vorteile:
 - Steuerfinanzierung belastet Arbeitgeber nicht
 - Pflegekosten werden teils „unsichtbar“ → Finanzierungszugewinn
 - Fiskalische Situation ist (noch) gut
 - Nachteile
 - Begründung über versicherungsfremde Aufgaben fällt schwer:
 - Pflegeversicherung soll „vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen“ (§ 3 SGB XI) → Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen sind nicht versicherungsfremd“
 - Beitragsfreie Kindermitversicherung ist nach Urteil des BVerfG aus dem Jahr 2001 zwingend.
 - Es droht Finanzierung nach Kassenlage (s. Bundeszuschuss zur GKV)

V. Implikationen: Finanzierung der Pflegeversicherung

- Ad 2: Steuerfinanzierter Nachteilsausgleich
 - Da jeder Pflegebedürftige behindert ist, ist eine Anknüpfung an das SGB IX gut möglich
 - Ein Pauschaler Nachteilsausgleich könnte zur Finanzierung des Sockels verwendet werden; dieser kann dann höher ausfallen
 - Elegantere Methode Steuermittel ins System zu schleusen

V. Implikationen: Finanzierung der Pflegeversicherung

- Ad 3: Finanzausgleich zwischen SPV und PPV
 - BVerfG: Gesetzgeber hat „eine Pflegevolksversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen“, wobei er „die einzelnen Gruppen dem einen oder anderen Versicherungszweig sachgerecht und unter dem Gesichtspunkt einer *ausgewogenen Lastenverteilung* zuordnen“ durfte (BVerfG 2001: Rn. 92)
 - Lastenverteilung ist nicht ausgewogen:
 - PPV-Versichertenkollektiv hat günstigere Altersstruktur, günstigere Geschlechterstruktur, niedrigere altersspezifische Prävalenzen und durchschnittlich doppelt so hohes Einkommen
 - Ausgaben pro SPV-Versichertem sind zweieinhalb mal so hoch wie für einen PPV-Versicherten – bei gleichem Leistungsrecht
 - Beitragssatz für Sozialversicherung für PPV-Versicherte läge bei einem Viertel des Beitragssatzes für SPV-Versicherte.
 - Koalitionsvertrag 2005 sah Finanzausgleich schon einmal vor.

V. Implikationen: Finanzierung der Pflegeversicherung

- Ad 4: Höhere Belastung Kinderloser
 - BVerfG hat Berücksichtigung der Elterneigenschaft im Beitragsrecht gefordert. Argumentation legt Staffelung nach Kinderzahl nahe
 - Gesetzgeber ist dem im Kinderberücksichtigungsgesetz nicht gefolgt. Erneute Klagen liegen dem BVerfG gerade zur Entscheidung vor
 - Jens Spahn hat in aktuellen Namensartikeln einen höheren Zusatzbeitrag für Kinderlose gefordert
 - Mögliches Finanzierungsinstrument, das derzeit (noch?) nicht diskutiert wird.

Inhalt

Vorbemerkung: Die Initiative Pro-Pflegereform

- I. Ausgangspunkt: Warum eine Reform notwendig ist
- II. Reformelement: Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege
- III. Grundidee des Sockel-Spitze-Tauschs
- IV. Ausgestaltungsoptionen
- V. Implikationen
- VI. Fazit

VI. Fazit

1. Derzeitige Ausgestaltung der Pflegeversicherung gewährt keine Lebensstandardsicherung.
2. Eigenanteile in Pflegeheimen werden dramatisch steigen und zu Überforderung der Heimbewohner führen.
3. Diskretionäre Leistungsanhebungen reichen nicht aus, notwendig ist eine Systemreform
4. Der „Sockel-Spitze-Tausch“
 - verhindert die finanzielle Überforderung der Heimbewohner
 - ermöglicht Lebensstandardsicherung
 - beseitigt eine Situation, bei der jede Qualitätsverbesserung zu Lasten der Heimbewohner geht
 - verteilt steigend finanziellen Belastungen auf die Schultern vieler Pflegeversicherter und nicht weniger Pflegebedürftiger.

VI. Fazit

5. Zentrales Problem des Sockel-Spitze-Tauschs ist die moral hazard-Problematik bei häuslicher Pflege.
 - Solange an der Sektorentrennung festgehalten wird, kann dieser Problematik durch Obergrenzen in Anlehnung an stationäre Leistungen begegnet werden.
 - Werden die Sektorengrenzen aufgehoben werden, müssen die notwendigen Pflegeleistungen auf individueller Ebene ermittelt werden – wie dies in anderen Ländern geschieht und bei uns in der Krankenversicherung.
 - Eine individuelle Leistungsbedarfsermittlung hat in Bezug auf Case Management auch viele Vorteile. Hierzu wird aber ein „neuer MDK“ benötigt.

6. Zur Begrenzung des Beitragssatzanstiegs bestehen mehrere Optionen

Schluss

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!