

Der Sockel-Spitze-Tausch – Idee, Ausgestaltung, Implikationen

**AOK-Forum live Schwerin
„Die Zukunft der Pflegeversicherung“
am 12.11.2018 in Schwerin**

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

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 Thomas Kalwitzki 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 heute hat zu permanent steigenden Eigenanteilen geführt – und das PSG II bringt hier nur eine sehr geringe Entlastung.

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 heute hat zu permanent steigenden Eigenanteilen geführt – und das PSG II bringt hier nur eine sehr geringe Entlastung.
- Inzwischen sind die Eigenanteil höher als jemals zuvor.

I.1 Entwicklung der Eigenanteile

Tabelle 1.4: Entwicklung von Einnahmekomponenten für Pflegeheime

Quartale	Ø Eigenanteil oder einrichtungseinheitlicher Eigenanteil	Unterkunft	Verpflegung	Investitionskosten	Ø Leistung nach § 43 SGB XI	Gesamt
1/2015	483	402	315	436	1.272	2.907
2/2015	493	404	317	436	1.272	2.922
3/2015	510	406	319	437	1.272	2.944
4/2015	519	408	323	438	1.272	2.959
1/2016	533	412	329	439	1.267	2.979
2/2016	546	414	332	439	1.267	2.998
3/2016	559	416	334	440	1.267	3.017
4/2016	584	419	337	440	1.267	3.047
1/2017	548	417	284	461	1.404	3.113
2/2017	553	418	284	461	1.404	3.119
3/2017	562	425	285	462	1.404	3.137
4/2017	575	427	287	462	1.404	3.154
1/2018	591	430	287	463	1.404	3.175
2/2018	602	431	289	464	1.404	3.189

Quelle: BARMER
Pflegerreport 2018: 33

Quelle: eigene Berechnungen basierend auf den Daten von 10.071 vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß Angaben im Pflgelotsen, freundlicherweise zur Verfügung gestellt vom vdek

Anmerkung: Zur Berechnung für den Zeitraum von 1999 bis 2015 wurden die Angaben zu Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten aus dem letztjährigen Pflgerreport (Rothgang et al. 2017: 139) zu den durchschnittlichen Eigenanteilen aus Tabelle 1.2 addiert. Für die resultierende Zeitreihe wurde das geometrische Mittel berechnet.

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
- Geplante Maßnahmen zur Verbesserung der Entlohnung von Pflegekräften führen zu höheren Eigenanteilen
- Verbesserung der Personalstruktur führt zu höheren Eigenanteilen.
- Beide Maßnahmen sind notwendig, um die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen und so den Pflegenotstand abzuwenden.

Exkurs: Pflegenotstand

- Bereits heute herrscht Pflegenotstand
 - 31 Tsd. offenen Stellen in der Altenpflege im Jahresdurchschnitt 2017
 - 2017: Arbeitslosenquote von 0,7%
 - Auf jeden Arbeitssuchenden kommen 5 offene Stellen
 - Heime haben wieder Wartelisten, ambulante Pflegedienste weisen Pflegebedürftige ab – aufgrund von Personalmangel
- Zahl der Pflegebedürftigen steigt weiter bei sinkendem Erwerbspersonenpotential
 - Erwartete Steigerung der Pflegebedürftigenzahlen: 80%
 - Erwerbspersonenpotential geht um ein Viertel zurück
 - Anteil der Erwerbstätigen, die in der Pflege arbeiten muss sich verdoppeln, um heutige Betreuungsrelationen zu erhalten
 - Wird nicht reagiert, wächst die Personallücke der Beschäftigten in der Pflege von 2013 bis 2035 um 350 Tsd. Vollzeitäquivalente

Pflegeberuf muss attraktiver werden

- Aufstiegschancen → Pflegeberufereformgesetz
 - Bessere Bezahlung → Koalitionsvertrag
 - Höhere Personalschlüssel → Koalitionsvertrag & PSG II
 - Pflexit-Monitor von Hartmann: „permanenten Personalmangel (72%) und „generell hohe Arbeitsbelastung“ (57% als Hauptgründe für berufliche Unzufriedenheit
 - Personalbemessungsverfahren liegt im Juni 2020 vor
- Pflegesätze werden steigen
- **Wenn nichts geändert wird, explodieren die Eigenanteile**

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. GAP-Versicherungen sind nicht im Angebot.
- Private Pflegetagegeldversicherungen können Lücke nicht schließen, weil deren Höhe unbekannt ist.
- Lebensstandardsicherung ist auch bei privater Zusatzversicherung nicht möglich, da die Höhe des Risikos (der Lücke) bei Vertragsabschluss nicht bekannt ist.

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 von der Pflege- in die Krankenversicherung
 - 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.
- Realisierung:
 - Ärzte stellen Verordnung aus
 - Heime erbringen die Leistungen und rechnen mit der Krankenkasse ab
 - Heimentgelte werden um diese Beträge gekürzt
→ Pflegebedürftige werden entlastet.

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, SPV-finanziert sein sollten

Inhalt

Vorbemerkung: Die Initiative Pro-Pflegereform

I. Ausgangspunkt: Warum eine Reform notwendig ist

II. Reformelement: Umfinanzierung der medizinischen
Behandlungspflege

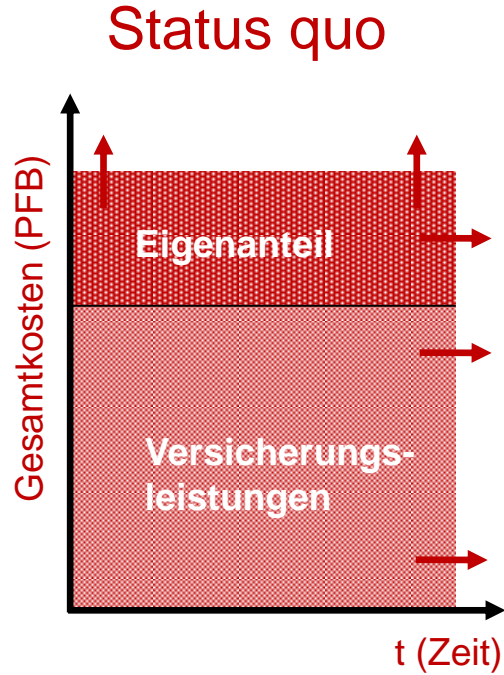
III. Grundidee des Sockel-Spitze-Tauschs

IV. Ausgestaltungsoptionen

V. Implikationen

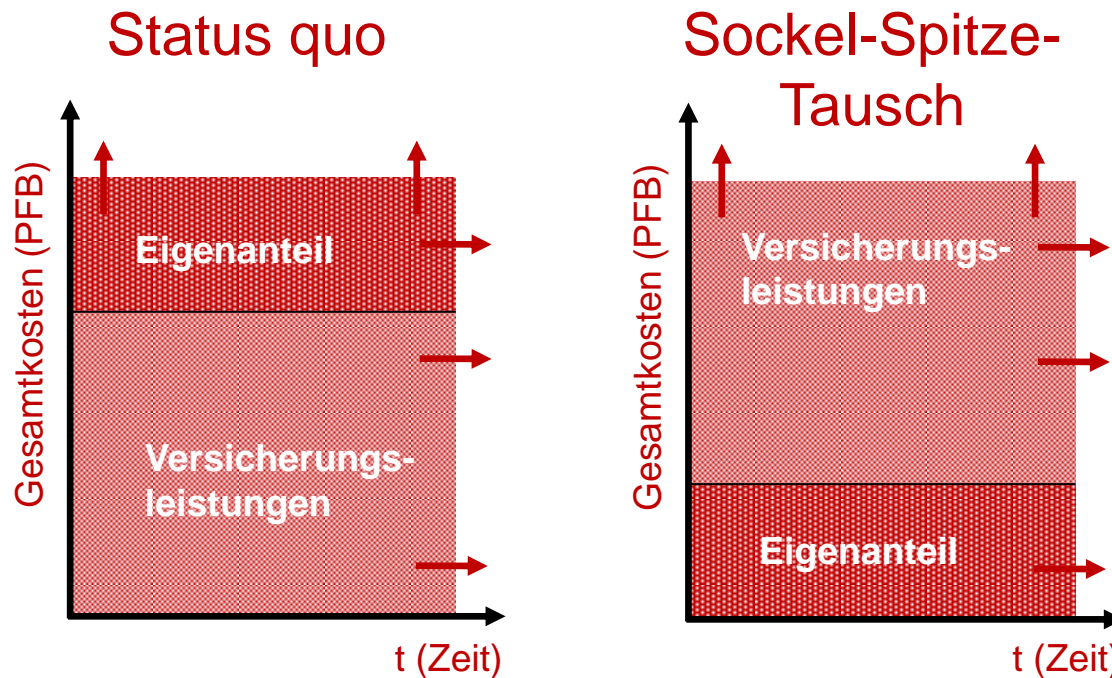
VI. Fazit

III. Grundidee des Sockel-Spitze-Tauschs



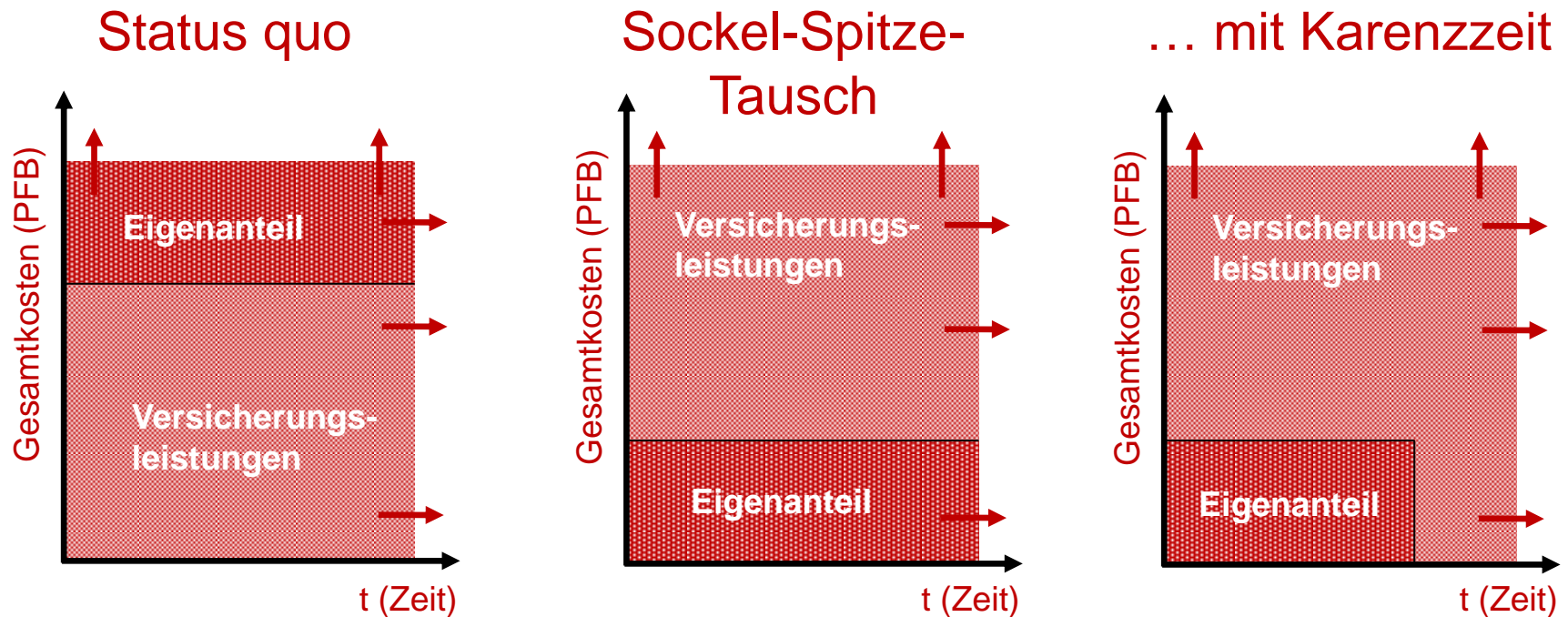
III. Grundidee des Sockel-Spitze-Tauschs

- Grundidee: Austausch von Finanzierungssockel und Finanzierungsspitze



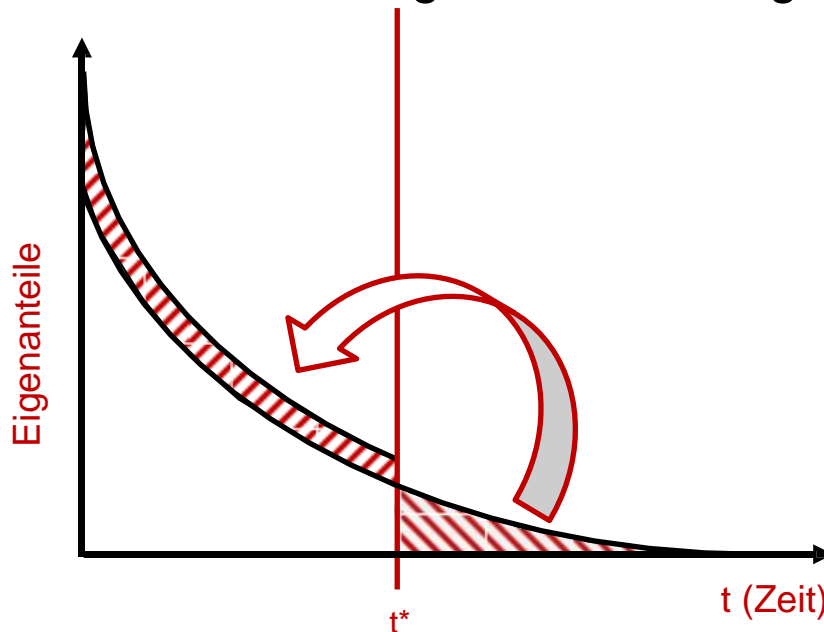
III. Grundidee des Sockel-Spitze-Tauschs

- 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 angesehen werden, danach entfallen Eigenanteile und die Versicherung übernimmt die gesamten Kosten.

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

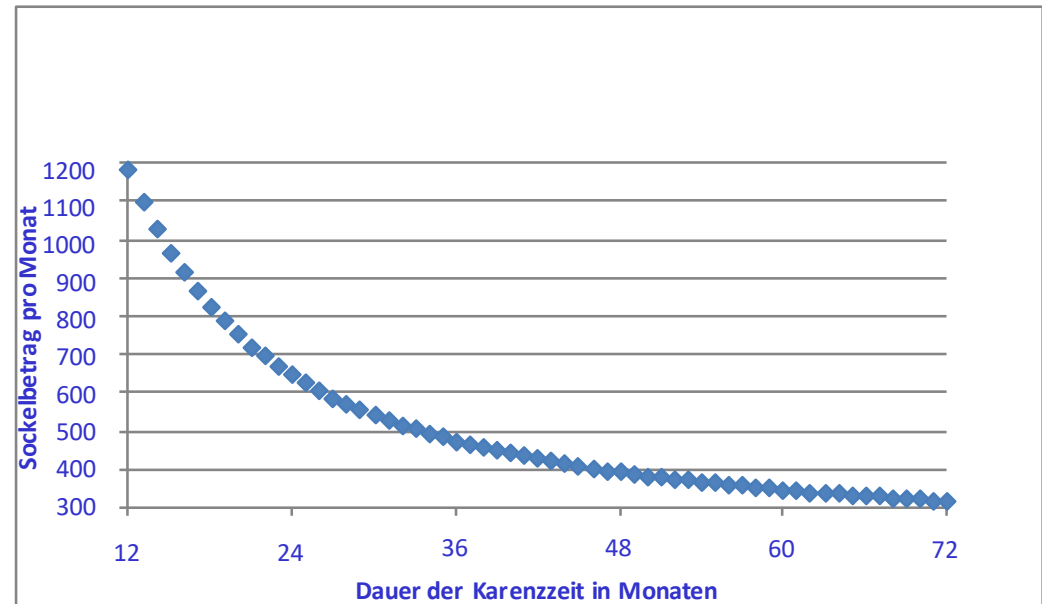
IV. Höhe des Sockels

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

IV.2 Vollversicherung mit fixem Eigenanteil

- 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 Vollversicherung mit fixem Eigenanteil

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:
 - 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.

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 die finanziellen Belastungen aufgrund von Qualitätssteigerungen 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.
6. Solange an der Sektorentrennung festgehalten wird, kann dieser Problematik durch Obergrenzen in Anlehnung an stationäre Leistungen begegnet werden.
7. Spätestens wenn die Sektorengrenzen aufgehoben werden, müssen die notwendigen Pflegeleistungen auf individueller Ebene zu ermitteln – wie dies in anderen Ländern geschieht und bei uns in der Krankenversicherung.
8. Eine individuelle Leistungsbedarfsermittlung hat in Bezug auf Case Management auch viele Vorteile. Hierzu wird aber ein „neuer MDK“ benötigt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!