Universität Bremen

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0014(15)
gel. VB zur öAnh am 04.06.2018 - Eigenanteile
04.06.2018

Universität Bremen · **socium** · Postfach 330440 28334 Bremen

Abteilung
Gesundheit, Pflege und Alterssicherung

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Abteilungsleiter

UNICOM, Mary-Somerville-Str. 5
Raum 3.4250
28359 Bremen
Telefon (0421) 218 - 58557
eMail rothgang@uni-bremen.de
www www.socium.uni-bremen.de

Sekretariat:
Vicki May
Telefon (0421) 218 - 58556
Fax (0421) 218 - 58623
eMail vicki.may@uni-bremen.de

www.socium.uni-bremen.de

04.06.2018

Stellungnahme zum

Antrag der Fraktion DIE LINKE
„Eigenanteile in Pflegeheimen senken – Menschen mit Pflegebedarf finanziell entlasten“
BT-Drucksache 19/960

anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 4. Juni 2018

Einleitung

In ihrem Beschlussvorschlag charakterisieren die Antragsteller die Eigenanteile in Pflegeheimen als zu hoch und schlagen eine Reihe von Maßnahmen vor, um diese zu senken bzw. einen weiteren Anstieg zu verhindern. Nachfolgend werden daher zunächst die Entwicklung der Eigenanteile seit Einführung der Pflegeversicherung sowie die derzeitige Höhe der Eigenanteile und zukünftige Entwicklung beschrieben (Abschnitt 1). Anschließend werden normative Maßstäbe benannt (Abschnitt 2) anhand derer die Situation bewertet wird (Abschnitt 3), bevor auf einzelne Maßnahmen zur Reduktion der Eigenanteile bzw. des Anstiegs der Eigenanteile eingegangen wird (Abschnitt 4). Abschließend wird zusammengefasst, welche zukünftige Strategie als sinnvoll erscheint (Abschnitt 5).

1. Höhe der Eigenanteile bei den Pflegevergütungen

Pflegebedürftige mussten für vollstationäre Pflege im Mai 2017 im Durchschnitt monatlich rund 1.700 Euro aus eigenen Mitteln aufwenden. Dabei entfielen rund 600 Euro auf den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE), der den Teil der Pflegevergütungen angibt, den die Pflegebedürftigen selbst finanzieren müssen, rund 700 Euro auf die Entgelte für Unterkunft und Verpflege sowie rund 400 Euro auf den nicht öffentlich geförderten Teil der Investitionskosten, der gesondert in Rechnung gestellten wird (Tabelle 1).

Die Durchschnittswerte unterscheiden sich zwischen den Ländern erheblich – und zwar bei allen drei Komponenten: Lag der durchschnittliche monatliche EEE in Thüringen bei 234 Euro, betrug er im Saarland 869 Euro. Auch bei den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung ist die Spannweite erheblich und reichte von monatlich 531 Euro in Sachsen und Sachsen-Anhalt bis zu 967 Euro in Nordrhein-Westfalen. Die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten reflektieren nicht zuletzt die Förderpolitik zum Zeitpunkt der Errichtung der Einrichtung. Hier reichen die monatlichen Durchschnittswerte von 288 Euro in Sachsen bis zu 525 Euro in Bremen. Der Ost-West-Unterschied ist dabei u. a. auf die 8-jährige gesonderte Investitionsförderung für die neuen Bundesländer gemäß Art. 52 PflegeVG zurückzuführen, dessen Folgen auch heute noch in den niedrigeren Durchschnittswerten für die ostdeutschen Länder erkennbar sind. Die insgesamt von Pflegebedürfti-

gen aufzuwendenden Eigenmittel reichten damit von durchschnittlich 1.107 Euro in Sachsen-Anhalt bis zum mehr als doppelt so hohen Wert von 2.252 Euro in Nordrhein-Westfalen.

Tabelle 1: Vom Pflegebedürftigen zu tragenden Teile der Heimvergütung pro Monat

Bundesland	EEE	U&V	IK	EEE + U&V	EEE+ U&V+IK
Baden-Württemberg	778	746	334	1.524	1.858
Bayern	728	621	364	1.349	1.713
Berlin	863	576	362	1.440	1.802
Brandenburg	503	576	302	1.079	1.381
Bremen	474	727	525	1.201	1.725
Hamburg	612	743	496	1.355	1.850
Hessen	592	624	467	1.217	1.684
Mecklenburg-Vorpommern	306	536	300	842	1.142
Nordrhein-Westfalen	766	967	520	1.733	2.252
Niedersachsen	352	561	408	913	1.321
Rheinland-Pfalz	669	815	411	1.485	1.895
Saarland	869	819	506	1.688	2.194
Sachsen	312	531	288	843	1.131
Sachsen-Anhalt	303	531	273	834	1.107
Schleswig-Holstein	293	681	466	974	1.439
Thüringen	234	684	289	918	1.206
Deutschland	587	703	401	1.290	1.691

Quelle: Rothgang et al. 2017: 31, basierend auf Daten von 11.129 vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß Angaben im Pflegelotsen, freundlicherweise zur Verfügung gestellt vom vdek.

Dabei hat sich der von den Pflegebedürftigen aufzubringende Betrag *für die Pflegevergütung* im Zeitverlauf kontinuierlich erhöht (Tabelle 2). Die Tabelle enthält neben den durchschnittlichen Pflegevergütungen wie sie in der Pflegestatistik nachgewiesen sind, auch die Eigenanteile die sich nach Abzug der Pflegeversicherungsleistungen gemäß § 43 SGB XI ergeben. Diese Eigenanteile haben seit Einführung der Pflegeversicherung bis zum Jahr 2015 in Pflegestufe I und II kontinuierlich zugenommen, da zwar die Pflegevergütungen gestiegen, die Leistungen der Pflegeversicherung aber konstant geblieben sind. In der Pflegestufe III wurden die Leistungen in den Jahren 2008, 2010 und

2012 dynamisiert. Das hat dazu geführt, dass die durchschnittlichen Eigenanteile von 2009 bis 2011 gesunken sind und die Wachstumsrate der Steigerung in dieser Stufe insgesamt geringer ist. Werden die Eigenanteile der jeweiligen Pflegestufe mit den bundesweiten Belegungsanteilen gewichtet, ergibt sich der durchschnittliche Eigenanteil, der sich von 1999 bis 2015 mehr als verdoppelt hat, von 277 Euro auf 602 Euro. Aufgrund der Pflegereform ist dieser Wert 2017 zwar zurückgegangen, aber in nur geringem Umfang und liegt immer noch über dem Wert von 2013. Hinsichtlich der Eigenanteile im stationären Bereich ist das PSG II damit weitgehend folgenlos geblieben.

Tabelle 2: Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten in vollstationärer Pflege

	Pflegevergütung			Eigenanteil an Pflegevergütung			Belegungsanteile			Durchschnittlicher Eigenanteil
Jahr	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.

2. Normative Bewertungsmaßstäbe

Die Bewertung dieser Entwicklung ist nur auf Basis normativ gesetzter Maßstäbe möglich. Als solche bieten sich zum einen die Überlegungen an, die zur Einführung der Pflegeversicherung geführt haben und damit die Ziele der Pflegeversicherung widerspiegeln (Abschnitt 2.1), und zum anderen allgemeine sozialstaatliche Prinzipien (Abschnitt 2.2).

2.1 Zielsetzungen der Pflegeversicherung

Als das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) das Thema der fehlenden sozialstaatlichen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit auf durch ein Gutachten auf die politische Agenda gesetzt hat, wurde dies damit begründet, dass es gelte, die *pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit* zu beenden (KDA 1974). Dass Menschen auch nach einem durchschnittlichen Erwerbsleben durch auftretende Pflegebedürftigkeit regelmäßig in die Sozialhilfe abrutschen und zu Almosenempfängern werden, wurde als eines modernen Sozialstaats unwürdig kritisiert (Pabst/Rothgang 2000; Götze/Rothgang 2014). Entsprechend wurde im allgemeinen Teil der Gesetzesbegründung als Ziel der Pflegeversicherung formuliert: „Die Pflegeversicherung soll … bewirken, daß in der überwiegenden Zahl der Pflegebedürftigen nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen ist; wer sein Leben lang gearbeitet und eine durchschnittliche Rente erworben hat, soll wegen der Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht zum Sozialamt gehen müssen“ (PflegeVG-E, S. 2).

Um dieses Ziel zu erreichen, soll die Pflegeversicherung die *pflegebedingten Kosten* der Heimversorgung übernehmen. Die in § 82 SGB XI normierte Aufteilung der Heimentgelte in die Bestandteile Pflegevergütung, Entgelten für Unterkunft und Verpflegung und gesondert in Rechnung gestellten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen soweit sie nicht nach Landesrecht gefördert sind, geht auf den sogenannten „Dreiteilungsvorschlag“ der Arbeiterwohlfahrt von 1976 zurück, in dem gefordert wurde, dass die Kassen die pflegebedingten Aufwendungen, die Pflegebedürftigen die sogenannten „Hotelkosten“ der vollstationären Versorgung und die Kommunen die sonstigen Kosten, womit implizit die Investitionskosten (IK) gemeint waren, übernehmen sollten (AWO 1976). Vorgesehen war dabei also, dass die *gesamten* pflegebedingten Aufwendungen von der Kasse finanziert werden sollten. Entsprechend wurde im Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) festgelegt, das die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (U&V) vom Pflegebedürftigen zu tragen sind. Gleichzeitig wird in der Gesetzesbegründung zum PflegeVG konstatiert: „Die Pflegekasse … trägt … den pflegebedingten Aufwand für die im Einzelfall erforderlichen Leistungen der Grundpflege, der aktivierenden Pflege und für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, soweit letztere nicht von den Krankenkassen oder anderen Leistungsträgern zu tragen sind (PflegeVG-E, S. 115). Dass die Versicherungsleistungen die *gesamten* durchschnittlichen Pflegevergütungen im Pflegeheim abdecken sollten, zeigt sich auch am Vergleich der Leistungshöhen und Pflegesätze bei Einführung

der Pflegeversicherung. Da die Pflegestatistik nach § 109 SGB XI erstmals 1999 erhoben wurde, liegen für die Zeit zuvor keine entsprechenden Werte vor. Tabelle 3 weist daher hilfsweise die Entwicklung im Rheinland aus. Erkennbar ist, dass die Leistungen der Pflegeversicherung im Jahr 1996 ausgereicht haben, die durchschnittlichen Pflegevergütungen in Pflegestufe I und II abzudecken und der durchschnittliche Eigenanteil, der wiederum als gewichteter Mittelwert berechnet wird, mit 77 Euro pro Monat noch nahe Null war. Die Pflegesätze sind im Rheinland dabei höher als im anderen Landesteil, Westfalen-Lippe, und NRW wies auch schon 1999 höhere Pflegesätze und entsprechend höhere durchschnittliche Eigenanteile als der Bund (Tabelle 3). Bundesweit dürften die Pflegeversicherungsleistungen 1996 somit tatsächlich in etwas ausgereicht haben, um die durchschnittlichen Pflegevergütungen voll zu finanzieren.

Tabelle 3: Pflegevergütung und Eigenanteile in den 1990er Jahren

		Pflegevergütung			Eigenanteil an Pflegevergütung			Belegungsanteile[1]			Durchschnitt-licher Eigenanteil
Jahr	Rheinland	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.

2.2 Sozialstaatliche Prinzipien

In der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung wird Deutschland als Prototyp eines konservativen Wohlfahrtsstaats angesehen und vom liberalen ebenso wie vom sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaat abgegrenzt (Esping-Andersen 1990). Während liberale Wohlfahrtsstaaten lediglich der Existenzsicherung verpflichtet sind und sozialdemokratische Staaten Sozialleistungen als Bürgerrecht ausgestalten, wird der Anspruch auf Sozialleistungen jenseits einer Grundsicherung im konservativen Wohlfahrtsstaat durch Vorleistungen, insbesondere durch Mitgliedschaft in einer So-

zialversicherung, erworben. Diese Leistungen gehen dabei aber dann über eine existenzsichernde Mindestsicherung hinaus und sollen den erreichten Lebensstandard gegen die Wechselfälle des Lebens sichern. Dadurch werden positive Arbeitsanreize gesetzt und wird soziale Sicherheit für risikoadverse Individuen geschaffen. Durch Rentenversicherung, Krankenversicherung und Unfallversicherung werden entsprechend die Risiken Alter, Erwerbsunfähigkeit und Krankheit so abgesichert, dass das Eintreten eines solchen sozialen Tatbestandes nicht zu einem sozialen Abstieg führt. Um dies auch für das Pflegerisiko zu gewährleisten, wurde die Einführung der Pflegeversicherung gefordert und schließlich umgesetzt. Effektiv in Bezug auf dieses Kriterium ist die Pflegeversicherung aber nur, insoweit es ihr gelingt, einen sozialen Abstieg aufgrund von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Dies bezieht sich nicht nur auf die durchschnittlichen mit Pflegebedürftigkeit verbundenen Kosten, sondern auch auf das Risiko sehr hoher Kosten – durch ein hohes Ausmaß an Pflegebedürftigkeit und entsprechende Kosten sowie eine lange Dauer von Pflegebedürftigkeit. Die Ausgestaltung der Pflegeversicherung ist daher auch daran zu messen, wie sie mit diesen Risiken umgeht.

3. Problemanalyse

Die Probleme der aktuellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung zeigen sich im Vergleich von normativen Vorgaben (Soll) und realisiertem Zustand (Ist). Hierbei sei zunächst auf die pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit und ihre Determinanten (Abschnitt 3.1) und dann auf die Fähigkeit der Pflegeversicherung zum Ausgleich des Risikos von überdurchschnittlichen Kosten (Abschnitt 3.2) eingegangen.

3.1 Höhe der Eigenanteile und pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit

Tatsächlich ist die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen von 1994 bis 1998 um 40 % gesunken (Roth/Rothgang 2001: 297), und der Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen unter allen pflegebedürftigen Heimbewohnern, der 1994 noch bei 80 % lag (PflegeVG-E: 61; vgl. mit weiteren Nachweisen Rothgang 1997: 224ff.), liegt seit 20 Jahren weitgehend stabil bei rund einem Drittel (Rothgang et al. 2017: 158). Allerdings war bei Einführung der

Pflegeversicherung vom seinerzeit zuständigen Bundesarbeitsministerium angestrebt worden, das vor Einführung der Pflegeversicherung bestehende zahlenmäßige Verhältnis von Hilfeempfängern und Selbstzahlern umzukehren (Bader 1994: 36). Dies impliziert eine Quote von 20 % Sozialhilfeempfängern an den Heimbewohnern, die bereits bei Einführung der Pflegeversicherung deutlich verfehlt wurde. Im aktuellen Koalitionsvertrag und den zu seiner Umsetzung am 26. Mai diesen Jahres vom Bundesgesundheitsminister vorgelegten Eckpunktepapier „Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege“ wird sowohl eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte als auch eine verbesserte Personalausstattung – über die separat finanzierten Stellen des Sofortprogramms hinaus – gefordert. In der derzeitigen Finanzierungssystematik werden die damit verbundenen Kostensteigerungen aber vollständig an die Pflegebedürftigen weitergeleitet, da die Leistungen der Pflegeversicherung als Festbeträge ausgestaltet sind. Einen Hinweis auf die quantitativen Auswirkungen grundsätzlich zu begrüßender Lohn- und Gehaltssteigerungen auf die individuellen Eigenanteile gibt der aktuelle Fall der AWO Brandenburg Ost. In den stationären Einrichtungen dieses Trägers erhöhten sich die Eigenanteile aufgrund eines neuen Tarifabschusses um monatlich rund 600 Euro. Werden die vom Bundesgesundheitsminister angekündigten Maßnahmen also unter den aktuell geltenden Mechaniken der Pflegeversicherung durchgeführt, wird es zu einem erheblichen Anstieg der Eigenanteile kommen, der zu einem steigenden Anteil der Sozialhilfeempfänger an den Heimbewohnern führen und damit die Intentionen der Pflegeversicherung konterkarieren wird.

Ursächlich hierfür sind zum einen die angesprochenen steigenden Eigenanteile an den Pflegevergütungen (Tabelle 2), die durch die fehlende Leistungsdynamisierung der vergangenen Jahre ihre derzeitige Höhe erreicht haben und – ohne Reform – in Zukunft verstärkt weiter steigen werden. Zum anderen sind aber auch die *Investitionskosten* zu nennen, deren Finanzierung bei Einführung der Pflegeversicherung strittig war. Im Gesetzentwurf wurde – mit Verweis auf die negativen Erfahrungen der dualen Finanzierung im Krankenhausbereich – noch eine monistische Finanzierung vorgeschlagen (PflegeVG-E: 84). Da die Länder hierzu aber nicht bereit waren, wurde schließlich stattdessen eine „unechte duale Finanzierung“ (Jung 1994: 13) eingeführt, der zufolge die Länder Einsparungen bei der Sozialhilfe zur Finanzierung der Investitionskosten einführen „sollen“. Da dem Bund die notwendige Gesetzeskompetenz fehlt, konnte er die Länder im PflegeVG jedoch nicht zu einer rechtlich verbindlichen Übernahme der Investitionskosten verpflichtet werden. Der § 9 SGB XI

lautet daher: „Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen“ (§ 9 Satz 3 SGB XI). Tatsächlich unterschieden sich die nach Einführung der Pflegeversicherung verabschiedeten Landespflegegesetze bezüglich ihrer Ambitionen erheblich (Eifert/Rothgang 1998 und 1999), waren insgesamt aber sehr zurückhaltend. Schon im 1. Bericht der Bundesregierung zur Entwicklung der Pflegeversicherung hat sich das damals noch zuständige Arbeitsministerium daher beklagt: „Entgegen der politischen Zusage im Gesetzgebungsverfahren übernimmt kein Land vollständig die Investitionskosten“ (BMA 1998: 98). Tatsächlich sind die Nettoausgaben allein bei der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen von 1994 bis 1998 um 7,6 Mrd. DM zurückgegangen (Roth & Rothgang 2001: 295), während die Reinvestitionsquote dieser Einsparungen nur bei rund 35 % (Nordrhein-Westfalen, 14 % (Bremen), 30 % (Baden-Württemberg), 13 % (Hessen) bzw. 20 % (Niedersachsen) lag (ebd.: 296f.).[1]

Im Ergebnis müssen die Pflegebedürftigen selbst in erheblichem Maße für nicht geförderte Investitionskosten aufkommen (vgl. Tabelle 1). Dies trägt zu den hohen Belastungen der Pflegebedürftigen bei, ist aber ein Problem, das nur von den Ländern gelöst werden kann. Wohl aus diesem Grund ist dieser Aspekt im zu beratenden Antrag der LINKEN nicht thematisiert und wird auch nachfolgend nicht weiter diskutiert. Die diskutierten Lösungsvorschläge beziehen sich dagegen ausschließlich auf die pflegebedingten Aufwendungen und die zugehörigen Pflegevergütungen.

3.2 Fähigkeit der Pflegeversicherung zum Ausgleich besonders hoher Pflegekosten

Auch in Bezug auf die Versicherungsfunktion gegen überdurchschnittlich hohe Pflegekosten kann die derzeitige Ausgestaltung der Pflegeversicherung nicht überzeugen. Bis zum Inkrafttreten des PSG II sind die Eigenanteile in der stationären Pflege regelmäßig gestiegen, wenn sich die Pflegestufe im Zeitverlauf erhöht hat. Dieses Risiko ist durch die Einführung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils im PSG II nunmehr aufgehoben: der Eigenanteil ist für pflegebedürftigen Heim-

[1] Da keine bundesweite Statistik zur Reinvestitionsquote geführt wurde, mussten diese Angaben aus einzelnen Landesstatistiken zusammengestellt werden.

bewohner (mit mindestens Pflegegrad 2) unabhängig vom Pflegegrad. Allerdings tragen die Versicherten das Risiko vom Durchschnitt abweichender Pflegevergütungen vollständig selbst. Dabei ist dieses Risikos von den Pflegebedürftigen selbst – angesichts inzwischen wieder sichtbar werdender Kapazitätsengpässe – durch die Wahl der Einrichtung nur teilweise beeinflussbar, wenn dem Wunsch nach Wohnortnähe entsprochen werden soll. Veränderungen des EEE nach Einzug sind vom Pflegebedürftigen wiederum weder beeinflussbar noch vorhersehbar, da sie nicht zuletzt von der Veränderung der Bewohnerstruktur abhängen. Vollständig vom Pflegebedürftigen zu tragen ist auch das Risiko der Langlebigkeit mit Pflegebedürftigkeit. Dies ist insbesondere dann problematisch, wenn die Eigenanteile durch Vermögensverzehr finanziert werden.

Insgesamt ist die Pflegeversicherung in ihrer derzeitigen Ausgestaltung daher nicht geeignet Lebensstandardsicherung zu garantieren. Auch private Zusatzversicherungen können hier keine Abhilfe schaffen, da sie regelmäßig mehrere Jahrzehnte vor Eintreten der Pflegebedürftigkeit abgeschlossen werden und es zu diesem Zeitpunkt unmöglich ist vorherzusagen, wie hoch die Eigenanteile zum Eintritt der Pflegebedürftigkeit sein werden, die Jahrzehnte zuvor versichert werden sollen.

4. Lösungsansätze

Wie die Problemanalyse gezeigt hat, führt die derzeitige Ausgestaltung der Pflegeversicherung zu Eigenanteile, die seit Einführung der Pflegeversicherung erheblich gestiegen sind und bereits derzeit vielfach als zu hoch eingestuft werden. Bei Umsetzung der angestrebten verbesserten Personalbesetzung in Einrichtungen und höheren Löhnen und Gehältern wird es – ceteris paribus – zudem zu deutlich steigenden Eigenanteilen kommen, die dann steigende Anteile an Sozialhilfeempfängern unter den Pflegebedürftigen nach sich ziehen würden. Vor diesem Hintergrund besteht weiterer Reformbedarf.

Nachfolgend werden drei Maßnahmen diskutiert, die die Eigenanteile begrenzen können und im Entschließungsantrag der LINKEN angesprochen werden: die Verlagerung der Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege (Abschnitt 4.1), die Einführung einer regelgebundenen Leistungsdynamisierung (Abschnitt 4.2) und die Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Vollversicherung mit fixem Eigenanteil (Abschnitt 4.3).

4.1 Verlagerung der Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege

Obwohl medizinische Behandlungspflege systematisch dem Bereich „cure“ und nicht dem Bereich „care“ zuzurechnen ist (Hoberg et al. 2013), werden entsprechende Leistungen derzeit nur dann als häusliche Krankenpflege von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert werden, wenn der Pflegebedürftige in der eigenen Häuslichkeit lebt. Lebt er in einem Pflegeheim, geht dieser Anspruch verloren und die entsprechenden Leistungen sind als „medizinische Behandlungspflege“ Teil der von der Pflegeversicherung gewährten pauschalen Leistungsbeträge gemäß § 43 SGB XI. Diese im 1. SGB XI-Änderungsgesetz vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) getroffene Regelung war zunächst bis 1999 befristet und mit einem ausdrücklichen Prüfauftrag versehen. Im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626), im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 14.12.2001 (BGBl. I S. 3728) und im Verwaltungsvereinfachungsgesetz vom 21.3.2005 (BGBl. I S. 818) wurde sie jeweils – mit Prüfauftrag – verlängert, ehe sie im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.3.2007 (BGBl. I S. 378) ohne materielle Prüfung für dauerhaft erklärt wurde. Da die Pflegesätze aber regelmäßig, derzeit im Durchschnitt um rund 600 Euro (vgl. Tabelle 1), über den Leistungsbeträgen der Pflegeversicherung liegen, müssen die Pflegebedürftigen im Heim im Ergebnis *selbst* für die medizinische Behandlungspflege aufkommen. Im Koalitionsvertrag wird de facto anerkannt, dass diese Regelung korrigiert werden muss. Allerdings konnten sich die Koalitionspartner nicht zu einer sachlich angezeigten sektorübergreifenden einheitlichen Regelung der Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege aus einer Hand unabhängig vom Ort der Leistungserbringung durchringen. Stattdessen sollen aus Mitteln der GKV – so das Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministers – 13.000 Stellen für Pflegekräfte geschaffen werden, die die medizinische Behandlungspflege in Heimen erbringen. Werden für jede dieser Stellen durchschnittliche Kosten von 50 Tsd. Euro pro Jahr unterstellt und wird weiterhin – angesichts der aktuellen Arbeitsmarktlage wenig realistisch – unterstellt, dass diese zusätzlichen Stellen besetzt werden können, beläuft sich das Volumen dieser Umwegfinanzierung auf 650 Mio. Euro, während die geschätzten Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen

bei mehr als 2 Mrd. Euro liegen (vgl. Rothgang/Müller 2013). Im Rahmen des von der Bundesregierung angekündigten Sofortprogramms wird also nur *ein kleiner Teil* der Ausgaben für medizinische Behandlungspflege in die GKV verlagert.

Koalitionsvertrag und Eckpunktepapier gehen damit zwar zutreffender Weise davon aus, dass die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen (zum Teil) in die gesetzliche Krankenversicherung verlegt werden sollte, ihr Lösungsvorschlag ist aber ungeeignet, da nur ein Teil der Kosten der medizinischen Behandlungspflege umfinanziert werden soll und diese Umfinanzierung davon abhängig ist, dass die neu zu schaffenden Stellen tatsächlich besetzt werden können, was angesichts der derzeitigen Arbeitsmarktsituation, bei der auf jeden Arbeitssuchenden in der Langzeitpflege fünf offene Stellen kommen (Bundesregierung 2018: 3), unrealistisch ist. Sinnvoller wäre es, die Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen – wie bereits die entsprechende Finanzierungskompetenz in der häuslichen Pflege – auf die Krankenkassen zu verlagern. Die medizinische Behandlungspflege würde dann ärztlich verordnet und von den Pflegeheimen erbracht, die diese gegenüber den Krankenkassen abrechnen. Die so bei den Pflegeheimen entstehenden Mehreinnahmen können genutzt werden, um die Eigenanteile zu senken, indem die Pflegevergütungen um die durchschnittlichen Einnahmen aus der medizinischen Behandlungspflege gekürzt werden. Rechnerisch könnten die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile damit um monatlich mehr als 200 Euro gekürzt werden.

Eine gleiche Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege unabhängig vom Ort der Leistungserbringung ist zudem Voraussetzung dafür, die Fragmentierung zu überwinden, die die Entstehung und Ausbreitung neuer innovativer Versorgungsformen derzeit erschwert.

4.2 Regelgebundene Leistungsdynamisierung

Die Leistungssätze der Pflegeversicherung wurden 1994 festgelegt und sind bis 2008 nicht angepasst worden. In den Jahren 2008, 2010 und 2012 hat dann eine Anpassung stattgefunden – für den stationären Sektor aber nur bezogen auf die Pflegestufe III. Diese fehlende bzw. unzureichende Anpassung ist der Grund für die in Tabelle 2 dargestellte Steigerung der Eigenanteile (vgl. hierzu auch Rothgang 2014). Für die Zukunft regelt § 30 Abs. 1 SGB XI die Leistungsdynamisierung:

> „Die Bundesregierung prüft alle drei Jahre, erneut im Jahre 2020, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung. Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren; dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum. Bei der Prüfung können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden. Die Bundesregierung legt den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe vor."

Als „Orientierungswert" dient demnach die Preis-, als Obergrenze aber die allgemeine Bruttolohnentwicklung. Sollen die Löhne und Gehälter in der Pflege aber – wie in Koalitionsvertrag und Eckpunktepapier gefordert – stärker steigen, als die allgemeine Preisentwicklung und auch stärker als die Entgelte in anderen Wirtschaftssektoren ist damit sichergestellt, dass es auch weiterhin zu einem Wertverlust der Pflegeversicherungsleistungen kommt und die Eigenanteile ansteigen.

Um Anstiege der Eigenanteile zu vermeiden, müsste in eine Neufassung des § 30 SGB XI dagegen der Hinweis auf die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen entfallen und stattdessen sichergestellt werden, dass alle Tariflohnsteigerungen vollständig durch Anpassungen der Leistungshöhen ausgeglichen werden und dass sich verändernde Stellenschlüssel ebenfalls in den Leistungsbeträgen nach § 43 SGB XI widerspiegeln. Zudem müssten die Anpassungen in wesentlich kürzeren Zeitabständen erfolgen, um ein „Nachhinken" der Dynamisierung zu verhindern. Dies würde die Leistungsdynamisierung aber zu einer politischen Dauerbaustelle machen. Sinnvoller ist es daher, die Begrenzung der Eigenanteile durch die im Folgeabschnitt beschriebene Systemreform zu erreichen.

4.3 Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Vollversicherung mit fixem Eigenanteil

In der aktuellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung müssen im stationären Sektor alle Kosten oberhalb der Leistungssätze des § 43 SGB XI durch den Pflegebedürftigen als 100%iger Eigenanteil privat aufgewendet bzw. subsidiär durch die Sozialhilfeträger übernommen werden. Dabei entsteht hier ein doppeltes Kostenrisiko: Sowohl die Höhe der periodischen Eigenanteile als auch die Länge der Zeit, in der diese Eigenanteil zu erbringen sind, ist unbekannt. Durch die Kombination der unbegrenzten monatlichen Eigenanteile und der unbekannten Überlebensdauer der Pflegebedürftigen

resultiert ein absolutes finanzielles Risiko in unbekannter, „zweidimensionaler“ Höhe. Wegen der unbekannten Dauer kann nicht durch Sparen vorgesorgt werden, aber auch eine Zusatzversicherung ermöglicht keine Lebensstandardsicherung, da zum Zeitpunkt des Abschlusses einer Zusatzversicherung unklar ist, wie groß der Eigenanteil sein wird, wenn der Pflegefall – typischerweise ein halbes Jahrhundert nach Abschluss der Versicherung – eintritt, und dieser Eigenanteil daher nicht präzise versichert werden kann. Damit ist Lebensstandardsicherung in Bezug auf das Pflegerisiko heute nicht möglich. Wünschenswert wäre daher eine alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung, die die beiden Dimensionen des Kostenrisikos, durch einen Sockel-Spitze-Tausch (mit oder ohne Karenzzeit) eliminiert oder eliminierbar macht (Abbildung 1). Schematisch wird in diesem nachstehenden Ausgestaltungsvorschlag ein Gesamtsystem der Pflegeversicherung betrachtet, welches nicht durch verschiedene Eigenanteilsfunktionen im ambulanten und stationären Bereich fragmentiert ist.

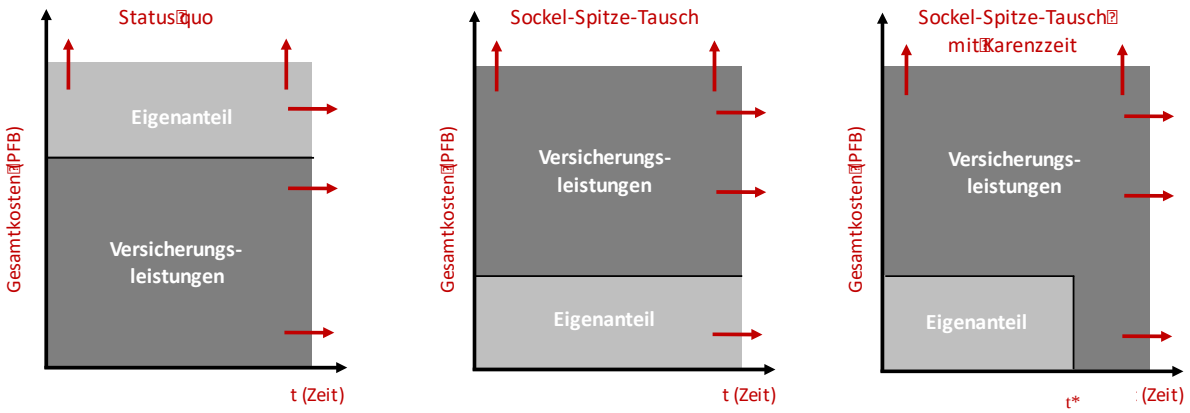

Abbildung 1: Schematische Darstellung des „Sockel-Spitze-Tauschs“ bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Vollversicherung mit festem Eigenanteil

Hierzu wird erstens ein fester monatlicher Sockelbetrag (S) für alle Pflegebedürftigen benötigt, der zweitens nur zeitlich begrenzt (t*) zu zahlen ist. Die Höhe des Sockelbetrags und die Dauer, die dieser höchstens zu zahlen ist, sind Gegenstand politischer Festlegungen.

Weiterhin wird das Verhältnis von Versicherungsleistung und Eigenfinanzierung umgekehrt: Anstelle der bisherigen Zahlung eines pauschalierten bzw. gedeckelten, nicht bedarfsdeckenden Zu-

schusses mit einer Selbstbeteiligung von 100% für darüber hinaus gehender Kosten (deren Höhe nicht begrenzt ist), wird nun von allen Pflegebedürftigen ein einheitlicher Sockelbetrag gezahlt, während darüber hinausgehende Kosten (bis zu einer absolut gedeckelten Leistungshöhe) von der Pflegekasse übernommen werden. Der Sockelbetrag wird zudem zeitlich begrenzt, so dass ein bekannter absoluter Höchstbetrag definiert ist, der im Falle einer Pflegebedürftigkeit privat aufzubringen ist. Dieser kann angespart, privat versichert oder über die Sozialversicherung abgedeckt werden, so dass erstmals das finanzielle Risiko der Pflegeversicherung abschließend abgedeckt werden kann.

Für eine *gesamtkostenneutrale Umsetzung* werden dabei die nach dem Zeitpunkt t* entstehenden individuellen Pflegekosten auf das Kollektiv der Leistungsnehmer und auf den Zeitraum vor t* verlagert. Der Zeitpunkt t* kann dabei grundsätzlich beliebig gewählt werden. Seine Setzung bestimmt die Höhe des von jedem Pflegebedürftigen monatlich zu zahlenden Sockelbetrags (S).

Für eine entsprechende Modellrechnung konnten in Bezug auf das Jahr 2017 für jeden Pflegebedürftigen die über die Gesamtzeit seiner Pflegebedürftigkeit entstehenden private Zahlungen für pflegebedingte Kosten zu Grunde gelegt werden. Hierbei sind die Beträge für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten für Pflegeheime demnach *nicht* enthalten. Soll vermieden werden, dass über den durchschnittlichen Wert hinausgehende Ausgaben selbst finanziert werden müssen, so sind diese auf die ersten t* Jahre umzulegen und erhöhen dort den heutigen durchschnittlichen Eigenanteil auf einen „Sockelbetrag“. Bei einer Festlegung der Karenzzeit auf t*= 4 Jahren ergibt sich ein monatlich aufzubringender Sockelbetrag von rund 388 Euro, bei einer Laufzeit von t* = 3 Jahren einer von rund 470 Euro. Danach erfolgt eine volle Kostenübernahme durch die Pflegeversicherung. Das Produkt aus Laufzeit und monatlichem Sockelbetrag ist dabei deutlich höher als die der Berechnung zugrunde liegenden Gesamtwert von 13.500 Euro. Das ist darauf zurückzuführen, dass im Lauf der t* Jahre ein Teil der Pflegebedürftigen stirbt und den Sockelbetrag dann nicht mehr zahlt. Der Betrag von 13.500 kann aber gut privat versichert werden. Ebenso möglich wäre eine – ganze oder teilweise – Integration in die Soziale Pflegeversicherung (und damit auch die private Pflegepflichtversicherung). Im Falle einer Vollversicherung wäre zur Gegenfinanzierung ein Beitragssatzanstieg von rund 0,7 Beitragssatzpunkten notwendig.

Um Lebensstandardsicherung zu ermöglichen, ist es allerdings erforderlich, dass sowohl die absolute Höhe des maximalen Eigenanteils, als auch der monatlich zu entrichtende Sockelbetrag sehr stabil festgeschrieben werden. Ein dynamisches Element kann hier höchstens im Sinne eines Inflationsausgleichs eingebaut werden. Eine flexible Anpassung etwa an die Ausgabenhöhen der Pflegeversicherung würde die Planbarkeit und Versicherbarkeit wieder aufheben. Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass durch die Rückverlagerung der Medizinischen Behandlungspflege in die Krankenversicherung – je nach deren Umsetzung – Effekte der Kostenentlastung für die Pflegebedürftigen generiert werden können.

Im Bereich der *Allokation* erzeugt die Individualisierung der Leistungshöhen – bei festem Eigenanteilssockel und ohne weitere Begrenzung auf eine maximale Leistungsmenge/-höhe – einen doppelten Anreiz zur Erhöhung der Pflegekosten, da das Eigeninteresse der Pflegebedürftigen und ihrer Familien, die Ausgaben zu begrenzen nunmehr wegfällt. Dieser von Ökonomen als „moral hazard" bezeichnete Anreiz, die Ausgaben auch über das wohlfahrtsoptimale Niveau hinaus auszudehnen, bezieht sich grundsätzlich sowohl auf die Mengen- also auch auf die Preiskomponente. Die Begrenzung der *Preise* obliegt in diesem Szenario den weiterhin stattfindenden Preisverhandlungen der Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung. Während höhere Vergütungssätze bislang für Pflegekassen nicht zu höheren Ausgaben führen, würde sich dies nun ändern und das Interesse der Pflegekassen an effektiven Verhandlungen in ähnlichem Maße steigen, wie das der Sozialhilfeträger sinkt. In Bezug auf die *Mengen*komponente gibt es im stationären Bereich keinen moral hazard, wohl aber im ambulanten Bereich, in dem nunmehr – oberhalb des Sockels – alle Pflegeleistungen finanziert werden. Hier ist daher eine normative Begrenzung der „bedarfsnotwendigen" Leistungen erforderlich, etwa dadurch, dass die individuellen Leistungsansprüche gegen die Versicherung auf das Niveau der stationären Leistungshöhen begrenzt werden. Diese Deckelung führt dann dazu, dass die ambulante Mengenkomponente begrenzt wird, da sie keine höheren Leistungszahlungen als eine stationäre Versorgung zulässt. Zur Kontrolle der entstehenden moral-hazard-Problematik ist es also erforderlich, die Versicherungsleistungen zwar bedarfsgerecht am Einzelfall zu orientieren, jedoch von einer vollkommen offenen Leistungsgewährung Abstand zu nehmen. Hierdurch wird letztlich die rein präferenz-geleitete Auswahl des Pflegesettings weiterhin eingeschränkt.

Dennoch wird auf eine Erhöhung der *Bedarfs*- und *Verteilungsgerechtigkeit* für Pflegebedürftige gegenüber dem Status Quo erzeugt, da eine stärkere Verknüpfung von individuellem Pflegebedarf und individualisierter Leistungshöhe erfolgt, vor allem aber das absolute Kostenrisiko einer Pflegebedürftigkeit solidarisch abgesichert wird.

Die *fiskalischen Auswirkungen* auf die Pflegeversicherung sind in hohem Maße durch Preisverhandlungen einerseits und die konkrete Ausgestaltung der Leistungsbegrenzung andererseits steuerbar. Die Beibehaltung des aktuellen Preis- und Leistungsniveaus ist dabei möglich, so dass eine Umstellung der Finanzierung auf einen einheitlichen Sockelbetrag weitgehend kostenneutral durchgeführt werden kann. Die zusätzliche vollständige Absicherung des finanziellen Risikos der Pflegebedürftigkeit muss jedoch zusätzlich finanziert werden.

5. Fazit

Die Pflegebedürftigen in Einrichtungen der stationären Altenpflege wendeten für ihren Pflegeplatz bereits im Jahr 2017 durchschnittlich rund 1.700 Euro pro Monat aus eigenen Mitteln auf. Hierin eingeschlossen sind rund 600 Euro, die als Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil zur Finanzierung der pflegebedingten Kosten zugezahlt werden. Dieser Betrag entsteht aus der Differenz der einrichtungsspezifischen Pflegesätze und der Leistungssätze des § 43 SGB XI. Alle Steigerungen der Pflegesätze, seien sie durch Lohnsteigerungen, Anhebungen der Personalmenge oder ein allgemein steigendes Preisniveau bedingt, führen demnach bei gleichbleibenden Leistungssätzen direkt zu höheren Eigenanteilen der Pflegebedürftigen. Diesem Mechanismus folgend hat sich der durchschnittliche Eigenanteil von 1999 bis 2015 durch die fehlenden bzw. geringen Anpassungen der Leistungssätze mehr als verdoppelt. Aufgrund des PSG II ist der mittlere Eigenanteil in 2017 nur unmerklich gesunken und wird ohne weitere Reform in Zukunft weiter steigen, insbesondere wenn – wie im Koalitionsvertrag angekündigt – Löhne und Gehälter steigen und die Personalausstattung der Einrichtungen verbessert werden sollen.

Das widerspricht aber sowohl der konkreten als auch der abstrakten Zielsetzung der Pflegeversicherung: Konkret war die Höhe der Pflegeversicherungsleistungen bei ihrer Einführung ausreichend, die durchschnittlichen Pflegevergütungen voll zu finanzieren und somit den Sozialhilfebezug zu

vermeiden. Heute existiert hier eine substanzielle Finanzierungslücke von rund 600 Euro pro Monat, die durch die angekündigten Verbesserungsmaßnahmen im Personalbereich wachsen wird. Damit kann auch das abstrakte Ziel, den Pflegeversicherten durch eine eigene Sozialversicherung vor den Folgen des Lebensrisikos der Pflegebedürftigkeit zu schützen, nicht erreicht werden.

Wie in der Problemanalyse gezeigt wurde, haben die ansonsten bemerkenswerten und inhaltlich erforderlichen Reformen der Pflegestärkungsgesetze I bis III bis auf die Einführung der EEE *keine* strukturellen Veränderungen der hier thematisierten finanziellen Absicherung beinhaltet. Gleichzeitig wird durch die Entwicklung der von den Pflegebedürftigen selbst zu tragenden Kosten deutlich, dass die reine Anpassung der Leistungssätze alleine nicht zielführend ist, sondern bisher nur eine Kompensation bereits erfolgter Preissteigerungen darstellt. Um die Funktion der Pflegeversicherung als Sozialversicherung zu stärken und nachhaltig zu gewährleisten ist es vielmehr erforderlich, *strukturelle Veränderungen* umzusetzen:

1. **Verlagerung der Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege**
   Die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege erfolgt in der stationären Pflege als Teil der pauschalen Pflegesätze. Sie wird also nicht – wie im ambulanten Bereich – leistungsbezogen von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Da die pauschalen Leistungen der Pflegeversicherung aber regelmäßig niedriger sind als die Pflegesätze und führt dies dazu, dass die Kosten der Medizinischen Behandlungspflege de facto vollständig vom Heimbewohner zu zahlen sind und so den Eigenanteil der Pflegebedürftigen erhöhen. Eine Verlagerung der Finanzierungskompetenz in das SGB V kann – bei damit einhergehender entsprechender Kürzung der Pflegesätze – direkt den Eigenanteil der Pflegebedürftigen senken und so bewirken, dass die Kosten der medizinischen Behandlungspflege nicht mehr von den Heimbewohnern selbst, sondern von der zahlenmäßig deutlich größeren Gemeinschaft der Krankenversicherten getragen wird.

2. **Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Vollversicherung mit fixem Eigenanteil**
   Die fortschreitende Steigerung der Eigenanteile resultiert allgemein aus einer zu geringen Anpassung der Leistungssätze der Pflegeversicherung. Diese wurden 1994 festgelegt, bis 2008

nicht verändert und in den Jahren 2008, 2010 und 2012 angepasst. Für die Zukunft regelt § 30 Abs. 1 SGB XI zwar die Leistungsdynamisierung, orientiert sich allerdings nicht gezielt an den Löhnen und Gehältern in der Pflege, welche jedoch primär die Pflegesatzhöhen beeinflussen. Sollten die Löhne und Gehälter aber – wie in Koalitionsvertrag und Eckpunktepapier gefordert – überproportional steigen, wird es auch weiterhin zu einem Wertverlust der Pflegeversicherungsleistungen kommen, und die Eigenanteile werden ansteigen. Dem durch eine regelgebundene Leistungsdynamisierung entgegenzutreten, erfordert, dass sich die Kostenfolgen aller Tariflohnsteigerungen und sich verändernder Stellenschlüssel vollständig in entsprechenden Anpassungen der Leistungsbeträge nach § 43 SGB XI widerspiegeln, die zudem jeweils kurzfristig erfolgen müssten. Die Institutionalisierung einer derartigen Leistungsdynamisierung ist kaum vorstellbar; diskretionäre Anpassungen alle drei Jahre werden dem Problem aber nicht gerecht. Daher erscheint eine Strukturreform hier die überlegene Lösung, bei der die Pflegeversicherung in eine Vollversicherung mit fixem Eigenanteil umgewandelt wird (Rothgang/Kalwitzki 2017). Nur diese Strukturreform ermöglicht es zugleich, das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit lebensstandardsichernd abzusichern.

Systematisch kann das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit nur vollständig abgefangen werden, indem eine Strukturveränderung der Pflegeversicherung erfolgt, nach der das doppeltes Kostenrisiko der Höhe der periodischen Eigenanteile und der Länge der Zeit, in der diese Eigenanteil zu erbringen sind, abfängt. Durch die Kombination der unbegrenzten monatlichen Eigenanteile und der unbekannten Überlebensdauer der Pflegebedürftigen resultiert ein absolutes finanzielles Risiko in unbekannter, „zweidimensionaler“ Höhe, gegen das nicht durch Sparen oder Versicherungen vorgesorgt werden kann. Damit ist Lebensstandardsicherung in Bezug auf das Pflegerisiko heute nicht möglich. Wünschenswert wäre daher eine alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung, die die beiden Dimensionen des Kostenrisikos, durch einen Sockel-Spitze-Tausch (mit oder ohne Karenzzeit) eliminiert oder eliminierbar macht. Dies bedeutet, dass jeder Pflegebedürftige einen pauschalen monatlichen Sockelbetrag – in politisch zu bestimmender Höhe – entrichtet, während alle darüber hinaus gehenden pflegebedingten Kosten von der Pflegeversicherung übernommen werden. Wird der Sockelbetrag auf null gesetzt, resultiert eine

Vollversicherung. Ebenso denkbar ist es aber, den Sockel so zu fixieren, dass die Reform kostenneutral ist oder jeden Wert zwischen Kostenneutralität und Vollversicherung zu erreichen.

Modellrechnungen zufolge führt eine kostenneutrale Umsetzung auf Basis der Werte des Jahres 2017 zu einem monatlich aufzubringenden Sockelbetrag von rund 388 Euro über 4 Jahre. Bei einer Laufzeit von 3 Jahren ein Sockel von rund 470 Euro. Im Falle einer Vollversicherung mit einem Sockelbetrag von 0 Euro wäre zur Gegenfinanzierung ein Beitragssatzanstieg von rund 0,7 Beitragssatzpunkten notwendig. Jeweils ist die Verlagerung der Medizinischen Behandlungspflege in das SGB V noch nicht berücksichtigt. Diese kann die Beträge noch einmal merklich reduzieren.

Um Lebensstandardsicherung zu ermöglichen, ist es allerdings erforderlich, dass sowohl die absolute Höhe des maximalen Eigenanteils, als auch der monatlich zu entrichtende Sockelbetrag sehr stabil festgeschrieben werden. Ein dynamisches Element kann hier höchstens im Sinne eines Inflationsausgleichs eingebaut werden. Eine flexible Anpassung etwa an die Ausgabenhöhen der Pflegeversicherung würde die Planbarkeit und Versicherbarkeit des Sockelbetrags wieder aufheben.

Literatur

AWO [Bundesvorstand der Arbeitetrvwohlfahrt] (1976): Überlegungen zur Neuordnung der Finanzierung der Pflegekosten in der stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit. 27. Jg.: 156-159.

Bader, Siegfried (1994) Soziale Pflegeversicherung: Das Verhältnis zu anderen Leistungen, in: Bundesarbeitsblatt 45. Jg., Heft 8/9: 35–36.

BMA [Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung] (1998): Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Bundestags-Drucksache 13/9528.

Bundesregierung (2018): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Unbesetzte Stellen in der Alten- und Krankenpflege“. Bundestags-Drucksache 19/1550.

Eifert, Barbara / Rothgang, Heinz (1998): Die Pflegegesetze der Länder zwischen planerisch-gestaltender und ausführungsorientierter Konzeption. In: Schmidt, Roland / Braun, Helmut / Giercke, Klaus Ingo / Klie, Thomas / Kohnert, Monika (Hg.): Neue Steuerungen in der Pflege- und sozialen Altenarbeit. Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung. Bd. 6. Regensburg: Transfer-Verlag: 253-264.

Eifert, Barbara / Rothgang, Heinz (1999): Marktliche und planerische Elemente bei der Umsetzung des PflegeVG auf Länderebene, in: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 6: 447-464.

Esping-Andersen, Gösta (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge: Polity Press.

Götze, Ralf / Rothgang, Heinz (2014): Fiscal and social policy: financing long-term care in Germany, in: Companje, Karel-Peter (ed.): Financing high medical risks, Amsterdam: Amsterdam University Press, 63-100.

Hoberg, Rolf / Klie, Thomas / Künzel, Gerd (2013): Strukturreform Pflege und Teilhabe. Politikentwurf für eine nachhaltige Sicherung von PFLEGE und TEILHABE. Freiburg: agp.

Jung, Karl (1994): Soziale Pflegeversicherung: Durchgesetzt gegen alle Widerstände, in: Bundesarbeitsblatt, 45. Jg., Heft 8/9: 5-16.

KDA [Kuratorium Deutsche Altershilfe] (1974) Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. Köln: KDA.

Pabst, Stefan / Rothgang, Heinz (2000): Die Einführung der Pflegeversicherung, in: Leibfried, Stephan / Wagschal, Uwe (Hg.): Bilanzen, Reformen und Perspektiven des deutschen Sozialstaats. Frankfurt: Campus, 340-377.

PflegeVG-E [Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz — PflegeVG], Bundestags-Drucksache 12/5262.

Roth, Günter / Rothgang, Heinz (1999): „Angleichung nach oben“: Die Entwicklung der Heimentgelte nach Einführung der Pflegeversicherung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Vol. 7, Haft 4: 307-336.

Roth, Günter / Rothgang, Heinz (2001): Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Vol. 34, Heft 4, 292-305.

Rothgang, Heinz (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Bd 7. Frankfurt: Campus.

Rothgang, Heinz (2014): Stellungnahme zum Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitungen für Pflege-bedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz – 5. SGB XI ÄndG) - BT-Drucksache 18/1798 und dem Antrag der Fraktion DIE LINKE „Menschenrecht auf gute Pflege verwirklichen - Soziale Pflegeversicherung solidarisch weiterentwickeln“ – BT-Drucksache 18/1953 – anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 24. September 2014. Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, Ausschuss-Drucksache: 18(14)0049(28).

Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas (2017): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform.
URL: https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/user_upload/Gutachten_Rothgang_Kalwitzki_-_Alternative_Ausgestaltung_der_Pflegeversicherung.pdf.

Rothgang, Heinz / Müller, Rolf (2013): Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung – Ökonomische Expertise.
URL: http://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Oekonomische_Expertise_Rothgang.pdf.

Rothgang, Heinz / Müller, Rolf / Runter, Rebecca / Unger, Rainer (2017): BARMER GEK Pflegereport 2017. Siegburg: Asgard-Verlag.

Statistisches Bundesamt (2002): 3. Kurzbericht: Pflegestatistik 1999 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich: Pflegeheime. Bonn: Statistisches Bundesamt