

Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung

bedarfsgerecht – ortsunabhängig – bezahlbar

19. Sitzung der Vertreterversammlung der
Landespflegekammer Rheinland-Pfalz
am 4. März 2020 in Bad Kreuznach

Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki

Universität Bremen

SOCIUM

Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

- I. Reformbedarf
 1. Lebensstandardsicherung und Eigenanteile
 2. Individualisierte Pflegearrangements und Beteiligung von Angehörigen und Zivilgesellschaft an der Pflege
- II. Reformvorschlag
- III. Wirkungen des Reformvorschlags
- IV. Maßnahmen zur Begrenzung des Beitragssatzanstiegs
- V. Bewertung und Fazit

- Vision der Pflegeversicherung: Menschen sollen nach durchschnittlichem Erwerbsleben durch Pflegebedürftigkeit nicht zu „Almosenempfänger“ werden.
- Allgemeiner Teil der Gesetzesbegründung:

„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).

- Anspruch bei Einführung der Pflegeversicherung war, dass die Pflegeversicherungsleistungen im Durchschnitt ausreichen, um die Pflegekosten zu finanzieren:

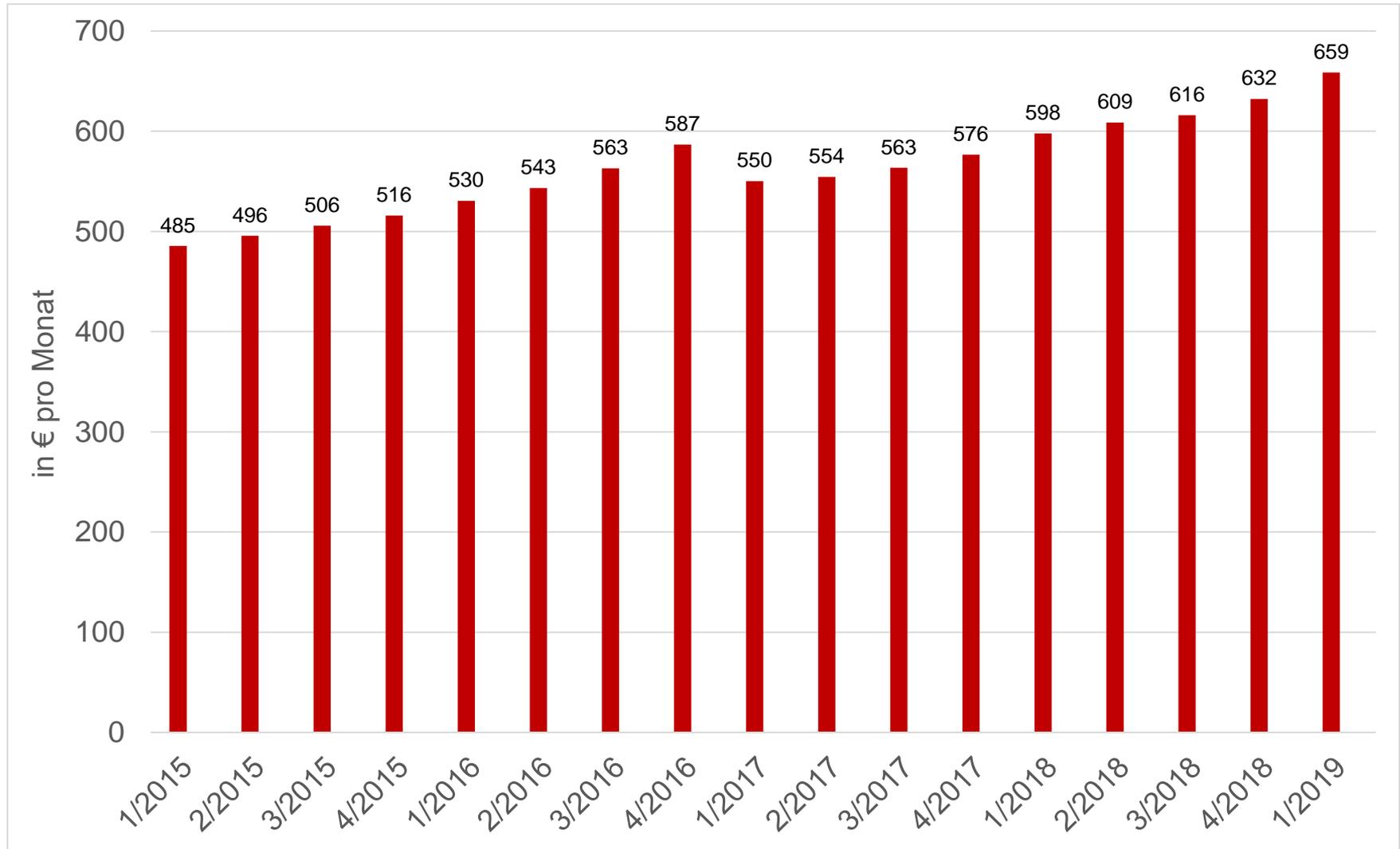
„Die Pflegekasse ... trägt ... den pflegebedingten Aufwand für die im Einzelfall erforderlichen Leistungen der Grundpflege, der aktivierenden Pflege und für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, soweit letztere nicht von den Krankenkassen oder anderen Leistungsträgern zu tragen sind“

(Gesetzesbegründung: PflegeVG-E, S. 115)

„Die Pflegeversicherung ... soll eine Grundversorgung sicherstellen, die im Regelfall ausreicht, die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken“

(1. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung (1997: 8f.)

- Anspruch bei Einführung der Pflegeversicherung war, dass die Pflegeversicherungsleistungen im Durchschnitt ausreichen, um die Pflegekosten zu finanzieren.
- Dieses Ziel wurde bei Einführung der Pflegeversicherung tatsächlich realisiert.
- Die fehlende/unzureichende Dynamisierung bis 2017 hat zu permanent steigenden Eigenanteilen geführt.



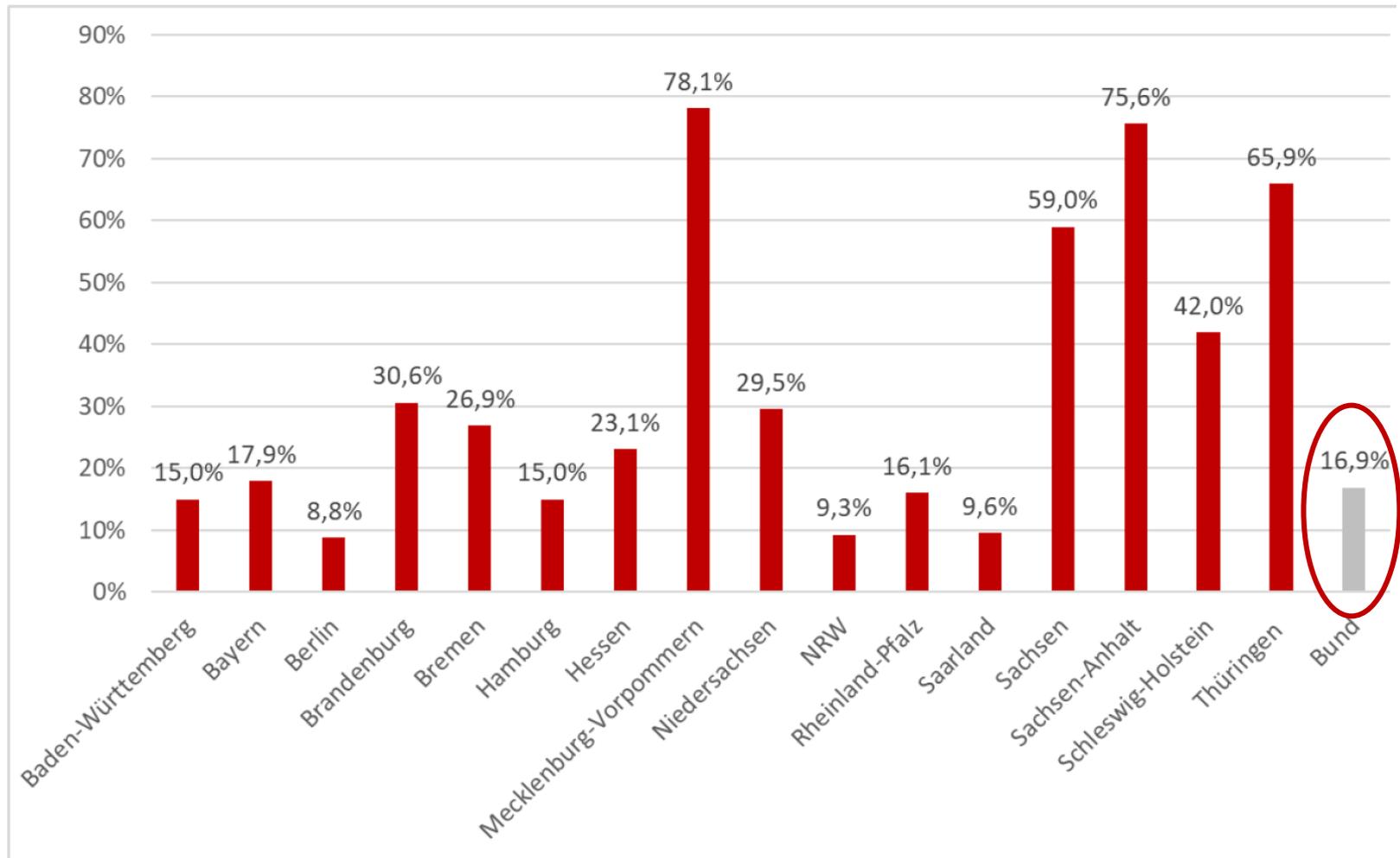
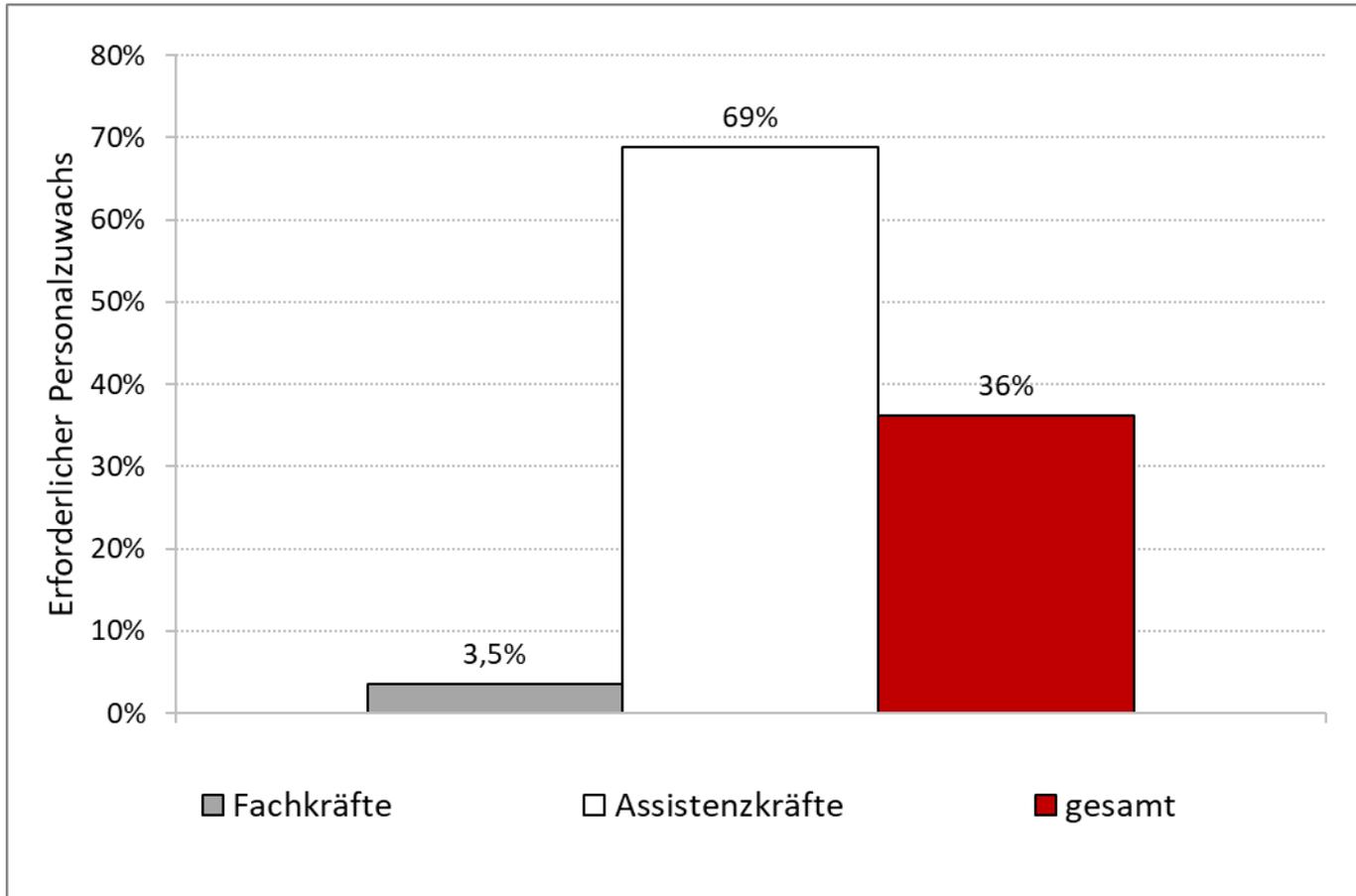


Abbildung 10: Anstieg des EEE von 2018 bis 2019

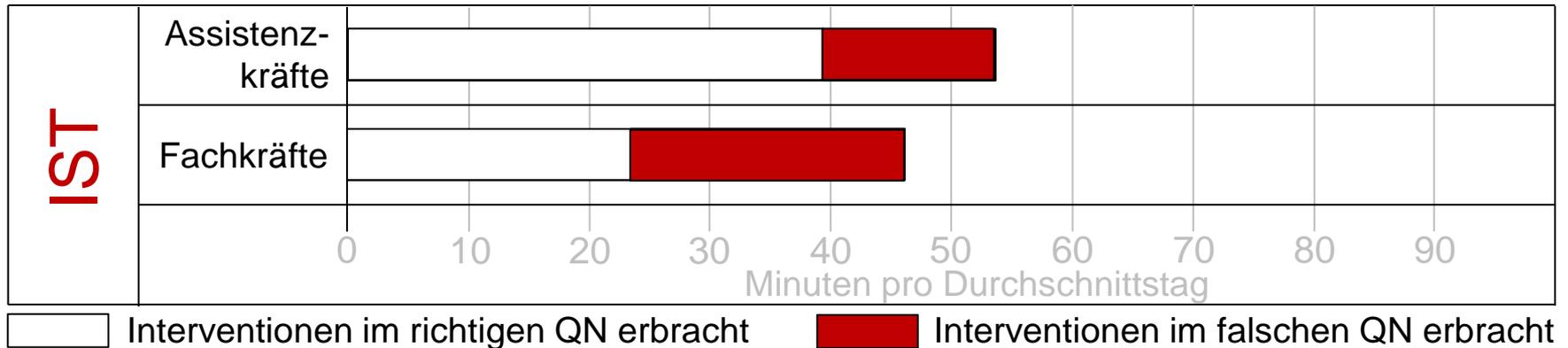
Quelle: Kochskämper 2019: 22.

- Anspruch bei Einführung der Pflegeversicherung war, dass die Pflegeversicherungsleistungen im Durchschnitt ausreichen, um die Pflegekosten zu finanzieren.
- Dieses Ziel wurde bei Einführung der Pflegeversicherung tatsächlich realisiert.
- Die fehlende/unzureichende Dynamisierung bis 2017 hat zu permanent steigenden Eigenanteilen geführt.
- Zur Bekämpfung des Pflegenotstands sind Lohn- und Personalmengensteigerungen unvermeidlich – und in PeBeM und in den Beschlüssen der KAP bereits angelegt.

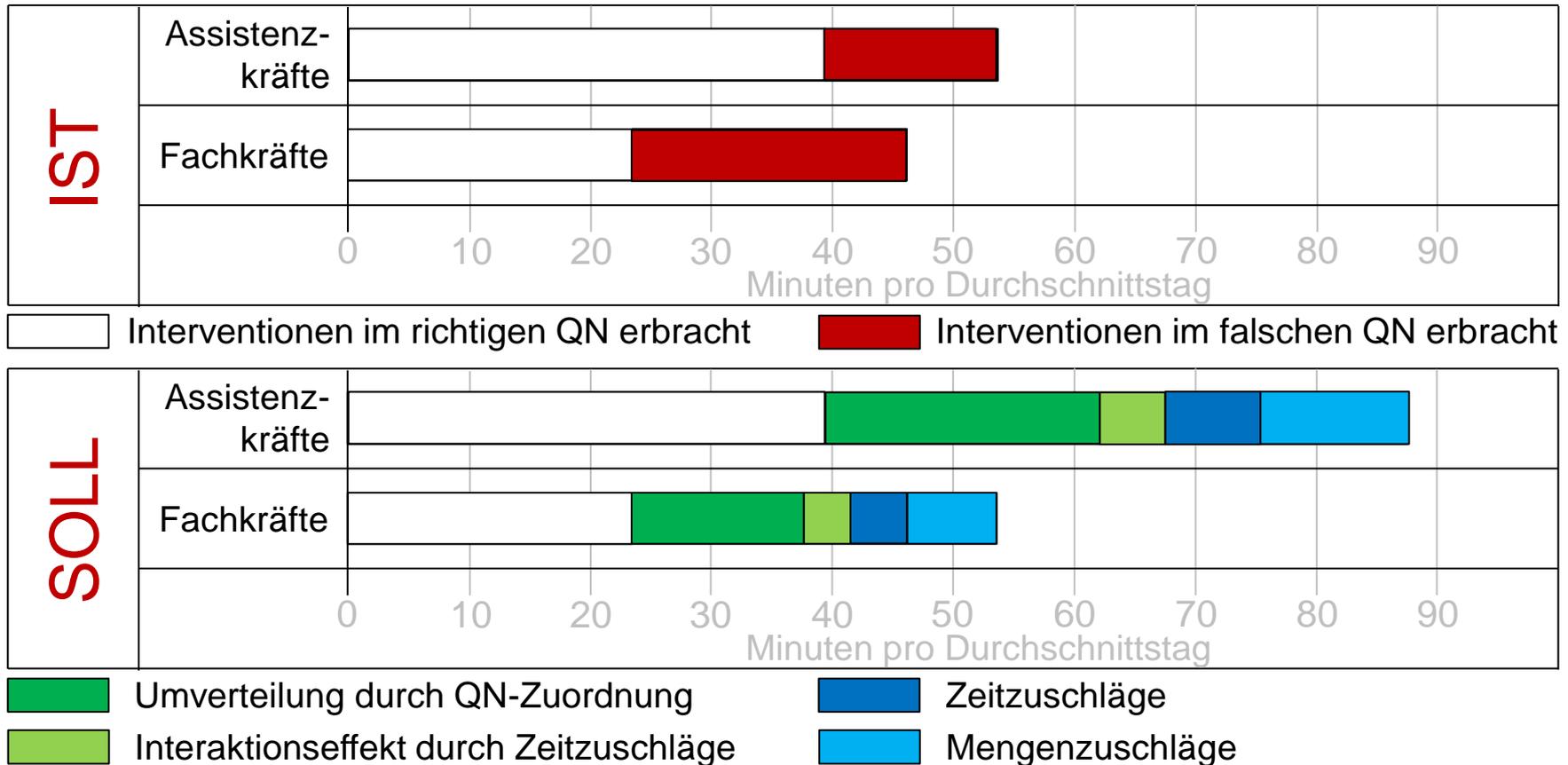
Personalmehrbedarf nach Qualifikationsstufen



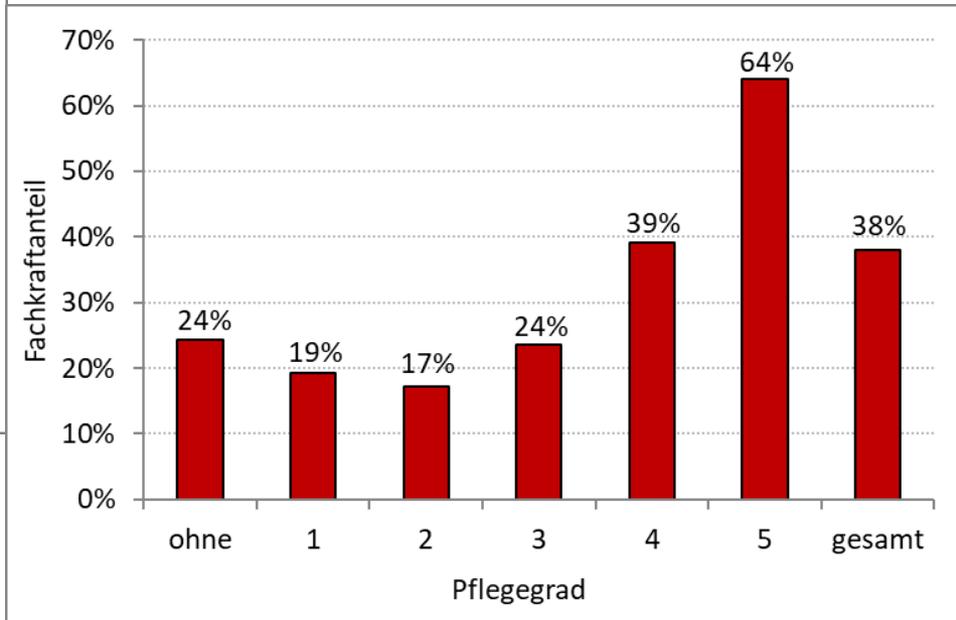
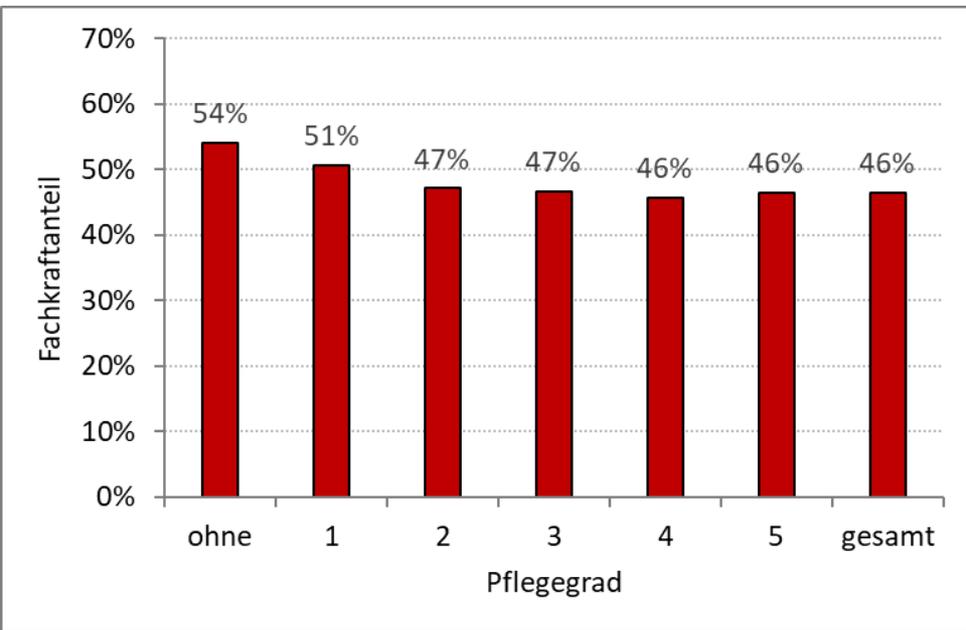
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



Fachkraftanteil in vollstationärer Pflege im IST und SOLL

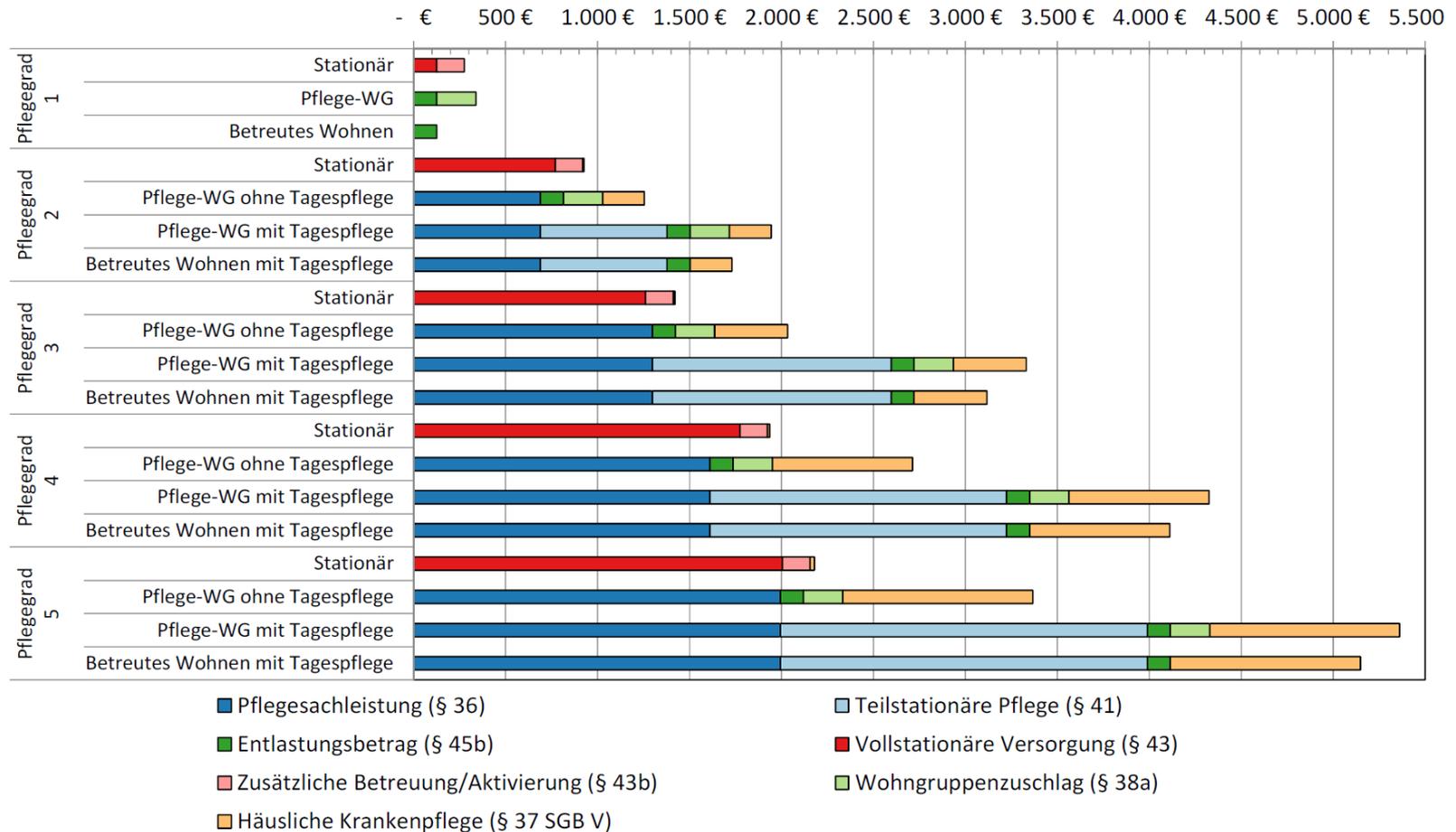


- Anspruch bei Einführung der Pflegeversicherung war, dass die Pflegeversicherungsleistungen im Durchschnitt ausreichen, um die Pflegekosten zu finanzieren.
- Dieses Ziel wurde bei Einführung der Pflegeversicherung tatsächlich realisiert.
- Die fehlende/unzureichende Dynamisierung bis 2017 hat zu permanent steigenden Eigenanteilen geführt.
- Zur Bekämpfung des Pflegenotstands sind Lohn- und Personalmengensteigerungen unvermeidlich – und in PeBeM und in den Beschlüssen der KAP bereits angelegt.
- **Ohne Finanzreform werden sich die Eigenanteile wegen dieser Maßnahmen in den nächsten fünf Jahren verdoppeln.**

- Anspruch bei Einführung der Pflegeversicherung war, dass die Pflegeversicherungsleistungen im Durchschnitt ausreichen, um die Pflegekosten zu finanzieren.
- Dies ist nicht geschehen. Die Pflegeversicherung hat zu einer tatsächlichen Pflegeversicherung geführt, die nicht ausreicht, um die Pflegekosten zu finanzieren.
- Die finanzielle Situation der Pflegebedürftigen ist so prekär, dass eine Sozialhilfeabhängigkeit verhindert, ist eine **Finanzreform unerlässlich.**
- Zur Bekämpfung des Pflegenotstands sind Lohn- und Personalmengensteigerungen unvermeidlich – und in den Beschlüssen der KAP bereits angelegt.
- Ohne Finanzreform werden sich die Eigenanteile wegen dieser Maßnahmen in den nächsten fünf Jahren verdoppeln.

- Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff zielt auf den Erhalt vorhandener Fähigkeiten und auf die gezielte Unterstützung bei vorhandenen Beeinträchtigungen, um gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen.
- Ziel muss es daher sein, **individuelle Arrangements** in Bezug auf Wohn- und Pflegesetting zu ermöglichen, die nicht durch starre Sektorengrenzen behindert werden.
- Sie müssen die individuellen Präferenzen widerspiegeln und vorhandene **informelle Netzwerke** so lange wie möglich nutzen.

- Die aktuelle Ausgestaltung der Rahmenbedingungen widerspricht dieser Zielsetzung:
 - Sektorale fragmentierte Versorgungsstrukturen sind leistungs-, leistungserbringungs- und ordnungsrechtlich zementiert.
 - Stationäre Versorgung erfordert zwingend eine Vollversorgung
→ Zivilgesellschaftliche Pflegepotentiale werden dadurch aus individuellen Pflegearrangements ausgeschlossen.
- Die Möglichkeit, ambulante Leistungen zu kombinieren, erzeugt auch solche **Stapelleistungsmodelle**, bei der Mehrentnahmen aus der Sozialversicherung nicht zu einer besseren Lebensqualität der Pflegebedürftigen führen.
→ BARMER Pflegereport 2019



Vergleich der Einnahmepotenziale ausgewählter ambulanter und stationärer Pflegekonzepte aus Leistungen der Sozialversicherung (SGB XI und SGB V)

- Die aktuelle Ausgestaltung der Rahmenbedingungen widerspricht dieser Zielsetzung.
 - Ver...
 - or...
 - St...
 -
- Die M...
zeug...
nahmen aus der Sozialversicherung nicht zu einer besseren Lebensqualität der Pflegebedürftigen führen.
→ BARMER Pflegereport 2019

Soll die Pflegeversicherung individualisierte Versorgungsarrangements ermöglichen und eine Einbindung der informellen Hilfsnetzwerke auch in stärker institutionalisierten Wohn- und Pflegeformen fördern, ist eine **Strukturreform unerlässlich.**

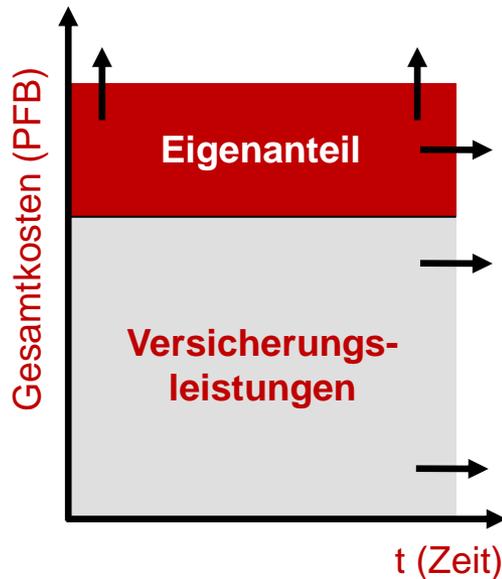
- I. Reformbedarf
- II. Reformvorschlag**
 - 1. Sockel-Spitze-Tausch als Kernelement der Finanzreform
 - 2. Schaffung sektorenfreier Versorgungsstrukturen als Kernelement einer Strukturreform
 - 3. Gesamtmodell
- III. Wirkungen des Reformvorschlags
- IV. Maßnahmen zur Begrenzung des Beitragssatzanstiegs
- V. Bewertung und Fazit

- Ausgangspunkt: Sektoral unterschiedliche Finanzierung der gleichen Leistungen
 - In häuslicher Pflege wird die als „häusliche Krankenpflege“ sachgerecht von der GKV finanziert.
 - In stationärer Pflege gilt die „medizinische Behandlungspflege“ als in den Leistungssätzen der Pflegeversicherung enthalten und wird faktisch privat getragen.
- Medizinische Behandlungspflege soll daher systematisch im „cure“- und nicht im „care“-Bereich verortet werden.
- Die entsprechende Verlagerung der Finanzierung
 - 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.

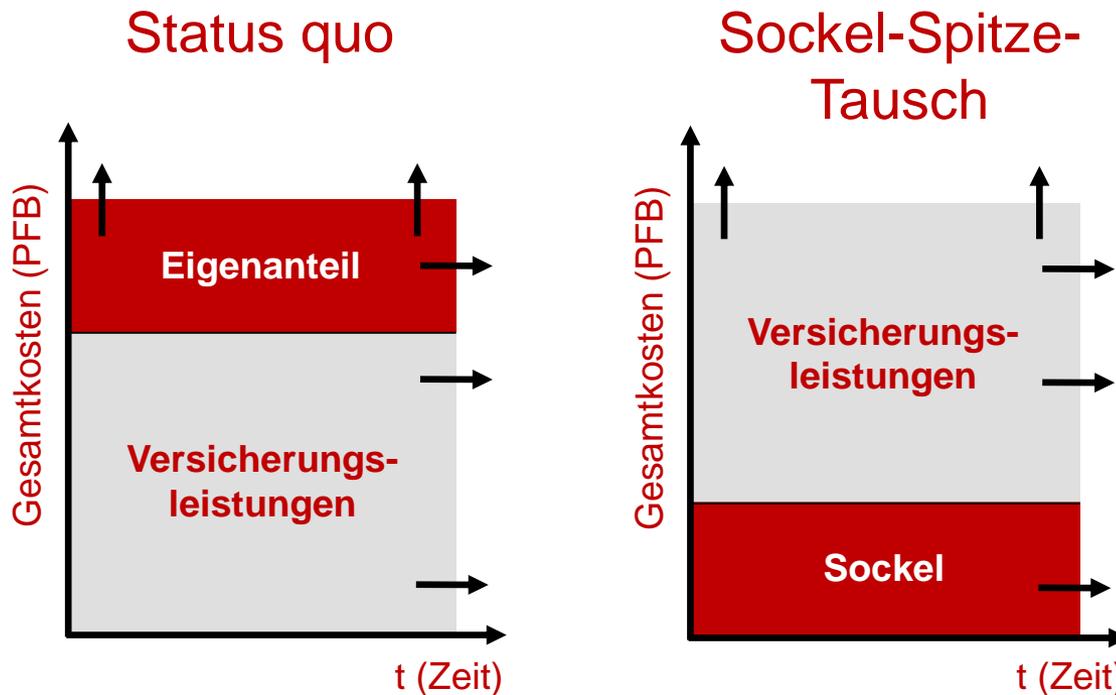
- Die aktuellen Regelungen der Pflegeversicherung beinhalten für die Pflegebedürftigen ein Kostenrisiko in zwei Dimensionen:

Höhe der Eigenanteile und **Dauer** der Eigenanteilszahlung

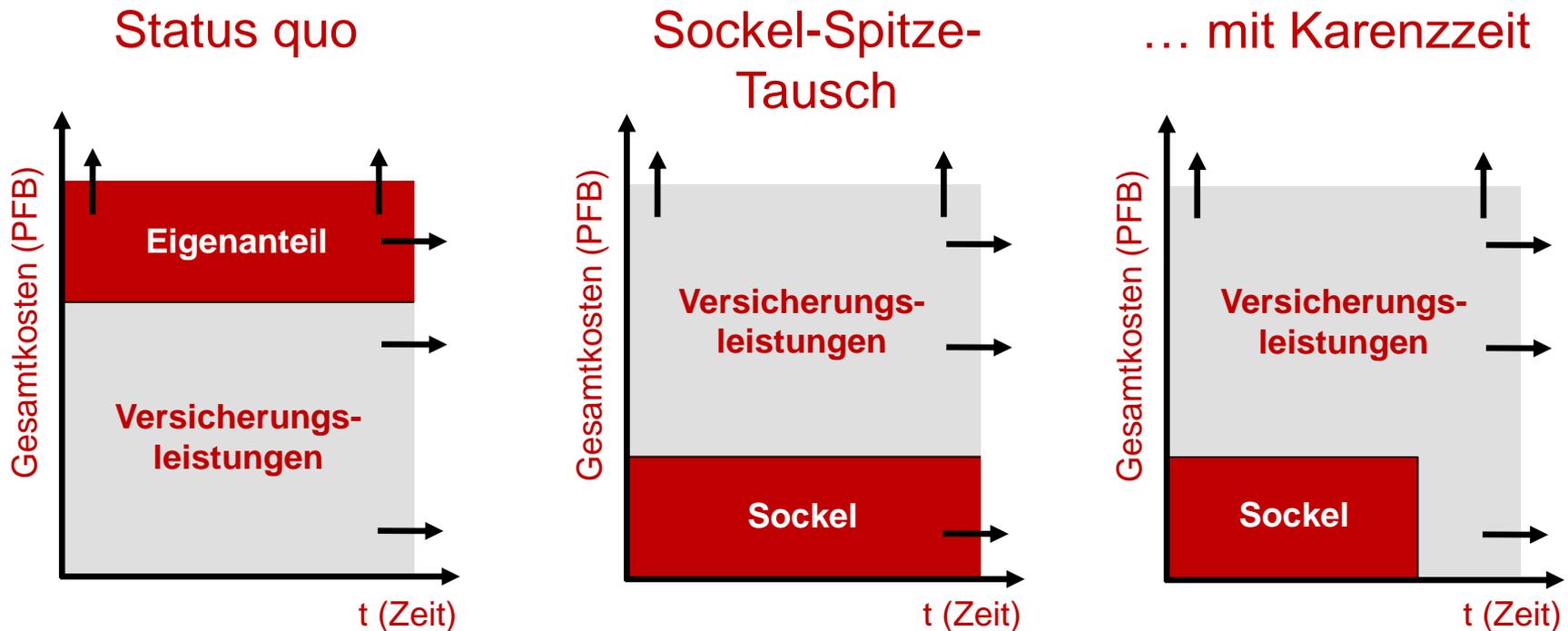
Status quo



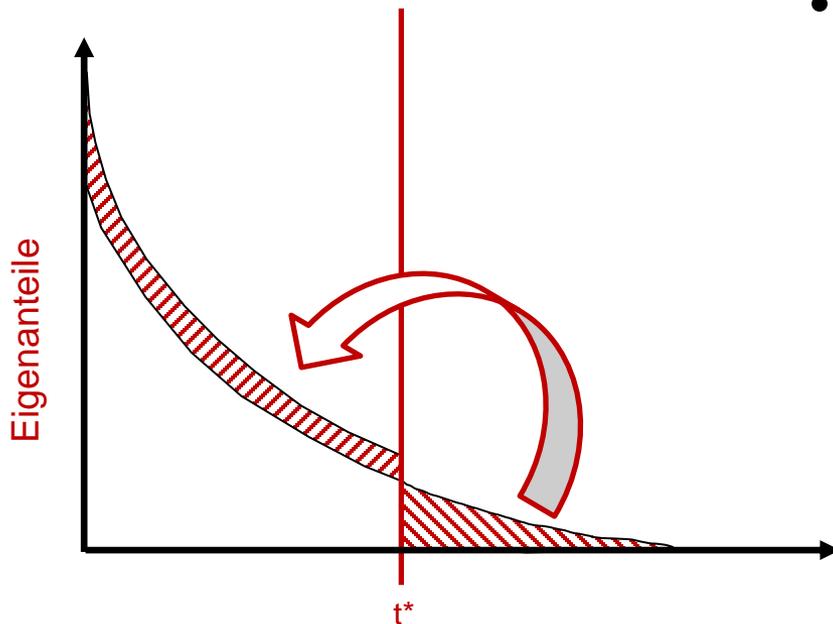
- Der Austausch von Finanzierungssockel und –spitze verlagert das *Risiko hoher periodischen Kosten* auf die Pflegeversicherung.



- Der zeitliche Begrenzung der Sockelzahlung verlagert das *Risiko hoher Lebenszeitkosten* auf die Pflegeversicherung.



- Die Berechnung der erforderlichen Sockelhöhe *ohne* Zeitbegrenzung erfolgt durch eine summentreue Umverteilung der zu einem beliebigen Umstellungszeitpunkt aktuellen Eigenanteilszahlungen.



- Die Berechnung der erforderlichen Sockelhöhe *mit* Zeitbegrenzung erfolgt durch eine summentreue Umverteilung der von einer Pflegebedürftigenkohorte im Zeitraum des Leistungsbezugs zu erbringenden Eigenanteilszahlungen.

- Der Sockel-Spitze-Tausch kann sektoral durchgeführt werden – aber nur solange Sektoren existieren.
- Für eine Welt ohne Sektoren gilt:
→ *Alle* Pflegebedürftigen zahlen den Sockel.
- Die Höhe des Sockels kann politisch gesetzt werden.
Denkbar sind Werte zwischen:
 - Einem Sockel von 0 Euro → **Vollversicherung**
 - Einem Sockel in Höhe der derzeitigen durchschnittlichen Eigenanteile → **AAPV**
- Zur Vermeidung von Moral Hazard ist eine individuelle Bedarfsmessung und die Umrechnung der bedarfsgerechten Leistungen in Form eines Budgets notwendig.

- Ziel ist es,
 - die Möglichkeit zur Entwicklung innovativer Wohn- und Pflegeformen zu schaffen und
 - Laienpflege in allen Wohnsettings zu ermöglichen und finanziell anzureizen,indem die sektorale Trennung ambulant/stationär aufgehoben und das Leistungsgeschehen entlang der Grenzlinie Pflege vs. Wohnen neu organisiert wird.
- Voraussetzungen hierfür sind
 - die sektorübergreifende Definition und Verpreisung von Leistungsmodulen und
 - die Ermöglichung der Übernahme von Modulen / Leistungen durch Zu- und Angehörige bzw. die Zivilgesellschaft.

- Zur Verpreisung müssen alle Pflegeleistungen modularisiert werden – auch für bislang als Heim konzipierte Einrichtungen
- *Proof of Principle:*
Auf Basis der ambulanten Leistungskataloge in 16 Bundesländern, vorhandener Kataloge für stationäre Pflege und der pflegefachlichen Literatur wurde der Vorschlag für einen Leistungskatalog entwickelt bestehend aus
 - 3 Module mit 40 Leistungen für den SGB-XI-Bereich und
 - 1 Modul mit 23 Leistungen für den SGB-V-Bereich

- **Modul 1: Pflege und Betreuung**
enthält 22 Leistungen aus dem Bereich Körperpflege, Betreuung und Ernährung
- **Modul 2: Hilfe bei der Haushaltsführung**
enthält 8 Leistungen und erfordert eine Bereinigung der U+V-Kosten der heutigen stationären Pflege
- **Modul 3: Steuerung der Pflege**
enthält 10 Leistungen aus dem Bereich Leistungszumessung, Pflegeprozesssteuerung, Qualitätssicherung bei zivilgesellschaftlicher Übernahme
- **Modul 4: Hilfe bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Aufgaben**

Leistungen der Modulen 1, 2, 4 können durch Laien erbracht werden.

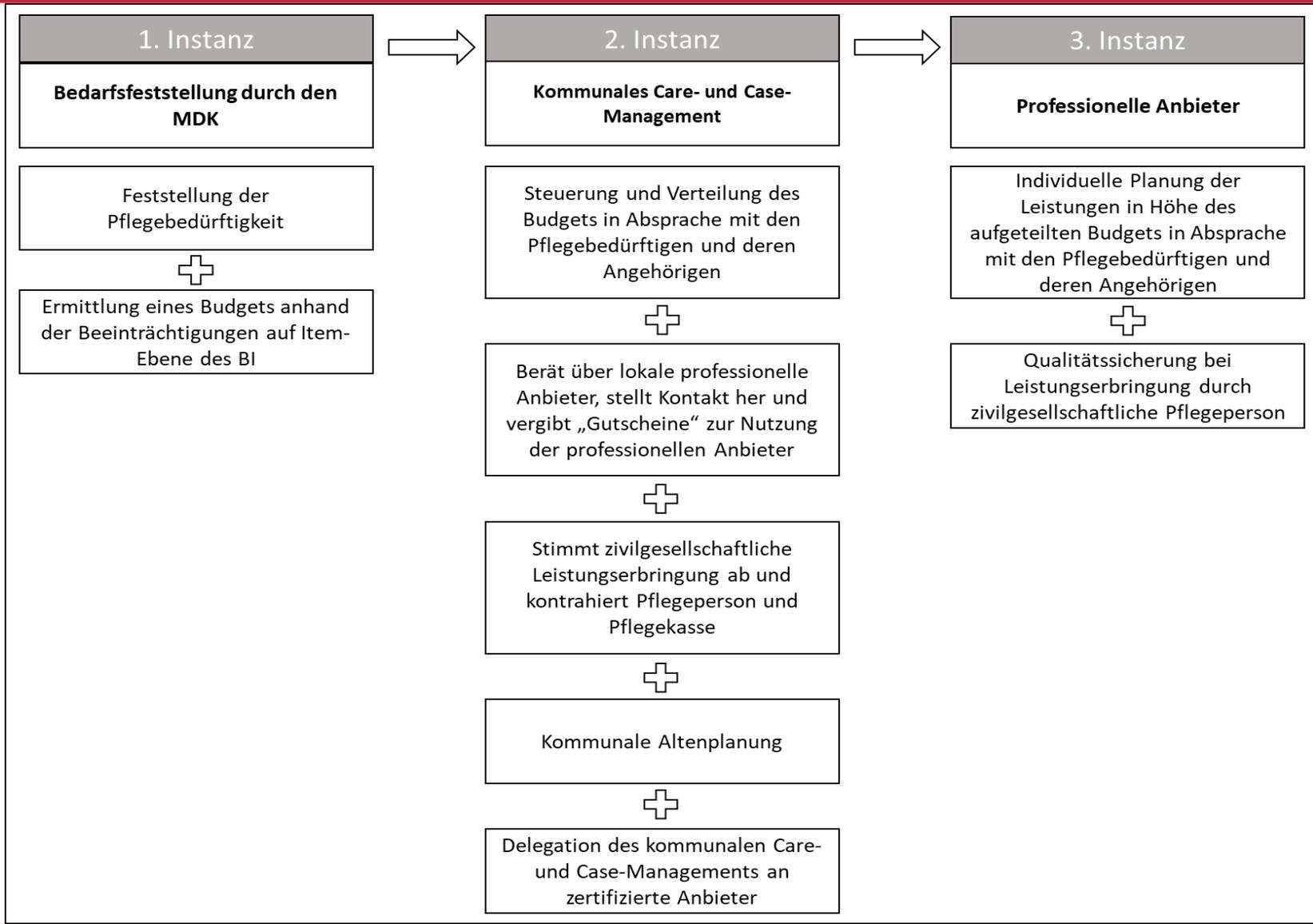
- Die *Bepreisung* der Leistungen für Profipflege erfolgt durch
 - bundeseinheitliche Punktzahlen und –relationen und einen
 - landesspezifischen Punktwert.
- Für Gruppenleistungen werden die Preise nur anteilig übernommen.
- Gemeinkosten werden anteilig eingerechnet.
- Zur Berücksichtigung unterschiedlicher Aufwände je nach Beeinträchtigung der Pflegebedürftigen sind Hebesätze in der Punktzahl möglich.

- Das Pflegegeld (für die Pflegebedürftigen) wird zu einem *Pflegegeld 2.0* (für die Pflegenden) weiterentwickelt.
 - An- und Zugehörige sowie zivilgesellschaftliche Akteure können Leistungsmodule ganz oder teilweise verbindlich übernehmen.
 - Für die Übernahme werden 40% eines mittleren Profibetrags als steuer- und beitragsfreies Pflegegeld an die Pflegeperson ausbezahlt.
 - Informelle Pflegepersonen erhalten eine Grundqualifikation, die Leistungserbringung wird qualitätsgesichert.

- Umwandlung der Pflegeversicherung in eine bedarfsdeckende Sozialversicherung (wie die GKV)
 - gewährleistet Lebensstandardsicherung
 - bei Beibehaltung eines allerdings in Höhe und Zeit absolut begrenzten Eigenanteils.
- Schaffung sektorfreier Versorgungsstrukturen ermöglicht
 - Einbindung der Zivilgesellschaft in allen Settings und
 - beseitigt innovationsfeindliche Fragmentierung.
- Voraussetzung hierfür sind die
 - individuelle Bedarfsfeststellung,
 - Erarbeitung eines individuellen Pflegearrangement im Rahmen von Case Management-Strukturen sowie
 - Modularisierung und Verpreisung der Leistungen.

Im Reformkonzept wird die Leistungszumessung und die Organisation des individuellen Pflegearrangements in *drei Instanzen* organisiert:

1. Unabhängig vom Ort der Leistungserbringung wird dem Pflegebedürftigen anhand des Begutachtungsinstrumentes ein *bedarfsgerechtes Leistungsbudget* zugewiesen.
2. Dieses Leistungsbudget wird in kommunaler Verantwortung nach den Präferenzen des Pflegebedürftigen in ein *individuelles Pflegearrangement* von professionellen und zivilgesellschaftlichen Leistungserbringern umgewandelt.
3. Jeder eingebundene Leistungsanbieter übernimmt für seinen Budgetanteil die *tägliche Leistungsplanung*, ist auf seine Erbringung kontrahiert und unterliegt einer Qualitätsprüfung und Qualitätssicherung.



- I. Reformbedarf
- II. Reformvorschlag
- III. Wirkungen des Reformvorschlags**
 - 1. Finanzwirkungen
 - 2. Moral Hazard
- IV. Maßnahmen zur Begrenzung des Beitragssatzanstiegs
- V. Bewertung und Fazit

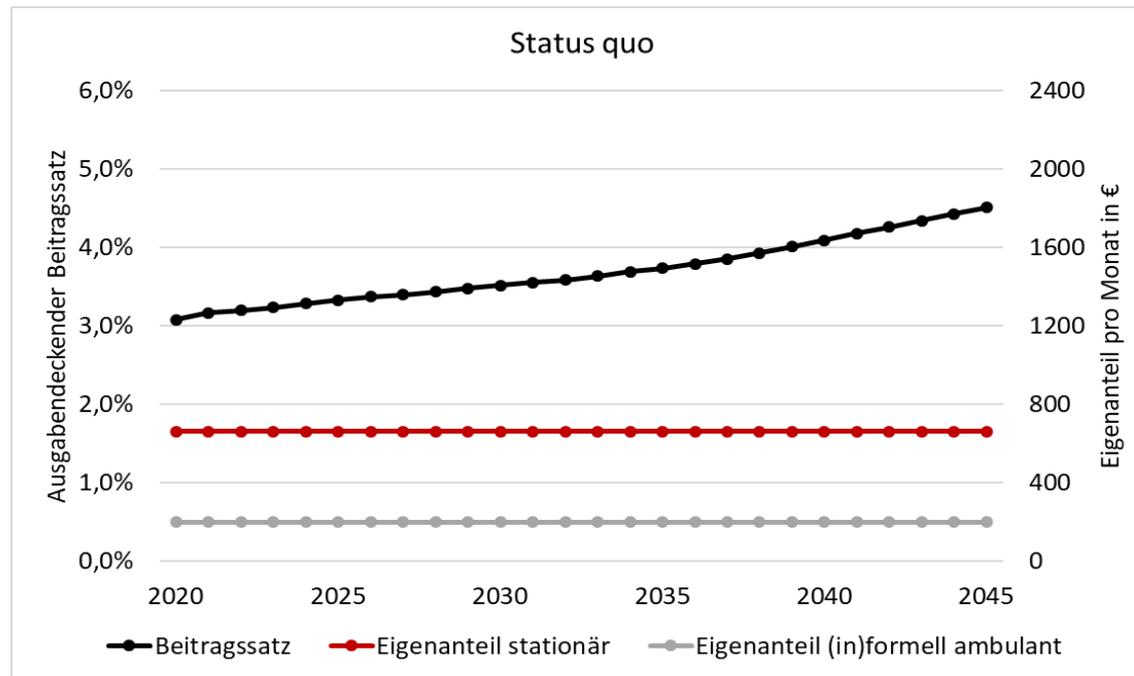
- Sockel-Spitze-Tausch verlagert die Kosten zukünftiger Qualitätssteigerungen von den Pflegebedürftigen auf alle Versicherten → und das ist gut so.
- In einer Sozialversicherung resultieren aus steigenden Kosten Beitragssatzsteigerungen → das ist grundsätzlich systemkonform
- Für eine Bewertung ist zunächst zu ermitteln, wie hoch die Kosten- und Beitragssatzanstiege sind.
- Werden die resultierenden Beitragssatzsteigerungen dann als zu hoch angesehen, kann der Beitragssatzanstieg durch Sekundärreformen (Steuerfinanzierung, Bürgerversicherung) begrenzt werden.

- Zur Abschätzung der *finanziellen Auswirkungen* des Reformvorschlages wurden drei Szenarien berechnet:

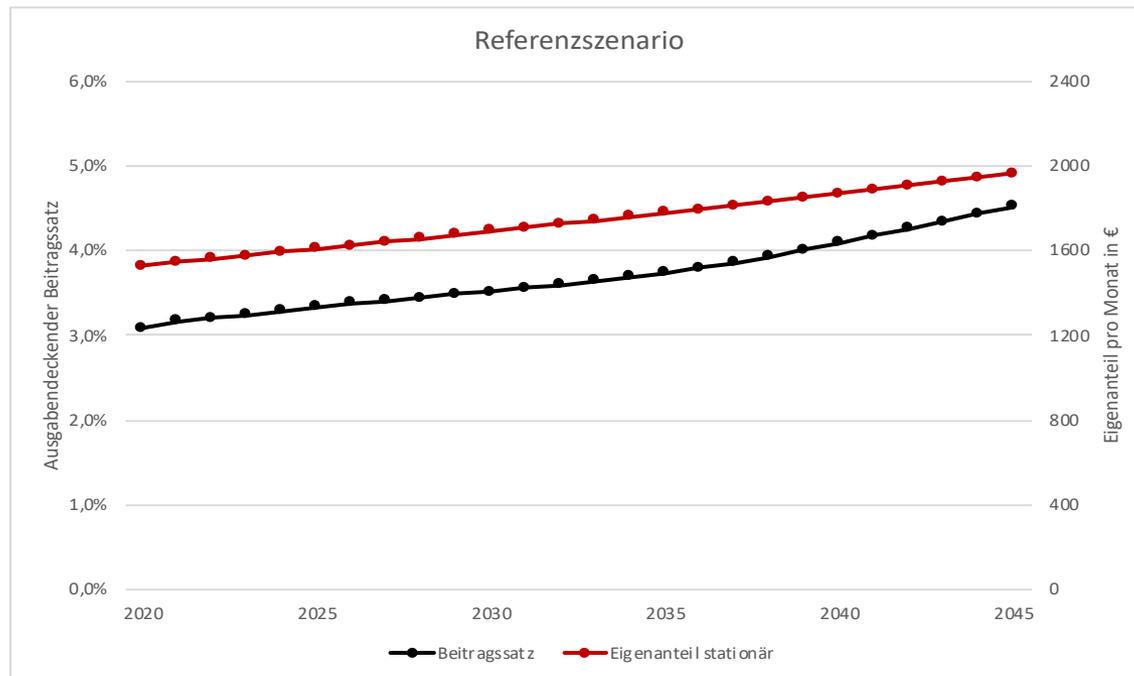
	Status quo	Referenz	Reform
Demographische Entwicklung	X	X	X
Lohnindexierte Leistungsdynamisierung	X	X	X
Verbesserung der Arbeitsbedingungen		X	X
Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung			X

- Primäre Kennzahl ist dabei die ausgabendeckende Beitragssatzentwicklung für den Zeitraum 2020 bis 2045.

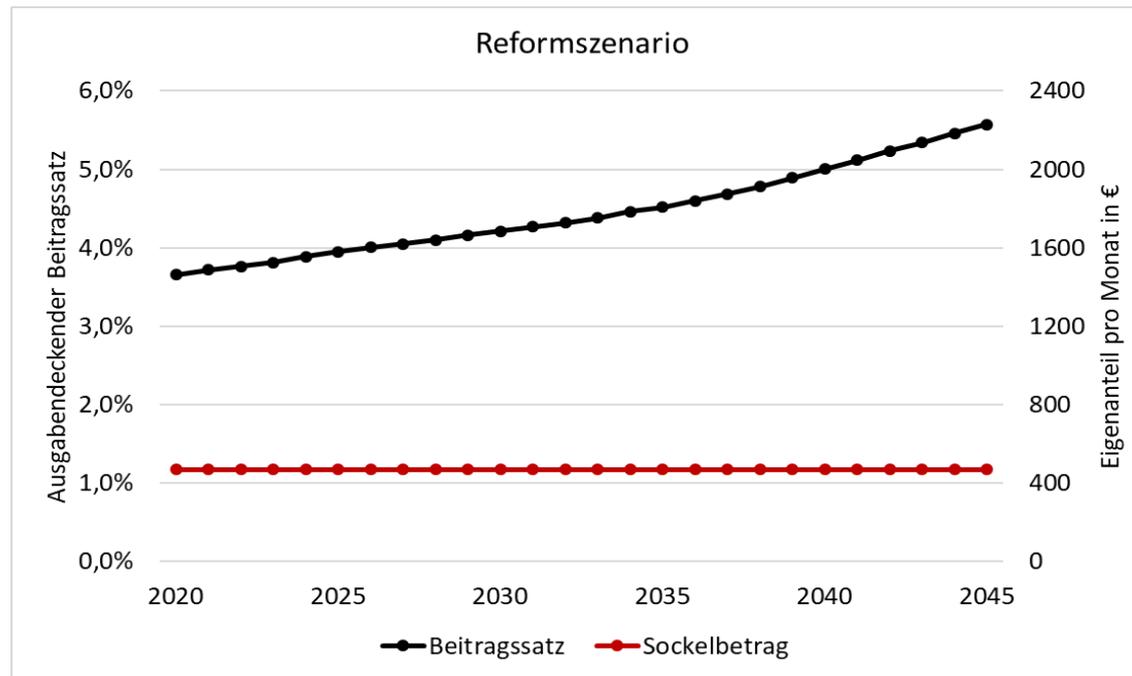
- Auch im Status quo steigt der Beitragssatz demographisch bedingt (und bei Leistungsdynamisierung gemäß Lohnentwicklung) bis 2045 auf 4,5 Prozentpunkte.
- Der (stationäre) Eigenanteil bleibt unverändert.



- Das Status quo-Szenario ohne Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs ist unrealistisch. Im Referenzszenario sind diese daher eingepreist.
- Im Ergebnis steigt der stationäre Eigenanteil auf ~2.000 €.



- Im Reformszenario begrenzt der Sockel-Spitze-Tausch die Eigenanteile auf das Niveau zum Umstellungszeitpunkt.
- Allerdings steigt der Beitragssatz stärker, nämlich auf 5,6 Beitragssatzpunkte (im Vergleich zu 4,5 im Referenzszenario).



- Die Ergebnisse der Modellrechnungen zeigen, dass in den nächsten 25 Jahren deutliche Ausgabensteigerungen erfolgen werden.
- Diese sind jedoch wesentlich durch die demographische Entwicklung und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege getrieben.

	Status quo		Referenz		Reform	
	2020	2045	2020	2045	2020	2045
Ausgabendeckender Beitragssatz	3,1	4,5	3,1	4,5	3,7	5,6
Eigenanteil	662	662	1530	1964	471	471

- Der reine Beitragssatzeffekt der Reform beträgt 0,6 Prozentpunkte im Jahr 2020 und 1,1 Prozentpunkte im Jahr 2045.

Mögliche Formen von Moral Hazard:

1. Preis-Moral Hazard:

- Mögliches Problem: Pflegebedürftige wählen teure Anbieter
- Lösung: Preisverhandlungen durch Kostenträger, womöglich regionale Einheitspreise mit konzeptgebundenen Zuschlägen

2. Mengen-Moral Hazard

- Mögliches Problem: Pflegebedürftige wählen „zu viele“ Leistungen
- Lösung: Individuelle Bedarfsfeststellung durch die 1. Instanz
→ damit auch (endlich) Einführung von Case Management

3. Moral Hazard in Bezug auf Versorgungsstrukturen

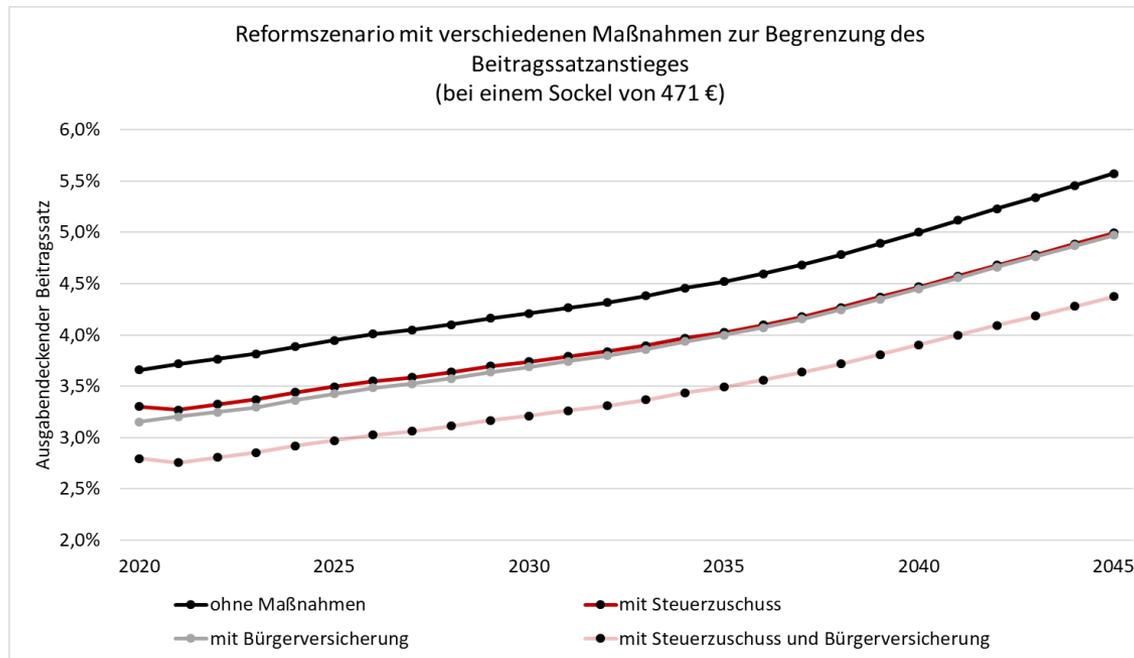
- Heimsog ist unwahrscheinlich, da Eigenanteile nur wenig sinken
- Stapelleistungen sind ausgeschlossen, ineffiziente Versorgung wird nicht solidarisch finanziert.

- I. Reformbedarf
- II. Reformvorschlag
- III. Wirkungen des Reformvorschlags
- IV. Maßnahmen zur Begrenzung des Beitragssatzanstiegs**
 - 1. Regelgebundene Steuerzuschüsse
 - 2. Weiterentwicklung der Sozialversicherung zur Bürgerversicherung
- V. Bewertung und Fazit

- Der rechnerische ausgabendeckende Beitragssatz steigt durch die Effekte der Reform um 0,6 Prozentpunkte (im Jahr 2020) bzw. 1,1 Prozentpunkte (im Jahr 2045).
- Sollte dieser Beitragssatzanstieg als zu hoch bewertet werden, können weitere Maßnahmen zur Begrenzung des Beitragssatzanstieges erfolgen.
- In Frage kommen hierzu
 - regelgebundene Steuerzuschüsse und
 - die Weiterentwicklung der Sozialversicherung zu einer Bürgerversicherung.
- Diese Maßnahmen sind als Sekundärreformen nicht für die Umsetzung des Reformkonzeptes erforderlich!

- Regelgebundene Steuerzuschüsse:
 - Steuerzuschüsse können gerechtfertigt werden, da Pflege eine „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ ist (§ 8 SGB XI).
 - Um der Gefahr einer „Zahlung nach Kassenlage“ zu begegnen, müssen die Zuschüsse **regelgebunden** sein.
- Finanzausgleich zwischen SPV und PPV bzw. Integration von SPV und PPV zu einer Bürgerversicherung
 - BVerfG fordert „ausgewogene Lastenverteilung“. Tatsächlich: Risikoselektion im Verhältnis 4 zu 1.
 - Finanzausgleich ist gut rechtfertigbar und war schon einmal im Koalitionsvertrag 2005 vereinbart.
 - Bürgerversicherung geht über Finanzausgleich hinaus und umfasst auch Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und Verbeitragung aller Einkommensarten.

- Insgesamt kann die Beitragssatzentwicklung durch Steuerzuschuss und Bürgerversicherung soweit begrenzt werden, dass der Beitragssatz 2045 sogar knapp niedriger ist als im Referenzszenario.



- I. Reformbedarf
- II. Reformvorschlag
- III. Wirkungen des Reformvorschlags
- IV. Maßnahmen zur Begrenzung des Beitragssatzanstiegs
- V. Fazit

- Um explodierende Eigenanteile bei Personalmehrungen zu verhindern ist eine Finanzreform unvermeidlich.
- Eine bloße Leistungsanpassung plus regelgebundener Dynamisierung greift zu kurz, da sich Eigenanteile derzeit sprunghaft entwickeln. Der Sockel-Spitze-Tausch schafft dauerhaft Sicherheit durch Umwandlung der Pflegeversicherung in eine bedarfsorientierte Versicherung – wie die GKV.
- Entstehende Moral Hazard-Effekte sind beherrschbar. Die resultierende Beitragssatzsteigerung ist begrenzt und kann durch Sekundärreformen ganz vermieden werden.
- Das Modell erfordert eine aktivere Rolle der pflegepolitischen Akteure, insbesondere Kassen und MD.

- Die aktuelle sektorale Gliederung behindert innovative Versorgungskonzepte und schafft Anreize für Modelle, die ausschließlich der Gewinnmaximierung dienen.
- Eine Schärfung der Sektorengrenzen kann letzteres wohlmöglich verhindern, unterbindet damit dann aber auch Innovationen.
- Eine sektorenfreie Versorgung ist voraussetzungsvoll. Eine Modularisierung der Leistungen und deren Verpreisung ist aber möglich – erfordert aber entsprechende Anstrengungen aller Akteure.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!