

Solidarische Alternativen für die Pflegeversicherung

bedarfsgerecht – ortsunabhängig – bezahlbar

Fraktion DIE LINKE im Bundestag, Arbeitskreis I
am 03. März 2020 in Berlin

Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki

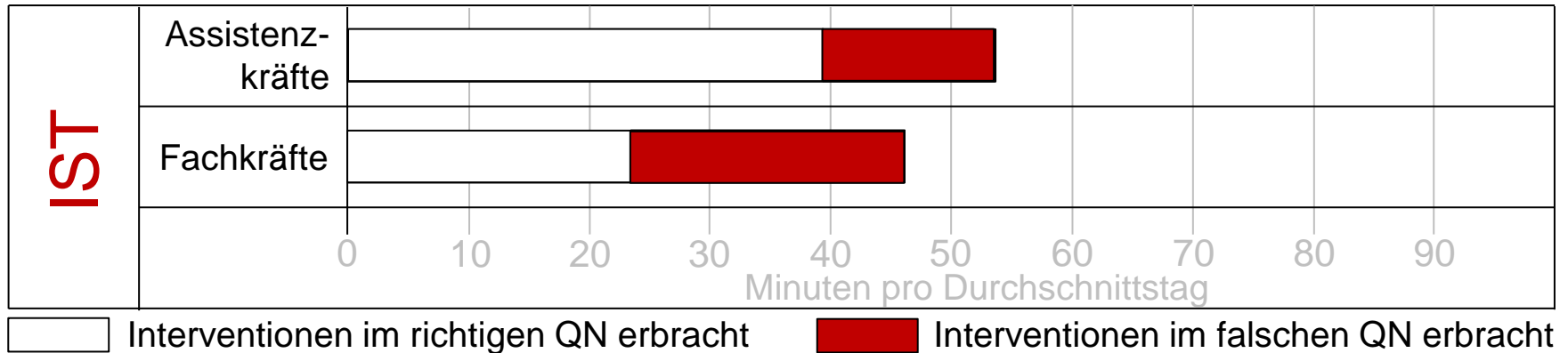
Universität Bremen

SOCIUM

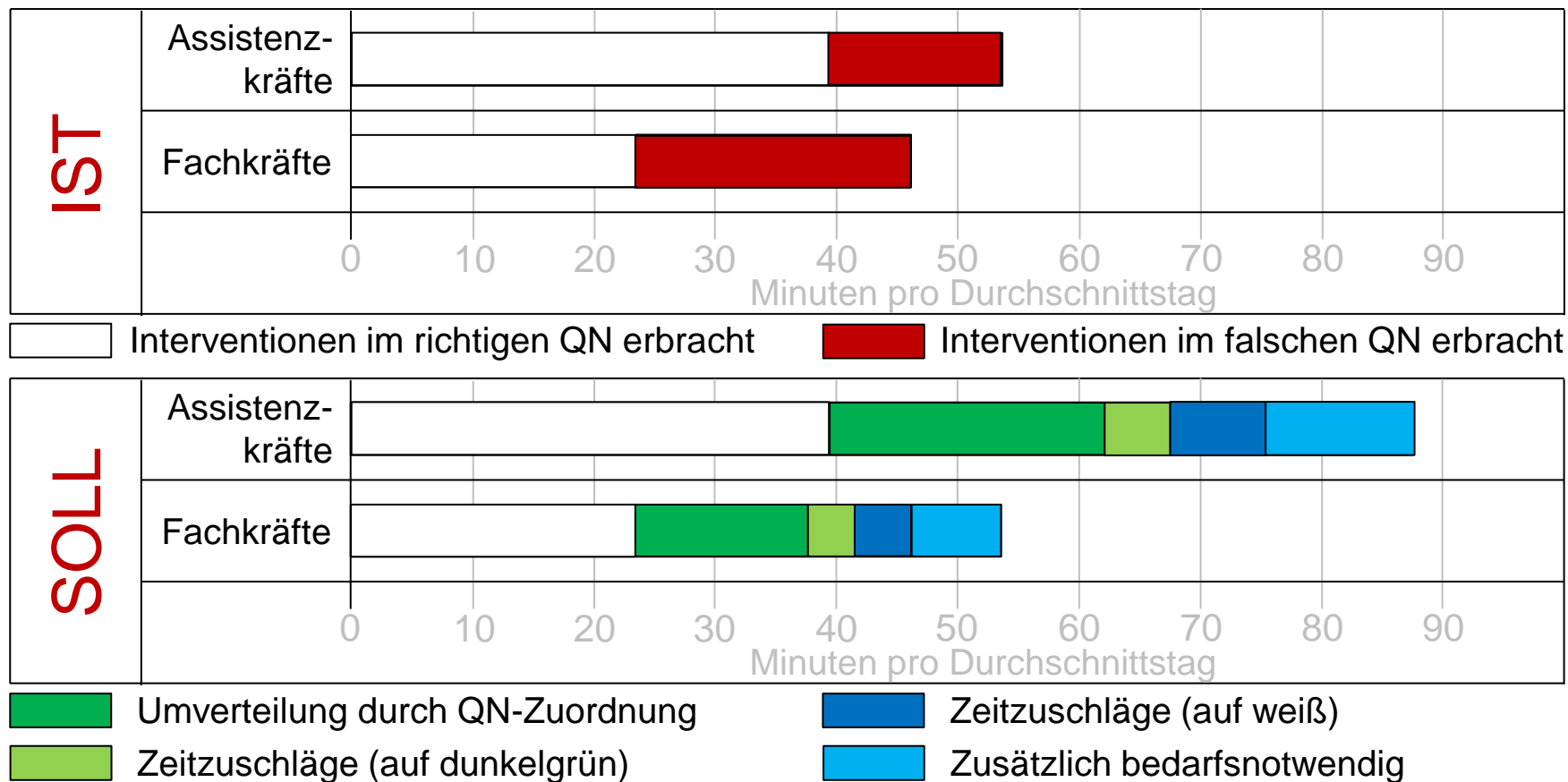
Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

- Was soll eine Pflege(voll)versicherung finanzieren?
 - Pflegebedingte Kosten (vollständig oder zum Teil?)
 - Unterkunft und Verpflegung (privat oder teilprivat?)
 - Investitionskosten (eigentlich Ländersache)
- Regelmäßige Dynamisierung der Leistungssätze zementiert die Teilleistungslogik für pflegebedingte Kosten.
- Unvermeidlich gleichzeitig: Aufhebung der ordnungsrechtlichen Fachkraftquote. Das ermöglicht mehr Personal in Pflegeeinrichtungen – die Quote verhindert dies.
- „Bezugspflege“ wird in der Praxis erst ohne Quote realisierbar, wenn bestehende Deprofessionalisierung abgebaut wird

Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



I. Reformbedarf

1. Lebensstandardsicherung und Eigenanteile
2. Individualisierte Pflegearrangements und Beteiligung von Angehörigen und Zivilgesellschaft an der Pflege

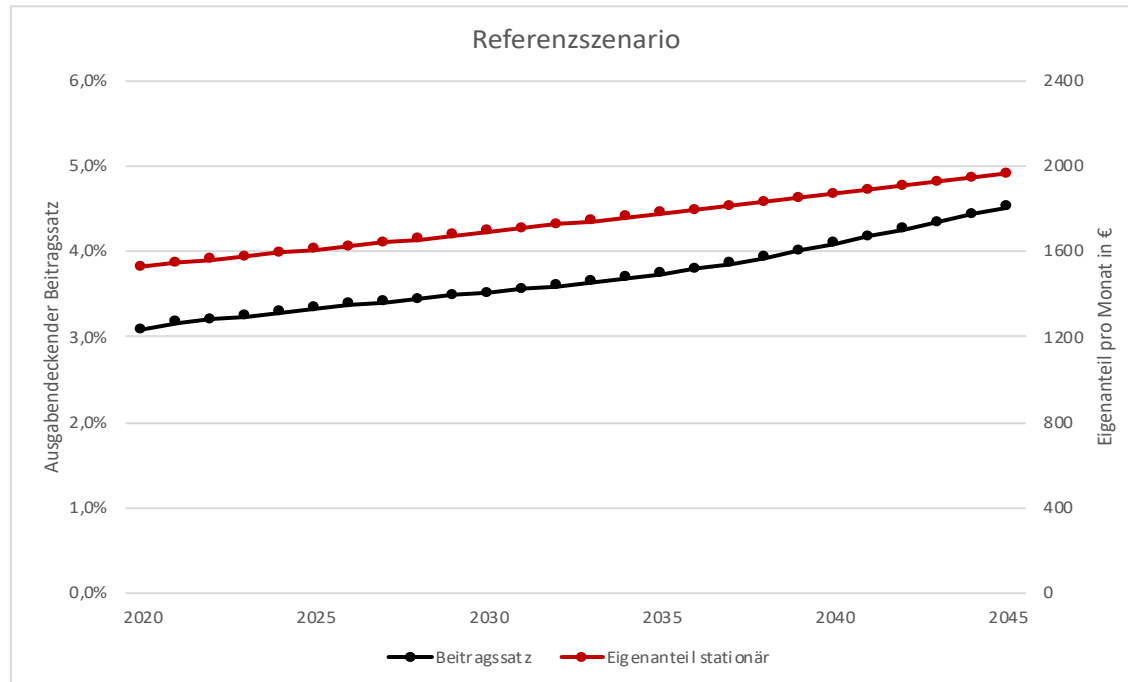
II. Reformvorschlag

III. Wirkungen des Reformvorschlags

IV. Bewertung und Fazit

- Bei Einführung der Pflegeversicherung waren, die Pflegeversicherungsleistungen im Durchschnitt ausreichend, um die Pflegekosten zu finanzieren.
- 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 den Beschlüssen der KAP bereits angelegt.
- Ohne Finanzreform werden sich die Eigenanteile wegen dieser Maßnahmen in den nächsten fünf Jahren verdoppeln.

- Unter der heutigen Finanzierungslogik werden Personalmengen- und Lohnsteigerungen von den PFB getragen.
- Kostensteigerungen um 35% sind eher konservativ angesetzt.
- Der pflegebedingte stationäre Eigenanteil steigt auf ~2.000 €.



- Bei Einführung der Pflegeversicherung waren, die Pflegeversicherungsleistungen im Durchschnitt ausreichend, um die Pflegekosten zu finanzieren.
- Die fehlende/unzureichende Dynamisierung bis 2017 hat zu permanent steigenden Eigenanteilen geführt.
- 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.
- Dies führt in den Ostländern zu weiteren extremen Kostensteigerungen – DAS ist für die Pflegebedürftigen relevant, nicht die reinen *Geldflüsse!*

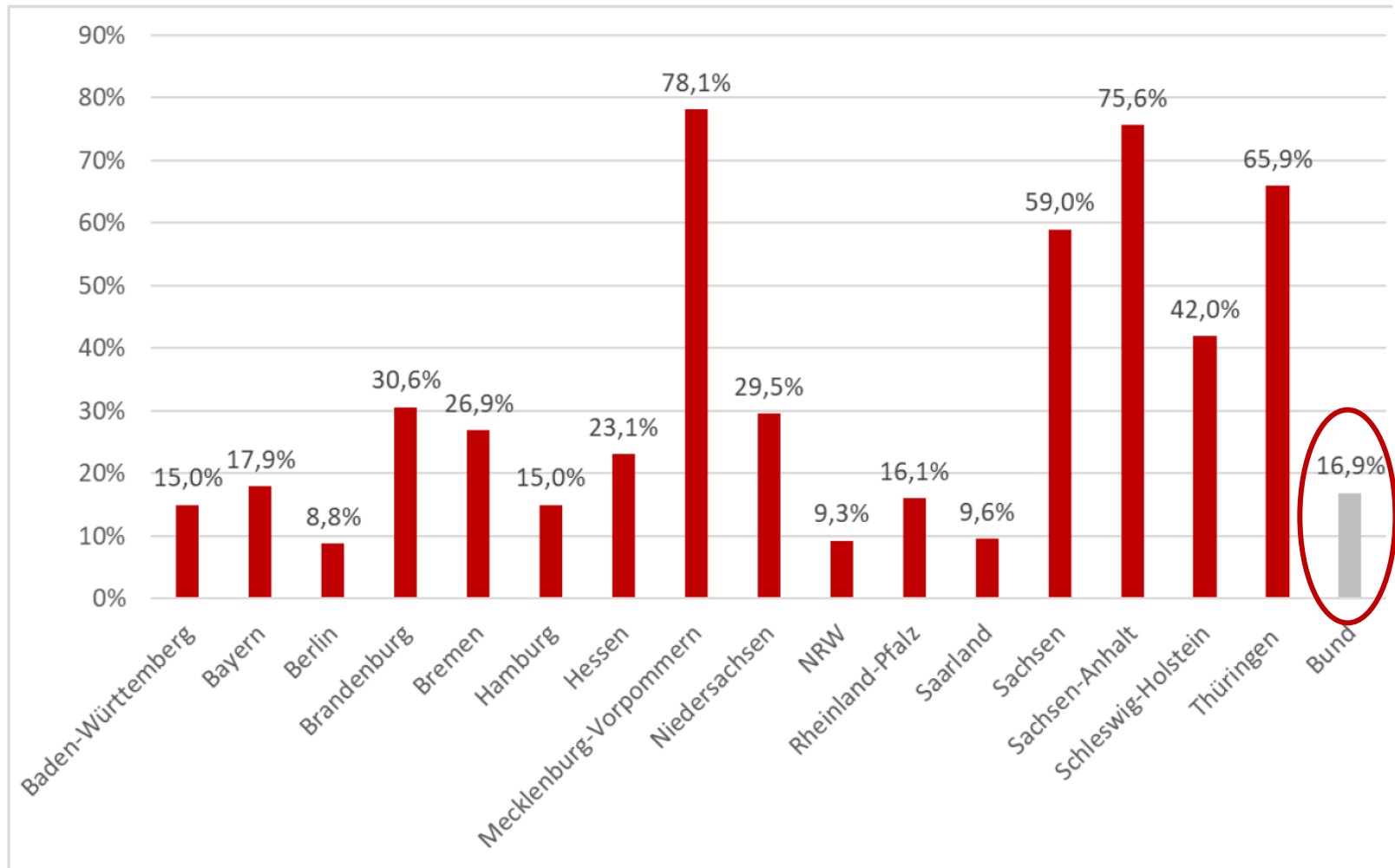


Abbildung 10: Anstieg des EEE von 2018 bis 2019

Quelle: Kochskämper 2019: 22.

- Anspruch bei Einführung der Pflegeversicherung war, dass die Pflegeversicherungsleistungen im Durchschnitt ausreichen, um die Pflegekosten zu finanzieren.
- Dies ist nicht gelungen. Die Pflegeversicherung hat zu einer tatsächlichen pflegebedingten Verarmung und pflegebedingter Sozialhilfeabhängigkeit geführt. Die Finanzierung der Pflegeversicherung ist nicht zu permittieren.
- **Soll die Pflegeversicherung pflegebedingte Verarmung und pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit verhindern, 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.

- Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff zielt auf den Erhalt vorhandener Fähigkeiten und auf die gezielte Unterstützung bei Verlust von Fähigkeiten ab, die für die Selbstständigkeit erforderlich sind.
- Ziel ist es, den Pflegebedürftigen einen Zugang zu den verschiedenen Pflegeleistungen durch die Einbindung der informellen Hilfsnetzwerke auch in stärker institutionalisierten Wohn- und Pflegeformen fördern, ist eine **Strukturreform unerlässlich.**
- Sie müssen die vorhandenen informellen Netzwerke so lange wie möglich nutzen.

I. Reformbedarf

II. Reformvorschlag

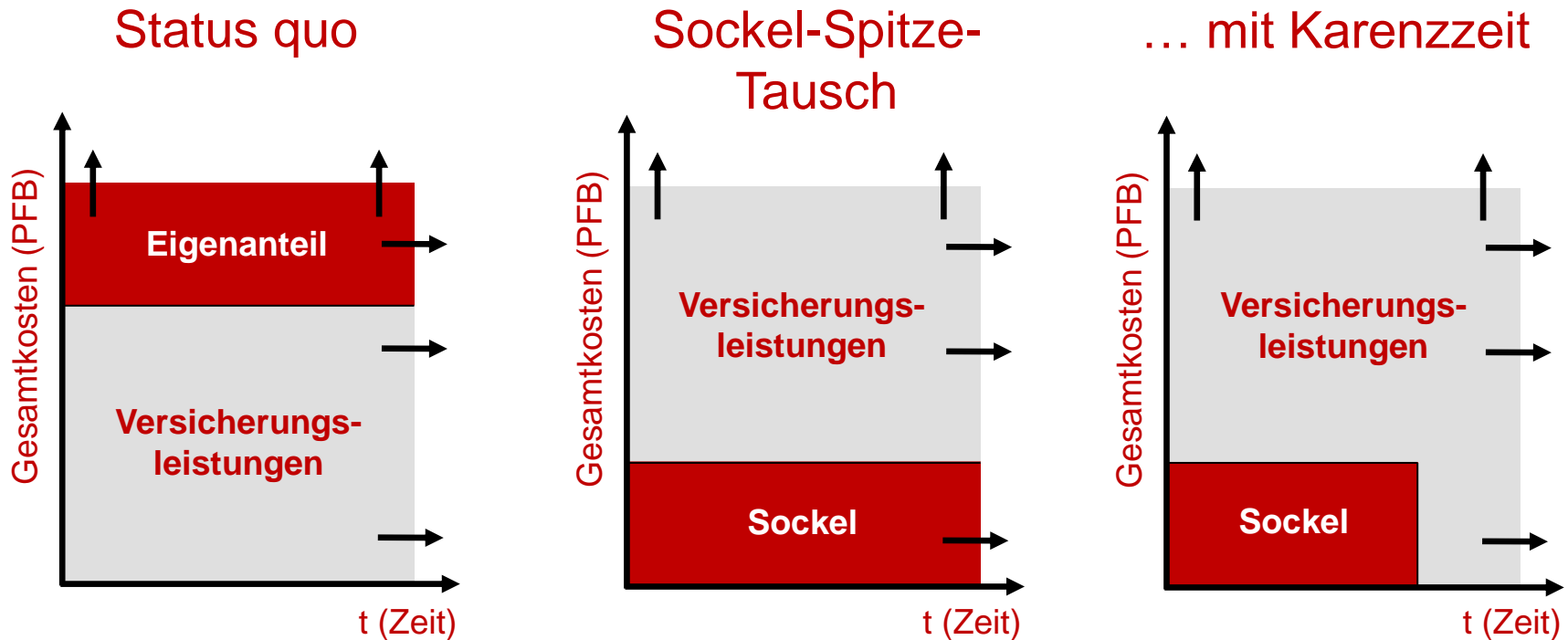
1. Sockel-Spitze-Tausch als Kernelement der Finanzreform
2. Schaffung sektorenfreier Versorgungsstrukturen als Kernelement einer Strukturreform
3. Gesamtmodell

III. Wirkungen des Reformvorschlags

IV. 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.

- 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.



- 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 Bedarfzumessung 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.

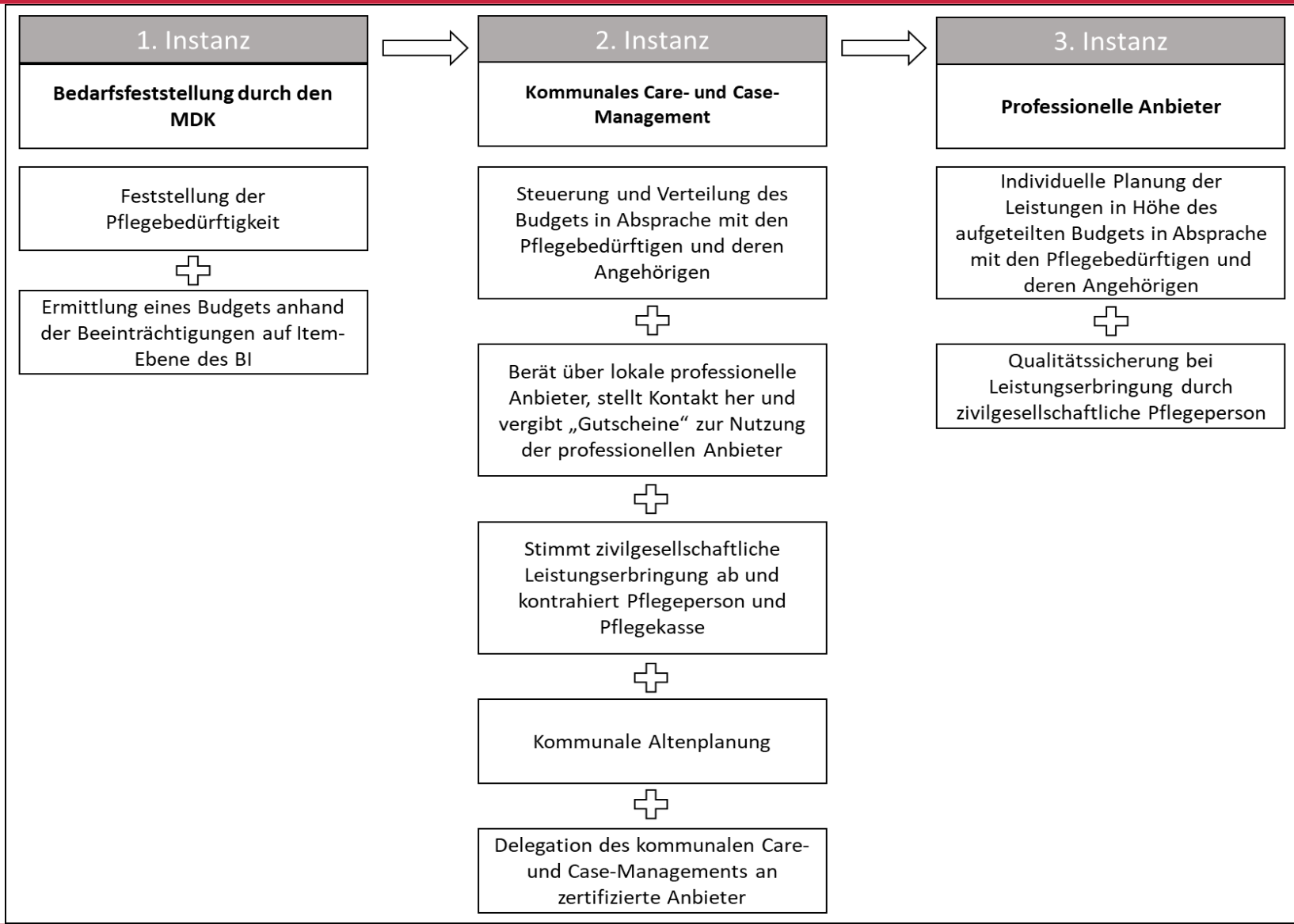
- Zur Verpreisung müssen alle Pflegeleistungen modularisiert werden – auch für bislang als Heim konzipierte Einrichtungen
- *Proof of Principle:*
Auf Basis der ambulanten Leistungskataloge in 16 Bundesländern, vorhandener Kataloge für stationäre Pflege und der pflegefachlichen Literatur wurde der Vorschlag 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
- Die *Bepreisung* der Leistungen für Profipflege erfolgt durch
 - bundeseinheitliche Punktzahlen und –relationen und einen
 - landesspezifischen Punktwert.

- 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 – **der auch auf Null gesetzt werden kann.**
- 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. 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.

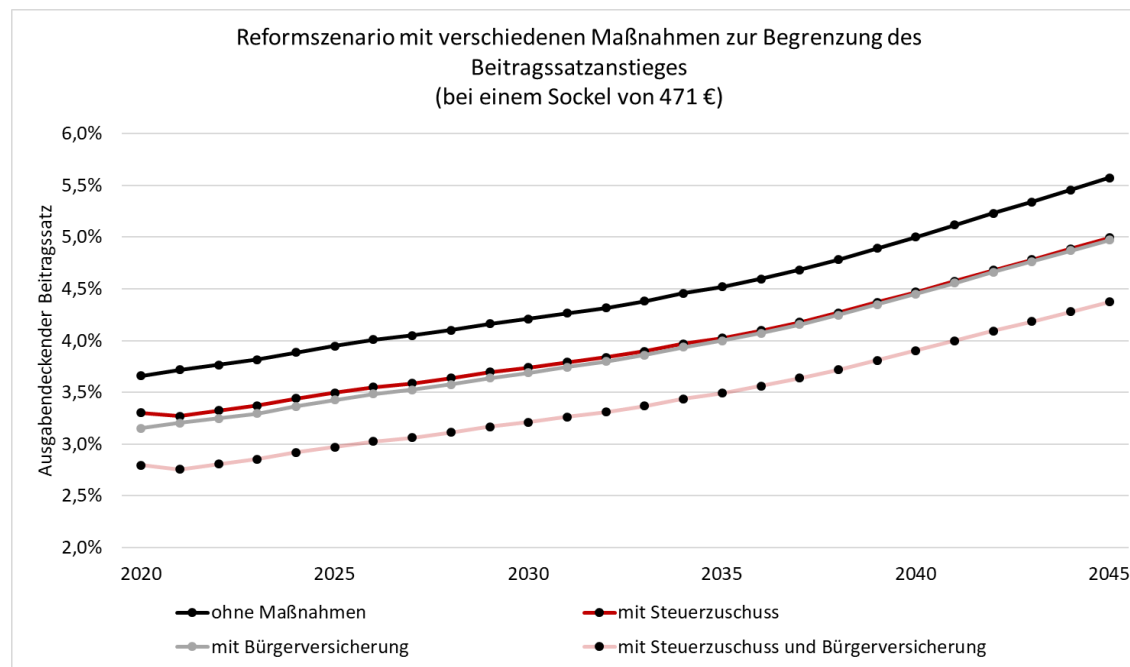
- Die Ergebnisse der Modellrechnungen zeigen, dass in den nächsten 25 Jahren deutliche Ausgabensteigerungen erfolgen werden.
- Diese sind jedoch wesentlich durch die demographische Entwicklung und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege getrieben.

	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.

- Eine Absenkung des Sockels auf Null erzeugt bei gleicher Leistungsausgestaltung höhere Ausgaben von 10,5 Mrd. € im Jahr 2020 und 13,9 Mrd. im Jahr 2045.
- Eine Vollversicherung der pflegebedingten Kosten erhöht damit den Beitragssatz um weitere rund 0,6 bis 0,8 Prozentpunkte.
- Wie eine darüber hinausgehende Ausgestaltung einer Vollversicherung wirkt, ist so nicht zu sagen.
- Für den *stationären Sektor* würden bei Übernahme von U+V und Investitionskosten aktuell zusätzliche Kosten um die 12 Mrd. € pro Jahr entstehen.

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



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. 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!