

2. GUTACHTEN

(AAPV II)

«Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung»

von

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Dipl.-Gerontologe Thomas Kalwitzki

Janet Cordes, M. A.

Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung II (AAPV II)

bedarfsgerecht – ortsunabhängig – bezahlbar

Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform

Bremen, im November 2019

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki

Janet Cordes, M.A.

INHALT

ABBILDUNGSVERZEICHNIS:	5
TABELLENVERZEICHNIS:	7
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	9
EXECUTIVE SUMMARY	10
VORWORT	11
EINLEITUNG	12
1 REFORMBEDARF	13
1.1 Lebensstandardsicherung und Eigenanteile.....	13
1.1.1 Bewertungsmaßstabe	13
1.1.2 Entwicklung der Eigenanteile	15
1.1.3 Nachhaltige Begrenzung der Eigenanteile als unabweisbare Reformnotwendigkeit	19
1.2 Individualisierte Pflegearrangements und Beteiligung der An- und Zugehörigen sowie der Zivilgesellschaft an der Pflege	21
1.2.1 Bewertungsmaßstäbe	21
1.2.2 Derzeitige Situation	23
1.2.3 Reformnotwendigkeiten	26
2 REFORMVORSCHLAG	28
2.1 Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege als Vorbedingung der Finanz- und Strukturreform	28
2.1.1 Sachgerechte Zuordnung medizinisch-pflegerischer Leistungen	29
2.1.2 Möglichkeiten der Abrechnung	30
2.2 Der Sockel-Spitze-Tausch als Kernelement einer Finanzreform	31
2.2.1 Mechanik des Sockel-Spitze-Tauschs	32
2.2.2 Voraussetzungen des Sockel-Spitze-Tauschs: individuelle Bedarfsfeststellung	33
2.2.3 Inhaltliche Ausgestaltung des Sockel-Spitze-Tauschs	35
2.2.3.1 Finanzierungspflicht für den Sockel	35
2.2.3.2 Höhe des Sockels	36
2.2.3.3 Länge der Karenzzeit	37

2.3	Schaffung einer sektorenfreien Versorgung als Kernelement einer Strukturreform.....	40
2.3.1	Zielvision einer sektorenfreien Versorgungsstruktur.....	41
2.3.2	Voraussetzungen einer sektorenfreien Versorgungsstruktur.....	41
2.3.3	Inhaltliche Ausgestaltungsoptionen für eine sektorenfreie Versorgungsstruktur.....	42
2.3.3.1	Modularisierung der Pflegeleistungen.....	42
2.3.3.1.1	Theoretische Herleitung eines Modul- und Leistungskataloges	44
2.3.3.1.2	Festlegung eines Modul- und Leistungskataloges.....	46
2.3.3.2	Sektorenfreie Verpreisung der Module bei formeller Pflege.....	48
2.3.3.3	Zuwendung für zivilgesellschaftlich erbrachte Pflegeleistungen durch das „Pflegegeld 2.0“	51
2.4	Institutionelle Ausgestaltung	54
2.4.1	Erste Instanz: Bedarfsfeststellung und Ermittlung eines Budgets	54
2.4.2	Zweite Instanz: Care- und Case-Management	55
2.4.3	Dritte Instanz: Professionelle Anbieter	56
2.4.4	Synopse	57
3	WIRKUNGEN DES REFORMVORSCHLAGS.....	59
3.1	Moral Hazard.....	60
3.1.1	Moral Hazard durch Wahl einer teuren Versorgungsform	62
3.1.1.1	Verschiebungen zwischen formell-ambulanter und vollstationärer Pflege.....	62
3.1.1.2	Verschiebungen zwischen informeller und vollstationärer Pflege	64
3.1.2	Moral Hazard durch Wahl eines teuren Leistungsanbieters.....	67
3.1.3	Moral Hazard durch Steigerung der Menge der in Anspruch genommenen Pflegeleistungen.....	69
3.2	Finanzielle Wirkungen	70
3.2.1	Grundlagen der Berechnungen	70
3.2.1.1	Annahmen zur Ausgabenseite	71
3.2.1.2	Annahmen zur Einnahmenseite	71
3.2.2	Berechnung des Sockelbetrages	72
3.2.3	Untersuchte Szenarien.....	72
3.2.3.1	Ergebnisse des Status quo-Szenarios	74
3.2.3.2	Ergebnisse des Referenzszenarios	74
3.2.3.3	Ergebnisse des Reformszenarios.....	75
3.2.4	Zwischenfazit.....	77
3.3	Regionale Umverteilungen.....	78
4	MAßNAHMEN ZUR BEGRENZUNG DES BEITRAGSANSTIEGS.....	80
4.1	Steuerfinanzierung	80
4.1.1	Begründung und Ausgestaltung.....	80
4.1.1.1	Pauschaler Steuerzuschuss	81
4.1.1.2	Steuerfinanzierung bestimmter Pflegeversicherungsleistungen	82
4.1.1.3	Steuerfinanzierung als Teil eines Regelkreislaufs	83

4.1.2	Modellierung.....	84
4.1.3	Ergebnisse	84
4.2	Integriertes Versicherungssystem für die gesamte Bevölkerung	85
4.2.1	Begründung.....	85
4.2.2	Modellierung.....	86
4.2.3	Ergebnisse der Modellrechnungen	87
4.3	Gesamteffekt.....	88
5	BEWERTUNG UND FAZIT.....	89
6	ANHANG: HERLEITUNG DES MODULKATALOGS	91
6.1	Modul Pflege und Betreuung	91
6.1.1	Herleitung anhand des ersten Moduls des BI	92
6.1.2	Herleitung anhand des zweiten Moduls des BI.....	93
6.1.3	Herleitung anhand des dritten Moduls des BI	95
6.1.4	Herleitung anhand des vierten Moduls des BI	96
6.1.5	Herleitung anhand des sechsten Moduls des BI	99
6.2	Modul Hilfe bei der Haushaltsführung.....	100
6.2.1	Herleitung anhand des siebten Moduls des BI.....	100
6.2.2	Herleitung anhand des achten Moduls des BI	101
6.3	Modul Steuerung der Pflege	102
6.4	Modul Hilfe bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Aufgaben	104
LITERATUR		107

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Durchschnittlicher (einrichtungseinheitlicher) Eigenanteil in Pflegeheimen in Euro / Monat	17
Abbildung 2: Vergleich der Einnahmepotenziale ausgewählter ambulanter und stationärer Pflegekonzepte aus Leistungen der Sozialversicherung (SGB XI und SGB V)	25
Abbildung 3: Aufteilung der Kosten und Risiken im Status quo	32
Abbildung 4: Kostenaufteilung und -risiken nach dem Sockel-Spitze-Tausch.....	32
Abbildung 5: Kostenaufteilung und -risiken nach dem Sockel-Spitze-Tausch mit zeitlicher Begrenzung	33
Abbildung 6: Zeitliche Begrenzung der Sockelzahlung	38
Abbildung 7: Anteil der Überlebenden einer Zugangskohorte in den ersten 15 Jahren.....	39
Abbildung 8: Sockelbetrag und Anteil der Überlebenden einer Zugangskohorte nach Karenzzeit	39
Abbildung 9: Bedarfsfeststellung und Steuerung der Inanspruchnahme (eigene Darstellung)	57
Abbildung 10: Durchschnittliche Leistungen der Sozialversicherung für Pflegebedürftige in verschiedenen Settings.....	66
Abbildung 11: Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil in den Bundesländern im 1. Quartal 2019	68
Abbildung 12: Landesbasisfallwerte für deutsche Krankenhäuser 2019.....	69
Abbildung 13: Beitragssatz- und Eigenanteilsentwicklung im Status quo.....	74
Abbildung 14: Beitragssatz- und Eigenanteilsentwicklung im Referenzszenario	75
Abbildung 15: Beitragssatz- und Eigenanteilsentwicklung im Reformszenario	77
Abbildung 16: Anstieg des EEE von 2018 bis 2019	79
Abbildung 17: Entwicklung von Beitragssatz und Steuerzuschuss im Reformmodell mit Steuerzuschuss	84

Abbildung 18: Beitragsentwicklung im Reformmodell mit Bürgerversicherung und Beitragssatzeffekt der Einführung einer Pflegebürgerversicherung im Reformmodell	87
Abbildung 19: Beitragssatzentwicklung im Reformmodell unter verschiedenen Maßnahmen zur Begrenzung des Beitragssatzanstieges und im Vergleich zum Referenzmodell.....	88

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Pflegevergütung und Eigenanteile in den 1990er Jahren	16
Tabelle 2: Monatlicher Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen in vollstationärer Pflege	17
Tabelle 3: Durchschnittlich von Pflegebedürftigen zu tragende Teile der Heimvergütung pro Monat, 1. Quartal 2019	18
Tabelle 4: Leistungshöhen nach Inkrafttreten der Pflegeversicherung (€ / Monat)	23
Tabelle 5: Übersicht des Modul- und Leistungskataloges	47
Tabelle 6: Für Modellrechnungen angesetzte durchschnittliche Fallkosten für eine bedarfsdeckende Versorgung	52
Tabelle 7: Monatliche maximale Leistungshöhen für Pflegesachleistungen und vollstationäre Pflege im Status quo, 2019	63
Tabelle 8: Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für Ergänzungsleistungen.....	64
Tabelle 9: Monatliche maximale Leistungshöhen für Pflegegeld und vollstationäre Pflege im Status quo, 2019.....	65
Tabelle 10: Szenarien zur Berechnung von Beitragssatz und Eigenanteilen	73
Tabelle 11: Beitragssatz und Eigenanteilen in den untersuchten Szenarien für 2020 und 2045	78
Tabelle 12: Leistungsausgaben pro versicherte Person in beiden Teilkollektiven im Jahr 2017	86
Tabelle 13: Items des BI-Moduls 1 sowie Interventionen und Leistungskomplexe aus dem EViS-Interventionskatalog und den ambulanten Leistungskatalogen der Länder	92
Tabelle 14: Items des BI-Moduls 2 sowie Interventionen und Leistungskomplexe aus dem EViS-Interventionskatalog und den ambulanten Leistungskatalogen der Länder	94
Tabelle 15: Items des BI-Moduls 3 sowie Interventionen und Leistungskomplexe aus dem EViS-Interventionskatalog und den ambulanten Leistungskatalogen der Länder	95

Tabelle 16: Items des BI-Moduls 4 sowie Interventionen und Leistungskomplexe aus dem EViS-Interventionskatalog und den ambulanten Leistungskatalogen der Länder	96
Tabelle 17: Items des BI-Moduls 6 sowie Interventionen und Leistungskomplexe aus dem EViS-Interventionskatalog und den ambulanten Leistungskatalogen der Länder	100
Tabelle 18: Items des BI-Moduls 8 sowie Interventionen und Leistungskomplexe aus dem EViS-Interventionskatalog und den ambulanten Leistungskatalogen der Länder	101
Tabelle 19: Items des BI-Moduls 5 sowie Interventionen und Leistungskomplexe aus dem EViS-Interventionskatalog und den ambulanten Leistungskatalogen der Länder	104

Abkürzungsverzeichnis

BI	Begutachtungsinstrument (aktuelle Bezeichnung des Instrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem seit 1.1.2017 neu eingeführten Pflegebedürftigkeitsbegriff)
DRG	Diagnosis-related group, Klassifikationssystem für Krankenhäuser
EEE	einrichtungseinheitlicher Eigenanteil
EVIS	Studie: Evaluation des NBA – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen
GB-A	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit
IK	Investitionskosten
KAP	Konzertierten Aktion Pflege (BMG 2019a)
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Spitzenverband der Medizinischen Dienste
PflegeVG	Gesetz zur sozialen Absicherung des Pflegerisikos (Pflege-Versicherungsgesetz) vom 26.5.1994 (BGBl. I, S. 1014)
PfWG	Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28.5.2008 (BGBl. I, S. 874)
PKV-Verband	Verband der Privaten Krankenversicherung
PNG	Pflege-Neuausrichtung-Gesetz vom 23.10.2012 (BGBl. I, S. 2246)
PPV	Private Pflegepflichtversicherung
PSG I	Erstes Pflegestärkungsgesetz vom 17.12.2014 (BGBl. I, S. 2222)
PSG II	Zweites Pflegestärkungsgesetz vom 21.12.2015 (BGBl. I, S. 2424)
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
SPV	Soziale Pflegeversicherung
U&V	Kosten für Unterkunft und Verpflegung
Vdek	Verband der Ersatzkassen e. V

Executive Summary

Ziel des Gesamtkonzeptes einer Alternativen Ausgestaltung der Pflegeversicherung ist die gleichzeitige, ineinander verwobene und sich wechselseitig bedingende Umsetzung einer Finanz- und Strukturreform. Hierdurch sollen Pflegearrangements geschaffen werden, in denen quantitativ und qualitativ *bedarfsgerechte Leistungen* bereitgestellt werden. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass diese bedarfsgerechten Leistungen vom Pflegebedürftigen *ohne Verarmungsrisiko* in Anspruch genommen werden können.

Die Finanzreform begrenzt daher durch einen *Sockel-Spitze-Tausch* das finanzielle Risiko von Pflegebedürftigkeit sowohl in monatlicher Höhe, als auch in der Zahlungsdauer. Bei Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung wird ein Sockelbetrag in Höhe von 471 Euro pro Monat durch den Pflegebedürftigen für einen Zeitraum von 48 Monaten privat gezahlt. Über den Sockelbetrag hinausgehende pflegebedingte Kosten werden bis zu einem individuell als bedarfsgerecht zugemessenen Umfang durch die Pflegeversicherung übernommen. Darüber hinaus gehende pflegebedingte Kosten werden nicht als bedarfsnotwendig betrachtet und somit nicht finanziert.

Die individuell bedarfsgerechten Leistungshöhe wird ausgehend von den Einschränkungen der Selbständigkeit des Pflegebedürftigen bemessen. Die ermittelten Bedarfe werden dann in ein Budget umgerechnet, das zur Ausgestaltung eines individuellen Pflegearrangements unabhängig vom Wohnort des Pflegebedürftigen genutzt werden kann. Die bedarfsnotwendigen Pflegeleistungen werden dabei in einem individuellen Zusammenwirken von professionellen und zivilgesellschaftlichen Leistungserbringern *sektorenfrei* organisiert. Die Differenzierung in ambulante und stationäre Sachleistungen wird durch die Strukturreform aufgehoben und ein Anreiz für eine zivilgesellschaftliche Übernahme von Leistungen geschaffen.

Durch die vorgeschlagene Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung wird eine funktionsfähige Sozialversicherung umgesetzt und alle Pflegeversicherten vor dem Kostenrisiko durch Pflegebedürftigkeit abschließend geschützt. Hierdurch entstehen zusätzliche Kosten, zu deren Kompensation eine Erhöhung des ausgabendeckenden Beitragssatzes um 0,6 Prozentpunkte zum Umstellungszeitpunkt erforderlich ist. Diese Differenz erhöht sich demographisch bedingt auf 1,1 Prozentpunkte im Jahr 2045. Diese Beitragssatzerhöhung kann im Rahmen von Sekundärreformen durch Steuerzuschüsse und die Weiterentwicklung zu einer Pflegebürgerversicherung aber vollständig verhindert werden.

Vorwort

Die vorliegende Ausarbeitung baut auf einem Gutachten auf, das von Heinz Rothgang und Thomas Kalwitzki 2017 vorgelegt und seitdem intensiv in einer Vielzahl von Veranstaltungen diskutiert wurde. Seinerzeit wurden drei Szenarien erarbeitet, mit denen die erforderlichen systematischen Änderungen in der Pflegeversicherung in Bezug auf zwei Reformlinien dargestellt wurden. Die seitdem erfolgten Diskussionen hatten zum Ergebnis, dass eine Reform beide Perspektiven integrieren sollte. In diesem Gutachten werden bei beiden Reformlinien daher nur noch solche Reformschritte betrachtet, die mit der jeweils anderen Reformlinie kompatibel sind. Das Ergebnis ist daher eine Gesamtvision der Pflegeversicherung der Zukunft, die durchaus Stellschrauben für verschiedene Ausgestaltungsoptionen enthält – nicht aber mehr in mehrere Szenarien zerfällt. Weiterhin haben die Diskussionen gezeigt, dass die relativ abstrakten Szenarien konkretisiert werden sollten. Die hier vorgelegten Vorschläge sind daher auf einer niedrigeren Flughöhe angesiedelt und beinhalten zum Teil bereits sehr konkrete Ausgestaltungsvorschläge. Dennoch bedarf die hier vorgelegte Vision der Ausgestaltung in Bezug auf eine Vielzahl von Stellschrauben. Dies kann nur durch das Zusammenwirken aller relevanten Akteure in der Langzeitpflege erfolgen, die mit diesem Vorschlag ausdrücklich aufgefordert werden sollen, an der Weiterentwicklung dieser Vision einer sektorenfreien, bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung mitzuwirken.

Das Gutachten ist in einem Diskussionsprozess entstanden, in dem Vorschläge und Fragen des Autorenteam in insgesamt fünf Treffen mit mehreren „Resonanzgruppen“ bestehend aus Leitungspersonlichkeiten des Pflegesystems intensiv diskutiert wurden. Ohne diese Inputs wäre das Gutachten in der vorliegenden Form nicht zustande gekommen. Den Teilnehmern dieser Resonanzgruppen gilt daher unser ganz besonderer Dank.

Einleitung

Im Mai 1993 wurde das Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) verabschiedet, das die Einführung der Pflegeversicherung zum 1.1.1995 vorsah. Dieses Gesetz muss als Meilenstein der sozialpolitischen Entwicklung in der Bundesrepublik angesehen werden, wurde damit doch ein bislang vernachlässigtes Risiko als allgemeines Lebensrisiko anerkannt und einer sozialstaatlichen Sicherung zugeführt. Ein Vierteljahrhundert später muss allerdings festgestellt werden, dass die Grundkonstruktion der Pflegeversicherung erhebliche Defizite aufweist. Eine Systemreform, die die Pflegeversicherung für das nächste Vierteljahrhundert auf ein tragfähiges Fundament stellt, erscheint daher notwendig. In dem hier vorliegenden Gutachten wird eine solche Systemreform skizziert.

Hierzu wird in Kapitel 1 zunächst der Reformbedarf herausgearbeitet. Vor diesem Hintergrund wird in Kapitel 2 ein Reformvorschlag entfaltet, dessen Auswirkungen in Kapitel 3 diskutiert werden. Dabei zeigt sich, dass mittel- und langfristig höhere Beitragssätze resultierte. Wie die Beitragsanstiege in einer Sekundärreform begrenzt werden können, wird daher in Kapitel 4 erörtert. Das abschließende Kapitel 5 bewertet das Konzept vor dem Hintergrund der in Kapitel 2 dargelegten Ziele.

1 Reformbedarf

Die aktuell am intensivsten diskutierten Probleme der Pflegeversicherung sind zum einen der Pflegenotstand und zum anderen die steigenden Eigenanteile in der stationären Pflege, die insofern zusammenhängen als die – notwendigen – Maßnahmen zur Bekämpfung des Pflegefachkräftemangels in der Regel die Ausgaben der Pflegeversicherung erhöhen und damit das Problem steigender Eigenanteile verschärfen. Abschnitt 1.1 ist daher dem Reformbedarf der Pflegeversicherung in Bezug auf Lebensstandardsicherung und Eigenanteile gewidmet.

Neben den Finanzierungsfragen haben aber auch Fragen nach den Pflegearrangements in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. War die Situation bei Einführung der Pflegeversicherung noch weitgehend durch eine Dichotomie von häuslicher Pflege durch die Familie auf der einen und einer vollstationären Pflege auf der anderen Seite geprägt, haben sich inzwischen vielfältige Versorgungsformen zwischen diesen Polen eines Kontinuums herausgebildet, die in unterschiedlicher Weise Pflege durch Familien, An- und Zugehörige unter Einbeziehung der Zivilgesellschaft mit formeller Pflege durch Pflegeeinrichtungen verbinden. Diese ambulantiserten Wohn- und Pflegeformen, deren Entwicklung nach § 45f SGB XI ausdrücklich gefördert wird, sind Ausdruck einer stärkeren Individualisierung auch in der Pflege. Welche Anforderungen daraus für die zukünftige Ausgestaltung der Pflegeversicherung folgen, wird in Abschnitt 1.2 diskutiert.

Diese Reformbedarfsanalyse in Bezug auf beide Problembereiche ist dann Grundlage für die Entwicklung der Reformvorschläge, die in zwei entsprechenden Reformlinien in Kapitel 2 vorgestellt werden.

1.1 Lebensstandardsicherung und Eigenanteile

Die Identifikation von Reformbedarfen ist nur auf der Basis *normativer Maßstäbe* möglich. In Abschnitt 1.1.1 werden daher zunächst die Bewertungsmaßstäbe dargelegt. Werden diese mit der in Abschnitt 1.2.1 beschriebenen aktuellen Situation abgeglichen, zeigen sich die Reformnotwendigkeiten für die Ausgestaltung der Pflegeversicherung in Bezug auf Lebensstandardsicherung und Eigenanteile (Abschnitt 1.2.3).

1.1.1 Bewertungsmaßstäbe

Als Bewertungsmaßstäbe für die Ausgestaltung der Pflegeversicherung können zum einen allgemeine sozialstaatliche Prinzipien herangezogen werden und zum anderen die Überlegungen, die zur Einführung der Pflegeversicherung geführt haben und damit die Ziele der Pflegeversicherung zum Einführungszeitpunkt widerspiegeln.

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 Sozialversicherung, erworben. Deren Leistungen gehen im Gegenzug über eine existenzsichernde Mindestsicherung hinaus und sollen den erreichten Lebensstandard gegen die Wechselfälle des Lebens sichern (Leitbild der Lebensstandardsicherung). Dadurch werden positive Arbeitsanreize gesetzt, und es wird soziale Sicherheit für risikoaverse 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. Für den Fall der Pflegebedürftigkeit gab es bis zur Einführung der Pflegeversicherung dagegen keinen entsprechenden Mechanismus.

Als das Kuratorium Deutsche Altershilfe das Thema der fehlenden sozialstaatlichen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit 1974 durch ein Gutachten auf die politische Agenda setzte, wurde das 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 im Jahr 1995 eingeführten 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).

Effektiv in Bezug auf dieses Kriterium ist die Pflegeversicherung aber nur, insoweit es ihr gelingt, einen sozialen Abstieg aufgrund von Pflegebedürftigkeit im Regelfall zu vermeiden. Dies bezieht sich nicht nur auf die Höhe der durchschnittlichen, bei Pflegebedürftigkeit in jedem Monat selbst zu tragenden Kosten, sondern auch auf das Risiko sehr hoher Gesamtkosten im Lebensverlauf, die durch ein hohes Ausmaß an Pflegebedürftigkeit in Verbindung mit einer langen Dauer von Pflegebedürftigkeit entstehen können. Die Ausgestaltung der Pflegeversicherung ist daher auch daran zu messen, wie sie mit diesen Risiken umgeht.

Um das Ziel der Lebensstandardsicherung zu erreichen, sollte die Pflegeversicherung die *pflegebedingten Kosten* der Heimversorgung übernehmen. Die in § 82 SGB XI normierte Aufteilung der Heimentgelte in die Bestandteile Pflegevergütung, Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und gesondert in Rechnung gestellte betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen, soweit sie nicht nach Landesrecht gefördert sind, geht auf den sogenannten „Dreiteilungsvorschlag“ der Arbeiterwohlfahrt von 1976 zurück. Nach diesem Vorschlag sollten die Kassen die pflegebedingten Aufwendungen finanzieren, die Pflegebedürftigen die sogenannten „Hotelkosten“ der vollstationären Versorgung übernehmen und die Kommunen die sonstigen Kosten tragen, womit implizit die Investitionskosten (IK) gemeint waren (AWO 1976). Vorgesehen war dabei also, dass die *gesamten pflegebedingten Aufwendungen* von der Kasse finanziert werden sollten. Entsprechend wurde im Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) festgelegt, dass die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (U&V) von 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 sollen, wird auch im 1. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung wird noch einmal klargestellt:

„Die Pflegeversicherung ... soll eine Grundversorgung sicherstellen, die im Regelfall ausreicht, die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken“ (BMA 1997: 8f.).

An dieser Zielvorgabe muss sich die Pflegeversicherung messen lassen.

1.1.2 Entwicklung der Eigenanteile

Dass dieser Anspruch bei Einführung der Pflegeversicherung erfüllt werden konnte, zeigt ein Vergleich der Leistungshöhen und Pflegesätze. Da die Pflegestatistik nach § 109 SGB XI erstmals 1999 erhoben wurde, liegen für die Zeit zuvor keine entsprechenden Werte vor. Tabelle 1 weist daher hilfsweise die Entwicklung im Rheinland aus. Das Rheinland hat dabei traditionell höhere Pflegesätze als der andere Landesteil, Westfalen-Lippe, und NRW insgesamt höhere Pflegesätze als der Bundesdurchschnitt (Augurzky et al. 2008a und 2008b). Die Pflegesätze im Rheinland dürften daher deutlich über den bundesdurchschnittlichen Sätzen liegen.

Tabelle 1: Pflegevergütung und Eigenanteile in den 1990er Jahren

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

Anmerkung: Die 1999 in NRW erhobenen Belegungsanteile wurden auch für das Rheinland für die Jahre 1996 und 1998 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.

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

Erkennbar ist, dass die Leistungen der Pflegeversicherung im Jahr 1996 selbst im Rheinland ausgereicht haben, die durchschnittlichen Pflegevergütungen in Pflegestufe I und II abzudecken und der durchschnittliche Eigenanteil, der als nach Belegungsanteilen gewichteter Mittelwert berechnet wird, mit 77 Euro pro Monat noch nahe Null war. Zwei Jahre später lag der durchschnittliche Eigenanteil dann schon um 100 Euro höher. Die erste Erhebung der Pflegestatistik im Dezember 1999 weist dann für NRW schon einen Betrag aus, der um gut 300 Euro über dem ein Jahr zuvor gemessenen Wert für den „teureren“ Landesteil Rheinland liegt, und der Vergleich zum Bund für 1999 bestätigt noch einmal, dass NRW deutlich überdurchschnittliche Werte aufweist (Tabelle 1). Bundesweit dürften die Pflegeversicherungsleistungen 1996 somit tatsächlich ausgereicht haben, um die durchschnittlichen Pflegevergütungen voll zu finanzieren.

Seitdem haben diese Eigenanteile an den Pflegekosten bis zum Jahr 2015 in Pflegestufe I und II kontinuierlich zugenommen, da zwar die Pflegesätze gestiegen, die Leistungen der Pflegeversicherung aber konstant geblieben sind und nicht angepasst wurden. In der Pflegestufe III wurden die Leistungen in den Jahren 2008, 2010 und 2012 dynamisiert. Das hat dazu geführt, dass die durchschnittlichen Eigenanteile in dieser Pflegestufe von 2009 bis 2011 sogar gesunken sind und die Wachstumsrate der Steigerung in dieser Stufe insgesamt geringer ist. Der wiederum als gewogener Mittelwert der mit den jeweiligen Belegungsanteilen errechnete durchschnittliche monatliche Eigenanteil hat sich aber von 1999 bis 2015 von 277 Euro auf 602 Euro mehr als verdoppelt (Tabelle 2).

Aufgrund der Pflegereform ist dieser Wert 2017 zwar in geringem Umfang zurückgegangen. Wie Abbildung 1 zeigt, in der die (mit den Bewohneranteilen gewichteten) durchschnittlichen gewogenen Eigenanteile bei den Pflegekosten bzw. (ab 2017) die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (EEE) auf Quartalsbasis enthalten sind, sind die Eigenanteile danach aber kontinuierlich weiter angestiegen und liegen heute wieder deutlich über dem Wert vor Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) im Jahre 2017.

Tabelle 2: Monatlicher Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen in vollstationärer Pflege

Jahr	Pflegevergütung			Eigenanteil an der Pflegevergütung			Belegungsanteile in %			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

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

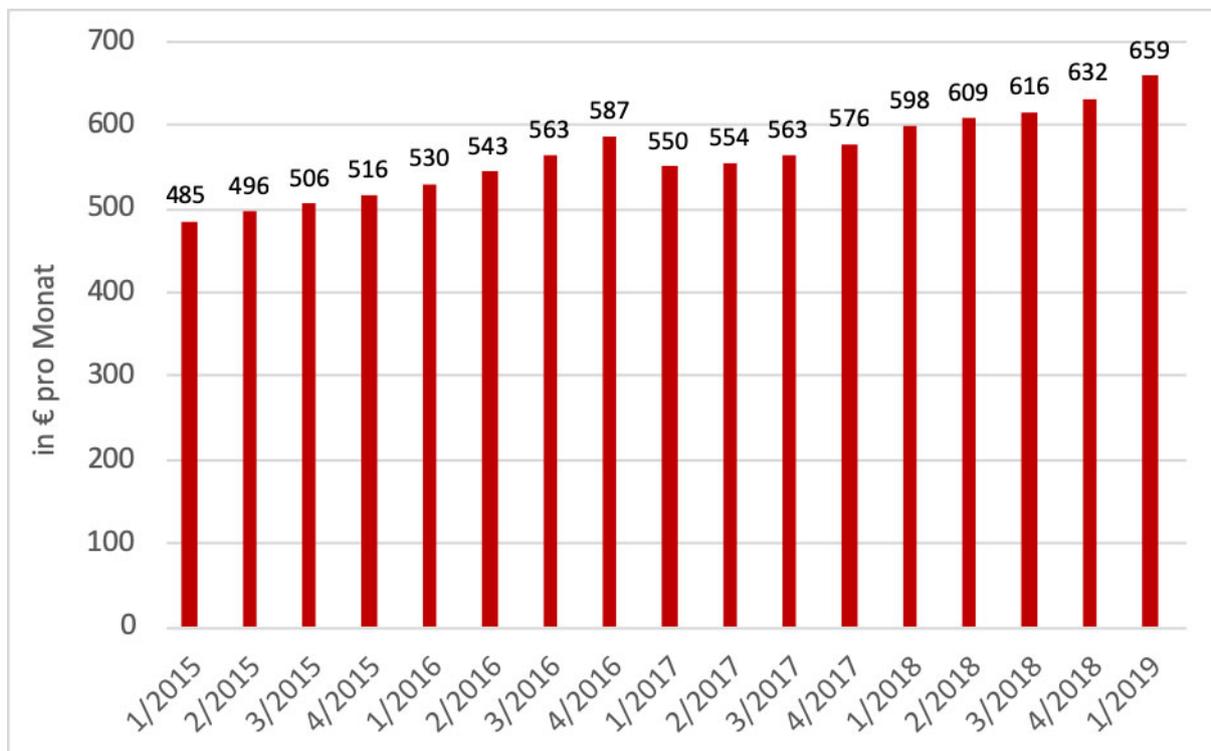


Abbildung 1: Durchschnittlicher (einrichtungseinheitlicher) Eigenanteil in Pflegeheimen in Euro / Monat

Quelle: Rothgang et al. 2019a: 141.

Allerdings müssen Heimbewohner nicht nur die Eigenanteile bei den Pflegeentgelten tragen, sondern auch die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und für die nicht geförderten, gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten. Wie Tabelle 3 zeigt, liegen die gesamten vom Heimbewohner aufzubringenden Entgelte damit bundesdurchschnittlich zu Beginn des Jahres 2019 bereits bei 1.874 Euro. Dabei zeigen sich noch erhebliche regionale

Unterschiede. So liegen die Gesamteigenanteile in NRW um mehr 642 Euro oberhalb, die in Thüringen aber um 653 Euro unterhalb des Bundesdurchschnittes. Inzwischen sind die Eigenanteile weiter gestiegen und belaufen sich aktuell – gemäß einer Auswertung von rund 11.000 Einrichtungen auf Basis von PKV-Daten – auf 1.930 Euro ([Spiegel-Online vom 24.9.2019](#)). Diese Entgelte übersteigen die durchschnittlichen Alterseinkommen erkennbar und machen damit deutlich, dass die Pflegeversicherung ihre Funktion, pflegebedingte Armut zu vermeiden, heute nur noch unvollständig erfüllen kann.

Tabelle 3: Durchschnittlich von Pflegebedürftigen zu tragende Teile der Heimvergütung pro Monat, 1. Quartal 2019

	EEE	U&V	IK	EEE + U&V	EEE + U&V + IK
Baden-Württemberg	925	730	339	1.655	1.994
Bayern	849	652	367	1.501	1.868
Berlin	895	590	372	1.485	1.857
Brandenburg	599	605	331	1.204	1.535
Bremen	459	742	519	1.201	1.720
Hamburg	657	778	517	1.435	1.952
Hessen	635	652	488	1.287	1.775
Mecklenburg-Vorpommern	418	707	306	1.125	1.431
Niedersachsen	461	583	420	1.044	1.464
Nordrhein-Westfalen	731	1.261	524	1.992	2.516
Rheinland-Pfalz	696	845	413	1.541	1.954
Saarland	872	861	506	1.733	2.239
Sachsen	340	551	312	891	1.203
Sachsen Anhalt	409	558	289	967	1.256
Schleswig-Holstein	411	856	490	1.267	1.757
Thüringen	274	691	256	965	1.221
Bund	662	800	412	1.462	1.874

Legende:

EEE = Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (für Pflegekosten)

U & V = Unterkunft und Verpflegung

IK = (gesondert in Rechnung gestellte) Investitionskosten

Quelle: Rothgang et al. 2019a: 143, basierend auf Daten von rd. 11.200 vollstationären Pflegeeinrichtungen freundlicherweise zur Verfügung gestellt vom vdek.

Für die Zukunft ist mit weiteren erheblichen und bezogen auf die einzelnen Einrichtungen zudem sprunghaften Steigerungen der pflegebedingten Aufwendungen und damit auch der EEE zu rechnen. Ursache hierfür ist der *Pflegenotstand*, der dazu führt, dass – nach Angaben des Bundesgesundheitsministers (Jens Spahn im [heute journal vom 22.09.2019](#)) – derzeit bereits 80.000 Pflegestellen nicht besetzt werden können. Um diesem Pflegenotstand zu begegnen, muss der Pflegeberuf attraktiver werden. Hierzu wurde in den am 4. Juni dieses Jahres veröffentlichten Beschlüssen der Konzierten Aktion Pflege (KAP) bereits ein umfassender Maßnahmenkatalog entwickelt und beschlossen (BMG 2019a). Für die

Pflegekosten von besonderer Bedeutung sind dabei zwei Maßnahmenbereiche: Zum einen wurde die gemeinsame Selbstverwaltung bereits im Zweiten Pflegestärkungsgesetz aufgefordert, bis zum 30. Juni 2020 ein bundesweit einsetzbares Personalbemessungsverfahren zu entwickeln und zu erproben. Die Entwicklung konnte im Sommer 2019 abgeschlossen werden (vgl. Rothgang et al. 2019b), und die Erprobung hat bereits begonnen. Die konzertierte Aktion hat beschlossen, mit der Umsetzung des Verfahrens nach Abschluss der Erprobung „zügig“ zu beginnen (BMG 2019a: 45). Werden auf Basis dieses Personalbemessungsverfahrens mehr Pflegekräfte beschäftigt, steigen die Pflegekosten. Eine stufenweise Einführung lässt erwarten, dass sich dieser Prozess über einige Jahre hinziehen wird. Zum anderen wird in den Beschlüssen der Konzertierten Aktion eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte gefordert. Am Jahresende 2017 lagen die monatlichen Bruttoentgelte für Fach- und Assistenzkräfte in Pflegeheimen um durchschnittlich 568 (Fachkräfte) bzw. 550 Euro (Assistenzkräfte) und damit um 17 % bzw. 22 % hinter denen für entsprechende Kräfte im Krankenhaus (BA 2019: 7). Da in drei Jahren die ersten generalistisch ausgebildeten Pflegefachkräfte auf den Arbeitsmarkt treten werden, die dann ohne Beschränkung durch ihren Abschluss entscheiden können, in welchem Sektor sie arbeiten wollen, ist es notwendig, die Entlohnung im Langzeitpflegesektor bis dahin zumindest an die im Krankenhausesektor anzugleichen. Allein die Mehrausgaben aufgrund flächendeckender Tarifverträge in der Altenpflege werden von Tisch et al. (2019: 8) in einem Gutachten für die KAP je nach Ausgestaltung mit 1,6 bis 5,2 Mrd. Euro beziffert.

1.1.3 Nachhaltige Begrenzung der Eigenanteile als unabweisbare Reformnotwendigkeit

In der derzeitigen Finanzierungssystematik werden die mit steigenden Pflegesätzen verbundenen Kostensteigerungen vollständig an die Pflegebedürftigen weitergeleitet, da die Leistungen der Pflegeversicherung als Festbeträge ausgestaltet sind, die schon jetzt erheblich unterhalb der Pflegesätze liegen (Tabelle 3). Einen Hinweis auf die quantitativen Auswirkungen der grundsätzlich zu begrüßenden Lohn- und Gehaltssteigerungen auf die individuellen Eigenanteile geben aktuelle Fälle, in denen Einrichtungen bzw. ganze Trägergruppen auf Tarifbindung umsteigen. In den stationären Einrichtungen dieser Träger erhöhten sich die Eigenanteile durch den Umstieg auf eine tarifliche Vergütung sprunghaft um monatlich zusätzlich mehrere Hundert Euro – ohne eine systematische Verbesserung des Leistungsgeschehens mit sich zu bringen.¹ Das ist den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen nicht zu vermitteln. Steigen Entlohnungen für Pflegekräfte und Personaleinsatzmengen in Heimen

¹ Vgl. z.B. <https://www.ndr.de/nachrichten/schleswig-holstein/Pflegeheime-erhoehen-Kosten-um-Hunderte-Euro,pflegekosten106.html>; <https://www.sovd-sh.de/2019/03/14/pflege-irrsinn-kosten-fuer-eigenanteil-gehen-durch-die-decke/>; <https://www.spiegel.de/spiegel/pflege-warum-jetzt-die-kosten-fuer-pflegeheime-explodieren-a-1203011.html>.

wie es die Beschlüsse der Konzertierten Aktion Pflege erwarten lassen, würden sich die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile – ceteris paribus – leicht verdoppeln und die insgesamt zu zahlenden Eigenanteile am Heimentgelt die durchschnittlichen Alterseinkünfte bei weitem überschreiten. Die Pflegeversicherung ist dann nicht (mehr) in der Lage, ihre Funktion zu erfüllen, den Lebensstandard zu sichern und die Eigenanteile so weit zu begrenzen, dass sie für die große Mehrheit der Pflegebedürftigen finanziert werden können, ohne zum Sozialhilfeempfänger zu werden. Eine Reform zur nachhaltigen Begrenzung der Eigenanteile ist daher unabweisbar.

In einem ersten Schritt muss dabei sichergestellt werden, dass die steigenden Heimkosten nicht mehr von den *Pflegebedürftigen*, sondern von der wesentlich größeren Zahl der *Pflegeversicherten* übernommen werden. Hierzu stehen grundsätzlich zwei Wege offen. Zum einen könnten die Leistungssätze nach § 43 SGB XI angehoben werden. Die Bundesregierung „prüft“ gemäß § 30 SGB XI alle drei Jahre, „erneut im Jahre 2020“, Notwendigkeit und Höhe einer solchen Anpassung:

„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“ (§ 30 Abs. 1 SGB XI).

Angesichts der bereits beobachteten und erst recht der zu erwartenden Entgeltsteigerungen in der vollstationären Pflege ist eine solche Anpassung, die auf die allgemeine Bruttolohnentwicklung der vergangenen Jahre begrenzt bleibt, ungeeignet, die Pflegeversicherung in die Lage zu versetzen, ihre Ziele zu erfüllen.

Auch eine großzügigere Einmalanhebung der Leistungssätze ist aber allenfalls in der Lage, die durchschnittlichen Eigenanteilsanstiege der Vergangenheit wieder zu korrigieren. Angesichts der für die nächsten Jahre zu erwartenden weiterer kontinuierlichen Anstiege aufgrund steigender Tarifbindung und verbesserter Personalschlüssel, ist eine solch diskretionäre und immer retrospektive Anpassung in größeren Zeitabständen dem Grunde nach ungeeignet, nachhaltig eine Lebensstandardsicherung zu gewährleisten. Angesichts der zu erwartenden Sprünge in den Pflegesätzen sind lineare Steigerungen mit einem Durchschnittswert nicht ausreichend.

Notwendig ist vielmehr eine Systemreform, bei der die Logik der Pflegeversicherung umgekehrt und an die der Krankenversicherung angepasst wird. Wie in der Krankenversicherung müssen Pflegeleistungen von der Pflegeversicherung in bedarfsnotwendigem Umfang zur

Verfügung gestellt werden, während die Pflegebedürftigen – neben den nach wie vor privat aufzubringenden Kosten für Wohnen und Lebenshaltung – nur einen festen, begrenzten im Folgenden als „Sockel“ bezeichneten Betrag zu den Pflegekosten zuschießen. In Abschnitt 2.2 wird diese Umkehrung als „Sockel-Spitze-Tausch“ bezeichnet. Im Ergebnis resultiert in der Terminologie der Versicherungstheorie eine Versicherung mit Abzugsfranchise als festem Betrag wie sie etwa auch aus der privaten Krankenversicherung bekannt ist.

Ein solcher Sockel-Spitze-Tausch kann durch entsprechende Wahl des Sockelbetrags zum Umstellungszeitpunkt ausgabenneutral für die Pflegeversicherung durchgeführt werden. Auf mittlere und lange Sicht führt er aber – angesichts der zu erwartenden Kostensteigerungen für formelle Pflege – zu Mehrausgaben der Pflegeversicherung und damit ceteris paribus zu einem Beitragssatzanstieg. Da der Beitragssatz bei einer bedarfsorientierten Sozialversicherung der „freie“ Parameter ist, ist das zunächst systemkonform. Soll der Beitragssatzanstieg, der in der Pflegeversicherung aufgrund des demographischen Wandels bei zumindest kaufkrafterhaltender Leistungsdynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen auch ansonsten unvermeidlich ist, begrenzt werden, können weitere Maßnahmen zur Begrenzung des Beitragssatzes getroffen werden. Hierbei ist insbesondere an Steuerfinanzierung und / oder die Einbeziehung der bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung zu denken, die in Kapitel 4 als sekundäre Reformen diskutiert werden, deren Notwendigkeit sich – unter bestimmten Annahmen über die Höhe des vertretbaren Beitragssatzes – aus der Umsetzung der primären Reformen ergeben.

1.2 Individualisierte Pflegearrangements und Beteiligung der An- und Zugehörigen sowie der Zivilgesellschaft an der Pflege

Auch bezüglich der zweiten angesprochenen Problemlage sollen zunächst wieder die Bewertungsmaßstäbe diskutiert werden (Abschnitt 1.2.1), bevor die aktuelle Ausgestaltung dargelegt wird (Abschnitt 1.2.2). Aus dem Vergleich der Bewertungsmaßstäbe und der derzeitigen Situation ergeben sich dann wiederum die Reformnotwendigkeiten (Abschnitt 1.2.3).

1.2.1 Bewertungsmaßstäbe

Spätestens seit Einführung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit dem Zweiten Pflege-stärkungsgesetz ist deutlich geworden, dass die Versorgung von Pflegebedürftigen auf die Erhaltung vorhandener Fähigkeiten und die gezielte Unterstützung bei vorhandenen Beeinträchtigungen abzielen muss, um so *gesellschaftliche Teilhabe* zu ermöglichen (vgl. BMG 2009). Hierzu gehört auch die Autonomie der Pflegebedürftigen, selbst individuell angepasste Wohn- und Pflegesettings wählen zu können. Schon im Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I, S. 45) hat der Gesetzgeber daher zur „Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformenden“ den § 45f SGB XI eingeführt,

der die finanzielle Förderung entsprechender Modelle beinhaltet.² Insofern starre Regelungen eine Individualisierung der Pflegearrangements entgegenstehen, sind sie daher dysfunktional im Sinne dieser Zielsetzung.

Angesichts des bestehenden und sich in Zukunft noch verstärkenden Pflegekräftemangels muss zudem mit der knappen Ressource „berufliche Pflege“ sparsam umgegangen werden. Hierzu ist es notwendig, die bestehenden *familialen und zivilgesellschaftlichen Netzwerke* so lange wie möglich zu erhalten und zu nutzen. Es sollte daher sichergestellt werden, dass die Zivilgesellschaft auch dann an der Pflege und Betreuung beteiligt bleiben kann, wenn Pflegebedürftige stärker institutionalisierte Formen der Pflege wählen. Tatsächlich brechen informelle Netzwerke aber in der Regel weg, sobald es zu stationärer Pflege kommt. Da die Heimversorgung eine Vollversorgung ist, scheint für An- und Zugehörige keine Notwendigkeit mehr für informelle Pflege zu bestehen. Zudem gibt es dafür auch keine finanziellen Anreize, da mit der Heimpflege eine Rundumversorgung „eingekauft“ wird. Damit bleiben aber zivilgesellschaftliche Potentiale ungenutzt, die in Zeiten einer relativen Verknappung der Ressource formelle Pflege unbedingt genutzt werden sollten.

Schließlich sollten die rechtlichen Regelungen sicherstellen, dass die Betroffenen – im Rahmen der für sie solidarisch finanzierten Aufwände – jeweils die Versorgungsform gewählt werden kann, die ihren Präferenzen entspricht, ohne dass diese Wahlhandlung durch selektive Anreize des Leistungsrechts verzerrt wird. In diesem Kontext ist auch auf die beratenden Pflegekassen und die Anreize, denen diese ausgesetzt sind, einzugehen. Das Leistungsrecht sollte auch in Bezug auf diese Akteure neutral sein, so dass sie – soweit sie ihren eigenen finanziellen Interessen folgen – nicht einseitig in Richtung auf bestimmte Arrangements beraten müssen.

Maßstab für eine Bewertung der derzeitigen Situation ist folglich, in welchem Umfang diese

- individualisierte Wohn- und Pflegeformen ermöglicht oder einschränkt,
- Anreize bietet, zivilgesellschaftliche Potentiale aufrechtzuerhalten – auch wenn Pflege in zunehmendem Umfang institutionalisiert wird und
- gewährleistet, dass Pflegebedürftige die für sie optimal angepassten Pflege- und Betreuungsarrangements unverzerrt durch leistungsrechtliche Anreize entsprechend ihrer Präferenzen wählen können, und auch beratende Institutionen, wie die Pflegekassen, keine pekuniären Anreize haben, bestimmte Wohnformen zu bevorzugen.

² Die nach dieser Norm geförderten Projekte werden evaluiert (vgl. https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte_45f/pflege_modellprojekte_45f.jsp).

1.2.2 Derzeitige Situation

Die Setzung der Leistungssätze der Pflegeversicherung war bei deren Einführung von verschiedenen Gesichtspunkten bestimmt: In der *häuslichen Pflege* waren bereits mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I, S. 2477) Leistungsverpflichtungen in das SGB V aufgenommen worden. Nachdem Leistungen bei Urlaub oder Verhinderung der Pflegeperson (§ 56 SGB V alte Fassung) bereits seit 1989 gewährt wurden, sind die quantitativ bedeutsameren Pflegesachleistungen nach § 55 SGB V a.F. und das Pflegegeld nach § 57 SGB V a.F. seit dem 1.1.1991 hinzugekommen. Die maximalen Leistungshöhen von monatlich 400 DM (Pflegegeld) bzw. 750 DM (Pflegesachleistungen) wurden bei Einführung der Pflegeversicherung dann für Pflegestufe I übernommen (während die Leistungsbezieher automatisch in die neue Pflegestufe II übergeleitet wurden). Damit war der Ankerpunkt für Geld- und Sachleistungen schon bestimmt. Im *stationären Bereich* stand dagegen das Ziel, möglichst viele Menschen aus dem Bezug von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen herauszulösen, im Vordergrund. Dies sprach für einen möglichst hohen Leistungsbetrag in Pflegestufe I. Da zudem der durchschnittliche Leistungsbetrag – aus Gründen der Kostenbegrenzung, die in den internen Koalitionsgesprächen eine entscheidende Rolle spielten, – auf 2.500 DM pro Monat festgelegt worden war, ergaben sich die – zwischen den Pflegestufen nur gering gespreizten – Leistungshöhen quasi von selbst (Rothgang 1997).

Tabelle 4: Leistungshöhen nach Inkrafttreten der Pflegeversicherung (€ / Monat)

	(1) Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI)	(2) Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	(3) = (2) – (1) Differenz der Beträge	(4) = (3) / (2) Differenz der Beträge als Anteil
Pflegestufe I	384	1.023	639	62%
Pflegestufe II	921	1.279	358	28%
Pflegestufe III	1.432	1.432	0	0%
Härtefälle	1.918	1.688	-230	-14%

Die resultierenden Leistungshöhen für ambulant und stationär unterscheiden sich für die Pflegestufen I und II, in die Ende 2015 insgesamt 89 % der Pflegebedürftigen fallen (Statistisches Bundesamt 2017: 9), erheblich (Tabelle 4). Diese differenzierten Leistungssätze zementieren die Trennung der Sektoren: Da sich die Leistungsansprüche derart unterscheiden, ist es für jede Pflegeleistung zentral zu bestimmen, ob sie in den ambulanten oder den stationären Sektor fällt. Diese Notwendigkeit wird durch ordnungsrechtliche Anforderungen (Heimaufsicht) und sektorspezifische leistungserbringungsrechtliche vertragliche Regelungen – etwa zur Qualitätssicherung, aber auch zur Vergütung – noch verschärft.

In der tatsächlichen Versorgung nähern sich die Strukturen dagegen an: Pflegeheime verwenden zunehmend Wohngruppenkonzept und öffnen sich in ihr Quartier. Mit betreutem und gemeinschaftlichem Wohnen, Pflege-WGs, Stadtteilhäusern etc. ist eine Vielzahl von

Versorgungsformen im Zwischenraum der klassischen Sektoren entstanden, die inzwischen auch durch Anschubförderungen, Umbauprämien etc. öffentlich gefördert werden.³ Die strikte Sektorentrennung erweist sich dabei zunehmend als dysfunktional, etwa, wenn Wohngruppen dagegen kämpfen müssen, nicht unter das Heimgesetz zu fallen. Insgesamt erschweren die bestehenden Regelungen damit die Entwicklung innovativer Versorgungskonzepte zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (vgl. Rothgang et al. 2018).

Tatsächlich hat der Gesetzgeber darauf reagiert und *Maßnahmen zur Förderung der Ambulantisierung* ergriffen, um größere Individualität und Selbstbestimmtheit für Pflegebedürftige bei der Wahl ihres Wohnumfeldes und der Pflege- und Betreuungsleistungen zu ermöglichen. Bereits mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG) vom 28. Mai 2008 (BGBl. I, S. 874) wurden die teilstationären Leistungen der Pflegeversicherung gestärkt, indem die vollständige Anrechnung von Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI auf Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI oder Pflegegeld nach § 37 SGB XI aufgehoben wurde. Anstatt von 100 % der in §§ 36, 37 SGB XI festgelegten Höchstwerte konnten bei Kombination von Pflegesachleistungen, Kombinationsleistungen oder Pflegegeld mit teilstationären Leistungen 150 % der Höchstsätze in Anspruch genommen werden. Im Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) vom 17.12.2014 (BGBl. I, S. 2222) wurde die Anrechnung der teilstationären Leistungen auf Pflegegeld und Pflegesachleistungen dann vollständig aufgehoben (Art. 1 Nr. 11 PSG I). Seit Inkrafttreten der einschlägigen Normen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) vom 23.10.2012 (BGBl. I, S. 2246) haben Pflegebedürftige gemäß § 45e SGB XI Anspruch auf eine einmalige Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen sowie eine monatliche Pauschale für zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a SGB XI (Art. 1 Nr. 13 PNG).

Damit einhergehend, entstanden starke Anreize für Leistungsanbieter, bisher in Form einer stationären Versorgung erbrachte Leistungen nunmehr in Form einer ambulant betreuten Wohnform zu erbringen und die Wohnraumüberlassung vertraglich von den Pflege- und Betreuungsleistungen zu trennen und getrennt abzurechnen. Hinzu kommt die Möglichkeit, in betreuten Wohnformen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V abzurechnen, welches bei vollstationärer Pflege gemäß § 43 SGB XI als im Pflegesatz enthalten gilt und nur im Ausnahmefall, nämlich bei Nachweis eines besonders hohen Bedarfs medizinischer Behandlungspflege, von der Krankenkasse finanziert wird (§ 37 Abs. 2 SGB V).

Aufgrund dieser Anreize sind Versorgungsmodelle entstanden, die eine unveränderte Konzeption nicht mehr als vollstationäre Pflege, sondern als Kombination von Wohnraumüber-

³ Vgl. hierzu u. a. die Vielzahl der nach § 45f SGB XI geförderten Projekte (URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte_45f/pflege_modellprojekte_45f.jsp).

lassung mit teilstationären Angeboten und ergänzenden ambulanten Leistungsangeboten anbieten (vgl. Rothgang/Müller 2019). Diese Angebote lassen sich jedoch zum Teil nicht von vollstationären Einrichtungen unterscheiden und zeigen keinen erkennbaren pflegerisch-betreuerischen Zusatznutzen für die Versorgung der Betroffenen (CAREkonkret 2015a), führen aber zu erheblichen Mehrleistungen der Pflegeversicherung zugunsten der Betreiber und der Pflegebedürftigen, deren Selbstbehalte reduziert werden können.

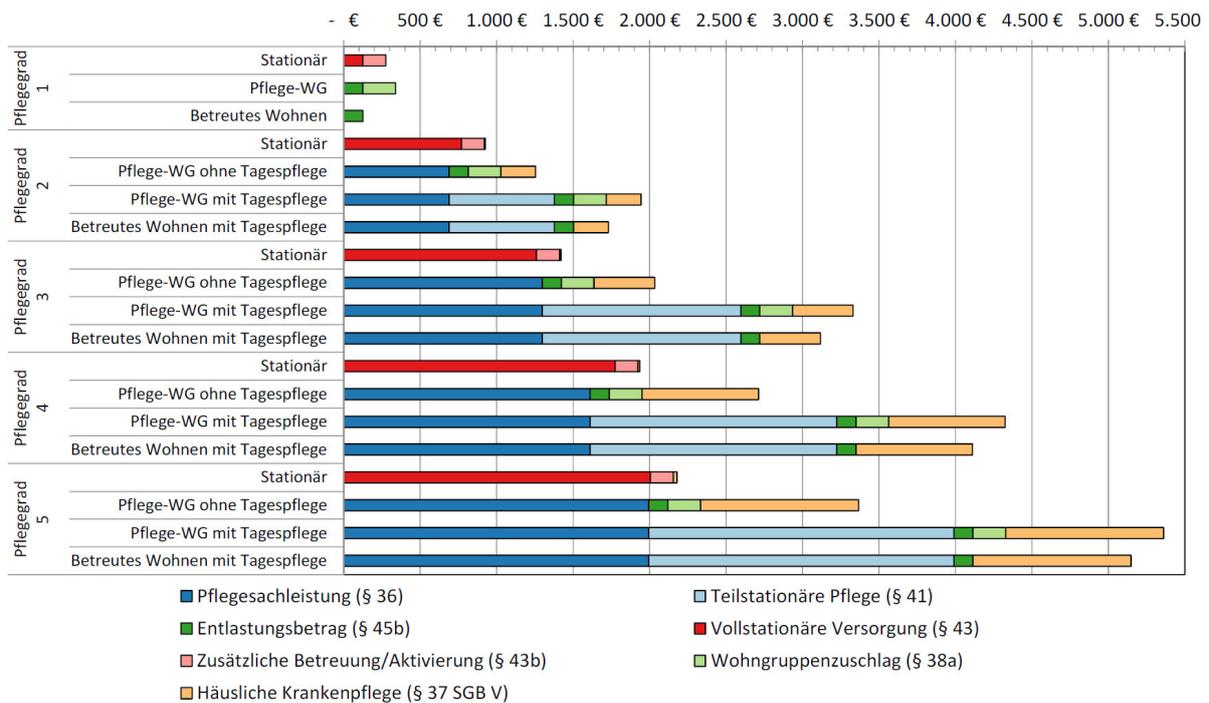


Abbildung 2: Vergleich der Einnahmepotenziale ausgewählter ambulanter und stationärer Pflegekonzepte aus Leistungen der Sozialversicherung (SGB XI und SGB V)

Quelle: Rothgang et al. 2018: 81.

Abbildung 2 zeigt, in welchem Umfang durch solche „Stapelleistungen“ Leistungen der Sozialversicherung in Anspruch genommen werden können, die die entsprechenden Leistungsansprüche bei vollstationärer Pflege um ein Mehrfaches übersteigen. Ambulantisierung droht so zu einem Geschäftsmodell für Anbieter zu verkommen, die durch Kumulation verschiedener Sozialversicherungsleistungen in höherem Ausmaß Leistungen der Sozialversicherung zu mobilisieren vermögen, ohne dass damit ein erkennbarer Nutzen für die Pflegebedürftigen verbunden ist (Rothgang et al. 2018).

Problematisch ist schließlich auch die derzeitige Finanzierung der *medizinischen Behandlungspflege*. Während die entsprechenden Leistungen im ambulanten Setting als „häusliche Krankenpflege“ durch die Krankenversicherung finanziert werden, entfällt dieser Leistungsanspruch, sobald der Pflegebedürftige stationär versorgt wird. Im stationären Setting gelten die gleichen, dort als „medizinische Behandlungspflege“ bezeichneten Leistungen, als in den Pflegesätzen enthalten. Da die Pflegeversicherungsleistungen aber durchgängig niedriger

sind als die Pflegesätze, führt dies zu nur schwer begründbaren Ungleichbehandlungen der Versicherten. Die Möglichkeit, häusliche Krankenpflege separat abrechnen zu können, ist zudem ein Grund für die beschriebenen „Stapelleistungen“. Für die Kassen, die ihre Versicherten beraten sollen, ist eine stationäre Versorgung günstiger, weil sie so die Kosten der häuslichen Krankenpflege spart. Die unterschiedliche Finanzierung von medizinischer Behandlungspflege und häuslicher Krankenpflege birgt somit eine Reihe von Anreizen, die die Wahl der optimalen Versorgungsform für jeden Pflegebedürftigen verzerren.

1.2.3 Reformnotwendigkeiten

Ausgehend davon, dass sich die Ambulantisierung mit „Stapelleistungsmodelle“ derzeit in die falsche Richtung entwickelt, ergeben sich Reformoptionen in zwei Richtungen: Zum einen könnte, versucht werden, die bestehenden Abgrenzungen noch zu schärfen, damit jede Versorgungsform eindeutig entweder dem ambulanten oder dem stationären Sektor zugeordnet werden kann. Im Rahmen einer dazu notwendigen Präzisierung der Abgrenzungen kann auch Sorge dafür getragen werden, dass bestimmte Leistungen nicht zusammen in Anspruch genommen werden können, um so Stapelleistungsmodelle zu verhindern. Eine solche Präzisierung ist aber schwierig, verfestigt die Sektorentrennung sogar und trägt damit nicht dazu bei, innovative ambulante Wohnformen zu fördern und individualisierte Pflegearrangements zu ermöglichen. Die Einteilung in zwei Sektoren mit divergierendem Regulierungsrahmen, die erhebliche Implikationen für die wirtschaftliche Tragfähigkeit von Versorgungsmodellen besitzt, ist daher als weniger innovationsfreundlich einzustufen. Sie trägt zudem nicht dazu bei, zivilgesellschaftliche Unterstützungsnetzwerke aufrechtzuerhalten und auch dann zu stabilisieren, wenn Pflege stärker institutionalisiert erbracht wird. Auch die mit der Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege durch die Pflegeversicherung verbundenen Probleme werden mit diesem Ansatz nicht adressiert.

Sinnvoller ist daher der gegenteilige Weg des Abbaus der Sektorentrennung und der *Schaffung sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen* durch einheitliches Leistungs-, Leistungserbringungs- und Ordnungsrecht. Damit wird die Voraussetzung dafür geschaffen, individuelle Lösungen für jeden Pflegebedürftigen zu finden und die Zivilgesellschaft auch in stärker institutionalisierten Settings in die Pflege und Betreuung einzubinden. Voraussetzung hierfür ist die einheitliche Finanzierung von medizinischer Behandlungspflege und häuslicher Krankenpflege, da nach Sektor unterschiedene Finanzierungs Kompetenzen in einer Welt ohne Sektoren nicht mehr möglich sind. Nur die Übertragung der sektorenübergreifenden Finanzierungs kompetenz für die Behandlungspflege in die GKV (und nicht in die SPV) entlastet dabei auch die Pflegebedürftigen direkt.

In der häuslichen Pflege werden die jeweils vereinbarten Leistungen wie bisher erbracht und vergütet. Für die derzeitige stationäre Langzeitpflege ist dagegen festzulegen, welche Leis-

tungen übernommen und welche zivilgesellschaftlich erbracht werden sollen. Die Leistungserbringung und Leistungsabrechnung sowohl im Rahmen der SGB XI-Leistungen als auch des SGB V sollten dann auf Basis *identischer Module* erfolgen, die unabhängig vom Ort der Erbringung vergütet werden. In diesem Rahmen ist der Einbezug professioneller Pflegeleistungen bedarfsorientiert je nach gewählter Wohnform und zivilgesellschaftlichen Ressourcen möglich. Dadurch wird der Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen im höchsten Umfang Rechnung getragen. Mit der Aufhebung der Sektorengrenzen ist eine umfangreiche Neuordnung der Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung verbunden. Gleichzeitig werden damit aber Chancen geschaffen, Ungerechtigkeiten und Fehlreize abzubauen sowie einen innovationsfreundlichen Gestaltungsrahmen herzustellen. Die Aufhebung der Sektorentrennung ist daher die einzige Option, die im nachstehenden Reformvorschlag berücksichtigt wird.

2 Reformvorschlag

Grundsätzlich bezieht sich der im Folgenden vorgestellte Reformvorschlag nur auf eine alternative Ausgestaltung in Bezug auf die *Pflegekosten im engen Sinne*. Nur diese können durch Leistungen des SGB XI finanziert und im hier vorliegenden Reformvorschlag behandelt werden. Allerdings sind auch die Kosten im Bereich Wohnen und Hauswirtschaft im derzeitigen stationären Setting bereits so hoch sind, dass schon sie allein eine finanzielle Überforderung darstellen können. Insofern hier Handlungsbedarf gesehen wird, müssen an anderer Stelle – insbesondere in Bezug auf die Investitionskosten – Regelungen gefunden werden, die sich dann aber explizit auf das Wohnen beziehen und unterschiedliche Wohnformen angemessen berücksichtigen können. Der Sockel-Spitze-Tausch befördert derartige Initiativen insofern als auch die Sozialhilfeträger als subsidiäre Träger der Eigenanteile bei den Pflegekosten entlastet werden. Die so eingesparten Mittel könnten von den Ländern genutzt werden, um ihren Infrastrukturverpflichtungen gemäß § 9 SGB XI wieder stärker nachzukommen.

Die Pflegekosten fallen für jeden Leistungsbezieher (unabhängig vom Ort des Wohnens) an und sollen – nach Schaffung sektorenfreier Versorgungsstrukturen – wohnortunabhängig gleichbehandelt werden. Allerdings ist die Abgrenzung der Pflegekosten zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung in den derzeitigen Sektoren nicht einheitlich geregelt. Die Einrichtung sektorenfreier Versorgungsstrukturen setzt hier aber *Vereinheitlichungen* voraus. Dies gilt ebenfalls für die Grenzlinie zwischen SGB XI- und SGB V-Leistungen, die derzeit ebenfalls sektorenspezifisch unterschiedlich gezogen ist.

Der hier vorgestellte Reformvorschlag beruht auf zwei Reformlinien, dem Sockel-Spitze-Tausch als Kernelement einer Finanzreform (Abschnitt 2.2) und der Schaffung sektorenfreier Versorgungsstrukturen als Kernelement der Strukturreform (Abschnitt 2.3), sowie dem darauf aufbauenden Vorschlag für eine institutionelle Ausgestaltung (Abschnitt 2.4). Voraussetzung hierfür ist die einheitliche Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege / häuslichen Krankenpflege und die Überwindung der diesbezüglichen heute noch bestehenden sektoralen Unterschiedlichkeit. Diese Voraussetzung wird daher zunächst in Abschnitt 2.1 thematisiert.

2.1 Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege als Vorbedingung der Finanz- und Strukturreform

In der aktuellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung werden Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sektorenspezifisch unterschiedlich finanziert: Für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege werden diese Leistungen als „häusliche Krankenpflege“ gemäß § 37 SGB V interventionsbezogen von der Krankenkasse getragen. In vollstationärer Pflege besteht

dieser Anspruch dagegen nicht. Wechselt ein Pflegebedürftiger von häuslicher in vollstationäre Pflege, geht sein Anspruch auf häusliche Krankenpflege gegenüber seiner Krankenkasse somit verloren, und die entsprechenden Leistungen sind als „medizinische Behandlungspflege“ Teil der von der Pflegeversicherung gewährten pauschalen Leistungsbeträge gemäß § 43 SGB XI. Da diese Leistungssätze aber regelmäßig weit unterhalb der in Rechnung gestellten pflegebedingten Aufwendungen liegen (vgl. Tabelle 3 auf Seite 18), trägt der Pflegebedürftige in stationärer Versorgung die Kosten der medizinischen Behandlungspflege de facto selbst und es kommt so zu einer nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlung von Pflegebedürftigen in häuslichem und stationärem Setting.

Diese im 1. SGB XI-Änderungsgesetz vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) getroffene Regelung war zunächst bis zum Jahr 1999 befristet und mit einem ausdrücklichen Prüfauftrag versehen. Im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626), im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) und im Verwaltungsvereinfachungsgesetz vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) wurde sie jeweils – wiederum mit Prüfauftrag – verlängert, ehe sie im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) ohne materielle Prüfung für dauerhaft erklärt wurde. Im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I, S. 2394) wurde nun festgelegt, dass bis zu 13.000 Pflegekräfte in Pflegeheimen aus Mitteln der GKV finanziert werden sollen, damit „der Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege besser berücksichtigt“ wird (PpSG-Entwurf, S. 2). Damit wird de facto auch vom Gesetzgeber anerkannt, dass die Regelung zur Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege korrigiert werden muss. Allerdings konnten sich die Koalitionspartner (noch) nicht zu einer sachlich angezeigten, sektorenübergreifenden und einheitlichen Regelung der Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege aus einer Hand unabhängig vom Ort der Leistungserbringung durchringen. Stattdessen wurden zur Erbringung der medizinischen Behandlungspflege in Heimen Stellen für Pflegekräfte aus Mitteln der GKV geschaffen – die bisher jedoch nur schleppend besetzt werden können.

Sinnvoller ist dagegen eine *sektorübergreifende Regelung*, die die Ungleichbehandlungen und die daraus resultierenden Ungerechtigkeiten beendet und damit zugleich ein Hindernis für die Schaffung einer sektorenfreien Versorgung beseitigt. Zu fragen bleibt dann, wo die Finanzierungskompetenz für diese Leistungen der Behandlungspflege angesiedelt sein soll (Abschnitt 2.1.1) und wie eine Umfinanzierung technisch erfolgen kann (Abschnitt 2.1.2).

2.1.1 Sachgerechte Zuordnung medizinisch-pflegerischer Leistungen

Eine Vereinheitlichung der Finanzierungskompetenz kann grundsätzlich in beide Richtungen erfolgen: entweder indem die Finanzierung sektorenübergreifend in der Kranken- oder in der Pflegeversicherung erfolgt. Systematisch kann die medizinische Behandlungspflege dem

Bereich „cure“ und nicht dem Bereich „care“ zugerechnet werden (Hoberg, Klie und Künzel 2013). Nur wenn die Finanzierungskompetenz in die Krankenversicherung verlagert wird, kann es zudem zu einer Entlastung der Pflegebedürftigen kommen und so der Anstieg der Eigenanteile an dieser Stelle begrenzt werden. Aus diesen Gründen wird nachfolgend nur die Option einer einheitlichen, sektorenübergreifenden Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege *durch die Krankenversicherung* weiterverfolgt.

Bei der Bezifferung von Leistungen und Kosten der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen kann nicht auf präzise Werte zurückgegriffen werden, da eben gerade keine Einzelabrechnung dieser Leistungen erfolgt und vertrauenswürdigen Abrechnungsdaten der Kassen somit nicht als direkter empirischer Bezugspunkt benutzt werden können. Nach den zur Verfügung stehenden Studien und Berechnungen beläuft sich der Gegenwert der medizinischen Behandlungspflege im stationären Sektor auf derzeit einen ungefähren finanziellen Gegenwert von 2,5 Mrd. Euro (vgl. hierzu auch Rothgang/Müller 2013) aus.

Diese Kosten müssen bei einer einheitlichen Finanzierung aus den Pflegesätzen der stationären Versorgung herausgelöst und stattdessen direkt gegen die Krankenkassen abgerechnet werden. Faktisch sinken also die Pflegesätze und damit in gleichem Maße auch die EEE der Pflegebedürftigen, und das Kollektiv der stationär versorgten Pflegebedürftigen wird um 2,5 Mrd. Euro entlastet. Im Gegenzug erhöhen sich die Ausgaben der Krankenkassen entsprechend. Das ist in der aktuellen Einnahme- und Rücklagesituation vergleichsweise unproblematisch, kann mittelfristig aber zu Beitragssatzanpassungen führen, womit Lasten von den Pflegebedürftigen zu den Krankenversicherten umverteilt werden.

2.1.2 Möglichkeiten der Abrechnung

Grundsätzlich kann die Abrechnung der Einrichtungen gegen die Krankenkassen auf drei Wegen erfolgen, durch

1. eine Kopfpauschale, die aus dem Gesundheitsfonds direkt an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bezahlt wird und somit den Einrichtungen keinerlei Verwaltungsaufwand bereitet,
2. eine Pauschale in Abhängigkeit vom Grad der Pflegebedürftigkeit des Bewohners, ausgedrückt z. B. durch dessen Pflegegrad, was würde eine monatliche Rechnungsstellung für jeden Bewohner gegen den Gesundheitsfonds erfordern würde oder
3. eine leistungsbezogene Individualabrechnung analog der Gesundheitsversorgung für ambulant versorgte Pflegebedürftige – und alle weiteren Krankenversicherten.

Pauschallösungen bieten dabei den Vorteil geringerer Verwaltungskosten, was insbesondere deshalb von Bedeutung ist, weil die Individualabrechnung wie sie aus dem ambulanten Bereich bekannt ist aufgrund mangelnder Standardisierung und verschiedenster EDV-Lösun-

gen derzeit sehr aufwändig ist. In einer sektorenfreien Welt ist eine leistungsbezogenen Individualabrechnung – möglicherweise aber in zusammengefassten Leistungskomplexen – allerdings letztlich alternativlos, da in dieser Welt alle Leistungen modularisiert angeboten werden und die vollstationäre Pflege als leistungs- und ordnungsrechtliche Kategorie abgeschafft ist, so dass der notwendige Anknüpfungspunkt für eine pauschale Abrechnung fehlt.

2.2 Der Sockel-Spitze-Tausch als Kernelement einer Finanzreform

Zur Kompensation von Einschränkungen der Selbständigkeit sind bei Pflegebedürftigkeit personelle Hilfen erforderlich, die – zusätzlich zu den üblichen Kosten des Lebensunterhaltes – erhebliche weitere Kosten verursachen. Hierbei handelt es sich also um pflegebedingte Kosten, die ohne eine Pflegebedürftigkeit nicht anfielen. Dabei ist die Höhe dieser Kosten durch zwei Dimensionen bestimmt. Erstens die Kosten pro Periode, deren Höhe vom Umfang der Selbständigkeitseinschränkungen abhängig. Je stärker diese Einschränkungen sind, desto höher sind auch die laufenden Unterstützungsbedarfe und die damit verbundenen Kosten. Pro Zahlungsperiode – üblicherweise wird hier der Kalendermonat als Bezugszeitraum gewählt – entstehen also Kosten in jeweils ex ante unbekannter Höhe. Zweitens müssen diese unbekanntes Kosten pro Periode über einen ebenfalls unbekanntes Zeitraum hinweg gezahlt werden – in den meisten Fällen über die gesamte verbleibende Lebensdauer des Pflegebedürftigen. Dieses Kostenrisiko ist insbesondere relevant, wenn die Kosten pro Periode das verfügbare Einkommen übersteigen und deshalb durch Vermögensverzehr finanziert werden müssen. Das grundsätzliche Kostenrisiko ist also *zweidimensional*, da die Kosten weder in der Höhe pro Periode noch in der Anzahl der Perioden beschränkt ist.

In der aktuellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung werden Pflegebedürftige vor diesem doppelten Finanzrisiko *nicht* geschützt, da die Versicherungsleistungen zwar in der Dauer unbegrenzt gewährt werden, in der Höhe aber durch Pauschalen begrenzt sind. Jegliche Steigerung der Pflegesätze – etwa aufgrund von Tarif- und/oder Personalmengensteigerungen in den Pflegeeinrichtungen gehen daher zu 100 % zu Lasten der Eigenanteile (Abbildung 3).

Im Heimsektor zeigen sich die Folgen dieser Finanzierungform in Form hoher und steigender Eigenanteile bei den Pflegevergütungen gemäß § 82 Abs. 1 Satz 1 Ziffer 1 SGB XI (vgl. Tabelle 2 auf Seite 17), die die Einkommen der Pflegebedürftigen häufig übersteigen und dann durch Vermögensverzehr finanziert werden müssen. Bei lang andauernder Pflegebedürftigkeit, besteht dann die Gefahr, dass auch das Vermögen nicht mehr ausreicht, diese Lücke zu schließen und die Pflegebedürftigen auf Sozialhilfe angewiesen sind – obwohl die Pflegeversicherung eingeführt wurde, um eben diese pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit zu verhindern.

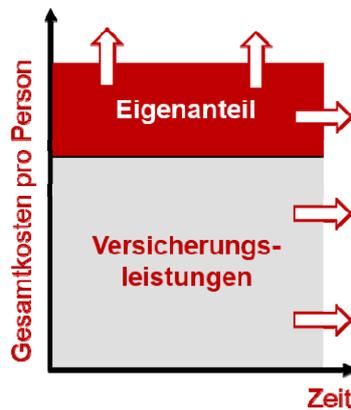


Abbildung 3: Aufteilung der Kosten und Risiken im Status quo

In ihrer jetzigen Ausgestaltung ist die Pflegeversicherung somit ungeeignet, den Eigenanspruch einer Lebensstandardabsicherung zu erfüllen. Um diesen Anspruch zu erfüllen, müssen vielmehr beide Risikodimensionen begrenzt werden. Gewähr hierfür bietet der „Sockel-Spitze-Tausch“. Nachfolgend wird zunächst die Mechanik des Sockel-Spitze-Tauschs dargestellt (2.2.1). Welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit der Sockel-Spitze-Tausch möglich ist, wird in Abschnitt (2.2.2) thematisiert. Darauf aufbauend werden Ausgestaltungsfragen dieser Reformmaßnahme diskutiert (2.2.3).

2.2.1 Mechanik des Sockel-Spitze-Tauschs

Zur Bearbeitung des Risikos, das durch die unbekannte Höhe der periodischen Eigenanteilszahlungen entsteht, werden im ersten Schritt die begrenzten Versicherungsleistungen und die unbegrenzten Eigenanteilshöhen der heutigen Ausgestaltung der Pflegeversicherung gegeneinander ausgetauscht (Abbildung 4).

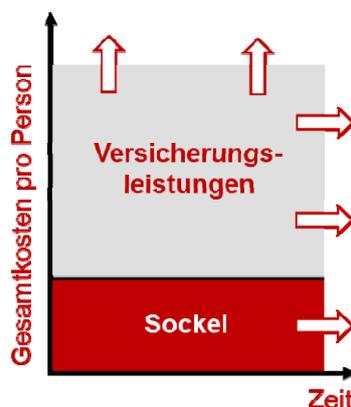


Abbildung 4: Kostenaufteilung und -risiken nach dem Sockel-Spitze-Tausch

Es entsteht für die Pflegebedürftigen ein begrenzter und über Zeit stabiler Eigenanteilssockel, der nur noch das Risiko der Zahlungsdauer beinhaltet, während die Pflegeversiche-

rung die Kostenspitze in individueller bedarfsgerechter Höhe trägt und somit nun das zwei-dimensionale Risiko von den Pflegebedürftigen übernommen hat. Nach Festsetzung des Sockels (vgl. hierzu Abschnitt 2.2.3.2) werden dann alle Veränderungen der Pflegekosten – etwa durch steigende Personalkosten – von der Pflegeversicherung und nicht mehr von den Pflegebedürftigen getragen.

Um zusätzlich auch das Risiko, das durch die unbekannte Dauer der periodischen Eigenanteilszahlungen – also durch die Langlebigkeit des Pflegebedürftigen – entsteht, abzufangen, wird in einem zweiten Schritt eine zeitliche Begrenzung der Zahlungsdauer eingeführt (Abbildung 5). Nach der „Karenzzeit“ t^* trägt die Pflegeversicherung die bedarfsnotwendigen Pflegekosten dann in voller Höhe.

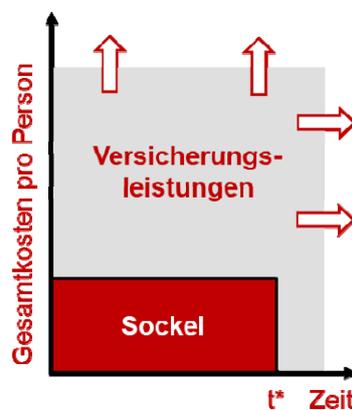


Abbildung 5: Kostenaufteilung und -risiken nach dem Sockel-Spitze-Tausch mit zeitlicher Begrenzung

Damit wird der Sockelbetrag zu einer festen Größe, für die durch Ansparen oder Abschluss einer privaten Versicherung vorgesorgt werden kann. Im Unterschied zu den heute üblichen Pfl egetagegeldversicherungen, bei denen ein fester Euro-Betrag versichert wird, von dem bei Vertragsabschluss – in der Regel mehrere Jahrzehnte vor Eintritt des Leistungsfalls – niemand sagen kann, ob er ausreichend oder sogar zu hoch ist, ist der Sockelbetrag fixiert und damit für Vorsorge gut zugänglich. Alle Risiken, die sich durch Unsicherheit über die zukünftigen Kostenentwicklungen in der Pflege ergeben, sind dagegen auf die Pflegeversicherung übergegangen.

2.2.2 Voraussetzungen des Sockel-Spitze-Tauschs: individuelle Bedarfsfeststellung

Die Durchführung des Sockel-Spitze Tauschs ist an eine zentrale Voraussetzung geknüpft: die *Bestimmung der bedarfsnotwendigen Pflegeleistungen*. In der derzeitigen Ausgestaltung verzichtet die Pflegeversicherung darauf, konkrete Versorgungsbedarfe zu definieren und stellt lediglich – nicht bedarfsdeckende – Zuschüsse zur Verfügung. Damit ist die Höhe der Versi-

cherungsleistungen durch die gesetzliche Fixierung der Pauschalen abschließend geklärt.⁴ Nach dem Sockel-Spitze-Tausch muss dagegen der Pflegebedarf individuell ermittelt werden, weil nur so die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung bestimmt werden können. Die rechtsverbindliche Feststellung der individuellen Versorgungsbedarfe, wie sie in vielen europäischen Ländern üblich und in Deutschland auch in der Krankenversicherung bekannt ist, ist daher Voraussetzung für den Sockel-Spitze-Tausch.

Grundlage der Bedarfsfeststellung sollten die 64 Items des Begutachtungsinstruments sein, mit deren Hilfe die eigenen Fähigkeiten der Pflegebedürftigen und ihre Bedarfe an personeller Unterstützung umfassend erfasst werden. Die einzelnen Items des BI sind dafür besonders geeignet, da sie neben psychischen Problemlagen auch kognitive und kommunikative Fähigkeiten in einer bisher nicht vergleichbaren Form beurteilen (Wingenfeld et al. 2011: 66). Auf dieser Basis kann – unter Zuhilfenahme des Modul- und Leistungskatalogs (vgl. Abschnitt 2.3.3.1) – eine Hilfebedarfsplanung durchgeführt werden, auf deren Basis unter Rückgriff auf die Modul- und Leistungspreise (vgl. Abschnitt 2.3.3.2) ein Budget ermittelt wird, das ausreicht, um die notwendigen Pflegeleistungen durch formelle Pflegekräfte erbringen zu lassen. Dieses Budget markiert den bedarfsnotwendigen Leistungsanspruch der pflegebedürftigen Person gegen die Pflegeversicherung.

Bei der Bestimmung des Budgets ist allerdings aus Effizienzgründen die Unterscheidung in *Individual- und Gruppenleistungen* zu beachten. Leistungen, die sinnvoll als Gruppenleistungen erbracht werden können, werden dabei nicht in vollem Umfang dem Budget jedes Einzelnen Pflegebedürftigen zugerechnet, sondern lediglich anteilig. Zwar hat jeder Pflegebedürftige das uneingeschränkte Recht seine Wohnform selbst zu bestimmen. Resultieren daraus aber Mehrkosten für die pflegerische Versorgung, so können diese nicht der Solidargemeinschaft aufgebürdet werden. Pflegebedürftige können die als Gruppenleistungen klassifizierten Versorgungsanteile also entweder in einer organisierten Form in Anspruch nehmen – sei es in einer organisierten Wohnform oder auch in einer Leistungsumgebung, die nicht die eigene Häuslichkeit ist. In diesem Fall werden diese bedarfsnotwendigen Kosten in voller Höhe übernommen. Alternativ können diese Leistungen auch als Einzelleistung in Anspruch genommen werden. Dann trägt die Versicherung aber nur den Anteil, der bei gemeinschaftlicher Inanspruchnahme auf den Einzelnen entfallen würde und die darüber hinaus gehenden Kostenanteile aufgrund der Individualversorgung müssen wiederum privat getragen werden.

⁴ Insofern die Leistungen der Pflegeversicherung nicht pauschaliert, sondern gedeckelt sind, erfolgt keine genaue Festlegung des Leistungsumfangs, wohl aber eine präzise Begrenzung.

Bei der Leistungszumessung wird also immer von der effizienteren Versorgungsform ausgegangen. Ist beispielsweise eine nächtliche Beaufsichtigung bedarfsnotwendig, kann diese grundsätzlich in einer organisierten Wohnform als Gruppenleistung erfolgen und ist daher bei einer häuslichen Wohnform nur anteilig zu berücksichtigen. Gleiches gilt etwa für eine pflegerische Betreuungsleistung, die ebenfalls in Gruppen erfolgen kann. Eine Konsequenz dieser Setzung ist, dass die Kosten für eine formelle Rund-um-die-Uhr-Beaufsichtigung im häuslichen Umfeld nur anteilig übernommen wird, insofern eine Beaufsichtigung in einer Gruppe möglich wäre.⁵ Für informelle Pflegepersonen ist dann dieser Anteil Grundlage zur Bestimmung des Pflegegeldes (s. Abschnitt 2.3.3.3).

Zur Bestimmung des anteiligen Leistungsanspruchs sind für Gruppenleistungen Setzungen für bedarfsangemessene Gruppengrößen zu bestimmen, die dann als Divisor der Gesamtkosten die zumessbaren Budgetwerte bestimmen. Dazu liegen in Einzelfällen Setzungen im Ordnungsrecht beispielsweise für die Nachtbetreuung vor, für andere Leistungsbereiche müssen hier zusätzliche fachliche Setzungen erfolgen. Da allerdings auch die bestehenden ordnungsrechtlichen Werte nicht auf wissenschaftlich validen Daten beruhen, werden auch hierzu neue Setzungen empfohlen, die bedarfsorientiert empirisch zu ermitteln sind.

2.2.3 Inhaltliche Ausgestaltung des Sockel-Spitze-Tauschs

Der Sockel-Spitze-Tausch ist ein offenes Konzept, das in unterschiedlicher Form ausgestaltet werden kann. Ausgestaltungsoptionen beziehen sich dabei insbesondere auf die Frage, welcher Teil der Pflegebedürftigen einen Sockelbetrag zahlen muss (Abschnitt 2.2.3.1), welche Höhe dieser Sockel haben soll (Abschnitt 2.2.3.2) und wie die Karenzzeit ausgestaltet werden soll (Abschnitt 2.2.3.3). Für die hier vorgenommenen Berechnungen wurde diesbezügliche Setzungen vorgenommen, die nachstehend erläutert werden.

2.2.3.1 Finanzierungspflicht für den Sockel

Der Sockel-Spitze-Tausch kann in segmentierten Versorgungsstrukturen durchgeführt werden. So wäre es etwa denkbar, einen Sockel-Spitze-Tausch auf den *stationären Sektor* zu begrenzen, in dem die Problematik der steigenden Eigenanteile derzeit sinnfällig sichtbar ist (Storm 2019). Möglich ist es auch, die Verpflichtung zur Zahlung eines Sockelbetrags auf die Pflegebedürftigen zu begrenzen, die *formelle Pflegeleistungen* in Anspruch nehmen (so Rothgang/Kalwitzki 2017). Hierbei könnten auch *nach Sektoren differenzierte Sockelbeträge* verwendet werden. Allerdings wird mit derartigen Ausgestaltungsoptionen die Sektorentrennung gefestigt, die in Abschnitt 1.2.2 als dysfunktional gekennzeichnet wurde. Nachfolgend

⁵⁵ Bei klassischen Leistungen der Hilfestellung beim Toilettengang in der Nacht, kann dagegen die Individualleistung *Hilfe bei der Ausscheidung* vergütet werden.

wird daher nur eine Version des Sockel-Spitze-Tauschs weiterverfolgt, die mit einer sektorenfreien Versorgungslandschaft kompatibel ist und einen *einheitlichen Sockel für alle Pflegebedürftigen* – unabhängig von der Wohnform und unabhängig vom Ausmaß der Einbeziehung formeller Pflegeangebote vorsieht. Der Sockelbetrag muss dann einheitlich von allen Pflegebedürftigen aufgebracht werden, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen.

Möglich ist dabei aber eine *regionale Differenzierung* – etwa auf Ebene der Bundesländer –, um unterschiedlichen regionalen Einkommens- und Preisstrukturen Rechnung zu tragen. So ist bei den Pflegesätzen und den daran gekoppelten Eigenanteilen heute ein signifikantes Gefälle von Nord-Ost nach Süd-West zu erkennen, das historisch in einem höheren Lohnniveau bei gleichzeitig höheren Personalausstattungen begründet ist. In dem Maße, in dem sich die Kostenunterschiede durch vermehrte Tarifbindung, Tarifangleichung und Angleichung der Personalmengen und -strukturen verringern, dürften sich auch die Preise für Pflegeleistungen angleichen. Eine dauerhafte Festschreibung regional differenzierter Eigenanteile würde daher auf Preisunterschieden beruhen, die sich im Zeitverlauf verringern dürften (vgl. hierzu auch Abschnitt 3.3). Langfristig ist daher ein bundeseinheitlicher Sockelbetrag anzustreben. Im Rahmen eines Konvergenzprozesses sind aber Übergangslösungen denkbar, die regionale Unterschiede zunächst aufnehmen und gleichzeitig einen sich über mehrere Jahre erstreckenden Annäherungsprozess festschreiben.

2.2.3.2 Höhe des Sockels

Die Höhe des Sockels kann politisch gesetzt werden. Sie sollte sich dabei in einem Intervall bewegen, das durch zwei „natürliche“ Endpunkte abgegrenzt wird. Der eine dieser Endpunkte liegt bei einem Sockelbetrag von null. Das entspricht der Zielsetzung, die bei Einführung der Pflegeversicherung als Durchschnittswert für das Teilleistungssystem angestrebt wurde (vgl. Abschnitt 1.1.1) inzwischen aber unter der Überschrift „Vollversicherung“ von einigen Wohlfahrtsverbänden, Parteien und Gewerkschaften gefordert wird (vgl. Rothgang/Domhoff 2019). Wenngleich dieser Endpunkt in Bezug auf die ursprüngliche Zielsetzung der Pflegeversicherung gut begründbar ist, wird er hier nicht weiterverfolgt, da davon ausgegangen wird, dass es politisch nicht möglich sein wird, das erreichte Niveau der Eigenanteile wieder zurückzudrehen. Der andere Endpunkt ist dann durch die Höhe der derzeit aufbrachten Eigenanteile bestimmt, da eine Reform, die zunächst die Eigenanteile erhöht, als politisch nicht vermittelbar angesehen werden muss. Nachfolgend wird für alle Berechnungen daher eine Sockelhöhe angesetzt, die sich durch Umrechnung der derzeitigen Eigenanteile für Pflegekosten in einen Sockelbetrag ergibt.

Die Umstellung auf einen so definierten fixen Eigenanteilssockel erfolgt durch eine summen-treue Umverteilung der zu einem beliebigen Umstellungszeitpunkt aktuellen Eigenanteilszahlungen. Hierzu wird unter Ansatz eines durchschnittlichen Eigenanteils in stationärer Ver-

sorgung sowie eines durchschnittlichen Eigenanteils in ambulanter Versorgung durch Multiplikation mit den jeweiligen sektorenspezifischen Fallzahlen eine Gesamteigenanteilshöhe errechnet, die danach gleichmäßig auf alle Leistungsempfänger aufgeteilt den Sockelbetrag bildet. Der Sockel wird also für die Pflegeversicherung ausgabenneutral umgestellt.

Ausgehend von

- einem durchschnittlichen EEE zum Ende des Jahres 2018 von 662 Euro bei vollstationärer Pflege (Tabelle 3),
- durchschnittlich selbstgetragenen Pflegeaufwendungen von 200 Euro in ambulanter Pflege⁶ sowie
- einem Anteilswert von 23,2 % der Pflegebedürftigen, die in stationärer Pflege, und 76,8 % der Pflegebedürftigen, die in ambulanter Pflege ambulante Sachleistungen und/oder Pflegegeld beziehen (BMG 2019g),⁷

ergibt sich ein monatlicher Eigenanteil von 272 Euro, der von Pflegebedürftigen durchschnittlich getragen wird. Bei einer ausgabenneutralen Umstellung entspricht das dem Sockelbetrag, mit unendlicher Karenzzeit, wenn also alle Pflegebedürftigen diesen Sockel tragen müssen, solange sie pflegebedürftig sind. Bei Einführung einer echten Karenzzeit zur Vollversicherung, erhöht sich der Sockelbetrag entsprechend (siehe Abschnitt 2.2.3.3).

2.2.3.3 Länge der Karenzzeit

Die Berechnung der erforderlichen Sockelhöhe mit Zeitbegrenzung erfolgt wiederum durch eine summentreue Umverteilung, diesmal allerdings über die Zeit. Bezugspunkt sind hierbei auf kollektiver Ebene die von einer Pflegebedürftigenzugangskohorte im Zeitraum ihres Leistungsbezugs insgesamt zu erbringenden Eigenanteilszahlungen. Dieser Gesamtzahlungsbeitrag entspricht im linken Teil der Abbildung 6 der Fläche unterhalb der dargestellten Kurve, die sich als Produkt der Überlebenskurve der Pflegebedürftigenkohorte mit den angesetzten durchschnittlichen Eigenanteilszahlungen für Pflegeaufwendungen ergibt.

Der Verlauf der Kurve zeigt an, wieviel Eigenanteil kollektiv zu jedem Zeitpunkt erbracht wird, wobei die Werte im Zeitverlauf sinken, da immer weniger Pflegebedürftige überleben – und somit einen Eigenanteil zu leisten haben. Wenn die Fläche unterhalb der Kurve der Ge-

⁶ Die Höhe der selbstgetragenen Pflegeaufwendungen in ambulanter Pflege ist in der Pflegestatistik nicht erfasst und muss daher geschätzt werden. In einer Repräsentativbefragung (Stand 2016) wurden die regelmäßig privat getragenen Kosten, die im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit entstehen, auf durchschnittlich 269 Euro geschätzt (Schneekloth et al. 2017: 158f.). Hielscher et al. (2017: 76) berichten sogar einen Gesamtaufwand von 362 Euro, allerdings für formelle und informelle Helfer sowie weitere Kosten. Da die Abgrenzung der bedarfsnotwendigen Pflegekosten zu anderen Kosten in den Befragungen unscharf bleibt, wird hier mit einem etwas niedrigeren Wert von monatlich 200 Euro gerechnet.

⁷ Die Pflegebedürftigen, die Leistungen nach § 43a SGB XI beziehen, wurden hierbei nicht berücksichtigt.

samteigenanteilszahlung entspricht, kann dieser Betrag zu jedem beliebigen Zeitpunkt t^* in einen bereits gezahlten und einen noch zu zahlenden Teil zerschnitten werden. Wird der noch zu zahlende Teil summentreu auf den bereits gezahlten Teil aufgeschlagen (mittlerer Teil der Abbildung 6), so wird das Risiko der Langlebigkeit – hier also der Teil der Eigenanteile, die von wenigen Überlebenden zu entrichten sind – auf die größere Menge der Pflegebedürftigen verlagert. Hieraus entsteht dann eine zeitlich beschränkte Eigenanteilszahlung, deren Höhe oberhalb der heutigen durchschnittlichen Eigenanteile liegt (rechter Teil der Abbildung 6).

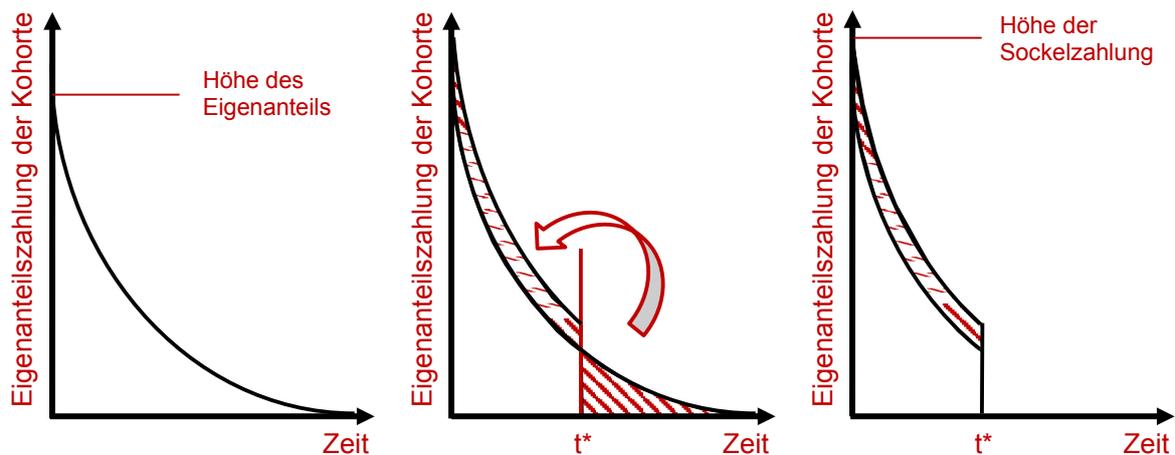


Abbildung 6: Zeitliche Begrenzung der Sockelzahlung

Entscheidender Parameter für die Differenz zwischen der Ausgangshöhe des Eigenanteils und der resultierenden Sockelhöhe ist hierbei die *Überlebensdauer* der pflegebedürftigen Leistungsempfänger, deren Verlauf durch die Setzung von t^* aufgeteilt wird. Je kürzer die Karenzzeit bis zum Zeitpunkt t^* ist, desto weniger der Gesamteigenanteilszahlungen sind bereits erfolgt, desto größer ist also der Anteil der Eigenanteilszahlung, der bei einer summentreuen Umverteilung vorgeholt werden muss.

Für eine Parametrisierung wird auf die Überlebenskurve der Zugangskohorte 2012 der BARMER zurückgegriffen. Für die ersten 60 Monate nach Auftreten der Pflegebedürftigkeit konnten dabei die – im Zeitverlauf zunehmenden – monatlichen Überlebensraten verwendet werden. Ab dem 60. Monate liegen diese dann relativ konstant bei 98,2 % pro Monat. Für den Zeitraum ab dem 60. Monat wurde daher der weitere Verlauf unter Zugrundelegung dieser Rate modelliert. Abbildung 7 zeigt die resultierende Überlebenskurve.

Wie die Abbildung zeigt, ist nach gut einem halben Jahr bereits etwa ein Drittel der Pflegebedürftigen gestorben, nach vier Jahren dann insgesamt zwei Drittel, aber auch nach 15 Jahren leben noch 4 % der Zugangskohorte. Je nach Festlegung der Karenzzeit profitiert ein unterschiedlicher Anteil der Zugangskohorte von der dann erfolgenden Vollversicherung.

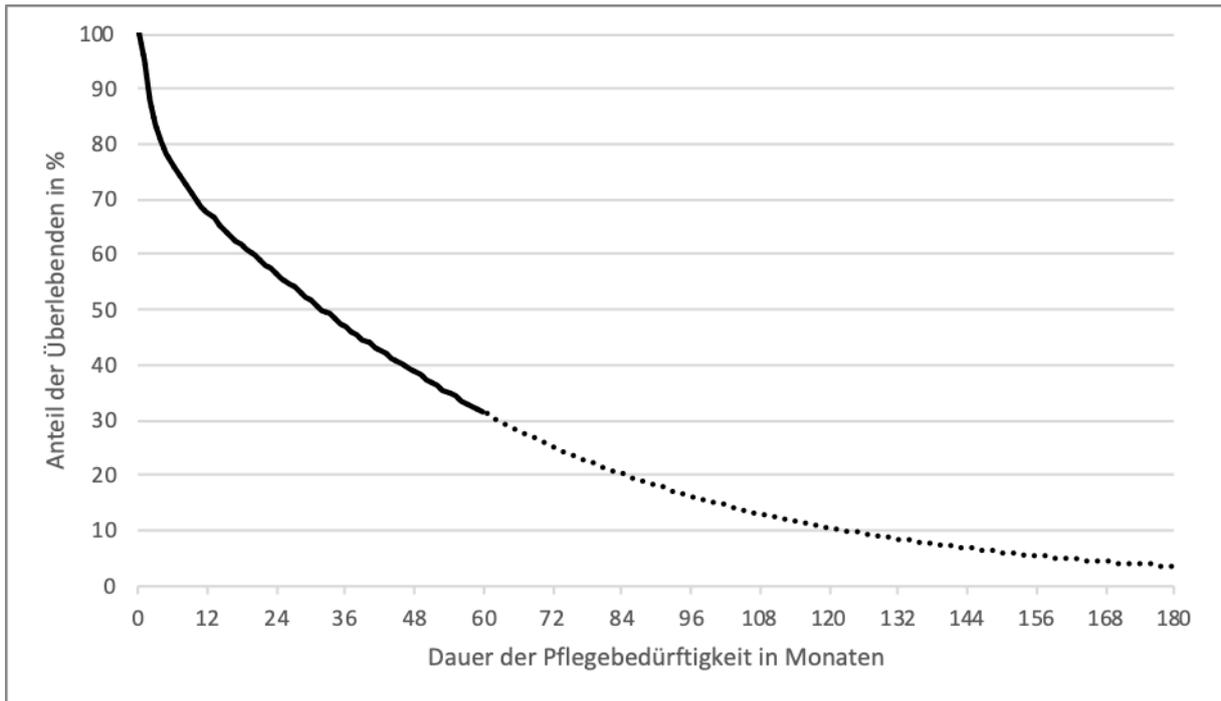


Abbildung 7: Anteil der Überlebenden einer Zugangskohorte in den ersten 15 Jahren

Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf der Zugangskohorte 2012 der BARMER, extrapoliert mit den monatlichen Überlebenswahrscheinlichkeiten.

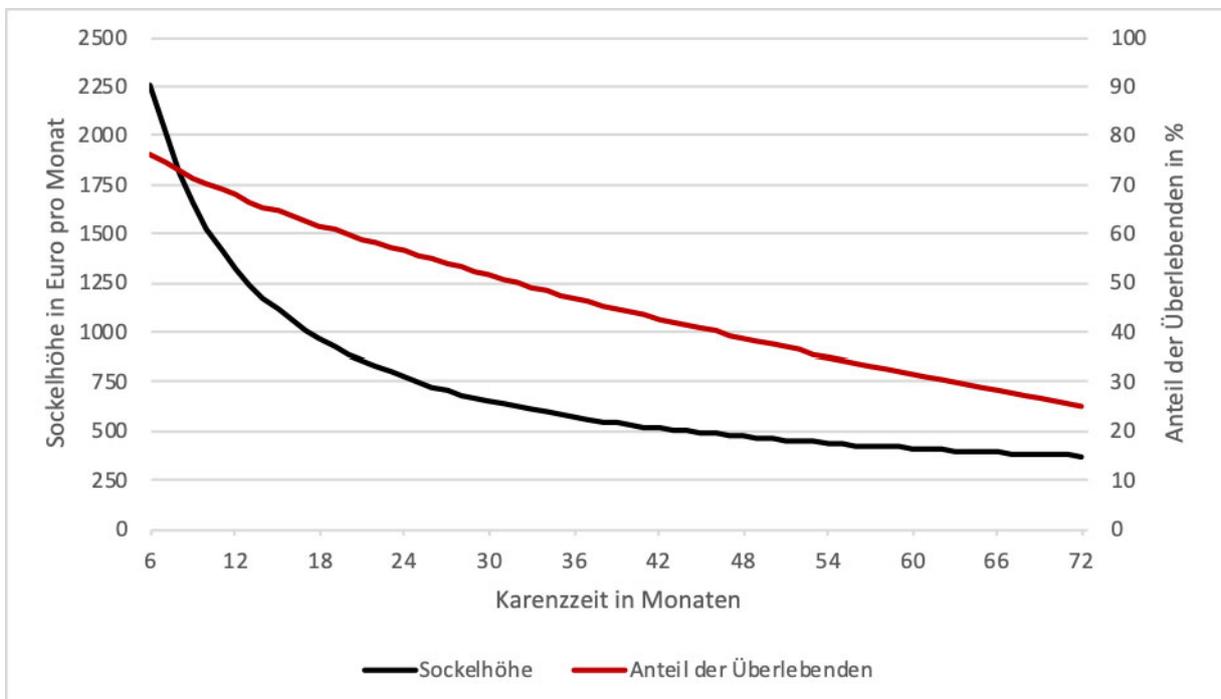


Abbildung 8: Sockelbetrag und Anteil der Überlebenden einer Zugangskohorte nach Karenzzeit

Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf den Werten der Abbildung 7.

Abbildung 8 zeigt nun für alle Karenzzeiten zwischen $t^* = 6$ Monate bis $t^* = 72$ Monate welche Sockelbeträge sich ergeben (schwarze Linie) und welcher Anteil der Zugangskohorte zu diesem Zeitpunkt noch lebt (rote Linie). Soll der Sockelbetrag auf 500 Euro begrenzt werden, ist eine Karenzzeit von mindestens 3,5 Jahre notwendig. Umgekehrt kann überlegt werden, welcher Anteil der Pflegebedürftigen von der Einführung der Vollversicherung nach Ablauf der Karenzzeit profitieren soll. Wird dieser Anteil auf mindestens ein Drittel festgesetzt, ergibt sich eine Dauer von höchstens 56 Monaten. In den hier vorgenommenen Berechnungen wird im Folgenden von einer Karenzzeit von 48 Monaten und einem zugehöriger Sockelbetrag von monatlich 471 Euro ausgegangen. Von dieser Karenzzeit würden knapp 39 % der Zugangskohorte profitieren.

2.3 Schaffung einer sektorenfreien Versorgung als Kernelement einer Strukturreform

Bei Einführung der Pflegeversicherung wurde die aus dem Krankenversicherungsrecht bekannte Zweiteilung in ambulanten und stationären Sektor auch auf die Pflegeversicherung übertragen und diese Dichotomie leistungs-, leistungserbringungs- und ordnungsrechtlich festgeschrieben. Auch im Krankenversicherungsbereich gilt die so begründete Fragmentierung als eines der Kernprobleme des deutschen Gesundheitssystems und bei der Langzeitpflege wirkt sie nicht nur innovationshemmend (Abschnitt 1.2), sondern bringt auch Versorgungsformen hervor, bei denen erhebliche Mehrausgaben der Sozialversicherung resultieren, ohne dass die Pflegequalität besser ist (Rothgang/Müller 2019).

Für die Langzeitpflege ist – im Unterschied zur Krankenversorgung – zusätzlich zu beachten, dass viele der Leistungen sowohl durch Laien als auch durch Profis erbracht werden können, was daran abgelesen werden kann, dass rund die Hälfte aller Pflegebedürftigen ausschließlich durch Laien, ohne Beteiligung von Pflegediensten gepflegt werden. Das Laienpflegepotential wird aber in der Regel nicht mehr genutzt, sobald der Pflegebedürftige in eine stationäre Pflegeeinrichtung einzieht. Die vielfach in häuslicher Umgebung bewährten zivilgesellschaftlichen Hilfs- und Unterstützungsnetzwerke gehen durch den Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung verloren. Hierdurch entstehen zusätzliche kostenwirksame Bedarfe an professionellem Pflegepersonal, die je nach Finanzierungsmodell die Pflegebedürftigen und/oder die Pflegeversicherung finanziell belasten und angesichts des Pflegekräftemangels auch personell nur schwer darstellbar sind. Wie in Modellprojekten schon gezeigt werden konnte (Pfister 2018), kann eine Öffnung stationärer Pflegeheime hier zu einer merklichen Entlastung führen.

Nachstehend wird daher zunächst die Zielvision einer sektorenfreien Versorgung skizziert (Abschnitt 2.3.1), um dann die dazu notwendigen Voraussetzungen (Abschnitt 2.3.2) zu benennen und die zugehörigen Ausgestaltungsoptionen zu diskutieren (Abschnitt 2.3.3).

2.3.1 Zielvision einer sektorenfreien Versorgungsstruktur

Zentrale Zukunftsaufgabe ist es, im Rahmen des individuellen Wohnsettings ein individualisiertes Pflegearrangement für jeden Pflegebedürftigen zu organisieren, in dessen Rahmen formelle und informelle Pflege optimal zusammenwirken. In einer sektorenfreien Versorgungslandschaft ist die zentrale Frage nicht mehr *wo* eine Pflegeleistung erbracht wird, sondern *durch wen*. Ziel muss es sein, entsprechend der individuellen Bedarfslage und der individuellen Präferenzen ein je spezifisches Pflegearrangement zu ermöglichen, das formelle und informelle Pflege einbeziehen kann.

Ausgangspunkt der sektorenübergreifenden Versorgung ist daher eine Neuorganisation des Leistungsgeschehens entlang der Grenzlinie *Wohnen* und *Pflegen*. Die Wohnarrangements werden dabei von den Pflegebedürftigen frei gewählt und selbst finanziert. In allen Wohnsettings kann Pflege dann von formellen und informellen Pflegepersonen erbracht werden. Damit wird nicht nur die Trennlinie ambulant und stationär aufgelöst, vielmehr werden auch teilstationäre Angebote als eigenständige Leistungsart überflüssig, da sie nichts anderes sind als Pflege- und Betreuungsangebote an einem bestimmten Ort.

Der grundlegende Vorteil dieser Vision ist, dass ein Raum entsteht, in dem kreative innovative Versorgungsangebote ermöglicht werden, und die Versorgungsstrukturen nicht mehr in erster Linie durch die ordnungsrechtlichen Einschränkungen der sektoralen Anforderungen strukturiert werden. Dafür sind Voraussetzungen zu schaffen, die in einem ersten Schritt die Bedarfsfeststellung neuorganisiert und -strukturiert und die in einem zweiten Schritt die Leistungen bedarfsgerecht zuordnet.

2.3.2 Voraussetzungen einer sektorenfreien Versorgungsstruktur

Um eine sektorenfreie Versorgung zu schaffen und damit individualisierte Pflegearrangements zu ermöglichen, in denen die jeweiligen zivilgesellschaftlichen Ressourcen der Pflegebedürftigen integrierbar sind, müssen einige Voraussetzungen gegeben sein.

Zunächst müssen alle Pflegeleistungen modularisiert werden, da nur so eine sektorenfreie Leistungserbringung auch entsprechend vergütet werden kann. Die Schaffung eines umfassenden, *sektorenfreien Modul- und Leistungskatalogs* ist daher eine unverzichtbare Voraussetzung. Diese Leistungen müssen, zweitens, abgerechnet werden können. Dazu notwendig ist daher ein *System zur Verpreisung* dieser Leistungen. Die so ermittelten Preise können auch genutzt werden kann, um aus den individuellen Bedarfsfeststellungen Individualbudgets zu errechnen (vgl. Abschnitt 2.2.2). Da zivilgesellschaftliche Akteure, insbesondere, aber

nicht ausschließlich An- und Zugehörige, Pflegeleistungen übernehmen sollen, ist es, drittens, notwendig festzulegen, wie diese Leistungen vergolten werden sollen. Dies erfordert die *Weiterentwicklung des Pflegegeldes*. Die Zielvision einer sektorenfreien Versorgung ist also durchaus voraussetzungsvoll.

2.3.3 Inhaltliche Ausgestaltungsoptionen für eine sektorenfreie Versorgungsstruktur

Zur Realisierung der vorstehend genannten Voraussetzungen sind vielfältige Ausgestaltungsmöglichkeiten denkbar. Die in den nachfolgenden Abschnitten 2.3.3.1 bis 2.3.3.3 dargestellten Optionen sind dabei *eine* mögliche Ausformung, andere sind denkbar und – bei Einführung einer sektorenfreien Versorgung – auf ihre jeweilige Vorteilhaftigkeit hin zu untersuchen. Die nachstehenden Vorschläge sollen lediglich beweisen, dass das Reformkonzept grundsätzlich umsetzbar ist. Sie sind somit als „proof of concept“ anzusehen, also als erster Schritt einer Konzeptplanung. In Abschnitt 2.3.3.3 werden allerdings Setzungen vorgenommen werden, die auch in die Modellrechnungen des Abschnittes 3.2 eingehen.

2.3.3.1 Modularisierung der Pflegeleistungen

Bislang beinhaltet der Versorgungsvertrag in einem Pflegeheim, dass dort alle notwendigen pflegerischen Maßnahmen vom Heimpersonal erbracht werden. Soll die Möglichkeit geschaffen werden, dass diese Leistungen zum Teil auch von An- und Zugehörigen oder – allgemeiner gesprochen – von der Zivilgesellschaft erbracht werden können, müssen diese Leistungen modularisiert werden. Dabei müssen die Module hinreichend groß sein, um Abgrenzungsprobleme zu minimieren. Andererseits muss die Granulation des Leistungsgeschehens so fein sein, dass eine Übernahme genau umrissener Leistungsteile durch zivilgesellschaftliche Akteure auch in kleinerem Umfang praktikabel ist.

Da die Sektorentrennung aufgehoben werden soll, sind diese Module zudem so zu konzipieren, dass sie in verschiedenen Wohnsettings einheitlich angeboten werden können. Es erfolgt also bei einem homogenisierten Leistungsgeschehen eine Entkopplung von Wohnen und Pflege, wodurch nach wie vor zwei Leistungsbereiche (jetzt: Pflege und Wohnen) vorhanden sind, diese sind jedoch nicht mehr sektoral alternativ, sondern komplementär.

Durch diese Neuorganisation des Leistungsgeschehens entlang der Grenzlinie von Wohnen und Pflege wird es dann möglich, die bisher bestehende Vollversorgungspflicht in (vormals) stationären Einrichtungen aufzuheben und es wird die Voraussetzung dafür geschaffen, die Leistungen der Zivilgesellschaft in das individuelle Pflegearrangement mitaufzunehmen. Diese können nun sowohl in rein privaten Wohn-Settings, in organisierten Settings – wie beispielsweise in WGs – oder in institutionalisierten Settings aktiv an der Versorgung teilnehmen. Dabei wird konsequenterweise auch ein Teil der heute hauswirtschaftlichen Leistungen entlang der Wohnen/Pflege-Trennung neu zugeordnet. Diese gehen – sofern sie

aufgrund der Pflegebedürftigkeit bedarfsnotwendig sind, in die individuelle Leistungszumessung ein und werden somit zu Leistungen der Pflegeversicherung. Dies betrifft vor allem Anteile, die heute im Rahmen der stationären Zahlungen für Unterkunft und Verpflegung privat zu tragen sind, zukünftig aber in der individuellen Leistungsmenge enthalten sind – wodurch eine finanzielle Entlastung der heute stationär versorgten Personen erreicht werden kann. Letztlich ist es also erforderlich, einen abschließenden Modul- und Leistungskatalog auszuarbeiten, in dem alle Leistungen, die im Rahmen einer Leistungszumessung als bedarfsgerecht im Sinne der Pflegeversicherung gelten können, überschneidungsfrei abgebildet sind. Der Modul- und Leistungskatalog ist nicht nur erforderlich, um das Leistungsgeschehen oberhalb der bisherigen Dichotomie von ambulanten Einzelleistungen und stationärer Vollversorgung zu homogenisieren, um so eine Leistungsgewährung unabhängig vom Ort der Leistungserbringung und eine Übernahme von Pflegetätigkeiten durch die Zivilgesellschaft in jedem Wohnsetting zu ermöglichen. Er ist vielmehr auch zur Erstellung eines Leistungsplanes notwendig, der alle personellen Unterstützungsleistungen, die aufgrund von Pflegebedürftigkeit erforderlich werden, abbildet.

Für einen Leistungskatalog der zur Erstellung einer individuellen Pflegeplanung wohnortunabhängig genutzt werden kann, ergeben sich dabei folgende Anforderungen:

- Die Definition der Leistungen muss unabhängig vom Ort der Leistungserbringung erfolgen.
- Der Katalog muss umfassend sein und alle Leistungen, die im Bereich des SGB XI übernommen werden können, einschließen.
- Für den Bereich der Langzeitpflege müssen die Leistungen so definiert sein, dass sie – mit Ausnahme von Steuerungs- und Regieleistungen – sowohl von professionellen Pflegekräften, als auch von Laienkräften – unter spezifischer Schulung oder laufender Anleitung – erbracht werden können. Entsprechend muss ein Modul enthalten sein, das Leistungen beinhaltet, die zur Steuerung der Pflege erforderlich sind.
- Individual- und Gruppenleistungen müssen unterschieden werden, da die Finanzierung von Gruppenleistungen nur anteilig erfolgen soll (vgl. Abschnitt 2.2.2).
- Der Modul- und Leistungskatalog muss praktikabel sein und die Anreize für die Leistungsübernahme durch die Zivilgesellschaft stärken.
- Medizinisch-therapeutische und medizinisch-diagnostische Leistungen, die im Bereich des SGB V übernommen werden können, müssen als separates Modul ausgewiesen werden.

Ein fein granulierter Leistungskatalog wird im deutschen Kontext vor allem im ambulanten Leistungsbereich dahingehend kritisiert, dass die pflegerische Versorgung im Hinblick auf einzelne Leistungskomplexe zu starr und unflexibel sei und die Ganzheitlichkeit hinsichtlich

des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes nicht berücksichtigt werde. Dieses Argument ist grundsätzlich nachvollziehbar. Dennoch wird an einem fein gegliederten Leistungskatalog festgehalten, da die notwendige Flexibilität im vorliegenden Reformkonzept durch die Durchführung eines individuellen Case-Managements in Absprache mit den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen und letztendlich durch die freie Wahl der Leistungen des Pflegebedürftigen im Rahmen seines Budgets gewährleistet werden kann.

Nachdem in Abschnitt 2.3.3.1.1 dargelegt wird wie der als „proof of concept“ entwickelte Modul- und Leistungskatalog hergeleitet wurde, wird er in Abschnitt 2.3.3.1.2 überblickartig vorgestellt. Weitere Details zu seiner Ableitung sind dem Anhang zu entnehmen.

2.3.3.1.1 Theoretische Herleitung eines Modul- und Leistungskataloges

Zur wissenschaftlichen Herleitung eines Modul- und Leistungskataloges hat sich Recherche der internationalen Literatur als nicht zielführend erwiesen. Hauptursache hierfür ist, dass eine Leistungssystematik, die Tätigkeiten fein granuliert, um so einen Anreiz zur zivilgesellschaftlichen Übernahme zu schaffen, in anderen Ländern nicht vorgesehen ist. Die Ausgestaltung von Einzelinterventionen ist in dieser Form in den untersuchten Ländern nicht etabliert. Für die Erstellung des Leistungskataloges wurden daher neben der pflegfachlichen Literatur insbesondere bestehende Leistungskataloge berücksichtigt, die das vollständige Leistungsgeschehen beschreiben und die Ganzheitlichkeit der pflegerischen Versorgung abbilden. Die Möglichkeit bei der Preissetzung der Leistungen den Pflegeaufwand anhand der Item-Bewertungen des Begutachtungsinstruments einzubeziehen, stellt darüber hinaus eine tiefere und individuellere Dimension dar, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das ihm zugrunde liegende Pflegeverständnis zu integrieren (siehe auch Abschnitt 2.3.3.2).

Zur Berücksichtigung aller Leistungen, die zur Versorgung pflegebedürftiger Personen notwendig sind, erschien es zunächst sinnvoll, einen Vergleich der aktuellen Leistungskataloge vorzunehmen. Für den ambulanten Bereich konnten die ambulanten Leistungskataloge der Länder einbezogen werden. Für den stationären Bereich gibt es einen solchen Katalog nicht, da im Sinne einer Vollversorgung keine Erbringung auf Leistungsebene erfolgt. Aus diesem Grund wurde der Modul- und Leistungskatalog herangezogen, der im Rahmen der Studie *Evaluation des NBA – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EVIS)* (Rothgang et al. 2015) entwickelt wurde und das gesamte Leistungsspektrum der vollstationären Versorgung in den Blick nimmt. Zusätzlich erfolgten Ergänzungen, die aus dem Abgleich der Erkenntnisse einer Recherche pflegfachlicher Literatur und dem Interventionskatalog des Projektes nach § 113 c SGB XI zur Personalbemessung in Einrichtungen der Langzeitpflege (PeBeM) ermittelt werden konnten. Der *PeBeM-Interventionskatalog* wurde zur Erstellung einer individuellen Pflegeplanung in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen

ähnlich eines Case-Managements genutzt und bildet ebenfalls das vollständige Leistungsgeschehen in stationären Pflegeeinrichtungen ab.

Die Leistungen der herangezogenen Kataloge wurden in einem ersten Schritt den Modulen 1 bis 8 des Begutachtungsinstrumentes (BI) (MDS / GKV 2017) gegenübergestellt. Dies diente zum einen dazu, eine Zuordnung vorzunehmen anhand derer ein Vergleich der einzelnen Leistungen möglich wurde. Zum anderen ist die Zuordnung der Module hilfreich zur Ableitung eigener Module für den Modul- und Leistungskatalog. Darüber hinaus ist eine Zuordnung auf modularer Ebene des BI eine Hilfestellung bei der Erstellung einer individuellen Pflegeplanung. Die Erkenntnisse aus den Bewertungen der einzelnen Items des BI eignen sich besonders um zukünftig einen individuellen Leistungsplan zu erstellen (Wingenfeld et al. 2011: 337). Das BI bildet durch die Graduierung der Selbstständigkeit und den Einschätzungen der Beeinträchtigungen der geistigen Fähigkeiten ein besonders umfassendes Bild der Pflegebedürftigkeit ab. Das BI betrachtet dabei unter anderem die Hilfen bei der Bewältigung der Folgen von Krankheit und funktionellen Beeinträchtigungen, der Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit, der Aufklärung, Beratung und Anleitung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie die Präventions- und Rehabilitationsbedarfe der Pflegebedürftigen (Wingenfeld / Büscher 2017: 7ff). Durch die Verknüpfung der Bedarfe von Menschen mit psychischen, kognitiven oder gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen mit den Leistungsansprüchen, erfolgt eine neue und tiefere Einschätzung der Beeinträchtigung, die bis dahin kein anderes Instrument berücksichtigt hat (Wingenfeld et al. 2011: 64 ff.).

Somit ergeben die Ergebnisse des BI-Gutachtens bereits eine gute Grundlage für den ersten Schritt des Pflegeprozesses nach Fiechter und Meier (1998) und sind neben weiteren ergänzenden Informationen der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen besonders gut zur Erstellung einer individuellen dem Bedarf entsprechenden Pflegeplanung geeignet (Wingenfeld et al. 2011: 337 ff.).

Zur Entwicklung des Moduls *Pflege und Betreuung* des Modul- und Leistungskataloges, das alle direkten pflegerischen Leistungen einbezieht, wurden alle Leistungen und Leistungskomplexe des *EViS-Interventionskataloges* (Rothgang et al. 2015) und der ambulanten Leistungskataloge der Länder den Modulen 1 bis 4 und 6 des BI zugeordnet. Darüber hinaus sieht der Modul- und Leistungskatalog zur Erstellung einer individuellen Pflegeplanung ein Modul *Hilfe bei der Haushaltsführung* vor. Nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff bilden die Module 7 und 8 des BI den Hilfebedarf zur selbständigen Lebensführung im Lebensumfeld ab. Leistungskomplexe und Leistungen aus den 16 ambulanten Leistungskatalogen der Länder und dem *EViS-Interventionskatalog* (Rothgang et al. 2015) wurden diesen Modulen zugeordnet.

Im nächsten Schritt wurden medizinisch-therapeutische und medizinisch-diagnostische Leistungen einbezogen. Bei einer Umsetzung einer Alternativen Ausgestaltung der Pflegeversicherung sind diese zukünftig in allen Wohnformen von der Krankenkasse zu tragen. Aus diesem Grund sind Einzelleistungen im Modul *Hilfe bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Aufgaben* vorgesehen. Zur Herleitung der einzelnen Leistungen wurden die Leistungen aus der *Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (G-BA 2019)* und dem *EViS-Interventionskatalog* (Rothgang et al. 2015) herangezogen (vgl. hierzu die Herleitung des Modulkatalogs im Anhang).

Alle Leistungen, die nicht direkt den Modulen des BI zugeordnet werden konnten bedurften einer weiteren Prüfung. Dabei handelte es sich vorwiegend um Leistungen, die nicht direkt dem Pflegebedürftigen anhand seiner Einschätzungen aus dem BI zugeordnet werden konnten, da sie zur Steuerung und Sicherstellung der pflegerischen Versorgung erforderlich werden. Diese sind einem separaten Modul *Steuerung der Pflege* zugeordnet worden, dessen Leistungen lediglich durch professionelle Pflegekräfte erbracht werden können.

Nicht in den Modul- und Leistungskatalog einbezogen wurden Leistungen zur Sicherung der Organisation und Leistungen im Kontext des Human-Ressource Managements, wie der Personalbeschaffung, Personalentwicklung, Personalführung oder Personalbindung. Diese Leistungen sind bei der reinen Leistungsbeschreibung zur Erstellung einer individuellen Pflegeplanung des Pflegebedürftigen nicht relevant und müssen daher gesondert betrachtet werden. Diese Aufgaben werden vor allem von Qualitätsmanagementbeauftragten und dem Verwaltungs- sowie Leitungspersonal übernommen und können nicht direkt dem Pflegebedürftigen zugeordnet werden. Im Modul- und Leistungskatalog werden diese Leistungen aus diesem Grund nicht integriert. Es besteht allerdings die Möglichkeit ein weiteres Modul als Regiemodul aufzunehmen und entsprechende Leistungen zu definieren oder für das Personal, das diese Aufgaben übernimmt einen Overhead-Faktor bei der Preissetzung zu berücksichtigen (siehe hierzu auch Abschnitt 2.3.3.2). Alle ausgearbeiteten Leistungen beinhalten neben der Durchführung auch die Vor- und Nachbereitung sowie die Dokumentation der jeweiligen pflegerischen Tätigkeiten.

2.3.3.1.2 Festlegung eines Modul- und Leistungskataloges

Im Ergebnis konnte ein Modul- und Leistungskatalog entwickelt werden, der 40 Leistungen des SGB XI und 23 Leistungen des SGB V umfasst (Tabelle 5). Im Einzelnen beinhaltet der Katalog in der vorgelegten Form

- 22 Leistungen im Modul *Pflege und Betreuung*,
- 8 Leistungen im Modul *Hilfe bei der Haushaltsführung*,
- 10 Leistungen im Modul zur *Steuerung der Pflege* und

- 23 Leistungen im Modul zur *Hilfe bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Aufgaben.*

Er kann sowohl bei der Ermittlung des individuellen Pflegebudgets als auch bei der tatsächlichen Pflegeplanung im Einzelfall und bei der Vergütung genutzt werden.

Tabelle 5: Übersicht des Modul- und Leistungskataloges

Modul 1 Pflege und Betreuung	Modul 2 Hilfe bei der Haushaltsführung	Modul 3 Steuerung der Pflege	Modul 4 Hilfe bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Aufgaben
<u>Mobilität</u> - Bewegungsförderung - Gehen/Fortbewegen - Positionierung - Transfer - Transportbegleitung <u>Pflegerische Betreuung</u> - 24-Std-Beaufsichtigung - Pflegerische Betreuung - Sterbebegleitung <u>Selbstversorgung</u> - Baden - Duschen - Ganzkörperwaschung - Teilwaschung - An-/Aus-/Umkleiden - Enterale Ernährung - Haarpflege/Rasieren - Hilfe bei der Ausscheidung - Intimpflege - Maniküre/Pediküre - Mund- und Zahnpflege - Postmortale Versorgung - Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme (Hauptmahlzeit) - Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme (Zwischenmahlzeit)	<u>Haushaltsnahe Leistungen</u> - Beheizen der Wohnung - Einkaufen - Wechsel der Bettwäsche - Pflege der Wäsche und Kleidung - Reinigen der Wohnung - Unterstützung bei der Organisation von Dienstleistungen - Zubereitung einer warmen Mahlzeit - Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit	<u>Leistungs- messung</u> - Care-Case-Management - Evaluations-/Reflexionsgespräch <u>Pflegeprozes- steuerung</u> - Beratung - Fallbesprechung - Pflegevisite - Steuerung des Pflegeprozesses <u>Zivilgesellschaft- liche Übernahme</u> - Anleitung - Basisschulung - Pflegeeinsatz - Sonstiges - Wegezeit	<u>Medizinisch-therapeutische und - diagnostische Leistungen</u> - Anleitung bei der Behandlungspflege (bis zu 10x Anleitung verordnungsfähig) - Auflegen von Kälteträgern - Blutdruckmessung - Blutzuckermessung - Dekubitusbehandlung - Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose - Einlauf/ Klistier/Klyisma/ digitale Enddarmausräumung - Flüssigkeitsbilanzierung - Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß § 132g SGB V - Infusionen i.v. - Infusionen s.c. - Inhalation; - Injektionen i.v., i.m., s.c. - Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins - Magensonde, Legen und Wechseln - Medikamente: 1. Richten - Medikamente: 2. Verabreichen - Pflege des zentralen Venenkatheters Absaugen; - Spezialisierte ambulante Pflegeversorgung - Stomabehandlung; - Verbände - Versorgung bei perkutaner endoskopischer Gastronomie - Versorgung eines suprapubischen Katheters

Dabei gelten

- 24h-Beaufsichtigung
- Alltagsgestaltung
- Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit

- Zubereitung einer warmen Mahlzeit
- Reinigen der Wohnung
- Einkaufen
- Pflege der Wäsche und Kleidung

als Gruppenleistungen, deren Kosten nur dann vollständig als bedarfsnotwendig übernommen werden, wenn sie effizient erbracht werden.

2.3.3.2 Sektorenfreie Verpreisung der Module bei formeller Pflege

Für die Erbringung der Module durch formelle Pflegekräfte sind Entgelte festzulegen. Entscheidend ist, dass dabei ein *einheitlicher sektorenfreier Modulkatalog* verwendet wird und dass für diese Module *wohnotunabhängige Preise* festgelegt werden. Etwaige Wegezeitvergütungen werden dabei gesondert als eigene Leistung bepreist und abgerechnet.

Bereits heute werden die Pflegeleistungen in der häuslichen Pflege modular erbracht und abgerechnet. Dabei wird entweder auf eine Zeitvergütung oder eine Vergütung fest umrissener Leistungsmodule abgestellt. Eine Abrechnung über Zeit birgt das Risiko, dass Leistungen nicht fachgerecht erbracht werden können, weil die situativ erforderliche Zeit für eine Pflegeleistung nicht vorgesehen ist. Der große Vorteil eine Zeitvergütung liegt dagegen in der Flexibilität, die es erlaubt, die Leistungen zu erbringen, für die jeweils situativ das größte Bedürfnis besteht – unabhängig von einer Vorfestlegung bei Abschluss des Dienstleistungsvertrags. Vor diesem Hintergrund wird im hier vorgelegten Vorschlag eine *Vergütung fester Leistungsmodule* vorgeschlagen, den Leistungserbringern aber gleichzeitig die Möglichkeit eingeräumt, in Absprache mit den pflegebedürftigen Personen situativ zu entscheiden, welche Leistungen erbracht werden (vgl. Abschnitt 2.4.3).

Für jede Leistung wird zunächst eine *Punktzahl* festgelegt – wie dies aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für vertragsärztliche Leistungen und aus den Modulkatalogen der häuslichen Pflegeleistungen in den Bundesländern bekannt ist. Die *Punktrelationen* zweier Leistungen sind dabei Ausdruck des Aufwandsverhältnisses, in volkswirtschaftlicher Terminologie: relative Preise. Diese Punktrelationen können bundeseinheitlich festgelegt werden – wie dies beim EBM oder auch bei den Fallgewichten im Rahmen der DRGs in Krankenhäuser geschieht.

Da sich die Versorgungsaufwände bei gleicher Leistung zwischen Pflegebedürftigen mit verschiedenen Schweregraden der Pflegebedürftigkeit unterscheiden, können je nach Pflegegrad – oder nach einem noch weiter differenzierten Klassifikationssystem für Pflegebedürftige – *Hebesätze* vereinbart werden, die diesem Schweregrad Rechnung tragen. Grundgedanke hierbei ist, dass zwar eine relativ überschaubare Anzahl verschiedener Leistungsmodule ausreicht, um das Leistungsgeschehen in der Langzeitpflege zu beschreiben, dass die konkrete Erbringung dieser Leistungen jedoch von Pflegebedürftigem zu Pflegebedürftigem

infolge seiner Beeinträchtigungen unterschiedlich aufwändig ist. Damit hat der Zustand der Pflegebedürftigen nicht nur einen Einfluss auf die Mengenkomponekte der Leistungserbringung, sondern auch auf deren Zeitkomponente und könnte daher in die Preissetzung mit einbezogen werden.

Ein Vorbild für die Berücksichtigung der Aufwände bei der Erbringung gleicher Leistungen kann die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sein, in deren Rahmen die nominelle Punktzahl mit einem Satz multipliziert wird, der von 1 bis 3,5 reicht. Allerdings wird der Faktor, der die Schwierigkeit und den Zeitaufwand der einzelnen Leistung sowie die Umstände bei der Ausführung berücksichtigen soll, dort nach billigem Ermessen vom Leistungserbringer selbst bestimmen (§ 5 GOÄ). Bei der Pflegevergütung könnten diese Hebesätze dagegen von den Merkmalen abhängig gemacht werden, mit denen die pflegebedürftige Person im Rahmen des Begutachtungsinstruments charakterisiert wird. Zur quantitativen Ausformung müssen dafür valide Daten zur Verfügung stehen, die die entsprechenden Itembewertungen des BI mit dem Erbringungsaufwand der Leistungen verknüpfen. Derartige Daten werden gerade im Rahmen der Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens nach § 113c SGB XI erhoben und stehen dann zur Verfügung.

Auch in der Pflege gibt es typische *Gemeinkosten*, wie die Leistungen des Qualitäts- oder Personalmanagements, die nicht im Modul- und Leistungskatalog hinterlegt sind, da es nicht sinnvoll erscheint, diese Leistungen in irgendeiner Form auf Individualebene zu planen. Vielmehr sind mit diesen Leistungen Beschäftigtengruppen verbunden, die für die Aufrechterhaltung einer professionellen Institution notwendig sind. Um diese Gruppe bei der Preissetzung einzubeziehen, ist ein *Gemeinkostenfaktor* vorzusehen, mit dem die jeweiligen Punktzahlen multipliziert werden müssen.

Um zu Euro-Beträgen zu gelangen, müssen die jeweiligen Punktzahlen mit einem *Punktwert* multipliziert werden, der in Euro pro Punkt angegeben wird. Der Vorteil einer Bestimmung der Preise durch Multiplikation von Punktzahl und Punktwert liegt zum einen darin, dass der relative Aufwand einer Leistung im Vergleich zu einer anderen rein fachlich bestimmt werden kann, ohne dass sich allein daraus schon Implikationen für die Gesamtausgaben der Kostenträger ergeben. Zum anderen hat das Punktwertesystem den Vorteil, dass in Bezug auf das Ausgabenniveau lediglich *ein* Punktwert bestimmt werden muss und nicht mehr der Preis für jede einzelne Leistung (Heiber 2019: 21f.).

Die *Punktwerte* können bundesweit, landesweit oder auf Ebene der individuellen Pflegeeinrichtung festgelegt werden. Eine einrichtungsindividuelle Festlegung steht dabei im Widerspruch zu der in Abschnitt 2.3.3.3 vorgeschlagenen Ermittlung des Pflegegelds und wird daher *nicht* weiterverfolgt. Einrichtungsspezifika können aber durch Vereinbarung *konzeptbezogener Zuschläge* berücksichtigt werden, die zwischen den Einrichtungen und den Kos-

ten-trägern zu verhandeln sind. Zur Berücksichtigung der derzeitigen unterschiedlichen Preisniveaus erscheint eine Festsetzung der Punktwerte in einem Verhandlungssystem *auf Landesebene* derzeit zielführend, allerdings mit der Perspektive im Rahmen eines Konvergenzprozesses zu einer Angleichung der landesspezifischen Punktwerte zu gelangen. Unterschiedliche Preise je nach Trägerschaft der Einrichtung sind dagegen nicht vorgesehen. Die Grundlage hierfür entfällt zudem in dem Maße, in dem einheitliche Tarifverträge an Geltung gewinnen und die Personalausstattung von Einrichtungen über ein Personalbemessungsverfahren angeglichen werden.

Bislang wird die *Abgrenzung der pflegebedingten Aufwände und der Aufwände für Unterkunft und Verpflegung* in den Bundesländern uneinheitlich geregelt (Augurzyk 2008a: 26f.). Dies ist derzeit insofern unerheblich als die Pflegebedürftigen sowohl Veränderungen beim einen als auch beim anderen Aufwand jeweils zu 100 % selbst übernehmen müssen. Werden die Pflegekosten dagegen nach dem Sockel-Spitze-Tausch von der Pflegeversicherung übernommen, gewinnt diese Abgrenzung an Bedeutung und muss bundesweit einheitlich geregelt werden.

Gleichermaßen unterschiedlich ist die Behandlung *hauswirtschaftlicher Aufwände* im Vergleich von derzeit ambulanter und stationärer Leistungserbringung: Im stationären Sektor werden diese Aufwände dem Bereich Unterkunft und Verpflegung zugeordnet und sind vom Pflegebedürftigen zu zahlen. Im ambulanten Bereich können entsprechende Leistungsmoduln dagegen auch heute schon zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht werden. Bei einer sektorenfreien Versorgung muss auch hier eine einheitliche Regelung getroffen werden. Die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung im Heim übersteigen die entsprechenden Aufwände in privaten Haushalten derzeit bereits beträchtlich – nicht zuletzt, weil ein Teil dieser Aufwände „pflegebedingt“ ist. Es wird daher nachfolgend davon ausgegangen, dass bei einer einheitlichen Grenzziehung ein Teil der derzeit im Heim der Unterkunft und Verpflegung zugerechneten Aufwände als Pflegekosten eingestuft werden müssen. Für die Modellrechnungen wird diesbezüglich ein Aufwand von monatlich 100 Euro angesetzt.

Eine weitere Herausforderung bei der Entwicklung eines bundesweiten Preissystems stellt neben der hohen Diversität der Preissetzungen der Leistungen auch die *Leistungsabrechnung* dar. Zur Abrechnung der einzelnen Leistungen sind optimierte Lösungen notwendig, die bisher in der Form nicht vorhanden sind. So impliziert die Abrechnung von SGB V-Leistungen für ambulante Pflegedienste derzeit einen hohen administrativen Aufwand. Digitalisierungsprozesse, wie sie bereits durch die *Konzertierte Aktion Pflege* (BMG 2019a) in den Pflegeeinrichtungen angestoßen sind, bieten die Möglichkeit, entsprechende Softwareprogramme zu entwickeln und flächendeckend in den Pflegemarkt zu integrieren, um so die Abrechnung von SGB V- und SGB XI-Leistungen gleichermaßen zu optimieren.

2.3.3.3 Zuwendung für zivilgesellschaftlich erbrachte Pflegeleistungen durch das „Pflegegeld 2.0“

Werden die Module durch informelle Pflegekräfte erbracht, so sollten diese dafür eine finanzielle Zuwendung erhalten. Dabei muss festgelegt werden, wie diese Zuwendung erfolgt, welche Voraussetzungen dafür gelten und welche Zuwendungshöhen hier anzusetzen sind.

In seiner heutigen Ausgestaltung sieht § 37 SGB XI die Möglichkeit vor, häusliche Pflegehilfen gemäß § 35 SGB XI durch ein Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen zu substituieren. Die Inanspruchnahme von Pflegegeld „setzt [lediglich] voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt“ (§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Einer konkreten und überprüfbaren Zweckbindung unterliegt das Pflegegeld nicht. Angesichts der minimalen Anforderungen, die mit der Gewährung dieser Leistung verbunden sind, kann von einer weitgehenden Entkopplung des Pflegegeldbezugs vom Erhalt konkreter Pflegeleistungen ausgegangen werden. Zudem wird das Pflegegeld – wie beschrieben ohne konkrete Gegenleistungsverpflichtung – an den Pflegebedürftigen ausgezahlt, der damit frei haushalten kann. Ob und inwiefern pflegende zivilgesellschaftliche Personen von diesen Leistungen profitieren können ist somit unklar. Allerdings wird das Pflegegeld vielfach als Teil des Haushaltseinkommens fest eingeplant und ist für die betreffenden Haushalte unverzichtbar.

Im vorliegenden Reformvorschlag soll das Pflegegeld daher nicht entwertet, sondern ganz im Gegenteil zu einer *Regelleistung für die Pflegepersonen* weiterentwickelt werden und dabei nicht hinter das aktuelle Niveau zurückfallen. Das neue „Pflegegeld 2.0“ ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet. Das Pflegegeld wird

- weiterhin steuer- und beitragsfrei,⁸
- nunmehr aber an die Pflegeperson und nicht mehr an den Pflegebedürftigen ausgezahlt – wie dies in einer Reihe europäischer Staaten, die Cash for Care-Leistungen vorsehen, bereits üblich ist,⁹
- unabhängig vom Ort der Leistungserbringung gewährt und zwar

⁸ Sollte eine steuer- und beitragsfreie Auszahlung aus rechtlichen Gründen nicht möglich sein, müssten die Beträge entsprechend angehoben werden. Den daraus entstehenden höheren Ausgaben der Pflegeversicherung stehen Beitragseinnahmen der Sozialversicherungsträger und des Fiskus in gleicher Höhe gegenüber. Durch entsprechende Ausgleichszahlungen ist eine beitrags- und steuerpflichtige Auszahlung daher beitragsatzneutral möglich.

⁹ Vgl. hierzu das Special Issue „Cash-for-care schemes in Europe“ der Zeitschrift “Social Policy and Administration” vom Juli 2010.

- nur, wenn im Gegenzug die Erbringung bestimmter als bedarfsnotwendig anerkannter Pflegeleistungen zugesagt wird.

Auf Seiten der Pflegepersonen wird die Auszahlung des weiterentwickelten Pflegegeldes nun also an eine Leistungsverpflichtung geknüpft, und auch die privaten Pflegepersonen werden im Rahmen der Ausgestaltung eines individuellen Pflegearrangements auf genau definierte Leistungserbringungen kontrahiert. Damit besteht die Möglichkeit, sie auf eine regelmäßige und qualitativ angemessene Leistungserbringung und auf den Erwerb einer Basisqualifikation, auf Inanspruchnahme einer leistungsbezogenen Anleitung und auf eine Qualitätsprüfung zu verpflichten.

Die *Höhe des Pflegegeldes* entspricht dabei 40 % des Wertes, den ein Anbieter professioneller Pflege für dieses Modul erhalten würde. Der Anteilswert von 40 % lehnt sich an das derzeitige Verhältnis von Pflegegeld zu Sachleistungen an. Er stellt zudem sicher, dass Pflegehaushalte, die alle Module selbst erbringen, bei einem angesetzten durchschnittlichen Pflegebedarf auch nach Abzug des Sockels von 471 Euro (siehe Abschnitt 2.2.3.2) im Jahr 2020 im Durchschnitt mindestens genau so hohe Leistungen der Pflegeversicherung erhalten wie derzeit (Tabelle 6).

Tabelle 6: Für Modellrechnungen angesetzte durchschnittliche Fallkosten für eine bedarfsdeckende Versorgung

Jahr	Aufwände und SPV-Leistungen	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
2018	Leistungen nach § 43 SGB XI	770	1.262	1.775	2.005
	Stationäre Vergütungszuschläge	127			
	Medizinische Behandlungspflege	-267			
	EEE	662			
	Gesamtfallkosten stationär	1.292	1.784	2.297	2.527
2020	Zusatzkosten Leistungen U+V	100	100	100	100
	Kostensteigerung Personal 35%	487	659	839	919
	EEE-Steigerung bis 2020	100			
	Bedarfsgerechte Gesamtfallkosten bei formeller Erbringung	1.979	2.643	3.336	3.646
	Bedarfsgerechte Gesamtfallkosten bei informeller Erbringung	792	1.057	1.334	1.459
	Auszahlungsbetrag bei informeller Erbringung	321	586	864	988
	Nachrichtlich: Leistungshöhe des Pflegegelds nach § 37 SGB XI	316	545	728	901

Ausgangspunkt der Berechnung ist dabei, dass im Pflegeheim derzeit grundsätzlich eine bedarfsdeckende Versorgung zugesagt ist. Die Vergütungshöhe hierfür wird in Tabelle 6 für 2018 als Summe der Leistungen nach § 43 SGB XI, der stationären Vergütungszuschläge nach § 84 Abs. 8 SGB XI und des privat aufzubringenden durchschnittlichen EEE, abzüglich der mit monatlich 267 Euro angesetzten Kosten der medizinischen Behandlungspflege angesetzt. Für 2020 werden zusätzlich 100 Euro für Leistungen, die bislang in den Kosten für Unterkunft

und Verpflegung enthalten sind, in Zukunft aber als pflegebedingter Aufwand gewertet werden, berücksichtigt. Zudem wird die Steigerung des EEE für den hier betrachteten Zweijahres-Zeitraum mit 100 Euro angesetzt. Schließlich ist für die Zukunft sowohl mit Personalmehreinsatz als auch mit steigender Entlohnung für Pflegekräfte zu rechnen (vgl. Abschnitt 1.1.2). Für diese Entwicklungen ist pauschal ein Zuschlagsfaktor von 35 % angesetzt worden (vgl. Abschnitt 3.2.3.2). Die resultierenden Werte sind in der Zeile „Bedarfsgerechte Gesamtfallkosten bei formeller Erbringung“ enthalten. Werden hiervon 40 % für das Pflegegeld angesetzt und wird hiervon der Sockelbetrag von 471 Euro abgezogen, resultieren die in der Zeile „Auszahlungsbetrag bei informeller Erbringung“ enthaltenen Werte, die in allen Pflegegraden oberhalb der Beträge für das Pflegegeld aktueller Prägung liegen.

Zur vollständigen Integration der zivilgesellschaftlichen Leistungserbringer als verlässlichen Teil der individuellen Pflegearrangements sind drei wesentliche strukturelle Anforderungen zu beachten und umzusetzen:

Erstens muss die Grundlage dafür geschaffen werden, dass die zivilgesellschaftlichen Akteure auf ihren jeweiligen Teil der Erbringungsverantwortung verpflichtet werden können. Dazu sind *Kontrahierungsinstanzen* erforderlich, denen der Abschluss rechtlich bindender Vertragskonstellationen zwischen Laien und Pflegekassen übertragen werden kann. Gleichzeitig muss hiermit auch eine Sanktionsmöglichkeit verbunden sein, wenn die Laien ihrer Erbringungsverantwortung nicht (zuverlässig) nachkommen. Da im individualisierten Pflegearrangement keine übergeordnete Gesamterbringungsverantwortung der Leistungserbringer mehr existiert, muss diese Funktion institutionell übernommen werden.

Zweitens muss eine Struktur geschaffen werden, wie die zivilgesellschaftlichen Leistungserbringer entsprechend ihrer übernommenen Tätigkeiten eine verpflichtende *Qualifikation* erhalten. Sie sollen – analog zur Pflege im Kinderbereich – eine Grundqualifikation und eine leistungsbezogene Anleitung als Voraussetzung für die Übernahme bestimmter Leistungen verbindlich nachzuweisen haben.

Drittens muss diese quantitative und qualitative Leistungsverpflichtung mit einem *Prüf- und ggf. Sanktionsmechanismus* hinterlegt werden. Auch wenn es systematisch sinnvoll erscheint, für einen endgültigen Vorschlag auf die abschließende Ausarbeitung der ambulanten Qualitätsindikatoren und ihre Umsetzung zu warten, wird eine entsprechende institutionelle Verankerung bereits im Folgenden mit vorgestellt.

Damit sind bereits einige zentrale Gesichtspunkte für die institutionelle Ausgestaltung des Reformmodells benannt.

2.4 Institutionelle Ausgestaltung

Zur institutionellen Ausgestaltung wird die Einführung von insgesamt *drei Instanzen* vorgeschlagen, die zur Umsetzung der beiden Reformlinien erforderlich sind. Sie setzen direkt an den jeweils formulierten Voraussetzungen und deren Ausgestaltung an, können diesen aber nicht immer direkt zugeordnet werden, da sie zu stark ineinander verwoben sind und aufeinander Bezug nehmen. Sie sind sequenziell von der Bedarfsfeststellung bis hin zur Leistungserbringung organisiert und werden nachfolgend zunächst im Einzelnen beschrieben (Abschnitt 2.4.1 bis 2.4.3). Abschnitt 2.4.4 fasst das ins Auge gefasste Institutionengeflecht dann noch einmal synoptisch zusammen.

2.4.1 Erste Instanz: Bedarfsfeststellung und Ermittlung eines Budgets

Zur Bestimmung des individuell bedarfsgerechten Leistungsanspruchs ist eine *Bedarfsbemessung* erforderlich, die – ausgehend von den Einschränkungen der Selbständigkeit des Pflegebedürftigen – eine Leistungsmenge definiert, die dann wiederum – umgerechnet in ein Budget – zur Ausgestaltung eines individuellen Pflegearrangements genutzt werden kann. Hierzu notwendig ist eine Instanz, die in der Lage ist, den Pflegebedarf individuell festzustellen und gleichzeitig die Aufgabe übernimmt, dem Anreiz zum Überinanspruchnahme von Leistungen entgegenzuwirken und Leistungsmengen auf das Bedarfsnotwendige zu begrenzen. Hierzu scheint der *Medizinische Dienst* in besondere Weise prädestiniert zu sein, der dann *zwei Aufgaben* erhält:

Zunächst muss er nach wie vor die Pflegebedürftigkeit feststellen und – soweit er noch benötigt wird – den Pflegegrad. Zur *Feststellung der Pflegebedürftigkeit* kann der Medizinische Dienst auf das Begutachtungsinstrument in der vorliegenden Form (MDK & GKV 2017) zurückgreifen. Ebenfalls bleiben die bisherigen Voraussetzungen der Leistungsberechtigung nach § 14 SGB XI unangetastet.

Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gehen durch die mehrfache Klassierung im Rahmen der Bewertungssystematik allerdings Teile der erhobenen Informationen verloren. Für die *Ermittlung des individuell bedarfsnotwendigen Pflegebudgets* sollte daher direkt auf die 64 Items des BI abgestellt werden, die den Pflegebedarf ganzheitlich und individuell abbilden. Die einzelnen Items des BI sind dafür besonders geeignet, da sie neben psychischen Problemlagen auch kognitive und kommunikative Fähigkeiten in einer bisher nicht vergleichbaren Form beurteilen (Wingenfeld et al. 2011: 66). Die individuell notwendige Leistungsmenge wird zunächst über die Leistungen des Modulkatalogs (vgl. Abschnitt 2.3.3.1.2) abgebildet. Unter Berücksichtigung der erforderlichen Qualifikationsanforderungen, notwendiger Erbringungszeiten wie sie beispielsweise auch im Projekt zur Personalbemessung nach § 113 c SGB XI erhoben wurden und des Lohn- bzw. Entgeltniveaus für die Leistungen (vgl. Abschnitt 2.3.3.2) lässt sich hieraus ein Budget errechnen.

2.4.2 Zweite Instanz: Care- und Case-Management

Soll die dem einzelnen Pflegebedürftigen zugemessene Leistungsmenge, in ein verlässliches Pflegearrangement überführt werden, in dem eine gewisse Anzahl von Leistungserbringern gemeinsam die Erbringungsverantwortung für die Versorgung übernimmt, ist es erforderlich, hierfür eine Struktur zu schaffen, die über reine optionale Beratungsangebote hinausgeht und den Gesamtprozess aus Versorgungsgestaltung, Kontrahierung der Leistungserbringer und Qualitätssicherung steuert, überwacht und auf Basis lokaler Kenntnisse mit Leben füllt.

Notwendig ist somit ein *professionelle Case Management*, das für jeden Pflegebedürftigen obligatorisch ist. Dabei vertritt der Case Manager anwaltlich die Interessen (und Wünsche) der pflegebedürftigen Person vor dem Hintergrund des vorhandenen Pflegebedarfs. Im Rahmen dieses Case Managements, bei dem die pflegebedürftige Person das Letztentscheidungsrecht haben muss, können Pflegebedürftige nach eigenen Wünschen und im Rahmen des in der ersten Instanz ermittelten Budgets sowie eventuell zur Verfügung stehender weiterer persönlichen Finanzressourcen unter Berücksichtigung der lokalen Angebotsstrukturen die einzelnen als bedarfsnotwendig zugemessenen Leistungen durch professionelle Leistungsanbieter oder zivilgesellschaftliche Akteure erbringen lassen, wobei jeweils eine verbindliche Leistungsübernahme durch die Akteure erfolgt.

Der Case-Manager vereinbart dazu einen verpflichtenden Termin mit den Pflegebedürftigen und den Angehörigen und berät, welche Leistungen zur Sicherstellung der Pflege notwendig sind. Im ersten Schritt wird dabei festgelegt, welche Leistungen durch Angehörige erbracht werden können. Es folgt eine Kontrahierung zwischen der zivilgesellschaftlichen Pflegeperson und der Pflegekasse über die Erbringung der festgelegten Leistungsmengen. Es entsteht also eine *Vertragsbeziehung* zwischen Pflegeperson und Pflegekasse, die eine Erbringungsverantwortung und einen Verweis auf Qualitätsstandards und eine Vergütungsregelung enthält. Je nach Art der Leistung ist eine Grundqualifikation verbindlich, und die für die kontrahierten Inhalte erforderlichen Qualitätsstandards sind über eine verpflichtende Schulung zu erlernen. Die Schulung kann einmalig und/oder durch permanente Anleitung erfolgen. Weiterhin berät der Case Manager die Pflegebedürftigen und deren Angehörigen über die lokalen professionellen Anbieter und bestimmt gemeinsam mit den Pflegebedürftigen und/oder ihren Angehörigen anhand eines Leistungsplans, welche Leistungen von welchen formellen Anbietern erbracht werden sollen. Ziel ist eine Aufteilung des Budgets anhand der in Anspruch zunehmenden Leistungen. Die Pflegebedürftigen erhalten in dieser Instanz abschließend ein finanzielles Budget pro Leistungsanbieter in Form eines „Profi-Gutscheins“, der jeweils in der dritten Instanz weitergenutzt wird.

Um ein individuell optimales Pflegearrangement zu finden, sind Kenntnisse der lokalen Pflegeinfrastruktur unerlässlich. Das Case Management muss also auf *kommunaler Ebene* ange-

siedelt werden. Das impliziert nicht zwingend, dass es durch die Kommunen erbracht werden muss. Vielmehr können diese die Aufgabe der Organisation und Steuerung zur der Pflege an zertifizierte Anbieter delegieren. Dabei können die heutigen lokalen Beratungsstrukturen und die heutigen Heimaufsichten zusammengeführt werden und dann mit teilweise anderen Aufgaben betraut werden. Um die Rolle des Case Managers ausfüllen zu können, ist spezifisches Fachwissen erforderlich, das insbesondere bei Pflegefachkräften mit entsprechender Weiterbildung sowie Sozialarbeitern vorhanden ist, die daher als besonders geeignet erscheinen, die Rolle des Case-Managers zu übernehmen.

Eine sektorenfreie Versorgung erfordert ein homogenes Ordnungsrecht für die formelle Leistungserbringung und die kontrahierte zivilgesellschaftliche Leistungserbringung umzusetzen. Weder können dabei so starre Regelungen wie in heutigen stationären Einrichtungen gelten, noch die – nicht existenten – Regelungen in häuslichen Settings ohne Beteiligung formeller Pflegeeinrichtungen. Für die formelle Pflege wird primär eine Konzentration der Kontrollfunktionen auf die Leistungserbringung erforderlich sein, weniger auf eine starke Regulierung der Strukturen. Die Heimaufsichten können etwa zu fachlichen Beratungsstellen umgestaltet werden – wie es heute auch schon in einigen Ländern der Fall ist.

Ein Case Management allein führt noch nicht zu lokal suffizienten Versorgungsstrukturen. Hier ist eine Revitalisierung der *kommunalen Altenplanung* wünschenswert. Die 2. Instanz kann dabei genutzt werden, um ein Care Management zu etablieren, das Defizite in der Versorgungsstruktur erkennt und Hinweise auf notwendige ergänzende Strukturen gibt und dabei gleichzeitig die strukturelle Vernetzung der Akteure der Pflegeversorgung – über die Koordination im Einzelfall hinaus – vorantreibt.

2.4.3 Dritte Instanz: Professionelle Anbieter

In der ersten Instanz wird ein Budget ermittelt, das ausreicht, die bedarfsnotwendigen Pflegeleistungen zu finanzieren. In der zweiten Instanz wird in diesem Rahmen ein individueller Pflegeplan erarbeitet, der Teilbudgets für einzelne Anbieter vorsieht. Bei der Erbringung der Leistungen sollen die formellen Leistungserbringer nun als dritte Instanz in die Steuerung einbezogen werden, indem ihnen eine hohe situative Flexibilität in der Leistungserbringung eingeräumt wird. Dazu wird ein *individueller Leistungsplan* erstellt, der die Möglichkeit bietet, die Leistungen entsprechend des zugeteilten Budgets bedarfsorientiert zu planen und individuell und flexibel anzupassen. Zusätzlich übernimmt der formelle Pflegeanbieter die Aufgabe, den Leistungsplan und die Leistungserbringung regelmäßig in Absprache mit den Pflegebedürftigen und den Angehörigen zu reflektieren und zu evaluieren und bei budgetrelevanten Veränderungen eine Neubegutachtung bei der Pflegekasse anzuregen. Darüber hinaus übernehmen die professionellen Pflegeanbieter wie bisher auch die *Qualitätssicherung der pflegenden Angehörigen*, allerdings leistungsbezogen und damit konkreter als in den

heutigen Regelungen des § 36 Abs. 3 SGB XI. Neu ist dagegen eine verpflichtende Basisschulung der pflegenden Angehörigen vorgeschlagen, die ebenfalls unter den Aufgabenbereich der professionellen Pflegeanbieter bei entsprechender Leistungsvergütung fällt.

2.4.4 Synopse

Abbildung 9 fasst das vorgeschlagene Institutionengeflecht noch einmal synoptisch zusammen. Die Trennung in die drei Instanz ist dabei u. a. vorgenommen worden, um die Gefahr einer Überinanspruchnahme zu bannen. Nur die erste Instanz, die keine finanziellen Eigeninteressen an einer Erhöhung des Leistungsvolumens hat, führt die budgetwirksame Bedarfsermittlung durch. Nur innerhalb dieses Budgets kann der Case Manager dann anwaltlich die Interessen des Pflegebedürftigen vertreten. Allerdings kann er eine Neubegutachtung beantragen, wenn er bei der Allokation des Budgets auf die formellen und informellen Leistungserbringer im Einzelfall feststellt, dass das vorgesehene Budget den tatsächlichen Bedarf nicht abdeckt. Abgesehen davon muss der Case Manager mit dem gegebenen Budget arbeiten, kann aber für die Allokation der darin vorhandenen Ressourcen mit dem Pflegebedürftigen und dessen Angehörigen eine optimale Lösung erarbeiten. Seine Phantasie wird also nicht auf die Erhöhung des Budgets, sondern auf dessen optimale Nutzung gelenkt.

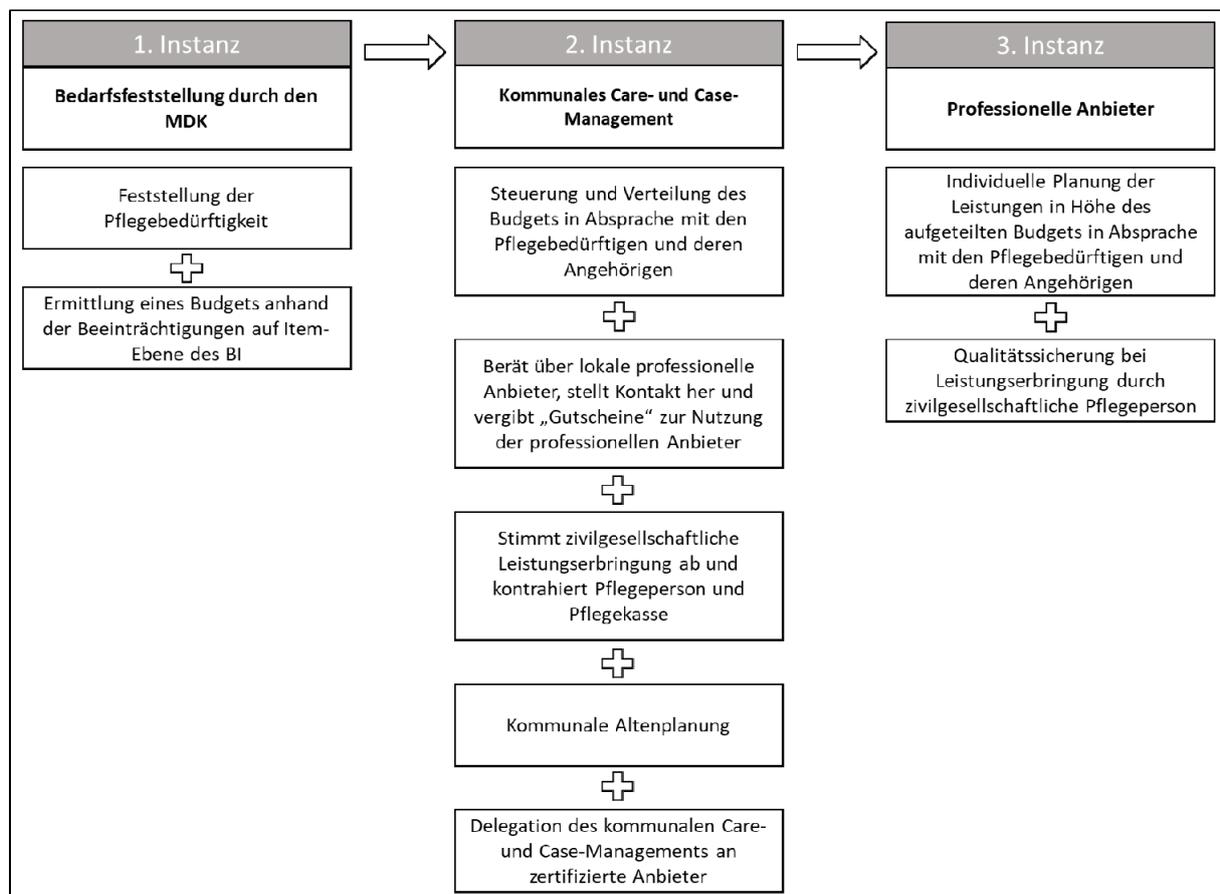


Abbildung 9: Bedarfsfeststellung und Steuerung der Inanspruchnahme (eigene Darstellung)

Die Herangehensweise ähnelt – insbesondere mit der Kontrahierung pflegender Angehöriger – dem Pflege-Modell skandinavischer Länder, in denen eine solche Umsetzung bereits seit Jahren etabliert ist (Heintze 2015). In den skandinavischen Ländern erfolgen Bedarfsfeststellung und Leistungserbringung allerdings aus einer Hand, da sich Leistungsanbieter in öffentlicher Trägerschaft befinden und keine Gewinnerzielungsinteressen haben, so dass mit der Übertragung der Bedarfsfeststellungskompetenz auf die Leistungsanbieter kein Risiko eines anbieterinduzierten Moral Hazard einhergeht. Durch die vorgeschlagene Bedarfsfeststellung mit Ermittlung eines Budgets in der ersten Instanz und die Einführung eines Case- und Care-Managements in der zweiten Instanz, werden trotzdem beide Rolle ausgefüllt.

3 Wirkungen des Reformvorschlags

Zur Erfassung und Einordnung der Wirkungen von Reformen in öffentlichen Sicherungssystemen können nach Musgrave/Musgrave (1984) drei Dimensionen unterschieden werden: Allokation, Distribution und fiskalische Stabilisierung. Jeweils ist dabei zu diskutieren, inwieweit angestrebte Reformziele erreicht werden können und welche (negativen) nicht-intendierte Effekte womöglich resultieren können.

Allokation bezieht sich dabei darauf, in welche Verwendungen knappe gesellschaftliche Ressourcen gelenkt werden und inwieweit es gelingt, damit eine optimale Bedürfnisbefriedigung gemäß der Präferenzordnung der Bevölkerung zu erreichen. Bezogen auf die pflegerische Versorgung können hierbei drei Aspekte unterschieden werden.

Erstens bezieht sich Allokation in Bezug auf das Pflegerisiko auf die *Risikoallokation*. Wird – wie in der Wohlfahrtsökonomie üblich – von risikoaversen Individuen ausgegangen, sind Regelungen vorzuziehen, bei denen Einkommen und Vermögen unabhängig davon, ob bestimmte Ereignisse wie Krankheit, Arbeitsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit eintreten, gleich bleiben (vgl. Buchholz/Wiegard 1992). Im konservativen Wohlfahrtsstaat wird dieses Sicherheitsbedürfnis in einer Längsschnittbetrachtung in das Ziel der *Lebensstandardsicherung* übersetzt. Erstrebenswert sind daher Regelungen, die es dem Versicherten ermöglichen, das nicht durch die Sozialversicherung abgedeckte finanzielle Risiko privat abzusichern. Dazu muss dieses „Restrisiko“ aber begrenzt und bezifferbar sein. Genau dies ist mit dem Sockel-Spitze-Tausch gegeben. Die pflegebedingten Kosten werden durch die Versicherung übernommen und die Versicherten tragen hiervon nur den fest vorgegebenen Sockel und das nur zeitlich begrenzt (vgl. Abschnitt 2.2.1). Damit ist dieses finanzielle Risiko eingegrenzt und somit einer zielgenauen Vorsorge durch Ansparen oder Privatversicherung zugänglich.

Bei gegebenem Ressourcenaufwand für Langzeitpflege impliziert eine optimale Allokation, zweitens, dass leistungs-, leistungserbringungs- und ordnungsrechtliche Regelungen keine selektiven Anreize für eine spezifische Versorgungsform beinhalten. Vielmehr sollen die Pflegebedürftigen die jeweilige Versorgungsform und den Ort der Leistungserbringung – im Rahmen eines vorgegebenen Budgets – gemäß ihrer Präferenzordnung wählen (können). Dem wird der Reformvorschlag in vollem Umfang gerecht, da er die selektiven Anreize, die derzeit aus dem sektorspezifischen Leistungsrecht resultieren, restlos beseitigt und den Pflegebedürftigen im Rahmen ihres Budgets maximalen Entscheidungsspielraum zur Gestaltung individuell angepasster Versorgungsarrangements überlässt.

Drittens muss aber auch sichergestellt werden, dass die verwendete Ressourcenmenge – in Bezug auf die gesamtgesellschaftliche Präferenzordnung – nicht zu hoch und nicht zu niedrig ist. Werden die Versorgungskosten durch Dritte übernommen, entsteht die Gefahr einer

Überinanspruchnahme, da die Versorgten bei ihrer Nachfrageentscheidung die Kosten nicht berücksichtigen (müssen) und daher solange nachfragen, bis der Grenznutzen null ist. Da das gesamtgesellschaftliche Optimum aber bereits erreicht ist, wenn der Grenznutzen den Grenzkosten entspricht (und diese regelmäßig größer als null sind), resultiert eine Übernachfrage, die in der Wohlfahrtsökonomie seit Arrow (1968) unter dem Begriff des „Moral Hazard“ diskutiert wird. In Abschnitt 3.1 wird daher erörtert, inwieweit der in Abschnitt 2.2 propagierte Sockel-Spitze-Tausch *Moral Hazard-Verhalten* auslöst und mittels welcher Mechanismen dem entgegengesteuert werden kann.

In Bezug auf die *Stabilität* sind alternative Regelungen dann positiv zu bewerten, wenn sie nicht zu unkalkulierbaren Ausgaben- und damit – in Bezug auf eine beitragsfinanzierte Sozialversicherung – zu Beitragssatzsteigerungen führen, die einer nachhaltigen Finanzierung dieser Sozialversicherung entgegensteht. Eine bremsende Wirkung auf die Beitragssatzentwicklung hat dabei die Mobilisierung zivilgesellschaftlicher Ressourcen, die durch das neue Pflegegeld 2.0 erreicht wird. Welche quantitativen Folgen der Reformvorschlag für die Beitragssatzentwicklung hat, wird in Abschnitt 3.2 anhand von Modellrechnungen diskutiert.

Bezüglich der *Distribution* sind bei der Pflegesicherung insbesondere zwei normative Ziele von Bedeutung, die Bedarfs- und die Verteilungsgerechtigkeit. Die *Bedarfsgerechtigkeit* stellt darauf ab, inwieweit die individuellen Bedarfe gedeckt werden. Indem im Reformkonzept pauschale Versicherungszuschüsse durch individuell bedarfsgerechte Leistungsansprüche abgelöst werden, wird Bedarfsgerechtigkeit in der Langzeitpflege erstmals vollumfänglich gewährleistet. Die *Verteilungsgerechtigkeit* zielt dagegen insbesondere darauf ab, dass zwischen verschiedenen Pflegebedürftigen Gruppen in Bezug auf Region, Versorgungssektor oder Pflegegrad keine sachlich ungerechtfertigten Leistungsunterschiede vorliegen, also eine Gleichbehandlung aller Pflegebedürftigen vorliegt. Regionale Umverteilungswirkungen des Reformkonzepts werden in Abschnitt 3.3 diskutiert.

3.1 Moral Hazard

Moral Hazard kann immer dann auftreten, wenn ein Akteur entgeltliche Leistungen eines zweiten in Anspruch nimmt, diese aber von einem Dritten, etwa einer Versicherung, bezahlt werden. Die Übernahme von Risiken durch Versicherer verzerrt dabei die relativen Preise bzw. Opportunitätskosten der handelnden Akteure und kann zu Wohlfahrtsverlusten führen, da Menschen ihr Verhalten bei Vorhandensein von Versicherungsschutz ändern und dies für den Versicherer nicht erkennbar und daher auch nicht sanktionierbar ist (hidden action). Die Moral Hazard-Problematik kann dabei grundsätzlich in Bezug auf jede Form der Pflegeversicherung diskutiert werden (vgl. z. B. Meier 1998).

In Bezug auf den hier vorgelegten Reformvorschlag stellen sich zwei Fragen:

1. Führt der Sockel-Spitze-Tausch zu vollversicherungsinduzierten Mehrausgaben der Pflegesozialversicherung – und wenn ja, in welchem Umfang?
2. Sind derartige Ausgabensteigerungen Ausdruck von Überinanspruchnahme oder einer Schließung von Versorgungslücken?

Bezüglich der ersten Frage muss analysiert werden, welche der theoretisch denkbaren Formen von Moral Hazard tatsächlich zu erwarten sind und wie diesen begegnet werden kann. Hinsichtlich der zweiten Frage hatte schon Lungen (2012) vermutet, dass etwaige Inanspruchnahmesteigerungen in der häuslichen Pflege vor allem als Ausdruck einer akuten Unterversorgung in diesem Bereich zu werten seien. Die Ausdehnung der Inanspruchnahme über die individuelle Zahlungsfähigkeit und damit auch die individuelle Zahlungsbereitschaft hinaus ist gerade der Zweck der Versicherung und darf deshalb nicht als Moral-Hazard-bedingte Überinanspruchnahme diskreditiert werden. Tatsächlich liegt der Hauptzweck etwa der Krankenversicherung darin, Personen eine Krankenbehandlung auch dann zu ermöglichen, wenn deren Kosten die eigene aktuelle Finanzierungsmöglichkeit übertreffen. Erst durch den Versicherungsschutz und den damit verbundenen Ausgleich zwischen Gesunden als Nettozahlern und Kranken als Nettoleistungsempfängern wird es der gesamten Bevölkerung ermöglicht, kostspielige medizinische Versorgung zu nutzen. Dabei muss aber – auch bei einer Pflegevollversicherung – nicht nur im Detail geprüft werden, ob steigende Ausgaben, sondern auch ob fachlich nicht notwendige Überversorgung resultiert.

Moral Hazard kann ex ante (hier: vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit) oder ex post (nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit) erfolgen. *Ex-ante-Moral-Hazard* könnte darin bestehen, dass Versicherte aufgrund der Vollversicherung geringere Vorsorge zur Vermeidung des Versicherungsfalls treffen bzw. diesen sogar vorsätzlich herbeiführen oder den Versicherungsfall lediglich vortäuschen (vgl. Mager 1995). Das Auftreten von Pflegebedürftigkeit ist jedoch mit erheblichen Nutzeneinbußen verbunden, die den positiven Nutzen der Versicherungsleistung in aller Regel weit übersteigen. Die vorsätzliche oder fahrlässige Herbeiführung von Pflegebedürftigkeit scheint daher präferenztheoretisch unplausibel (so auch schon Buchholz/Wiegard 1992: 452 oder Prinz 1987: 108). Das Vortäuschen von Pflegebedürftigkeit ist hingegen zumindest in Bezug auf das Pflegegeld finanziell attraktiv. Bereits seit Einführung der Pflegeversicherung bestand daher schon die Notwendigkeit, das Vortäuschen des Versicherungsfalls zu verhindern, dem wurde dadurch Rechnung getragen, dass eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst erfolgt, der regelmäßig in der Lage sein sollte, entsprechende Simulationen aufzudecken. Entscheidend für die Bewertung des Reformvorschlags ist, dass der Anreiz durch Vortäuschen von Pflegebedürftigkeit Geldleistungen zu erhalten durch die Reform sinkt. Derzeit kann das Pflegegeld nämlich ohne weitere Auflagen bezogen werden. Das Pflegegeld 2.0 wird hingegen für die Übernahme von Leistungen gewährt, und

diese Leistungserbringung kann grundsätzlich überprüft und eine Nichterbringung sanktioniert werden (vgl. Abschnitt 2.3.3.3).

Ex-post-Moral-Hazard kann sich in einer Pflegevollversicherung ausdrücken in

- der Wahl einer teureren Versorgungsform,
- der Wahl eines teureren Leistungsanbieters und
- einer Steigerung der in Anspruch genommenen Menge pflegerischer Leistungen.

Für jede dieser denkbaren Formen wird nachstehend diskutiert, welche Relevanz sie hat und inwieweit sich das jeweilige Moral Hazard-Risiko durch die vorgeschlagene Reform verändert.

3.1.1 Moral Hazard durch Wahl einer teuren Versorgungsform

Derzeit lassen sich drei Grundpflegesettings unterscheiden:

- *Informell-ambulante Pflege* ohne Beteiligung von Pflegediensten,
- *formell-ambulante Pflege* unter Beteiligung von Pflegediensten und
- *formell-stationäre Pflege* (vgl. Rothgang et al. 2016: 141f. für eine entsprechende Definition).

Während im informellen Setting insbesondere das Pflegegeld in Anspruch genommen wird, werden bei formell-ambulanter Pflege vor allem Pflegesach- oder Kombileistungen, teilweise in Kombination mit teilstationärer Pflege, Verhinderungspflege und anderen ergänzenden Leistungen genutzt, während im Pflegeheim vor allem Leistungen gemäß § 43 SGB XI zum Tragen kommen.

Der Sockel-Spitze-Tausch, verändert nun die Relation der Leistungshöhen im Vergleich dieser Settings. Es kann daher gefragt werden, welche Verschiebungen zwischen diesen Settings aufgrund veränderter Anreizstrukturen zu erwarten sind und welche Folgen dies für die Ausgaben der Pflegeversicherung hat. Dabei kann eine kurzfristige Perspektive eingenommen werden, bei der die Wirkungen zum Umstellungszeitpunkt betrachtet werden, und eine langfristige Perspektive, bei der auch die zu erwartenden Entwicklungen im Zeitverlauf Berücksichtigung finden. Nachfolgend wird daher zunächst auf möglichen Verschiebungen zwischen formell-ambulanter Pflege und Heimpflege (Abschnitt 3.1.1.1) und dann auf potenzielle Verschiebungen zwischen informell-ambulanter und Heimpflege eingegangen (Abschnitt 3.1.1.2).

3.1.1.1 Verschiebungen zwischen formell-ambulanter und vollstationärer Pflege

Im vorgeschlagenen Reformmodell verringert sich bundesdurchschnittlich der Eigenanteil bei vollstationärer Versorgung. Teilweise wird gefolgert, dass daher ein „Heimsog“ zu erwarten sei. Tatsächlich sind die Determinanten für die Wahl einer Heimunterbringung komplex und die monetären Erwägungen nur ein Teil davon (Häcker / Raffelhüschen 2007;

Unger et al. 2015). Für einkommens- und vermögensschwache Pflegebedürftige, die bei vollstationärer Versorgung Hilfe zur Pflege erhalten – derzeit rund ein Drittel aller Heimbewohner – ist eine Veränderung der Eigenanteile, die lediglich die Höhe der Sozialhilfe beeinflusst, sogar vollkommen bedeutungslos.

Für die übrigen Pflegebedürftigen bleiben auch nach einem Sockel-Spitze-Tausch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die nicht öffentlich geförderten Investitionskosten, im Bundesdurchschnitt derzeit 1.212 Euro pro Monat (Tabelle 3 auf Seite 18) mit steigender Tendenz, sowie der im Modell auf 471 Euro festgesetzte Sockelbetrag, insgesamt also ein bundesdurchschnittlicher Eigenanteil von knapp 1.700 Euro privat zu tragen. Angesichts der Höhe dieses Wertes kann ausgeschlossen werden, dass Pflegebedürftige leichtfertig in die stationäre Versorgung wechseln, weil der reduzierte Eigenanteil knapp 200 Euro niedriger liegt als der derzeitige Gesamteigenanteil von 1.874 Euro. Bei der Bewertung dieses Betrags ist zudem zu beachten, dass Pflegebedürftige zunehmend bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit noch in Partnerschaft leben. Wechselt nur ein Partner ins Pflegeheim, bleiben die Mietkosten für den anderen erhalten. Werden dagegen beide Partner stationär gepflegt, belaufen sich die durchschnittlichen Gesamteigenanteile auch im Modell des Sockel-Spitze-Tauschs schon auf 3.366 Euro. Insgesamt ist daher nicht damit zu rechnen, dass es durch Einführung eines Sockel-Spitze-Tauschs zu nennenswerten Verschiebungen von formell-ambulanter zu stationärer Pflege kommt.

Selbst wenn es zu solchen Verschiebungen käme, wäre das für die Pflegeversicherung nicht mit Ausgabensteigerungen verbunden. Wie Tabelle 7 zeigt, wurden die Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI und für vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI in den letzten Reformen schon weitgehend angeglichen. Lediglich in Pflegegrad 4 sind die Leistungen bei vollstationärer Pflege deutlich höher als die ambulanten Sachleistungen.

Tabelle 7: Monatliche maximale Leistungshöhen für Pflegesachleistungen und vollstationäre Pflege im Status quo, 2019

	(1)	(2)	(3) = (2) – (1)	(4) = (3) / (2)
Pflegegrad	Pflegesachleistungen in Euro	Vollstationäre Pflege in Euro	Differenz der Beträge in Euro	Differenz der Beträge in % von (1)
Pflegegrad 2	689	770	81	11
Pflegegrad 3	1.298	1.262	-36	-3
Pflegegrad 4	1.612	1.775	163	9
Pflegegrad 5	1.995	2.005	10	0

Quelle: Eigene Zusammenstellung der Leistungssätze im SGB XI

Dabei ist aber noch nicht berücksichtigt, dass die Pflegeversicherung allein für die soziale Sicherung der Pflegepersonen, zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistun-

gen, Verhinderungspflege, Hilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Tages- und Nacht sowie Kurzzeitpflege im Jahr 2018 insgesamt rund 7,5 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt hat. Umgerechnet auf 2,394 Mio. Empfänger von Pflegegeld, Pflegesachleistungen oder Kombinationsleistungen entspricht das einem monatlichen Betrag von 260 Euro pro pflegebedürftiger Person (Tabelle 8).¹⁰

Tabelle 8: Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für Ergänzungsleistungen

Leistungsart	Leistungsausgaben im Jahr 2018 in Mrd. Euro	Durchschnittliche monatliche Ausgaben pro pflegebedürftiger Person in Euro
Soziale Sicherung der Pflegeperson	2,10	73,11
Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen	1,63	56,74
Verhinderungspflege	1,25	43,51
Hilfsmittel / Wohnumfeldverbesserung	1,06	36,90
Tages- und Nachtpflege	0,8	27,85
Kurzzeitpflege	0,65	22,63
Summe	7,49	260,74

Quelle: BMG 2019c und BMG 2019f.

Unter Berücksichtigung dieser Leistungen ist die formell-ambulante Pflege daher in allen Pflegegraden für die Pflegeversicherung im Durchschnitt ausgaben trächtiger als die vollstationäre, so dass selbst eine Verschiebung der Anteile von formell-ambulanter zu vollstationärer Pflege zum Umstellungszeitpunkt keine Mehrausgaben verursachen würde.

Bei *langfristiger Betrachtung* erhöhen sich die Kosten formeller Pflege durch einen höheren Personaleinsatz und steigende Entlohnung. Das betrifft allerdings alle Formen formeller Pflege gleichermaßen, so dass die differenziellen Ergebnisse davon unbeeinflusst bleiben.

3.1.1.2 Verschiebungen zwischen informeller und vollstationärer Pflege

Ein anderes Bild ergibt sich, wenn Pflegegeldbezieher in vollstationäre Pflege wechseln. Wie Tabelle 9 zeigt, liegen die Leistungsbeträge für vollstationäre Pflege in allen Pflegegraden erheblich über denen für das Pflegegeld (Spalte 3). Dieser Effekt wird etwas gemildert, wenn die Ergänzungsleistungen gemäß Tabelle 8 berücksichtigt werden (Spalte 4). Der Unterschied bleibt aber groß, so dass konzentriert werden muss, dass sich die Ausgaben der Pflege-

¹⁰ In Pflegegrad 1 wird lediglich der Entlastungsbetrag von monatlich 125 Euro gemäß § 45b SGB XI gewährt. Anspruch auf Pflegegeld und/oder Pflegesachleistungen bestehen dagegen nicht. Auch bei vollstationärer Pflege erhalten Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro (§ 43 Abs. 3 SGB XI).

versicherung deutlich erhöhen würden, wenn es zu einer relevanten Verschiebung von informeller Pflege in vollstationäre Pflege käme.

Tabelle 9: Monatliche maximale Leistungshöhen für Pflegegeld und vollstationäre Pflege im Status quo, 2019

	(1)	(2)	(3) = (2) – (1)	(4) = (2) – (1) – 261
	Pflegegeld in Euro	Vollstationäre Pflege in Euro	Differenz der Beträge in Euro	Differenz der Beträge in Euro
Pflegegrad 2	316	770	454	193
Pflegegrad 3	545	1.262	717	456
Pflegegrad 4	728	1.775	1.047	786
Pflegegrad 5	901	2.005	1.104	843

Quelle: Eigene Zusammenstellung der Leistungssätze im SGB XI

Tatsächlich ist aber auch hier zum Umstellungszeitpunkt nicht mit einer Verschiebung zu rechnen. Die Eigenanteile der vollstationären Pflege sinken lediglich um weniger als 200 Euro, was angesichts eines Gesamteigenanteils von derzeit knapp 1.900 Euro nur für wenige Personen die Entscheidung für oder gegen Heimpflege beeinflussen dürfte. Dies gilt umso mehr als Heimpflege für diese Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörige mit erheblichen *Opportunitätskosten* verbunden ist, nämlich dem Verzicht auf das Pflegegeld. Dabei wird Pflegegeld insbesondere von einkommensschwächeren Haushalten in Anspruch genommen (Lüngen 2012: 6 f.; Unger und Rothgang 2013), für die der Wegfall des Pflegegeldes häufig keine Option ist, da dieses als integraler Bestandteil des Haushaltseinkommens unverzichtbar ist. Das Pflegegeld 2.0 ist im Reformvorschlag daher so kalibriert, dass es – nach Abzug des Sockelbetrags – und bei vollständiger Übernahme aller Leistungen in allen Pflegegrad höher ist als das alte Pflegegeld (Tabelle 6), in Pflegegrad 4 und 5 sogar deutlich. Für Personen in diesen Pflegegraden verringert sich der differenzielle Anreiz daher noch einmal entsprechend.

Langfristig wird das Heim für viele Menschen ohne Reform unerschwinglich. Dramatisch steigende Eigenanteile, die sich ergeben, wenn der Status quo des Finanzierungssystems der Langzeitpflege beibehalten wird, führen so zu einer rationierenden Wirkung, die die Pflegeversicherung entlastet. Insofern Pflegebedürftige in der Folge bedarfsnotwendige formelle Pflege nicht mehr erhalten, verfehlt die Pflegeversicherung dann aber ihre Versorgungsziele. Zudem sind Ausweichreaktionen zu erwarten. Schon derzeit steigen die Marktanteile für Versorgungsmodelle, in denen Pflegesachleistungen und teilstationäre Pflege verknüpft werden. Wie Abbildung 10 zeigt, können durch Kumulation verschiedener formeller Pflegeleistungen im ambulanten Setting (sogenannte „Stapelleistungsmodelle“) schon heute höhere Leistungsentnahmen aus der Sozialversicherung erfolgen als bei vollstationärer Pflege.

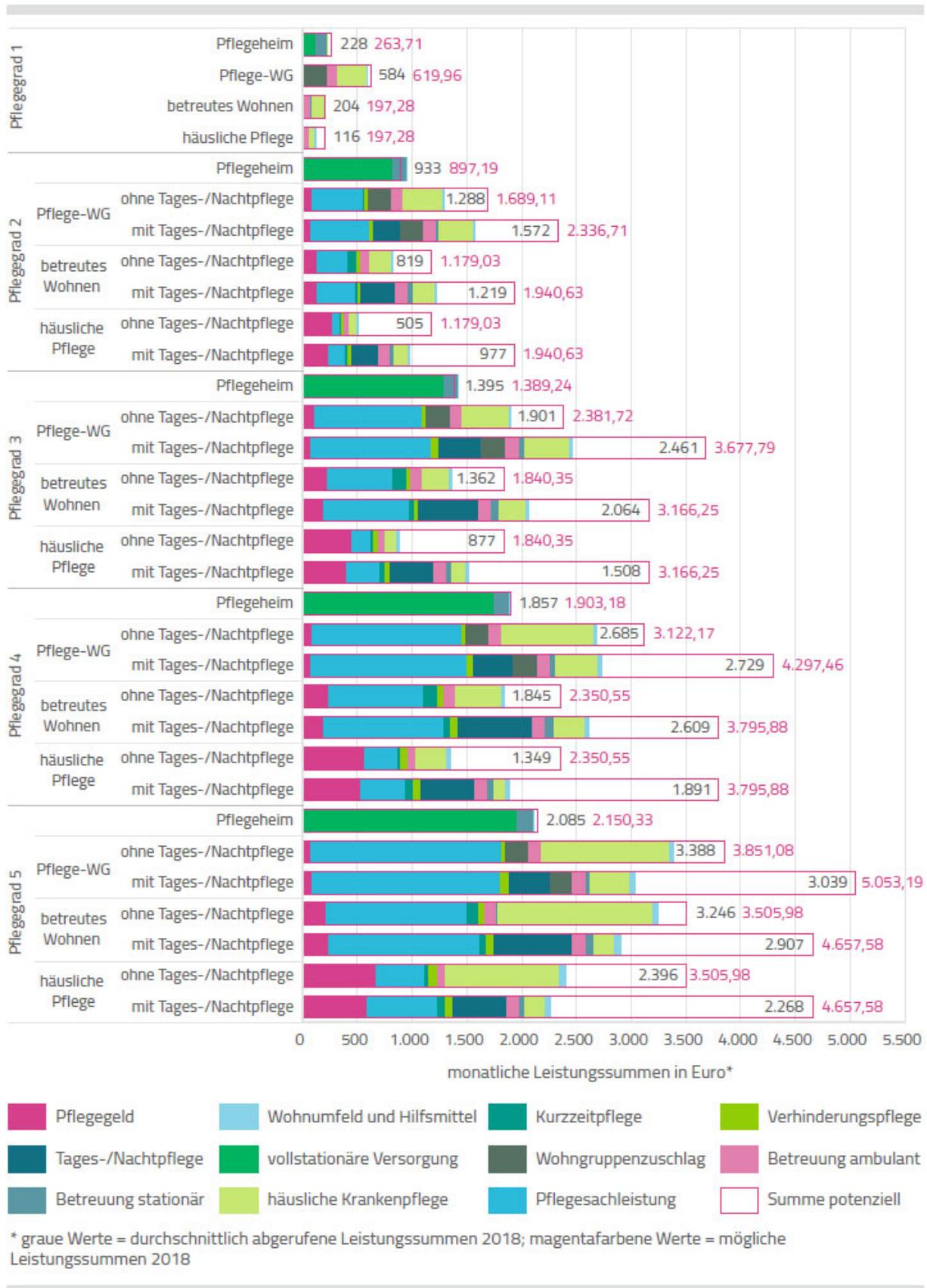


Abbildung 10: Durchschnittliche Leistungen der Sozialversicherung für Pflegebedürftige in verschiedenen Settings

Quelle: Rothgang/Müller 2019: 150, basierend auf den BARMER-Daten 2018, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Steigen die Eigenanteile – ohne Finanzreform – weiter, ist davon auszugehen, dass derartige Modelle weiter an Bedeutung gewinnen (vgl. Rothgang / Müller 2019). Das Potential für damit verbundene Ausgabensteigerungen verdeutlicht Abbildung 10: Zwar liegt die Leistungsentnahme bei betreutem Wohnen und für Pflege-WGs schon heute regelmäßig oberhalb der realisierten Beträge für vollstationäre Pflege. Während die Leistungen in stationärer Pflege aber fast vollständig ausgeschöpft sind, zeigen sich bei den Stapelleistungsmodellen noch erhebliche Spielräume für eine Ausweitung der Leistungsanspruchnahme. Langfristig kann der Sockel-Spitze-Tausch somit sogar zu einer Kostenbegrenzung beitragen, indem er die Option für vollstationärer Pflege weiter für einen großen Teil der Pflegebedürftigen offenhält. Die sektorenfreie Versorgung verhindert Stapelleistungsmodelle zudem aktiv.

3.1.2 Moral Hazard durch Wahl eines teuren Leistungsanbieters

Die Vergütungssätze für *ambulante Pflegeleistungen* werden bereits derzeit auf Landesebene anhand von Leistungskomplekatalogen verhandelt. Die Kostenträger haben damit die Möglichkeit, die Preise zu kontrollieren und zu hohe Vergütungen von vorne herein zu verhindern. Die vereinbarten Vergütungssätze gelten für alle Pflegedienste, lediglich zwischen freigemeinnützigen und privaten Trägern werden in einigen Ländern Unterschiede gemacht. Werden einheitliche Modulpreise auf Landesebene vereinbart, ist Preis-Moral Hazard in Bezug auf die individuelle Wahl eines teureren Leistungsanbieters unmöglich, und das (einheitliche) Preisniveau ist durch das Verhandlungssystem seitens der Kostenträger steuerbar.

Anders ist dies im Bereich der *vollstationären Pflege*. Hier unterscheiden sich die Pflegesätze derzeit sowohl zwischen als auch innerhalb der Bundesländer erheblich. Abbildung 11 verdeutlicht das anhand des Einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEE).¹¹ Die jeweilige Box umfasst dabei die EEE in den „mittleren“ 50 % der Einrichtungen. Außerdem sind Median (als Strich in der Box), Mittelwert sowie das Perzentil der 5. und 95. Ordnung angegeben. Wie die Abbildung zeigt, liegt der mittlere monatliche EEE in Thüringen bei unter 300 Euro, in Baden-Württemberg dagegen bei über 900 Euro. Auch in Baden-Württemberg liegt der EEE für die 25% billigsten Einrichtungen aber bei unter 700 Euro, für das teuerste Viertel der Einrichtungen aber bei über 1.200 Euro. Auch innerhalb des Landes sind die Unterschiede somit groß, und ähnlich erhebliche Unterschiede zeigen sich auch für die anderen Länder.

¹¹ Die Betrachtung der EEE anstelle der Pflegesätze hat den Vorteil, dass die Pflegegradstruktur dabei nicht beachtet werden muss.

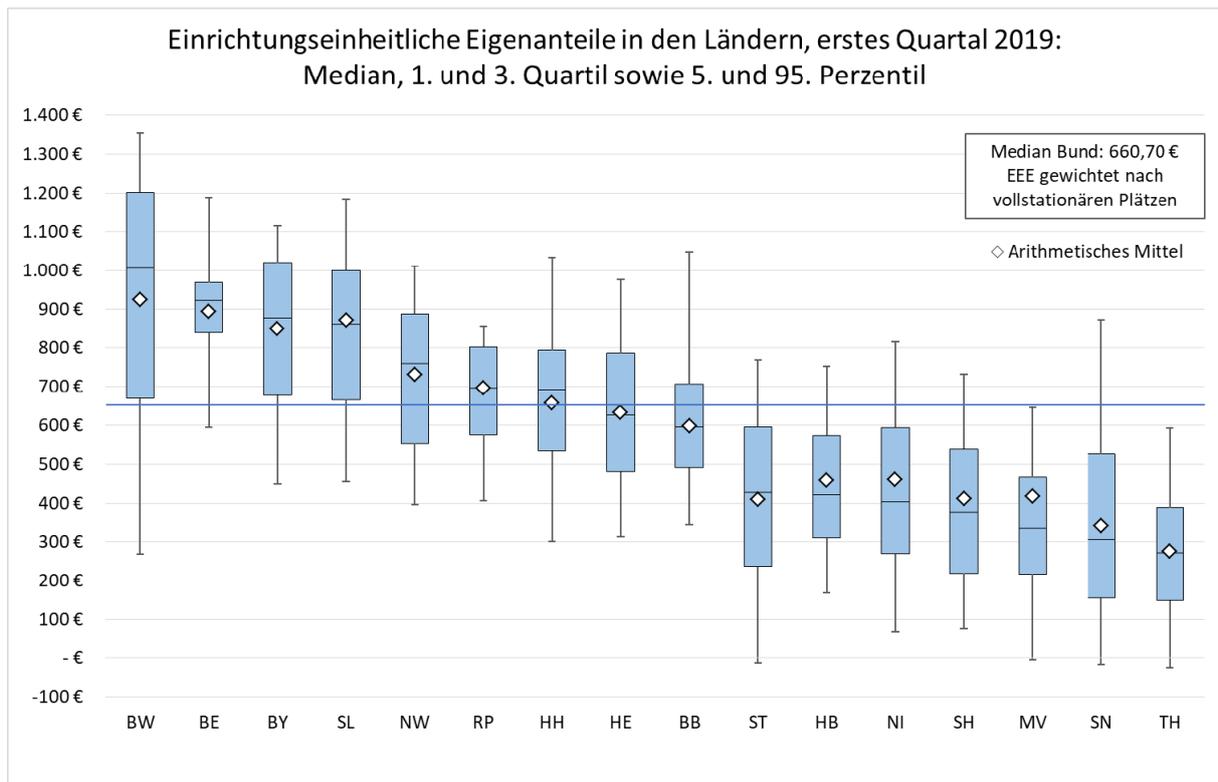


Abbildung 11: Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil in den Bundesländern im 1. Quartal 2019

Quelle: Rothgang et al. 2019a: 142, beruhend auf Daten von mehr als 11 Tausend Pflegeheimen, zur Verfügung gestellt vom vdek.

Grundsätzlich besteht im stationären Sektor also die Gefahr, dass Pflegebedürftige bei Umsetzung des Sockel-Spitze-Tauschs den Anreiz verlieren, sich ein günstiges Heim auszusuchen und stattdessen vor allem teurere Heime nachgefragt werden, was zu Zusatzausgaben der Pflegeversicherung führt.

Allerdings dürfte sich diese Ausgangssituation in näherer Zukunft ändern. In der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) haben sich die Partner darauf verständigt, in der Langzeitpflege eine Verbesserung der Entlohnung der Pflegekräfte durch Mindestlohnsetzung und/oder Stärkung der Rolle von Tarifverträgen anzustreben (BMG 2019a: 166 ff.). Dies führt zu einer Angleichung der bislang sehr unterschiedlichen Entlohnung und – bei kostenorientierten Pflegesatzverhandlungen – dann auch zu einer Angleichung der Pflegesätze. Den gleichen Effekt dürfte die Umsetzung des bundesweiten Personalbemessungsverfahrens gemäß § 113c SGB XI haben, die ebenfalls in der KAP vereinbart wurde (BMG 2019a: 144 f.). Werden aber Personalmengen und Personalkosten angeglichen, sollten sich auch die Pflegesätze angleichen, so dass die Voraussetzungen für Moral Hazard durch Wahl eines teuren Anbieters auch im Heimsektor in naher Zukunft verschwinden dürften.

Um diesen Konvergenzprozess zu beschleunigen, könnte die Vergütung generell auch auf einen (landesweiten) Einheitspflegesatz umgestellt werden, der pro Pflegegrad dann für alle Pflegeheime gilt und durch konzeptbezogene Zuschlagsfaktoren angereichert werden kann

(vgl. Weiß 2016). Vorbild hierfür könnte der – ungleich komplexere – Krankensektor sein. In diesem werden aufwandsgleiche Fälle in Fallgruppen (DRGs) eingeordnet. Jede Fallgruppe erhält dann ein Relativgewicht. Die Erlöse für einen Fall ergeben sich durch Multiplikation des Relativgewichts mit einem landeseinheitlichen Wert, dem Landesbasisfallwert. Dieser Landesbasisfallwert ist inzwischen zwischen den Ländern weitgehend angeglichen. Für 15 der 16 Bundesländer liegt er in einem Korridor von 50 Euro und damit von 1,5 % des Landesbasisfallwertes. Lediglich in Rheinland-Pfalz liegt er etwa fast 5 % über dem Mittelwert der anderen Länder (Abbildung 12). Würde in vergleichbarer Weise auch für Pflegeeinrichtungen ein derartiger Einheitspflegesatz eingeführt, entfällt die Möglichkeit eines Moral Hazard in Bezug auf die Wahl einer teuren Einrichtung vollständig.

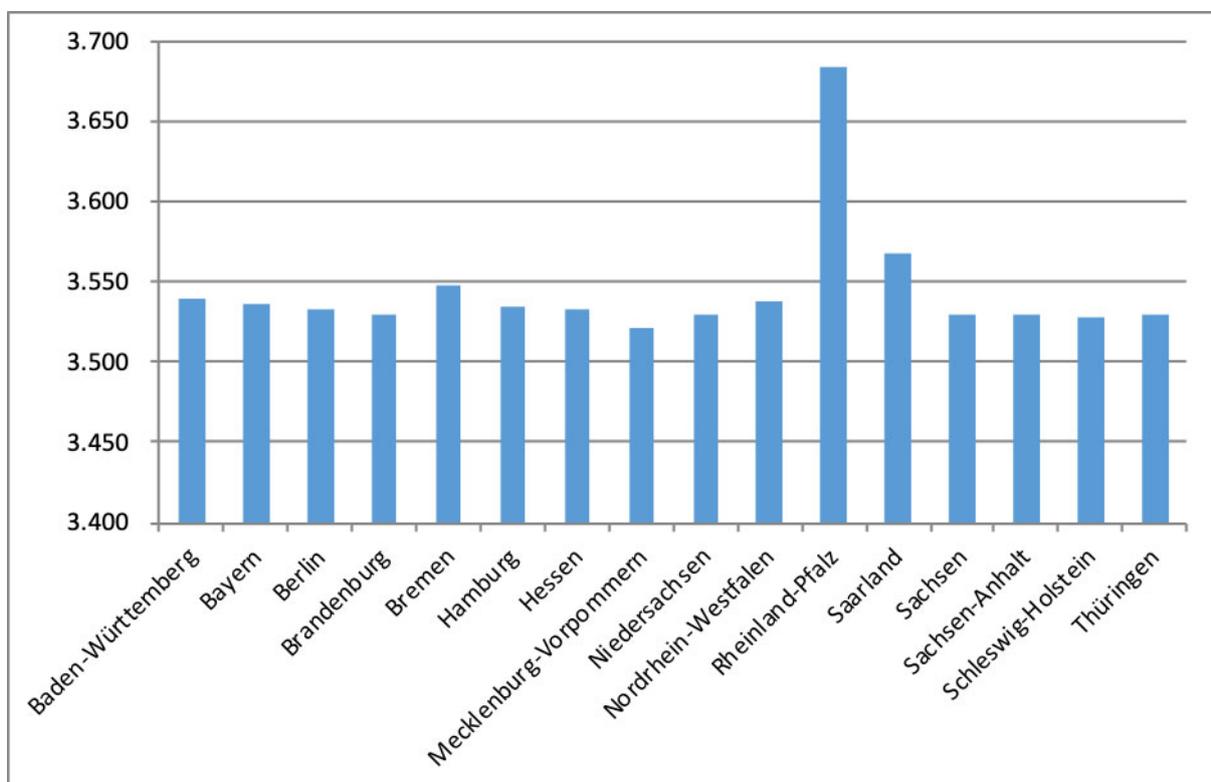


Abbildung 12: Landesbasisfallwerte für deutsche Krankenhäuser 2019

Quelle: vdek 2019.

3.1.3 Moral Hazard durch Steigerung der Menge der in Anspruch genommenen Pflegeleistungen

Das einzige verbleibende mögliche Problem liegt somit in der *Steigerung der Menge* der in Anspruch genommenen Pflegeleistungen. Da die stationäre Pflege immer alle notwendigen Pflegeleistungen umfasst, kann dieses Problem nur bei der häuslichen Pflege auftreten. Hier ist es denkbar, dass Pflegehaushalte die Zahl der Pflegeeinsätze erhöhen, wenn diese auf-

grund der Vollversicherung auch über das bisherige Ausmaß hinaus nicht mit weiteren Kosten für die Haushalte verbunden sind.

Allerdings stellt sich dann die Frage, ob es sich um eine Moral-Hazard-bedingte Überversorgung handelt oder ob bislang bestehende Versorgungsdefizite ausgeglichen werden. Für Letzteres sprechen etwa die Befunde des DAK-Pflegereports (Klie 2018) und des BARMER Pflegereports (Rothgang / Müller 2018). Unterstützt wird dies weiterhin durch die Tatsache, dass bereits heute in vielen Pflegehaushalten zusätzliche Pflegeleistungen privat finanziert werden. Diese Leistungen sind definitionsgemäß nicht Moral-Hazard-bedingt, da die Selbstbeteiligung hierbei 100 % beträgt.

Die zentrale Maßnahme gegen eine mögliche Moral-Hazard-bedingte Überinanspruchnahme im Bereich der häuslichen Pflege ist jedoch *die individuelle Bedarfsfeststellung*, verknüpft mit einem individuellen Pflegeplan und einem individuellen beratenden Case Management (vgl. Abschnitt 2.4). Damit kann nicht nur der Gefahr von Moral Hazard entgegengetreten werden. Vielmehr wird damit auch das Hauptdefizit der derzeitigen Situation in der häuslichen Pflege adressiert: das Fehlen von Case und Care Management, das einem gelingenden Leben bei Pflegebedürftigkeit bislang im Wege steht.

3.2 Finanzielle Wirkungen

Nachfolgend wird dargestellt, welche finanziellen Wirkungen durch die vollständige Umsetzung beider Reformlinien zu erwarten sind. Dabei werden die Gesamtausgaben der Pflegeversicherung für die aktuelle Ausgestaltung der Pflegeversicherung und die vorgeschlagene Alternative Ausgestaltung bis ins Jahr 2045 vorausberechnet und gegenübergestellt. Hierzu werden zunächst die Grundlagen der Berechnung (Abschnitt 3.2.1) und die Methodik zur Berechnung des Sockels (Abschnitt 3.2.2) dargestellt. Nachdem die Ergebnisse der Berechnungen in Abschnitt 3.2.3 für die einzelnen Szenarien präsentiert wurden, wird in Abschnitt 3.2.4 abschließend eine Zusammenschau der Ergebnisse vorgenommen.

3.2.1 Grundlagen der Berechnungen

Endpunkte der nachstehenden Berechnungen sind

- a) die vom Pflegebedürftigen zu zahlenden Eigenanteile bzw.
- b) die Sockelhöhe unabhängig vom Ort der Pflege sowie
- c) die Beitragssatzentwicklung.

Zur Berechnung dieser Endpunkte werden szenarienübergreifend empirische Daten zu den nach Beitragszahlergruppen differenzierten beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten, zur demographischen Struktur, den Pflegeprävalenzen und dem Inanspruchnahmeverhalten Pflegebedürftiger sowie den Durchschnittskosten für die einzelnen Leistungsarten benötigt.

3.2.1.1 Annahmen zur Ausgabenseite

Zur Bestimmung der *Fallzahlen* wurde die Entwicklung der Bevölkerung entsprechend der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes für die Jahre 2017–2060 (Variante „Kontinuität bei schwacher Zuwanderung“, G1-L1-W1) verwendet (Statistisches Bundesamt 2019). Auf diese Bevölkerungsstruktur werden über Zeit konstante

- Pflegeprävalenzen differenziert nach Alter, Geschlecht und Pflegegrad sowie
- Inanspruchnahmequoten einzelner Leistungen und deren durchschnittliche Höhe angewendet (BMG 2019b; BMG 2019c; BMG 2019d).

Zur Bestimmung der *Gesamtausgabenentwicklung ohne Strukturreform* wurden alle Positionen der Finanzentwicklung der SPV mit Ausnahme der Zuführungen zum Pflegevorsorgefonds über die Entwicklung der Leistungsempfängeranzahl fortgeschrieben. Die Berechnungen der ambulanten und stationären Sachleistungsausgaben und des Pflegegeldes erfolgen jeweils ausgehend von den pflegegraddifferenzierten pflegebedingten Fallkosten des Jahres 2018. Diese ergeben sich für stationäre und ambulante Sachleistungen sowie für das Pflegegeld jeweils durch Addition der Leistungsbeträge des SGB XI und der durchschnittlichen Eigenanteile. Letztere werden für stationäre Sachleistungen mit 662 Euro, für ambulante Sachleistungen und Pflegegeld mit jeweils 200 Euro angesetzt. Die differenzierten Fallkosten wurden darüber hinaus mit einer *lohnindexierten Dynamisierung* über Zeit fortgeschrieben, die eine jährliche Reallohnsteigerung von 1 Prozent in die Ausgabenberechnung einbezieht.

Die Berechnung der *Gesamtkosten nach der Strukturreform* folgt der gleichen Methodik, jedoch werden die Ergänzungsleistungen Verhinderungspflege, Tages-/Nachtpflege, zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen, Kurzzeitpflege und die stationären Vergütungszuschläge nicht fortgeschrieben, da diese Kosten in der bedarfsgerechten Leistungszumessung bereits berücksichtigt sind (vgl. Rothgang / Domhoff 2019 für Details der Berechnung).

3.2.1.2 Annahmen zur Einnahmenseite

Grundlage für die Berechnung der *durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen* ist die *Zahl der Beitragszahler* in den einzelnen Beitragszahlergruppen. Sie wird über die Bevölkerungszahlen der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes für die Jahre 2017–2060 (Variante „Kontinuität bei schwacher Zuwanderung“, G1-L1-W1) (Statistisches Bundesamt 2019) abgeleitet und mit den Potenzialerwerbsquoten bis 2045 nach Alter und Geschlecht des IAB kombiniert (Fuchs et al. 2017). Zusätzlich wurden die Informationen der Bundesagentur für Arbeit (BA 2018) zur Bestimmung der Anteile von Arbeitslosen und Berufstätigen im Jahr 2017 herangezogen. Zur Ermittlung der Rentenbestände in der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 2017 wurde dem Bundesministerium

für Arbeit und Soziales (BMAS 2018) gefolgt. Zur Höhe der Einkommen wurde das sozioökonomische Panel (SOEP) in der Version 34 (Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) 2019) verwendet. Im Zeitverlauf wurden Reallohnsteigerungen im jährlichen Umfang von 1 Prozent einbezogen und eine Rentensteigerung entsprechend der Lohnentwicklung angenommen. Hieraus ergibt sich dann ebenfalls ein jährlicher Anstieg der (realen) beitragspflichtigen Einkünfte pro Beitragszahler um 1 Prozent (vgl. Rothgang / Domhoff 2019 für Details).

3.2.2 Berechnung des Sockelbetrages

Die Berechnung des Sockelbetrages erfolgt für die projizierten Eigenanteilszahlungen des Jahres 2020 summentreu, die Gesamtsumme aller Eigenanteile wird somit zum Umstellungszeitpunkt konstant gehalten. Für *Pflegebedürftige in stationärer Versorgung* werden die Gesamtkosten des Jahres 2018 um die Kosten der Medizinischen Behandlungspflege in Höhe von geschätzten 2,5 Mrd. Euro bereinigt. Dies entspricht einer durchschnittlichen monatlichen Reduzierung der Eigenanteile in Höhe von 267 Euro. Für *alle anderen Pflegebedürftigen in den Pflegegraden 2-5* wird ein monatlicher Eigenanteil von 200 Euro im Jahr 2018 angesetzt. Hieraus ergibt sich – ohne zeitliche Begrenzung der Zahlung des Sockelbetrags – eine rechnerische Sockelhöhe von 272 Euro.

Zur Berechnung des Effektes der Einführung einer Karenzzeit (vor Vollübernahme der pflegebedingten Kosten durch die Pflegeversicherung) von $t^* = 48$ Monaten auf den Sockel wird auf die Überlebensstatistik der Pflegebedürftigen der Pflegezugangskohorte des Jahres 2012 zurückgegriffen. Unter Verwendung der Echtwerte für die ersten 60 Monate und einer Fortschreibung für weitere 240 Monate mit einer monatlichen Überlebensrate von 98,2 % zeigt sich, dass zu t^* 57,76 % der Gesamteigenanteilszahlungen der Kohorte bereits geleistet sind. Unter Ansatz dieses Faktors ergibt sich für einen auf 48 Monate zeitlich begrenzter Sockelbetrag in Höhe von 471 Euro.

3.2.3 Untersuchte Szenarien

Insgesamt sind zur Abschätzung der Finanzwirkungen der Alternativen Ausgestaltung der Pflegeversicherung *drei Szenarien* erforderlich:

Als Ausgangspunkt dient ein Szenario, das den *Status quo* über Zeit fortschreibt. Hierdurch kann berechnet werden, welche Effekte entstünden, wenn alle Regelungen auf dem Stand des Jahres 2018 fixiert würden. Allerdings wird dabei – abweichend vom rechtlichen Status quo – eine lohn-, und keine inflationsindexierte Leistungsdynamisierung unterstellt. Ihre Begründung findet diese Setzung darin, dass eine positive Reallohnentwicklung und eine Preisentwicklung für Pflegeleistungen in Anlehnung an die Lohnentwicklung angenommen werden. Vor diesem Hintergrund würde eine Leistungsdynamisierung mit der Inflationsrate zu einem permanenten Kaufkraftverlust der Versicherungsleistungen führen, der nicht reali-

stisch unterstellt werden kann. Da für die Leistungsdynamisierung und die Preisentwicklung für formelle Pflegeleistungen so die gleiche Rate unterstellt wird, bleiben die Eigenanteile des Status quo im Zeitverlauf real, also deflationiert, konstant. Das derart definiert Status quo-Szenario bildet einen Vergleichspunkt für alle anderen Szenarien und Berechnungen, bezieht jedoch noch nicht die bereits absehbaren kostenwirksamen Entwicklungen im Leistungsgeschehen, insbesondere eine deutliche Steigerung der Entlohnung und der Stellen Schlüssel für formelle Pflege mit ein.

Im *Referenzszenario* wird daher mit realitätsnäheren Annahmen gearbeitet, die die Notwendigkeit einer steigenden Entlohnung für Pflegekräfte und einen Personalaufwuchs in der professionellen Pflege einbeziehen, die beide mit einer bedarfsgerechten Leistungszumessung einhergehen werden. Im Referenzszenario wird daher berechnet, welche finanziellen Effekte durch die Umsetzung einer entsprechenden Personalsituation auf die Pflegebedürftigen zukämen. Weitere Reformelemente werden hier noch nicht einbezogen. Im Ergebnis führt das dazu, dass die steigenden Pflegesätze ausschließlich mittels steigender Eigenanteile der Pflegebedürftigen finanziert werden.

Da es aus heutiger Sicht unrealistisch ist, dass alle Kosten, die mit einer bedarfsorientierten Personalausstattung und -entlohnung entstehen, allein durch die Pflegebedürftigen getragen werden können, wird im *Reformszenario* modelliert, welche Auswirkungen die beiden zuvor skizzierten Reformelemente – Sockel-Spitze-Tausch und Schaffung sektorenfreier Versorgungsstrukturen – auf die Pflegebedürftigen und die Beitragszahler haben. Die finanziellen Auswirkungen dieser Reformszenarien können dann in Relation – vor allem zu den Basisszenarien – als differentiellen Effekte zwischen den zu erwartenden Entwicklungen ohne und mit Finanzierungsreform interpretiert und beurteilt werden.

Tabelle 10 fasst die Verwendete Szenarien und die darin Eingang findenden Setzungen noch einmal überblickartig zusammen.

Tabelle 10: Szenarien zur Berechnung von Beitragssatz und Eigenanteilen

	Status quo-Szenario	Referenzszenario	Reformszenario
Demographische Entwicklung	X	X	X
Lohnindexierte Leistungsdynamisierung	X	X	X
Verbesserung der Arbeitsbedingungen		X	X
Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung			X

3.2.3.1 Ergebnisse des Status quo-Szenarios

Im Status quo-Szenario wird die Beitragssatzentwicklung ausschließlich durch die demographische Entwicklung und die angenommene lohnindexierte Leistungsdynamisierung vorangetrieben. Obwohl also weder Personalmehrung noch überdurchschnittliche Lohnsteigerungen einfließen, ergibt sich ein Anstieg des ausgabendeckenden Beitragssatzes von rund 3,1 Prozent im Jahr 2020 auf gut 4,5 Prozent im Jahr 2045 (Abbildung 13). Bereits ohne eine Berücksichtigung der angekündigten Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege, die sich besonders auf eine Erhöhung der Personalmenge und eine Angleichung des Lohnniveaus zwischen Akut- und Langzeitpflege beziehen, müsste der zum Ausgabenausgleich notwendige Beitragssatz in den nächsten 25 Jahren somit um etwa die Hälfte angehoben werden. Dies ist zu beachten, wenn die Beitragssatzentwicklung des Referenz- und des Reformszenarios betrachtet werden. Der Eigenanteil für stationäre Pflege bleibt annahmegemäß im Zeitverlauf konstant. Gleiches gilt für den Eigenanteil bei ambulanter Pflege.

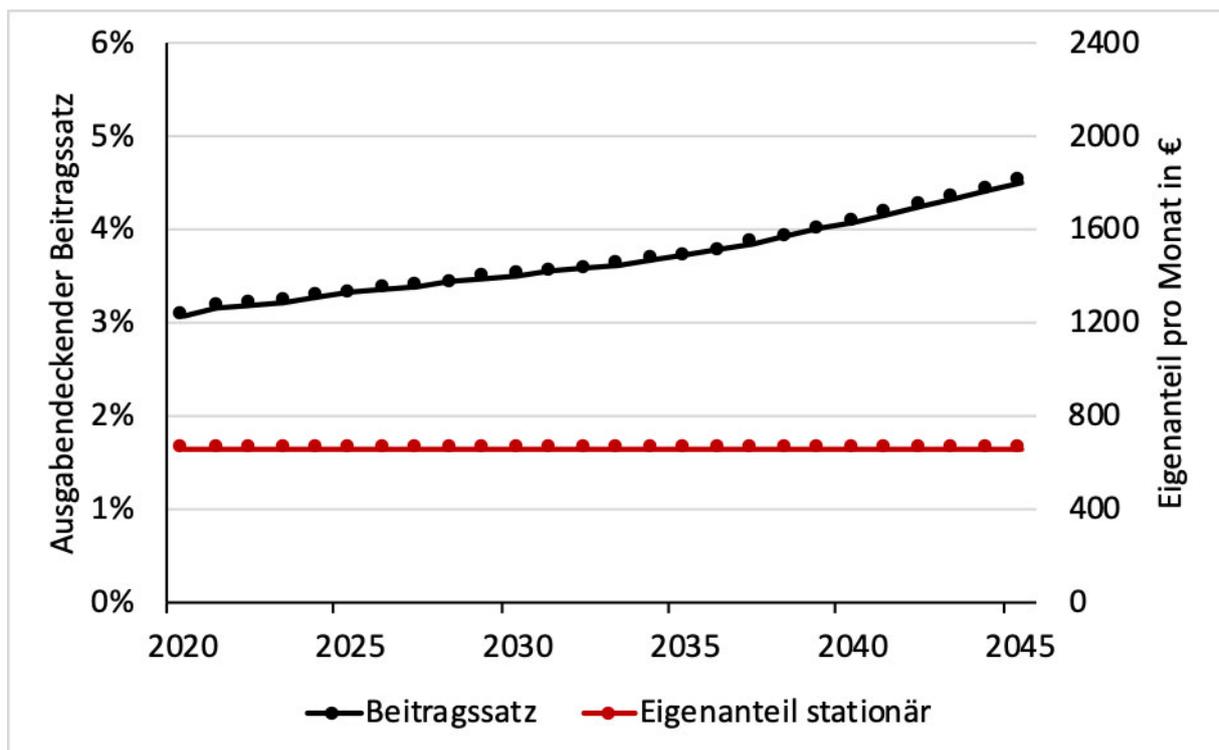


Abbildung 13: Beitragssatz- und Eigenanteilsentwicklung im Status quo

3.2.3.2 Ergebnisse des Referenzszenarios

Zur Abschätzung einer realistischen Kostenentwicklung werden im Referenzszenario nun die bereits angesprochenen Personalmengen- und Lohnsteigerungen innerhalb des aktuell gültigen Teilleistungssystems der Pflegeversicherung zum Ansatz gebracht. Für die kombinierte Personalmengen- und Lohnsteigerung wird dabei konservativ ein Steigerungsfaktor von 35 %

der Personalkosten angenommen, der auf den Ausgangswert angewandt und dann gemäß der 1 %igen Dynamisierungsregel weiter mit gesteigert wird.

Abbildung 14 zeigt die Auswirkungen der angekündigten Verbesserungen der Arbeitsbedingungen auf die Pflegebedürftigen in aller Deutlichkeit: Während die Beitragssatzentwicklung identisch zum Verlauf im Status quo ist, werden alle Mehrkosten durch steigende private Eigenanteile der Pflegebedürftigen getragen. Bereits für das Ausgangsjahr 2020 entsteht hieraus – unter Annahme einer identischen Leistungsmenge – gegenüber dem Status quo eine durchschnittliche Mehrbelastung für Bezieher ambulanter Sachleistungen in Höhe von rund 660 Euro. Eine in ihrer absoluten Höhe noch größere Steigerung erfahren die Bezieher stationärer Sachleistungen mit einer Steigerung um rund 900 Euro. Bis zum Jahr 2045 erhöhen sich diese Eigenanteile dann um weitere 160 Euro bzw. 400 Euro. Erkennbar wird an dieser Stelle, dass eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte, die angesichts des Pflegekräftemangels notwendig und dem Grunde nach auch bereits politische beschlossen ist, die Pflegebedürftigen ohne Systemreform in einer nicht mehr tragbaren Höhe belastet, sie finanziell überfordert und eine entsprechenden Erhöhung der Sozialhilfeempfängeranteile und Sozialhilfeausgaben nach sich ziehen wird.

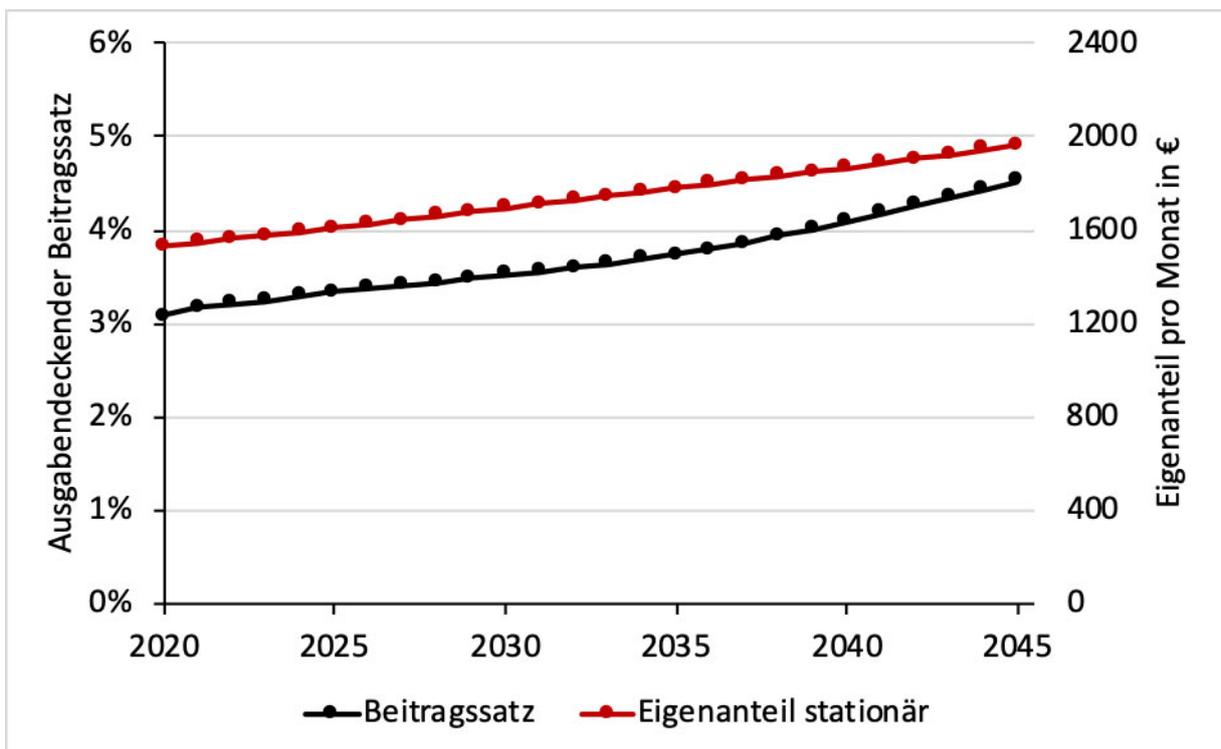


Abbildung 14: Beitragssatz- und Eigenanteilsentwicklung im Referenzszenario

3.2.3.3 Ergebnisse des Reformszenarios

Hieran ansetzend wird nun im Reformszenario berechnet, welche Beitragssatzeffekte der in Kapitel 2 entwickelte Reformvorschlag nach sich zieht, wenn der Sockelbetrag, dessen Be-

rechnung in Abschnitt 3.2.2 erläutert wurde, auf Höhe von 471 Euro pro Leistungsbezieher und Monat festgesetzt und über Zeit konstant gehalten wird.

Grundlage für die Beitragssatzentwicklung ist die gleiche Personalkostenentwicklung wie im Referenzszenario. Allerdings werden die stationären Fallkosten um die Kosten der medizinischen Behandlungspflege reduziert. Durch die Schaffung sektorenfreier Versorgungsstrukturen (Abschnitt 2.3) entstehen jedoch zusätzliche Mehrkosten für Leistungen aus dem Bereich von Unterkunft und Verpflegung, die heute von den Pflegebedürftigen außerhalb der pflegebedingten Kosten privat getragen werden und durch die Neuordnung des Leistungsgeschehens in den pflegebedingten Teil verschoben werden. Diese werden bei Erbringung durch eine formelle Pflegekraft auf durchschnittlich 100 Euro pro Monat und Pflegebedürftigen geschätzt. Ein entsprechender Betrag wird in der Berechnung pauschal hinzuaddiert.

Zur Umsetzung der bedarfsgerechten Leistungsmengen unabhängig vom Ort der Leistungserbringung werden die Fallkosten der stationären Vollversorgung wie vorstehend beschrieben errechnet und als Basiswerte für alle Pflegebedürftigen verwendet. Hintergrund für diese Annahme ist, dass – nach entsprechender personeller Aufstockung – davon auszugehen ist, dass in Pflegeheimen eine bedarfs- und fachgerechte Vollversorgung erbracht wird. Für die Modellrechnung wird daher unterstellt, dass die individuelle Bedarfsummessung im Durchschnitt zu dem Ergebnis führt, dass sich im Pflegeheim für den entsprechenden Pflegegrad ergibt.

Es wird jedoch nicht davon ausgegangen, dass nun alle Pflegebedürftigen durch formelle Pflegekräfte vollversorgt werden, sondern dass nach wie vor rein zivilgesellschaftliche Arrangements und auch gemischte Laien / Profi-Mixe existieren. Dabei werden die zivilgesellschaftlich erbrachten Pflegeleistungen über das Pflegegeld 2.0 zu einem Satz von 40 % des Profipreises vergütet (vgl. Abschnitt 2.3.3.2). Für Personen, die nach heutiger Regelung in einem stationären Setting leben, wird dabei ein Anteil von 0 % zivilgesellschaftlicher Leistungserbringung angesetzt, für Personen, die heute rein informell versorgt werden, ein Anteil zivilgesellschaftlicher Erbringung von 100 %. Für Personen in gemischten Pflegearrangements wird der Anteil der privaten Pflegeleistungen bei Kombileistungsempfängern im Jahr 2018 in Höhe von 42,3 % weitergeführt. Im letzteren Fall kann diese Setzung als sehr konservativ eingeschätzt werden, da das Inanspruchnahmeverhalten im Zuge der letzten Reformen deutlich zeigt, dass auch bei Erhöhungen der Leistungssätze der Bezug von Profi-Leistungen eher konstant bleibt, während die Auszahlung von Pflegegeld ausgedehnt wurde (vgl. Rothgang, 2018; Schwinger et al. 2018). Die mit der Modularisierung von Leistungen in allen Pflegearrangements intendierte Integration zivilgesellschaftlicher Leistungserbringung auch in organisierten Wohnumgebungen wird hier *nicht* zusätzlich modelliert. Insofern sind die Annahmen insgesamt konservativ gesetzt.

Im Ergebnis zeigt Abbildung 15, dass der Reformvorschlag durch den Sockel-Spitze-Tausch mit bedarfsorientierten Leistungsmengen Mehrkosten gegenüber dem Referenzszenario erzeugt, die nun durch die *Pflegeversicherten* – und nicht mehr die *Pflegebedürftigen* – zu tragen sind. Dies führt im Ausgangsjahr 2020 zu einer Beitragssatzdifferenz von rund 0,6 Prozentpunkten gegenüber dem Referenzszenario, die bis zum Jahr 2045 auf rund 1,1 Prozentpunkte anwächst. Zwar wurde der Sockelbetrag – wie auch schon in älteren Berechnungen (Rothgang / Kalwitzki 2017) – wieder so kalibriert, dass der Sockel-Spitze-Tausch allein für die Sozialversicherung ausgabenneutral ist und sich auch die Summe der Eigenanteile nicht verändert. Der anzunehmende Kostensprung durch Personalmengen- und Lohnsteigerungen führt dann aber zu einem Ausgabenanstieg, der hier von vorne herein eingerechnet ist, so dass sich aus diesem Grund schon für 2020 ein höherer Beitragssatz ergibt.

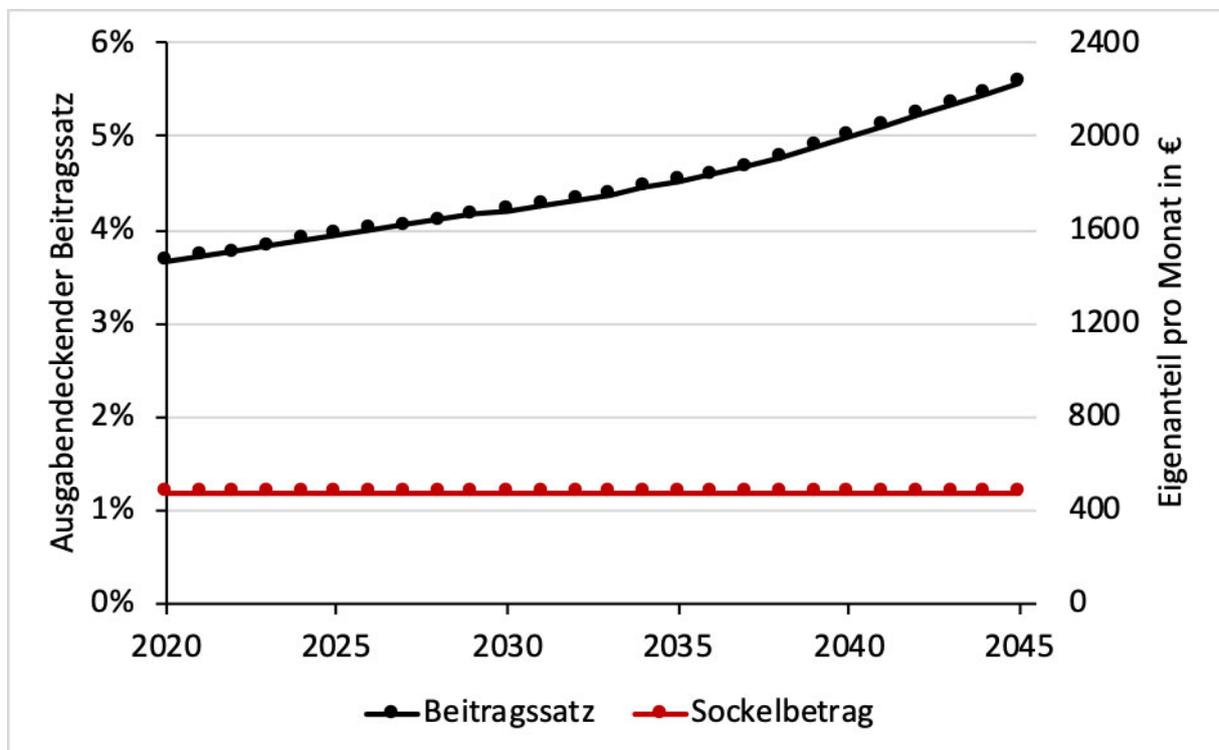


Abbildung 15: Beitragssatz- und Eigenanteilsentwicklung im Reformszenario

3.2.4 Zwischenfazit

Tabelle 11 enthält die resultierenden Beitragssätze und Eigenanteile für das Jahr 2020 und 2045. Erkennbar ist dabei auf einen Blick, wie in den jeweiligen Szenarien mit dem Problemdruck umgegangen wird. Im *Status quo-Szenario* werden die Personalsituation in Pflegeeinrichtungen und die in Anbetracht des Pflegenotstands zu niedrigen Entlohnungen nicht bearbeitet. Der Eigenanteil kann daher konstant gehalten werden und der Beitragssatz steigt „nur“ auf 4,5 Beitragssatzpunkte. Allerdings ist dieses Szenario unrealistisch, da es unter diesen Bedingungen unmöglich sein dürfte, Pflegekräfte in notwendigen Umfang für die Lang-

zeitpflege zu gewinnen und sie dort beschäftigt zu halten. Anpassungen sind notwendig und führen dann zu höheren Kosten. Im *Referenzszenario* werden diese ausschließlich an die Pflegebedürftigen weitergegeben. Der Beitragssatz entwickelt sich daher wie im Status quo-Szenario, der Eigenanteil für pflegebedingte Kosten steigt in der Heimpflege aber auf prohibitive Höhen. Eine vollstationäre Pflege aus eigenen Mitteln zu finanzieren wird in diesem Szenario für den weit überwiegenden Teil der Bevölkerung nicht möglich sein. Wird der Eigenanteil dagegen begrenzt – im Reformszenario auf 471 Euro – steigt der Beitragssatz und erreicht 2045 einen Wert, der um 1,1 Beitragssatzpunkte oberhalb des Status quo- und des Referenzszenarios liegt. Die – gleichwohl notwendige – Ausgabensteigerung wird dann nicht mehr von den Pflegebedürftigen, sondern von den Pflegeversicherten getragen.

Tabelle 11: Beitragssatz und Eigenanteilen in den untersuchten Szenarien für 2020 und 2045

	Status quo-Szenario		Referenzszenario		Reform-szenario	
	2020	2045	2020	2045	2020	2045
Ausgabendeckender Beitragssatz	3,1	4,5	3,1	4,5	3,7	5,6
Eigenanteil	662	662	1.530	1.964	471	471

3.3 Regionale Umverteilungen

Derzeit unterscheiden sich die Eigenanteile in der stationären Pflege zwischen den Bundesländern erheblich (Tabelle 3 auf Seite 18). Ein bundeseinheitlicher Sockelbetrag von 471 Euro würde gemäß diesen Zahlen (für Januar 2019) daher in manchen Ländern (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, NRW, Rheinland-Pfalz, Saarland) zu einer deutlichen Entlastung führen, in anderen hingegen zu einer merklichen Belastung (Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen). Anscheinend werden so insbesondere Bewohner westdeutscher Länder zu Lasten ostdeutscher Länder entlastet. Eine solche Analyse übersieht allerdings, dass der Status quo kein geeigneter Vergleichsmaßstab ist. Niedrige Eigenanteile bei den Pflegekosten – und nur um diese geht es im Reformkonzept – resultieren insbesondere aus unterschiedlichen Personalziffern (vgl. Rothgang/Wagner 2019) und unterschiedlichen Entlohnungsstrukturen. In Bezug auf die *Personalziffern* wird die Einführung des Personalbemessungsverfahrens zu einer Angleichung führen und hinsichtlich der *Entlohnung* erfolgt eine Angleichung durch die in der KAP geforderte stärkere Tarifbindung. Tatsächlich werden sich die Unterschiede in den Ländern daher in den nächsten Jahren deutlich reduzieren, wobei die ostdeutschen Länder in stärkerem Maße unter „Sprüngen“ der Eigenanteile leiden werden als die westdeutschen und insofern in besonderem Umfang Nutznießer der Reform sind. Entsprechende Entwicklungen sind derzeit bereits deutlich erkennbar: Abbildung 16 zeigt den Anstieg des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEE) von 2018 bis 2019. Bemerkenswert ist dabei nicht nur der bundes-

durchschnittliche Wert von rund 17 %, der die enorme aktuelle Dynamik belegt, sondern auch die in Ostdeutschland wesentlich ausgeprägtere Dynamik. Mit Ausnahme von Schleswig-Holstein sind alle Länder mit einem Anstieg von mehr als 30 % im Osten angesiedelt. In Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen sind die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile um rund zwei Drittel und mehr gestiegen und in Sachsen immerhin noch um 59 %. Dies verdeutlicht, dass die steigenden Eigenanteile derzeit insbesondere im Osten zu Problemen führen – und Ostdeutschland bei Anhalten dieses Trends daher sogar noch in stärkerem Maße vom Sockel-Spitze-Tausch profitieren würde.

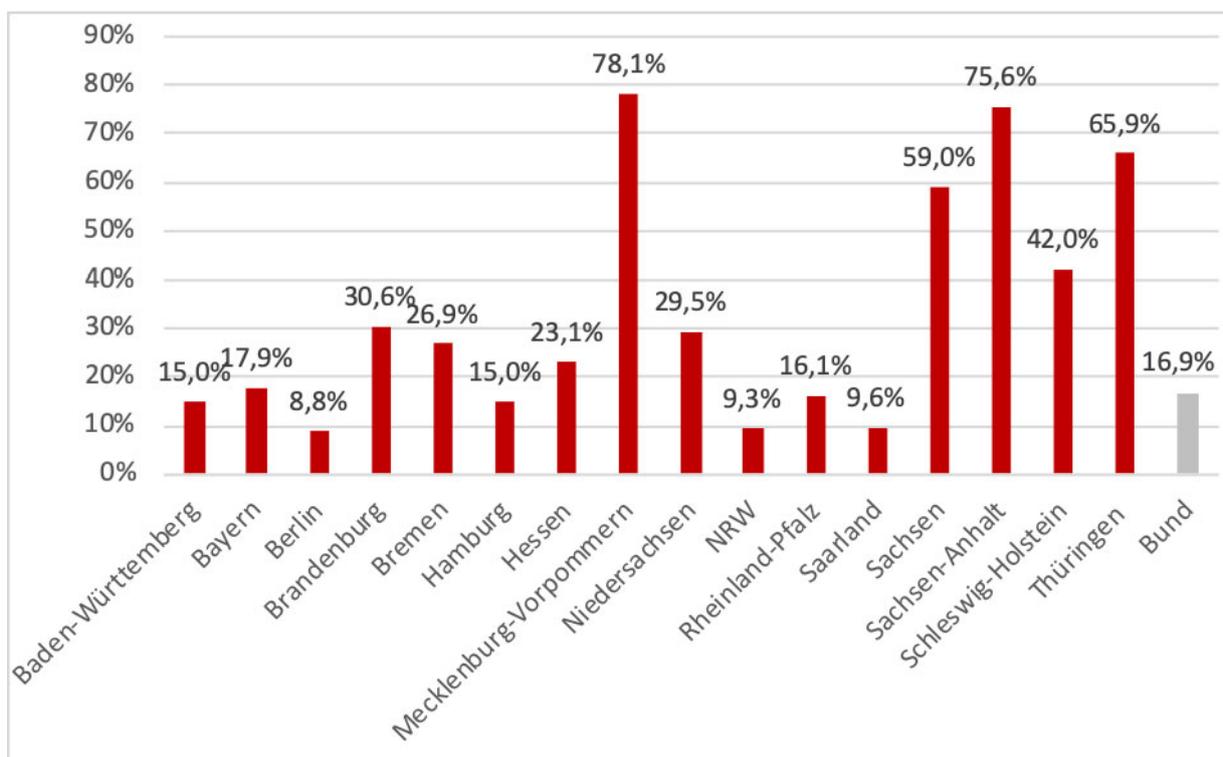


Abbildung 16: Anstieg des EEE von 2018 bis 2019

Quelle: Kochskämper 2019: 22.

Für den Übergangsprozess sind bei Einführung des Sockel-Spitze-Tauschs auch landesspezifische Sockelbeträge denkbar, die sich im Rahmen einer zeitlich fixierten Konvergenzphase dann erst auf einen bundeseinheitlichen Sockel zubewegen.

4 Maßnahmen zur Begrenzung des Beitragsanstiegs

Wie in Abschnitt 3.2 gezeigt, ist in der Pflegeversicherung mittel- und langfristig mit einem Beitragsanstieg zu rechnen, da dieses Sicherungssystem stärker als alle anderen vom demographischen Wandel betroffen ist, und zur Bekämpfung des Pflegenotstands zudem gezielte Maßnahmen notwendig sind, die aber kostensteigernd wirken. Schon im *Referenzszenario* ergibt sich für 2045 daher ein Beitragssatz von 4,5 Prozent und somit ein Beitragssatzanstieg um 1,4 Prozentpunkte gegenüber dem Startwert des Jahres 2020. Im *Reformszenario*, in dem die – notwendigen – Kostenanstiege von der Pflegeversicherung und nicht mehr von den Pflegebedürftigen getragen werden, liegt der Beitragssatz am Ende des Betrachtungszeitraums dann bei 5,6 Beitragssatzpunkten und somit um 1,1 Beitragssatzpunkt über dem Referenzszenario. Nun kann argumentiert werden, dass in einem umlagefinanzierten Sozialversicherungssystem, das bedarfsdeckende Leistungen zur Verfügung stellt, der Beitragssatz der freie Parameter ist, der sich entsprechend der Bedarfe entwickelt – wie dies grundsätzlich in der Gesetzlichen Krankenversicherung der Fall ist. In dieser Perspektive wäre die Beitragssatzsteigerung als Ausdruck steigender Bedarfe hinzunehmen.

Wird der gemäß den Modellrechnungen im Reformszenario resultierende Beitragssatz jedoch als „zu hoch“ angesehen, können *sekundäre Maßnahmen zur Begrenzung des Beitragssatzes* ergriffen werden. Hierzu zählen neben kleineren Maßnahmen wie der Einführung von pauschalen Pflegeversicherungsbeiträgen für geringfügige Beschäftigungsverhältnisse und der möglichen Neugestaltung des Zusatzbeitrags in Abhängigkeit von der Kinderzahl insbesondere die Einführung einer *steuerfinanzierten Komponente*, wie sie aus Renten- und Krankenversicherung bekannt ist, (Abschnitt 4.1) und die *Einbeziehung der bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung* (Abschnitt 4.2). In Abschnitt 4.3 wird dann gezeigt, welcher Effekt sich ergibt, wenn beide Maßnahmen gleichzeitig umgesetzt werden.

4.1 Steuerfinanzierung

In Bezug auf eine mögliche Steuerfinanzierung wird in Abschnitt 4.1.1 geprüft, wie diese begründet und wie sie ausgestaltet werden kann. Wie die gewählte Ausgestaltung in den Modellrechnungen modelliert ist, wird in Abschnitt 4.1.2 dargestellt, während Abschnitt 4.1.3 die Ergebnisse der Modellrechnungen enthält.

4.1.1 Begründung und Ausgestaltung

Unter den Sozialsystemen ist die Pflegeversicherung das System, das am stärksten von den Strukturverschiebungen im Zuge des demographischen Wandels betroffen ist. Es stellt sich daher die Frage, ob das Versicherungssystem *allein* mit den Folgen dieses Wandels belastet werden soll. Im programmatischen Teil des SGB XI wird diesbezüglich festgestellt:

„Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.“ (§ 8 Abs. 1 SGB XI).

In den nachfolgenden Absätzen sowie weiteren Normen des SGB XI, insbesondere den §§ 9-13, 52-53c, 69, 75, 113ff. SGB XI wird dann zwar die aktuelle Kompetenzverteilung zwischen den beteiligten Akteuren geregelt, allerdings ergeben sich hieraus keine Hinderungsgründe vor dem Hintergrund der Zielbestimmung des § 8 Abs. 1 SGB XI andere Regelungen zu finden. Insbesondere kann die gesamtgesellschaftliche Verantwortung auch so interpretiert werden, dass hierin bereits eine Rechtfertigung der Verwendung von Steuergeldern zur Sicherung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung enthalten ist.

Inwiefern eine Steuer(teil)finanzierung allerdings zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Sozialsystems auch faktisch geeignet ist, hängt von der Verbindlichkeit ihrer Regelbindung ab. Nur eine hohe langfristige und dauerhafte Verbindlichkeit kann eine Entkopplung von konjunkturellen Schwankungen sicherstellen und somit eine „Finanzierung nach Kassenlage“ verhindern – wie sie insbesondere nach Einführung des Bundeszuschusses zur Gesetzlichen Krankenversicherung 2004 zu beobachten war (Greß /Bieback 2014). Eine Steuerfinanzierung kann in verschiedenen Formen erfolgen. Auf einige zentrale Ausgestaltungsoptionen wird nachstehend kurz eingegangen.

4.1.1.1 Pauschaler Steuerzuschuss

Eine einfache Möglichkeit zur Einführung eines steuerfinanzierten Finanzierungselementes liegt in einem pauschalen Zuschuss aus dem Bundeshaushalt in den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 SGB XI. Vorbild hierfür könnte der Bundeszuschuss zur Gesetzlichen Krankenversicherung sein. In § 221 Abs. 1 SGB V wird diesbezüglich geregelt:

„Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen jährlich 14,5 Milliarden Euro in monatlich zum ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen an den Gesundheitsfonds.“

Eine analoge Regelung in der Sozialen Pflegeversicherung trifft allerdings auf zwei Schwierigkeiten: Zunächst müssten die „versicherungsfremden Leistungen“ bestimmt werden. Bei Einführung des Bundeszuschusses zur GKV im GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 (BGBl. I, S. 2109) wurde darauf verzichtet, den Begriff der „versicherungsfremden Leistungen“ näher zu definieren. Nach Auffassung des Bundesgesundheitsministeriums zählt hierzu insbesondere auch die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder (WD 2019: 5). In seinem Urteil vom 3. April 2001 (BvR 1629/94) hat das Bundesverfassungsgericht dagegen festgestellt, dass die Kindererziehung für die Pflegeversicherung einen Realbeitrag darstellt, der für das Fortbestehen der Versicherung konstitutiv sei und dieser Beitrag mit der bei-

tragsfreien Mitversicherung noch nicht ausgeglichen wird (vgl. Rothgang 2001). Zur Umsetzung dieses Urteils hat der Gesetzgeber im Kinder-Berücksichtigungsgesetz vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I, S. 3448) einen Zusatzbeitragssatz für Kinderlose festgelegt. Vor diesem Hintergrund erscheint es nicht möglich, die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern als „versicherungsfremd“ zu bezeichnen. In der Diskussion zur Finanzreform der Pflegeversicherung wird weiterhin auf die Beitragszahlungen abgestellt, die die Pflegekassen für Pflegepersonen nach § 19 SGB XI an die Rentenversicherung abführen, so beispielsweise vom GKV-Spitzenverband in einem Statement vom 4.7.2018¹². Allerdings wird als Zielbestimmung der Pflegeversicherung in § 3 Satz SGB XI ausgeführt:

„Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen ...“

Die Rentenversicherungszahlungen dienen aber gerade dazu, die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn dadurch zu unterstützen, dass ihre Pfl egetätigkeit in der Rentenbiographie berücksichtigt wird und so pflegebedingte Altersarmut vermieden werden soll. Auch dies kann daher kaum als „versicherungsfremd“ deklariert werden. Entsprechendes gilt auch für die Pflegegeldzahlungen.

Neben diesen Schwierigkeiten, einen pauschalen Zuschuss als Ausgleich für versicherungsfremde Leistungen zu legitimieren, krankt dieser vor allem daran, dass die Gefahr der „Finanzierung nach Kassenlage“ besteht. Wie das Beispiel der GKV zeigt, werden nicht weiter spezifizierte Zuschüsse häufig je nach gesamtwirtschaftlicher Lage herauf- oder heruntergefahren und können somit kein Element einer nachhaltigen Finanzierung sein.

4.1.1.2 Steuerfinanzierung bestimmter Pflegeversicherungsleistungen

Eine stärkere Regelbindung wird erzeugt, wenn bestimmte Leistungen der Pflegeversicherung steuerfinanziert werden. Eine diesbezügliche Möglichkeit für einen quantitativ eher begrenzten Steuerzuschuss könnte beispielsweise darin bestehen, nach wie vor für informelle Pflegepersonen nach § 19 SGB XI Beiträge zur Rentenversicherung abzuführen, die Beitragszahlung aber aus dem Bundeshaushalt vorzunehmen. Tatsächlich werden auch heute bereits Beiträge zur Kranken- oder Pflegeversicherung von institutionellen Akteuren wie der Bundesagentur für Arbeit und den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung an die jeweiligen Sozialversicherungsträger abgeführt. Auch hat der Bund schon Beitragszah-

¹² https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_730_176.jsp.

lungen etwa die Beiträge für Wehrdienst- und Zivildienstleistende geleistet und macht dies weiterhin für die versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II (§ 251 Abs. 4 Satz 1 SGB V). An diese Regelungen könnte angeknüpft werden.

Analog sieht der Reformvorschlag der DAK Gesundheit vor, dass das *Pflegegeld* steuerfinanziert werden solle (Storm 2019: 228). Da dieses allerdings einen deutlich höheren Anteil an den Ausgaben der Pflegeversicherung umfasst, würde mit diesem Steuerzuschuss – nach einer Einführungsphase – etwa ein Viertel der Leistungsausgaben der Pflegeversicherung steuerfinanziert (vgl. Rothgang et al. 2019c für entsprechende Modellrechnungen).

Insofern der Steuerzuschuss fest an die Finanzierung spezifischer Leistungen gebunden ist, kann eine Finanzierung nach Kassenlage verhindert werden. Allerdings passt sich der Steuerzuschuss dann nicht dynamisch an die Entwicklung der Gesamtausgaben der Pflegeversicherung an, sondern hängt von der Inanspruchnahme einer spezifischen Leistung ab, was dazu führen kann, dass sich der Anteil der steuerfinanzierten Leistungen im Zeitverlauf verschiebt.

4.1.1.3 Steuerfinanzierung als Teil eines Regelkreislaufs

Um dies zu verhindern, kann ein Regelkreislauf etabliert werden, bei dem die Höhe der Steuerfinanzierung von der Beitragssatzentwicklung abhängig gemacht wird. Vorbild hierfür könnte das Rentenreformgesetz 1992 sein, das bei steigendem Beitragssatz eine automatische Anpassung des Steuerzuschusses und – über eine Nettolohnanpassung des aktuellen Rentenwerts – auch eine Anpassung der Rentenhöhen vorgesehen hat. Im Rahmen dieses Regelkreislaufes haben Ausgabensteigerungen, die die Steigerung der Beitragseinnahmen übertrafen, automatisch und regelgebunden zu einer Erhöhung der Beiträge (und damit einer Belastung der Beitragszahler), einer Erhöhung des Steuerzuschusses (und damit einer Belastung der Steuerzahler) und einer Dämpfung des Anstiegs der Rentenhöhen (und damit einer Belastung der Rentner) geführt (vgl. Schmähl 1993 für Details).

Für die Pflegeversicherung könnte beispielsweise vorgesehen werden, dass ein initial festgesetzter Steuerzuschuss von Jahr zu Jahr um den Anteil steigt, um den der Beitragssatz im Vorjahr gestiegen ist. Mit einem Versatz von einem Jahr würden sich die prozentualen Beitragssatz- und Steuerzuschusssteigerungen entsprechen. Da der Beitragssatz zur Pflegeversicherung dimensionslos ist, der Wert des in Euro bemessene Steuerzuschuss aber von der Preisentwicklung abhängig ist, muss sich die Steigerung auf den realen Wert des Zuschusses beziehen. Für die Steigerung des Steuerzuschusses muss dieser daher zunächst inflationiert und dann entsprechend der Beitragssatzentwicklung gesteigert werden.

4.1.2 Modellierung

Für die nachstehenden Berechnungen der Effekte eines Steuerzuschusses auf den Beitragssatz der Pflegeversicherung wird ein Modell gewählt, das die Höhe des Steuerzuschusses direkt an die Entwicklung des Beitragssatzes bindet. Für das Jahr 2020 wird ein Steuerzuschuss in Höhe von 10 % der Leistungsausgaben angesetzt, der für das Jahr 2021 auf 12,5 % der Leistungsausgaben erhöht wird. Danach erfolgt eine regelgebundene jährliche Dynamisierung, durch die der Steuerzuschuss des Vorjahres entsprechend der Entwicklung des Beitragssatzes im vorvergangenen Jahr gesteigert wird. Verändert sich also der Beitragssatz von t_1 auf t_2 um x %, so verändert sich der Steuerzuschuss von t_2 auf t_3 ebenfalls um x %.

4.1.3 Ergebnisse

Wie Abbildung 17 kann der Beitragssatzanstieg mithilfe der Steuerfinanzierung auf unter fünf Beitragssatzpunkte begrenzt werden. Dies gelingt aber nur um den Preis eines Steuerzuschusses der – deflationiert – von 6,6 Mrd. Euro im Jahr 2021 auf 9,8 Mrd. Euro im Jahr 2045, also um knapp die Hälfte des Ausgangswertes, ansteigt. Dieser Anstieg resultiert gemäß dem hinterlegten Regelmechanismus aus dem Beitragssatzanstieg von knapp 53 %. Von den 1,1 Beitragssatzpunkten, die das Reformszenario 2045 über dem Referenzszenario liegt, kann durch den hier modellierten Steuerzuschuss etwa die Hälfte aufgefangen werden.

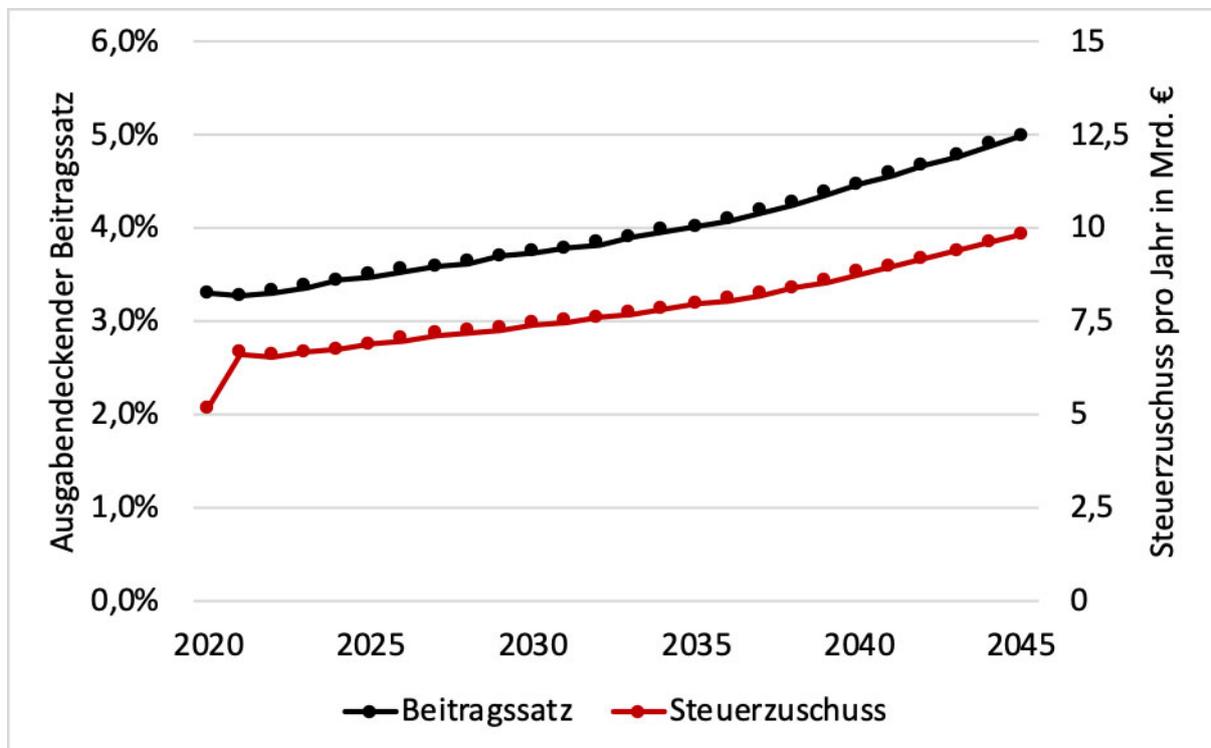


Abbildung 17: Entwicklung von Beitragssatz und Steuerzuschuss im Reformmodell mit Steuerzuschuss

4.2 Integriertes Versicherungssystem für die gesamte Bevölkerung

Auch in Bezug auf eine Integration der bislang Privatpflegepflichtversicherten wird zunächst geprüft, wie eine solche Maßnahme normativ gerechtfertigt werden kann (Abschnitt 4.2.1). Anschließend wird die Modellierung dargestellt (Abschnitt 4.2.2) und werden die Ergebnisse der Modellrechnung präsentiert (Abschnitt 4.2.3).

4.2.1 Begründung

Im zweiten Leitsatz seines Urteils vom 3. April 2001 zur Verfassungskonformität einer obligatorischen privaten Pflegeversicherung hat der erste Senat des Bundesverfassungsgerichts die Kompetenz des Gesetzgebers bestätigt, mit dem Pflegeversicherungsgesetz „eine im Grundsatz alle Bürger erfassende Volksversicherung“ einzurichten (BVerfG 2001). Dabei habe der Gesetzgeber „eine Pflegevolksversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen“, wobei er „die einzelnen Gruppen dem einen oder anderen Versicherungszweig sachgerecht und unter dem Gesichtspunkt einer ausgewogenen Lastenverteilung zuordnen“ durfte (BVerfGE 2001: Rn. 92). Damit hat das Bundesverfassungsgericht den *normativen Maßstab genannt*, an dem Finanzierungsgerechtigkeit im Verhältnis der beiden Versicherungszweige zu bemessen ist: eine „*ausgewogene Lastenverteilung*“. Diese ist insbesondere angezeigt, da die weit überwiegende Zahl der Versicherten entweder der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) *zugewiesen* wird, ohne diesbezüglich ein Wahlrecht zu haben (Rothgang 2011). Werden Versicherte einem System zugewiesen und entstehen ihnen dadurch höhere Finanzierungslasten, lässt sich für diese Besser- bzw. Schlechterstellung keine überzeugende Begründung finden und es besteht Reformbedarf (Rothgang 2010).

Tatsächlich wird diese „ausgewogene Lastenverteilung“ *nicht* realisiert. Das Versicherungskollektiv der Privaten Pflegepflichtversicherung weist eine günstigere Alters- und Geschlechterstruktur auf – bei gleichzeitig niedrigeren alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen. Bei gegebenem gleichem Leistungsrecht und gleichen Begutachungskriterien betragen die durchschnittlichen Leistungsausgaben der Privatversicherten (bereits bei Hinzurechnung der Beihilfeleistungen) nur 40 % der Leistungsausgaben der Sozialversicherten (Tabelle 12). Da die Sozialversicherten zudem durchschnittlich nur ein halb so hohes Einkommen haben wie die Privatversicherten, liegt der Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung beim Vierfachen des Beitragssatzes, der notwendig wäre, um die Privatversicherten in einer eigenen Sozialversicherung nach gleichen Regeln abzusichern. Die Risikostruktur beider Kollektive unterscheidet sich daher massiv. Da jedes Versichertenkollektiv nur mit sich selbst solidarisch ist, nicht aber mit dem jeweils anderen, kann von einer „ausgewogenen Lastenverteilung“ *nicht* die Rede sein (Rothgang/Domhoff 2019: 21).

Tabelle 12: Leistungsausgaben pro versicherte Person in beiden Teilkollektiven im Jahr 2017

	(1) Leistungsausgaben (in Mrd. Euro)	(2) Versicherte (in Mio.)	(3) = (1) / (2) Leistungsausgaben pro versicherter Person (in Euro)	(4) = (3 _{SPV}) / (3 _{PPV}) Zahlenverhältnis der jeweiligen Ausgaben
SPV	35,540	72,267	491,79	
PPV	1,286	9,327	137,89	3,566
PPV zuzüglich Beihilfe	1,929	9,327	206,84	2,378

Anmerkung: Rund die Hälfte aller Privatversicherten haben Beihilfeansprüche (Verband der Privaten Krankenversicherung 2018). Die Höhe des Beihilfeanspruchs unterscheidet sich zwischen den Bundesländern und dem Bund. Im Durchschnitt dürften für Beihilfeberechtigte aber rund 2/3 der Pflegekosten übernommen werden. Die von der PPV getragenen Leistungsausgaben betragen dann $0,5 \times 1 + 0,5 \times 1/3 = 2/3$ der insgesamt von PPV und Beihilfe getragenen Ausgaben. Die Beihilfeausgaben für die Privatversicherten wurden daher mit 50 % der PPV-Ausgaben angesetzt.

Quelle: Verband der Privaten Krankenversicherung 2018; Bundesministerium für Gesundheit 2019e; Bundesministerium für Gesundheit 2019f.

Soll der normativen Vorgabe des Bundesverfassungsgerichts Rechnung getragen werden, muss daher ein Finanzausgleich zwischen Privat- und Pflegeversicherung etabliert werden – wie er im Koalitionsvertrag 2005 bereits zwischen den damaligen Koalitionsparteien CDU, CSU und SPD vereinbart war (CDU/CSU/SPD 2005) – oder müssen beide Versicherungssysteme zu einem System integriert werden. Angesichts der Unmöglichkeit, in einem kapitalfundierte System sofort die vollen Leistungen für alle Versicherten bereitzustellen, kann dies nur durch die Integration der bislang privat Pflegepflichtversicherten in die Sozialversicherung gelingen, die so zu einem integrierten Versicherungssystem für die gesamte Bevölkerung weiterentwickelt würde. Eine solche integrierte Versicherung ist im Bereich der Pflegeversicherung wesentlich leichter umsetzbar als in der Krankenversicherung, da sich die Soziale Pflegeversicherung und die Private Pflegepflichtversicherung in Bezug auf Pflegebedürftigkeitsbegriff, Leistungsrecht und Vergütung der Leistungsanbieter nicht unterscheiden.

4.2.2 Modellierung

Für die Ermittlung der Beitragssatzeffekte einer Pflegebürgerversicherung wird auf die Berechnungen von Rothgang / Domhoff (2019) zurückgegriffen. Die modellierte Pflegebürger-vollversicherung weist dabei folgende Charakteristika auf:

- Die gesamte Bevölkerung wird einheitlich in einer Sozialversicherung versichert. Für derzeit Privatversicherte wird auf diesem Weg eine beitragsfreie Mitversicherung eingeführt, sofern die bestehenden Voraussetzungen erfüllt werden. Für Beamte werden die bestehenden Beihilferegelungen durch einen Arbeitgeberbeitrag zur Sozialversicherung ersetzt.

- Die Beitragsbemessungsgrenze wird auf die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung angehoben, um so die vertikale Gerechtigkeit zu stärken.
- Zur Stärkung der horizontalen Gerechtigkeit wird die Beitragspflicht auf alle Einkommensarten des Einkommenssteuerrechts ausgedehnt (vgl. Rothgang 2019 für Details der jeweiligen Begründungen).

Für die Beitragssatzvorausberechnung wird das gleiche zellenbasierte Makrosimulationsmodell genutzt, das auch schon in Abschnitt 3.2 verwendet wurde.

4.2.3 Ergebnisse der Modellrechnungen

Insgesamt führt die Einführung einer Bürgerversicherung in der beschriebenen Form im Vergleich zum Status quo-Modell zu einer Reduktion des Beitragssatzes, dessen Betrag von 0,51 Beitragssatzpunkten im Jahr 2020 auf 0,6 Beitragssatzpunkte im Jahr 2045 ansteigt (Rothgang/Domhoff 2019: 68). Im Reformmodell liegen die Ausgaben aufgrund der höheren Personalschlüssel und der höheren Entlohnung für Pflegekräfte höher. Entsprechend ist auch die Beitragssatzreduktion einer Bürgerversicherung größer, wenn das Reformmodell zugrunde gelegt wird. Ihr Betrag steigt nunmehr von 0,61 Beitragssatzpunkten im Jahr 2020 auf 0,74 Beitragssatzpunkte im Jahr 2045 (Abbildung 18). Insgesamt kann dadurch der Beitragssatzanstieg auf 4,83 Beitragssatzpunkte im Jahr 2045 begrenzt werden (Abbildung 18).

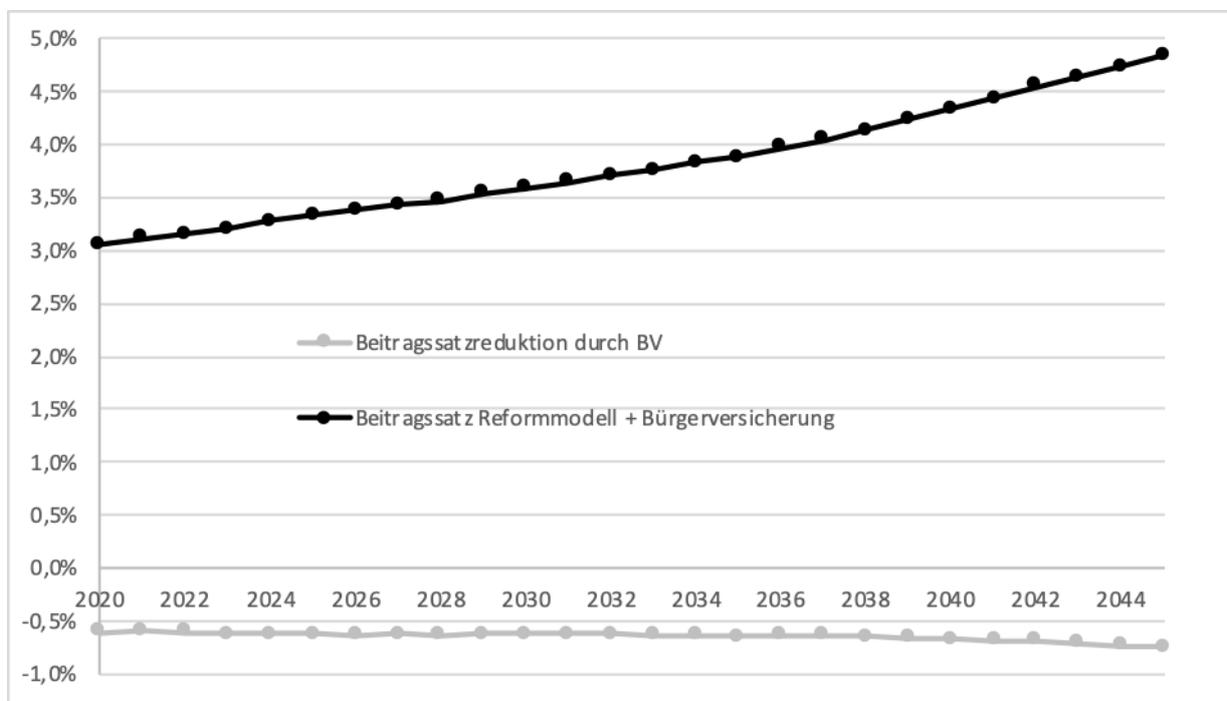


Abbildung 18: Beitragsentwicklung im Reformmodell mit Bürgerversicherung und Beitragssatzeffekt der Einführung einer Pflegebürgerversicherung im Reformmodell

4.3 Gesamteffekt

Steuerzuschuss und Bürgerversicherung können natürlich auch kombiniert werden. Abbildung 19 zeigt die dabei resultierende Beitragssatzentwicklung im Vergleich zur Beitragssatzentwicklung im Referenzmodell und im Reformmodell ohne bzw. bei nur einer der beiden kompensatorischen Maßnahmen

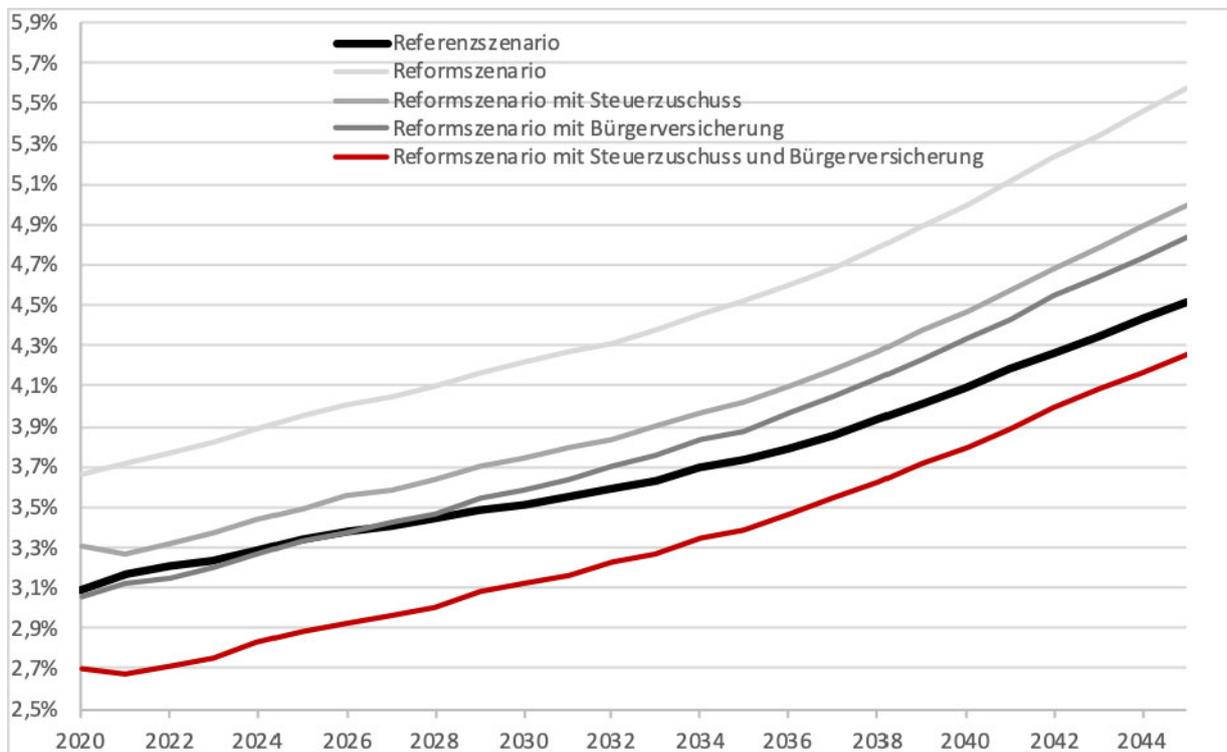


Abbildung 19: Beitragssatzentwicklung im Reformmodell unter verschiedenen Maßnahmen zur Begrenzung des Beitragssatzanstieges und im Vergleich zum Referenzmodell

Steigt der Beitragssatz im Reformszenario auf 5,6 Beitragssatzpunkte im Jahr 2045 kann dieser Anstieg durch den Steuerzuschuss bzw. die Schaffung einer Bürgerversicherung auf knapp 4,99 (Steuerzuschuss) bzw. 4,83 (Bürgerversicherung) Beitragssatzpunkte begrenzt werden. Werden beide Maßnahmen simultan eingesetzt, liegt der resultierende Beitragssatz 2045 mit 4,25 Beitragssatzpunkten sogar noch um gut zwei Zehntel Beitragssatzpunkte niedriger als im Referenzmodell. Die beiden diskutierten Maßnahmen sind damit insgesamt in der Lage, den beitragssteigernden Effekt der Finanz- und Strukturreform nicht nur vollständig zu kompensieren, sondern sogar zu überkompensieren. Der insgesamt niedrigere Beitragssatzanstieg führt dabei sogar dazu, dass der Steuerzuschuss, dessen Höhe am Beitragssatzanstieg anknüpft, niedriger ist als in Abschnitt 4.1.3 ausgewiesen.

5 Bewertung und Fazit

Der vorliegende Reformvorschlag zielt in einem Gesamtkonzept, das auf zwei Reformlinien aufbaut, auf die Erreichung von vier Zieldimensionen ab:

Erstens soll eine laufende finanzielle Überforderung der Pflegebedürftigen verhindert werden und somit eine Absicherung gegen das Risiko zu hoher durchschnittliche Pflegekosten pro Periode erreicht werden. Hierzu wird eine Umstellung des bisherigen Teilleistungssystems mit einem vollständigen Eigenanteil oberhalb der pauschalen Leistungshöhen mittels des *Sockel-Spitze-Tauschs* eingesetzt. Es entsteht somit eine *Begrenzung der monatlich privat zu zahlenden Eigenanteile an den pflegebedingten Kosten* auf einem Niveau, das mit einer durchschnittlichen Rente finanzierbar sein kann.

Zweitens soll eine *Lebensstandardsicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit* hergestellt werden und somit verhindert werden, dass auch bei begrenzten periodischen Kosten durch Langlebigkeit die Gefahr einer Verarmung besteht. Hierzu wird die Zahlung des Sockels zeitlich begrenzt. Als maximale Zahlungsdauer (*Karenzzeit zur Vollversicherung*) werden vier Jahre vorgeschlagen. Durch die Begrenzung des zweidimensionalen Kostenrisikos in beiden Dimensionen wird der Eigenanteil in seiner maximalen Höhe begrenzt und somit versicher- oder ansparbar.

Drittens soll die Versorgung der Pflegebedürftigen auf die Erhaltung vorhandener Fähigkeiten und die gezielte Unterstützung bei vorhandenen Beeinträchtigungen abzielen, um so *gesellschaftliche Teilhabe* zu ermöglichen. Hierzu gehört die Autonomie der Pflegebedürftigen, selbst individuell angepasste Wohn- und Pflegesettings wählen zu können. Zu diesem Zweck wird das Leistungsgeschehen anhand der Trennlinie Wohnen / Pflege neu organisiert, so dass eine *sektorenfreie bedarfsgerechte pflegerische Versorgung in jedem Wohnsetting* möglich wird. Hierdurch wird ein Raum für die Entwicklung neuer und innovativer Versorgungsstrukturen geschaffen, die sich stärker an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen als an den Grenzen einer ordnungsrechtlichen Zuordnung orientieren können.

Viertens soll sichergestellt werden, dass die *Zivilgesellschaft unabhängig vom Wohnsetting an der Pflege und Betreuung beteiligt bleiben kann*, also auch dann, wenn Pflegebedürftige stärker institutionalisierte Formen der Pflege wählen. Zum Einbezug und zur Aufrechterhaltung dieser informellen Netzwerke wird das Pflegegeld reformiert. Das *Pflegegeld 2.0* setzt dann Anreize für zivilgesellschaftliche Akteure, sich als kontinuierliche und sichere Ressource in einem Pflegesetting zu verpflichten und dafür eine garantierte Qualifikation und geregelte finanzielle Vergütung zu erhalten.

Insgesamt konnte gezeigt werden, dass der Reformvorschlag vollumfänglich dazu geeignet ist, den in Kapitel 1 aufgezeigten Reformbedarfen zu begegnen. Über diese inhaltlichen Ziel-

setzungen hinaus zeigen die Modellrechnungen des Kapitels 3, dass die umfassenden Reformschritte auch finanzierbar sind. Die Beitragssatzsteigerung, die direkt durch den Reformvorschlag verursacht werden, betragen anfangs knapp 0,6 Beitragssatzpunkte, zum Ende des Projektionszeitraumes rund 1,1 Beitragssatzpunkte. Diese Steigerungen können als Reformkosten in Kauf genommen werden und über eine entsprechende Beitragssatzanpassung gegenfinanziert werden. Oder sie können alternativ sowohl durch den aufgezeigten Steuerzuschuss als auch durch die Einführung einer Pflegebürgerversicherung mehr als halbiert werden. Letztlich ist in Kombination beider Maßnahmen sogar der komplette Ausgleich der Mehrkosten gegenüber dem Referenzszenario ohne zusätzlichen Beitragssatzanstieg möglich.

6 Anhang: Herleitung des Modulkatalogs

Der hier vorgestellte Modulkatalog dient im Gesamtkonzept der Alternativen Ausgestaltung der Pflegeversicherung als Bindeglied zwischen der bedarfsgerechten Leistungsbemessung – für die das aktuelle Begutachtungsinstrument (BI) eingesetzt wird –, der Ausarbeitung des individuellen Pflegearrangements und der leistungs- und vergütungsrechtlichen Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Zu diesem Zweck ist zwar nicht unbedingt die möglichst kleinschrittige pflegewissenschaftliche Beschreibung des Leistungsgeschehens erforderlich, es ist jedoch entscheidend, dass die Leistungseinheiten so fein granuliert erfasst werden, dass für eine zivilgesellschaftliche Leistungsübernahme einzelne auch kleinere Einheiten abgebildet und kontrahiert werden können. Aus diesem Grund stellt der Katalog *eine* Möglichkeit dar, diese Schnittstelle zu beschreiben – erhebt jedoch nicht den Anspruch auf wortgetreue Umsetzung.

Der Modulkatalog enthält Leistungen aus insgesamt vier inhaltlichen Bereichen, die als Module bezeichnet werden und die weitgehend an die Begutachtungsmodule des BI angeschlossen sind. Grundgedanke hierfür ist, dass die bedarfsnotwendigen Pflegeleistungen in Einschränkungen der Selbständigkeit begründet sein müssen und somit aus den erhobenen Items des BI abgeleitet werden können. Die Leistungen des Moduls *Pflege und Betreuung* (Abschnitt 6.1) werden daher aus den BI-Modulen 1 bis 4 und 6 abgeleitet, die Leistungen des Moduls *Hilfe bei der Haushaltsführung* (Abschnitt 6.2) aus den bisher weitgehend ungenutzten BI-Modulen 7 und 8. Im Modul *Steuerung der Pflege* (Abschnitt 6.3) werden planerische, beratende und anleitende Leistungen der Pflegeprozesssteuerung zusammengeführt, die allerdings nicht an den individuellen Pflegebedarf gebunden sind und somit unabhängig von den BI-Daten stehen. Das Modul *Hilfe bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Aufgaben* (Abschnitt 6.4) ist danach wieder an die Ergebnisse des fünften BI-Moduls gekoppelt, beinhaltet allerdings Leistungen, die zwar bedarfsnotwendig sein können, nach der Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege aber einheitlich aus dem Bereich der Krankenversicherung finanziert werden sollen – aufgrund des einheitlichen Erbringungszusammenhangs aber in den umfassenden Leistungskatalog mit aufgenommen werden müssen.

6.1 Modul Pflege und Betreuung

Zur Herleitung der einzelnen Leistungen für das Modul *Pflege und Betreuung* wurden zunächst alle Leistungen und Leistungskomplexe des *EViS-Interventionskataloges* (Rothgang et al. 2015) und der ambulanten Leistungskataloge auf Landesebene herangezogen. Zur besseren Übersicht werden in den folgenden Darstellungen nicht alle Leistungskomplexe der 16 ambulanten Leistungskataloge der Länder vollständig aufgelistet, sondern jeweils die Teile

berücksichtigt, die das vollständige Leistungsgeschehen abdecken. Es handelt sich somit um ein synoptisches Ergebnis, welches die Leistungskomplexe der ambulanten Leistungskataloge der Länder kombiniert einbezieht. Teilweise sind die einzelnen Leistungen in den Ländern unterschiedlich benannt und können daher von den aufgelisteten Leistungsbezeichnungen abweichen. Der *EViS-Interventionskatalog* (Rothgang et al. 2015) dagegen bildet die Interventionen teilweise so kleinschrittig ab, dass eine so feine Granulierung für das beschriebene Vorhaben weniger praktikabel und für einen Modul- und Leistungskatalog nicht notwendig ist. Die herausgearbeiteten Leistungen wurden aus den Modulen *Mobilität, kommunikative und kognitive Problemlagen, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung* und *Alltagsgestaltung und soziale Kontakte* des BI (MDS & GKV 2017) hergeleitet, da diese den pflegebezogenen Bedarf an personeller Hilfestellung in der Begutachtung erfassen.

6.1.1 Herleitung anhand des ersten Moduls des BI

Im Rahmen der Begutachtung durch das BI wird im Modul *Mobilität* eine Einschätzung vorgenommen, ob eine personelle Hilfestellung aufgrund von Immobilität in den einzelnen Items erforderlich ist. Dabei wird eine Graduierung der Selbstständigkeit vorgenommen (MDS & GKV 2017: 39ff.). Tabelle 13 zeigt in der ersten Spalte die fünf Items des ersten Moduls des BI in denen sich Beeinträchtigungen abbilden und aus denen sich personelle Hilfestellungen ergeben. In der zweiten Spalte werden alle pflegerischen Leistungen aus dem stationären EViS-Interventionskatalog zugeordnet. Die dritte Spalte stellt die Synopse der Leistungskomplexe aus den ambulanten Leistungskatalogen der Länder dar, die ebenfalls dem Modul *Mobilität* des BI zugeordnet werden können.

Tabelle 13: Items des BI-Moduls 1 sowie Interventionen und Leistungskomplexe aus dem EViS-Interventionskatalog und den ambulanten Leistungskatalogen der Länder

Items aus dem Modul 1 des BI (MDS / GKV 2017: 39 ff.)	Interventionen aus dem EViS-Interventionskatalog (Rothgang et al. 2015: 234)	Leistungskomplexe aus den ambulanten Leistungskatalogen der Länder
1.1 Positionswechsel im Bett 1.2 Halten einer stabilen Sitzposition 1.3 Umsetzen 1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs 1.5 Treppensteigen	Hilfe beim Transfer Hilfe beim Aufrichten Hilfe beim Aufstehen Hilfe beim Zubettgehen Hilfe beim Sitzen Hilfe beim Positionswechsel Bewegungsübungen durchführen Hilfe beim Gehen Hilfe beim Fortbewegen	Spezielle Lagerung bei Immobilität mit der Körperpflege; Spezielle Lagerung bei Immobilität; Hilfen beim Aufsuchen und Verlassen des Bettes im Zusammenhang mit der Körperpflege; Hilfen beim Aufsuchen und Verlassen des Bettes; Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung; Begleitung bei Aktivitäten; Mobilisation (Bewegungsübungen);

Der *EViS-Interventionskatalog* stellt die Leistungen deutlich differenzierter und solitärer dar, als dies in den Komplexzuordnungen der ambulanten Leistungskatalogen der Länder erfolgt. Es werden dort keine Leistungen in Kombination oder im Zusammenhang mit weiteren Tätigkeiten dargestellt wie beispielsweise eine Verbindung des Transfers mit der Körperpflege. Für den Modul- und Leistungskatalog zur Erstellung einer bedarfsorientierten Pflegeplanung wurden diese Leistungen in eine Leistung *Transfer* zusammengefügt. Folgende Leistungen können festgehalten werden:

- *Positionierung* beinhaltet alle Hilfestellungen zur Mikro- oder Makrobewegung in sitzenden oder liegenden Positionen.
- *Transfer* beinhaltet alle personellen Hilfestellungen die zum Wechsel der Körperposition (liegend, sitzend und stehend) erforderlich sind.
- *Gehen/Fortbewegen* beinhaltet alle personellen Hilfestellungen beim Fortbewegen (mit Hilfsmitteln oder beim Gehen).
- *Bewegungsförderung* beinhaltet alle personellen Hilfestellungen zur Förderung und zum Erhalt der Bewegung oder zum (Wieder)Aufbau der Mobilität.
- *Transportbegleitung* beinhaltet alle personellen Hilfestellungen zur Begleitung einer pflegebedürftigen Person beim Ortswechsel.

Die Leistung *Bewegungsförderung* könnte ebenfalls im Sinne der Prävention und Rehabilitation von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen dem SGB V somit dem Modul *Hilfe bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Aufgaben* zuordnet werden. Für den Modul- und Leistungskatalog wurde diese Leistung vorerst im Modul *Pflege und Betreuung* beibehalten.

6.1.2 Herleitung anhand des zweiten Moduls des BI

Im Modul 2 des BI wird geprüft, ob und inwieweit Beeinträchtigungen der *kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten* vorliegen. Es handelt sich hierbei also nicht um die Beurteilung von motorischen Fähigkeiten, die direkt eine personelle Hilfe erfordern. Aus Einschränkungen in diesem Bereich entstehen komplexe, eher querliegende Einflüsse auf die erforderlichen Hilfen, da die hier erfassten Beeinträchtigungen zu Einbußen in allen Lebensbereichen führen können. Aus diesem Grund können aus diesem Modul keine einzelnen pflegerischen Maßnahmen im Anschluss an einen definierten personellen Hilfebedarf abgeleitet werden. Zentral steht vielmehr der Erhalt und die Förderung der geistigen Ressourcen des Pflegebedürftigen durch deren Beeinträchtigung sämtliche Pflegehandlungen betroffen sind und somit spezielle Anforderungen an alle zu erbringenden pflegerischen Leistungen gestellt werden. Diese personell aufwändigen speziellen Anforderungen kann in der Preissetzungen Rechnung getragen werden, wenn bei bestimmten Item-Ausprägungen im Modul 2 des BI

zusätzliche Hebesätze aktiviert werden, durch die ein erhöhter Aufwand für die bedarfsnotwendigen Pflegeleistungen eingepreist wird (siehe dazu auch Abschnitt 2.3.3.2).

Tabelle 14 stellt die Items aus dem Modul 2 sowie die zugeordneten Interventionen und Leistungskomplexe aus dem EViS-Interventionskatalog und den ambulanten Leistungskatalogen der Länder dar.

Tabelle 14: Items des BI-Moduls 2 sowie Interventionen und Leistungskomplexe aus dem EViS-Interventionskatalog und den ambulanten Leistungskatalogen der Länder

Items aus dem Modul 2 des BI (MDS / GKV 2017: 42 ff.)	Interventionen aus dem EViS-Interventionskatalog (Rothgang et al. 2015: 234)	Leistungskomplexe aus den ambulanten Leistungskatalogen der Länder
2.1 Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld 2.2 Örtliche Orientierung 2.3 Zeitliche Orientierung 2.4 Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen 2.5 Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen 2.6 Treffen von Entscheidungen im Alltag 2.7 Verstehen von Sachverhalten und Informationen 2.8 Erkennen von Risiken und Gefahren 2.9 Mitteilen von elementaren Bedürfnissen 2.10 Verstehen von Aufforderungen 2.11 Beteiligen an einem Gespräch	Sicherheit gewährleisten Pflegerundgang	Pflegerische Betreuung

Da es sich bei den direkten Leistungen, die dem Modul 2 zugeordnet werden, um betreuende Leistungen handelt, werden für den Leistungskatalog zur Erstellung der individuellen Pflegeplanung folgende Leistungen festgehalten:

- *Pflegerische Betreuung* beinhaltet sämtliche personellen Hilfestellungen sowohl bei der Alltagsgestaltung, bei der Förderung sozialer Kontakte und Gespräche als auch bei der Förderung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten.
- *24-h-Beaufsichtigung* beinhaltet die ständige Anwesenheit einer Person, wenn Fremd- und /oder Eigengefährdungen vorliegen.

6.1.3 Herleitung anhand des dritten Moduls des BI

Im Modul 3 des BI erfolgt die Einschätzungen zu *Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen*, die sich als Folge von Gesundheitsproblemen zeigen. Primär ist hier zu beurteilen, wie oft diese auftreten und ob eine personelle Unterstützung erforderlich wird. Dazu werden diese Situationen anhand ihrer Häufigkeiten erfasst. Ähnlich wie in Modul 2 ist die Erfassung von Bedarfen in diesem Bereich komplex und es lassen sich nur schwer direkt resultierende pflegerische Maßnahmen definieren. Ähnlich des Moduls 2 des BI bieten die einzelnen Item-Ausprägungen, die Möglichkeit den besonderen Pflegaufwand in den Preissetzungen zu berücksichtigen (siehe hierzu Abschnitt 2.3.3.2). In Tabelle 15 sind die Items aus dem Modul 3 des BI und die zugeordneten Interventionen aus dem *EViS-Interventionskatalog* (Rothgang et al. 2015) und den ambulanten Leistungskataloge der Länder abgebildet.

Tabelle 15: Items des BI-Moduls 3 sowie Interventionen und Leistungskomplexe aus dem EViS-Interventionskatalog und den ambulanten Leistungskatalogen der Länder

Items aus dem Modul 3 des BI <small>(MDS / GKV 2017: 49 ff.)</small>	Interventionen aus dem EViS-Interventionskatalog <small>(Rothgang et al. 2015: 234)</small>	Leistungskomplexe aus den ambulanten Leistungskatalogen der Länder
3.1 Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten 3.2 Nächtliche Unruhe 3.3 Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten 3.4 Beschädigen von Gegenständen 3.5 Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen 3.6 Verbale Aggressionen 3.7 Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten 3.8 Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen 3.9 Wahnvorstellungen 3.10 Ängste 3.11 Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage 3.12 Sozial inadäquate Verhaltensweisen 3.13 Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	Beruhigendes Gespräch führen Deeskalierendes Gespräch führen Motivierendes Gespräch führen	Pflegerische Betreuung (Beaufsichtigung bei Selbst-/Fremdgefährdung)

Im *EViS-Interventionskatalog* sind verschiedene Gespräche nach ihren Intentionen differenziert enthalten. Diese feine Granulierung ist für den Modul- und Leistungskatalog nicht erforderlich, letztendlich handelt es sich um ein Gespräch, welches als Teil der *Pflegerische Be-*

treuung festgehalten wurde. Ähnliches gilt für die bereits formulierte Leistung *24-h-Beaufsichtigung*, wenn die ermittelten Werte aus dem Modul 3 des BI besondere personelle Aufsicht erfordern.

6.1.4 Herleitung anhand des vierten Moduls des BI

Neben Angaben zur Ernährung (parenteral/über Sonde), zur Blasenkontrolle und Harninkontinenz sowie zur Darmkontrolle und Stuhlinkontinenz werden im Modul *Selbstversorgung* des BI Einschätzungen zum Grad der Selbstständigkeit der in Tabelle 16 aufgelisteten Items vorgenommen. Diese Hinweise, welche Form der personellen Unterstützung erforderlich werden, können bei einer individuellen Pflegeplanung genutzt werden, um Leistungsmengen festzulegen. Ein Bedarf kann beispielsweise ab einer *überwiegend selbständig(en)* Ausführung eintreten. Leistungen und Leistungskomplexe die aus Modul 4 des BI abgeleitet werden können sind in Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16: Items des BI-Moduls 4 sowie Interventionen und Leistungskomplexe aus dem EViS-Interventionskatalog und den ambulanten Leistungskatalogen der Länder

Items aus dem Modul 4 des BI <small>(MDS / GKV 2017: 51 ff.)</small>	Interventionen aus dem EViS-Interventionskatalog <small>(Rothgang et al. 2015: 235 ff.)</small>	Leistungskomplexe aus den ambulanten Leistungskatalogen der Länder
4.1 Waschen des vorderen Oberkörpers 4.2 Körperpflege im Bereich des Kopfes 4.3 Waschen des Intimbereiches 4.4 Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	Intimbereich waschen Gesäß waschen Beine Waschen Füße waschen Hilfe bei der Fußnagelpflege IK-Unterkörperwaschung im Bett, IK-Unterkörperwaschung am Waschbecken IK-Ganzkörperwaschung im Bett, IK-Ganzkörperwaschung im Bett inkl. Lagerung IK-Ganzkörperwaschung am Waschbecken IK-Baden IK-Duschen Hautkontrolle/Fingerabdrucktest durchführen Inspektion der Mundhöhle durchführen Hände waschen Arme waschen Gesicht waschen	Kleine Morgen-/Abendtoilette; Große Pflege (Duschen/Ganzkörper); große erweiterte Pflege (Baden); Rasieren und Kämmen (nur in Verbindung mit Pflege) Teilweise einzeln ausdifferenziert oder Komplexleistung mit/ohne Hilfe aus dem Bett

	<p>Hilfe beim Rasieren</p> <p>Haare waschen</p> <p>Haare kämmen</p> <p>Hilfe bei der Zahnpflege</p> <p>Hilfe bei der Zahnprothesenpflege</p> <p>Hilfe bei der Mundpflege</p> <p>Hilfe bei der Ohrenpflege</p> <p>Hilfe bei der Nasenpflege</p> <p>Hilfe bei der Fingernagelpflege</p> <p>Oberkörper vorne waschen</p> <p>Oberkörper hinten waschen</p> <p>IK-Oberkörperwaschung im Bett</p> <p>IK-Oberkörperwaschung am Waschbecken</p>	
<p>4.5 An- und Auskleiden des Oberkörpers</p> <p>4.6 An- und Auskleiden des Unterkörpers</p>	<p>Hilfe beim Teilankleiden</p> <p>Hilfe beim Ankleiden</p> <p>Schuhe anziehen</p> <p>Hilfe beim Teilauskleiden</p> <p>Hilfe beim Auskleiden</p>	An-, Aus- und Umkleiden
4.7 Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und eingießen von Getränken	<p>Vorbereitung zur Flüssigkeitsaufnahme</p> <p>Vorbereitung zur Nahrungsaufnahme</p>	
4.8 Essen 4.9 Trinken	<p>Orale Flüssigkeitsaufnahme/-zufuhr</p> <p>Orale Nahrungsaufnahme/-zufuhr</p> <p>IK-Orale Nahrungsaufnahme Hauptmahlzeit</p> <p>IK-Nahrungsaufnahme Zwischenmahlzeit</p>	<p>Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (Zwischenmahlzeit)</p> <p>Umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (Hauptmahlzeit)</p>
<p>4.10 Benutzen er Toilette oder eines Toilettenstuhls</p> <p>4.11 Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma</p> <p>4.12 Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma</p>	<p>Hilfe bei der Intimpflege</p> <p>Inkontinenzmaterial wechseln</p> <p>Wechseln des Stomabeutels</p> <p>Wechseln des Stomasystems</p> <p>Entleeren/Wechseln des Urinbeutels</p> <p>Katheterpflege durchführen</p> <p>IK-Ausscheidung Toilette</p> <p>IK-Ausscheidung Toilette inkl. Inko</p> <p>IK-Ausscheidung Toilettenstuhl</p> <p>IK-Ausscheidung Toilettenstuhl inkl. Inko</p> <p>IK-Ausscheidung Bett</p>	<p>Ergänzende Hilfe bei den Ausscheidungen im Zusammenhang mit der Körperpflege;</p> <p>Umfangreiche Hilfe bei Ausscheidungen</p>

	IK-Ausscheidung Bett inkl. Inko	
4.13 Ernährung parenteral oder über Sonde	Künstliche Flüssigkeitsaufnahme/-zufuhr Künstliche Nahrungsaufnahme/-zufuhr	Nahrungszufuhr durch Verabreichung von Sondenkost
	Postmortale Versorgung	

Für den Leistungskatalog zur Erstellung eines individuellen Pflegeplans lassen sich die folgenden Komplex- und Einzelleistungen ableiten. Im Bereich der Körperpflege zeigt sich, dass es wenig praktikabel erscheint eine Ausdifferenzierung auf Einzelleistungsniveau vorzunehmen, wenn es sich beispielsweise um einzelne Schritte, wie die Waschung des Kopfes oder des Oberkörpers handelt. Es gibt allerdings Leistungen, bei denen eine Ausdifferenzierung durchaus sinnvoll ist, da sie auch einzeln in der pflegerischen Versorgung auftreten können. Die Leistung *postmortale Versorgung* ist bisher in keinem der Kataloge berücksichtigt und wurde durch den Abgleich mit dem PeBeM-Interventionskatalog nach § 113c SGB XI und mit pflegfachlicher Literatur (Bartoszek / Drude 2015: 38; Kirschnick 2016: 361; Bulechek et al. 2016: 614) ergänzt.

Komplexleistungen:

- *Teilwaschung* beinhaltet das An- und Auskleiden, die Teilwaschen inklusive der Hautpflege und der Dekubitus-, Kontraktur- und Pneumonieprophylaxen, die Mund- und Zahnpflege sowie das Kämmen.
- *Ganzkörperwaschung* beinhaltet das An- und Auskleiden, das Waschen inklusive der Hautpflege und der Dekubitus-, Kontraktur- und Pneumonieprophylaxen, die Mund- und Zahnpflege sowie die Zahnprothesenpflege einschließlich der Parodontitis- und Soorprophylaxe und das Kämmen.
- *Duschen* beinhaltet das An- und Auskleiden, das Duschen inklusive der Hautpflege den Dekubitus-, Kontraktur- und Pneumonieprophylaxen, die Mund- und Zahnpflege sowie das Kämmen.
- *Baden* beinhaltet das An- und Auskleiden, das Baden inklusive der Hautpflege und den Dekubitus-, Kontraktur- und Pneumonieprophylaxen, die Mund- und Zahnpflege sowie das Kämmen.

Einzelleistungen:

- *Mund- und Zahnpflege* beinhaltet die Mund- und Zahnpflege einschließlich der Parodontitis- und Soorprophylaxe sowie die Zahnprothesenpflege.
- *Intimpflege* beinhaltet die Waschung des Intimbereichs, die Inspektion der Haut sowie das Anlegen von Inkontinenzhilfsmitteln.

- *Haarpflege/Rasur* beinhaltet die Pflege und Reinigung des Haars, das Frisieren sowie die Rasur.
- *Maniküre/Pediküre* beinhaltet die kosmetische Fuß- und Handnagelpflege.
- *An- und Auskleiden* beinhaltet die personelle Unterstützung beim Kleiderwechsel und bei der Auswahl der Kleidung.
- *Hilfe bei der Ausscheidung* beinhaltet die Intimpflege, das An- und Auskleiden, die Hilfe beim Toilettengang, das Entleeren oder den Wechsel des Urinbeutels, das Anlegen von Inkontinenzhilfsmitteln, den Wechsel des Stomabeutels sowie die Katheterpflege.
- *Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (Getränke/Zwischenmahlzeit)* beinhaltet die personelle Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme von Getränken und Zwischenmahlzeiten.
- *Umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (Hauptmahlzeit)* beinhaltet die personelle Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme von Getränken und Hauptmahlzeiten.
- *Enterale Ernährung* beinhaltet die personelle Unterstützung bei der künstlichen Nahrungsaufnahme von Sondenkost oder Getränken.
- *Postmortale Versorgung* beinhaltet die Durchführung der postmortalen Versorgung wie die Ganzkörperwaschung, Kommunikationleistungen und die Positionierung.

6.1.5 Herleitung anhand des sechsten Moduls des BI

In Modul 6 *Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte* des BI wird bewertet, ob die Person für die praktische Durchführung von Aktivitäten personelle Unterstützung benötigt. Dabei wird nicht untersucht, ob bereits in den Modulen zuvor mentale oder physische Beeinträchtigung vorliegen. Hierbei gibt die Beurteilung des Grades der Selbstständigkeit an, ob personelle Hilfestellung erforderlich ist.

Anhand der ermittelten Leistungen können individuell mit der pflegebedürftigen Person und/oder den Angehörigen Leistungen zur Alltagsgestaltung und zur Förderung und Erhalt sozialer Kontakte geplant werden. Interventionen, die sich aus den bestehenden Katalogen den jeweiligen Items des Moduls zuordnen lassen sind in Tabelle 17 aufgeführt.

Tabelle 17: Items des BI-Moduls 6 sowie Interventionen und Leistungskomplexe aus dem EViS-Interventionskatalog und den ambulanten Leistungskatalogen der Länder

Items aus dem Modul 6 des BI (MDS / GKV 2017: 63ff.)	Interventionen aus dem EViS-Interventionskatalog (Rothgang et al. 2015: 237 ff.)	Leistungskomplexe aus den ambulanten Leistungskatalogen der Länder
6.1 Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassungen an Veränderungen 6.2 Ruhen und Schlafen 6.3 Sich beschäftigen 6.4 Vornehmen von in die Zukunft gerichtete Planungen 6.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt 6.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	Hauswirtschaftliche Tätigkeiten Aktivieren der Sinne Kreatives Gestalten Gedächtnis und Biographie Spiel, Natur und Tiere Musik und Gesang Bewegung und Tanz Veranstaltungen und Feste Besuch und Ausflüge Gespräch, Gesprächsrunde Leichte pflegerische Hilfen Sterbebegleitung Motivationsförderung Bewohner Dienstgang, Therapiefahrt Sonstiges	Pflegerische Betreuung (Begleitung, Beschäftigung, Beaufsichtigung)

Im *EViS-Interventionskatalog* werden die Leistungen in einzelne Leistungen ausdifferenziert. Dies ist im Rahmen einer Alltagsgestaltung jedoch nicht erforderlich und erscheint auch nicht praktikabel, vielmehr sollte hier eine Leistung *Pflegerische Betreuung* wie sie im ambulanten Leistungskatalog der Länder definiert ist, für den Leistungskatalog zur Erstellung einer individuellen Pflegeplanung einbezogen werden. Sie kann nach Notwendigkeit der personellen Hilfestellung in unterschiedlicher Häufigkeit erfolgen und sämtliche Leistungen, die zur Gestaltung des Alltags und zur Förderung der sozialen Kontakte benötigt werden einschließen.

6.2 Modul Hilfe bei der Haushaltsführung

Zur Herleitung von Leistungen, die zur Hilfestellung bei der Lebensführung notwendig sind, wurden die Leistungskomplexe der ambulanten Kataloge der Länder und die Interventionen des EViS-Interventionskataloges aus den bisher kaum genutzten Modulen 7 und 8 des BI abgeleitet.

6.2.1 Herleitung anhand des siebten Moduls des BI

Die einzelnen Items, die im Modul 7 bewertet werden, gehen bislang nicht in die Ermittlung eines Pflegegrades ein (GKV und MDS 2017: 82). Sie dienen lediglich der Einschätzung, ob

außerhäusliche Aktivitäten selbstständig durchgeführt werden können und somit als Information, wann welche Leistungen erbracht werden sollen. Direkte Leistungen, die nicht schon im Bereich der pflegerischen Betreuung oder Mobilität benannt sind, ergeben sich aus diesem Modul nicht.

6.2.2 Herleitung anhand des achten Moduls des BI

Im Modul Haushaltsführung des BI wird vom Gutachter eingeschätzt, ob die begutachtete Person personelle Unterstützung bei Aktivitäten der Haushaltsführung benötigt. Dazu erfolgt eine Bewertung des Grades der Selbstständigkeit in sieben Items. Bei der Leistungsdefinition ist zu beachten, dass hier lediglich Leistungen relevant sind, die die direkte laufende Lebensführung des Pflegebedürftigen betreffen. Leistungen, wie die Instandhaltung der Wohnung, Hausmeistertätigkeiten oder Gartenarbeiten werden nicht durch die Pflegeversicherung übernommen und sind weiterhin privat zu zahlen.

Die Items des Moduls 8 des BI sowie die zugeordneten Leistungen aus dem stationären Interventionskatalog und den Leistungskatalogen der Länder sind in Tabelle 18 zusammengefasst.

Tabelle 18: Items des BI-Moduls 8 sowie Interventionen und Leistungskomplexe aus dem EViS-Interventionskatalog und den ambulanten Leistungskatalogen der Länder

Items aus dem Modul 6 des BI (MDS / GKV 2017: 85 ff.)	Interventionen aus dem EViS-Interventionskatalog (Rothgang et al. 2015: 241)	Leistungskomplexe aus den ambulanten Leistungskatalogen der Länder
8.1 Einkäufe für den täglichen Bedarf 8.2 Zubereiten einfacher Mahlzeiten 8.3 Einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten 8.4 Aufwendige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege 8.5 Nutzung von Dienstleistungen 8.6 Umgang mit finanziellen Angelegenheiten 8.7 Umgang mit Behördenangelegenheiten	Aufräum- und Reinigungsarbeiten	Reinigen der Wohnung Wechseln der Bettwäsche Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung Einkauf/Vorratseinkauf Kleine Besorgung/Botengänge Zubereiten einer warmen Mahlzeit Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit Unterstützung bei der Organisation von Dienstleistungen

Für den Leistungskatalog zur Erstellung einer individuellen Pflegeplanung ist hier eine Differenzierung auf Einzelleistungsebene notwendig, um einen Anreiz zur zivilgesellschaftlichen Übernahme zu geben. Die Leistungen *Einkauf/Vorratseinkauf*, *kleine Besorgungen/Botengänge*, *Zubereiten einer warmen Mahlzeit* und *Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit* sind

aktuell bereits Teil des ambulanten Leistungskataloges. In der bisherigen stationären Versorgung sind sie jedoch Teil der U+V-Kosten. Da diese Leistungen allerdings *als Folge* der Pflegebedürftigkeit nicht selbständig durchgeführt werden können, werden sie im Bereich der heutigen U+V-Kosten als fehlzugeordnet angesehen und für den Modul- und Leistungskatalog einbezogen.

Folgende Einzelleistungen werden für den Leistungskatalog festgehalten:

- *Beheizen der Wohnung*
- *Reinigen der Wohnung*
- *Wechsel der Bettwäsche*
- *Pflege der Wäsche und Kleidung*
- *Unterstützung bei der Organisation von Dienstleistungen*
- *Einkauf*
- *Zubereitung einer warmen Mahlzeit*
- *Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit*

6.3 Modul Steuerung der Pflege

Bei Umsetzung einer sektorenfreien Versorgung, die eine individuelle und bedarfsorientierte Versorgung auf Grundlage einer Leistungszumessung und eines Case-Managements wohnortunabhängig ermöglicht, sind weitere ergänzende Leistungen relevant, die bisher im Leistungsgeschehen nicht vorhanden sind oder die neu definiert werden müssen. Eingeführt wird deshalb ein Modul zur *Steuerung der Pflege*, das alle Leistungen integriert, die nicht direkt als pflegerische Leistung dem Pflegebedürftigen zugeordnet werden können. Das *Care- und Case-Management* ist verpflichtend für jede leistungsbeziehende Person zu berücksichtigen und als Leistung zu definieren. Die Weiterführung des Case-Managements durch professionelle Pflegeanbieter wird als *Reflexions-/Evaluationsgespräch* ebenfalls als verpflichtend in den Modul- und Leistungskatalog übernommen. Leistungen aus dem häuslichen Pflegebereich bieten bereits die Grundlage für Reflexions-/und Evaluationsgespräche, dort gibt es derzeit die Leistungskomplexe *Erstbesuch* und *Folgebesuch*. Diese Leistungen könnten zukünftig in ein *Case-Management* und *Reflexions- und Evaluationsgespräch* umgewandelt werden.

Pflegerische Tätigkeiten, die zukünftig von der Zivilgesellschaft übernommen werden, erfolgen nach einer Kontrahierung zwischen der pflegenden Person und der Pflegekasse. Zur Qualitätssicherung kann zum einen der Leistungskomplex *pflegefachliche Anleitung bei körperbezogenen Pflegemaßnahmen* aus den ambulanten Leistungskatalogen der Länder in den Leistungskatalog integriert werden. Zusätzlich ist eine Qualifizierungseinheit im Rahmen einer verpflichtenden Schulung zu diskutieren, die als Leistung in § 45 SGB XI bereits in ähnli-

cher Form besteht. Ebenfalls besteht die Möglichkeit durch die Erweiterung des Leistungskomplexes *Pflegeeinsatz* gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI die Qualitätserbringungsverantwortung vertraglich den professionellen Pflegeanbietern zu überlassen. Dafür sollte allerdings eine engere Setzung vorgesehen werden. Des Weiteren wird die Leistung *Pflegeprozessesteuerung*, *Pflegevisite*, *Fallbesprechung* und *Beratung* als qualitätssichernde Leistungen integriert. Die Wegezeit, die zur Erbringung der Leistung in der häuslichen Wohnform notwendig wird, ist nicht Teil der Bedarfsfeststellung. Eine Abrechnung ist nach Erbringung und je nach Leistungsart pro Einsatz mit der Krankenkasse oder Pflegekasse vorzunehmen. Die Leistung selbst ist allerdings als Teil des Modul- und Leistungskataloges erforderlich, da sie im täglichen Pflegeplan integriert und vergütet werden muss.

Für den Leistungskatalog zur Erstellung eines individuellen Pflegeplans werden folgende Leistungen festgehalten:

- *Care- und Case-Management* beinhaltet die Steuerung der Pflegeleistungen und die Erstellung der individuellen Pflegeplanung.
- *Reflexions- und Evaluationsgespräch* beinhaltet die Anpassung der individuellen Pflegeplanung auf Leistungsebene bei Veränderungen des Gesundheitszustandes oder des Pflegebedarfes.
- *Pflegefachliche Anleitung bei körperbezogenen Pflegemaßnahmen* beinhaltet die Anleitung bei Übernahme von Leistungen durch die Zivilgesellschaft.
- *Basisschulung für pflegende Angehörige* beinhaltet die Qualifikation der Angehörigen bei Übernahme von Leistungen.
- *Pflegeeinsatz* beinhaltet die regelmäßige Überprüfung/Qualitätssicherung der Versorgungssituation bei zivilgesellschaftlicher Übernahme.
- *Pflegeprozessesteuerung* beinhaltet sämtliche Tätigkeiten die zur Steuerung des Pflegeprozesses auf Pflegeanbieterseite zu erfüllen sind (inklusive der Erstellung einer Pflegeplanung im Rahmen des Pflegeprozesses, der Beurteilung durch Assessments und der Dokumentation).
- *Pflegevisite* beinhaltet die Überprüfung des Pflegeprozesses und der Pflegequalität.
- *Fallbesprechung* beinhaltet die Planung und Evaluation der Handlungsschritte durch das Einbeziehen verschiedener Experten aller Berufsgruppen, die an der Versorgung des Pflegebedürftigen beteiligt sind.
- *Beratung* beinhaltet die Beratung des Pflegebedürftigen und/oder seiner Angehörigen zu Themen wie der Versorgung chronischer Wunden, zur Dekubitusprophylaxe, zu Ernährung, Förderung der Kontinenz, Mobilität, Schmerzmanagement oder zur Sturzprophylaxe.
- *Wegezeit* beinhaltet die Zeit, die benötigt wird um den Pflegebedürftigen in seiner Häuslichkeit aufzusuchen.

6.4 Modul Hilfe bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Aufgaben

Bei einer Homogenisierung der Finanzierung behandlungspflegerischer Leistungen ist es sinnvoll, durch oder in Folge von Pflegebedürftigkeit entstehende Leistungen in die Gestaltung des individuellen Pflegearrangements einzubeziehen – auch wenn die Finanzierung einheitlich aus dem SGB V erfolgt. Dazu wurden die entsprechenden Leistungen anhand des fünften Moduls des BI ermittelt. Neben Angaben zur ärztlichen und medikamentösen Versorgung, zur laufenden Heilmitteltherapie, zu behandlungspflegerischen und zu anderen therapeutischen Maßnahmen werden im Rahmen der Begutachtung bereits Angaben zur bedarfsnotwendigen Häufigkeit einer personellen Unterstützung (Anzahl/pro Tag/pro Woche/pro Monat) gemacht, die gleichzeitig eine Leistungsmenge ergeben und für die individuelle Pflegeplanung genutzt werden können.

Tabelle 19 bildet die Items des Moduls, die zugeordneten Interventionen des stationären Kataloges und die Leistungen aus der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege ab.

Tabelle 19: Items des BI-Moduls 5 sowie Interventionen und Leistungskomplexe aus dem EViS-Interventionskatalog und den ambulanten Leistungskatalogen der Länder

Items aus dem Modul 5 des BI (MDS und GKV 2017: 58 ff.)	Interventionen aus dem EViS-Interventionskatalog (Rothgang et al. 2015: 237)	Leistungen aus der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (G-BA 2019)
5.1 Medikation	Hilfe bei der Medikation	Inhalation; Medikamente: 1: Richten, 2. Verabreichen
5.2 Injektionen	Hilfe bei der Injektion	Infusionen i.v.; Infusionen s.c.; Injektionen i.v., i.m., s.c
5.3 Versorgung intravenöser Zugänge (z. B. Port)	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	Pflege des zentralen Venenkatheters
5.4 Absaugen und Sauerstoffgabe	Absaugen oder Sauerstoffgabe	Absaugen;
5.5 Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen		Auflegen von Kälteträgern;
5.6 Messung und Deutung von Körperzuständen	Blutdruck messen Puls messen Atmung messen Temperatur messen Gewicht messen Größe messen Konstitution einschätzen Blutzucker messen	Blutdruckmessung; Blutzuckermessung; Flüssigkeitsbilanzierung;
5.7 Körpernahe Hilfsmittel	Hilfe beim Einsatz körpernaher Hilfsmittel;	Verbände: Anlegen und Abnehmen eines Kompressionsverbandes, An- und Ausziehen von ärztl. verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen,

		Anlegen von stützenden stabilisierenden Verbänden
5.8 Verbandwechsel und Wundversorgung	Verbandwechsel/Wundversorgung Wundversorgung bei Stoma	Dekubitusbehandlung; Versorgung eines suprapubischen Katheters; Versorgung bei perkutaner endoskopischer Gastronomie; Verbände: Anlegen und Wechseln von Wundverbänden
5.9 Versorgung mit Stoma		Stomabehandlung
5.10 Regelmäßige Einmalkatheterisierung	Katheterisierung Hilfe beim Abführen	Einlauf/ Klistier/Klyisma/digitale Enddarmausräumung; Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins
5.11 Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung		
5.12 Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung		

Für den Leistungskatalog zur Erstellung einer individuellen Pflegeplanung bedeutet das, dass im Grunde genommen sämtliche Interventionen aus der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (G-BA 2019) für den gesamten pflegerischen Bereich übernommen und im Rahmen der Pflegebegutachtung zugemessen werden können.

- *Absaugen*
- *Auflegen von Kälteträgern*
- *Blutdruckmessung*
- *Blutzuckermessung*
- *Dekubitusbehandlung*
- *Einlauf/ Klistier/Klyisma/digitale Enddarmausräumung*
- *Flüssigkeitsbilanzierung*
- *Infusionen i.v.*
- *Infusionen s.c.*
- *Inhalation*
- *Injektionen i.v., i.m., s.c.*
- *Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins*
- *Medikamente 1: Richten*
- *Medikamente 2: Verabreichen*
- *Pflege des zentralen Venenkatheters*
- *Spezialisierte ambulante Pflegeversorgung*
- *Stomabehandlung*
- *Verbände* beinhaltet das Anlegen und Abnehmen eines Kompressionsverbandes, das An- und Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen,

das Anlegen von stützenden stabilisierenden Verbänden sowie das Anlegen und Wechseln von Wundverbänden.

- *Versorgung bei perkutaner endoskopischer Gastrostomie*
- *Versorgung eines suprapubischen Katheters*

Zusätzlich sind Leistungen benannt, die nicht den Items zugeordnet werden können:

- *Anleitung bei der Behandlungspflege*
- *Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose*
- *Magensonde* beinhaltet das Legen sowie das Wechseln einer Magensonde.

Die Leistung *Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase* nach § 132 g SGB V können derzeit lediglich Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen. Diese Leistung wird ebenfalls für den Modul- und Leistungskatalog einbezogen und sollte bei Umsetzung einer sektorenfreien Versorgung unabhängig des Wohnortes gelten.

Literatur

- Arrow, Kenneth J. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in: The American Economic Review, Vol. 53, No. 5. (Dec., 1963), pp. 941-973.
- Augurzky, Boris / Borchert, Lars / Deppisch, Rebecca / Krolop, Sebastian / Mennicken, Roman / Preuss, Maïke / Rothgang, Heinz / Stocker-Müller, Melanie / Wasem, Jürgen (2008a): Heimentgelte bei der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen. Ein Bundesländervergleich. RWI-Materialien, Heft 44. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Augurzky, Boris / Deppisch, Rebecca / Krolop, Sebastian / Wasem, Jürgen / Rothgang, Heinz (2008b): Teuer, teurer, NRW: 10.000 deutsche Pflegeheime im Vergleich, in: Altenheim, 47. Jg., Heft 2: 38–41.
- AWO [=Bundesvorstand der Arbeiterwohlfahrt] (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.
- BA [=Bundesagentur für Arbeit] (2019): Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg, Mai 2019.
<https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf>.
- Bartoszek, Gabriele / Drude, Carsten (2015): Pflegen. Grundlagen und Interventionen. 1. Aufl. München: Urban & Fischer Elsevier.
- BMA [=Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung] (1997): Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung am 1. Januar 1995.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/1.Pflegebericht.pdf.
- BMAS [=Bundesministerium für Arbeit und Soziales] (2018): Die Rentenbestände in der gesetzlichen Rentenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn, Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Rentenbestandsstatistik-2017.pdf?__blob=publicationFile&v=2.
- BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2009): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Bonn.
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/pflegebeduerftigkeitbegriff/Bericht_Gesamt_26012009.pdf.

- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (Hg.) (2019a): Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungstext der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Unter Mitarbeit von Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstexte_AG_1-5.pdf, zuletzt geprüft am 28.08.2019.
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (2019b): Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden am 31.12.2017.
URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/Leistungsarten-und-Pflegegraden_2017.xls.
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (2019c): Soziale Pflegeversicherung Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegegraden im Jahresdurchschnitt 2017.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/Leistungsarten-und-Pflegegraden_2017.xls, zuletzt geprüft am 8.10.2019.
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (2019d): Versicherte der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) nach Altersgruppen und Geschlecht am 1.7.2017.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Versicherte/Versicherte_2017.xls, zuletzt geprüft am 8.10.2019.
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (2019e): Versicherte der sozialen Pflegeversicherung (SPV) nach Altersgruppen und Geschlecht am 1.7.2017. Bonn, Bundesministerium für Gesundheit.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Versicherte/Versicherte_2017.pdf.
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (2019f): Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung 1995-2018.
URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung_2018.xls, zuletzt geprüft am 8.10.2019.
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (2019g): Soziale Pflegeversicherung Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegegraden im Jahresdurchschnitt 2018.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/Leistungsarten-und-Pflegegraden_2018.xls.

- [atistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/Leistungsempfaenger-nach-Leistungsarten-und-Pflegegraden.xls](#), zuletzt geprüft am 8.11.2019.
- Buchholz, Wolfgang / Wiegard, Wolfgang (1992): Allokative Überlegungen zur Reform der Pflegevorsorge, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 209, 441-457.
- Bulechek, Gloria M./ Butcher, Howard K./ Dochterman, Joanne McCloskey/ Wagner, Cheryl M./ Widmer, Rudolf/ Georg, Jürgen (Hg.) (2016): Pflegeinterventionsklassifikation (NIC). Unter Mitarbeit von Michael Hermann. Bern: Hogrefe.
- BVerfG (2001): Urteil des Ersten Senats vom 03. April 2001 – 1 BvR 2014/95 – Rn. (1–93). Karlsruhe, Bundesverfassungsgericht, BVerGE 103, 197 – 225.
https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2001/04/rs20010403_1bvr201495.pdf?blob=publicationFile&v=1.
- CAREkonkret (2015a). AOK: Missbrauch nimmt zu. CAREkonkret 18(42).
- CDU, CSU, SPD (2005) Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005.
www.kas.de/upload/ACDP/CDU/Koalitionsvertraege/Koalitionsvertrag2005.pdf.
- Esping-Andersen, Gösta (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge, Polity Press.
- Fiechter, Verena/ Meier, Martha (1998): Pflegeplanung. Fritzlar: Recom Verlag.
- Fuchs, Johann / Söhnlein, Doris / Weber, Brigitte (2017): Arbeitskräfteangebot sinkt auch bei hoher Zuwanderung. Nürnberg, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit.
<http://www.iab.de/389/section.aspx/Publikation/k170209301>.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2019): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 22.08.2019 B4, in Kraft getreten am 23. August 2019.
- 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.
- Greß Stefan / Bieback Karl-Jürgen (2014): Steuerfinanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Keine Verlässlichkeit und Stetigkeit In: ifo Schnelldienst, 67, 7, 2014, 6-9.
- Häcker, Jasmin/Raffelhüschen, Bernd (2007) Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des „Heimsog-Effekts“. Zeitschrift für Sozialreform 53: 391–422.
- Heiber, Andreas (2019): Leistungskataloge und Vergütungen SGB XI 2018. Eine bundesweiter Vergleich-Studie. Vincentz-Verlag: Hannover.
- Heintze, Cornelia (2015): Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland;

- Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. 2. akt. u. inh. überarb. Aufl. (WISO Diskurs Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik). Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Hielscher, Volker / Kirchen-Peters, Sabine / Nock, Lukas unter Mitarbeit von Max Ischebeck (2017): Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. Hans-Böckler-Stiftung Studie Nr. 363. https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_363.pdf.
- Hoberg, Rolf / Klie, Thomas / Künzel, Gerd (2013): Strukturreform PFLEGE und TEILHABE. Politikentwurf für eine nachhaltige Sicherung von Pflege und Teilhabe. https://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Strukturreform_PFLEGE_TEILHABE_Langfassung.pdf.
- KDA [Kuratorium Deutsche Altershilfe] (1974) Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. Köln: KDA.
- Kirschnick, Olaf (2016): Pflegetechniken von A-Z. Unter Mitarbeit von Doris Kirschnick. 5. Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Klie, Thomas (2018): DAK Pflegereport 2018. Pflege vor Ort. Gelungenes Leben mit Pflegebedürftigkeit. Heidelberg: Medhochzwei.
- Kochskämper, Susanna (2019): Pflegeheimkosten und Eigenanteile. Wird Pflege immer teurer? IW-Report 41/19. https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Report/PDF/2019/IW-Report_2019_Pflegeheimkosten-und-Eigenanteile.pdf.
- Lüngen, Markus (2012): Vollversicherung in der Pflege – Quantifizierung von Handlungsoptionen. Osnabrück, Hochschule Osnabrück. https://www.verdi.de/++file++50a3affa6f684477860001c/download/Gutachten_Pflegeversicherung.pdf.
- Mager, Hans-Christian (1995): in: Moral hazard in der (sozialen) Pflegeversicherung? In: Fachinger, Uwe / Rothgang, Heinz (Hg.) (1995): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes, Berlin: Duncker & Humblot: 115-135.
- Meier, Volker (1998): Theorie der Pflegeversicherung. Heidelberg: Physica-Verlag
- Musgrave, Richard A / Musgrave, Peggy B (1984): Public Finance in Theory and Practice. 4. edition, New York u.a.: McGraw-Hill.
- MDS/GKV [Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. / Spitzenverband Bund der Krankenkassen] (Hg.) (2017): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. 2. Aktualisierte Auflage.

- https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/17-07-17_BRI_Pflege.pdf; zuletzt geprüft am 06.11.2019
- Pabst, Stefan / Rothgang, Heinz (2000): Die Einführung der Pflegeversicherung, in: Leibfried, Stefan / Wagschal, Uwe (Hg.): Bilanzen, Reformen und Perspektiven des deutschen Sozialstaats. Frankfurt: Campus, 340-377.
- Pfister, Kaspar (2018): Das ambulante Heim: Modellprojekt erprobt sektorenübergreifendes Angebot. In Altenheim Online. Hannover: Vincentz Verlag. Online verfügbar unter: <http://www.altenheim.net/Infopool/Videos/Best-Practice/Das-ambulante-Heim-Modellprojekt-erprobt-sektoreneuebergreifendes-Angebot>, zuletzt geprüft am 08.11.2019.
- PflegeVG-E [Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Pflegerisikos (Pflegeversicherungsgesetz – PflegeVG)]. Bundestags-Drucksache 12/5262.
<http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/12/056/1205617.pdf>.
- PpsG-Entwurf [Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals, (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)]. Bundestags-Drucksache 19/4453.
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/044/1904453.pdf>.
- Prinz, Aloys (1987): Pflegebedürftigkeit als ökonomisches Problem. Spardorf: Verlag René F. Wilfer.
- Roth, Günter / Rothgang, Heinz (1999): „Angleichung nach oben“: Die Entwicklung der Heimentgelte nach Einführung der Pflegeversicherung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Vol. 7, Heft 4: 307–336.
- Rothgang, Heinz (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Band 7. Frankfurt: Campus.
- Rothgang, Heinz (2001): Die Verfassungsgerichtsurteile zur Pflegeversicherung: Ausgangspunkt für eine Neuordnung der Sozialversicherung? In: Sozialer Fortschritt, 50 (5), S. 121 – 126.
- Rothgang, Heinz (2010): Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung. In: Gesundheitswesen 72(3), 154-160.
- Rothgang, Heinz (2011): Solidarität in der Pflegeversicherung: Das Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung. In: Sozialer Fortschritt 60(4/5), 81-87.
- Rothgang, Heinz (2018): Ein Jahr nach der großen Pflegereform – vorläufige Bilanz, in: Soziale Sicherheit, Heft 5, 186-193.
- Rothgang, Heinz / Domhoff, Dominik (2019): Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung. Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. Working Paper Forschungsförderung

Nummer 150, September 2019. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

http://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_150_2019.pdf.

Rothgang, Heinz / Fünfstück, Mathias / Kalwitzki, Thomas (2019b): Personalbemessung in der Langzeitpflege, in: Jacobs, Klaus / Kuhlmeier, Adelheid / Greß, Stefan / Klauber, Jürgen / Schwinger, Antje (Hg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin: Springer: 147-157.

https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58935-9_11.

Rothgang, Heinz / Fünfstück, Mathias / Neubert, Lydia / Czwikla, Jonas / Hasseler, Martina (2015): Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen. GKV-Spitzenverband (Hg.) (Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 13. Berlin).

Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas, 2017: Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur. Gutachten im Auftrag von: Initiative Pro-Pflegereform. Bremen/Stuttgart; <https://www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=ba985cf4d0.pdf&filename=Gutachten%20Rothgang%20Kalwitzki%20-%20Alternative%20Ausgestaltung%20der%20Pflegeversicherung.pdf>

Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas / Domhoff, Dominik (2019c): Modellrechnungen zur Finanzreform der Pflegeversicherung. Kurzexpertise im Auftrag der DAK Gesundheit <https://www.dak.de/dak/download/191016-modellrechnungen-pdf-2159040.pdf>.

Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas / Müller, Rolf / Runter, Rebecca / Unger, Rainer (2016): BARMER GEK Pflegereport 2016. Siegburg: Asgard-Verlag.

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

Rothgang, Heinz / Müller, Rolf (2018): BARMER Pflegereport 2018.

<https://www.barmer.de/blob/170372/9186b971babc3f80267fc329d65f8e5e/data/dl-pflegereport-komplett.pdf>

Rothgang, Heinz / Müller, Rolf (2019): BARMER Pflegereport 2019: Ambulantisierung der Pflege. https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2019/20191128_BARMER_Pflegereport_2019.pdf.

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

Rothgang, Heinz / Schmid, Achim / Maaß, Laura / Preuß, Benedikt / Wagner, Christian (2019a): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) im Auftrag des Bundesministeriums für

- Gesundheit. Los 4: Statistische Analysen. Abschlussbericht. Bonn/Berlin, BMG, im Erscheinen.
- Rothgang, Heinz / Wagner, Christian (2019): Quantifizierung der Personalverbesserungen in der stationären Pflege im Zusammenhang mit der Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Quantifizierung_der_Personalverbesserungen.pdf.
- Rothgang, Heinz / Wolf-Ostermann, Karin / Schmid, Achim / Domhoff, Dominik / Müller, Rolf / Schmidt, Annika (2018). Ambulantisierung stationärer Einrichtungen und innovative ambulante Wohnformen. Endbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn. Bremen.
https://www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=da0c5a882d.pdf&filename=Abschlussbericht_Ina_Wo_final_UNI_BREMEN.pdf.
- Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) (2019): Daten für die Jahre 1984-2017, Version 34. SOEP.
- Schmähl, Winfried (1993): The 1992 Reform of Public Pensions in Germany: Main Elements and some Effects, in: Journal of European Social Policy. Vol. 3, Issue 1: 39-51.
- Schneekloth, Ulrich / Geiss, Sabine / Pupeter, Monika / Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas / Müller, Rolf (2019): Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes und des Ersten Pflege-Stärkungsgesetzes) PSG I= im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf.
- Schwinger, Antje / Kalwitzki, Thomas / Rothgang, Heinz (2018): „Die Pflegeversicherung boomt“. Mehrausgaben der Pflegeversicherung – Retrospektive und Projektion, in: Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, Heft 6, 13-22.
- Statistisches Bundesamt (2002): 3. Kurzbericht: Pflegestatistik 1999 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich: Pflegeheime. Bonn, Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.
https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00042871/5224001159004.pdf.
- Statistisches Bundesamt (2019): Vorausberechneter Bevölkerungsstand. Tabelle 12421-0002. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt. https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/%20data;sid=AD4395BA0B94B7F4005DE29F201BE481.GO_2_1?operation=

[abruftabelleAbrufen&selectionname=124210002&levelindex=1&levelid=1563125857934&index=2](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstext_AG_5_Anlage_4_IGES-Gutachten.pdf)

Storm, Andreas (Hg.) (2019): Pflegereport 2019. 25 Jahre Pflegeversicherung: Kosten der Pflege – Bilanz und Reformbedarf. Heidelberg: medhochzeit Verlag.

Tisch, Thorsten / Braeseke, Grit / Ochmann, Richard / Nolting, Hans-Dieter (2019): Quantifizierung der finanziellen Auswirkungen flächendeckender Tarife in der Altenpflege. Ergebnisse des Forschungsgutachtens. Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin, IGES.

www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstext_AG_5_Anlage_4_IGES-Gutachten.pdf.

Unger, Rainer / Giersiepen, Klaus / Windzio, Michael (2015): Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf. Der Einfluss von Familienmitgliedern und Freunden als Versorgungsstrukturen auf die funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Vol. 67, Supp. 1: 193–215.

Unger, Rainer / Rothgang, Heinz (2013): Auswirkungen einer informellen Pflegetätigkeit auf das Alterssicherungsniveau von Frauen, in: FNA-Journal. Forschungsnetzwerk Alterssicherung (4): 1–42

vdek [Verband der Ersatzkassen] (2019): Landesbasisfallwerte 2019. Stand: 1.3.2019.

www.vdek.com/content/vdeksite/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte/_jcr_content/par/download_1353572367/file.res/11_LBFW%202019_ex_DMH.pdf.

Verband der Privaten Krankenversicherung (2018): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2017. <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht-2017.pdf>.

WD [Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags] (2016): Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie in der Sozialen Pflegeversicherung. Dokumentation WD 9 - 3000 - 051/16.

<https://www.bundestag.de/resource/blob/480530/23a869c6255b792438e527625bc/b7e46/wd-9-051-16-pdf-data.pdf>.

Weiß, Christian (2016): Vergütung der stationären Langzeitpflege. Münster, Lit-Verlag.

Wingenfeld, Klaus / Büscher, Andreas (2017): Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Bielefeld/Osnabrück. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf, zuletzt geprüft am 06.03.2019.

Wingenfeld, Klaus / Büscher, Andreas / Gansweid, Barbara (2011): Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. (Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Bd. 2). Hürth: CW Haarfeld.

www.pro-pflegereform.de