

**# NeustartPflege: bedarfsgerecht,
ortsunabhängig, bezahlbar**

2. GUTACHTEN

Zusammenfassung AAPV II

«Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung»

von

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Dipl.-Gerontologe Thomas Kalwitzki

Janet Cordes, M. A.



Auftraggeber: Initiative Pro-Pflegereform
www.pro-pflegereform.de

November 2019

Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung II (AAPV II)

bedarfsgerecht – ortsunabhängig – bezahlbar

Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform

Kurzfassung

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki

Janet Cordes, M.A.

Kontaktadresse:

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Universität Bremen

SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

Postfach 33 04 40

28334 Bremen

rothgang@uni-bremen.de

INHALT

VORWORT	3
EINLEITUNG.....	4
1 REFORMBEDARF.....	4
1.1 Lebensstandardsicherung und Eigenanteile	5
1.2 Individualisierte Pflegearrangements und Beteiligung der An- und Zugehörigen sowie der Zivilgesellschaft an der Pflege	9
2 REFORMVORSCHLAG.....	11
2.1 Sockel-Spitze-Tausch	11
2.1.1 Einbezogene Kostenbestandteile	12
2.1.2 Geltungswerte des Sockels und Vorbedingungen	12
2.1.3 Mechanik des Sockel-Spitze-Tauschs	13
2.2 Schaffung sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen.....	14
2.2.1 Bedarfsfeststellung und Steuerung der Inanspruchnahme	15
2.2.2 Modul- und Leistungskataloges	16
2.3 Gesamtkonzept.....	18
3 FINANZIELLE WIRKUNGEN DES REFORMVORSCHLAGS.....	19
3.1 Grundannahmen der Berechnungen	19
3.1.1 Annahmen zur Ausgabenseite	19
3.1.2 Annahmen zur Einnahmenseite	20
3.2 Berechnung des Sockelbetrages	21
3.3 Untersuchte Szenarien	21
3.3.1 Szenario Status quo.....	22
3.3.2 Referenzszenario.....	23
3.3.3 Reformszenario	23
4 MAßNAHMEN ZUR BEGRENZUNG DES BEITRAGSSATZANSTIEGES.....	25
5 BEWERTUNG UND FAZIT	28
LITERATUR.....	30

Vorwort

Die vorliegende Ausarbeitung baut auf einem Gutachten auf, das von Rothgang und 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 ein folgendes, feiner ausgearbeitetes Reformkonzept beide Perspektiven integrieren sollte. In diesem Gutachten werden in beiden Reformlinien daher nur noch solche Reformschritte betrachtet, die mit der jeweils anderen Reformlinie kompatibel oder durch diese erforderlich sind. Das Ergebnis ist 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 nach der Grundsatzentscheidung für eine Reformoption, diese konkretisiert werden sollten. Die hier vorgelegten Vorschläge sind daher auf einer niedrigeren Flughöhe angesiedelt und beinhalten zum Teil bereits sehr konkrete Ausgestaltungsvorschläge.

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 der Reformvorschlag entfaltet, dessen Auswirkungen in Kapitel 3 und Kapitel 4 diskutiert werden. Das abschließende Kapitel 5 bewertet das Konzept vor dem Hintergrund der zuvor dargelegten Ziele abschließend.

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 sind Ausdruck einer stärkeren Individualisierung auch in der Pflege. Welche Anforderungen daraus für die zukünftige Ausgestaltung der Pflegeversicherung folgen, wird in Abschnitt 0 diskutiert.

Diese Bedarfsanalyse 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. 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. Für den Fall der Pflegebedürftigkeit gab es bis zur Einführung der Pflegeversicherung 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). Effektiv in Bezug auf diese Zielsetzung ist die Pflegeversicherung aber nur, insoweit es ihr gelingt, einen sozialen Abstieg aufgrund von Pflegebedürftigkeit im Regelfall zu vermeiden. Die Ausgestaltung der Pflegeversicherung ist daher auch daran zu messen, wie sie mit den Risiken der durchschnittlichen Höhe der laufenden Kosten und dem Risiko sehr hoher Gesamtkosten über Zeit umgeht. Um also das Ziel der Lebensstandardsicherung zu erreichen, sollte die Pflegeversicherung die *pflegebedingten Kosten* der Heimversorgung übernehmen.

Dass dieser Anspruch bei Einführung der Pflegeversicherung erfüllt werden konnte, zeigt ein Vergleich der Leistungshöhen und Pflegesätze in ihren Anfangsjahren (Augurzky et al. 2008a und 2008b). Erkennbar ist dabei, dass die Leistungen der Pflegeversicherung im Jahr 1996 selbst im teuren 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 selbst im

Rheinland noch nahe Null war. 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 zuvor bereits in den Jahren 2008, 2010 und 2012 dynamisiert. Das hat dazu geführt, dass die durchschnittlichen Eigenanteile von 2009 bis 2011 sogar gesunken sind und die Wachstumsrate der Steigerung in dieser Stufe insgesamt geringer ist. Werden die Eigenanteile der jeweiligen Pflegestufe mit den bundesweiten Belegungsanteilen gewichtet, ergibt sich der durchschnittliche Eigenanteil. Tabelle 1 zeigt, dass sich dieser durchschnittliche Eigenanteil von 1999 mit 277 Euro bis 2015 mit 602 Euro mehr als verdoppelt hat.

Tabelle 1: Monatlicher Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen in vollstationärer Pflege

Jahr	Pflegevergütung			Eigenanteil an der Pflegevergütung			Belegungsanteile in %			Durchschnittlicher Eigenanteil / EEE
	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe I	Stufe II	Stufe III	
1999	1.156	1.521	1.977	133	242	545	32 %	45 %	23 %	277
2001	1.186	1.582	2.008	163	303	576	33 %	45 %	22 %	316
2003	1.247	1.673	2.099	224	394	667	34 %	45 %	21 %	394
2005	1.277	1.702	2.128	254	423	696	35 %	44 %	21 %	422
2007	1.307	1.733	2.158	284	454	726	36 %	43 %	21 %	449
2009	1.362	1.792	2.249	339	513	779	38 %	42 %	20 %	502
2011	1.369	1.811	2.278	346	532	768	39 %	41 %	20 %	507
2013	1.414	1.875	2.365	391	596	815	39 %	41 %	20 %	560
2015	1.490	1.973	2.485	426	643	873	40 %	40 %	20 %	602
2017										550
2019										659

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Angaben der Pflegestatistik für 2009–2015; Angaben für Januar 2017 und Januar 2019: Rothgang et al. 2019, basierend auf Daten von jeweils mehr als 11 Tausend vollstationären Pflegeeinrichtungen, zur Verfügung gestellt vom vdek.

Aufgrund der Pflegereform ist dieser Wert zum Januar 2017 zwar zurückgegangen, allerdings sind die Eigenanteile danach erneut kontinuierlich weiter angestiegen und liegen heute wieder deutlich über dem Wert vor Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) im Jahre 2017.

Zudem 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. Inzwischen sind die Gesamt-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.

Für die Zukunft ist mit weiteren erheblichen und bezogen auf die einzelnen Einrichtungen zudem sprunghaften Steigerungen der pflegebedingten Aufwendungen und damit auch der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (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: Erstens 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 konzierte Aktion hat beschlossen, mit der Umsetzung des Verfahrens nach Abschluss der Erprobung zügig zu beginnen. 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. Zweitens wird in den Beschlüssen der Konzierten Aktion eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte gefordert. Am Jahresende 2017 lagen die monatlichen Bruttoentgelte für Fach- und Assistenzkräfte in Pflegeheimen um durchschnittlich 593 (Fachkräfte) bzw. 558 Euro (Assistenzkräfte) und damit um 18 % bzw. 22 % hinter denen für entsprechende Kräfte im Krankenhaus (IAB 2018: 4). 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 Krankensektor 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.

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. 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. Das ist den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen nicht zu vermitteln. Steigen Entlohnungen für Pflegekräfte und Personaleinsatzmengen in Heimen wie es die Beschlüsse der Konzentrierten 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.

Notwendig ist daher 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 2.1 wird diese Umkehrung als „Sockel-Spitze-Tausch“ bezeichnet.

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 Maßnahmen zur Begrenzung des Beitragssatzanstieges diskutiert werden.

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

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. Hierzu gehört die Autonomie der Pflegebedürftigen selbst individuell angepasste Wohn- und Pflegesettings wählen zu können. Tatsächlich wurde mit den Reformgesetzen der letzten Jahre versucht, eine Ambulantisierung der Pflege zu fördern. Die anrechnungsfreie Inanspruchnahme von teilstationären Leistungen, die Flexibilisierung von teilstationären Leistungen und Kurzzeitpflege, die Förderung von Pflege-WGs, die Erhöhung der Fördersummen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen und viele andere Maßnahmen mehr, sollen es ermöglichen, *individualisierte Versorgungsformen* zu etablieren.

Dem entgegen steht die strikte Trennung in ambulante und stationäre Versorgungsformen, die leistungs-, leistungserbringungs- und ordnungsrechtlich festgeschrieben ist. Diese Dichotomie resultiert letztlich aus einer Übernahme der *sektoralen Segmentierung* der Gesetzlichen Krankenversicherung, die bei Einführung der Pflegeversicherung unhinterfragt dupliziert wurde. Tatsächlich erweist sie sich inzwischen aber erkennbar als Innovationsbremse, weil innovative ambulante Versorgungsformen, die nicht eindeutig einem der beiden Sektoren zuzuordnen sind, sondern diese Dichotomie überwinden könnten, an ihrer Entfaltung gehindert werden. Stattdessen droht die Ambulantisierung 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).

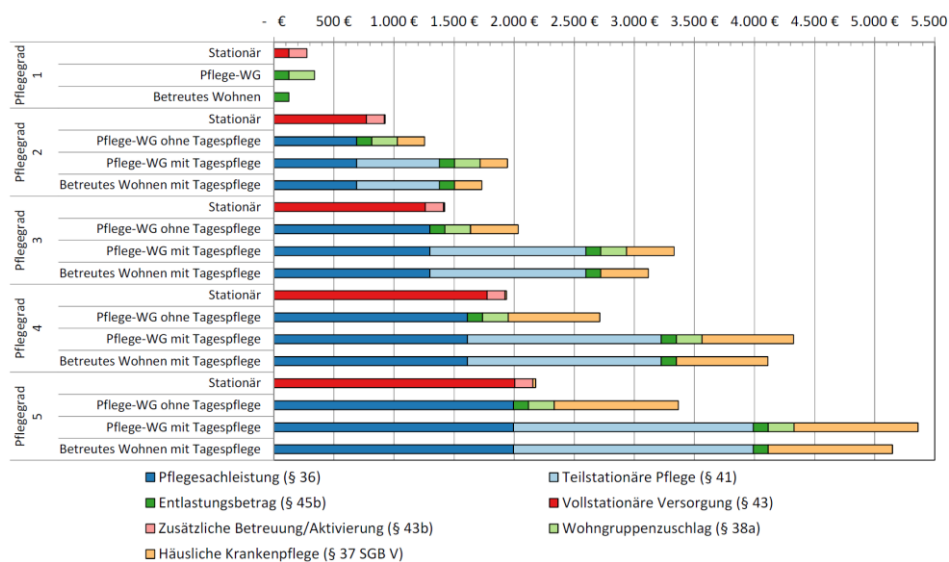


Abbildung 1: Vergleich der Einnahmepotenziale ausgewählter ambulanter und stationärer Pflegekonzepte aus Leistungen der Sozialversicherung (SGB XI und SGB V)

Quelle: Rothgang et al. 2018: 81

Abbildung 1 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.

Problematisch ist dabei auch die 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 ein Grund dafür, dass quasi-stationäre Angebote inzwischen als „ambulant“ deklariert werden. 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.

Angesichts des bestehenden und sich in Zukunft noch verstärkenden Pflegekräftemangels muss 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 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.

In Bezug auf die „Stapelleistungen“ sind Reformen in zwei Richtungen denkbar. Zum einen könnte eine Präzisierung der Abgrenzung vorgenommen werden, die auch Sorge dafür trägt, dass bestimmte Leistungen nicht zusammen in Anspruch genommen werden können. Eine solche Präzisierung ist aber schwierig und verfestigt die Sektorentrennung sogar und trägt damit nicht dazu bei, innovative ambulante Wohnformen zu fördern und individualisierte Pflegearrangements zu ermöglichen. In Abschnitt 2.2 wird daher der andere Ansatz verfolgt, der Abbau der Sektorentrennung und die *Schaffung sektorübergreifender Versorgungs-*

strukturen. 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. Diesbezüglich wird daher die Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege durch Übertragung der Finanzierungsverantwortung auf die Krankenversicherung vorgeschlagen (Abschnitt 2.1.2).

2 Reformvorschlag

Im ursprünglichen Gutachten (Rothgang / Kalwitzki 2017) wurden zwei Reformlinien beschrieben, die auf die beiden in Kapitel 1 formulierten Reformbedarfe abzielten. Aus der Kombination dieser Reformlinien konnten damals drei Reformszenarien entwickelt werden, über die in den folgenden zwei Jahren viele Diskussionen geführt wurden. Dabei zeigte sich, dass es als sinnvoll und notwendig angesehen wurde, entsprechend des damaligen Szenario 3, beide Reformlinien gleichzeitig zu behandeln. Der folgende Reformvorschlag hat daher zum Ziel, diese Skizze zu verfeinern und auszugestalten. Hierzu werden zuerst die beiden Reformelemente *Sockel-Spitze-Tausch* (Abschnitt 2.1) und *Schaffung sektorübergreifender Versorgungsstrukturen* (Abschnitt 2.2) dargestellt und danach in ein Gesamtkonzept integriert (Abschnitt 2.3).

2.1 Sockel-Spitze-Tausch

Systematisch betrachtet entsteht durch Pflegebedürftigkeit ein finanzielles Risiko in Form der Kosten für Unterstützungsbedarfe. Dieses Kostenrisiko ist in der aktuellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung zweidimensional, da die privat zu tragenden Kosten weder in der Höhe pro Monat noch in der Zahlungsdauer beschränkt sind. Bei länger anhaltender Pflegebedürftigkeit werden hierdurch nicht nur alle laufenden Einnahmen, sondern auch die Vermögensressourcen aufgezehrt. Die Pflegeversicherung kann mit ihren absoluten Leistungssätzen zwar den monatlichen Eigenanteil in der absoluten Höhe reduzieren, ist jedoch ungeeignet, den beiden grundsätzlichen Risikodimensionen zu begegnen. Deshalb erfüllt die Pflegeversicherung zurzeit den Eigenanspruch einer Lebensstandardabsicherung nicht. Hierzu müssen beide Risikodimensionen begrenzt werden.

2.1.1 Einbezogene Kostenbestandteile

Grundsätzlich bezieht sich der Reformvorschlag nur auf eine alternative Ausgestaltung in Bezug auf den *pflegebedingten Kostenanteil* an den Gesamtkosten. Nur dieser kann direkt über Leistungen des SGB XI finanziert werden. Die pflegebedingten Kosten fallen – nach Schaffung sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen für jeden Leistungsbezieher gleichermaßen

an und sollen – sektorübergreifend – gleichbehandelt werden. Dennoch kann nicht ignoriert werden, dass im bisher stationären Setting noch deutlich höhere Eigenanteile im Bereich Wohnen und Hauswirtschaft zu leisten sind, die bisher aufgrund des institutionellen Charakters schlecht bis gar nicht zu beeinflussen sind. Hierfür müssen nachfolgend Regelungen gefunden werden, die unabhängig vom Ort des Wohnens angewendet werden können. Hierbei entstehen neue Spielräume. Beispielsweise entlastet der Sockel-Spitze-Tausch auch die Sozialhilfeträger als subsidiäre Träger der Eigenanteile bei den Pflegekosten, wodurch Spielräume geschaffen werden, innerhalb derer die Länder ihren Infrastrukturverpflichtungen gemäß § 9 SGB XI wieder nachkommen können.

2.1.2 Geltungsweite des Sockels und Vorbedingungen

Der Sockelbetrag wird – zur Schaffung sektorübergreifender Versorgungsstrukturen zwingend – einheitlich ausgestaltet. Durch den Sockel-Spitze-Tausch wird also ein Sockel eingeführt, der von allen Leistungsbeziehern von Sach- oder Geldleistungen zu zahlen ist und unabhängig davon ist, ob die Leistungen in einem rein privaten, einem betreuten oder einem institutionalisierten Pflegesetting erbracht werden. Hierdurch können finanzielle Anreize für eine Wahl der Versorgungsform zu vermieden werden. Ferner kann die zeitliche Begrenzung des Sockels auch bei einem Wechsel zwischen verschiedenen Versorgungssettings aufrechterhalten werden. Der Sockel wird bundesweit einheitlich ausgestaltet und korrespondiert so mit Leistungshöhen, dass für eine bedarfsorientierte Versorgung keine weiteren pflegebedingten Zuzahlungen mehr erfolgen müssen. Hierdurch kann im Bereich professioneller Pflege von einem Preiswettbewerb auf einen Qualitätswettbewerb umgesteuert werden.

Vorbedingung für diese Art der Zuzahlung, die unabhängig vom Ort der Pflege erfolgt, ist es, dass die Schnittstellen zu den angrenzenden Sozialsystemen ebenfalls vereinheitlicht werden. Im Vordergrund steht hierbei die Homogenisierung der Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege, die aktuelle in privaten Wohnsettings durch die Krankenversicherung, in stationären Settings durch die Pflegeversicherung als integraler Bestandteil des Pflegesatzes getragen werden. Systematisch werden diese Kosten vor dem Sockel-Spitze-Tausch aus den Pflegesätzen der stationären Versorgung herausgelöst und danach gegen die Krankenkassen abgerechnet. Faktisch sinken also die Pflegesätze und damit in gleichem Maße auch die Eigenanteile der Pflegebedürftigen. Das Kollektiv der stationär versorgten Pflegebedürftigen wird also um rund 2,5 Mrd. Euro entlastet. Im Gegenzug erhöhen sich die Ausgaben der Krankenkassen entsprechend.

2.1.3 Mechanik des Sockel-Spitze-Tauschs

Aufgrund der zwei Risikodimensionen entsteht ein individuelles Kostenrisiko in unbekannter periodischer und unbekannter absoluter Höhe. Dieses Risiko ist deshalb weder durch Ansparung noch durch Versicherung abschließend beherrschbar. Damit ist eine Lebensstandardsicherung weder in der heutigen Ausgestaltung der Pflegeversicherung angelegt, noch durch private Maßnahmen herstellbar. Hierzu bedarf es einer Alternativen Ausgestaltung, in der das Verhältnis von Versicherungsleistung und Eigenanteil umgekehrt wird. Pflegebedürftige zahlen bei Inanspruchnahme formaler Pflegeleistungen für einen begrenzten Zeitraum einen festgelegten monatlichen Sockelbetrag als Eigenanteil. Darüber hinaus gehende Kosten werden bis zur Höhe des finanziellen Gegenwertes einer individuell als bedarfsgerecht festgestellten Versorgung von der Pflegeversicherung übernommen. Zusätzlich in Anspruch genommene Pflegeleistungen werden als *private Wunschleistungen* betrachtet und vollständig vom Pflegebedürftigen privat getragen.

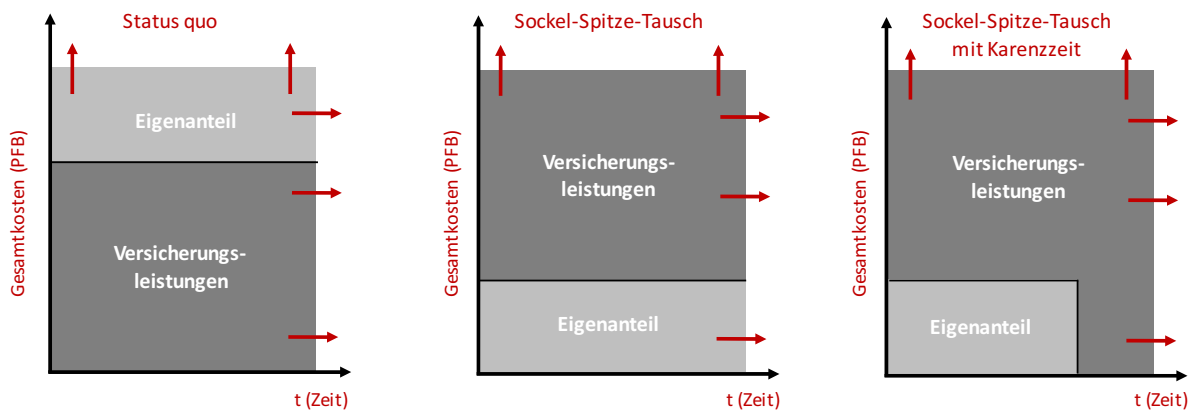


Abbildung 2: Schematische Darstellung des Sockel-Spitze-Tauschs

Einhergehend mit der Begrenzung der Eigenanteile durch die Umstellung auf einen einheitlichen Sockel wird das Leistungssystem der Pflegeversicherung damit von bundesweiten Pauschalen zu individuell bedarfsgerechten Leistungshöhen weiterentwickelt. Die Kostenfolgen, die daraus resultieren, dass bei fortschreitender Pflegebedürftigkeit eine bedarfsorientierte pflegerische Versorgung meist auch eine steigende Anzahl von Leistungen umfasst, werden vollständig von der Pflegeversicherung übernommen.

2.2 Schaffung sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen

Die bisherige Aufteilung der Pflegeversicherung in die zwei Hauptsektoren ambulant und stationär ist aus historischen Gründen als Kopie der Leistungserbringungsstrukturen im medizinischen Bereich entstanden. Für den Bereich der Langzeitpflege ist diese Sektorentrennung aber nicht zwingend, da hier – auch symbolisiert durch das Pflegegeld – viele der Leistungen

sowohl durch Laien als auch durch professionelle Dienstleister erbracht werden können. Die zentrale Frage für das Leistungsgeschehen ist daher nicht wo oder unter welchen infrastrukturellen Voraussetzungen eine Leistung bezogen wird, sondern wer die Leistungserbringung verantwortlich übernimmt. Dies ist grundsätzlich unabhängig vom Ort des Wohnens.

Ansatzpunkt der Schaffung sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen ist es daher, eine Neuorganisation des Leistungsgeschehens entlang der Grenzlinie Wohnen/Pflegen vorzunehmen. Das bedeutet einerseits, dass Pflege grundsätzlich in allen Wohnsettings von allen Personen erbracht werden können und damit nicht nur die Trennlinie zwischen ambulantem und stationärem Sektor, sondern auch zu teilstationären Angeboten aufgelöst werden. Der grundlegende Vorteil ist dabei, dass ein Raum entsteht, in dem eine kreative Ausarbeitung innovativer Versorgungsangebote möglich ist und diese nicht mehr in erster Linie durch die sektorenspezifischen ordnungsrechtlichen Rahmenbedingungen strukturiert werden. Grundannahme ist dabei, dass die Leistungen, die von der Pflegeversicherung übernommen werden, im Wesentlichen unabhängig vom Ort der Leistungserbringung sind und sowohl von professionellen Pflegekräften, als auch von Laienkräften – unter spezifischer Schulung oder laufender Anleitung – erbracht werden können. Übernehmen Laienkräfte, etwa Familienmitglieder oder andere zivilgesellschaftliche Akteure verantwortlich die Erbringung einzelner Leistungen werden sie dafür durch ein *Pflegegeld 2.0* vergütet, das steuer- und abgabenfrei ausbezahlt wird und in seiner Höhe 40 % der Vergütung einer professionellen Leistung entspricht.

Für die Organisation der Leistungserbringung ist die individuelle Zuordnung von bedarfsgerechten Leistungen bzw. Leistungsmengen erforderlich. Hierdurch wird die Problematik des Moral Hazard abgefangen, die bei einem fixen Eigenanteilssockel einen Anreiz zur Überinanspruchnahme von Leistungen beschreibt. Während dieser Effekt beim professionellen Leistungsbezug eher gering ausgeprägt ist, ist der Anreiz zum Überkonsum bei zivilgesellschaftlicher Erbringung systematisch gegeben, wenn es hierdurch zu Barauszahlung an die Pflegeperson maximiert werden würde.

Als zweiten Reformschritt der Alternativen Ausgestaltung der Pflegeversicherung wird daher die Schaffung sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen vorgeschlagen, die neben der Bedarfsfeststellung, die Steuerung der Inanspruchnahme auch die Leistungserbringung neuorganisiert. Dafür sind grundlegende Strukturveränderungen erforderlich, die eine Leistungserbringung wohnortunabhängig ermöglicht und gleichzeitig den individuellen Bedarf der pflegebedürftigen Person abbildet. Wie das in der Praxis umgesetzt werden kann wird in 2 Schritten beschrieben.

2.2.1 Bedarfsfeststellung und Steuerung der Inanspruchnahme

Zur Umsetzung einer individualisierten Leistungszumessung wird eine Bedarfsfeststellung und Steuerung der Inanspruchnahme über 3 Instanzen vorgeschlagen.

Erste Instanz: Bedarfsfeststellung

In der ersten Instanz wird die Pflegebedürftigkeit nach wie vor durch die Bewertung der 64 Items des BI festgestellt (MDK & GKV 2017). Die Leistungszumessung erfolgt bisher über eine verdichtete Klassierung der Pflegebedürftigkeit in Pflegegraden. Es ist hingegen auch eine Auswertung direkt über die 64 Items des BI möglich anhand derer ein individuelles finanzielles Budget ermittelt wird. Diese Systematik verspricht eine individuelle Beurteilung des Pflegebedarfs und bildet die Pflegebedürftigkeit in ihrer Ganzheit und Komplexität ab. 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). Zur Ermittlung eines finanziellen Budgets könnten solchermaßen empirisch ermittelte Punktwerte mit dem erforderlichen Qualifikationsanforderungen zur Leistungserbringung und damit einem Lohnniveau verknüpft werden, wie sie beispielsweise auch im Projekt zur Personalbemessung nach § 113 c SGB XI erhoben wurden. Eine Begrenzung der Leistungshöhe in Form der hier vorgeschlagenen individualisierten Leistungszumessung wird weiterhin als notwendig erachtet, um die Gefahr eines Moral Hazard abzufangen.

Zweite Instanz: Steuerung der Inanspruchnahme

Auf der zweiten Instanz ist ein verpflichtendes Care- und Case-Management vorgesehen, welches als Steuerungs- und Organisationsinstanz fungiert und somit die Koordination, Logistik und Sicherstellungsverantwortung institutionalisiert. Es ist auf kommunaler Ebene angesiedelt und kann seine Aufgaben entsprechend lokaler Strukturen an zertifizierte Anbieter delegieren. Seine Handlungsperspektive ist die anwaltschaftliche Vertretung der Interessen und Wünsche der pflegebedürftigen Person vor dem Hintergrund des vorhandenen Pflegebedarfs. Zudem ist die Kommune für die kommunale Altenplanung zuständig und kann somit auf freie Kapazitäten der Anbieter verweisen oder Bedarfe an professionellen Anbietern feststellen. Die Aufgaben umfassen zum einen die Erstellung eines Leistungsplans zur Steuerung und Verteilung des Budgets in Absprache mit den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen und die Beratung über lokale professionelle Anbieter. Zum anderen wird die Übernahme der Leistungserbringung durch die professionellen Anbieter und/oder Laien koordiniert. Bei zivilgesellschaftlicher Übernahme erfolgt in diesem Schritt die Kontrahierung der Erbringung konkreter Leistungsinhalte zwischen Pflegekasse und zivilgesellschaftlicher Pflegeperson. Verbleibende Budgetanteile werden vom Case-Manager entsprechend des Leistungsplanes und dem Wunsch der Pflegebedürftigen auf die

professionellen Anbieter aufgeteilt. Möglich ist hier das aufgeteilte Budget in Form von „Gutscheinen“ an die Pflegebedürftigen und deren Angehörigen auszuhändigen, mit denen diese schließlich an die professionellen Anbieter herantreten können. Gleichzeitig kann in diesem Schritt im individuellen Fall entschieden werden, ob das zugemessene Budget den tatsächlichen Bedarf abdeckt oder eine Neubegutachtung und Anpassung des Budgets auf Anregung des Case-Managers erforderlich ist.

Dritte Instanz: Professionelle Anbieter

Die Pflegebedürftigen und deren Angehörigen können in der dritten Instanz mit den „Profis-Gutscheinen“ das aufgeteilte Budget zusammen mit den professionellen Anbietern in Form eines individuellen Pflegeplanes frei und flexibel verplanen. Die professionellen Anbieter übernehmen somit das Case-Management unterhalb der kommunalen Ebene und führen regelmäßige Reflexions- und Evaluationsgespräche zur Leistungserbringung mit den pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen durch. Bei Veränderungen des Pflegebedarfs können sie innerhalb ihres Budgets flexibel gemeinsam Änderungen der Pflegeplanung vornehmen und bei höherem Pflegebedarfs und somit Budgetüberschreitungen bei den Pflegekassen eine Neubegutachtung anregen. Die professionellen Anbieter sind gleichzeitig dafür verantwortlich die Qualitätssicherung der zivilgesellschaftlichen Leistungserbringung zu übernehmen. Letztendlich bedeutet dies eine gewisse Komplexität, da eine Qualitätssicherung bei der Leistungserbringung über Laien lediglich sinnvoll über die Ergebnisqualität gemessen werden kann. Um dennoch eine Sicherstellung der Pflegequalität zu gewährleisten, wird für zivilgesellschaftliche Pflegepersonen eine verpflichtende Basisschulung für die kontrahierten Leistungen durchgeführt sowie eine begleitende Anleitung zu pflegerischen Tätigkeiten angeboten. Diese Aufgaben wird von professionellen Pflegeanbietern gegen entsprechende Leistungsvergütungen erbracht.

2.2.2 Modul- und Leistungskataloges

Um Leistungen unabhängig vom Wohnort zu erbringen und gleichzeitig Anreize zur zivilgesellschaftlichen Übernahme zu schaffen ist es notwendig eine möglichst feine Granulierung von Leistungen vorzunehmen. Darüber hinaus ist das vollständige Leistungsgeschehen pflegerischer Versorgung abzubilden, um Leistungen sowohl auf Profiniveau als auch auf Laienniveau abrechenbar zu machen. Diese Vorgehensweise ist somit zur Kontrahierung der zivilgesellschaftlichen Pflegepersonen erforderlich. Dafür wurde ein Modul- und Leistungskatalog entwickelt, der zur Organisation der sektorenübergreifenden Versorgung genutzt werden kann.

Theoretische Entwicklung

Zur theoretischen Herleitung eines Modul- und Leistungskataloges wurden Kataloge genutzt, die das bisherige Leistungsgeschehen abbilden. Für den ambulanten Bereich ist dies relativ leicht möglich, da mit den ambulanten Leistungskatalogen der Länder bereits eine Grundlage vorhanden ist. Für die stationäre Langzeitpflege ist ein Katalog in der Form aktuell nicht gegeben, weswegen auf einen Leistungskatalog zurückgegriffen wurde, der im Rahmen des Projektes „Evaluation des NBA-Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS)“ (Rothgang et al. 2015) entwickelt wurde. Alle Leistungen der genannten Kataloge wurden unter der Annahme mit einander verglichen, dass sie das vollständige Leistungsgeschehen abbilden und lediglich um einzelne Leistungen ergänzt, die sich aus der Recherche in pflegfachlicher Literatur ergeben haben. Darüber hinaus wurde zur Ermittlung der SGB-V-Leistungen die „Richtlinie zur Verordnung über häusliche Krankenpflege“ (G-BA 2019) und der EViS-Leistungskatalog (Rothgang et al. 2015) herangezogen.

Festlegung des Modul- und Leistungskataloges

Als Ergebnis lassen sich 40 Leistungen des SGB XI festhalten, die den Modulen *Pflege und Betreuung*, *Hilfe bei der Haushaltsführung* und *Steuerung der Pflege* zugeordnet wurden.

In dem Modul *Pflege und Betreuung* sind 22 Leistungen enthalten, die den Bereichen Mobilität, pflegerische Betreuung und Selbstversorgung zugeteilt wurden. Das Modul *Hilfe bei der Haushaltsführung* umfasst 8 Einzelleistungen, die gesondert diskutiert wurden, da sie im stationären Bereich häufig Kostenbestandteil der Investitionskosten sind. Im ambulanten Bereich werden sie jedoch von der Pflegeversicherung getragen und als Folge der Pflegebedürftigkeit auch in diesem Vorhaben so betrachtet. In dem Modul *Steuerung der Pflege* sind 8 Leistungen enthalten, die zur Leistungszumessung wie das verpflichtende Care- und Case-Management erforderlich sind. Zusätzlich sind Leistungen zur Pflegeprozesssteuerung und zur Qualitätssicherung bei zivilgesellschaftlicher Übernahme diesem Modul zugewiesen.

Für den SGB-V-Bereich entstand das Modul *Hilfe bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Aufgaben* mit insgesamt 23 Einzelleistungen, die sich in medizinisch-therapeutische und medizinisch-diagnostische Leistungen aufteilen.

Preissetzung

Bei der Preissetzung der einzelnen Leistungen sind verschiedene Punkte zu beachten. Zum einen wird vorgeschlagen zwischen einer Individualleistung und einer Gruppenleistung zu unterscheiden. Zum anderen sind verschiedene Preissetzungen möglich. Zur Abrechnung

von Einzelleistungen, die in diesem Vorhaben einen hohen und komplexen Aufwand bedeuten können, ist darüber hinaus ein optimiertes Abrechnungsverfahren erforderlich.

Individual- und Gruppenleistungen

Bevor eine Preissetzung erfolgen kann wird eine Differenzierung der Leistungen vorgenommen. Dabei wird jeweils von einer effizienteren Form der Erbringung ausgegangen. Das bedeutet, dass Leistungen, die effizient in einer Gruppe erfolgen können, auch als Gruppenleistung bewertet werden. Dabei handelt es sich beispielsweise um Leistungen wie der *Alltagsgestaltung* oder der *24-Std.-Beaufsichtigung*. Diese Leistungen können beispielsweise in einer stationären Wohnform in Gruppen durchgeführt werden und werden deshalb auch in der eigenen Wohnform als Gruppenleistung zugemessen. Die Vergütung erfolgt demnach nur anteilig.

Vergütung von Leistungen

Für die Bepreisung von Leistungen werden bundeseinheitliche Punktwerte vorgeschlagen, die je nach Art der Erbringung mit einem Profi-Preis und einem Laien-Preis multipliziert werden. Dazu sind Werte notwendig, die den Pflegeaufwand pro Leistung abbilden. Eine Methodik zur Generierung entsprechende Werte kann beispielsweise aus dem Personalbemessungsprojekt nach § 113 c SGB XI abgeleitet werden. In die organisationsspezifische Bepreisung können weiterhin individuelle Overhead-Faktor für das Personal zur Aufrechterhaltung der Organisationsstrukturen verhandelt werden. Da sich der Pflegeaufwand je nach Beeinträchtigung der Selbstständigkeit ebenfalls unterscheiden kann, ist es ebenfalls möglich weitere Hebesätze in den Punktwerten der Leistungen zu integrieren, die ihrerseits abhängig von der Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit des Leistungsnehmers sind.

Abrechnungssystematik

Zur Abrechnung der einzelnen Leistungen sind optimierte Lösungen notwendig, die bisher in der Form nicht vorhanden sind. Nach wie vor bedeuten Abrechnungen von SGB-V-Leistungen für die Leistungsanbieter einen hohen Aufwand. Digitalisierungsprozesse, wie sie bereits durch die „Konzertierte Aktion Pflege“ (BMG 2019a) in den Pflegeeinrichtungen angestoßen sind, bieten dafür die Möglichkeit entsprechende Softwareprogramme zu entwickeln und flächendeckend in den Pflegemarkt zu integrieren.

2.3 Gesamtkonzept

Mit dem vorgestellten Reformvorschlag können letztlich drei wesentliche Eckpunkte für eine bedarfsorientierte Pflege unabhängig vom Ort der Leistungserbringung realisiert werden: Erstens werden die Leistungsmengen konsequent am individuellen Bedarf der Pflegebedürftigen orientiert und die nicht pauschalierte Leistungszumessung abgeschafft. Das ermöglicht es, sowohl eine Unterversorgung aus finanziellen Gründen, als auch eine Überversorgung bei zwingender Inanspruchnahme von Vollversorgung im stationären Setting zu vermeiden. Hierzu können zweitens zivilgesellschaftliche Ressourcen in dem Maße einbezogen werden, die individuell zur Verfügung stehen und gewünscht sind. Die entsprechenden Leistungen werden nun einerseits durch eine festgeschriebene Vergütung für den Pflegenden honoriert, andererseits aber auch durch die geregelte Kontrahierung einer Qualitätsüberprüfung zugänglich gemacht. Dabei ist drittens unabhängig von der Ausgestaltung des Pflegesettings unter Einbezug professioneller und zivilgesellschaftlicher Leistungserbringer das Kostenrisiko durch den Sockel-Spitze-Tausch abgefangen – sofern die individuell zugemessene Leistungsmenge nicht überschritten wird.

3 Finanzielle Wirkungen des Reformvorschlags

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.

3.1 Grundannahmen 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 beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten differenziert nach Beitragszahlergruppen, zur demographischen Struktur und zu den Pflegeprävalenzen sowie zum Inanspruchnahmeverhalten Pflegebedürftiger und den Durchschnittskosten für die einzelnen Leistungsarten benötigt.

3.1.1 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 Nebenleistungen 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.

3.1.2 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.

3.2 Berechnung des Sockelbetrages

Die Berechnung des Sockelbetrages erfolgte für die projizierten Eigenanteilszahlungen des Jahres 2020 summentreu, die Gesamtsumme aller Eigenanteile wird somit zum Umstellungszeitpunkt konstant gehalten. Für Pflegebedürftige in stationärer Versorgung wurden die Gesamtkosten des Jahres 2018 um die Kosten der Medizinischen Behandlungspflege in Höhe von 2,5 Mrd. Euro bereinigt. Dies entspricht einer durchschnittlichen monatlichen Reduzierung der Eigenanteile in Höhe von 267 Euro. Für alle anderen Leistungsempfänger wurde ein monatlicher Eigenanteil von 200 Euro im Jahr 2018 angesetzt. Hieraus ergab sich eine mathematische Sockelhöhe ohne zeitliche Begrenzung von 272 Euro.

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

3.3 Untersuchte Szenarien

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

Als Ausgangspunkt dient ein Szenario, dass 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 – abweichend vom rechtlichen Status quo – eine lohn-, und keine inflationsindexierte Leistungsdynamisierung unterstellt. Da ebenfalls einbezogen wird, dass die Pflegesätze – bei unverändertem Personaleinsatz – dieser Lohnentwicklung folgen, werden so die Eigenanteile des Status quo fortgeschrieben. 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 mit ein.

Im Referenzszenario wird daher mit realitätsnäheren Annahmen gearbeitet, die die Notwendigkeit einer steigenden Entlohnung für Pflegekräfte und einen Personalaufwuchs in der pro-

fessionellen Pflege einbezieht, die beide mit einer bedarfsgerechten Leistungszumessung einhergehen werden. Es wird daher berechnet, welche finanziellen Effekte durch die Umsetzung einer entsprechenden Personalsituation auf die Pflegebedürftigen zukämen. Weitere Reformelemente werden hier noch nicht einbezogen.

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, wie und mit welchen Auswirkungen für die Pflegebedürftigen und die Beitragszahler die beiden zuvor skizzierten Reformelemente umgesetzt werden können. 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.

3.3.1 Szenario Status quo

Unter Beibehaltung der aktuellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung und der für das Jahr 2018 angesetzten Eigenanteile für alle Hauptleistungsarten ergibt sich der reine Effekt, der nur durch die demographische Entwicklung und die angenommenen lohnindexierten Leistungssteigerungen entsteht. Hier zeigt sich, dass schon unter dieser unrealistischen Kontinuitätsannahme eine deutliche Ausgabensteigerung der Pflegeversicherung entsteht. Für den ausgabendeckenden Beitragssatz bedeutet dies einen Anstieg von rund 3,1 Prozent im Jahre 2020 auf gut 4,5 Prozent im Jahr 2045 (Abbildung 3). Bereits ohne eine Berücksichtigung der angekündigten Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege, die sich besonders auf Erhöhung der Personalmenge und eine Angleichung des Lohnniveaus zwischen Akut- und Langzeitpflege beziehen, müsste also der Beitragssatz zum Ausgabenausgleich in den nächsten 25 Jahren um etwa die Hälfte angehoben werden.

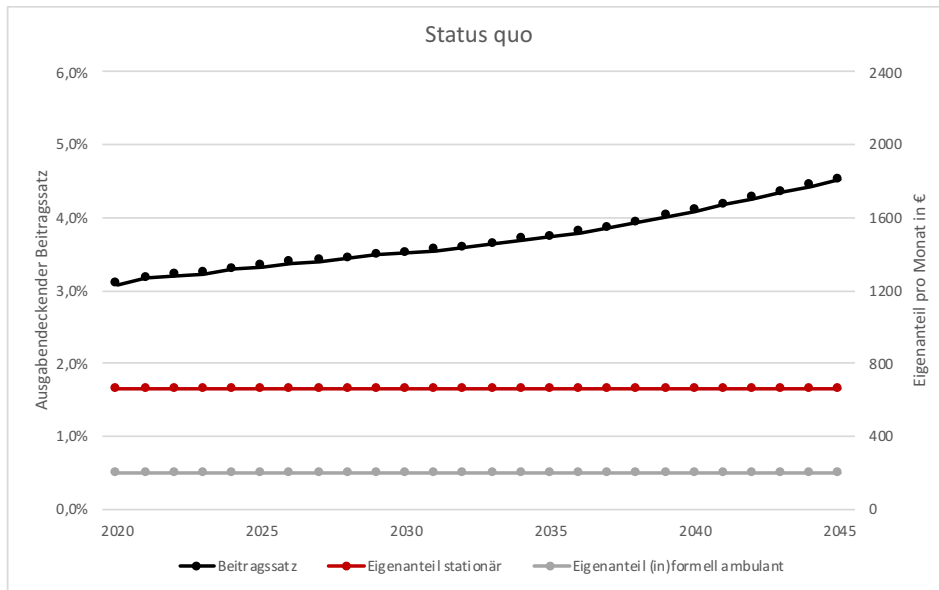


Abbildung 3: Beitragssatz- und Eigenanteilsentwicklung im Status quo

3.3.2 Referenzszenario

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

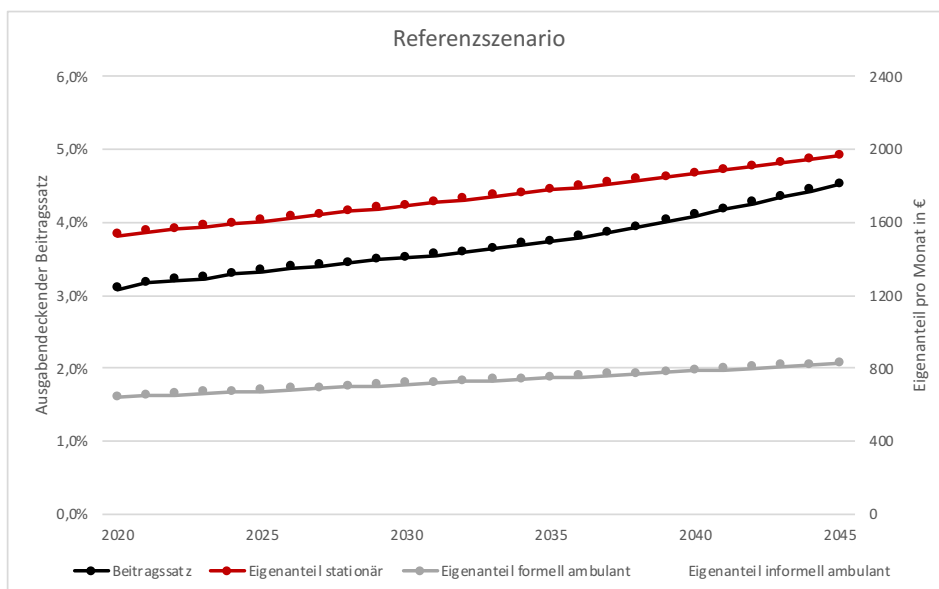


Abbildung 4: Beitragssatz- und Eigenanteilsentwicklung im Referenzszenario

Abbildung 4 zeigt deutlich die Auswirkungen der angekündigten Verbesserungen der Arbeitsbedingungen auf die Pflegebedürftigen. Während die Beitragssatzentwicklung identisch zum

Verlauf im Status quo ist, werden alle Mehrkosten auf die privaten 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, also auf mehr als den dreifachen Betrag. 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 unter den gegebenen Notwendigkeiten im Umgang mit dem Pflegenotstand die Kostenbelastung der Pflegebedürftigen ohne Systemreform zu einer weitreichenden finanziellen Überforderung und einer entsprechenden Erhöhung der Sozialhilfeempfängeranteile führen wird.

3.3.3 Reformszenario

Hieran ansetzend wird nun im Reformszenario der in Abschnitt 2 entwickelte Reformvorschlag umgesetzt und die entsprechende Kostenentwicklung aufgezeigt (Abbildung 5). Festgeschrieben ist dabei der Sockelbetrag in Höhe von 471 Euro pro Leistungsbezieher und Monat, dessen Berechnung in Abschnitt 3.2 erläutert wurde.

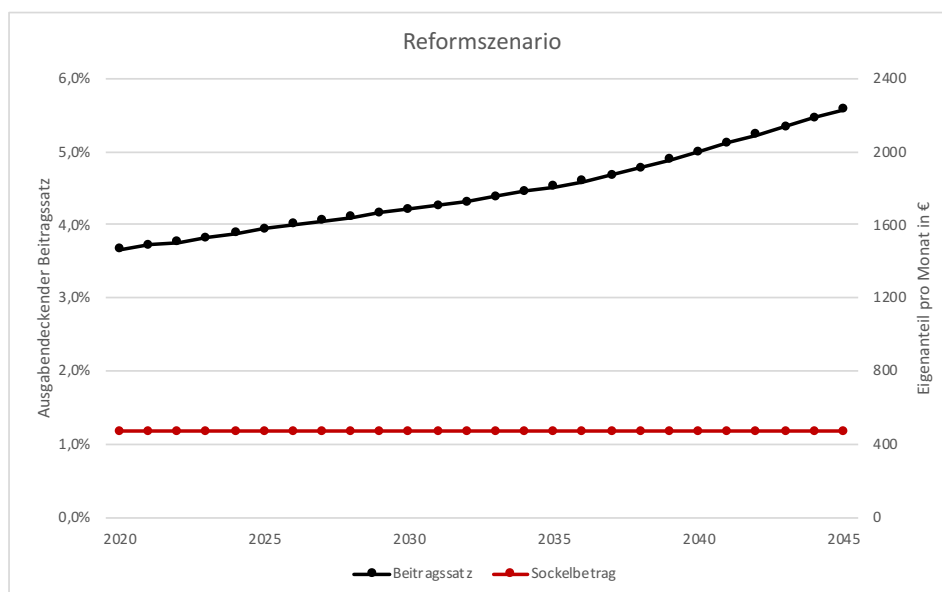


Abbildung 5: Beitragsatz- und Eigenanteilsentwicklung im Reformszenario

Grundlage für die Beitragssatzentwicklung ist die gleiche Personalkostenentwicklung, die auch im Referenzszenario angenommen wurde, allerdings wurden die stationären Fallkosten um die Kosten der Medizinischen Behandlungspflege reduziert. Durch die Schaffung sektorübergreifender Versorgungsstrukturen entstehen jedoch zusätzliche Mehrkosten für die Leistungen aus dem Bereich von Unterkunft und Verpflegung, die heute von den Pflegebedürftigen außerhalb der pflegebedingten Kosten privat getragen werden, die durch die

Neuordnung des Leistungsgeschehens aber in den pflegebedingten Teil verschoben werden. Diese werden mit einem Pauschalbetrag von 100 Euro pro Monat und Pflegebedürftigen bei Erbringung durch eine professionelle Pflegekraft abgeschätzt.

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. Es wird jedoch nicht davon ausgegangen, dass nun alle Pflegebedürftigen durch professionelle 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. Für Personen, die nach heutiger Regelung in einem stationären Setting leben würden wird dabei ein Anteil von 0 % zivilgesellschaftlicher Leistungserbringung angesetzt, für Personen, die heute rein privat versorgt würden, 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 gehalten wird, während die Auszahlung von Pflegegeld ausgedehnt wurde.

Die Entwicklung des ausgabendeckenden Beitragssatzes zeigt, dass der Reformvorschlag durch den Sockel-Spitze-Tausch mit bedarfsorientierten Leistungsmengen Mehrkosten gegenüber dem Referenzszenario erzeugt, die nun durch die Pflegeversicherten zu tragen sind. Dies führt in Ausgangsjahr 2020 zu einer Beitragssatzdifferenz von rund 0,6 Prozentpunkten gegenüber dem Referenzszenario, die bis zum Jahr 2045 auf rund 1,1 Prozentpunkt anwächst. Die vollständige Absicherung gegenüber dem Risiko der Pflegebedürftigkeit ist also mit Mehrkosten verbunden, diese sind jedoch in einem Rahmen, der nur wenig über früheren Abschätzungen etwa einer Vollversicherung liegen – die damals aber den Kostensprung durch Personalmengen- und Lohnsteigerungen nicht in diesem Umfang einbezogen haben.

4 Maßnahmen zur Begrenzung des Beitragssatzanstieges

Die Beitragssatzentwicklung des Reformszenarios, die für das Jahr 2045 einen kostendeckenden Beitragssatz von 5,6 % ausweist, kann nicht abschließend absolut beurteilt werden. Es können jedoch – sollte eine normative Bewertung zu dem Schluss kommen, dass der ausgewiesene Beitragssatz zu hoch sei – weitere Finanzierungselemente eingeführt

werden, welche die Sozialversicherung entlasten und zu solidarischeren Aufteilungen der Pflegekosten auf die drei Kostenträgergruppen Pflegebedürftige, Pflegeversicherte und Steuerzahler genutzt werden können. Hierzu können im Wesentlichen zwei Optionen genutzt werden.

Einbezug eines Steuerzuschusses

Unter den Sozialsystemen ist die Pflegeversicherung das System, das am stärksten von den Strukturverschiebungen im Zuge des demographischen Wandels betroffen ist. Gleichzeitig stellt § 8 SGB XI explizit die Gemeinsame Verantwortung der gesamten Gesellschaft für die pflegerische Versorgung der Bevölkerung in den Vordergrund. Diese kann in einer finanziellen Interpretation zur Rechtfertigung der Verwendung von Steuergeldern herangezogen werden. Inwiefern eine Steuer(teil)finanzierung allerdings zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Sozialsystems 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.

Für die nachstehenden Berechnung 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 wurde 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 ausgabendeckenden Beitragssatzes ebenfalls im Vorjahr gesteigert wird.

Bürgerversicherung

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 (BVerfG 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 gleichen Leistungsrecht und gleichen Begutachungskriterien betragen die durchschnittlichen Leistungsausgaben der Privatversicherten (bereits bei Hinzurechnung der Beihilfeleistungen) nur 40 % der Leistungsausgaben der Sozialversicherten.

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. Von einer „ausgewogenen Lastenverteilung“ kann somit nicht die Rede sein (Rothgang / Domhoff 2019: 21).

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 oder müssen diese bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung integriert werden, 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.

Für die nachstehenden Berechnung des Effektes der Einführung einer Bürgerversicherung wird auf die aktuellen Ergebnisse zur Pflegebürgerversicherung (Rothgang / Domhoff 2019) zurückgegriffen. Die Autoren weisen unter anderem die Beitragssatzdifferenzen aus, die durch die Integration aller Versicherten in eine Sozialversicherung bei gleichzeitiger Verbeitragung aller Einkommensarten und einer Anhebung der Bemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung entstehen würden. Diese Ausgestaltung der Sozialversicherung wäre geeignet, den Beitragssatz im Jahr 2020 um 0,51 Beitragssatzpunkte zu reduzieren. Dieser Wert steigt auf eine Reduktion um 0,60 Beitragssatzpunkte im Jahr 2045.

Ergebnisse

In Abbildung 6 wird ausgewiesen, in welchem Umfang die vorstehend beschriebenen Maßnahmen Steuerfinanzierung und Bürgerversicherung alleine und in Kombination Auswirkungen auf den ausgabendeckenden Beitragssatz der Pflegeversicherung haben können. Dabei zeigt sich, dass der Steuerzuschuss und die Bürgerversicherung alleine jeweils nahezu die gleiche Wirkung haben. Sie reduzieren den Beitragssatz zu Beginn des Betrachtungszeitraumes um rund 0,4 bzw. 0,5 Beitragssatzpunkte und zum Ende des Betrachtungszeitraumes um jeweils 0,6 Beitragssatzpunkte. Damit kann jede der Einzelmaßnahmen dazu eingesetzt werden, den Beitragssatz im Jahr 2045 auf fast genau 5 % zu begrenzen. In Kombination kann eine Absenkung auf rund 4,4 % – somit fast genau auf das Niveau des Referenzszenarios – erreicht werden. Im Falle des Steuerzuschusses sind dabei jeweils Summen von rund 6,5 Mrd. € zum Start der regelgebundenen Dynamisierung im Jahr 2022 erforderlich, die sich auf 9,8 Mrd. € bis 10,2 Mrd. € im Jahr 2045 erhöhen.

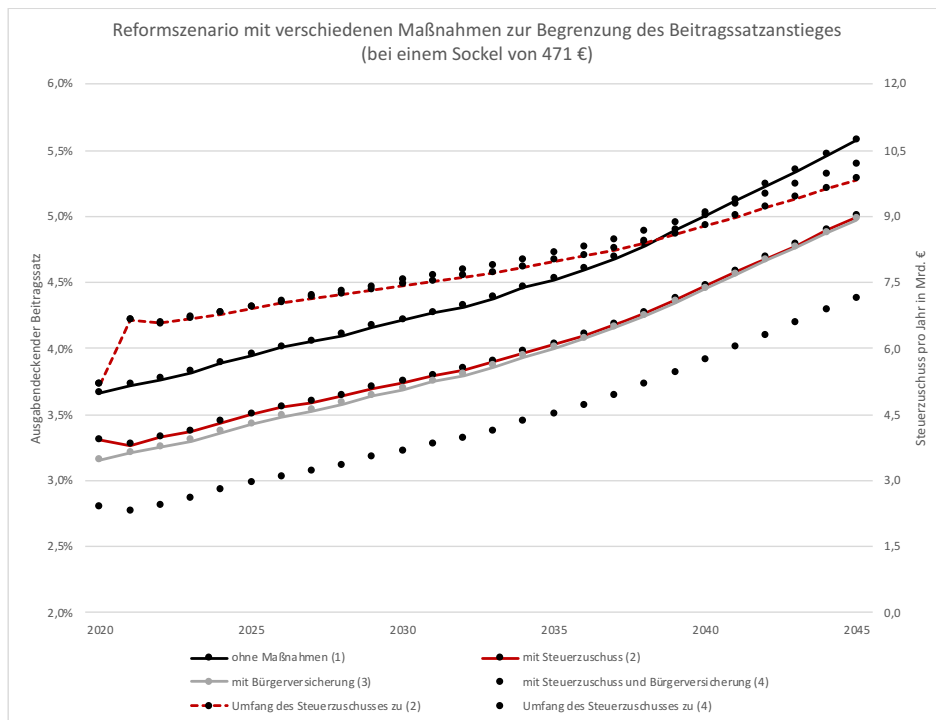


Abbildung 6: Beitragssatzentwicklung nach dem Sockel-Spitze-Tausch unter verschiedenen Maßnahmen zur Begrenzung des Beitragssatzanstieges

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 Zahlungsdauer werden 4 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 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.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Reformvorschlag vollumfänglich dazu geeignet ist, den in Abschnitt 1 aufgezeigten Reformbedarfen zu begegnen. Über diese

inhaltlichen Zielsetzungen hinaus zeigen die Modellrechnungen des Abschnitts 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 möglich.

Literatur

- Augurzký, Boris / Borchert, Lars / Deppisch, Rebecca / Krolop, Sebastian / Mennicken, Roman / Preuss, Maike / 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.
- Augurzký, 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] (2018): *Arbeitslose nach Rechtskreisen*. Nürnberg, Bundesagentur für Arbeit.
- 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.
- 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[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Download_s/Statistiken/Pflegeversicherung/Versicherte/Versicherte_2018.xls](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Versicherte/Versicherte_2018.xls), zuletzt geprüft am 8.10.2019.
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (2019c): *Soziale Pflegeversicherung Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegegraden im Jahresdurchschnitt 2017*.
URL: 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*.
URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Versicherte/Versicherte_2017.xls, zuletzt geprüft am 8.10.2019.

- 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.
- Esping-Andersen, Gösta (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge, Polity Press.
- Fuchs, Johann / Söhnlein, Doris / Weber, Brigitte (2017): *Arbeitskräfteangebot sinkt auch bei hoher Zuwanderung*. Nürnberg, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit. URL: <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.
- IAB [Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung] (Hg.) (2018): *Entgelte von Pflegekräften – große Unterschiede zwischen Berufen, Bundesländern und Pflegeeinrichtungen*. Nürnberg. URL: http://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften.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.
- 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.
- 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.
- 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 (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 / Fünfstück, Mathias / Neubert, Lydia / Czwikla, Jonas / Hasseler, Martina (2015): *Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen*. GKV-Spitzenverband (Hg.) (Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band
- Rothgang, Heinz / Müller, Rolf / Runte, Rebecca / Unger, Rainer (2017): *BARMER Pflegereport 2017*. Siegburg: Asgard-Verlag.

- 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.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/abschlussbericht_InaWo_final_UNI_BREMEN.pdf
- 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. URL: http://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_150_2019.pdf.
- 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 / 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.
- Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) (2019): Daten für die Jahre 1984-2017, Version 34. SOEP.
- Statistisches Bundesamt (2002): 3. Kurzbericht: Pflegestatistik 1999 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich: Pflegeheime. Bonn, Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2019): Vorausberechneter Bevölkerungsstand. Tabelle 12421-0002. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt. URL: https://www.genesis.destatis.de/genesis/online/%20data;sid=AD4395BA0B94B7F4005DE29F201BE481.GO_2_1?operation=bruftabelleAbrufen&selectionname=124210002&levelindex=1&levelid=1563125857934&index=2
- 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.
- 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