

**« Alternative Ausgestaltung
der Pflegeversicherung –
Abbau der Sektorengrenzen
und bedarfsgerechte
Leistungsstruktur »**

von

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Dipl.-Gerontologe Thomas Kalwitzki

Ausgangspunkt:

Die Einführung der Pflegeversicherung vor mehr als zwanzig Jahren muss als ein großer sozialpolitischer Erfolg angesehen werden. Allerdings war diese neue Sozialversicherung von Anfang an durch mehrere „Geburtsfehler“ belastet. Hierzu gehört die Einführung einer „Pflegevolksversicherung“ (Bundesverfassungsgericht) in zwei Säulen, mit der die problematische Dualität des Krankenversicherungssystems auf die Pflegeversicherung übertragen wurde, der (zu) enge Pflegebedürftigkeitsbegriff, der erst zwanzig Jahre später korrigiert werden konnte, sowie die strikte ordnungs-, leistungs- und leistungserbringungsrechtliche *sektorale Fragmentierung des Versorgungssystems in ambulante und stationäre Pflege* und die leistungsrechtlich *unzureichende Absicherung*, die dazu führte, dass eine *Lebensstandardsicherung* in Bezug auf das Pflegerisiko eben *nicht* erreicht wurde. Inwieweit die beiden letztgenannten Systemfehler behoben werden können, ist Gegenstand dieses Gutachtens.

Reformperspektiven und Reformszenarien

Indem die Pflegeversicherung Leistungen bei häuslicher und stationärer Pflege unterscheidet, sorgt sie für *Verteilungsgerechtigkeiten*, die daraus resultieren, dass für dieselbe formell erbrachte Pflegeleistung unterschiedliche Leistungsbeträge der Versicherung gewährt und unterschiedliche Vergütungssätze in Rechnung gestellt werden können. Gleichzeitig erschwert sie auch die Entwicklung *innovativer Versorgungskonzepte* im Raum zwischen ambulanter und stationärer Versorgung – obwohl gerade diese Versorgungsformen immer wieder gefordert werden. Schon in der Rürup-Kommission wurde vor eineinhalb Dekaden daher die Forderung erhoben, die Leistungssätze in ambulanter und stationärer Versorgung anzugleichen – was mit dem PSG II auch weitgehend erreicht wurde. Eine *Reformperspektive* besteht daher darin, die leistungsrechtlichen, leistungserbringungsrechtlichen und ordnungsrechtlichen Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Versorgung abzubauen und so die sektorale Fragmentierung aufzuheben, die innovativen Versorgungsangeboten entgegensteht.

Als das KDA 1974 die fehlende Absicherung des Pflegerisikos auf die politische Agenda gesetzt hat, wurde als zentrales Problem beschrieben, dass ältere Menschen auch nach einem durchschnittlichen Erwerbsleben durch auftretende Pflegebedürftigkeit regelmäßig in die Sozialhilfe abrutschen und zu Almosenempfängern werden. Dies steht im scharfen Kontrast zu der – einem konservativen Wohlfahrtsstaat deutscher Prägung zugrundeliegenden – Wertvorstellung, dass die sozialen Sicherungssysteme dazu dienen sollen, den im Lebensverlauf erreichten sozialen Status gegen allgemeine Lebensrisiken abzusichern. Tatsächlich wird die Pflegeversicherung auch heute diesem Auftrag der Lebensstandardsicherung nicht gerecht. Um dem abzuhelpen könnte die Pflegeversicherung in eine Vollversicherung umgewandelt werden – mit einem deutlichen Anstieg der Versicherungsleistungen.

Eine ausgabenneutrale Reformperspektive besteht dagegen darin, die Leistungen der Pflegeversicherung zwar nach oben offen, individuell bedarfsgerecht zu gewähren, aber einen Sockelbetrag als Selbstbeteiligung zugrunde zu legen. Wenn dieser Eigenanteil zudem zeitlich begrenzt wird, ist es für Versicherte erstmals möglich das eigene Finanzierungsrisiko abschließend zu beziffern und durch Sparen oder Abschluss einer Versicherung vorzusorgen.

Werden diese beiden Reformperspektiven kombiniert, ergeben sich drei Reformszenarien die nachstehend beschrieben und bewertet werden.

		Sektorale Fragmentierung	
		beibehalten	aufheben
Leistungsrecht	Pauschale, gedeckelte Leistungen der Pflegeversicherung	Status quo	Szenario 1: Pauschale, gedeckelte Versicherungsleistungen bei modularisierter (Heim)Vergütung
	Individuell bedarfsgerechte Versicherungsleistungen bei pauschalem Eigenanteil der Pflegebedürftigen	Szenario 2: Individuell bedarfsgerechte Versicherungsleistungen bei sektoral differenzierter Vergütung	Szenario 3: Individuell bedarfsgerechte Versicherungsleistungen bei modularisierter (Heim)Vergütung

Zur Bewertung wird dabei jeweils geprüft, ob das Szenario

- zur Lebensstandardsicherung der Individuen beiträgt (Risikoallokation) und die Wahl der Versorgungsform entsprechend den eigenen Präferenzen und nicht infolge von selektiven Anreizen des Versicherungssystems ermöglicht (Allokation),
- die Verteilungs- und Bedarfsgerechtigkeit erhöht (Distribution) und dabei
- die Ausgaben der Pflegeversicherung allenfalls in begrenztem Umfang erhöht, aber die Versorgungssicherheit steigt (Stabilisierung).

Reformszenario 1: Aufhebung der sektoralen Fragmentierung bei pauschalen, gedeckelten Versicherungsleistungen

Die Aufhebung der sektoralen Fragmentierung setzt zunächst voraus, dass die Kosten der medizinischen Behandlungspflege unabhängig vom Ort der Leistungserbringung vom selben Träger finanziert werden. Derzeit werden diese Kosten dagegen im häuslichen Bereich – als häusliche Krankenpflege – von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen, während sie im stationären Sektor in den Pflegesätzen eingeschlossen sind und damit de facto vom Heimbewohner getragen werden. Da medizinische Behandlungspflege systematisch dem „cure“ und nicht dem „care“ Bereich zuzurechnen ist, sollte diese Kosten grundsätzlich von der GKV übernommen werden. Weiterhin setzt die Aufhebung der sektoralen Fragmentierung *einheitliche Vergütungsregeln* für formelle Pflege voraus.

Dies impliziert eine Ablösung der pauschalen „all inclusive“-Vergütung im stationären Bereich durch eine Modularisierung dieser Leistungen und eine Entgeltung der erbrachten Leistungsmodule. Idealerweise sollten dabei die gleichen Module im „ambulanten“ und „stationären“ Bereich zugrunde gelegt werden. Damit wird es auch „im Heim“ möglich, bestimmte Module durch Angehörige oder andere zivilgesellschaftliche Akteure erbringen zu lassen – bei entsprechender Reduktion der Heim-entgelte. *Leistungsrechtlich* wären einheitliche Höchstgrenzen für Pflegesachleistungen vorzusehen, die dann unabhängig vom Ort der Leistungserbringung sind. *Ordnungsrechtlich* kann an der Gesamtverantwortung des Pflegeheims festgehalten werden, das eine Vollversorgung anbietet, bei der einzelnen Module „abgewählt“ werden können (Szenario 1a). Alternativ werden Heime ordnungsrechtlich „abgeschafft“ und zu Orten des Wohnens mit integrierten Angeboten, die „zugewählt“ werden können (Szenario 1b). Damit ist sichergestellt, dass Heimträger nicht für Leistungen verantwortlich gemacht werden können, die gar nicht vom Heim erbracht werden. Erst in Szenario 1b ist die Trennung der Sektoren damit endgültig aufgehoben und damit auch die Innovationsbremse für innovative Versorgungsformen zwischen den Sektoren gelöst.

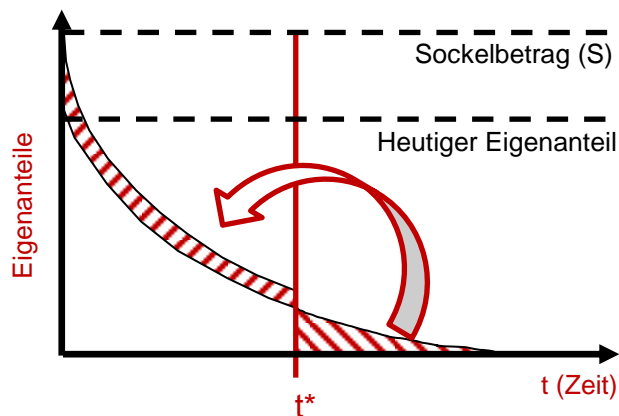
Während Szenario 1a schon in Einzelfällen realisiert ist, stellt Szenario 1b eine weitreichende Reform dar, bei der Pflegebedürftige erstmals ohne Verzerrung durch leistungsrechtliche Regelungen den Ort der Pflege ausschließlich nach eigenen Präferenzen und Vorhandensein eines informellen Netzwerkes auswählen können (Allokation). Damit ist dieses Szenario dem Status quo überlegen. Es führt entsprechend zu mehr *Bedarfsgerechtigkeit* und auch zu einer höheren *Verteilungsgerechtigkeit*, weil sich – bei Übernahme von bestimmten Modulen in Eigenregie – dann auch einkommensschwächere Haushalte „stationäre Pflege“ leisten können, die darauf derzeit aus finanziellen Gründen verzichten. Die *fiskalischen Auswirkungen* für die Pflegeversicherung sind begrenzt und in ihrer Richtung unklar, wenn sich die dann einheitlich festzusetzenden Leistungshöhen an den derzeitigen Leistungshöhen orientieren. Allerdings gelingt es in Szenario 1a ebenso wie in 1b in höherem Maße informelle Pflege auch in einem Bereich einzusetzen, der derzeit ausschließlich den „Profis“ vorbehalten ist. Angesichts des für die Zukunft drohenden massiven Pflegenotstands trägt dies wesentlich zur *Stabilisierung* der Pflegeleistungserbringung bei. Für die Krankenversicherung entstehen durch die Rückverlagerung der Finanzierungscompetenz für die medizinische Behandlungspflege allerdings Mehrkosten. Diese wurden – bezogen auf das Jahr 2011 – auf 1,8 Mrd. Euro geschätzt (Rothgang / Müller 2013). Seitdem haben sich die Kosten der häuslichen Krankenpflege aber in etwa verdoppelt. Insofern ist der aktuell vom VKAD geschätzte Betrag von 2,6 Mrd. Euro für die gesetzlich Versicherten plausibel. Wird dies bei der Berechnung der Entgelte für Pflegemodule berücksichtigt, ergeben sich – je nach Anpassung der leistungsrechtlichen Beträge – entsprechende Entlastungen bei der Pflegeversicherung oder für die Pflegebedürftigen. *Insgesamt bietet Szenario 1 somit gegenüber dem Status quo Vorteile, insbesondere in der Variante des Szenarios 1b, das der Zuwahllogik folgt.*

Reformszenario 2: Beibehaltung der sektoralen Fragmentierung bei individuell bedarfsgerechten Versicherungsleistungen und einem zeitlich begrenzten Eigenanteils-Sockel

Ausgangspunkt für Reformszenario 2 ist – bei Beibehaltung der ordnungsrechtlichen und leistungserbringungsrechtlichen Fragmentierung in ambulanten und stationären Sektor – das *Leistungsrecht*. Wie in Szenario 1 sind zunächst auch hier die *Ausgaben für medizinische Behandlungspflege* auf die GKV zurück zu verlagern. Weiterhin wird das Verhältnis von Versicherungsleistung und Eigenfinanzierung umgekehrt: Anstelle der bisherigen Zahlung eines pauschalierten bzw. gedeckelten, nicht bedarfsdeckenden Zuschusses mit einer Selbstbeteiligung von 100% für darüber hinaus gehender Kosten (deren Höhe nicht begrenzt ist), wird nun von allen Pflegebedürftigen ein einheitlicher Sockelbetrag gezahlt, während darüber hinausgehende Kosten (bis zu einer absolut gedeckelten Leistungshöhe) von der Pflegekasse übernommen werden. Der Sockelbetrag wird zudem zeitlich begrenzt, so dass ein bekannter absoluter Höchstbetrag definiert ist, der im Falle einer Pflegebedürftigkeit privat aufzubringen ist. Dieser kann angespart, privat versichert oder über die Sozialversicherung abgedeckt werden, so dass erstmals das finanzielle Risiko der Pflegeversicherung abschließend abgedeckt werden kann.

Durch die Kombination der unbegrenzten monatlichen Eigenanteile und der unbekanntenen Überlebensdauer der Pflegebedürftigen resultiert ein absolutes finanzielles Risiko in unbekannter Höhe. Wegen der unbekanntenen Dauer kann nicht durch Sparen vorgesorgt werden, aber auch eine Vollversicherung ist nicht möglich, da die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung und die private Pflegepflichtversicherung nicht bedarfsdeckend sind und bei privaten Pflegetagegeldversicherungen unklar ist, wie groß der Eigenanteil sein wird, wenn – typischerweise – der Pflegefall ein halbes Jahrhundert nach Abschluss der Versicherung eintritt. Damit ist Lebensstandardsicherung in Bezug auf das Pflegerisiko heute nicht möglich. Wünschenswert wäre daher eine alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung, die die beiden Dimensionen des Kostenrisikos, d.h. die unbekanntene individuelle Dauer einer Pflegebedürftigkeit und die unbekanntene Höhe der Selbstbeteiligung zum Eintritt der Pflegebedürftigkeit, eliminiert oder eliminierbar macht. Hierzu wird erstens ein fester monatlicher Sockelbetrag (S) für alle Pflegebedürftigen benötigt, der zweitens nur zeitlich begrenzt (t^*) zu zahlen ist. Die Höhe des Sockelbetrags und die Dauer, die dieser höchstens zu zahlen ist, sind Gegenstand politischer Festlegungen.

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



Im Jahr 2017 wird jeder Pflegebedürftige durchschnittlich einen monatlichen Eigenanteil von rund 248 Euro für seine Pflege aufbringen. Hieraus folgt, dass für jeden Pflegebedürftigen über die Gesamtzeit seiner Pflegebedürftigkeit private Zahlungen in durchschnittlicher Höhe von ca. 13.500 Euro entstehen. Hierbei sind die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten für Pflegeheime *nicht* enthalten. Sollen vermieden werden, dass über diesen Durchschnittswert hinausgehende Ausgaben selbst finanziert werden müssen, so sind diese auf die ersten t^* Jahre umzulegen und erhöhen dort den heutigen durchschnittlichen Eigenanteil auf einen „Sockelbetrag“ (s. Grafik). Bei einer Karenzzeit bis zur vollen Kostenübernahme durch die Pflegeversicherung von beispielsweise $t^*= 4$ Jahren ergibt sich ein monatlich aufzubringender Sockelbetrag von rund 388 Euro, bei einer Laufzeit von $t^* = 3$ Jahren einer von rund 470 Euro. Das Produkt aus Laufzeit und monatlichem Sockelbetrag ist dabei deutlich höher als die der Berechnung zugrunde liegenden 13.500 Euro. Das ist darauf zurückzuführen, dass im Lauf der t^* Jahre ein Teil der Pflegebedürftigen stirbt und den Sockelbetrag dann nicht mehr zahlt. Der Betrag von 13.500 kann aber gut privat versichert werden. Ebenso möglich wäre eine – ganze oder teilweise – Integration in die Soziale Pflegeversicherung (und damit auch die private Pflegepflichtversicherung). Im Falle einer Vollversicherung wäre zur Gegenfinanzierung ein Beitragssatzanstieg von rund 0,7 Beitragssatzpunkten notwendig.

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

Im Bereich der *Allokation* erzeugt die Individualisierung der Leistungshöhen – bei festem Eigenanteilssockel und ohne weitere Begrenzung auf eine maximale Leistungsmenge/-höhe – einen dop-

pelten Anreiz zur Erhöhung der Pflegekosten, da das Eigeninteresse der Pflegebedürftigen und ihrer Familien, die Ausgaben zu begrenzen nunmehr wegfällt. Dieser von Ökonomen als „moral hazard“ bezeichnete Anreiz, die Ausgaben auch über das wohlfahrtsoptimale Niveau hinaus auszudehnen, bezieht sich grundsätzlich sowohl auf die Mengen- also auch auf die Preiskomponente. Die Begrenzung der *Preise* obliegt in diesem Szenario den weiterhin stattfindenden Preisverhandlungen der Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung. Während höhere Vergütungssätze bislang für Pflegekassen nicht zu höheren Ausgaben führen, würde sich dies nun ändern und das Interesse der Pflegekassen an effektiven Verhandlungen in ähnlichem Maße steigen, wie das der Sozialhilfeträger sinkt. In Bezug auf die *Mengenkomponente* gibt es im stationären Bereich in Szenario 2 keinen moral hazard, wohl aber im ambulanten Bereich, in dem nunmehr – oberhalb des Sockels – alle Pflegeleistungen finanziert werden. Hier ist daher eine normative Begrenzung der „bedarfsnotwendigen“ Leistungen erforderlich, etwa dadurch, dass die individuellen Leistungsansprüche gegen die Versicherung auf das Niveau der stationären Leistungshöhen begrenzt werden. Diese Deckelung führt dann dazu, dass die ambulante Mengenkomponekte begrenzt wird, da sie keine höheren Leistungszahlungen als eine stationäre Versorgung zulässt. Zur Kontrolle der entstehenden moral-hazard-Problematik ist es also erforderlich, die Versicherungsleistungen zwar bedarfsgerecht am Einzelfall zu orientieren, jedoch von einer vollkommen offenen Leistungsgewährung Abstand zu nehmen. Hierdurch wird letztlich die rein präferenz-geleitete Auswahl des Pflegesettings weiterhin eingeschränkt.

Dennoch wird auf eine Erhöhung der *Bedarfs-* und *Verteilungsgerechtigkeit* für Pflegebedürftige gegenüber dem Status Quo erzeugt, da eine stärkere Verknüpfung von individuellem Pflegebedarf und individualisierter Leistungshöhe erfolgt, vor allem aber das absolute Kostenrisiko einer Pflegebedürftigkeit solidarisch abgesichert wird. Hierbei treten jedoch kollektiv in Abhängigkeit vom Preisniveau kosten- und einahmenneutrale *regionale Umverteilungen* auf. Waren die Eigenanteile bislang in teureren Versorgungsregionen höher als in billigeren, werden diese jetzt angeglichen. Im Vergleich zum Status quo kommt es bei Fortbestehen der Preisunterschiede zu einem impliziten Transfer von Versicherungsleistungen in Richtung der „teureren“ Anbieter – regional also von Nordost nach Südwest. Da nach den Regelungen des PSG III, Tariflöhne auch dann als wirtschaftlich einzustufen und zu refinanzieren sind, wenn die Einrichtung gar nicht dem entsprechenden Tarifvertrag beigetreten ist (entsprechende Kosten aber nachweist) und mit dem für 2020 angekündigten bundeseinheitlichen Personalbedarfsverfahren sowohl bei der Preis- als auch bei der Mengenkomponekte eine Angleichung der regionalen Vergütungsunterschiede zu erwarten ist, verliert dieser Aspekt im Zeitverlauf an Bedeutung.

Die *fiskalischen Auswirkungen* auf die Pflegeversicherung sind in hohem Maße durch Preisverhandlungen einerseits und die konkrete Ausgestaltung der Leistungsbegrenzung andererseits steuerbar. Die Beibehaltung des aktuellen Preis- und Leistungsniveaus ist dabei möglich, so dass eine Umstel-

lung der Finanzierung auf einen einheitlichen Sockelbetrag weitgehend kostenneutral durchgeführt werden kann. Die zusätzliche vollständige Absicherung des finanziellen Risikos der Pflegebedürftigkeit muss jedoch zusätzlich finanziert werden.

Die Umkehrung des Verhältnisses von Versicherungsleistung und Eigenfinanzierung führt in Szenario 2 dazu, dass das allgemeine Lebensrisiko der Pflegebedürftigkeit solidarisch aufgefangen wird. Dabei ist die *ökonomische Stabilität* der Pflegeversicherung leicht zu sichern. Die Beibehaltung der sektoralen Fragmentierung führt jedoch weiterhin dazu, dass Pflegebedürftige nicht nur auf Basis ihrer persönlichen Präferenzen über ihr Pflegesetting entscheiden. Während also die leistungsrechtliche Ausgestaltung zielgerecht gelingt und dem Status quo deutlich überlegen ist, bleibt die negativ zu bewertende Fragmentierung der Versorgungsangebote bestehen.

Reformszenario 3: Aufhebung der sektoralen Fragmentierung bei individuell bedarfsgerechten Versicherungsleistungen und einem zeitlich begrenzten Eigenanteils-Sockel

Szenario 3 entsteht als Kombination der bereits beschriebenen Szenarien 1b und 2. Wie in Szenario 1b wird die Aufhebung der sektoralen Fragmentierung umgesetzt. Hierfür wird die Leistungserbringung – unter Verlagerung der Finanzierungsverantwortung für medizinische Behandlungspflege in das SGB V – modular ausgestaltet und auf eine Zuwahllogik umgestellt. Auch ordnungsrechtlich wird dann die sektorale Trennung von ambulant und stationär aufgehoben und entlang der Trennlinie „Wohnen“ und „Pflege“ neu definiert. Leistungsrechtlich wird analog zu Szenario 2 das Verhältnis von Versicherungsleistung und Eigenfinanzierung umgekehrt: Statt der bisherigen Zahlung einer pauschalen Leistungshöhe mit einer 100%igen privaten Selbstbeteiligung darüber hinaus gehender Ausgaben (deren Höhe nicht begrenzt ist), wird nun von allen Pflegebedürftigen ein einheitlicher Sockelbetrag gezahlt, während darüber hinausgehende Ausgaben (bis zu einer absolut gedeckelten Leistungshöhe) von der Pflegekasse übernommen werden. Der Sockelbetrag wird dabei zeitlich begrenzt, so dass ein bekannter absoluter Höchstbetrag definiert ist, der im Falle einer Pflegebedürftigkeit privat aufzubringen ist. Dieser kann angespart, privat versichert oder über die Sozialversicherung abgedeckt werden.

Unter *allokativen* Gesichtspunkten entsteht in Szenario 3 ein verschärftes moral-hazard-Problem. Da durch den Wegfall der stationären Vollversorgung kein „natürlicher“ Fokuspunkt mehr besteht, der die Leistungsmengen begrenzt, liegen nun für alle Pflegebedürftigen Anreize vor, möglichst viele Leistungen aus der Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen. Ohne Steuerungslogik entsteht somit eine „Jeder kann alles nehmen“-Situation. Diese kann nur aufgehoben werden durch eine absolute normative Begrenzung der maximalen Leistungshöhen oder eine vollständig individualisierte Leistungszuordnung. Da die erste Lösung dem „Geist“ des Szenarios entgegenläuft, kann dem moral

hazard systemimmanent nur begegnet werden, indem den Pflegebedürftigen nicht mehr Leistungsbeträge, sondern Leistungen – die dann natürlich aus der Pflegeversicherung zu finanzieren sind – zugeordnet werden. Erforderlich ist hierzu – im Vergleich zur heutigen Pflegebegutachtung – ein deutlich differenzierteres Begutachtungsverfahren, das dabei sowohl hohe Anreize für Wiederholungsbegutachtungen enthält, als auch dem Gutachter eine sehr starke Machtposition verleiht.

Distributiv gelten die für Szenario 1b und 2 erfolgten Feststellungen simultan: In Bezug auf Bedarfs- und Verteilungsgerechtigkeit bietet die alternative Ausgestaltung in Form des Szenario 3 die umfangreichsten Verbesserungen. So erfolgt eine direkte, individuell bedarfsgerechte Zuordnung der zu finanzierenden Leistungsmengen, die dann unabhängig von leistungserbringungsrechtlich induzierten Anreizen nur anhand der Präferenzen der Pflegebedürftigen ohne Kostenrisiko in Anspruch genommen werden können. Auf Ebene des Gesamtsystems sind die umverteilenden Wirkungen weniger klar, als in Szenario 2 beschrieben. Zwar folgen auch hier die Umverteilungen der Leistungsbeträge grundsätzlich dem Gefälle des Preisniveaus von Nordost nach Südwest, jedoch können hier auch gegenläufige Tendenzen durch die individuelle Leistungszuordnung entstehen. Dies ist jedoch nicht zuletzt abhängig von der noch auszuarbeitenden Begutachtungspraxis und der verhandlungsbedingten Entwicklung der regionalen Preisniveaus.

Unter *fiskalischen Gesichtspunkten* entsteht für die Pflegeversicherung – unter Maßgabe der erforderlichen vollständig individuellen Leistungszuordnung – ein kaum kalkulierbares Kostenrisiko, wenn die zugeordneten bedarfsgerechten Leistungen die bisherigen pauschalisierten Fallkosten übersteigen

Insgesamt kann Szenario 3 die an die die Strukturreform gestellten Anforderungen vollständig erfüllen. So werden die Pflegebedürftigen von ihrem Kostenrisiko entlastet und können gleichzeitig die Leistungserbringung entsprechend ihrer eigenen Präferenzen strukturieren. Dies gilt sowohl für die Auswahl eines privaten, organisierten oder institutionalisierten Wohnsettings als auch für die Auswahl der dort professionell zu erbringenden Leistungsmodule. Ebenso werden die Innovationsbremsen für neue Wohn- und Pflegeformen beseitigt. Jedoch entstehen hierdurch erhebliche praktische Steuerungsbedarfe, die in diesem Gutachten zwar benannt, jedoch nicht endgültig gelöst werden können.

Fazit

Die Szenarien 1 und 2 bieten – in Bezug auf die erarbeitete Reformperspektive – jeweils deutliche Verbesserungen gegenüber der aktuellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Dabei kann die vollständige Aufhebung des individuellen Kostenrisikos in Szenario 2 (und Szenario 3) als wesentlicher Schritt betrachtet werden, der die Pflegeversicherung zu einer funktionierenden Sozialversicherung werden lässt. Szenario 3 kann die Forderungen der Reformperspektive vollständig erfüllen, bringt aber die höchsten praktischen Schwierigkeiten mit sich. Zentral steht hierbei die Notwendigkeit der individuellen Leistungszuordnung, die einen erheblichen Begutachtungsaufwand – und daraus resultierend ein existenzielles Machtgefälle zwischen Gutachter und Pflegebedürftigem – erfordert. Wird der MDK – wie derzeit diskutiert – unabhängiger, gäbe es aber eine Institution, die diese Aufgabe erfüllen könnte.