

# Skizze einer neuen Finanzierung der Pflegeversicherung

HEINZ ROTHGANG,  
THOMAS KALWITZKI

Prof. Dr. Heinz Rothgang leitet die Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung im SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen

Thomas Kalwitzki ist wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung im SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen

**Seit Einführung der Pflegeversicherung sind die Eigenanteile in der stationären Pflege kontinuierlich gestiegen und derzeit höher als jemals zuvor. Damit verletzt die Pflegeversicherung aber ihren Anspruch auf Lebensstandardsicherung bei Pflegebedürftigkeit. Bloße diskretionär beschlossene ex post-Leistungsanpassungen sind nicht ausreichend, um dem dauerhaft entgegenzuwirken. Notwendig ist vielmehr eine Systemreform, bei der das Verhältnis von Versicherungsleistungen und Eigenanteilen umgekehrt wird.**

## Einleitung

Die Einführung der Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung muss als größter sozialpolitischer Erfolg des letzten Vierteljahrhunderts betrachtet werden. Sie finanziert nicht nur zwei Drittel der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit (Rothgang & Müller 2018: 94), sondern ist auch strukturbildend für die gesamte Langzeitpflege in Deutschland. Allerdings sind deshalb auch die *vier wesentlichen Geburtsfehler* der Pflegeversicherung (Rothgang 2015a) und ihre damit einhergehenden Probleme lange Zeit fortgeschrieben worden: (1.) Bis heute leidet das Gesamtsystem der Pflegeversicherung darunter, dass die Dualität des Krankenversicherungssystems (Rothgang & Jacobs 2013) als Pflegevolksversicherung in zwei Versicherungszweigen dupliziert wurde – und die gleichen Gerechtigkeitsdefizite aufweist wie die Krankenversicherung (Rothgang 2015b). Bestrebungen zur Umwandlung des Systems in eine integrierte Versicherung für die gesamte Bevölkerung sind hier – wie auch in der Krankenversicherung – nicht erfolgreich gewesen. (2.) Korrigiert wurde mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) hingegen der zu eng gefasste Pflegebedürftigkeitsbegriff; erst jetzt erfolgt in der Begutachtung eine

angemessene Berücksichtigung verschiedener Aspekte von Pflegebedürftigkeit (Rothgang & Kalwitzki 2015). Die beiden letzten identifizierten Strukturfehler sind aus sozialpolitischer Perspektive bisher unzureichend bearbeitet: (3.) die strikte ordnungs-, leistungs- und leistungserbringungsrechtlich verankerte Trennung der ambulanten und stationären Sektoren sowie (4.) die leistungsrechtlich unzureichende Absicherung der Pflegebedürftigkeit im Sinne einer Lebensstandardsicherung. Entsprechende Reformoptionen wurden durch ein Gutachten zur Alternativen Ausgestaltung der Pflegeversicherung (Rothgang & Kalwitzki 2017) im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform jedoch in den Fokus der Diskussionen über die weitere Entwicklung der Pflegeversicherung gerückt.

Der hier vorliegende Beitrag konzentriert sich nun auf den Teil der Überlegungen, die in diesem Gutachten zu einer Reform der *leistungsrechtlichen Ausgestaltung* der Pflegeversicherung angestellt wurden. Dazu werden zunächst die Ziele, die mit der Einführung und Ausgestaltung der Pflegeversicherung verfolgt wurden, dargestellt (Abschnitt 1), und es wird aufgezeigt, dass die aktuelle Ausgestaltung nicht geeignet ist, diese Ziele zu erreichen (Abschnitt 2). Daran anschließend wird

eine alternative Finanzierungsstruktur vorgeschlagen (Abschnitt 3), die die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zu einem funktionierenden Sozialsystem ermöglicht. Abschließend wird noch einmal zusammengefasst, wie die alternative Finanzierung ihrerseits zur Erreichung der definierten Ziele führt (Abschnitt 4).

## 1. Lebensstandardsicherung als Ziel der Pflegeversicherung

Als das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) das Thema der fehlenden sozialstaatlichen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit durch ein Gutachten auf die politische Agenda gesetzt hat, wurde dies damit begründet, dass es gelte, die *pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit* zu beenden (KDA 1974). Dass Menschen auch nach einem durchschnittlichen Erwerbsleben durch auftretende Pflegebedürftigkeit regelmäßig in die Sozialhilfe abrutschen und zu Almosenempfängern werden, wurde als eines modernen Sozialstaats unwürdig kritisiert (Pabst & Rothgang 2000; Götze & Rothgang 2014). Entsprechend wurde im allgemeinen Teil der Gesetzesbegründung als Ziel der Pflegeversicherung formuliert: „Die Pflegeversicherung soll ... bewirken, daß in der überwiegenden Zahl der Pflegebedürftigen nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen ist; wer sein Leben lang gearbeitet und eine durchschnittliche Rente erworben hat, soll wegen der Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht zum Sozialamt gehen müssen“ (PflegeVG-E, S. 2). Hinter dieser Zielsetzung stecken zwei grundlegende Ansprüche, die als normativer Leuchtturm für eine „gute“ Ausgestaltung der Pflegeversicherung betrachtet werden können. Es handelt sich dabei einerseits um den abstrakten sozialstaatlichen Anspruch an ein funktionsfähiges Sozialsystem (Abschnitt 1.1) und andererseits um den konkreten Anspruch an die Funktion für den einzelnen Leistungsbezieher (Abschnitt 1.2).

### 1.1 Anspruch an die sozialstaatliche Funktion der Pflegeversicherung

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 und damit insbesondere Umverteilungsziele verfolgen, wird der Anspruch auf Sozialleistungen jenseits einer Grundsicherung im konservativen Wohlfahrtsstaat durch Vorleistungen, insbesondere durch Mitgliedschaft in einer Sozialversicherung, erworben. Diese Leistungen gehen dann über einen existenzsichernden Mindestumfang hinaus und sollen den erreichten *Lebensstandard* gegen die Wechselfälle des Lebens sichern. Dadurch werden positive Arbeitsanreize gesetzt und es wird soziale Sicherheit für risikoadverse Individuen geschaffen. Durch Renten-, Kranken- und Unfallversicherung werden entsprechend die Risiken Alter, Krankheit und Erwerbsunfähigkeit so abgesichert, dass ihr Eintreten nicht zu einem sozialen Abstieg führt. Um dies auch für das Risiko der Pflegebedürftigkeit zu gewährleisten, wurde die Einführung der Pflegeversicherung gefordert und schließlich umgesetzt. Effektiv in Bezug auf dieses Kriterium ist die Pflegeversicherung aber nur, insoweit es ihr *strukturell möglich* ist, einen sozialen Abstieg aufgrund von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Dies bezieht sich in der *konkreten Leistungsausgestaltung* auf die Vermeidung von Sozialhilfebedürftigkeit durch die Übernahme der durchschnittlichen mit Pflegebedürftigkeit verbundenen Kosten (siehe hierzu auch Abschnitt 1.2), darüber hinaus aber auch auf das Risiko sehr hoher Kosten – durch ein hohes Ausmaß an und eine lange Dauer von Pflegebedürftigkeit. Die Ausgestaltung der Pflegeversicherung ist daher auf Systemebene daran zu messen, wie sie mit diesem doppelten Risiko aus unbekannter Kostenhöhe und unbekannter Leistungsdauer umgeht und ob sie eine Absicherung des Lebensstandards ermöglicht.

### 1.2 Anspruch an die Leistungsausgestaltung der Pflegeversicherung

Zielsetzung für die Pflegeversicherung war bei ihrer Einführung, Pflegebedürftige davor zu schützen, auch nach einem durchschnittlichen Erwerbsleben aufgrund von Pflegebedürftigkeit auf den Bezug von Sozialhilfeleistungen angewiesen zu sein. Um dieses Ziel zu erreichen, sollte die Pflegeversicherung

die *pflegebedingten Kosten* der Heimversorgung übernehmen.<sup>1</sup> Entsprechend wurde in der Gesetzesbegründung zum PflegeVG konstatiert: „Die Pflegekasse ... trägt ... den pflegebedingten Aufwand für die im Einzelfall erforderlichen Leistungen der Grundpflege, der aktivierenden Pflege und für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, soweit letztere nicht von den Krankenkassen oder anderen Leistungsträgern zu tragen sind“ (PflegeVG-E, S. 115). Diese Formulierung, die eine faktische Vollübernahme der *gesamten* durchschnittlichen Pflegevergütungen im Pflegeheim beschreibt, wurde bei Einführung der Pflegeversicherung auch leistungsrechtlich umgesetzt, wie ein Vergleich der Leistungshöhen und Pflegesätze zeigt. Da die Pflegestatistik nach § 109 SGB XI erstmals 1999 erhoben wurde, liegen für die Zeit davor keine entsprechenden Werte vor. Tabelle 1 weist daher hilfsweise die Entwicklung im Rheinland aus. Erkennbar ist, dass die Leistungen der Pflegeversicherung im Jahr 1996 ausgereicht haben, die durchschnittlichen Pflegevergütungen in Pflegestufe I und II abzudecken und der durchschnittliche Eigenanteil, der als gewichteter Mittelwert berechnet wird, mit 77 Euro pro Monat noch nahe Null war. Die Pflegesätze sind im Rheinland dabei höher als im anderen Landesteil, Westfalen-Lippe, und NRW insgesamt wies auch schon 1999 höhere Pflegesätze und entsprechend höhere durchschnittliche Eigenanteile als der Bund auf (Tabelle 1). Bundesweit dürften die Pflegeversicherungsleistungen 1996 somit tatsächlich ausgereicht haben, um die durchschnittlichen Pflegevergütungen voll zu finanzieren.

Bei ihrer Einführung wurde also die Leistungsgestaltung der Pflegeversicherung so umgesetzt, dass sie auf individueller Ebene die (durchschnittliche)

1 Die in § 82 SGB XI normierte Aufteilung der Heimentgelte in die Bestandteile Pflegevergütung, Entgelten für Unterkunft und Verpflegung und gesondert in Rechnung gestellten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen soweit sie nicht nach Landesrecht gefördert sind geht auf den sogenannten „Dreiteilungsvorschlag“ der Arbeiterwohlfahrt von 1976 zurück, in dem gefordert wurde, dass die Kassen die pflegebedingten Aufwendungen, die Pflegebedürftigen die sogenannten „Hotelkosten“ der vollstationären Versorgung und die Kommunen die sonstigen Kosten, womit implizit die Investitionskosten gemeint waren, übernehmen sollen (AWO 1976). Vorgesehen war dabei also, dass die *gesamten* pflegebedingten Aufwendungen von der Kasse finanziert werden sollten.

Tabelle 1: Pflegevergütung und Eigenanteile in den 1990er Jahren

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

Anmerkung: Die für 1999 in NRW erhobenen Belegungsanteile wurden für das Rheinland für die Jahre 1996 und 1998 in den Berechnungen zugrunde gelegt. Die Werte für 1996 beziehen sich auf den 30. Juni, die für 1998 auf den 1. Januar und die für 1999 auf den 15. Dezember.

Quellen: Roth/Rothgang 1999; Statistisches Bundesamt 2002: 13

Übernahme der pflegebedingten Kosten abgesichert hat. Es kann somit – in Anspruch und Umsetzung zum Einführungszeitpunkt – für die Heimpflege von der Pflegeversicherung als Vollversicherung ohne private Eigenanteile bei den Pflegekosten gesprochen werden.

## 2. Strukturelle Probleme bei der Zielerreichung

Die Probleme der aktuellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung zeigen sich, wenn die vorgestellten Ziele, die mit der Pflegeversicherung ursprünglich einmal erreicht werden sollten, mit dem aktuell realisierten Zustand abglichen werden. Hierbei wird zunächst auf die pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit und ihre Determinanten und dann auf die Fähigkeit der Pflegeversicherung zum Ausgleich des Risikos von überdurchschnittlichen Kosten eingegangen.

### 2.1 Höhe der Eigenanteile und pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit

Pflegebedürftige mussten für vollstationäre Pflege im Mai 2017 im Durchschnitt monatlich rund 1.700 Euro aus eigenen Mitteln aufwenden. Dabei entfielen rund 600 Euro auf den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE), der den Teil der Pflegevergütungen angibt, den die Pflegebedürftigen selbst finanzieren müssen, rund 700 Euro auf die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie rund 400 Euro auf den nicht öffentlich geförderten Teil der Investitionskosten, der gesondert in Rechnung gestellt wird (Rothgang et al. 2017: 31). Dabei hat sich der von den Pflegebe-

dürftigen aufzubringende Betrag für die Pflegevergütung, der eigentlich durch die Pflegeversicherung getragen werden soll (s.o.), im Zeitverlauf kontinuierlich erhöht (Tabelle 2). Die Tabelle enthält neben den durchschnittlichen Pflegevergütungen wie sie in der Pflegestatistik nachgewiesen sind, auch die Eigenanteile die sich nach Abzug der Pflegeversicherungsleistungen gemäß § 43 SGB XI ergeben. Diese Eigenanteile haben seit Einführung der Pflegeversicherung bis zum Jahr 2015 in Pflegestufe I und II kontinuierlich zugenommen, da zwar die Pflegevergütungen gestiegen, die Leistungen der Pflegeversicherung aber konstant geblieben sind. In der Pflegestufe III wurden die Leistungen in den Jahren 2008, 2010 und 2012 dynamisiert. Das hat dazu geführt, dass die durchschnittlichen Eigenanteile von 2009 bis 2011 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, der sich von 1999 bis 2015 mehr als verdoppelt hat, von 277 Euro auf 602 Euro. Aufgrund der Pflegereform ist dieser Wert 2017 zwar zurückgegangen, aber in nur geringem Umfang und liegt immer noch über dem Wert von 2013. Hinsichtlich der Eigenanteile im stationären Bereich ist das PSG II damit weitgehend folgenlos geblieben. Das zeigen auch die aktuellen Entwicklungen: Basierend auf den Daten von mehr als 10 Tsd. Pflegeheimen zeigt sich, dass der EEE bereits im ersten Quartal 2018 wieder oberhalb des Wertes für das letzte Quartal 2016 lag – Tendenz steigend (Rothgang & Müller 2018: 33).

In Bezug auf die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen sind durch die Pflegeversicherung zwar Veränderungen erfolgt, diese bleiben jedoch weit hinter den ursprünglichen Zielen zurück. So ist die Anzahl von 1994 bis 1998 zwar um 40 % gesunken (Roth & Rothgang 2001: 297), und der Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen liegt seit 20 Jahren weitgehend stabil bei rund einem Drittel (Rothgang et al. 2017: 158). Allerdings war bei Einführung der Pflegeversicherung angestrebt worden, das vor ihrer Einführung bestehende zahlenmäßige Verhältnis von Hilfeempfängern und Selbstzahlern umzukehren (Bader 1994: 36). Dies impliziert eine Quote von 20 % Sozialhilfeempfängern an den Heimbewohnern, die seit Einführung der Pflegeversicherung konstant und deutlich verfehlt wurde.

Im aktuellen Koalitionsvertrag wird sowohl eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte als auch eine verbesserte Personalausstattung – über die separat finanzierten Stellen des Sofortprogramms hinaus – gefordert. In der derzeitigen Finanzierungssystematik werden die damit verbundenen Kostensteigerungen aber vollständig an die Pflegebedürftigen weitergeleitet, da die Leistungen der Pflegeversicherung als Festbeträge ausgestaltet sind. Einen Hinweis auf die quantitativen Auswirkungen grundsätzlich zu begrüßender Lohn- und Gehaltssteigerungen auf die individuellen Eigenanteile gibt der aktuelle Fall der AWO Brandenburg Ost. In den stationären Einrichtungen dieses Trägers erhöhten sich die Eigenanteile aufgrund eines neuen Tarifabschlusses um monatlich rund 600 Euro. Werden die vom Bundesgesundheitsminister

Tabelle 2: Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten in vollstationärer Pflege

Jahr	Pflegevergütung			Eigenanteil an Pflegevergütung			Belegungsanteile			Durchschnittlicher Eigenanteil
	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe I	Stufe II	Stufe III	
1999	1.156	1.521	1.977	133	242	545	32%	45%	23%	277
2001	1.186	1.582	2.008	163	303	576	33%	45%	22%	316
2003	1.247	1.673	2.099	224	394	667	34%	45%	21%	394
2005	1.277	1.702	2.128	254	423	696	35%	44%	21%	422
2007	1.307	1.733	2.158	284	454	726	36%	43%	21%	449
2009	1.362	1.792	2.249	339	513	779	38%	42%	20%	502
2011	1.369	1.811	2.278	346	532	768	39%	41%	20%	507
2013	1.414	1.875	2.365	391	596	815	39%	41%	20%	560
2015	1.490	1.973	2.485	426	643	873	40%	40%	20%	602
2017										587

Quellen: Eigene Berechnungen auf Basis der Angaben der Pflegestatistik für 2009-2015 sowie Rothgang et al. 2017: 29 für 2017

angekündigten Maßnahmen also unter den aktuell geltenden Mechanismen der Pflegeversicherung durchgeführt, wird es zu einem weiteren, erheblichen Anstieg der Eigenanteile kommen, der zu einem steigenden Anteil der Sozialhilfeempfänger an den Heimbewohnern führen und damit die Intentionen der Pflegeversicherung konterkarieren wird.

## 2.2 Fähigkeit der Pflegeversicherung zum Ausgleich besonders hoher Pflegekosten

Auch in Bezug auf die *Versicherungsfunktion gegen überdurchschnittlich hohe Pflegekosten* kann die derzeitige Ausgestaltung der Pflegeversicherung nicht überzeugen. Bis zum Inkrafttreten des PSG II sind die Eigenanteile in der stationären Pflege regelmäßig gestiegen, wenn sich die Pflegestufe im Zeitverlauf erhöht hat. Dieses Risiko ist durch die Einführung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils im PSG II nunmehr aufgehoben: der Eigenanteil ist für pflegebedürftigen Heimbewohner (mit mindestens Pflegegrad 2) unabhängig vom Pflegegrad. Allerdings tragen die Versicherten das Risiko vom Durchschnitt abweichender Pflegevergütungen vollständig selbst. Dabei ist dieses Risiko von den Pflegebedürftigen selbst – angesichts inzwischen wieder sichtbar werdender Kapazitätsengpässe – durch die Wahl der Einrichtung nur teilweise beeinflussbar, wenn dem Wunsch nach Wohnortnähe entsprochen werden soll. Veränderungen des EEE nach Einzug

wiederum sind vom Pflegebedürftigen weder beeinflussbar noch vorhersehbar, da sie nicht zuletzt von der Veränderung der Bewohnerstruktur abhängen. Vollständig vom Pflegebedürftigen zu tragen ist auch das Risiko der Langlebigkeit mit Pflegebedürftigkeit. Dies ist insbesondere dann problematisch, wenn der Eigenanteil durch Vermögensverzehr finanziert wird.

Insgesamt ist die Pflegeversicherung in ihrer derzeitigen Ausgestaltung daher nicht geeignet, Lebensstandardsicherung zu garantieren. Auch private Zusatzversicherungen können hier keine Abhilfe schaffen, da sie regelmäßig mehrere Jahrzehnte vor Eintreten der Pflegebedürftigkeit abgeschlossen werden und es zu diesem Zeitpunkt unmöglich ist vorherzusagen, wie hoch die Eigenanteile zum Eintritt der Pflegebedürftigkeit sein werden.

## 3. Alternative Finanzierungslogik der Pflegeversicherung als Lösungsansatz

Wie die Problemanalyse gezeigt hat, kann die derzeitige Ausgestaltung der Pflegeversicherung das Ziel einer Lebensstandardsicherung in Bezug auf das Risiko von Pflegebedürftigkeit aus zwei Gründen nicht erreichen:

Erstens führt Pflegebedürftigkeit zu privaten Eigenanteilen, die durch eine entkoppelte Entwicklung von Pflegesätzen und Leistungssätzen sukzessive steigen und bereits derzeit vielfach als zu hoch eingestuft werden. Die bisherige

Regelung des § 30 SGB XI, nach der alle drei Jahre geprüft wird, ob die Leistungen an die Preisentwicklung angepasst werden, kann diese Entwicklung nicht vermeiden, da diese Anpassungen nur ex post wirksam werden und in ihrer Höhe zudem in Bezug auf die allgemeine Preissteigerungsrate begrenzt sind. Ohne eine systematische Veränderung werden somit alle angestrebten Verbesserungen der Personalsituation in Einrichtungen und alle höheren Löhne und Gehälter zu deutlich steigenden Eigenanteilen führen, die dann steigende Zahlen an Sozialhilfeempfängern unter den Pflegebedürftigen nach sich ziehen werden.

Zweitens ist es durch die aktuelle Ausgestaltung der Pflegeversicherung mit absolut begrenzten Leistungshöhen systematisch nicht möglich, das doppelte Risiko der unbekanntenen Eigenanteilshöhen und der unbekanntenen Zahlungsdauern abzusichern. Dem kann entgegengetreten werden durch eine Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen (Abschnitt 3.1) und eine – hier im Mittelpunkt der Betrachtung stehende – Umkehrung des Verhältnisses von Pflegeversicherungsleistungen und Eigenanteilen („Sockel-Spitze-Tausch“)(Abschnitt 3.2).

### 3.1 Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege

Obwohl medizinische Behandlungspflege systematisch dem Bereich „cure“ und nicht dem Bereich „care“ zuzurechnen ist (Hoberg et al. 2013), werden entsprechende Leistungen derzeit nur dann als

häusliche Krankenpflege von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert, wenn der Pflegebedürftige in der eigenen Häuslichkeit wohnt. Lebt er in einem Pflegeheim, geht dieser Anspruch verloren und die entsprechenden Leistungen sind als „medizinische Behandlungspflege“ Teil der von der Pflegeversicherung gewährten pauschalen Leistungsbeträge gemäß § 43 SGB XI. Diese im 1. SGB XI-Änderungsgesetz vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) getroffene Regelung war zunächst bis 1999 befristet und mit einem ausdrücklichen Prüfauftrag versehen. Im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626), im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 14.12.2001 (BGBl. I S. 3728) und im Verwaltungsvereinfachungsgesetz vom 21.3.2005 (BGBl. I S. 818) wurde sie jeweils – mit Prüfauftrag – verlängert, ehe sie im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.3.2007 (BGBl. I S. 378) ohne materielle Prüfung für dauerhaft erklärt wurde. Da die Pflegesätze inzwischen aber regelmäßig, derzeit im Durchschnitt um rund 600 Euro (vgl. Tabelle 2), über den Leistungsbeträgen der Pflegeversicherung liegen, müssen die Pflegebedürftigen im Heim im Ergebnis *selbst* für die medizinische Behandlungspflege aufkommen und verlieren bei der Übersiedlung in ein Pflegeheim ihren ansonsten bestehenden Leistungsanspruch gegenüber der GKV. Eine Verlagerung der Finanzierungskompetenz für die medizinische Behandlungspflege in die GKV würde nicht nur eine Aufhebung der Sektorengrenzen erleichtern, sondern auch die Ungleichbehandlung

der Pflegebedürftigen je nach Ort ihres Wohnens beenden und den Eigenanteil substantiell reduzieren, wenn die Pflegesätze entsprechend um die durchschnittlichen Einnahmen aus der medizinischen Behandlungspflege gekürzt werden. Gemäß älteren Berechnungen (Rothgang & Müller 2013) könnten die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile damit um monatlich mehr als 200 Euro gekürzt werden und somit die stationär versorgten Pflegebedürftigen um eben diesen Betrag entlastet werden.

### 3.2 Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Vollversicherung mit fixem Eigenanteil („Sockel-Spitze-Tausch“)

In der aktuellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung müssen im ambulanten und stationären Sektor alle Kosten oberhalb der gesetzlichen Leistungssätze durch den Pflegebedürftigen als 100%iger Eigenanteil privat aufgewendet bzw. subsidiär durch die Sozialhilfeträger übernommen werden. Daraus folgt ein *doppeltes Kostenrisiko* für die Pflegebedürftigen: Sowohl die Höhe der periodischen Eigenanteile als auch die Länge der Zeit, in der diese Eigenanteil zu erbringen sind, ist unbekannt. Durch die Kombination der unbegrenzten monatlichen Eigenanteile und der unbekannteren Überlebensdauer der Pflegebedürftigen resultiert ein absolutes finanzielles Risiko in unbekannter, „zweidimensionaler“ Höhe. Wegen der unbekannteren Dauer kann nicht durch Sparen vorgesorgt werden, aber auch eine Zusatzversicherung ermöglicht keine Lebensstandardsiche-

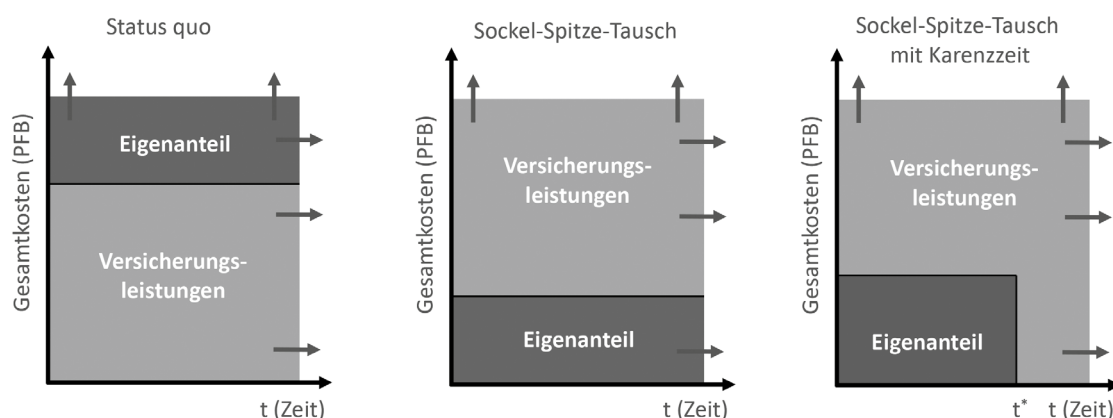
rung, da zum Zeitpunkt des Abschlusses einer Zusatzversicherung unklar ist, wie groß der Eigenanteil sein wird, wenn der Pflegefall – typischerweise ein halbes Jahrhundert nach Abschluss der Versicherung – eintritt. Damit ist Lebensstandardsicherung in Bezug auf das Pflegerisiko heute nicht möglich.

Vorgeschlagen wird daher eine alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung, die die *beiden Dimensionen* des Kostenrisikos, durch einen Sockel-Spitze-Tausch mit Karenzzeit eliminiert oder eliminierbar macht (Abbildung 1). Ein solcher Tausch kann auf den stationären Sektor begrenzt werden, wird im nachstehenden Ausgestaltungsvorschlag aber auf alle formellen Pflegeleistungen bezogen, um das Ziel einer Aufhebung der Sektorentrennung so nicht zu beschädigen.

Hierzu wird erstens ein fester monatlicher Sockelbetrag für alle Pflegebedürftigen benötigt, der zweitens nur zeitlich begrenzt zu zahlen ist. Die Höhe des Sockelbetrags und die Dauer, in der dieser längstens zu zahlen ist, sind Gegenstand politischer Festlegungen.

Weiterhin wird das Verhältnis von Versicherungsleistung und Eigenfinanzierung umgekehrt: Anstelle der bisherigen Zahlung eines pauschalierten, nicht bedarfsdeckenden Zuschusses mit einer Selbstbeteiligung von 100% für darüber hinaus gehender Kosten, wird nun von allen Pflegebedürftigen, die formelle Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, ein einheitlicher Sockelbetrag gezahlt, während darüber hinausgehende Kosten – bis zu einer individuell zugewiesenen Leistungsmenge – von der Pflegekasse

Abbildung 1: Schematische Darstellung des „Sockel-Spitze-Tauschs“ bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Vollversicherung mit festem Eigenanteil



Quelle: Eigene Darstellung

übernommen werden. Der Sockelbetrag wird zudem zeitlich begrenzt, so dass ein absoluter Höchstbetrag definiert ist, der im Falle einer Pflegebedürftigkeit maximal privat aufzubringen ist. Dieser kann angespart, privat versichert oder in die Sozialversicherung integriert werden, so dass erstmals das individuelle finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit vollständig abgesichert wird.

Der *Sockelbetrag* kann auf Null festgesetzt werden – dann mutiert das Modell zu einer Vollversicherung der Pflegekosten. Er kann – um das entgegengesetzte Ende des Kontinuums zu bezeichnen – so festgesetzt werden, dass die Umstellung für die Pflegeversicherung zum Umstellungszeitraum ausgabenneutral ist. Oder es kann jeder beliebige Punkt zwischen diesen beiden Endpunkten gewählt werden.

Für eine *gesamtkostenneutrale Umsetzung* werden dabei die nach dem Zeitpunkt  $t^*$  entstehenden individuellen Pflegekosten auf das Kollektiv der Leistungsnehmer und auf den Zeitraum 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.

In einer Modellrechnung wurden in Bezug auf das Jahr 2017 für jeden Pflegebedürftigen die über die Gesamtzeit seiner Pflegebedürftigkeit entstehenden privaten Zahlungen für formelle Pflegeleistungen im ambulanten und stationären Bereich zu Grunde gelegt. Hierbei sind die Beträge für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten für Pflegeheime *nicht* enthalten. Bei einer Festlegung der Karenzzeit auf  $t^* = 4$  Jahren ergibt sich gemäß dieser Modellrechnung ein monatlich aufzubringender Sockelbetrag von rund 388 Euro, bei einer Laufzeit von  $t^* = 3$  Jahren einer von rund 470 Euro. Danach erfolgt eine volle Kostenübernahme durch die Pflegeversicherung. Das Produkt aus maximaler Laufzeit  $t^*$  und monatlichem Sockelbetrag ist dabei deutlich höher als der der Berechnung zugrunde liegenden Gesamtwert von 13.500 Euro als durchschnittlicher Eigenanteil im Lebenszyklus. 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 Euro kann aber gut privat versichert werden. Ebenso möglich wäre eine – ganze oder teilweise – Integration in die Soziale Pflegeversicherung

und die private Pflegepflichtversicherung. Im Falle einer Vollversicherung wäre zur Gegenfinanzierung ein Beitragssatzanstieg von rund 0,7 Beitragssatzpunkten notwendig. Die Werte für den Sockelbetrag verringern sich, wenn die Kosten der medizinischen Behandlungspflege vor dem Sockel-Spitze-Tausch umfinanziert werden auf rund 290 Euro (bei  $t^* = 4$  Jahre) bzw. 350 Euro (bei  $t^* = 3$  Jahre).

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.

Allerdings erzeugt die Individualisierung der Leistungshöhen bei festem Eigenanteilssockel einen Anreiz zur Erhöhung der Pflegekosten, da das Eigeninteresse der Pflegebedürftigen und ihrer Familien, die Ausgaben zu begrenzen, entfällt. Dieser von Ökonomen als „*moral hazard*“ bezeichnete Anreiz, die Ausgaben auch über das wohlfahrtsoptimale Niveau hinaus auszudehnen, bezieht sich grundsätzlich sowohl auf die Mengen- als auch auf die Preiskomponente. Die Begrenzung der *Preise* kann dabei durch die weiterhin stattfindenden Preisverhandlungen der Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung realisiert werden, deren Individualinteressen sich jedoch verschieben. 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 – je nach Beibehaltung oder Aufhebung der sektoralen Fragmentierung – unterschiedliche Ausprägungen des moral hazard. Unter Perpetuierung der Sektorentrennung entsteht im stationären Bereich kein 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 in Relation

zum Niveau der stationären Leistungshöhen begrenzt werden. Diese Deckelung führt dann dazu, dass die ambulante Mengenkomponekte begrenzt wird. 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 präferenzgeleitete Auswahl des Pflegesettings weiterhin eingeschränkt. Diese Limitierung könnte aufgehoben werden, wenn entsprechend der Vorschläge von Rothgang & Kalwitzki (2017) auch eine vollständige Defragmentierung der Sektoren erfolgt. In diesem Fall weitet sich die beschriebene moral hazard-Problematik aber auf alle Pflegebedürftigen aus. Notwendig ist daher spätestens dann die Einführung individualbezogener Leistungszuordnungen im Rahmen eines verbindlichen Case Managements, bei dem die notwendigen Pflegeleistungen bestimmt werden.

Dennoch wird auch schon ohne den letztgenannten Schritt durch die Alternative Ausgestaltung der Finanzierungsregelungen 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.

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 Umstellung der Finanzierung auf einen einheitlichen Sockelbetrag weitgehend kostenneutral durchgeführt werden kann. Dies gilt aber nur zum Umstellungszeitpunkt, da in der Folge womöglich auftretende Kostensteigerungen – anders als derzeit – dann vollständig von der Pflegeversicherung finanziert werden.

#### 4. Fazit

Die Pflegebedürftigen in Einrichtungen der stationären Altenpflege wendeten für ihren Pflegeplatz bereits im Jahr 2017 monatlich rund 600 Euro als Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil zur Finan-

zierung der pflegebedingten Kosten auf. Dieser Betrag entsteht aus der Differenz der einrichtungsspezifischen Pflegesätze und der Leistungssätze des § 43 SGB XI. Alle Steigerungen der Pflegesätze, seien sie durch Lohnsteigerungen, Anhebungen der Personalmenge oder ein allgemein steigendes Preisniveau bedingt, führen demnach bei gleichbleibenden Leistungssätzen direkt zu höheren Eigenanteilen der Pflegebedürftigen. Auch in Folge des PSG II ist der mittlere Eigenanteil 2017 nur unmerklich gesunken und liegt inzwischen wieder höher als jemals zuvor. Ohne strukturelle Reform wird er in Zukunft weiter steigen, insbesondere wenn – wie im Koalitionsvertrag angekündigt – Löhne und Gehälter steigen und die Personalausstattung der Einrichtungen verbessert wird.

Das widerspricht aber sowohl der konkreten als auch der abstrakten Zielsetzung der Pflegeversicherung: Konkret war die Höhe der Pflegeversicherungsleistungen bei ihrer Einführung ausreichend, die durchschnittlichen Pflegevergütungen voll zu finanzieren und somit den Sozialhilfebezug zu vermeiden.

Heute existiert dagegen die aufgezeigte substanzielle Finanzierungslücke. Damit kann auch das abstrakte Ziel, nämlich den Pflegebedürftigen durch eine eigene Sozialversicherung vor den Folgen des Lebensrisikos der Pflegebedürftigkeit zu schützen, nicht erreicht werden.

Gleichzeitig wird deutlich, dass die reine Anpassung der Leistungssätze allein nicht zielführend ist, sondern nur eine nachholende und in der Vergangenheit immer unzureichende Kompensation bereits erfolgter Preissteigerungen darstellt. Um die Funktion der Pflegeversicherung als Sozialversicherung zu stärken und nachhaltig zu gewährleisten, ist es vielmehr erforderlich, eine grundlegende *strukturelle Veränderung* umzusetzen und die Pflegeversicherung durch einen „Sockel-Spitze-Tausch“ in eine Vollversicherung mit fixem Eigenanteil umzuwandeln. Dadurch wird das doppelte Kostenrisiko der Höhe der periodischen Eigenanteile und der Dauer der Eigenanteilszahlung eliminiert oder eliminierbar gemacht. Gemäß dieser Reformüberlegung müsste jeder Pflegebedürftige, der formelle Pflegeleistungen in

Anspruch nimmt, zwar einen pauschalen monatlichen Sockelbetrag entrichten, alle darüber hinaus gehenden pflegebedingten Kosten – im ambulanten und stationären Bereich – würden dann aber von der Pflegeversicherung übernommen werden. Wird der Sockelbetrag auf null gesetzt, resultiert eine Vollversicherung. Ebenso denkbar ist es aber, den Sockel so zu fixieren, dass die Reform zum Umstellungszeitpunkt für die Pflegeversicherung ausgabenneutral ist. Schließlich kann der Sockel auch auf jeden Wert zwischen der Ausgabenneutralität und der Vollversicherung festgelegt werden.

Um Lebensstandardsicherung dauerhaft 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. ■

## Literatur

### **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.

**Bader, Siegfried (1994):** Soziale Pflegeversicherung: Das Verhältnis zu anderen Leistungen, in: Bundesarbeitsblatt 45. Jg., Heft 8/9: 35–36.

**Bader, Siegfried (1994):** Soziale Pflegeversicherung: Das Verhältnis zu anderen Leistungen, in: Bundesarbeitsblatt 45. Jg., Heft 8/9: 35–36.

**Esping-Andersen, Gösta (1990):** The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge: Polity Press.

**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.

**Hoberg, Rolf / Klie, Thomas / Künzel, Gerd (2013):** Strukturreform Pflege und Teilhabe. Politikentwurf für eine nachhaltige Sicherung von PFLEGE und TEILHABE. Freiburg: agp.

**KDA [Kuratorium Deutsche Altershilfe] (1974)** Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. Köln: KDA.

**Pabst, Stefan / Rothgang, Heinz (2000):** Die Einführung der Pflegeversicherung, in: Leibfried, Stephan / Wagschal, Uwe (Hg.): Bilanzen, Reformen und Perspektiven des deutschen Sozialstaats. Frankfurt: Campus: 340-377.

**PflegeVG-E [Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflege-**

**bedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG), Bundestags-Drucksache 12/5262.**

**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.

**Roth, Günter / Rothgang, Heinz (2001):** Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Vol. 34, Heft 4: 292-305.

**Rothgang, Heinz (1997):** Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Bd 7. Frankfurt: Campus.

**Rothgang, Heinz (2015a):** Pflege aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht: Die Pflegeversicherung als Erfolgsmodell mit Schönheitsfehlern. In: Masuch, Peter / Spellbrink, Wolfgang / Bedcker, Ulrich / Leibfried, Stephan (Hrsg.): Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Denkschrift 60 Jahre Bundessozialgericht. Band 2: Richterliche Wissensgewinnung und Wissenschaft: BSG – Entscheidungsfindung und die Sozialstaatsforschung. Berlin: Erich Schmidt Verlag: 139-170.

**Rothgang, Heinz (2015b):** „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ – fundamentale Fehlentscheidung oder zukunftssträchtiges Modell? In: Sozialer Fortschritt, Heft 1-2: 8-14.

**Rothgang, Heinz / Jacobs, Klaus (2013):** Solidarität und Wettbewerb in einem

einheitlichen Krankenversicherungssystem. In: Public Health Forum, Vol. 21, Issue 4: 2-3.

**Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas (2015):** Pflegestärkungsgesetz II – eine erstaunlich großzügige Reform. In: Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, 69. Jg., Heft 5: 48-56. DOI: 10.5771/1611-5821-2015-5.

**Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas (2017):** Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform. URL: [https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/user\\_upload/Gutachten\\_Rothgang\\_Kalwitzki\\_-\\_Alternative\\_Ausgestaltung\\_der\\_Pflegeversicherung.pdf](https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/user_upload/Gutachten_Rothgang_Kalwitzki_-_Alternative_Ausgestaltung_der_Pflegeversicherung.pdf).

**Rothgang, Heinz / Müller, Rolf (2013):** Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung – Ökonomische Expertise. URL: [http://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket\\_Oekonomische\\_Expertise\\_Rothgang.pdf](http://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Oekonomische_Expertise_Rothgang.pdf).

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

**Statistisches Bundesamt (2002):** 3. Kurzbericht: Pflegestatistik 1999 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich: Pflegeheime. Bonn: Statistisches Bundesamt