

# Reform zwischen Finanzen und Fachlichkeit

■ Roland Schmidt

*Im Mittelpunkt der Verhandlungen der großen Koalition zur Reform der Pflegeversicherung standen Finanzierungsfragen und eine behutsame Dynamisierung der seit eineinhalb Jahrzehnten unveränderten Leistungen. Angesichts der demografischen Entwicklung des gesellschaftlichen Wandels sind aus wissenschaftlicher Sicht mittelfristig weitere strukturelle Reformen notwendig.*

## 1.

In der Reform der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) sind sich widersprechende Perspektiven zu verschränken: die Sicherung der sozialen Pflegeversicherung durch eine veränderte Finanzierung, effizientere Formen der Versorgungssteuerung und die fachlich angezeigte und vielfach geforderte Weiterentwicklung des Leistungsrechts. Sichtet man die Empfehlungen hierzu, so fällt auf, dass diese drei Perspektiven selten zusammenhängend erörtert werden.

- Dimension Finanzierung: Volkswirtschaftliche und sozialpolitikwissenschaftliche Analysen konzentrieren sich vornehmlich auf die Neugestaltung der Einnahmenseite. Es geht zentral um die Kontroverse zwischen umlagefinanzierter Sozialversicherung versus Kapitaldeckungsverfahren. Neben Positionen, die die reine Lehre repräsentieren, existieren Plädoyers für eine Mischung beider Elemente. Dass eine Kombination möglich ist und vielleicht den gangbarsten Weg darstellt, zeigte bereits die Rentenreform. Diese Diskussionslinie berührt aber Fragen der besseren Effizienz der Versorgung selten. Die Ausgabenseite im Sinne von Leistungsausweitungen wird in diesem Zusammenhang nicht erörtert oder als kaum realisierbar verworfen. Es fließen aber Überlegungen ein, durch Anpassungen der Leistungshöhe in Pflegestufe I und II die vermehrte Inanspruchnahme teurer stationärer Pflege zu dämpfen oder aber die Pflegestufe I in Gänze zu streichen.
- Dimension Versorgungssteuerung: Im Spektrum der Gesundheitssystemforschung und Epidemiologie wird eine Fokussierung allein auf die Neugestaltung der Einnahmen als unzureichend kritisiert. Eine nachhaltige Finanzierung des SGB XI impliziert aus dieser Perspektive zum einen eine verbesserte Versorgungssteuerung, mittels der die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit beeinflusst und möglicherweise eine Kompression der



Prof. Dr. Roland Schmidt lehrt Gerontologie und Versorgungsstrukturen an der Fachhochschule Erfurt. Zuvor war er wissenschaftlicher Mitarbeiter im Deutschen Zentrum für Altersfragen. Er ist Mitglied im der Bundeskonferenz Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen und Kurator im Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS) in Frankfurt am Main.  
E-Mail r.schmidt@fh-erfurt.de

durchschnittlichen Lebensspanne mit Beeinträchtigungen erreicht werden soll. Zum anderen geht es um die Weiterentwicklung des Wettbewerbs im SGB XI. Die Pflegekassen handeln hier gemeinsam und einheitlich. Ein Finanzausgleich sichert die Existenz ab – ohne Erfordernis, eine höhere Effizienz der Versorgung anzustreben. Empfohlen wird ein Pflegekassenwettbewerb, gestützt durch die Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs analog zum SGB V, um mehr Effizienz in der pflegerischen Versorgung zu motivieren und Anreize für Pflegekassen zu setzen, sich aktiv um die Rationalisierung der Versorgungsstrukturen zu bemühen. Eine alleinige Neuordnung der Einnahmenseite, so die Überlegung, ist noch nicht zielführend.

- Dimension Leistungsausweitungen: Reformdiskurse im Kreise der unmittelbaren Akteure (Pflegekassen, Leistungserbringer, Professionen) gewichten bei den Finanzierungsfragen die Einnahmen weniger prominent oder ziehen sich auf die Position zurück, es müsse mehr Geld ins System durch Einbezug beispielsweise weiterer Einkommensarten, durch Beitragssatz erhöhung oder durch Rückgriff auf die Rücklagen der privaten Pflegeversicherung. Letztere weist derzeit rund 16,5 Milliarden Euro bei 9,1 Millionen Versicherten aus und rangiert damit deutlich über der gesetzlichen mit rund 3,5 Milliarden Euro Rücklagen bei 70,3 Millionen Versicherten. Seltener werden Fragen der systemübergreifenden Versorgung oder Wettbewerbskonzeptionen in diesem Zusammenhang erörtert. Auch Leistungserbrerverbände akzeptieren offensichtlich

klaglos, dass es sich im Falle der Pflegekassen faktisch um »Filialen einer Einheitskasse« handelt mit der Folge von Machtasymmetrie in der Verhandlungssituation. Zentral sind Argumente, die das Erfordernis von Leistungsausweitungen herausstellen, u. a. eine überfällige Leistungsdynamisierung und die bis Ende 2008 hinausgeschobene Empfehlung zur Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Gerade letztere wird pflegefachlich mit hoher Aufmerksamkeit begleitet, wobei abzuwarten bleibt, ob im Falle eines (analog zur International Classification of Functioning, Disability and Health ICF der Weltgesundheitsorganisation WHO) Teilhabe einbeziehenden Verständnisses von Pflegebedürftigkeit die bisherige »Identität« von Pflegebedürftigkeitsbegriff und sozialversicherungsrechtlicher Pflegebedarfsanerkennung erhalten bleibt. Dies muss, darauf hat Gerhard Igl (2007) hingewiesen, nicht zwingend der Fall sein.

Eine tief greifende Reform der sozialen Pflegeversicherung wird nicht umhin kommen alle drei Dimensionen – in welcher Konkretion auch immer – zu verschränken. Eine Konzentration allein auf nur eine der genannten Dimensionen wird der Komplexität der Aufgabe nicht gerecht.

## 2.

Den Anstoß zur Reform gab das Auseinanderdriften von Einnahmen und Ausgaben. Die jüngste positive Finanzentwicklung im letzten Jahr mit einem Plus in Höhe von 450 Millionen Euro (statt dem Vorjahresminus in Höhe von 370 Millionen Euro) ändert daran nichts, da sie vornehmlich durch einen Einmaleffekt (Vorziehen der Fälligkeit der Gesamtsozialversicherungsbeiträge) erreicht wurde.

Die Pflegestatistik und die Berichte zur Finanzentwicklung der Pflegeversicherung zeigen, dass der allmählich vonstatten gehende Anstieg der Zahl der Leistungsbezieher gekoppelt ist an eine parallel einsetzende Verschie-

## »Die Pflegekassen agieren gegenüber den Leistungserbringern faktisch als Filialen einer Einheitskasse«

bung des Leistungsbezugs hin zu »teureren« Leistungsarten: von der Geldleistung hin zur Sachleistung in der häuslichen Pflege, von der häuslichen in die vollstationäre Pflege. Zugleich tangieren bis vor kurzem der Rückgang sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse und die Absenkung der Sozialversicherungsbeiträge bei Arbeitslosigkeit die laufenden Einnahmen (vgl. Grafik Seite 19).

Beide Dynamiken bewirken das Abschmelzen der Rücklagen in diesem Sozialversicherungszweig im Zeitraum

## Reform der Pflegeversicherung: Was aus wissenschaftlicher Sicht notwendig wäre

1. Die Überregulierungen in der Pflege müssen aufgelöst werden.
2. Es müssen flexible Versorgungsstrukturen entwickelt werden, die den angeblichen Gegensatz von »ambulant versus stationär« überwinden.
3. Der Wettbewerb der Pflegekassen muss zur Erhöhung deren Effizienz gefördert werden.
4. Die uniforme Leistungslandschaft in der Pflege muss differenzierter werden, insbesondere was Leistungs- und Preisstrukturen anbelangt.
5. Die Leistungen in den Pflegestufen I und II sollten angeglichen werden – unabhängig vom Versorgungssetting »ambulant« oder »stationär«.
6. Die Potenziale der Rehabilitation müssen besser ausgeschöpft werden.
7. Ein Disease Management Programm »Demenz« sollte eine pharmakologische Therapie auf evidenzbasierter Grundlage auch bei Begleitung und Langzeitversorgung im demenzgerechten Milieu ermöglichen.

Roland Schmidt

von 2001 bis 2005. Trotz Kinderberücksichtigungsgesetz wurde im Bundesgesundheitsministerium hochgerechnet, dass bis 2008 die Rücklagen aufgebraucht sind. Die Pflegeversicherung steht also kurz vor dem Sanierungsfall, daran ändert auch die verbesserte Konjunkturlage nichts substantiell.

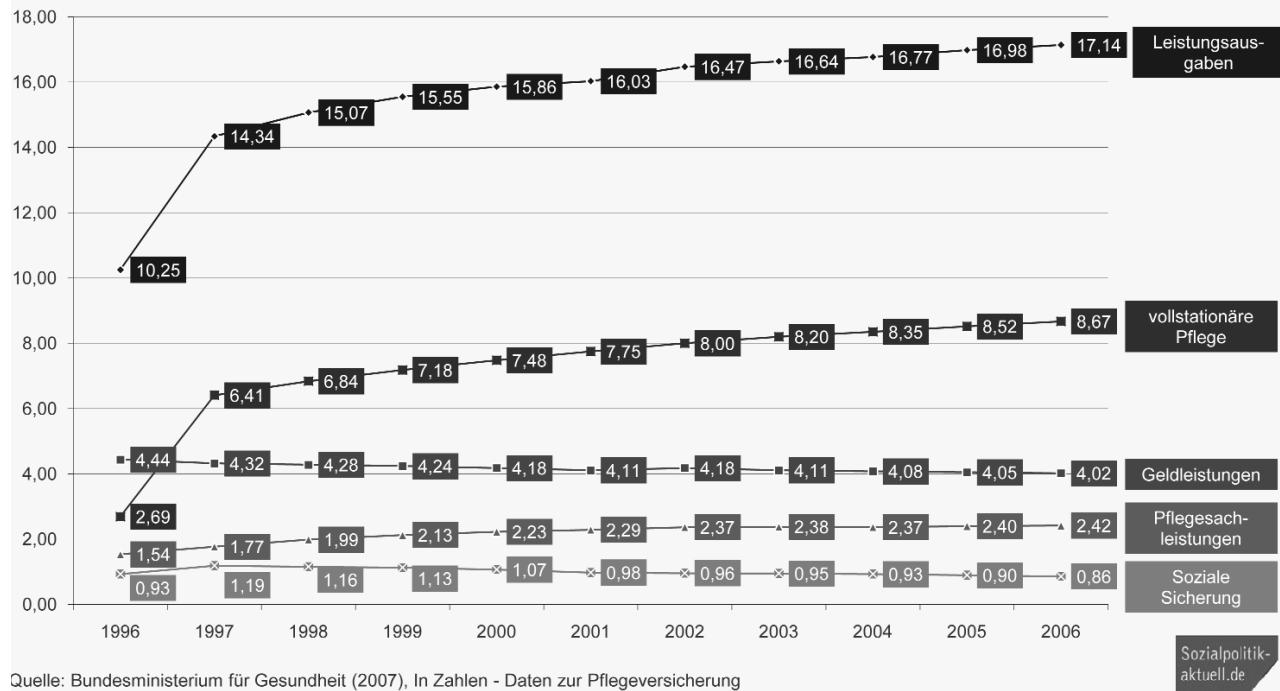
## 3.

Eine Reform des SGB XI muss Nachhaltigkeit und damit Generationengerechtigkeit stärken. Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit entwickelt sich nach dem 80. Lebensjahr exponentiell. Beginnend ab 2030 erreichen zudem die geburtenstarken Jahrgänge der Nachkriegszeit (1950er bis 1960er Jahre) das vierte Alter. Im Jahre 2030 wird die Zahl der Pflegebedürftigen, so prognostiziert es das Statistische Bundesamt, die 3-Millionen-Marke überschreiten. Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung werden dann vermutlich steil ansteigen – bei weiterhin zunehmenden Anteilen Kinderloser, die über weniger private soziale Unterstützung – als Voraussetzung des »billigeren« Pflegegeldbezugs – verfügen können.

Eine Reform des SGB XI kann also nicht allein reagieren auf die aktuellen Zwänge sozialwirtschaftlicher Un-

## ■ Ausgabenentwicklung in der Pflegeversicherung 1996 - 2006

Nach Leistungsarten, in Mrd. Euro



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2007). In Zahlen - Daten zur Pflegeversicherung

Die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung betrugen im letzten Jahr 17,1 Milliarden Euro. Gut die Hälfte davon wurde für die vollstationäre Pflege ausgegeben (50,6%). Das Pflegegeld schlägt mit 23,5 Prozent, die Pflegesachleistungen mit 14,1 Prozent der Ausgaben zu Buche. Im Zeitraum von zehn Jahren sind die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung um 6,9 Milliarden Euro (67,2%) gestiegen. Die Ausgabensteigerung ist vor allem der vollstationären Pflege geschuldet, die Kosten für die Pflegesachleistungen stiegen moderater, für das Pflegegeld und die soziale Sicherung nahmen sie sogar ab. Der Anteil der vollstationär gepflegten Leistungsempfänger umfasste 2005 etwa ein Drittel. Der höhere Anteil an den Kosten erklärt sich erstens durch den hohen Anteil an Schwer- (Pflegestufe II) und Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe III), da die Höhe der Leistungspauschalen vor allem vom Grad der Pflegebedürftigkeit, also der Pflegestufe, abhängig ist. Zweitens sind die Pauschalen für die vollstationäre Pflege gegenüber ambulanten Pflegeformen in den Pflegestufen I und II höher. Eine Betrachtung der Entwicklung der Ausgaben gegenüber den Einnahmen zeigt im Zeitraum von 1999 bis 2005 einen Ausgabenüberschuss, der zum Abschmelzen der Rücklagen der Pflegeversicherung geführt hat. Ursächlich hierfür war jedoch nicht der Zuwachs der Ausgaben, sondern das Zurückbleiben der beitragsbezogenen Einnahmen in Folge der Arbeitslosigkeit, des Rückgangs versicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse und der schwachen Lohnentwicklung der vergangenen Jahre. Beginnend ab 2006 scheint sich der Trend infolge der günstigen Entwicklung in der Wirtschaft und auf dem Arbeitsmarkt umzukehren: Es kommt zu einem Einnahmenüberschuss und die Reserven wachsen wieder an, sie liegen 2006 bei 3,5 Milliarden Euro, das entspricht 2,3 Monatsausgaben der Kassen.

Quelle: »Sozialpolitik-aktuell«, Institut für Soziologie der Universität Duisburg-Essen

ternehmen in der Langzeitpflege (z. B. die Unterfinanzierung des ambulanten Sektors) oder auf die Unterversorgung von Teilgruppen der Pflegebedürftigen. Im Auge zu behalten ist gleichfalls das Problem, wie perspektivisch sichergestellt werden kann, dass Personen, die heute um die 40 Jahre alt sind, und die seit Inkrafttreten des SGB XI die aktuellen Pflegejahrgänge finanzieren, diese Solidarität später auch für sich selbst angesichts der demografischen Entwicklung, des Zusammenhang von Mortalität und Morbidität und vor dem Hintergrund des Familienstrukturwandels erwarten können.

## 4.

Einsparungen auf der Ausgabenseite sind in der sozialen Pflegeversicherung nur in Grenzen zu erzielen, es sei denn, man streicht die Pflegestufe I und konzentriert den Versicherungsfall auf schwere und schwerste Pflegebedürftigkeit. Als Folge der Nichtdynamisierung der Versicherungsleistungen über zehn Jahre hinweg, ist die Ergänzungs- und Entlastungsfunktion der Pflegeversicherung bereits auf einem niedrigeren Level angelangt. Der Kauf-

kraftverlust beträgt nach Schätzungen etwa 16 Prozent. Auch weiterhin nicht an die allgemeine Preisentwicklung angepasste Leistungshöhen würden die sozialversicherungsrechtliche Form einer Absicherung des Pflegerisikos aber vor Legitimationsprobleme stellen und deren Fortexistenz in Zweifel ziehen. Eine Reform der Pflegeversicherung wird somit kaum umhin kommen, die Leistungen zu dynamisieren (vgl. Hamdorf/Tallich/Welte, 2007), wie es ja nun auch von der großen Koalition in der Tendenz geplant ist.

Alle pflegefachlichen Empfehlungen mahnen Leistungserweiterungen an. Diese sind unabwendbar, will man den Abbau der Unterversorgung für bestimmte Teigruppen von Menschen mit Pflegebedarf (v. a. an Demenz erkrankte Menschen). Im Falle schwerkranker Pflegeheimbewohner und bei Sterbenden wurden im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-SWG) mit den Regelungen zur Behandlungspflege bei besonders hohem Bedarf (§ 37 Abs. 2 SGB V) und zur ambulanten Palliativversorgung (§ 37 b SGB V) bereits fachliche und Systemgrenzen überbrückende erste Impulse gesetzt. Wie weit Spielräume nach der Sanierung der Pflegeversicherung und nach Einbezug einer Dynamisierungsvorschrift zu weiteren Leistungsausweitungen im SGB XI-Bereich noch gezogen sind, bleibt abzuwarten: Im Endeffekt, so Martin Pfaff und Heinz Stafp-Finé (2005, S. 113), sei ein Kompromiss gefordert zwischen den Zielen der Leistungsverbesserung auf der einen (die vom Bedarf des Pflegebedürftigen ableitbar sind) und den notwendigen Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzentwicklung auf der anderen Seite.

## 5.

Will man die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit beeinflussen, wird man Rationalisierungsprozesse einleiten und die Systemgrenzen von SGB V und SGB XI durchlässiger gestalten müssen. Dies war vor fünf Jahren die Empfehlung der Enquête-Kommission Demografischer Wandel, der der Autor angehörte. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) geht in seinem Gutachten aus dem Jahre 2005 einen Schritt weiter und empfiehlt die Integration von SGB V und SGB XI. Diese wird sowohl durch das Bundesgesundheitsministerium als auch durch die Pflegekassen strikt abgelehnt.

Zentrale Elemente der hier geforderten Versorgungssteuerung sind: die Förderung der Effizienz durch Wettbewerb der Pflegekassen, die Transformation der uniformen Leistungslandschaft in differenzierte Leistungs- und Preisstrukturen, die Angleichung der Leistungen in Pflegestufe I und II unabhängig vom Versorgungssetting »ambulant« oder »stationär«, die Entwicklung nutzerorientierter Qualitätskriterien, das Ausschöpfen von Reha-Potenzialen sowie das Auflegen eines Disease Management Programms »Demenz«, das eine pharmakologische Therapie auf evidenzbasierter Grundlage auch bei Begleitung und Langzeitversorgung im demenzgerechten Milieu ermöglicht. Mit Blick auf diese zentrale Bedarfsgruppe ist eine allein pflegerische oder assistierende Intervention fachlich nicht hinreichend.

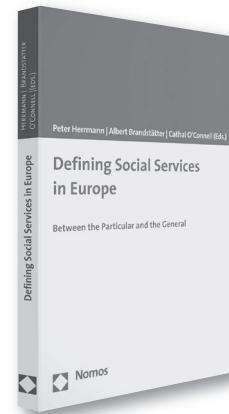
## 6.

Bewertet man auf dieser Folie den Kompromiss zur Reform der Pflegeversicherung vom Juni 2007 so muss die Ausklammerung der strittigen Finanzierungsfrage angesichts moderater Leistungsausweitungen unter Nachhaltigkeitsgesichtspunkten irritieren. Einzelne Impulse zur Stärkung der häuslichen Pflege ebnen zwar die Differenz zwischen ambulanter und stationärer Versorgung mit ihren Fehlanreizen nicht ein, eröffnen aber auf örtlicher Ebene nun begrenzte Spielräume zur Entwicklung neuer Dienstleistungen – neben dem geschlossenen Leistungskatalog im Kern des SGB XI. Neben die Standardisierung durch Wettbewerb wird nun ein begrenzter Impuls zur Innovation gesetzt. Bereits die Gesundheitsreform zielte ab auf die Lösung von Schnittstellenproblemen zwischen beiden Systemen (Rationalisierung der Versorgung). Diese Linie wird konsequent und präzise fortgesetzt. ◆

## Literatur

Hamdorf, S.; Tallich, V., Welti, F. (2007): Experten fordern Dynamisierung bei Leistungen und eine erweiterte Definition von Pflegebedürftigkeit. In: Soziale Sicherheit, Jg. 56, S. 58–61.  
Igl, G. (2007). Pflege, Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit im rechtlichen Verständnis. In: Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen i.E. (Ms.).  
Pfaff, M.; Stafp-Finé, H. (2005). Kernfragen zur Reform der Pflegeversicherung. In: Soziale Sicherheit, Jg. 54, S. 110–113.

## Soziale Dienste in Europa



### Defining Social Services in Europe

Between the Particular and the General

Herausgegeben von Dr. Peter Herrmann, European Social, Organisational and Science Consultancy, Albert Brandstätter und Dr. Cathal O'Connell, University College Cork, Ireland  
2007, 276 S., brosch., 44,- €,  
ISBN 978-3-8329-2883-4



**Nomos**