

Ordnungspolitische Weiterentwicklung durch mehr Wettbewerb in der Pflegeversicherung?

HEINZ ROTHGANG

Prof. Dr. Heinz Rothgang
ist Leiter der Abteilung
Gesundheit, Pflege,
Alterssicherung im SOCIUM –
Forschungszentrum
Ungleichheit und Sozialpolitik
der Universität Bremen

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird ein Geburtsfehler der Pflegeversicherung korrigiert: die zu enge Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die insbesondere Menschen mit Demenz im Vergleich zu rein somatisch Beeinträchtigten benachteiligt hat. Auch wenn dies eine große Reform ist, verbleiben noch weitere Probleme als Gegenstand für Folge Reformen. So führt das Nebeneinander von (kassen)wettbewerblicher Krankenversicherung und einer als Einheitsversicherung ausgestalteten Pflegeversicherung dazu, dass zu wenig rehabilitative Leistungen bei Pflegebedürftigkeit gewährt werden. Zudem haben die Kassen Anreize, stationäre Pflege zu fördern. Die Einführung von Kassenwettbewerb auch in der Pflegeversicherung würde diese Fehlanreize beseitigen, ist aber sehr voraussetzungs voll. Daher ist die Verschiebung von Finanzierungs kompetenzen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung wahrscheinlich die pragmatischere Lösung dieser Probleme.

Mit Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) zum 1.1.2017 wird die größte Reform seit Einführung der Pflegeversicherung zum Abschluss gebracht (vgl. Rothgang/Kalwitzki 2015). Damit sind enorme Hoffnungen verbunden, die aber nur zum Teil gerechtfertigt sind. Tatsächlich korrigiert die Reform einen Geburtsfehler der Pflegeversicherung abschließend, nämlich den zu engen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der dafür gesorgt hat, dass Menschen mit Demenz im Vergleich zu somatisch beeinträchtigten Versicherten zu wenig Pflegeversicherungsleistungen erhalten haben. In Zukunft werden somatische und kognitive Einschränkungen gleichermaßen bei der

Begutachtung von Pflegebedürftigkeit berücksichtigt, so dass eine gerechtere Verteilung der knappen Mittel der Pflegeversicherung resultiert. Trotz der mit der Reform verbundenen erheblichen Mehrausgaben der Pflegeversicherung, verbessert sich die Personalsituation in Einrichtungen aber zunächst nicht, da die den Pflegeheimen zufließenden Entgelte ebenso unverändert bleiben wie die Vergütungen für ambulante Pflegedienste. Gleichzeitig bleiben weitere Herausforderungen bestehen, die nicht Gegenstand der Reform waren. Hierzu zählen etwa die nachhaltige Sicherstellung der Finanzierung der Pflegeversicherung und von ausreichenden personellen

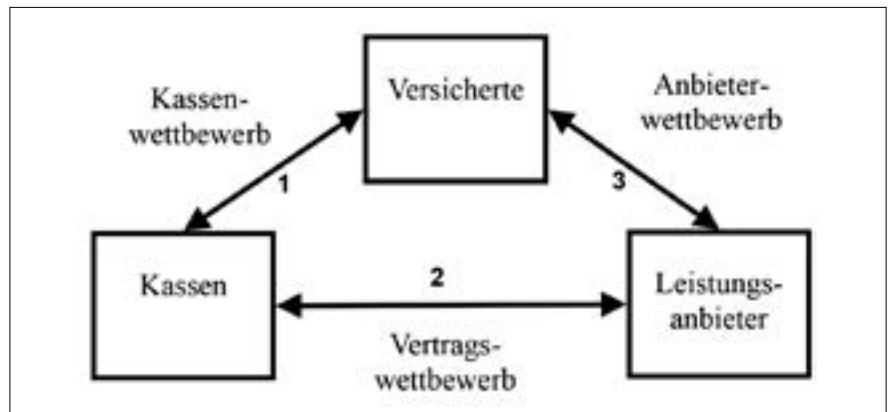
Pflegekapazitäten sowie die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität. Zudem enthält die derzeitige institutionelle Ausgestaltung von Pflege- und Krankenversicherung, insbesondere das Nebeneinander von Kassenwettbewerb in der Krankenversicherung und dem Fehlen von Kassenwettbewerb in der Pflegeversicherung, Fehlanreize, vor allem in Bezug auf den Versorgungsort und die Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit, die von der Reform ebenfalls nicht thematisiert werden. Zu Lösung der letztgenannten Probleme wird u.a. die Einführung von Kassenwettbewerb auch in der Pflegeversicherung gefordert wird (z. B. BDA 2015). Diese Option ist Gegenstand des vorliegenden Aufsatzes. Nachfolgend wird dabei zunächst die derzeitige Rolle von Wettbewerb in Kranken- und Pflegeversicherung vergleichend thematisiert. Anschließend wird gezeigt, welche Fehlanreize davon in Bezug auf Rehabilitation und das Verhältnis von ambulanter und stationärer Pflege resultieren, bevor auf die mögliche Rolle von Wettbewerb in der Pflegeversicherung eingegangen und diskutiert wird, welche Potentiale es für einen Ausbau von Wettbewerb in der Pflegeversicherung gibt und wie dieser ausgestaltet sein müsste.

Die Rolle von Wettbewerb in Kranken- und Pflegeversicherung

Durch die Existenz einer obligatorischen Versicherung wird ein dreiseitiger Markt konstituiert, bei dem Wettbewerb auf verschiedenen Ebenen zum Tragen kommen kann (Abbildung 1).

Bis zum Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 spielte Wettbewerb als eigenständiger Koordinationsmechanismus in der Gesetzlichen Krankenversicherung keine Rolle. Mit dem GSG wurde zunächst im Versicherungsmarkt, also der Relation 1 (Versicherte zu Kassen), Kassenwettbewerb als Mechanismus zur Förderung von Versorgungseffizienz und Gerechtigkeit eingeführt (Rothgang et al. 2010, Kap. 6). Dieser wirkte aber zunächst dysfunktional, weil die Kassen sich darauf konzentrierten, ihre Versichertenstruktur zu optimieren (Höppner et al. 2006). In der Folge kam es daher zu einer Reihe von weiteren Reformschritten, die – insbesondere durch eine Verbesserung des Risikostrukturausgleichs – die Möglichkeiten

Abbildung 1: Dreiecksverhältnis von Versicherten, Kassen und Leistungsanbietern



Quelle: Eigene Darstellung

zur ertragreichen Risikoselektion verringerten und gleichzeitig für Kassen mehr Handlungsmöglichkeiten auf dem Leistungsmarkt – Relation 2 (Kassen und Leistungsanbieter) – geschaffen haben, indem dort ein Vertragswettbewerb installiert wurde, der es den Kassen ermöglicht, kollektivvertragliche durch selektivvertragliche Regelungen zu ergänzen bzw. zu substituieren (Götze et al. 2009).

Obwohl das Pflege-Versicherungs-gesetz erst nach dem GSG verabschiedet wurde, wurde hier ein anderer Weg bestritten und die Pflegeversicherung mit einem einheitlichen Beitragssatz, einheitlichen Leistungen und insbesondere einem vollständigen Ausgabenausgleich de facto als „Einheitsversicherung“ gegründet (Jacobs 1995). Gleichzeitig wurde allen fachlich geeigneten Anbietern, die bestimmten Ansprüchen genügen, ein freier Marktzugang garantiert (§ 72 Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 2 SGB XI), und bei den Zulassungs-, Leistungs- und Preisverträgen wurden ausschließlich kollektivvertragliche Regelungen vorgesehen, so dass es auch in Relation 2 keinen (Vertrags)Wettbewerb gibt. Dennoch ist auch die Erbringung der Langzeitpflege hoch kompetitiv. Der Wettbewerb ist hier aber auf der Ebene 3 angesiedelt (Rothgang 2003). Bei vollstationärer Pflege decken die Ausgaben der Pflegeversicherung weniger als die Hälfte der Gesamtkosten und in der ambulanten Pflege führt jede in Anspruch genommene Dienstleistung zu einem Verlust von ansonsten gewährtem Pflegegeld. Bei Leistungshöhen von Pflegesachleistungen, die etwa doppelt so hoch sind wie das Pflegegeld entspricht auch dies einer

Selbstbeteiligung von 50 %. Bei derartig hohen Selbstbeteiligungen ist ex post moral hazard praktisch ausgeschlossen. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen überlegen vielmehr sehr genau, ob Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden sollen – eine Überinanspruchnahme ist nicht zu erwarten. Stattdessen werden Preise für Pflegeleistungen ebenso wie deren Qualität in das Entscheidungskalkül – auch bei der Auswahl des Anbieters – mit einbezogen. Im Ergebnis kommt es – bei inzwischen ausreichenden Kapazitäten – zu einem intensiven Anbieterwettbewerb, bei dem die Heime und Pflegedienste um Pflegebedürftige konkurrieren.

Bemerkenswert ist dabei, dass ausgerechnet bei Pflegebedürftigen, bei denen die Konsumentensouveränität noch stärker in Frage gestellt werden muss als bei anderen Patienten, die Steuerung der Versorgung in die Hände der Versicherten selbst gelegt wird, während die Kassen deutlich weniger beteiligt sind. Dies ist insofern konsequent, als Kassen aufgrund der gedeckelten Leistungen und des allgemeinen Ausgabenausgleichs in der Pflegeversicherung keine genuinen finanziellen Anreize zur Steuerung des Leistungsgeschehens im Bereich der Langzeitpflege haben. Gerade das Nebeneinander von Kassenwettbewerb in der Krankenversicherung mit einem Risikostrukturausgleich mit einer Einheitskassenkonzeption mit vollständigem Ausgabenausgleich in der Pflegeversicherung führt aber zu erheblichen Fehlanreizen, insbesondere in Bezug auf die *Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit* und die *Wahl zwischen ambulanter und stationärer Pflege*.

Unzureichende Rehabilitation durch Nebeneinander von Kassenwettbewerb und Einheitsversicherung

Versicherte haben einen Rechtsanspruch „gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“, wenn diese „zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit ... geeignet, notwendig und zumutbar sind“ (§ 18 Abs. 1 Satz 3 SGB XI). Dieser Rechtsanspruch ist im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 sogar noch ausgeweitet worden. Bezog er sich vorher auf „Leistungen zur ambulanten Rehabilitation mit Ausnahme von Kuren“, bezieht er sich jetzt auf jegliche Form der „medizinischen Rehabilitation“. „Zuständiger Träger“ ist bei Versicherten im Rentenalter regelmäßig die Krankenkasse, deren Träger in Wettbewerb zueinander stehen. Leistungsausgaben für Rehabilitation belasten daher ebenso wie entsprechende Heilmittelverordnungen mit rehabilitativem Charakter die Kassen und erhöhen – ceteris paribus – ihren notwendigen (Zusatz) Beitragssatz und sind deshalb für Kassen nur attraktiv, wenn sie zu Einsparungen in anderen Leistungsbereichen führen. Aufgrund des vollständigen Ausgabenausgleichs sind Rehabilitationsmaßnahmen, die lediglich zu Einsparungen bei Pflegeversicherungsleis-

Wegen des vollständigen Ausgabenausgleichs sind Rehabilitationsmaßnahmen, die lediglich zu Einsparungen bei Pflegeversicherungsleistungen führen, nicht beitragsatzwirksam.

tungen führen, aber gerade *nicht* beitragsatzwirksam (Rothgang 2009: 160ff.). Für wettbewerblich denkende Kassen „lohnt“ sich eine solche Rehabilitation bei Pflege nicht, die aus der – wettbewerblich organisierten – Krankenkasse finanziert wird, deren Erfolge aber bei der – nicht wettbewerblich organisierten – Pflegeversicherung zu Buche schlagen. Etwaige rehabilitationsbedingte Verringerungen der Pflegestufe mögen zwar zu einer Ausgabenreduktion führen, diese wird aber über den allgemeinen Ausgabenausgleich der

Pflegeversicherung an alle Pflegekassen verteilt, während die Kosten der Rehabilitation nur die jeweilige Krankenkasse belasten und deren Wettbewerbsposition in Relation zu anderen Kassen verschlechtern. Kassen haben damit nicht nur keinen Anreiz Rehabilitation bei Pflege zu fördern, sondern im Gegenteil sogar einen Anreiz, entsprechende Ausgaben für Rehabilitation aktiv zu begrenzen. In Bezug auf ihren ökonomischen Erfolg rational handelnde Kassen werden daher eben keine Anstrengungen unternehmen, um Rehabilitation bei Pflege zu fördern.

Dieses offensichtliche aus dem Nebeneinander zweier unterschiedlicher Steuerungsmechanismen resultierende Problem wurde bereits bei Einführung der Pflegeversicherung thematisiert (Jacobs 1995; Rothgang 1997: 153ff.; IGES et al. 2001) und Ende der letzten Dekade auch vom Gesetzgeber (an)erkannt und im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.5.2008 aufgegriffen und bearbeitet (vgl. Rothgang/Preuss 2009) – allerdings mit untauglichen Maßnahmen: In diesem Gesetz wurden die Krankenkassen verpflichtet, eine „Strafzahlung“ von 3.072 Euro – dies entspricht der Differenz der damaligen Pflegeversicherungsleistungen in den Pflegestufen I und II in der stationären Pflege bezogen auf einen 12-Monatszeitraum – an die jeweilige Pflegekasse zu leisten, sollten sie durch eigenes Verschulden innerhalb von 6 Monaten

eine von der Pflegeversicherung als notwendig angesehene medizinische Rehabilitation nicht erbracht haben (§ 40 Abs. 3 SGB V). Dabei hat sich der Gesetzgeber von der realitätsfernen Vorstellung leiten lassen, nach der zwischen einer Krankenkasse und „ihrer“ Pflegekasse ein Interessenkonflikt bestehe. Tatsächlich sind die Mitarbeiter der Kranken- und der zugehörigen Pflegekasse aber Teil eines

Unternehmens mit gemeinsamer Leitungsstruktur. Das Problem besteht eben nicht darin, dass sich „die Krankenkasse“ auf Kosten „der Pflegeversicherung“ entlastet, sondern darin, dass „Kassen“ – als Verbund von Kranken- und Pflegekasse – ihre Wettbewerbsposition gegenüber anderen Kassen verbessern, indem sie die Kosten von der Abteilung Kranken-, in die Abteilung Pflegeversicherung verschieben bzw. eine Rehabilitationsmaßnahme unterlassen, die Kosten in der Abteilung Pflegeversicherung reduziert, dafür aber –

auch geringere – Kosten in der Abteilung Krankenversicherung verursacht. Eine Regelung, die darauf vertraut, dass ein Pflegekassenmitarbeiter „seiner“ Krankenkasse eine Strafzahlung zumutet, blieb daher folgenlos, da eine institutionelle und nicht eine funktionale Sichtweise angemessen ist. Stattdessen findet Rehabilitation bei Pflegebedürftigen auch heute noch sehr selten statt (Rothgang et al. 2013), obwohl rehabilitationserfahrene ärztliche Gutachter sehr viel häufiger eine Reha-Empfehlung aussprechen (Kalwitzki et al. 2016). In diesem Zusammenhang ist auch darauf zu verweisen, dass es Anbietern von mobiler Rehabilitation nur sehr schwer gelingt, Verträge mit Kassen zu schließen. Auch dies kann angesichts der Anreizsituation für Kassen nicht überraschen und vielmehr als weiteres Indiz dafür gelten, dass die beschriebenen Fehlanreize folgenreich sind.

Vermehrte Heimpflege durch Fehlanreize für Kassen

Systematische Fehlanreize liegen auch bezüglich der Wahl des Pflegearrangements vor. Bei Einführung der Pflegeversicherung wurden unterschiedliche Leistungshöhen für Pflegegeld, Pflegesachleistungen und Heimpflege festgesetzt. Dass das Pflegegeld nur etwa halb so hoch ist wie die Pflegesachleistungen, lässt sich dabei gut begründen. So ist das Pflegegeld steuer- und beitragsfrei, während die Pflegesachleistungen zur Finanzierung sozialversicherungs- und einkommensteuerpflichtiger Arbeitsverhältnisse verwendet werden. Nicht plausibel ist dagegen die Unterscheidung nach dem Ort der Erbringung formeller Pflegeleistungen: der eigenen Häuslichkeit bzw. dem Pflegeheim. Schon die nach ihrem Vorsitzenden auch „Rürup-Kommission“ genannte Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme hat daher die finanzielle Gleichstellung der ambulanten und stationären Pflege (auch in den Pflegestufen I und II) gefordert (Nachhaltigkeitskommission 2003: 193). Während dieser Vorschlag seinerzeit nicht umgesetzt werden konnte, sind die Unterschiede in den Leistungshöhen nach Inkrafttreten des PSG II weitgehend verschwunden (Tabelle 1). Wird berücksichtigt, dass zusätzlich zu den Sachleistungen noch der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Höhe von monatlich 125 Euro sowie Tagespflege, Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in Anspruch genom-

Tabelle 1: Vergleich der Leistungshöhen in ambulanter und stationärer Pflege

Aktuelle Leistungshöhen (in Euro/Monat)				Leistungshöhen ab 2017 (in Euro/Monat)			
	(1) Pflegesach- leistungen	(2) Heimpflege	(3)=(2)-(1) Differenz		(1) Pflegesach- leistungen	(2) Heimpflege	(3)=(2)-(1) Differenz
Pflegestufe I	468	1064	596	Pflegegrad 2	689	770	81
Pflegestufe II	1144	1333	189	Pflegegrad 3	1298	1262	36
Pflegestufe III	1612	1612	0	Pflegegrad 4	1612	1775	163
Härtefälle	1995	1995	0	Pflegegrad 5	1995	2005	10

Quelle: §§ 36, 43 SGB XI in der aktuellen Fassung und nach Inkrafttreten des PSG II

men werden kann, zeigt sich, dass die Leistungshöhen im ambulanten Bereich die im stationären inzwischen häufig übersteigen.

Die in der Tabelle 1 angegebenen neuen Pflegegrade sind zwar nicht strikt mit den alten Pflegestufen vergleichbar. Da eine Neubegutachtung von 2,7 Mio. Pflegebedürftigen im Januar 2017 aber unmöglich ist, erfolgt eine formale Überleitung, bei der die Pflegebedürftigen ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz in den um eins höheren Pflegegrad überführt werden (so auch die Gegenüberstellung in Tabelle 1), während bei Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ein sogenannter „doppelter Stufensprung“ erfolgt (vgl. Rothgang/Kalwitzki 2015). Werden Pflegestufen und Pflegegrade so miteinander verglichen, zeigt sich insbesondere für Pflegebedürftige der Pflegestufe I eine deutliche Leistungssteigerung im ambulanten Bereich. Im stationären Sektor steigen hingegen die Eigenanteile für diesen Personenkreis deutlich an, was zwar durch Bestandsschutzregelungen für die derzeitigen Heimbewohner aufgefangen wird, nicht aber für Neufälle (ebd.). Insofern wird der Grundsatz „ambulant vor stationär“ für Personen mit niedrigerer Pflegestufe/niedrigerem Pflegegrad durch entsprechende Anreize unterstützt.

Gleichzeitig kommt es bei den Kassen aber zu Anreize, die stationäre Pflege auch für diese Klientel zu fördern. Die Kosten der medizinischen Behandlungspflege im Pflegeheim sind nämlich von der Pflegeversicherung zu übernehmen bzw. – da die Pflegeversicherungsleistungen auch im stationären Bereich gedeckelt sind – vom Pflegebedürftigen selbst. Die Ausgaben für das funktionale Äquivalent hierzu im ambulanten Bereich, nämlich die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V, werden hingegen von der Krankenkasse übernommen und sind damit wettbewerbsrelevant. Werden Pflegebedürftige stationär versorgt, vermeidet die Kasse diese Ausgaben. An-

gesicht der Gesamtausgaben der GKV für häusliche Krankenpflege, die sich inzwischen – bei stark steigender Tendenz – auf 4,8 Mrd. Euro pro Jahr (für 2015) belaufen (BMG 2015: 7) und geschätzter Kosten der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen von 1,8 Mrd. Euro (Rothgang/Müller 2013) ist dieser Ausgabenposten auch quantitativ relevant. Hinzu kommt, dass auch die Ausgaben für ärztliche Versorgung, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel (Rothgang et al. 2008) sowie zahnärztliche Versorgung (Rothgang et al. 2014) bei Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege niedriger sind als bei denen in der eigenen Häuslichkeit versorgten und der Fehlanreiz somit sogar noch verstärkt wird. Die Kassen haben also einen objektiven Anreiz, stationäre Pflege zu präferieren. Das widerspricht aber dem Gesetzesauftrag „ambulant vor stationär“ (§ 3 SGB XI) ebenso eklatant wie der ansonsten vorgenommenen Neujustierung der Leistungshöhen. Auch dieser Fehlanreiz ist letztlich auf das Nebeneinander von wettbewerblicher Krankenversicherung und nicht wettbewerblich organisierter Pflegeversicherung zurückzuführen.

Potentiale für mehr Wettbewerb in der Pflegeversicherung

Um das dysfunktionale Nebeneinander von Kassenwettbewerb in der Kranken- und fehlendem Kassenwettbewerb in der Pflegeversicherung zu beseitigen, könnte erstens der Kassenwettbewerb in der Krankenversicherung aufgehoben werden. Auch wenn dieser bislang noch nicht die Effektivitäts- und Effizienzsteigerung in der Versorgung erbracht hat, die sich seine Befürworter versprochen haben, ist nur schwer vorstellbar, dass das „große“ System der Krankenversicherung umgestaltet

wird, um ein Problem im „kleinen“ System der Pflegeversicherung zu lösen. Dies ist daher schon allein aus diesem Grund keine Option. Zweitens könnte auch in der Pflegeversicherung Kassenwettbewerb nach dem Vorbild der Krankenversicherung eingeführt werden. Das impliziert kassenindividuelle Beitragssätze und einen Risikostrukturausgleich auch in der Pflege, um bei den Kassen so erstmal ein finanzielles Eigeninteresse daran zu schaffen, die pflegerische Versorgung zu steuern. Funktionale Voraussetzung ist zum einen, dass es gelingt, einen Risikostrukturausgleich

Die Einführung von Kassenwettbewerb in der Pflegeversicherung ist sehr voraussetzungs-voll, da ein RSA geschaffen werden muss, der eine hinreichend gute Prädiktionskraft hat.

von hinreichender Prädiktionskraft zu installieren (bzw. entsprechende Zuschlagfaktoren für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu definieren) und zum anderen, dass die Kassen über hinreichende Steuerungspotentiale verfügen. Nun zeigen internationale Erfahrungen aus der Schweiz, Belgien, den Niederlanden und den USA, dass die Kosten der Langzeitpflege sehr präzise vorhergesagt werden können, wenn Pflegebedürftigkeit und die Versorgungsform als Prädiktoren zugelassen werden (Brax et al. 2013; Kautter et al. 2009; Trottmann/Telser 2014). Ein zielgenauer Risikostrukturausgleich auf Basis dieser Faktoren ist also grundsätzlich denkbar. Allerdings stellt sich dann die Frage, was die Kassen steuern sollen und können. Anders als in der Krankenversicherung, zahlt die Pflegeversicherung nur

gedeckelte Pauschalen und Zuschüsse, so dass die Kassen auch bei Existenz kassenindividueller Beitragssätze keine Anreize hätten, den Prozess der Leistungserbringung selbst durch Selektivverträge zu beeinflussen – selbst wenn der rechtliche Rahmen entsprechend geändert würde. Grundsätzlich (durch Prävention und Rehabilitation) beeinflussbar sind dagegen das Auftreten von Pflegebedürftigkeit und der Pflegeverlauf sowie die Wahl der Pflegeform (ambulant vs. stationär). Insofern allerdings Pflegebedürftigkeit, Pflegestufe und Pflegeform im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden, entfällt der Anreiz für Kassen, hier steuernd einzugreifen. Werden diese Faktoren dagegen nicht berücksichtigt, ist die Prädiktionskraft des Risikostrukturausgleichs wahrscheinlich zu gering. Pflegebedürftige würden dann zu schlechten Risiken, und Kassen hätten Anreize, diese Personengruppe suboptimal zu versorgen, um nicht attraktiv für Pflegebedürftige zu sein. Damit würden sogar weitere Fehlanreize für die Versorgung Pflegebedürftiger geschaffen. Die erfolgreiche Einführung von Kassenwettbewerb in der Pflegeversicherung ist daher sehr voraussetzungsreich, da ein Risikostrukturausgleich geschaffen werden muss, der eine hinreichend gute Prädiktionskraft hat, ohne dabei die Parameter zu enthalten, die gesteuert werden sollen, was sich womöglich wechselseitig ausschließt.

Für eine Integration von Pflege- und Krankenversicherung, wie sie immer wieder in die Diskussion gebracht wird (vgl. z. B. SVR 2005), gilt letztlich ähnliches. Auch hier müsste der bestehende morbiditätsorientierte RSA angepasst werden, ohne die zu steuernden Parameter für die pflegerische Versorgung zu enthalten. Zudem bestünde bei der Integration von Kranken- und Pflegeversicherung die Gefahr einer zunehmenden Medikalisierung der Langzeitpflege durch die Dominanz der Krankenkasse, die eher auf medizinische Versorgungsbedarfe fixiert ist, aber die sozialen Betreuungsbedarfe und die notwendige Teilhabeorientierung der Langzeitpflege aus den Augen verliert (so auch Hoberg et al. 2013: 10). Die Besonderheiten der Langzeitpflege, die insbesondere in der zentralen Rolle pflegender Angehöriger liegt, würden dann womöglich nicht mehr hinreichend beachtet. Aus diesem Grund hat auch bereits die Rürup-Kommission eine solche Zusammenlegung verworfen (Nachhaltigkeitskommission 2003: 212-15).

Sollte sich die Einführung von Kassenwettbewerb aus den genannten Gründen nicht als sinnvoll erweisen, welche Potentiale für mehr Wettbewerb in der Pflegeversicherung verbleiben dann? Möglich wäre ein Empowerment der Versicherten, damit der derzeit schon vorhandene Anbieterwettbewerb zu besseren Ergebnissen führt. Hierzu gehört eine bessere Information der Versicherten und ihrer Angehörigen, etwa im Rahmen der einfachen Beratung nach § 7 SGB XI. Die Markttransparenz wird auch durch den einheitlichen Eigenanteil in der stationären Pflege steigen, da in Zukunft, nach Implementation der entsprechenden Regelungen im Zweiten Pflegestärkungsgesetz, nur noch ein Parameter ausreicht, um zu erkennen wie teuer ein Pflegeheim im Vergleich zu anderen Einrichtungen ist. Soll die so erreichte Wettbewerbsintensivierung nicht nur zu einem Preiswettbewerb um den niedrigsten Eigenanteil führen, ist es gleichzeitig unabdingbar, verständliche und valide Informationen zur Pflegequalität der Einrichtung bereitzustellen und das gescheiterte System der Pflege-Transparenzvereinbarung (Sünderkamp et al. 2014) durch aussagekräftigere Informationen zu ersetzen.

Eine Stärkung des Wettbewerbs auf dieser Ebene trägt aber nicht zur Lösung der angesprochenen Probleme bei, nämlich den geringen Rehabilitationsquoten bei Pflegebedürftigen und den Fehlanreizen in Bezug auf die Heimpflege. Diese Probleme können aber durch kleinere institutionelle Änderungen adressiert werden. Eine Ursache für die geringen Rehabilitationsraten liegt schon im Begutachtungsprozess im Rahmen der Feststellung von Pflegebedürftigkeit selbst (Kalwitzki et al. 2016). Diesbezüglich sieht das PSG II die Einführung „eines bundes-einheitlichen, strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung“ (§ 18a Abs. 2 Satz 1 SGB XI, neue Fassung) vor, mit dem die Begutachtungsqualität erhöht werden soll. Zu erwarten ist dabei ein deutlicher Anstieg der Reha-Empfehlungsquote. Insbesondere geht es aber um eine Anpassung der Finanzierungskompetenzen. Eine Verlagerung der Finanzierungskompetenz für rehabilitative Maßnahmen, die auf eine Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit abzielen, von der Kranken- in die Pflegeversicherung würde zwar keine posi-

ven Anreize zum Ausbau von Rehabilitation setzen, aber zumindest den (Fehl-)Anreiz für die Kassen, eine Rehabilitation zu vermeiden, beseitigen. Diese Verlagerung der Finanzierungskompetenz ist daher nur eine second best-Lösung falls sich ein Kassenwettbewerb in der Pflegeversicherung nicht umsetzen lässt, als solche aber doch eine Verbesserung im Vergleich zu Status quo.

Eine Veränderung der Finanzierungskompetenzen könnte auch den (Fehl-)Anreiz für die Kassen in Bezug auf die Bevorzugung stationärer Pflege auflösen. Systematisch ist die medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen eine medizinische Leistung, die in der Krankenversicherung finanziert werden sollte. Bei der Inkraftsetzung der Pflegeversicherungsleistungen für stationäre Pflege zum 1.7.1996 im Ersten SGB XI-Änderungsgesetz wurde hingegen festgelegt, dass die medizinische Behandlungspflege für den Zeitraum vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 1999 als Teil der vollstationären Dauerpflege zu gelten und die Pflegekasse diese Aufwendungen im Rahmen ihrer pauschalierten Leistungen zur stationären Pflege zu übernehmen habe. Diese zeitlich befristete Regelung wurde noch mehrmals verlängert und dann zur Dauerregelung erklärt. Im Ersten Bericht des BMA zur Entwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 10 Abs. 4 SGB XI werden ausschließlich finanzielle Erwägungen als Grund für diese – systemwidrige – Verteilung der Finan-

Mehr Wettbewerb kann nur da ansetzen, wo er derzeit in der Pflegeversicherung verankert ist, im Verhältnis von Pflegebedürftigen und Leistungsanbietern.

zierungskompetenz genannt (BMA 1997: 14). Diese Zuordnung könnte wieder rückgängig gemacht werden. Hierzu müssten die Krankenkassen für jeden Pflegebedürftigen einen Pauschalbetrag an das Pflegeheim zur Abgeltung der medizinischen Behandlungspflege zahlen, dessen Höhe nach den durchschnittlichen Kosten der häuslichen Krankenpflege zu bemessen wäre. Die von der Pflegeversicherung gezahlten Pflegesätze wären entsprechend zu kürzen, so dass für das Heim keine Mehr- oder Mindererlöse entstehen, für die Kasse aber die Ausgaben aus dem nicht-wettbewerblichen Bereich der

Pflegeversicherung in den wettbewerblichen Bereich der Krankenversicherung verschoben wären. Damit würde der Fehlanreiz beseitigt, Pflegebedürftige lieber stationär versorgt zu sehen, um damit Ausgaben der häuslichen Krankenpflege zu sparen.

Fazit

Für eine ordnungspolitische Weiterentwicklung der Pflegeversicherung durch mehr Wettbewerb können verschiedene Ansatzpunkte gewählt werden. Zur Beseitigung der beschriebenen Fehlanreize erscheint die Einführung eines Kassenwettbewerbs auch in der Pflegeversicherung zunächst als Königsweg, weil hierdurch nicht nur Fehlanreize beseitigt, sondern auch gewünschte Anreize gesetzt werden. Allerdings setzt dies voraus, dass es gelingt, einen Risikostrukturausgleich für die Pflegeversicherung zu konzipieren, der hinreichend zielgenau ist, gleichzeitig aber nicht bereits die Parameter einschließt, die die Kassen als Aktionsparameter benötigen, um überhaupt das Leistungsgeschehen steuern zu können. Dass dies möglich ist, muss angesichts vorliegender internationaler Erfahrungen bezweifelt werden.

Ist dieser Weg versperrt, kann mehr Wettbewerb nur da ansetzen, wo er derzeit im Bereich der Pflegeversicherung verankert ist, im Verhältnis von Pflegebedürftigen und Leistungsanbietern. Um die diese Relation negativ beeinträchtigenden Informationsasymmetrien abzubauen, muss mehr Markttransparenz und bessere Information der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen erreicht werden.

Ein Anbieterwettbewerb auf dieser Ebene beseitigt allerdings nicht die Fehlanreize für Kassen in Bezug auf Rehabilitation und die Wahl des Pflegeortes. Diesbezüglich kann der Ordnungsrahmen durch Neuordnung der Finanzierungs Kompetenzen optimiert werden. In diesem Sinne sollte die Finanzierungs kompetenz für rehabilitative Maßnahmen, die auf eine Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit abzielen, von der Kranken- auf die Pflegeversicherung übertragen werden. Damit werden zwar keine positiven Anreize gesetzt, aber zumindest die negativen beseitigt. Ebenso sollte die Finanzierungs verpflichtung für medizinische Behandlungspflege von der Pflege- auf die Krankenversicherung zurückverlagert werden. Dadurch würde ein Anreiz für Kassen, die Heimpflege der häuslichen Pflege vorzuziehen, beseitigt. ■

Literatur

Bakx, Piet/Schut, Erik/van Doorslaer, Eddy (2013): Can Risk Adjustment prevent Risk Selection in a Competitive Long-Term Care Insurance Market? Discussion paper No. TI 13-017/V. Tinbergen Institute. URL: <http://hdl.handle.net/1765/38749> (Stand 13.2.2016).

BDA [Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände] (2015): Pflegereform bringt richtige Weichenstellungen, aber kein nachhaltiges Konzept. Presseerklärung vom 12.8.2015. http://www.arbeitgeber.de/www/arbeitgeber.nsf/id/de_pio3615.

BMA [Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung] (1997): Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung am 01. Januar 1995. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Erster_Bericht_ueber_die_Entwicklung_der_Pflegeversicherung_seit_ihrer_Einfuehrung_am_01._Januar_1995.pdf (aktuell am 13.2.2016).

Götze, Ralf/Cacace, Mirella/Rothgang, Heinz (2009): Von der Risiko- zur Anbieterselektion. Eigendynamiken wettbewerblicher Reformen in Gesundheitssystemen des Sozialversicherungstyps, in: Zeitschrift für Sozialreform, 55 Jg., Heft 2: 149-175.

Hoberg, Rolf/Klie, Thomas/Künzel, Gerd (2013): Strukturreform Pflege und Teilhabe. URL: http://agpfreiburg.de/downloads/pflegeteilhabe/Reformpaket_Strukturreform_PFLERGE_TELIHABE_Langfassung.pdf (Stand 22.08.2015).

Höppner, Karin/Greif, Stefan/Rothgang, Heinz/Wasem, Jürgen (2006): Instrumente der Risikoselektion – Theorie und Empirie. In: Göppfarth, Dirk/Greif, Stefan/Jacobs, Klaus/Wasem, Jürgen (Hg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006 – Zehn Jahre Kassenwechsel. St. Augustin, Asgard: 119-144.

IGES/Igl, Gerhard/Wasem, Jürgen (2001): Potentiale und Grenzen der Integration von Gesetzlicher Krankenversicherung (SGB V) und Sozialer Pflegeversicherung (SGB XI). Expertise im Auftrag der Enquete-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages, Berlin.

Jacobs, Klaus (1995): Zur Kohärenz von gesetzlicher Pflegeversicherung und anderen Zweigen der Sozialversicherung, in: Fachinger, Uwe/Heinz Rothgang (Hrsg.), Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Berlin: Duncker & Humblot, 1995, S. 245-262.

Kalwitzki, Thomas et al (2016): Aus der Forschung ins Pflegestärkungsgesetz II: Das Projekt Reha XI zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in der MDK-Pflegebegutachtung in: Das Gesundheitswesen, i.E.

Kautter, John/Ingber, Melvin/Pope, Gregory (2009): Medicare risk adjustment for the frail elderly. In: Health Care Financing Review 30 (2): 83-93.

Nachhaltigkeitskommission [Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssystem] (2003): Bericht der Kommission. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Rothgang, Heinz (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische

Analyse. Schriften des Zentrum für Sozialpolitik, Band 7. Frankfurt: Campus.

Rothgang, Heinz (2003): Markt und Wettbewerb bei personenbezogenen sozialen Dienstleistungen: Die Finanzierung der Behindertenhilfe vor dem Hintergrund von Wettbewerb in Kranken- und Pflegeversicherung, in: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (RsDE), Heft 52: 38-59.

Rothgang, Heinz (2009): Theorie und Empirie der Pflegesicherung. Die sozialstaatliche Absicherung des Pflegerisikos am Beispiel der Bundesrepublik Deutschland. Münster: Lit Verlag.

Rothgang, Heinz/Borchert, Lars/Müller, Rolf/Unger, Rainer (2008): GEK-Pflegereport 2008. Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 66. St. Augustin: Asgard.

Rothgang, Heinz/Cacace, Mirella/Frisina, Loraine/Grimmeisen, Simone/Schmid, Achim/Wendt, Claus (2010): The State and Healthcare: Comparing OECD Countries. Houndmills: Palgrave Macmillan.

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

Rothgang, Heinz/Müller, Rolf/Mundhenk, Rebecca/Unger, Rainer (2008): BARMER GEK-Pflegereport 2014. Zahnärztliche Versorgung. St. Augustin: Asgard.

Rothgang, Heinz/Müller, Rolf/Unger, Rainer (2013): BARMER GEK-Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. Siegburg: Asgard-Verlag.

Rothgang, Heinz/Preuss, Maike (2009): Bisherige Erfahrungen und Defizite der Pflegeversicherung und die Reform 2008 aus sozialpolitischer Sicht, in: Bieback, Karl-Jürgen (Hrsg.), Die Reform der Pflegeversicherung 2008. Münster: Lit-Verlag, 7-39.

Rothgang, Heinz/Kalwitzki Thomas (2015): Pflegestärkungsgesetz II: Eine erstaunlich großzügige Reform, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 69. Jg., Heft 5: Meine 46-54.

Sünderkamp, Susanne/Weiß, Christian/Rothgang, Heinz (2014): Analyse der ambulanten und stationären Pflegenoten hinsichtlich der Nützlichkeit für den Verbraucher, in: Pflege, 27. Jg., Heft 5: 325-336.

SVR (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Bundestagsdrucksache 15/5670, Bonn. URL: <http://dip.bundestag.de/btd/15/056/1505670.pdf> (Stand 13.2.2016).

Trottmann, Maria/Telser, Harry (2014): Evaluation zu den Auswirkungen des verfeinerten Risikoausgleichs auf den Krankenversicherungswettbewerb. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. URL: <http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07350/12642/13697/index.html> (Stand 13.02.2016).