

Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung: Szenarien für eine bedarfsgerechte und finanzierbare Pflege

Visionen für die Pflege von übermorgen

**61. Fachtagung des Wohlfahrtswerks für Baden-Württemberg
19. Juli 2017 in Stuttgart**

Prof. Dr. Heinz Rothgang,
Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki
Universität Bremen, SOCIUM
Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung



Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki:
Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung



Inhalt

2

1. Ausgangspunkt
 1. Sektorale Fragmentierung
 2. Pauschale, gedeckelte Versicherungsleistungen
2. Reformperspektive
3. Bewertungskriterien
4. Reformszenarien
 1. Szenario 1: Pauschale, gedeckelte Versicherungsleistungen bei modularisierter (Heim)Vergütung
 2. Szenario 2: Individuell bedarfsgerechte Versicherungsleistungen bei sektoral differenzierter Vergütung
 3. Szenario 3: Individuell bedarfsgerechte Versicherungsleistungen bei modularisierter (Heim)Vergütung
5. Fazit



Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki:
Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung



1. Ausgangspunkt

3

- Vier zentrale *Geburtsfehler* der Pflegeversicherung
 1. „Pflegevolksversicherung“ mit privater und gesetzlicher Säule
 2. der zu enge Pflegebedürftigkeitsbegriff
 3. die sektorale Fragmentierung des Versorgungssystems in ambulante und stationäre Pflege
 4. die leistungsrechtlich unzureichende Absicherung, die eine Lebensstandardabsicherung in Bezug auf das Pflegerisiko nicht gewährleistet
- Die Punkte 3 und 4 sind von uns für die Initiative Pro-Pflegereform aufgegriffen und in Szenarien zur alternativen Ausgestaltung der Pflegeversicherung bearbeitet worden.

1.1. Sektorale Fragmentierung

4

- Die Sektorentrennung ist nicht nur ordnungsrechtlich gegeben, sondern auch leistungs- und leistungserbringungsrechtlich.
- Die starre Trennung von ambulantem und stationärem Sektor wirkt als Reformbremse und verhindert die Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle zwischen „ambulant“ und „stationär“.
- Zentraler Anknüpfungspunkt für eine Angleichung der Sektoren ist
 - die Einführung gleicher Vergütungsformen sowie
 - die Verlagerung der Finanzierungsverantwortung für alle Leistungen der Medizinischen Behandlungspflege in den Bereich der Krankenversicherung.
- Damit wird die Pflege nicht mehr entlang der Trennlinie *ambulant/stationär* sondern durch Wohnen/Pflege organisiert.

1.2. Pauschale, gedeckelte Versicherungsleistungen

5

- Pflegeversicherung ist 5. Säule der Sozialversicherung
- Sozialversicherung soll im konservativen Wohlfahrtsstaat den Lebensstandard gegenüber allgemeinen Lebensrisiken sichern.
- Das ist nur gegeben, wenn diese Risiken entweder *vollständig* über die Sozialversicherung gedeckt werden oder das absolute Restrisiko *privat absicherbar* ist.
- Dies ist in Pflegeversicherung aktuell nicht gegeben, da
 - die Leistungen der Pflegeversicherung **nicht bedarfsdeckend gedeckelt** bzw. pauschaliert sind und die Finanzierungslücken nicht vorausbestimmbar sind. Daher können Privatversicherungen den Lebensstandard nicht sichern.
 - die **Dauer einer Pflegebedürftigkeit unbestimmt** ist und die Eigenanteile daher nicht durch Ersparnis abgesichert werden können.
- Unterschiedliche Eigenfinanzierungsanteile in den beiden Sektoren führen zudem zu Leistungsungerechtigkeiten, die Bedarfsungerechtigkeiten nach sich ziehen.

2. Reformperspektive

6

- Als Reformperspektive sollen die Szenarien einer alternativen Ausgestaltung der Pflegeversicherung
 - leistungserbringungsrechtlich gewährleisten, dass die Auswahl der Versorgungsform anhand der Bedarfe und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen erfolgen kann. Hierzu wird die Aufhebung der sektoralen Fragmentierung durch eine vollständige Modularisierung verwendet.
- und
- *leistungsrechtlich* das finanzielle Risiko der Individuen, das durch die Wechselwirkung von Langlebigkeit und Pflegebedürftigkeit entsteht, vollständig absichern (in der Sozialversicherung) oder vollständig absicherbar (durch Ersparnis oder Privatversicherung) machen.

2. Reformperspektive

7

➔ Resultierende Reformszenarien durch Kombination beider Überlegungen

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

3. Bewertungskriterien

8

- Bewertung gemäß Zieltrias nach Musgrave & Musgrave
- Allokation:
 - Werden knappe Ressourcen effizient, im Sinne der Versichertenpräferenzen zugewiesen? Werden selektiven monetäre Anreize zur Auswahl einer Versorgungsform, die nicht den Präferenzen entspricht, gemindert?
 - Wird der Lebensstandard vor den Folgen von Pflegebedürftigkeit abgesichert (Risikoallokation)?
- Distribution:
 - Erhöht die Ausgestaltung die Verteilungsgerechtigkeit?
 - Erhöht die Ausgestaltung die Bedarfsgerechtigkeit?
- Kriterium der Stabilität:
 - Bleiben Ausgabensteigerungen begrenzt und die Ausgaben der Pflegeversicherung dauerhaft tragfähig (Beitragssatzeffekt)?
 - Steigt dabei die Versorgungssicherheit durch Mobilisierung zivilgesellschaftlicher Ressourcen?

4. Reformszenarien

9

		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 pauschaler, sektoral differenzierter Vergütung	Szenario 3: Individuell bedarfsgerechte Versicherungsleistungen bei modularisierter (Heim)Vergütung

4.1. Szenario 1: Pauschale Leistungen, modulare Vergütung

10

Rechtliche Ausgestaltung

- **Leistungserbringungsrechtlich:** Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich erfolgt eine modularisierte Erbringung und Abrechnung. Die Module sollten idealerweise identisch sein.
 - Dabei wird die medizinische Behandlungspflege im stationären Bereich analog der häuslichen Krankenpflege im ambulanten Bereich über das SGB V finanziert (Cure vs. Care-Grenze).
 - Im stationären Setting sind pflegerische, hauswirtschaftliche und betreuerische Tätigkeiten zu modularisieren.
 - Gemeinkosten sollten dabei als verpflichtendes Modul konzeptionalisiert werden.
- Wesentlicher Parameter hierbei ist die Preisfestsetzung.

4.1. Szenario 1: Pauschale Leistungen, modulare Vergütung ¹¹

Rechtliche Ausgestaltung

- **Leistungsrechtlich:** Im stationären Sektoren werden nach Pflegegraden differenzierte Pauschalen gezahlt, im ambulanten Sektor erfolgt eine Abrechnung der erbrachten Leistungen bis zu einer limitierten Höhe.
- Die leistungsrechtliche Angleichung ist nach dem PSG II viel leichter möglich als zur Zeit etwa der Rürup-Kommission (2003).
- Grundsätzlich entsteht hierdurch die Möglichkeit, die stationäre All-In-Logik zu verlassen, wenn einzelne Module durch Laien erbracht werden. Eine finanzielle Abgeltung müsste dann zwischen Einrichtung und Pflegebedürftigen/Angehörigen erfolgen.
- Theoretisch ist das für alle Heimleistungen möglich.

4.1. Szenario 1: Pauschale Leistungen, modulare Vergütung ¹²

Rechtliche Ausgestaltung: Leistungsrecht vs. -erbringungsrecht

		Leistungserbringungsrecht (ambulant und stationär)	
		Gleiche Beträge für gleiche Module	Ungleiche Beträge für gleiche Module
Leistungsrecht (ambulant und stationär)	Gleiche Beträge für gleiche Module	möglich Problem: u. Ust. unterschiedliche Gestehungskosten	möglich
	Ungleiche Beträge für gleiche Module	Kaum möglich und nicht sinnvoll	möglich

4.1. Szenario 1: Pauschale Leistungen, modulare Vergütung ¹³

Rechtliche Ausgestaltung

Ordnungsrechtlich:

- Die Homogenisierung der Leistungserbringung ermöglicht ein Kontinuum von ordnungsrechtlichen Ausgestaltungen von denen zwei für die praktische Umsetzung interessant sind.
- In *Szenario 1a* bleibt die sektorale Fragmentierung erhalten, wodurch die Gesamtverantwortung der stationären Leistungserbringung bei den Einrichtungen verbleibt. Aus der Vollversorgung können einzelne Module *abgewählt* werden.
- *Szenario 1b* löst die Sektoren auf und organisiert diese anhand der Trennlinie Wohnen und Pflege neu. Die Erbringungsverantwortung wird auf die unterschiedlichen Leistungserbringer verteilt. Es können einzelne Leistungen *zugewählt* werden.

4.1. Szenario 1: Pauschale Leistungen, modulare Vergütung ¹⁴

BEWERTUNG DES SZENARIOS

Allokation

- Für Angehörige erhöhen sich die Anreize, sich aktiv an der Versorgung der Heimbewohner zu beteiligen, da in beiden Unterszenarien eine Reduzierung der Eigenanteile durch private Übernahme einzelner Leistungsmodule möglich ist.
 - Effizienzgewinne durch stärkere Einbeziehung der Zivilgesellschaft
- Insgesamt gewinnt die Heimversorgung an Attraktivität gegenüber ambulanten Settings.
- Eine vollständige Angleichung der Sektoren gelingt nur bei
 - gleicher Vergütung der Module unabhängig vom Ort der Leistungserbringung
 - Abbau ordnungsrechtlicher Unterschiede (Szenario 1b)
- Bei der Risikoallokation gibt es keine systematischen Änderungen.

4.1. Szenario 1: Pauschale Leistungen, modulare Vergütung ¹⁵

Distribution

- Erhöhung der Bedarfsgerechtigkeit und dadurch auch der Verteilungsgerechtigkeit, da sich bei selektiver Übernahme einzelner Leistungsmodule auch Personen ein – vormals stationäres – Pflegesetting leisten werden, die bisher **aus finanziellen Gründen** darauf verzichtet haben.

4.1. Szenario 1: Pauschale Leistungen, modulare Vergütung ¹⁶

Stabilität

- Die Kosten der Medizinischen Behandlungspflege werden vom SGB XI ins SGB V zurückverlegt.
- Die entsprechenden Kosten wurden von Rothgang / Müller (2012) auf 1,8 Mrd. Euro für 2011 geschätzt. Aktuelle Ergebnisse weisen rund 2,6 Mrd. Euro (für den Bereich der gesetzlich Versicherten) aus. Dies entspricht rund 0,2 Beitragssatzpunkten.
- Je nach der konkreten Umsetzung können die Pflegekassen oder die Pflegebedürftigen um diesen Betrag entlastet werden, der jedoch dann von den Beitragszahlern in der GKV zusätzlich aufzubringen wäre.

4.1. Szenario 1: Pauschale Leistungen, modulare Vergütung 17

Stabilität

- Da darüber hinaus keine leistungsrechtlichen Veränderungen vorgenommen wurden, sind mögliche Beitragssatzeffekte gering und resultieren aus einer höheren Heimquote, die durch die gestiegene Attraktivität stationärer Versorgung ausgelöst wird.
- Die Richtung dieser finanziellen Folgen sind insofern unklar als ambulante Versorgung heute durch Stapelung von Leistungen (z.B. §§ 36, 41 SGB XI mit § 37 SGB V) teilweise sogar deutlich teurer ist als stationäre.
- Die verstärkte Einbindung informeller Pflegepersonen auch in bisher stationärer Pflege kann – mit Perspektive auf den drohenden Pflegenotstand – zu einer Stabilisierung der Leistungserbringung beitragen.



Universität Bremen

Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki:
Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung



4. Reformszenarien 18

		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 pauschaler, sektoral differenzierter Vergütung	Szenario 3: Individuell bedarfsgerechte Versicherungsleistungen bei modularisierter (Heim)Vergütung



Universität Bremen

Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki:
Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung



Status quo:

- In der aktuellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung liegt der Eigenanteil der Pflegebedürftigen, der die pauschalen Leistungen des SGB XI übersteigt, bei 100%.
- Hieraus resultiert ein (monatliches) Kostenrisiko in potentiell unbegrenzter Höhe, das direkt vom Pflegebedarf abhängig ist.
- In Kombination mit der ebenfalls unbekannten (Über)Lebensdauer entsteht ein unbekanntes absolutes finanzielles Risiko.
- Dieses ist nicht privat absicherbar, weder durch Ansparung noch durch eine (vollständig deckende) Versicherung.
- Deshalb ist eine Sozialversicherung erforderlich, die die Kombination beider Risiken eliminiert oder eliminierbar macht.



Universität Bremen

Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki:
Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung

socium
Forschungszentrum
Ungleichheit und Sozialpolitik

Rechtliche Ausgestaltung des Reformszenarios 2

- **Leistungserbringungsrechtlich:** Im ambulanten Sektor erfolgt – unter Beibehaltung der sektoralen Fragmentierung – eine modularisierte Erbringung und Abrechnung, stationär eine Vollversorgung über pauschale Tagessätze. Allerdings wird die Medizinische Behandlungspflege ins SGB V verlagert.
- **Leistungsrechtlich:** Ambulant und stationär: Nach oben offene Versicherungsleistungen mit einem selbst zu tragenden Sockelbetrag für einen festgelegten Zeitraum. Danach: keine weiteren Eigenanteile. Die Höhe des Sockelbetrags ist politisch bestimmbar. Möglich und sinnvoll sind
 - a) Bestimmung des Sockelbetrags so, dass die derzeitigen privat finanzierten Leistungen abgedeckt sind
 - b) Sockel von Null → Vollversicherung
 - c) Jeder Betrag zwischen Null und dem derzeitigen Betrag



Universität Bremen

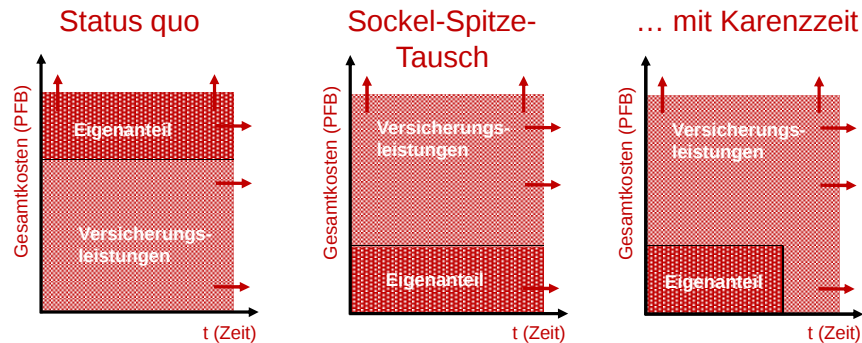
Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki:
Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung

socium
Forschungszentrum
Ungleichheit und Sozialpolitik

4.2. Szenario 2: Offene Leistungen, pauschale Vergütung

21

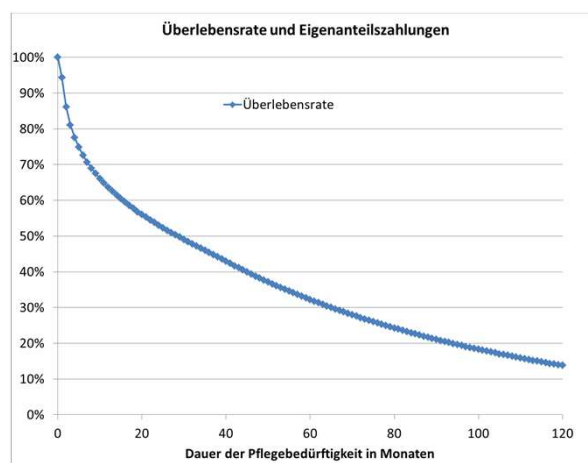
- Grundidee: Austausch von Finanzierungssockel und Finanzierungsspitze
- Zur vollständigen Absicherung des Pflegerisikos ist jedoch zusätzlich eine zeitliche Komponente erforderlich.



4.2. Szenario 2: Offene Leistungen, pauschale Vergütung

22

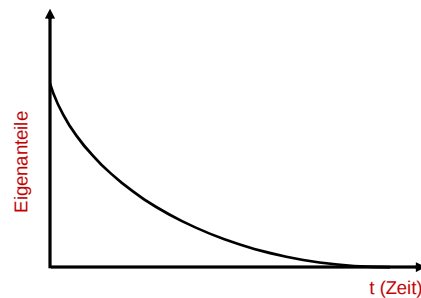
- Betrachtung des Überlebens in einer Zugangskohorte über den Zeitraum von 120 Monaten
- Für die ersten 48 Monate Echtwerte, danach approximierte Überlebensrate über den Durchschnitt der Monate 13 bis 48



4.2. Szenario 2: Offene Leistungen, pauschale Vergütung

23

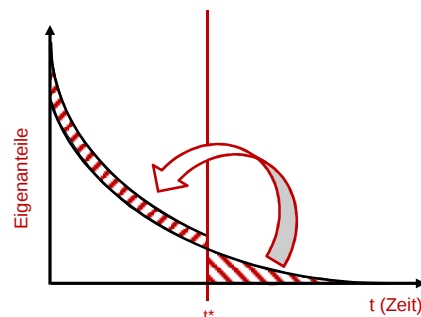
- Unter Ansatz des durchschnittlichen Eigenanteils eines Pflegebedürftigen kann die Überlebenskurve in eine Darstellung der Eigenanteile überführt werden.
- Die Fläche unter der Kurve stellt nun die Gesamteigenanteile der Pflegebedürftigen der Zugangskohorte bis zum Versterben dar.



4.2. Szenario 2: Offene Leistungen, pauschale Vergütung

24

- Die schraffierte Fläche zeigt die Eigenanteilsausgaben aufgrund von Langlebigkeit, die individuelle Vorsorge durch Sparen praktisch unmöglich machen, die kollektiv aber kalkulierbar und damit versicherbar sind.
- Diese können nun in einen gleichmäßigen Zuschlag zu den bestehenden Eigenanteilen im gesetzten Zeitraum transformiert werden.

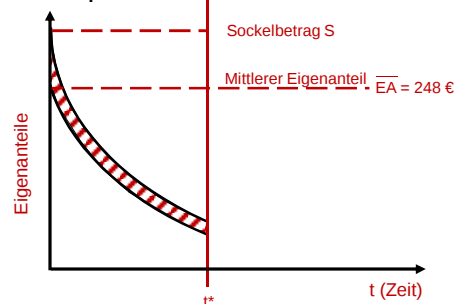


- Der Zeitraum bis t^* kann auch als Karenzzeit angesehen werden, danach entfallen Eigenanteile und die Versicherung übernimmt die gesamten Kosten.

4.2. Szenario 2: Offene Leistungen, pauschale Vergütung

25

- Die für Pflegebedürftige im Jahr 2017 zu erwartenden durchschnittlichen Eigenanteile liegen bei 580 € / Monat bei stationärer und ca. 125 € in ambulanter Versorgung. Das gewogene Mittel wird hier mit 248 € angesetzt.
- Wird der Betrag addiert, der notwendig ist, um die Zahlungen zu kompensieren, die ansonsten ab t^* anfallen, durch die zeitliche Begrenzung der Eigenanteilszahlung jetzt aber wegfällt, erhöht sich der notwendige monatliche Betrag auf den Sockelbetrag S. Seine Höhe ist abhängig von der Setzung von t^* .

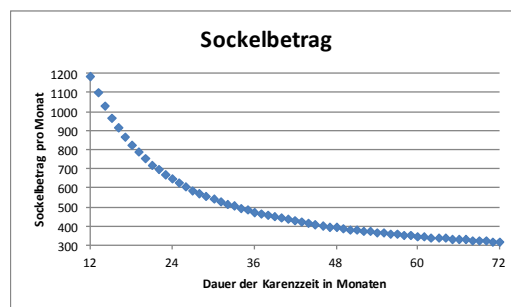


4.2. Szenario 2: Offene Leistungen, pauschale Vergütung

26

- Der Sockelbetrag führt bei gleichem Inanspruchnahmeverhalten zu in der Summe unveränderten Eigenanteilen, die sich aber anders über die Zeit verteilen.
- Die Umstellung ist in dieser Form *kostenneutral*.

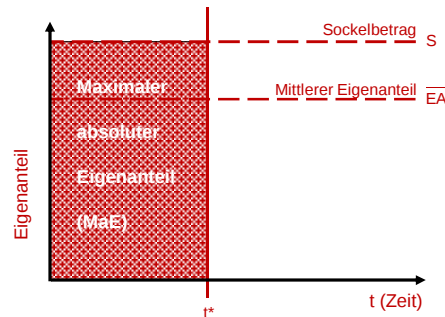
t^* (in Monaten)	Sockelbetrag (in €)
12	1.182
24	643
36	470
48	388
60	343
72	315



4.2. Szenario 2: Offene Leistungen, pauschale Vergütung

27

- Der maximal anfallende Eigenanteil ergibt sich als Produkt des Sockelbetrags und der Höchstdauer t^* für Eigenanteilszahlungen. Dauer und Betrag sind somit ineinander transformierbar.
- Bei Vorsorge durch Ersparnis muss der MaE angespart werden, bei Versicherung reicht der durchschnittliche Barwert.



t^* (in Monaten)	Sockelbetrag (in €)	MaE (in €)
12	1.182	14.184
24	643	15.432
36	470	16.920
48	389	18.672
60	343	20.580
72	315	22.680



Universität Bremen

Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki:
Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung

socium
Forschungszentrum
Ungleichheit und Sozialpolitik

4.2. Szenario 2: Offene Leistungen, pauschale Vergütung

28

- Der nun fixe Eigenanteil kann abgesichert werden durch
 - Ersparnisbildung,
 - Privatversicherung (kapitalbildende Lebensversicherung, Pflegeversicherung mit festem Auszahlungswert),
 - Integration eines Zusatzbeitrags in die Soziale Pflegeversicherung.

Notwendiger Beitragssatz:

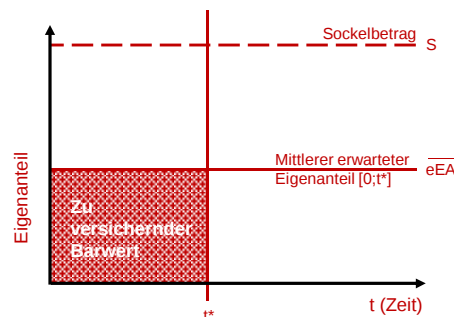
Eigenanteile / Grundlohnsumme
derzeit:

Eigenanteile / Jahr
= 12 * 248 € / Monat * 3,0 Mio.

Pflegebedürftige
= 8,928 Mrd. / Jahr

Grundlohnsumme 2017: 1.270 Mrd.

Notwendiger Zusatzbeitragssatz:
0,70 Beitragssatzpunkte



Universität Bremen

Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki:
Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung

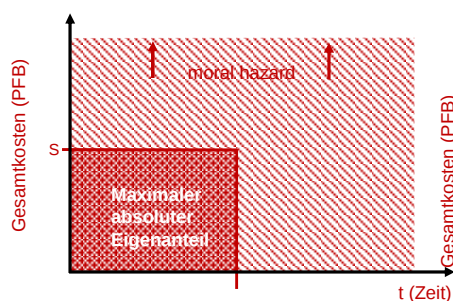
socium
Forschungszentrum
Ungleichheit und Sozialpolitik

Bewertung: Allokation

- Das Lebens(zeit)risiko wird vollständig abgefangen. Dafür ist es zunächst unerheblich, ob dies über Ansparung, private (Pflicht-)Versicherung oder Sozialversicherung geschieht.
- Die Anreize für stationäre Pflege erhöhen sich durch einen – im Vergleich zum Status quo – niedrigeren Eigenanteil.
- Der Abbau der Sektorengrenze gelingt nicht systematisch.
- Problematik von moral hazard:
(Voll)Versicherungen führen zur Gefahr der Überinanspruchnahme
 - Wahl einer (zu) teuren Versorgungsform
 - Wahl eines (zu) teuren Anbieters
 - Ausweitung der Leistungsmenge

Allokation: Möglicher moral hazard:

- Moral hazard ist im Status quo abgefangen durch
 - 100%igen Eigenanteil im stationären Sektor oberhalb der pauschalen Leistungssätze und
 - 50%ige Opportunitätskosten bei Inanspruchnahme von Sachleistungen mit 100%igen Eigenanteil oberhalb der pauschalen Leistungssätze.



- Im Reformszenario 2 entsteht Moral Hazard-Problematik, da die Versicherungsleistungen nach oben offen sind.

Allokation: Lösungen für das Problem des moral hazard:

- Bzgl. Anreiz zu teuren Anbietern
 - Einheitspflegesatz auf Landesebene oder
 - Individuelle Preisverhandlungen
 - Unter Veränderung der Verhandlungspositionen: Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger haben keinen Anreiz mehr zur Kostenbegrenzung, Pflegekassen haben ein starkes Interesse !!!
 - Der preisbegrenzende Marktmechanismus über Konsumentenentscheidungen entfällt.
 - Wahrscheinlich: Rigidere Preis-/Verhandlungspolitik
- Bzgl. Anreiz zu teurerer Versorgungsform
 - Können nur auftreten, wenn es Unterschiede im Preisniveau zwischen den Versorgungsformen gibt.
 - Dies kann durch Preisgestaltung ausgeschlossen oder kontrolliert werden.



Universität Bremen

Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki:
Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung



Allokation: Problem des moral hazard:

- Bzgl. Anreiz zur Maximierung der Leistungsmenge
 - Betrifft nur den ambulanten Bereich, da Heimpflege in diesem Szenario „all inclusive“ ist.
 - Ist im Bereich unterhalb des Sockelbetrags durch die implizite Kostenbeteiligung über den Verlust von Pflegegeld und im Bereich des Sockelbetrags über die Selbstbeteiligung begrenzt.
 - Darüber hinaus ist eine Steuerungslogik erforderlich:
 - Begrenzung der maximalen ambulanten Leistungsbeträge auf die Höhe der stationären Leistungsbeträge, etwa auf Landesniveau.
 - Individuelle Leistungszuordnung mit direkter individueller Festsetzung der notwendigen (und somit zu finanzierenden) Leistungen
 - Oberhalb dieser jeweiligen Grenzen ist wieder eine vollständige Selbstbeteiligung zu erbringen.



Universität Bremen

Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki:
Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung



Bewertung: Distribution – regionale Umverteilung

- Ohne weiteren Steuerungsmechanismus erfolgt eine regionale Umverteilung der Versicherungsleistungen in Richtung des höheren Preisniveaus.
- Für die Zukunft ist aber von einer Nivellierung der Preisniveauunterschiede auszugehen:
 - Geplant: bundeseinheitliches Personalbedarfsverfahren
 - Seit PSG III: Alle Tarife gelten als wirtschaftlich → Angleichung nach oben.

Bewertung: Stabilität

- Höhe der Ausgaben
 - stationär: unverändert/steuerbar,
 - ambulant: kontrollierbar
- Die Lebensstandardsicherung über einen Eigenanteilssockel gelingt nur, wenn dieser fix festgelegt wird, da sonst das Kostenrisiko wieder unkalkulierbar wird.
- Bei einem einheitlichen Sockel für ambulante und stationäre Versorgung gilt: Der stationäre Eigenanteil sinkt, der ambulante steigt (gegenüber den bisherigen mittleren Zuzahlungen). Die Einnahmen der Heime verändern sich dabei nicht.
- Aber: Angleichung von Preisniveaus nach oben führt zu Mehrkosten, die allerdings schon jetzt in der bestehenden Gesetzgebung angelegt sind.

		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 pauschaler, sektoral differenzierter Vergütung	Szenario 3: Individuell bedarfsgerechte Versicherungsleistungen bei modularisierter (Heim)Vergütung



Universität Bremen

Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki:
Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung

Forschungszentrum
Ungleichheit und Sozialpolitik
Rechtliche Ausgestaltung

- **Leistungserbringungsrechtlich:** Im ambulanten und stationären Sektor erfolgt eine modularisierte Erbringung und Abrechnung.
- **Leistungsrechtlich:** In beiden Sektoren werden ungedeckelte Leistungen aus der Pflegeversicherung gezahlt. Die Pflegebedürftigen übernehmen einen pauschalen Zuzahlungssockel.
- Informelle Leistungserbringung im „Pflegeheim“ führen zur Reduktion des Sockels. Wird der Sockel dabei überschritten, kommt es zu Auszahlungen, also einem „Pflegegeld“ auch in Versorgungsformen, die bisher als stationär galten.



Universität Bremen

Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki:
Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung

Forschungszentrum
Ungleichheit und Sozialpolitik

Bewertung: Allokation

- Durch die vollständige Aufhebung der Vollversorgungslogik im stationären Bereich wird es möglich, einzelne Leistungsmodule – analog zum häuslichen Setting – auch im Heim privat erbringen zu lassen.
- Die Bestimmung externalisierbarer Module scheint jedoch sehr komplex in Bezug auf
 - qualifikatorische Anforderungen
 - organisatorische Planbarkeit
 - das Problem eines neuen „grauen“ Arbeitsmarktes
 - Vergütungsregelungen.
- Ein entsprechendes Regelungssystem würde Bundes- und Landesrecht, sowie organisationsspezifische Belange betreffen.

Allokation

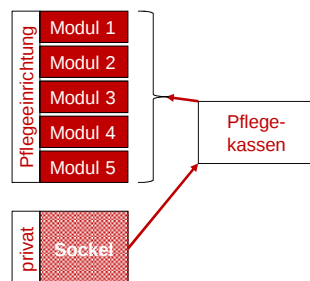
- Das Lebens(zeit)risiko wird vollständig abgefangen. Dabei ist es unerheblich, ob dies über Ansparung, private (Pflicht-)Versicherung oder Sozialversicherung geschieht.
- Bei vollständig gleicher rechtlicher Ausgestaltung beider Bereiche werden sektoral selektive Anreize abgebaut und die Wahl der Versorgungsform kann präferenzgesteuert erfolgen.
- Familien werden stärker in Heimpflege einbezogen.
- Der Abbau der Sektorengrenze kann gelingen.

Allokation: Problem des moral hazard:

- Die in Szenario 2 beschriebenen moral-hazard-Problematiken gelten auch hier. Vor allem bestehen nun *in beiden Sektoren* Anreize, die Leistungsmenge zu maximieren.
- Eine normative Steuerung muss – über absolute Leistungsgrenzen oder **individuelle Leistungszuordnung** – eingebaut werden. Absolute Leistungsbegrenzungen widersprechen jedoch dem leistungsrechtlichen Reformansatz!
- Privat erbrachte Leistungsmodule können finanziell angerechnet werden – in Form einer Reduktion des Eigenanteils.
- Wird der Sockelbetrag überschritten, kommt es zu Barauszahlungen, die dem bisherigen Pflegegeld entsprechen.

• Zahlungsströme

- Die Pflegebedürftigen zahlen den Sockelbetrag an die Kassen.
- Die Kassen finanzieren die bedarfsnotwendigen Module.

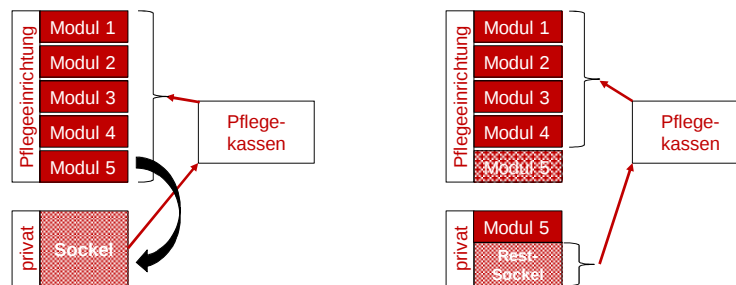


4.3. Szenario 3: Offene Leistungen, modulare Vergütung

41

• Zahlungsströme

- Die Pflegebedürftigen zahlen den Sockelbetrag an die Kassen.
- Die Kassen finanzieren die bedarfsnotwendigen Module.
- Werden Module informell erbracht, reduziert sich die Vergütung an die Pflegeeinrichtung und die Sockelzahlung entsprechend.

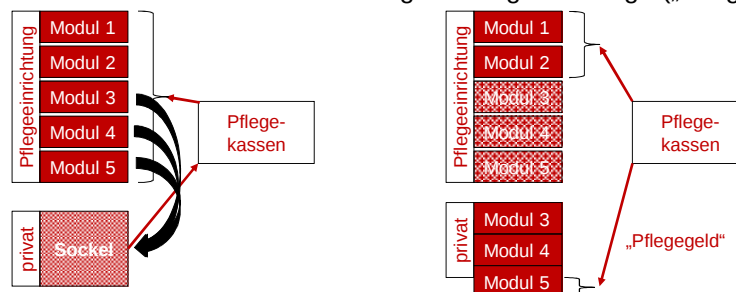


4.3. Szenario 3: Offene Leistungen, modulare Vergütung

42

• Zahlungsströme

- Die Pflegebedürftigen zahlen den Sockelbetrag an die Kassen.
- Die Kassen finanzieren die als bedarfsnotwendigen Module.
- Werden Module informell erbracht, reduziert sich die Vergütung an die Pflegeeinrichtung und die Sockelzahlung entsprechend
- Übersteigt der Wert informellen Leistungserbringung den Sockelbetrag kommt es zu einer Auszahlung an Pflegebedürftige („Pflegegeld“)



Distribution

- Ohne weiteren Steuerungsmechanismus erfolgt eine regionale Umverteilung der Versicherungsleistungen aus Regionen mit niedrigem in Regionen mit hohem Preisniveau.
- Allerdings ist aufgrund schon bestehender (PSG III) und geplanter (Personalbemessungsverfahren) Regelungen mit einer Angleichung der regionalen Vergütungssatzunterschiede zu rechnen.

Stabilität

- Die Kostenwirkung für das Gesamtsystem sind ohne weitere Steuerungsmechanismen unkalkulierbar und hängen davon ab, inwieweit es gelingt, moral hazard zu vermeiden oder einzudämmen.
- Hierzu wird eine Ermittlung bedarfsnotwendiger Leistungen auf individueller Ebene durch einen dazu berufenen Akteur unvermeidbar sein.

Gesamtbewertung

- Die Szenarien 1 und 2 bieten – in Bezug auf die erarbeitete Reformperspektive – jeweils deutliche Verbesserungen gegenüber dem Status quo.
 - Szenario 1 hebt die innovationsfeindliche Fragmentierung der Leistungsbereiche auf
 - Szenario 2 bewirkt die vollständige Aufhebung des individuellen Kostenrisikos und gestaltet die Pflegeversicherung zu einer funktionierenden Sozialversicherung um.
- Szenario 3 kann die Forderungen der Reformperspektive *vollständig* erfüllen, bringt aber die größten praktischen Schwierigkeiten mit sich. Notwendig ist hierbei die Schaffung einer Instanz, die nicht nur Pflegebedürftigkeit bemisst, sondern basierend auf individueller Pflegeplanung Leistungsansprüche zuerkennt.



Universität Bremen

Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki:
Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung**socium**
Forschungszentrum
Ungleichheit und Sozialpolitik

Ende

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.



Universität Bremen

Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki:
Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung**socium**
Forschungszentrum
Ungleichheit und Sozialpolitik