

Pflege ohne Armutsrisiko

**Vorschläge zu einer
Alternativen Ausgestaltung
der Pflegeversicherung**

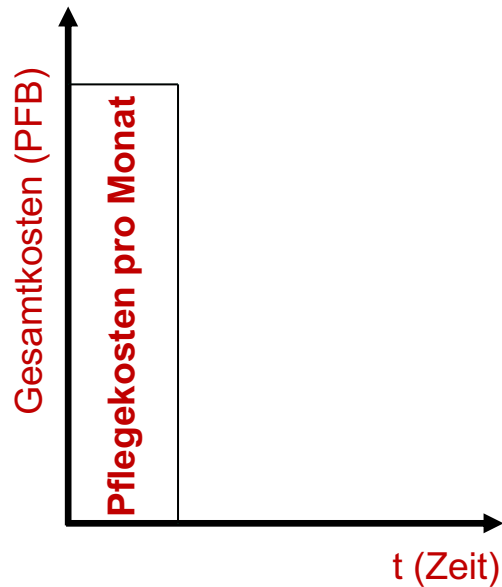
**Forum Gesundheitspolitik
am 10. Juli 2019 in Oldenburg**

Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki
SOCIUM - Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik
Universität Bremen

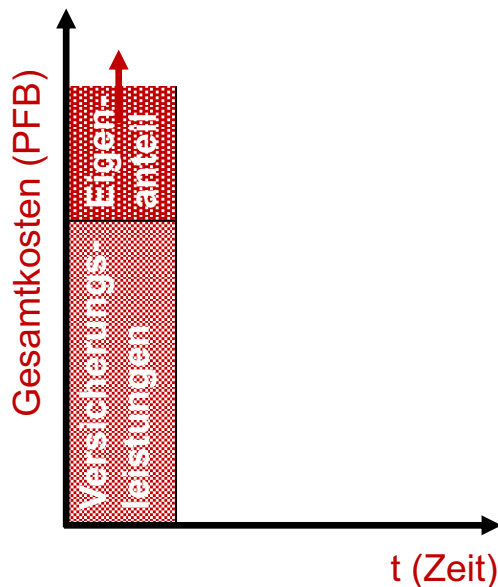
Vorbemerkung

- I. Ausgangspunkt: Warum eine Reform notwendig ist
- II. Reformelement: Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege
- III. Gegen das Armutsrisiko: Der Sockel-Spitze-Tausch
- IV. Ausgestaltungsoptionen
- V. Implikationen
- VI. Fazit

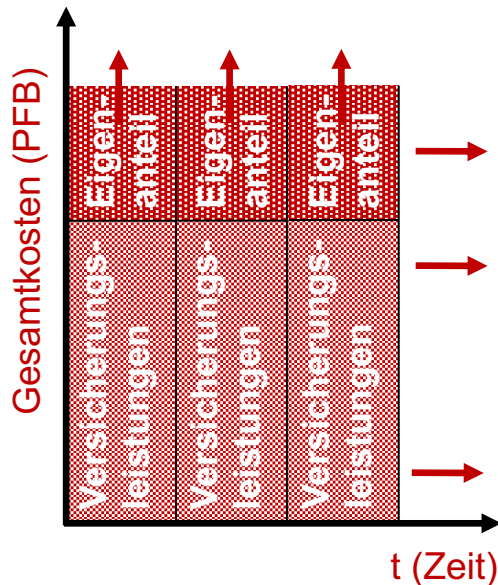
- Beitrag beruht auf dem Gutachten „Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung“ das Heinz Rothgang und ich für die Initiative Pro-Pflegereform erarbeitet und im Juni 2017 vorgelegt haben
→ <https://www.pro-pflegereform.de/gutachten/>
- Gutachten betrachtet zwei Perspektiven:
 - Abbau der Sektorengrenzen in der pflegerischen Versorgung
 - Neuausrichtung der Finanzierung
- Der Impuls heute beschäftigt sich nur mit der Finanzierungsseite – also der Bekämpfung des Armutsrisikos.



- Die Pflegeversicherung ist eine Teilkostenversicherung.
- Es werden – je nach Pflegebedürftigkeit – begrenzte Leistungssätze ausgezahlt.
- Weitere Kosten werden zu 100% privat getragen.



- Die Pflegeversicherung ist eine Teilkostenversicherung.
- Es werden – je nach Pflegebedürftigkeit – begrenzte Leistungssätze ausgezahlt.
- Weitere Kosten werden zu 100% privat getragen.



- Die Höhe der monatlichen Eigenanteile ist nicht begrenzt.
- Die Eigenanteile fallen in jedem Monat des Leistungsbezuges an.

Vorbemerkung

- I. **Ausgangspunkt: Warum eine Reform notwendig ist**
- II. Reformelement: Umfinanzierung der medizinischen
Behandlungspflege
- III. Gegen das Armutsrisiko: Der Sockel-Spitze-Tausch
- IV. Ausgestaltungsoptionen
- V. Implikationen
- VI. Fazit

Die Notwendigkeit einer Systemreform ergibt sich aus zwei wohlbekannten Problemen:

1. **aus steigenden Eigenanteilen**, die die finanziellen Möglichkeiten der Heimbewohner schon heute übersteigen und
2. **aus einer fehlenden Lebensstandardsicherung** der Pflegebedürftigen

- Ziel bei Einführung der Pflegeversicherung war, dass die Pflegeversicherungsleistungen im Durchschnitt ausreichen, um die Pflegekosten zu finanzieren
- 1996 haben die Versicherungsleistungen ausgereicht, um die durchschnittlichen Pflegesätze (zumindest in Stufe I und II) zu finanzieren
- Die fehlende / unzureichende Dynamisierung bis heute hat zu permanent steigenden Eigenanteilen geführt – und das PSG II brachte hier nur eine sehr geringe Entlastung.

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; Rothgang et al. 2017: 29, basierend auf Daten von 11.129 vollstationären Pflegeeinrichtungen im Mai 2017, zur Verfügung gestellt vom vdek.

- Ziel bei Einführung der Pflegeversicherung war, dass die Pflegeversicherungsleistungen im Durchschnitt ausreichen, um die Pflegekosten zu finanzieren
- 1996 haben die Versicherungsleistungen ausgereicht, um die durchschnittlichen Pflegesätze (zumindest in Stufe I und II) zu finanzieren
- Die fehlende / unzureichende Dynamisierung bis heute hat zu permanent steigenden Eigenanteilen geführt – und das PSG II bringt hier nur eine sehr geringe Entlastung.
- Inzwischen sind die Eigenanteil höher als jemals zuvor.

Tabelle 1.4: Entwicklung von Einnahmekomponenten für Pflegeheime

Quartale	Ø Eigenanteil oder einrichtungseinheitlicher Eigenanteil	Unterkunft	Verpflegung	Investitionskosten	Ø Leistung nach § 43 SGB XI	Gesamt
in Euro						
1/2015	483	402	315	436	1.272	2.907
2/2015	493	404	317	436	1.272	2.922
3/2015	510	406	319	437	1.272	2.944
4/2015	519	408	323	438	1.272	2.959
1/2016	533	412	329	439	1.267	2.979
2/2016	546	414	332	439	1.267	2.998
3/2016	559	416	334	440	1.267	3.017
4/2016	584	419	337	440	1.267	3.047
1/2017	548	417	284	461	1.404	3.113
2/2017	553	418	284	461	1.404	3.119
3/2017	562	425	285	462	1.404	3.137
4/2017	575	427	287	462	1.404	3.154
1/2018	591	430	287	463	1.404	3.175
2/2018	602	431	289	464	1.404	3.189

Quelle: BARMER
Pflegerreport 2018: 33

Quelle: eigene Berechnungen basierend auf den Daten von 10.071 vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß Angaben im Pflgelotsen, freundlicherweise zur Verfügung gestellt vom vdek

Anmerkung: Zur Berechnung für den Zeitraum von 1999 bis 2015 wurden die Angaben zu Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten aus dem letztjährigen Pflgerreport (Rothgang et al. 2017: 139) zu den durchschnittlichen Eigenanteilen aus Tabelle 1.2 addiert. Für die resultierende Zeitreihe wurde das geometrische Mittel berechnet.

- Geplante Maßnahmen zur Verbesserung der Entlohnung und Personalstruktur werden die Eigenanteile deutlich steigen lassen, da die Dynamisierungsregeln des § 30 SGB XI dafür nicht ausgelegt sind
- Nächste planmäßige Leistungsdynamisierung ist 2020/21
→ in den nächsten Jahren werden die Eigenanteile weiter steigen
- Beide Maßnahmen sind allerdings dringend notwendig, um die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen und so den Pflegenotstand abzuwenden.
- **Ohne systematischen Gegenmaßnahmen werden die Eigenanteile explodieren!**

- Der deutsche Sozialstaat klassifiziert im internationalen Vergleich als „konservativer Sozialstaat“.
- Ziel eines konservativen Sozialstaats ist nicht nur die die Armutsvermeidung (liberaler Sozialstaat) und auch nicht nur die Umverteilung (sozialdemokratischer Sozialstaat), sondern die Lebensstandardsicherung.
- Lebensstandardsicherung impliziert, dass sich „Leistung lohnt“ und der einmal erreichte soziale Status gegen soziale Risiken abgedeckt wird.
- Bei Alter und Krankheit ist dies dem Grunde nach gewährleistet, bei Pflege nicht.

- Gesetzliche Pflegeversicherung ist Teilleistungssystem. Oberhalb der pauschalen bzw. gedeckelten Leistungen ist der Eigenanteil 100%.
- Lebensstandardsicherung wäre nur möglich, wenn die „Lücke“ durch Sparen oder Versicherung geschlossen werden kann. GAP-Versicherungen sind nicht im Angebot.
- Private Pflegetagegeldversicherungen können Lücke nicht schließen, weil deren Höhe unbekannt ist.
- Lebensstandardsicherung ist auch bei privater Zusatzversicherung nicht möglich, da die Höhe des Risikos (der Lücke) bei Vertragsabschluss nicht bekannt ist.

Vorbemerkung: Die Initiative Pro-Pflegereform

I. Ausgangspunkt: Warum eine Reform notwendig ist

**II. Reformelement: Umfinanzierung der medizinischen
Behandlungspflege**

III. Gegen das Armutsrisiko: Der Sockel-Spitze-Tausch

IV. Ausgestaltungsoptionen

V. Implikationen

VI. Fazit

- Medizinische Behandlungspflege gehört systematisch in den „cure“ und nicht in den „care“-Bereich.
- In häuslicher Pflege wird sie als „häusliche Krankenpflege“ sachgerecht von der GKV finanziert.
- In stationärer Pflege ist die „medizinische Behandlungspflege“ in den Leistungssätzen der Pflegeversicherung enthalten.
- Da die Versicherungsleistungen aber deutlich niedriger sind als die Pflegesätze zahlen die Pflegebedürftigen ihre Behandlungspflege de facto selbst.

- Eine Verlagerung der Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege von der Pflege- in die Krankenversicherung
 - führt zu einer sachgerechten Zuordnung zum „cure“-Bereich
 - beseitigt die Ungleichbehandlung der Settings
 - erhält den Versicherten ihren Versicherungsanspruch.
- Realisierungsmöglichkeiten (gerade in Diskussion):
 - Pauschale Umfinanzierung aus der GKV in die SPV **oder**
 - Heime erbringen die Leistungen und rechnen diese individuell mit den Krankenkassen ab
 - Heimentgelte werden um diese Beträge gekürzt
→ Pflegebedürftige werden entlastet.

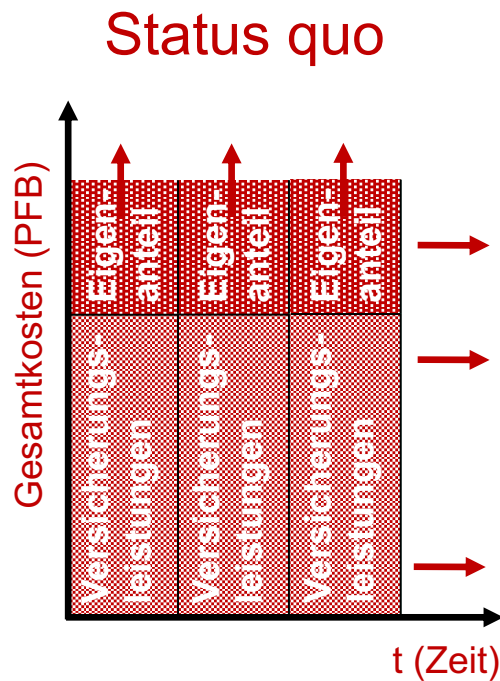
- Ausgaben für medizinische Behandlungspflege werden auf 2-3 Mrd. Euro geschätzt. Durch Umfinanzierung können Heimbewohner um 200-300 Euro im Monat entlastet werden.
- Die Regelung im Koalitionsvertrag ist wenig geeignet:
 - Kosten für 13 Tsd. Stellen für medizinische Behandlungspflege in Heimen liegen bei 650 Mio. Euro und decken die Kosten der medizinischen Behandlungspflege nur teilweise
 - Es ist sehr unwahrscheinlich, dass die 13 Tsd. Stellen mit Fachkräften besetzt werden können.
 - Die Zuflüsse aus der GKV werden nicht zur Entlastung der Heimbewohner eingesetzt, sondern zur Finanzierung notwendiger Personalverbesserungen, die SPV-finanziert sein sollten

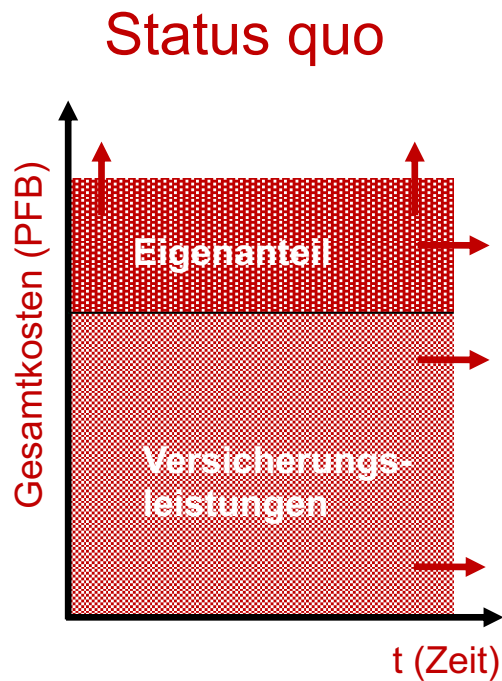
Vorbemerkung: Die Initiative Pro-Pflegereform

- I. Ausgangspunkt: Warum eine Reform notwendig ist
- II. Reformelement: Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege
- III. Gegen das Armutsrisiko: Der Sockel-Spitze-Tausch**
- IV. Ausgestaltungsoptionen
- V. Implikationen
- VI. Fazit

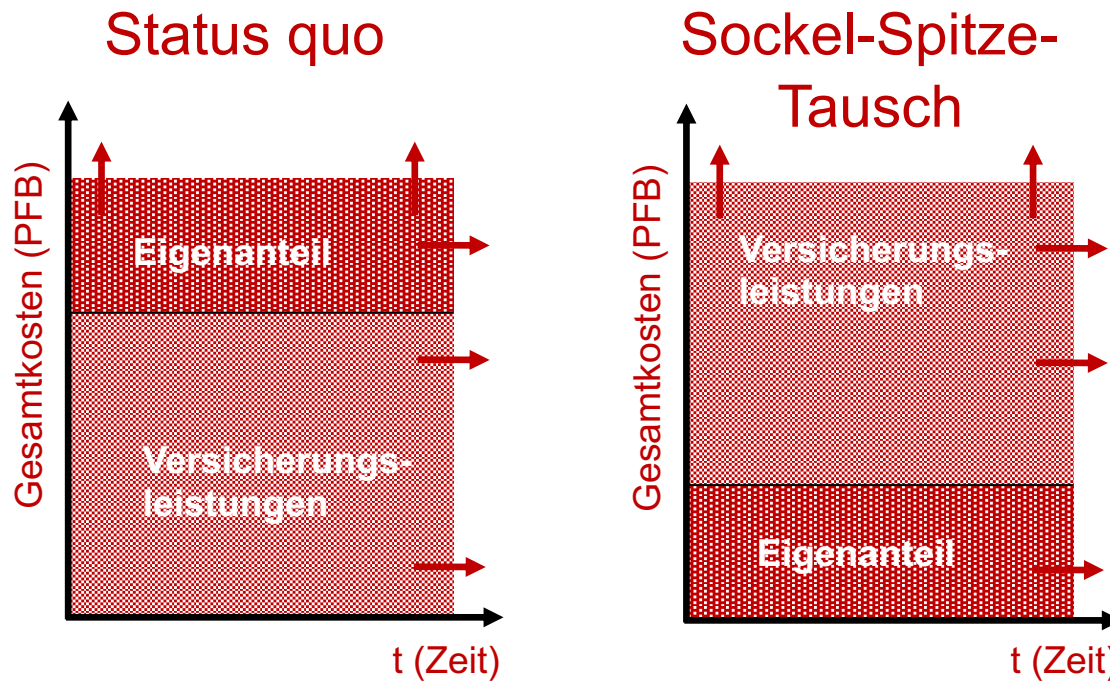
- Status quo
 - In der aktuellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung liegt der Eigenanteil der Pflegebedürftigen, der die pauschalen Leistungen des SGB XI übersteigt, bei 100%.
 - Dies bedeutet ein zweidimensionales Kostenrisiko:
 - ein periodisches (monatliches) Kostenrisiko in potentiell unbegrenzter Höhe, das direkt vom Pflegebedarf abhängig ist
 - ein Risiko der unbekanntenen Anzahl der Perioden (Lebensdauer).
 - In Kombination führen die beiden Dimensionen zu einem unbekanntem absoluten finanziellen Risiko.
 - Dieses ist weder in der Sozialversicherung abgesichert, noch durch private Zusatzversicherungen oder Ansparungen absicherbar.
 - Im Ergebnis führt die Pflegeversicherung also dazu, dass die finanziellen Folgen des sozialen Risikos Pflegebedürftigkeit um einen Absolutbetrag verringert werden.

- Eine Absicherung gegen das eigentliche finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit ist aber *nicht gegeben*.
- Es gibt zum heutigen Datum keine Form der privaten Absicherung, die dagegen eingesetzt werden kann.
- Soll also am Ziel einer Lebensstandardsicherung festgehalten werden, ist eine Systemreform notwendig, die verhindert
 - dass die Eigenanteile weiter steigen,
 - Qualitätsverbesserungen vollständig zu Lasten der Pflegebedürftigen gehen und
 - Pflegebedürftigkeit ein *unkalkulierbares* finanzielles Risiko beinhaltet.

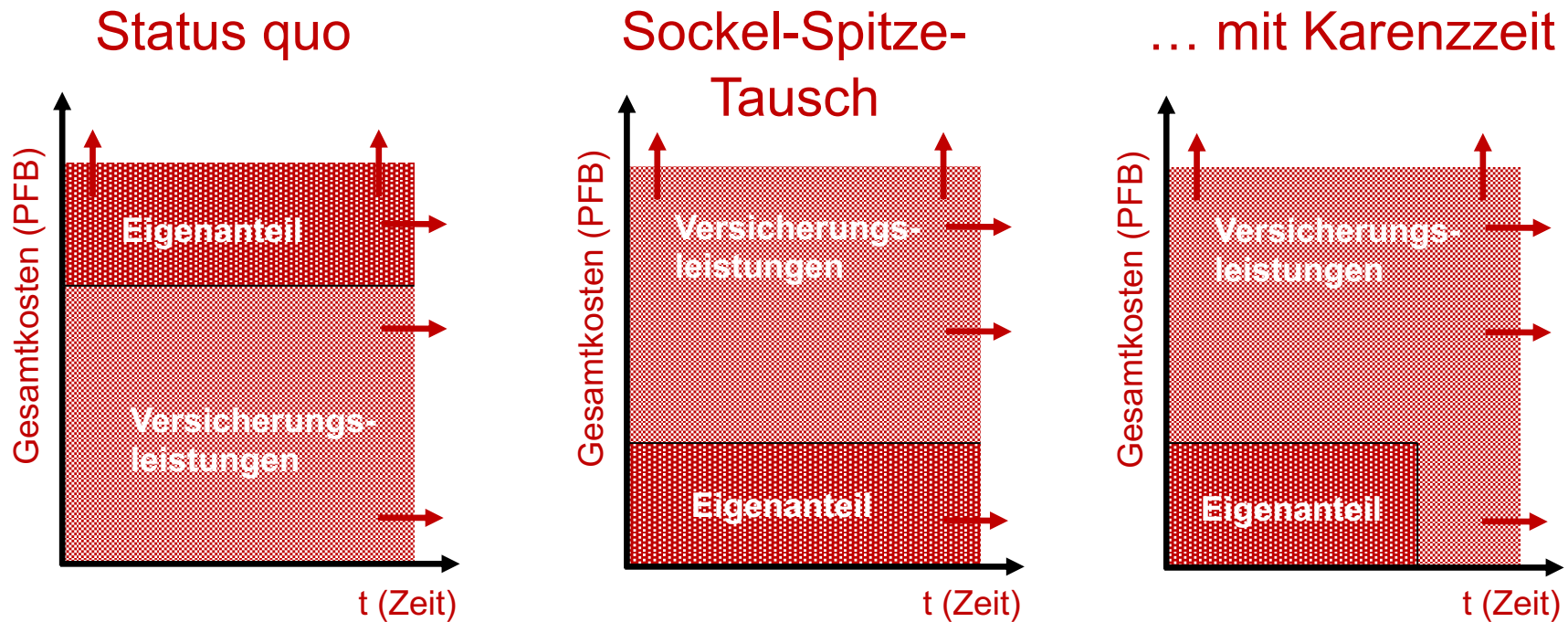




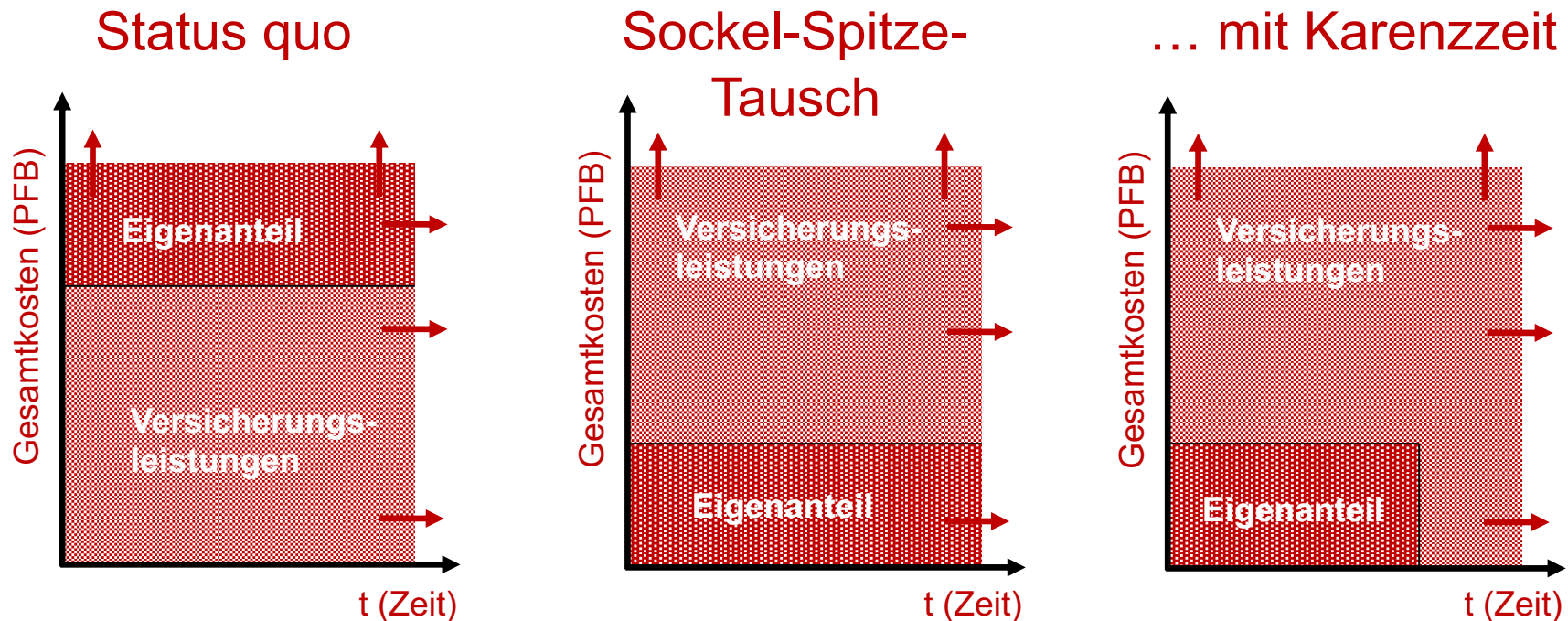
- Grundidee: Austausch von Finanzierungssockel und Finanzierungsspitze



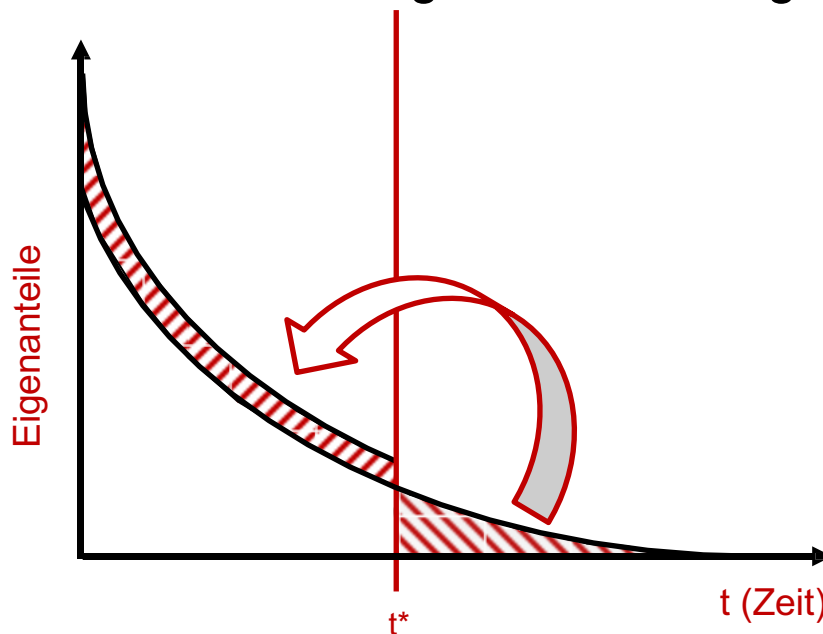
- Grundidee: Austausch von Finanzierungssockel und Finanzierungsspitze
- Zur vollständigen Absicherung des Pflegerisikos ist jedoch zusätzlich eine zeitliche Komponente erforderlich.



- Grundidee: Austausch von Finanzierungssockel und Finanzierungsspitze
- Zur vollständigen Absicherung des Pflegerisikos ist jedoch zusätzlich eine zeitliche Komponente erforderlich.
- Nur diese absolute Begrenzung des Eigenanteils in *beiden* Dimensionen ermöglicht Lebensstandardabsicherung.



- 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 werden nun in einen gleichmäßigen Zuschlag zu den bestehenden Eigenanteilen im gesetzten Zeitraum transformiert



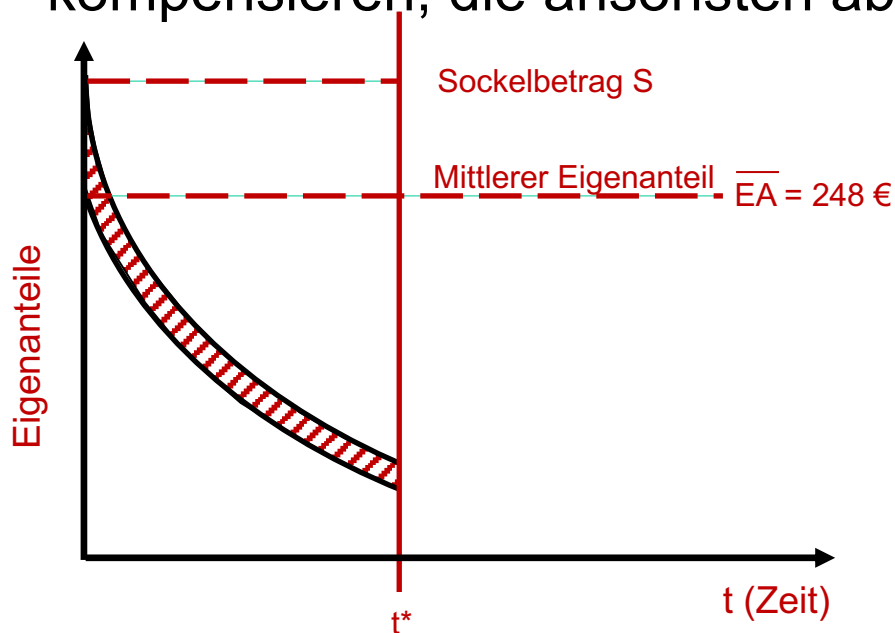
- Der Zeitraum bis t^* kann auch als Karenzzeit angesehen werden, danach entfallen Eigenanteile und die Versicherung übernimmt die gesamten Kosten.

Vorbemerkung: Die Initiative Pro-Pflegereform

- I. Ausgangspunkt: Warum eine Reform notwendig ist
- II. Reformelement: Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege
- III. Gegen das Armutsrisiko: Der Sockel-Spitze-Tausch
- IV. Ausgestaltungsoptionen**
- V. Implikationen
- VI. Fazit

- Die Höhe des Sockels kann politisch gesetzt werden:
 - Sockelbetrags entspricht den derzeitigen privat finanzierten Leistungen → Ausgabenneutralität für die SPV

- Die für Pflegebedürftige im Jahr 2017 zu zahlenden durchschnittlichen Eigenanteile lagen bei 580 € / Monat bei stationärer und ca. 125 € in ambulanter Versorgung. Das gewogene Mittel wurde 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^* .

Gemeinsame Annahmen:
Überlebensdauern in Pflege gemäß Kassendaten
Eigenanteile in häuslicher Pflege 125 Euro

Ohne Umfinanzierung MBP
Eigenanteil stationär: 580 Euro
Gemittelter Eigenanteil: 248

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

mit Umfinanzierung MBP
Eigenanteil stationär: 350 Euro
gemittelter Eigenanteil: 186

t* (in Monaten)	Sockelbetrag (in €)
12	885
24	482
36	352
48	291
60	257
72	236

- Die Höhe des Sockels kann politisch gesetzt werden:
 - Sockelbetrags entspricht den derzeitigen privat finanzierten Leistungen → Ausgabenneutralität für die SPV
 - Sockel von Null → **Vollversicherung**
→ Beitragssatzanstieg: 0,7 Beitragssatzpunkte
 - Jeder Betrag zwischen Null und dem derzeitigen Betrag
 - Unverzichtbar ist, dass der Sockel zeitlich fix gesetzt wird, um so Planbarkeit zu gewährleisten.
- Das „Risiko“ für Qualitätsverbesserungen (samt Kostenfolgen) trägt dann die **Versichertengemeinschaft** und nicht mehr die **Pflegebedürftigen**.

Vorbemerkung: Die Initiative Pro-Pflegereform

- I. Ausgangspunkt: Warum eine Reform notwendig ist
- II. Reformelement: Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege
- III. Gegen das Armutsrisiko: Der Sockel-Spitze-Tausch
- IV. Ausgestaltungsoptionen
- V. Implikationen**
- VI. Fazit

- **Distribution**
 - Im stationären Sektor fließen zunächst verstärkt Mittel in hochpreisige Einrichtungen. Das ist im Sinne besserer Personalausstattung und höherer Löhne durchaus gewollt.
 - Regional fließen zunächst Mittel von Ost nach West. Dieser Effekt wird durch bundesweites Personalbemessungsverfahren und flächendeckende Tariflöhne eingedämmt.
- **Allokation: Moral Hazard-Problematik: Vollversicherung in der Spitze führt zur Gefahr der Überinanspruchnahme durch**
 - Wahl eines (zu) teuren Anbieters
 - Wahl einer (zu) teuren Versorgungsform
 - Ausweitung der Leistungsmenge

- **Lösungen bezüglich des Anreizes 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
- **Lösungen bezüglich des Anreizes zu teurerer Versorgungsform**
 - Können nur auftreten, wenn es Unterschiede im Preisniveau zwischen den Versorgungsformen gibt.
 - Dies wird durch Preisgestaltung ausgeschlossen oder kontrollierbar.

- **Lösungen bezüglich des Anreizes zur Maximierung der Leistungsmenge**
 - Betrifft nur den ambulanten Bereich, da Heimpflege in diesem Szenario „all inclusive“ ist.
 - Hier ist nun eine neue Steuerungslogik erforderlich, die:
 - Individuell Leistungen zuordnet, die
 - eine direkte individuelle Festsetzung der notwendigen (und somit zu finanzierenden) Leistungen vornimmt.
 - Hierzu ist eine eigene Instanz für die Zuweisung (ein „neuer MDK“?) erforderlich und ggf. auch eine Instanz, die die Leistungsorganisation für die Pflegebedürftigen (ein Case-Management) vornimmt.

Vorbemerkung: Die Initiative Pro-Pflegereform

- I. Ausgangspunkt: Warum eine Reform notwendig ist
- II. Reformelement: Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege
- III. Gegen das Armutsrisiko: Der Sockel-Spitze-Tausch
- IV. Ausgestaltungsoptionen
- V. Implikationen
- VI. Fazit

1. Derzeitige Ausgestaltung der Pflegeversicherung gewährt keine Lebensstandardsicherung.
2. Eigenanteile in Pflegeheimen werden dramatisch steigen und zu Überforderung der Heimbewohner führen.
3. Diskretionäre Leistungsanhebungen reichen nicht aus, notwendig ist eine Systemreform
4. Der „Sockel-Spitze-Tausch“
 - verhindert die finanzielle Überforderung der Heimbewohner
 - ermöglicht Lebensstandardsicherung
 - beseitigt eine Situation, bei der jede Qualitätsverbesserung zu Lasten der Heimbewohner geht
 - verteilt finanzielle Belastungen aufgrund von Qualitätssteigerungen auf viele Pflegeversicherte und nicht wenige Pflegebedürftige.

5. Zentrales Problem des Sockel-Spitze-Tauschs ist die moral hazard-Problematik bei häuslicher Pflege.
6. Solange an der Sektorentrennung festgehalten wird, kann dieser Problematik durch absolute Obergrenzen in Anlehnung an stationäre Leistungen begegnet werden.
7. Spätestens wenn die Sektorengrenzen aufgehoben werden, müssen die notwendigen Pflegeleistungen auf individueller Ebene ermittelt werden – wie dies in anderen Ländern geschieht und bei uns in der KV.
8. Eine individuelle Leistungsbedarfsermittlung hat in Bezug auf Case Management auch viele Vorteile. Hierzu wird aber ein „neuer MDK“ benötigt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!