GUTACHTEN

«Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur»

von
Prof. Dr. Heinz Rothgang
Dipl.-Gerontologe Thomas Kalwitzki

Pflege pro reform

Auftraggeber: Initiative Pro-Pflegereform
www.pro-pflegereform.de

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis 2

Zusammenfassung 5

1 Einleitung 6

2 Ausgangspunkt und Reformperspektiven 6

2.1 Sektorale Fragmentierung von ambulanter und stationärer Versorgung 6

2.2 Pauschale, gedeckelten Versicherungsleistungen in der Pflegeversicherung 9

3 Bewertungskriterien 12

4 Reformszenarien im Überblick 13

4.1 Reformperspektive Aufhebung der Sektorentrennung 13

4.2 Reformperspektive Aufhebung des individualisierten Kostenrisikos durch Umkehrung des Verhältnisses von Versicherungsleistung und Eigenanteil 15

4.3 Resultierende Reformszenarien durch Kombination der beiden Reformperspektiven 18

5 Szenario 1: Aufhebung der sektoralen Fragmentierung bei pauschalen, gedeckelten Versicherungsleistungen 19

5.1 (Rechtliche) Ausgestaltung des Reformszenarios 19

5.1.1 Leistungsrechtliche Ausgestaltung 20

5.1.2 Leistungserbringungsrechtliche Ausgestaltung 22

5.1.3 Ordnungsrecht 25

5.1.3.1 Szenario 1a: Abwahllogik: Möglichkeit zur Reduktion des Eigenanteils 25

5.1.3.2 Szenario 1b: Zuwahllogik: Aufhebung der sektoralen Fragmentierung und der Vollversorgung 26

5.2 Allokation 26

5.2.1 Ressourcenallokation und gewählte Versorgungsform 26
5.2.2 Risikoallokation 27
5.3 Distribution 28
5.4 Stabilität 28
5.4.1 Medizinische Behandlungspflege 28
5.4.2 Weitere finanzielle Folgen für die Pflegeversicherung 29
5.4.3 Personelle Stabilisierung 30
5.5 Bewertung 30
6 Szenario 2: Beibehaltung der sektoralen Fragmentierung bei individuell bedarfsgerechten Versicherungsleistungen und einem (zeitlich begrenzten) Eigenanteilssockel 31
6.1 (Rechtliche) Ausgestaltung 32
6.1.1 Leistungsrechtliche Ausgestaltung 32
6.1.1.1 Konzeptionelle Grundlegung 32
6.1.1.2 Parametrisierung 35
6.1.2 Leistungserbringungsrechtliche Ausgestaltung 39
6.1.3 Ordnungsrecht 40
6.2 Allokation 40
6.2.1 Moral Hazard 41
6.2.1.1 Maximierung der individuellen Leistungsmengen 42
6.2.1.1.1 Absoluter oberer Grenzwert 44
6.2.1.1.2 Individuelle Leistungszuordnung 44
6.2.1.2 Auswahl teurerer Anbieter 45
6.2.1.3 Auswahl einer teureren Versorgungsform 46
6.2.2 Risikoallokation 47
6.3 Distribution 47

6.4 Stabilität 48
6.5 Bewertung 49
7 Szenario 3: Aufhebung der sektoralen Fragmentierung bei individuell bedarfsgerechten Versicherungsleistungen und einem zeitlich begrenzten Eigenanteils-Sockel 50
7.1 (Rechtliche) Ausgestaltung 51
7.1.1 Leistungsrechtliche Ausgestaltung 51
7.1.2 Leistungserbringungsrechtliche Ausgestaltung 53
7.1.3 Ordnungsrecht 53
7.2 Allokation 54
7.2.1 Moral Hazard 54
7.2.2 Risikoallokation 55
7.3 Distribution 55
7.4 Stabilität 56
7.5 Bewertung 56
8 Fazit 57
9 Literatur 58

Zusammenfassung

Die Ausgestaltung der Pflegeversicherung weist auch nach den aktuellen Reformen noch zwei wesentliche Strukturprobleme auf, die in diesem Gutachten adressiert werden: Erstens ist die Fragmentierung der Versorgung in einen stationären und einen ambulanten Sektor so umfassend rechtlich verankert, dass hierdurch Versorgungsinnovationen *zwischen* den Sektoren verhindert werden. Zweitens führt das Leistungssystem durch pauschale Leistungshöhen, die regelmäßig nicht kostendeckend sind, und einen 100prozentigen Eigenanteil für darüber hinausgehende Pflegekosten zu einem unkalkulierbaren Kostenrisiko durch Pflegebedürftigkeit. Die Pflegeversicherung kann daher keine Lebensstandardsicherung gewährleisten und diese Aufgaben einer Sozialversicherung nicht erfüllen.

Diesen beiden Defiziten kann durch zwei unabhängige, aber kombinierbare Reformperspektiven begegnet werden. Zur Aufhebung der *sektoralen Fragmentierung* sollen die leistungsrechtlichen, leistungserbringungsrechtlichen und ordnungsrechtlichen Unterschiede zwischen den Sektoren aufgehoben werden, so dass formelle Pflege unabhängig vom Ort der Pflege unter gleichen Regeln erfolgen kann. Dies führt dazu, dass die bisherige Abgrenzung von ambulanter und stationärer professioneller Pflege durch eine Unterscheidung entlang der Trennlinie „Pflege“ und „Wohnen“ ersetzt und Freiraum für innovative Formen der Leistungserbringung geschaffen wird (Szenario 1).

Wird das derzeit individuell zu tragende Kostenrisiko der Pflegebedürftigkeit auf die Gemeinschaft der Versicherten oder Leistungsbezieher verlagert, indem die Eigenanteile als Sockelbeträge ausgestaltet und in Höhe und Laufzeit begrenzt werden, kann für die finanziellen Folgen des allgemeinen Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit vorgesorgt werden. Erst hierdurch wird die Pflegeversicherung zu einer funktionsfähigen Sozialversicherung umgestaltet, die Lebensstandardsicherung ermöglicht. Dies ist ohne Mehrausgaben der Pflegeversicherung möglich, aber auch bei Erhöhung der Versicherungsleistungen bis hin zu einer Pflege-Vollversicherung deren Einführung unter aktuellen Rahmenbedingungen eine Beitragssatzsteigerung von rund 0,7 Prozentpunkten erfordert (Szenario 2).

In Kombination beider Reformperspektiven entsteht eine weiterentwickelte Pflegeversicherung, die bei individuell bedarfsgerechten Leistungshöhen der Pflegeversicherung unabhängig vom Ort der Pflege eine Verarmung der Pflegebedürftigen durch ihre Eigenanteilszahlungen ausschließt. Dabei wird sowohl die Entwicklung innovativer Versorgungsformen ermöglicht, als auch die vollständige Absicherung der Pflegebedürftigen sichergestellt. Praktische Schwierigkeit in diesem Fall ist jedoch die Notwendigkeit einer individuellen Leistungszuordnung für jeden Pflegebedürftigen, die erforderlich ist, um das ansonsten bestehende Kostenrisiko kontrollierbar zu machen (Szenario 3).

1 Einleitung

Die Einführung der Pflegeversicherung vor mehr als zwanzig Jahren muss als ein großer sozialpolitischer Erfolg angesehen werden. Allerdings war diese neue Sozialversicherung von Anfang an durch mehrere „Geburtsfehler“ belastet (Rothgang 2015a). Hierzu gehören insbesondere

- die Einführung der „Pflegevolksversicherung“ (Bundesverfassungsgericht) in zwei Säulen, mit der die problematische Dualität des Krankenversicherungssystems (Rothgang/Jacobs 2013a) auf die Pflegeversicherung übertragen wurde (Rothgang 2015b),
- der (zu) enge Pflegebedürftigkeitsbegriff, der erst zwanzig Jahre später mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) korrigiert werden konnte (Rothgang/Kalwitzki 2015),
- die strikte ordnungs-, leistungs- und leistungserbringungsrechtliche *sektorale Fragmentierung des Versorgungssystems in ambulante und stationäre Pflege* und
- die leistungsrechtlich *unzureichende Absicherung*, die eine *Lebensstandardsicherung* in Bezug auf das Pflegerisiko eben *nicht* gewährleistet.

Wie und inwieweit die beiden letztgenannten Systemfehler behoben werden können, ist Gegenstand dieses Gutachtens.

Zur Behandlung dieser Thematik wird nachfolgend zunächst auf diese beiden Problemfelder eingegangen und jeweils eine Reformperspektive entwickelt (Abschnitt 2). Um die Vor- und Nachteile dieser Reformperspektiven diskutieren zu können, werden in Abschnitt 3 Bewertungskriterien für „public policies“ vorgestellt. Im Hauptteil werden aus den Reformperspektiven drei Reformszenarien abgeleitet (Abschnitt 4), die dann im Einzelnen beschrieben und bewertet werden (Abschnitt 5 bis 7). Das Gutachten schließt mit einem zusammenfassenden Fazit (Abschnitt 8).

2 Ausgangspunkt und Reformperspektiven

Zu den zentralen Geburtsfehlern der Pflegeversicherung gehören insbesondere die Fragmentierung von ambulanter und stationärer Versorgung (Abschnitt 2.1) und die fehlende Lebensstandardsicherung durch pauschale, gedeckelte Versicherungsleistungen (Abschnitt 2.2).

2.1 Sektorale Fragmentierung von ambulanter und stationärer Versorgung

Die Setzung der Leistungssätze der Pflegeversicherung war bei deren Einführung von verschiedenen Gesichtspunkten bestimmt. In der *häuslichen Pflege* waren bereits mit dem Gesundheitsreformgesetz vom Dezember 1988 Leistungsverpflichtungen in das SGB V aufgenommen worden. Nachdem

Leistungen bei Urlaub oder Verhinderung der Pflegeperson (§ 56 SGB V alte Fassung) bereits seit 1989 gewährt wurden, sind die quantitativ bedeutsameren Pflegesachleistungen nach § 55 SGB V a.F. und das Pflegegeld nach § 57 SGB V a.F. seit dem 1.1.1991 hinzugekommen. Die maximalen Leistungshöhen von monatlich 400 DM (Pflegegeld) bzw. 750 DM (Pflegesachleistungen) wurden bei Einführung der Pflegeversicherung dann für Pflegestufe I übernommen (während die Leistungsbezieher automatisch in die neue Pflegestufe II übergeleitet wurden). Damit war der Ankerpunkt für Geld- und Sachleistungen schon bestimmt. Im stationären Bereich stand dagegen das Ziel, möglichst viele Menschen aus dem Bezug von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen herauszulösen, im Vordergrund. Dies sprach für einen möglichst hohen Leistungsbetrag in Pflegestufe I. Da zudem der durchschnittliche Leistungsbetrag – aus Gründen der Kostenbegrenzung, die in den internen Koalitionsgesprächen eine entscheidende Rolle spielten, – auf 2.500 DM pro Monat festgelegt worden war, ergaben sich auch hier die – zwischen den Pflegestufen nur gering gespreizten – Leistungshöhen quasi von selbst (Rothgang 1997). Die resultierenden Leistungshöhen zeigten große Unterschiede in den Leistungsbeträgen für die Pflegestufen I und II, in die immerhin (Stand: 2015) 58 % (Pflegestufe I) bzw. 31 % (Pflegestufe II), insgesamt also 89 % der Pflegebedürftigen fallen (Tabelle 1).

Tabelle 1: Leistungshöhen nach Inkrafttreten der Pflegeversicherung (€ / Monat)

	(1) Pflegesach-leistungen (§ 36 SGB XI)	(2) Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	(3) = (2) – (1) Differenz der Beträge	(4) = (3) / (2) Differenz der Beträge als Anteil
Pflegestufe I	384	1.023	639	62%
Pflegestufe II	921	1.279	358	28%
Pflegestufe III	1.432	1.432	0	0%
Härtefälle	1.918	1.688	-230	-14%

Die differenzierten Leistungssätze zementieren die Trennung der Sektoren: Da sich die Leistungsansprüche derart unterscheiden, ist es für jede Pflegeleistung zentral zu bestimmen, ob sie in den ambulanten oder den stationären Sektor fällt. Diese Notwendigkeit wird durch ordnungsrechtliche Anforderungen (Heimaufsicht) und sektorspezifische leistungserbringungsrechtliche vertragliche Regelungen – etwa zur Qualitätssicherung, aber auch zur Vergütung – noch verschärft.

In der tatsächlichen Versorgung nähern sich die Versorgungsstrukturen dagegen an. Pflegeheime öffnen sich in ihr Quartier und mit betreutem Wohnen, gemeinschaftlichem Wohnen, Wohngruppen, Alten-WGs, Stadtteilhäusern etc. ist eine Vielzahl von Versorgungsformen im Zwischenraum der klassischen Sektoren entstanden, die inzwischen auch durch Anschubförderungen, Umbauprämien etc.

öffentlich gefördert werden. Die strikte Sektorentrennung erweist sich dabei zunehmend als dysfunktional, etwa wenn Wohngruppen dagegen kämpfen müssen, nicht unter das Heimgesetz zu fallen und die Entwicklung innovativer Versorgungsformen so behindert wird. Die sektorale Segmentierung erschwert damit die Entwicklung innovativer Versorgungskonzepte zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Schon die als „Rürup-Kommission" bezeichnete Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme hat daher die Angleichung der Leistungssätze im ambulanten und stationären Sektor als sinnvolles Element der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung diskutiert (BMGS 2003, Kapitel 5). Allerdings wurden diese Vorschläge damals letztendlich wieder verworfen, weil die Leistungshöhen in den beiden Sektoren zu unterschiedlich waren (s. Tabelle 1), eine „Angleichung nach oben" sehr teuer geworden wäre und eine „Angleichung zur Mitte" erhebliche Leistungsverschlechterungen für bestimme Leistungskonstellationen bedeutet hätte. Nach Inkrafttreten der einschlägigen Normen des PSG II zum 1.1.2017 sind diese Leistungsunterschiede aber deutlich verringert (Tabelle 2).

Tabelle 2: Leistungshöhen nach Inkrafttreten des PSG II (€ / Monat)

	(1) Pflegesach-leistungen	(2) Vollstationäre Pflege	(3) = (2) – (1) Differenz der Beträge	(4) = (3) / (2) Differenz der Beträge als Anteil
Pflegegrad 1	125	125	0	0
Pflegegrad 2	689	770	81	11 %
Pflegegrad 3	1.298	1.262	-36	3 %
Pflegegrad 4	1.612	1.775	163	-9 %
Pflegegrad 5	1.995	2.005	10	0 %

Dies gilt umso mehr als in der häuslichen Pflege seit Inkrafttreten des PSG I zum 1.1.2015 neben den Pflegesachleistungen noch andere, ergänzende Leistungen (teilstationäre Leistungen, Verhinderungspflege etc.) in Anspruch genommen werden können, ohne dass sich der Pflegegeld- und/oder Pflegesachleistungsanspruch reduziert und so für ein ambulantes Pflegearrangement deutlich höhere Leistungsbeträge als in der stationären Pflege resultieren können. Daher ist es inzwischen leistungsrechtlich viel leichter möglich, die Sektorengrenzen abzubauen als zu Zeiten der Rürup-Kommission.

Die *Reformperspektive* in Bezug auf die Aufhebung der Fragmentierung der Versorgung besteht somit darin, die leistungsrechtlichen, leistungserbringungsrechtlichen und ordnungsrechtlichen Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Versorgung abzubauen und damit bei Einführung gleicher Leistungen für formelle Pflege unabhängig vom Ort der Pflege die sektorale Fragmentierung aufzuheben, die derzeit innovativen Versorgungsangeboten entgegensteht.

2.2 Pauschale, gedeckelten Versicherungsleistungen in der Pflegeversicherung

Um die Ausgaben des neuen Sozialversicherungssystems zu begrenzen, wurde im Pflege-Versicherungsgesetz eine Reihe von Maßnahmen ergriffen (Pabst / Rothgang 2000). Dazu gehört insbesondere auch, dass die Leistungen der Pflegeversicherung durchgängig als gedeckelte Zuschüsse oder als Pauschalen ausgestaltet wurden. Im programmatischen Teil des SGB XI wird hierzu ausgeführt:

> „Bei häuslicher und teilstationärer Pflege ergänzen die Leistungen der Pflegeversicherung die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung. Bei teil- und vollstationärer Pflege werden die Pflegebedürftigen von Aufwendungen entlastet, die für ihre Versorgung nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind (pflegebedingte Aufwendungen), die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst“ (§ 4 Abs. 2 SGB XI).

Leistungen der Pflegeversicherung haben somit in häuslicher Pflege ausdrücklich einen *ergänzenden* Charakter und sind auch im stationären Sektor *nicht kostendeckend*. Allerdings stellt die Formulierung des zweiten Satzes zunächst nur fest, dass bei stationärer Pflege die Kosten für Unterkunft und Verpflegung vollständig vom Pflegebedürftigen zu tragen sind, lässt aber offen, ob die Pflegebedürftigen vollständig oder nur teilweise von den Pflegekosten entlastet werden sollen. Tatsächlich lagen die durchschnittlichen pflegebedingten Kosten bis zum Inkrafttreten des PSG II derzeit in allen Pflegestufen deutlich über den Leistungssätzen der Pflegeversicherung (vgl. Rothgang et al. 2015: 110). Mit Inkrafttreten der einschlägigen Regeln des PSG II gelten nunmehr einrichtungseinheitliche Eigenanteile für die Pflegekosten, die im Durchschnitt derzeit bei rund 580 Euro liegen.[1]

Im Ergebnis sind die Ziele des Pflege-Versicherungsgesetzes in Bezug auf die Zahl der Pflegebedürftigen, die auch nach Einführung der Pflegeversicherung Hilfe zur Pflege in Einrichtungen erhalten, nicht vollständig erfüllt worden (Roth/Rothgang 2001), und heute beziehen wieder rund ein Drittel

[1] https://www.pflegemarkt.com/2017/03/30/einrichtungseinheitlicher-eigenanteil-pflegeheim/#eins.

aller Heimbewohner Hilfe zur Pflege nach § 61 Abs. 2 Satz 1 SGB XII (früher: BSHG). Dies ist nicht zuletzt auf die fehlende bzw. nur geringe Leistungsdynamisierung in diesem Bereich seit Einführung der Pflegeversicherung zurückzuführen (Rothgang/Jacobs 2013b). Mit Inkrafttreten des PSG II wird der Anteil der Sozialhilfeempfänger zunächst zurückgehen, da sich der Eigenanteil einerseits für einen großen Teil der Heimbewohner verringert, andererseits bei Bewohnern, für die er sich erhöhen würde, aber durch den expliziten Bestandsschutz gemäß § 141 Abs. 3 SGB XI übernommen wird. Mittel- und langfristig ist aber dann wieder mit steigenden Sozialhilfeempfängerquoten zu rechnen, da der Bestandsschutz im Zeitverlauf an Bedeutung verliert und bei steigenden Heimentgelten, aber nicht dynamisierten Pflegeversicherungsleistungen kontinuierlich steigende Eigenanteile resultieren.

Pauschale (nicht bedarfsdeckenden) Leistungen der Pflegeversicherung implizieren weiterhin, dass jede Kostensteigerung durch Leistungsverbesserungen, Personalverbesserungen oder Anpassung der Personalvergütungen direkt durch die Pflegebedürftigen zu tragen ist. Zudem sind damit insofern Gerechtigkeitsprobleme impliziert, als notwendige Pflegeleistungen bei einkommensschwächeren Personen aus finanziellen Gründen nicht erbracht werden. In der aktuellen Ausgestaltung des SGB XI als Pflegeteilkostenversicherung wird die finanzielle Belastung des Pflegebedürftigen somit letztendlich durch die Versicherungsleistungen pauschal verringert, das finanzielle Risiko durch die unvermeidlichen und in ihrer Höhe unbeschränkten Eigenanteile jedoch ebenso wie das „Risiko“ einer kostenwirksamen Verbesserung der Pflegequalität weiterhin vom Einzelnen getragen.

Damit bleibt das Risiko, aufgrund von Pflegebedürftigkeit zu verarmen, dessen Vermeidung unter dem Stichwort „pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit“ das Hauptargument für die Einführung der Pflegeversicherung war, erhalten. Als das KDA 1974 die fehlende Absicherung des Pflegerisikos auf die politische Agenda gesetzt hat, wurde nämlich als zentrales Problem beschrieben, dass ältere Menschen auch nach einem durchschnittlichen Erwerbsleben durch auftretende Pflegebedürftigkeit regelmäßig in die Sozialhilfe abrutschen und zu Almosenempfängern werden (Götze/Rothgang 2014). Dies steht im scharfen Kontrast zu der – einem konservativen Wohlfahrtsstaat deutscher Prägung zugrundeliegenden – Wertvorstellung, dass die zentrale Aufgabe der sozialen Sicherungssysteme darin besteht, den im Lebensverlauf erreichten sozialen Status und die einmal erworbene relative Einkommensposition gegen allgemeine Lebensrisiken abzusichern.

Diese Aufgabe wird jedoch nur dann erfüllt, wenn entsprechende allgemeine Lebensrisiken entweder vollständig über die Sozialversicherung gedeckt werden oder das absolute Restrisiko privat absicherbar ist. Genau dies ist in der Pflegeversicherung derzeit aber nicht gegeben. Je nach Versorgungssetting und Pflegedauer können im Lebenszyklus erhebliche Ausgaben entstehen, die das eigene

Einkommen und Vermögen übersteigen und auch privat nicht abgesichert werden können, da private Pflegeversicherungen nur ein bestimmtes Pflegetagegeld versichern, beim Abschluss der Versicherung aber vollkommen unklar ist wie hoch die individuell zu tragenden Kosten sind.

Schon früh wurde diese Problematik kritisiert und eine Umkehrung des Verhältnisses von „Sockel" und „Spitze" gefordert, bei der ein pauschaler Eigenanteil (absolute Abzugsfranchise) von jedem Pflegebedürftigen zu zahlen sei (Sockel), die darüber gehenden Leistungen dann aber von der Versicherung übernommen werden (Klie / Schmidt 1999). Ver.di hat sogar die Einführung einer Pflegevollversicherung gefordert und dazu ein Gutachten bei Markus Lüngen eingeholt (Lüngen 2012). Allerdings beschränkt sich dieses Gutachten – auftragsgemäß – auf die Berechnung der Kosten einer Vollversicherung, thematisiert aber nicht, wie das System nach Wegfall jeglicher Selbstbeteiligung gesteuert werden kann. Zu dieser zentralen Frage der Systemsteuerung wird lediglich konstatiert: „Es besteht Forschungsbedarf, welche Steuerungsart in einer Vollversicherung angemessen ist und wirksam. Eine alleinige Steuerungsart wird kaum anzustreben sein, bereits die Beispiele anderer Sozialversicherungszweige zeigen, dass eine Mischung am ehesten zum Ziel führen dürfte." (ebd., S. 59).

Um die Vorteilhaftigkeit einer Umkehrung des Verhältnisses von Versicherungsleistung und Eigenanteil zu thematisieren, müssen daher die möglichen Formen von moral hazard in der Pflegesicherung (vgl. Mager 1995) und die Frage, wer darüber bestimmt, welche Leistungsmengen, in welcher Qualität, zu welchem Preis in Anspruch genommen werden können, betrachtet werden.

Die *Reformperspektive* in dieser Säule besteht somit in der Aufhebung des individualisierten Kostenrisikos, das durch pauschale Versicherungsleistungen sowie flexible und zeitlich unbefristet zu zahlende Eigenanteile entsteht, durch Umkehrung des bisherigen Verhältnisses von Versicherungsleistung und Eigenanteil. Demnach hätten Pflegebedürftigen zunächst einen Eigenanteil als Sockelbetrag zu zahlen, der dann durch die Pflegeversicherung bis zum individuell benötigten Leistungsumfang aufgestockt wird. Wird dieser Eigenanteil zudem zeitlich begrenzt, ist es für Versicherte erstmals möglich, das eigene Finanzierungsrisiko abschließend zu beziffern und durch Ansparen oder Abschluss einer Versicherung vorzusorgen.

3 Bewertungskriterien

Zur Bewertung einer alternativen Ausgestaltung der Pflegeversicherung wird nachfolgend die von Musgrave / Musgrave (1984) eingeführte finanzwissenschaftliche Zieltrias herangezogen, die aus den Elementen Allokation, Distribution und Stabilisierung besteht.

Die *Allokation* bezieht sich dabei darauf, wie knappe Ressourcen optimal zur Bedürfnisbefriedigung gemäß der Präferenzordnung der Bevölkerung eingesetzt werden. Bezogen auf die pflegerische Versorgung impliziert dies, dass leistungs-, leistungserbringungs- und ordnungsrechtliche Regelungen keine selektiven Anreize für eine Versorgungsform beinhalten sollen. Vielmehr sollen die Pflegebedürftigen die jeweilige Versorgungsform und den Ort der Leistungserbringung gemäß ihrer Präferenzordnung bei Berücksichtigung der jeweils dabei entstehenden Kosten wählen. Die rechtlichen Regelungen sollten demnach sicherstellen, dass – solange die gesamtwirtschaftlichen Kosten gleich sind – von den Betroffenen jeweils die Versorgungsform gewählt werden kann, die ihren Präferenzen entspricht, ohne dass diese Wahlhandlung durch selektive Anreize des Leistungsrechts verzerrt wird. Darüber hinaus bezieht sich die Allokation aber auch auf die *Risikoallokation*. Wird – wie in der Wohlfahrtsökonomie üblich – von risikoaversen Individuen ausgegangen, sind Regelungen vorzuziehen, bei denen Einkommen und Vermögen unabhängig davon, ob bestimmte Ereignisse wie Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit eintreten, gleich bleiben. Im konservativen Wohlfahrtsstaat wird dieses Sicherheitsbedürfnis in einer Längsschnittbetrachtung in das Ziel der *Lebensstandardsicherung* übersetzt. Erstrebenswert sind daher Regelungen, die es dem Versicherten ermöglichen, das nicht durch die Sozialversicherung abgedeckte finanzielle Risiko privat abzusichern. Dazu muss dieses „Restrisiko“ aber begrenzt und bezifferbar sein.

Bezüglich der *Distribution* sind bei der Pflegesicherung insbesondere zwei normative Ziele von Bedeutung, die Verteilungs- und Bedarfsgerechtigkeit. Die *Verteilungsgerechtigkeit* zielt dabei insbesondere darauf ab, dass zwischen verschiedenen Pflegebedürftigengruppen in Bezug auf Region, Versorgungssektor oder Pflegegrad keine sachlich ungerechtfertigten Leistungsunterschiede vorliegen, also eine Gleichbehandlung aller Pflegebedürftigen vorliegt, während die *Bedarfsgerechtigkeit* darauf abstellt, inwieweit die individuellen Bedarfe gedeckt werden. Regelungen, die die Verteilungs- und oder die Bedarfsgerechtigkeit erhöhen, sind in Bezug auf dieses Bewertungskriterium daher anderen Regelungen vorzuziehen.

In Bezug auf die *Stabilität* sind alternative Regelungen dann positiv zu bewerten, wenn sie nicht zu unkalkulierbaren Ausgaben- und damit zu Beitragssatzsteigerungen führen, die einer nachhaltigen

Finanzierung dieser Sozialversicherung entgegensteht, gleichzeitig aber die Versorgungssicherheit durch die Mobilisierung zivilgesellschaftlicher Ressourcen verbessern und dadurch dazu beitragen, die finanziellen Belastungen für das Sozialversicherungssystem zu begrenzen.

Innerhalb des gesamten Gutachtens werden nur die pflegebedingten Kosten betrachtet. Dies begründet sich darin, dass es lediglich um eine alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung geht, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investivkosten aber grundsätzlich privat zu tragen sind. Es erfolgt also bei der Bewertung der Stabilisierungswirkungen keine Diskussion der Kostenwirkungen von privatem, organisiertem oder institutionellem Wohnen.

4 Reformszenarien im Überblick

Die hier zu entwickelnden Reformperspektiven müssen anknüpfend an die Ausführungen in Abschnitt 2 also auf zwei zentrale Defizite des Status quo reagieren:

1. die sektorale Trennung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor im Leistungsrecht ebenso wie im Leistungserbringungsrecht (und damit insbesondere auch im Vergütungsrecht) und
2. die Beschränkung der Pflegeversicherung auf pauschalierte, nicht bedarfsdeckende Leistungen, die zu einer 100%igen Selbstbeteiligung für die über diese Pauschalen hinausgehenden Leistungen führen, was zum Teil sehr hohe private Zuzahlungen der Pflegebedürftigen in Abhängigkeit von ihrem individuellen Pflegebedarf bedingt.

4.1 Reformperspektive Aufhebung der Sektorentrennung

Die *Sektorentrennung* ist auf (mindestens) drei rechtlichen Ebenen verankert: Im Leistungsrecht, das die Ansprüche der Versicherten gegenüber der Pflegeversicherung regelt, im Leistungserbringungsrecht, in dem das Rechtsverhältnis der Leistungserbringer gegenüber den Pflegebedürftigen, aber auch gegenüber den Kostenträger geregelt ist und das insbesondere das Vergütungsrecht umfasst, und im Ordnungsrecht, das die staatliche Aufsicht über die Leistungserbringung zum Schutze der Leistungsempfänger beinhaltet und insbesondere aufsichts- und genehmigungsrechtliche Fragen umfasst. Eine vollständige Aufhebung der Sektorentrennung erfordert Anpassungen in allen drei Rechtsbereichen. Zentraler Anknüpfungspunkt für die Angleichung der Sektoren ist allerdings die Einführung gleicher Vergütungsformen, also ein leistungserbringungsrechtlicher Teilaspekt. Um durch selektive Anreize unverzerrte Wahlhandlungen der Versicherten zu ermöglichen, ist aber auch das Leis-

tungsrecht entsprechend anzupassen. Ordnungsrechtlich ist dagegen ein Kontinuum an Ausgestaltungsmöglichkeiten denkbar, das von vollständiger Angleichung und damit einer rechtlichen Aufhebung der derzeit in § 71 SGB XI normierten Unterscheidung von „ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste)“ (Abs. 1) und „[s]tationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime)“ (Abs. 2) bis zur ordnungsrechtlichen Beibehaltung der derzeitigen Regelungen reicht.

Die aktuelle Ausgestaltung der Pflegeversicherung weist bezüglich der *Behandlungspflege* eine Verwerfung auf, die bereits vielfach kritisiert worden ist (vgl. z.B. Hoberg et al. 2013; Rothgang 2015a: 149; Rothgang 2015b: 9): Im ambulanten Sektor werden die behandlungspflegerischen Leistungen unabhängig von einer vorliegenden Pflegebedürftigkeit des Patienten einzeln als häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V über die Krankenversicherung abgerechnet. Im stationären Sektor sind sie hingegen als medizinische Behandlungspflege Teil der Leistungen bei vollstationärer Pflege und gelten als in den pauschalen Leistungsansprüchen der Pflegebedürftigen nach § 43 SGB XI enthalten und durch die Pflegesätze gemäß § 82 Abs. 1 Satz 3 SGB XI abgegolten.[2] Diese Ausgestaltung führt dazu, dass diese Kosten für Pflegebedürftige in häuslicher Versorgung vollständig durch die Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, während die Pflegeversicherung aufgrund der pauschalierten Leistungshöhen für vollstationäre Pflege, die regelmäßig unterhalb der Pflegesätze liegen, keinen Beitrag zur Finanzierung dieser Kosten leistet, und diese vielmehr zu 100 % von der Gesamtheit der Heimbewohner über die Pflegesätze finanziert werden müssen. Dies impliziert eine Ungleichbehandlung von ambulant und stationär versorgten Pflegebedürftigen, die in Bezug auf die Verteilungsgerechtigkeit problematisch ist, führt aber auch allokativ zu Verwerfungen, weil stationär versorgten Pflegebedürftige – ceteris paribus – geringere Kosten im SGB V-Bereich produzieren als Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege in erheblichem Umfang anfallen können. Da für die im Wettbewerb miteinander stehenden Kassen aber lediglich die SGB V-Ausgaben relevant sind – die Pflegeversicherungsausgaben werden durch einen Ausgabenausgleich auf alle Pflegekassen verteilt – haben die Kassen objektiv finanzielle Anreize in Richtung auf vollstationäre Pflegearrangements zu beraten, auch wenn dies der Intention des Gesetzgebers (§ 3 SGB XI, Vorrang der häuslichen Pflege) entgegensteht. Die Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen ist also distributiv und allokativ erstrebenswert. Für Versuche einer Aufhebung der Sektorengrenze ist eine einheitliche und sektorunabhängige Finanzierungskom-

[2] Bei besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht der Anspruch auf häusliche Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V „ausnahmsweise“ auch für „Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches“, also für Pflegeheimbewohner.

petenz für medizinische Behandlungspflege zudem vorauszusetzen. Die einheitliche Finanzierungskompetenz kann durch Übertragung der Finanzierungsverantwortung für diese Leistungen an die Kranken- oder Pflegeversicherung erreicht werden. Da medizinische Behandlungspflege systematisch dem „cure“ und nicht dem „care“ Bereich zuzurechnen ist (vgl. Hoberg et al. 2013), wird für alle folgenden Szenarien einer alternativen Ausgestaltung der Pflegeversicherung die Verlagerung der Medizinischen Behandlungspflege im stationären Sektor aus dem SGB XI in das SGB V vorausgesetzt.

4.2 Reformperspektive Aufhebung des individualisierten Kostenrisikos durch Umkehrung des Verhältnisses von Versicherungsleistung und Eigenanteil

Während Selbstbeteiligungsmodelle in der Privaten Krankenversicherung insbesondere das Risiko für hohe Ausgaben abdecken (im Extrem: Großschadenstarif) und (absolute oder relative) Selbstbeteiligungen in der Regel schon ab dem ersten Euro vorsehen, ist es in der Pflegeversicherung genau umgekehrt. Damit verbleibt das Risiko hoher und/oder langjährig zu tragender Kosten komplett beim Versicherten. Die zentrale Reformperspektive liegt hier darin, das Risiko für die Versicherten zu begrenzen. Dabei zielt diese Reformperspektiv nicht unbedingt auf *Mehr*leistungen der Pflegeversicherung für die Pflegebedürftigen, sondern auf eine umfassende Systemumstellung, die für mehr soziale Gerechtigkeit im Sinne einer Sozialversicherung sorgt. Die Pflegebedürftigen werden dabei (außer in der Vollversicherungsoption) nicht von allen Zuzahlungen entbunden. Vielmehr wird das Kostenrisiko gerechter verteilt und kalkulierbar gemacht.

Das Risiko, im Lebenslauf pflegebedürftig zu werden, liegt heute bei Männern bei über 50 % und bei Frauen bei über 75 % (Rothgang et al. 2015: 137). Pflegebedürftigkeit ist damit nicht nur als Risiko für eine kleine Gruppe hochaltriger Bürger zu betrachten, sondern als allgemeines Lebensrisiko aus dem wiederum ein finanzielles Risiko der anfallenden Pflegekosten resultiert. Als Reaktion auf diese Entwicklung wurde die Soziale Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung mit dem Ziel eingeführt, den Bürgern ihren einmal erreichten Lebensstandard zu sichern, auch wenn die eintretende Pflegebedürftigkeit Kosten verursacht (Götze/Rothgang 2014; Pabst/Rothgang 2000). Diese Kernfunktion der Sozialversicherung wird allerdings durch die aktuelle Ausgestaltung der Pflegeversicherung – die in diesem Punkt seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1994 unverändert ist – nicht erfüllt. Grund hierfür ist, dass die Leistungen der stationären und ambulanten Hauptleistungsarten nicht bedarfsdeckend ausgestaltet sind. Vielmehr liegen die gesetzlich festgeschriebenen Pauschalbeträge für fast alle Pflegebedürftigen unterhalb der Summe, die zu einer vollständigen Finanzierung ihrer Pflegebedarfe erforderlich ist. Beträge, die diese pauschalen Leistungshöhen übersteі-

gen, müssen vom Pflegebedürftigen in voller Höhe privat finanziert werden. Dies entspricht einem relativen Eigenanteil von 100 Prozent, der dabei jedoch *in absoluter Höhe nicht begrenzt* ist. Oberhalb der pauschalen Leistungen der Pflegeversicherung führt jede zusätzliche Leistungsinanspruchnahme dazu, dass die jeweiligen Kosten vollständig privat zu tragen sind. Während hierfür im stationären Sektor durch den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) bei gleichzeitiger pflegerischer Vollversorgung zumindest eine faktische Begrenzung durch das aktuelle Preis- und Verhandlungsniveau existiert, ist die Eigenanteilshöhe im ambulanten Sektor prinzipiell unbegrenzt. Für den Pflegebedürftigen besteht somit weiterhin ein *monatliches* Kostenrisiko in potentiell unbegrenzter Höhe, welches von seinem individuellen Pflegebedarf abhängig ist.

In den meisten Fällen ist Pflegebedürftigkeit ein progredienter Prozess, der den Pflegebedarf sukzessive ansteigen lässt und erst durch das Versterben des Pflegebedürftigen beendet wird. Dies impliziert, dass die privaten Eigenanteile bis zum Tod des Pflegebedürftigen, also für einen *nicht zu definierenden Zeitraum*, zu entrichten sind. Durch die Kombination der unbegrenzten monatlichen Eigenanteile und der unbekannten Überlebensdauer der Pflegebedürftigen resultiert demnach –unter der aktuellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung – ein absolutes finanzielles Risiko in unbekannter Höhe.

Da dieser unbekannte Betrag weder punktgenau angespart, noch auf dem privaten Versicherungsmarkt (kostendeckend) versichert werden kann, mindert die Pflegeversicherung zwar die finanziellen Auswirkungen der Pflegebedürftigkeit in absoluter Höhe, hebt aber nicht – im Sinne eines sozialen Sicherungssystems – das eigentliche Risiko auf. Eine alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung, welche sie die Kernfunktion einer Sozialversicherung erfüllen lässt, muss demnach die beiden dargestellten Dimensionen des Kostenrisikos eliminieren oder eliminierbar machen.

Hierzu werden zwei Schritte vorgeschlagen, die in Abbildung 1 schematisch dargestellt werden. Erstens wird die (monatliche) Finanzierungslogik im Rahmen der Pflegeversicherung umgekehrt: Die Pflegebedürftigen zahlen monatlich einen festen Eigenanteil, während die darüber hinaus gehenden Kosten von der Pflegeversicherung getragen werden. Zweitens wird die Dauer der Eigenanteilszahlungen auf einen festen Zeitraum als „Karenzzeit“ beschränkt, nach deren Ablauf keine weiteren Eigenanteile mehr durch die Pflegebedürftigen zu leisten sind. Dies führt – bei einer entsprechenden Umsetzung – dazu, dass für alle Bürger, unabhängig von Einkommen und Vermögen, bezüglich der finanziellen Belastungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit, unabhängig von Versorgungsart und Höhe des Pflegebedarfs, ein bekanntes Kostenrisiko erzeugt wird. Gegen dieses können ex ante Vorkehrungen durch Versicherung oder Ansparung getroffen werden. Hierzu ist es allerdings erforderlich,

dass sowohl die absolute Höhe des maximalen Eigenanteils, als auch der monatlich zu entrichtende Sockelbetrag sehr stabil festgeschrieben werden. Ein dynamisches Element kann hier höchstens im Sinne eines Inflationsausgleichs eingebaut werden. Eine flexible Anpassung etwa an die Ausgabenhöhen der Pflegeversicherung würde die Planbarkeit und Versicherbarkeit wieder verunmöglichen und wird somit ausgeschlossen.

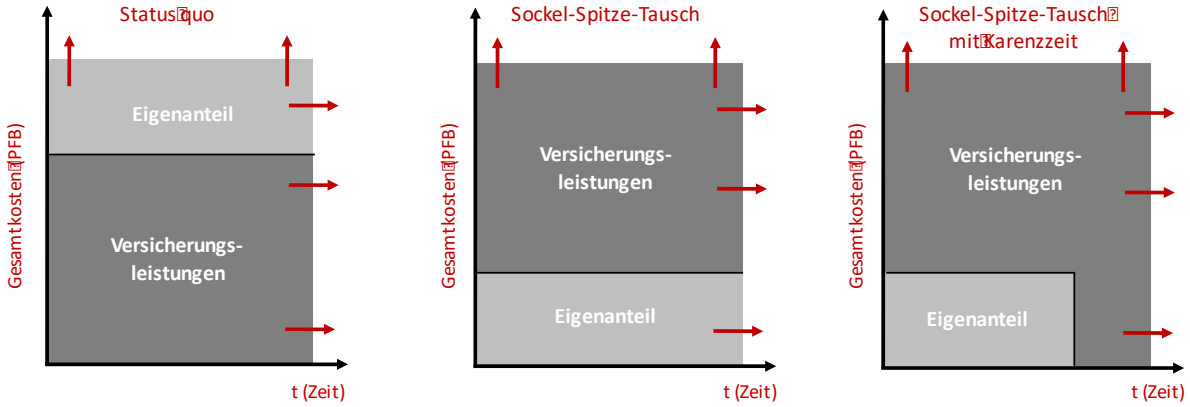

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Umkehrung des Verhältnisses von Versicherungsleistungen und Eigenanteil

Das wesentliche Umsetzungsproblem dieser Systemreform entsteht durch die Festsetzung absolut begrenzter monatlicher Eigenanteile bei gleichzeitiger Übernahme der entstehenden Realkosten durch die Pflegeversicherung. Wenn die privaten Zahlungen von der quantitativen Leistungsinanspruchnahme entkoppelt werden, so entfällt jeglicher Anreiz, nur die (objektiv) notwendigen Leistungen zu konsumieren. Es entsteht ein anreiztheoretisches Problem des Moral Hazard, das ohne jegliche normative Begrenzung zur Wahl einer teuren Versorgungsform, zur Wahl teurerer Anbieter und zu einer Maximierung des Konsums von Pflegeleistungen – verbunden mit einem analogen Anstieg der Leistungskosten – führen wird. Während dieses Problem in der aktuellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung

- stationär durch einen 100%igen Eigenanteil oberhalb der Leistungspauschalen und
- ambulant durch 50%ige Opportunitätskosten bei der Inanspruchnahme von Sachleistungen (durch Verlust von ausgezahltem Pflegegeld) mit wiederum einem 100%igen Eigenanteil oberhalb der Leistungspauschalen

systematisch abgefangen wird, muss bei der vorgeschlagenen Umkehr der Finanzierungsreihenfolge eine normative Steuerungskomponente, die zur Begrenzung des Moral Hazard führen kann, eingerichtet werden. Diese richtet sich jedoch jeweils nach den konkreten Ausgestaltungen der einzelnen Szenarien und wird dementsprechend auch in den entsprechenden Abschnitten thematisiert.

4.3 Resultierende Reformszenarien durch Kombination der beiden Reformperspektiven

Werden diese beiden Reformperspektiven kombiniert, ergeben sich die in Abbildung 2 skizzierten Reformszenarien, die in Abschnitt 5 bis 7 detailliert beschrieben und bewertet werden.

Szenario 1 zielt auf die Aufhebung der sektoralen Fragmentierung durch Angleichung der leistungs- und leistungserbringungsrechtlichen Regelungen ab. Ordnungsrechtlich ist ein Spektrum denkbar, das von einem Verzicht auf Änderungen (Szenario 1a) bis zu einer vollständigen Angleichung (Szenario 1b) reicht. Das derzeitige Verhältnis von Versicherungsleistungen und Eigenanteil (vgl. Abbildung 1) bleibt dagegen unberührt.

Szenario 2 stellt dagegen gerade auf die leistungsrechtliche Umkehrung des Verhältnisses von Versicherungsleistungen und Eigenanteil ab, verzichtet aber auf weitere leistungs- und leistungserbringungsrechtliche Veränderungen zur Aufhebung der sektoralen Fragmentierung.

Szenario 3 schließlich kombiniert beide Reformperspektiven und stellt damit den weitestreichenden Vorschlag dar, der sowohl eine Aufhebung der sektoralen Fragmentierung als auch eine leistungsrechtliche Umkehrung des Verhältnisses von Versicherungsleistungen und Eigenanteil beinhaltet.

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

Abbildung 2: Aus der Kombination der Reformperspektiven resultierende Reformszenarien

Diese drei Szenarien werden nachstehend zunächst beschrieben und dann hinsichtlich ihrer zu erwartenden Effekte anhand der in Kapitel 3 dargelegten Bewertungsmaßstäbe bewertet. Jeweils wird also geprüft, ob das Szenario

- zur Lebensstandardsicherung der Individuen beiträgt (Risikoallokation) und die Wahl der Versorgungsform entsprechend den eigenen Präferenzen und nicht infolge von selektiven Anreizen des Versicherungssystems ermöglicht (Allokation),
- die Verteilungs- und Bedarfsgerechtigkeit erhöht (Distribution) und dabei
- die Ausgaben der Pflegeversicherung allenfalls in begrenztem Umfang erhöht, aber die Versorgungssicherheit steigen lässt (Stabilisierung).

5 Szenario 1: Aufhebung der sektoralen Fragmentierung bei pauschalen, gedeckelten Versicherungsleistungen

Grundidee des Szenario 1 ist es, das Leistungserbringungsrecht durchgängig modular zu gestalten und damit sektorenunabhängig zu homogenisieren. Diese Modularisierung bezieht sich dabei auf *alle* Leistungsbereiche und schließt die konsequente Verlagerung der Finanzierungsverantwortung für Medizinische Behandlungspflege in das SGB V mit ein. Leitungsrechtlich wird wie bisher an pauschalierten bzw. gedeckelten Leistungshöhen festgehalten, deren Höhe nunmehr aber unabhängig davon ist, ob der Wohnort als stationäre Einrichtung gilt. Ordnungsrechtlich kann an der Unterscheidung zwischen den beiden Sektoren ambulant und stationär festgehalten werden (Variante 1a). In der weitergehenden Variante wird diese Unterscheidung auch ordnungsrechtlich aufgegeben (Variante 1b).

Nachstehend wird zunächst auf die rechtliche Ausgestaltung dieses Szenarios eingegangen (Abschnitt 5.1) bevor allokative (Abschnitt 5.2), distributive (5.3) und Stabilisierungsaspekte (Abschnitt 5.4) diskutiert werden. Abschnitt 5.5 enthält dann eine zusammenfassende Bewertung.

5.1 (Rechtliche) Ausgestaltung des Reformszenarios

Die Aufhebung der sektoralen Fragmentierung setzt zunächst voraus, dass die Kosten der Behandlungspflege unabhängig vom Ort der Leistungserbringung vom selben Träger finanziert werden. Derzeit werden diese Kosten dagegen im häuslichen Bereich – als häusliche Krankenpflege – gemäß § 37 SGB V – von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen, während sie im stationären Sektor in den Pflegesätzen eingeschlossen sind (§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI in Verbindung mit § 82 Abs. 1 Satz 2 SGB XI) und damit de facto vom Heimbewohner getragen werden (Rothgang/Müller 2012). Da medizinische Behandlungspflege systematisch dem „cure“ und nicht dem „care“ Bereich zuzurechnen ist (vgl. Hoberg et al. 2013), sollte diese Kosten – bei sektorübergreifender Verteilung der Finanzierungskompetenz – grundsätzlich von der GKV übernommen werden. Weiterhin setzt die Aufhebung

der sektoralen Fragmentierung *einheitliche Vergütungsregeln* für formelle Pflege voraus. Dies impliziert eine Ablösung der pauschalen „all inclusive“-Vergütung im stationären Bereich durch eine *Modularisierung* dieser Leistungen und eine Entgeltung der erbrachten Leistungsmodule wie sie ansatzweise derzeit schon im Pflegeheim "Rheinaue" des Dienstleisters Benevit in Wyhl praktiziert wird (Badische Zeitung vom 27. Mai 2016; CAR€ Invest 11/2016: 8-9). Idealerweise sollten dabei die gleichen Module im „ambulanten“ und „stationären“ Bereich zugrunde gelegt werden. Damit wird es auch „im Heim“ möglich, bestimmte Module durch Angehörige oder andere zivilgesellschaftliche Akteure erbringen zu lassen – bei entsprechender Reduktion der Heimentgelte. *Leistungsrechtlich* wären in diesem Szenario einheitliche Höchstgrenzen für Pflegesachleistungen vorzusehen, die dann unabhängig vom Ort der Leistungserbringung sind. *Ordnungsrechtlich* kann an der Gesamtverantwortung des Pflegeheims festgehalten werden, das eine Vollversorgung anbietet, bei der einzelnen Module „abgewählt“ werden können (Szenario 1a). Alternativ werden Heime ordnungsrechtlich „abgeschafft“ und zu Orten des Wohnens mit integrierten Angeboten, die „zugewählt“ werden können (Szenario 1b). Damit ist sichergestellt, dass Heimträger nicht für Leistungen verantwortlich gemacht werden können, die gar nicht vom Heim selbst erbracht werden. Erst in Szenario 1b ist die Trennung der Sektoren endgültig aufgehoben und damit auch die Innovationsbremse für innovative Versorgungsformen zwischen den Sektoren gelöst. Einzelheiten zur möglichen rechtlichen Ausgestaltung werden in den Abschnitten 5.1.1 bis 5.1.3 diskutiert.

5.1.1 Leistungsrechtliche Ausgestaltung

Erforderlich für die Aufhebung der sektoralen Fragmentierung ist – wie bereits mehrfach angesprochen – die *Rückverlagerung der gesamten Behandlungspflege* in den Verantwortungsbereich des SGB V. Eine Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege auch im Pflegeheim durch die Krankenversicherung führt dabei zunächst zu steigenden Ausgaben der Krankenversicherung, die letztlich von den Beitragszahlern mit ihren Beiträgen aufzubringen sind. Für die Pflegeversicherung sind dagegen verschiedene Varianten denkbar, bei denen die mit der Rückverlagerung der Finanzierungsverantwortung für medizinische Behandlungspflege einhergehenden Entlastungen unterschiedlich auf verschiedene Akteure verteilt werden können:

- Option A: Die Pflegesätze bleiben unverändert.

  In diesem Fall kommt es zu Mehreinnahmen der Einrichtungsbetreiber. Da diese nicht durch Mehraufwendungen gerechtfertigt sind und lediglich Ausgabensteigerungen bei den Sozialversicherungsträgern nach sich ziehen, kann diese Option verworfen werden. Vielmehr sind die Pflegesätze entsprechend zu kürzen.

- Option B: Die Pflegesätze werden gekürzt, die Versicherungsleistungen bleiben unverändert. Werden die Pflegesätze in dem Maße gekürzt, in dem zusätzliche SGB V-Einnahmen nunmehr die Kosten der medizinischen Behandlungspflege finanzieren, kommt es bei unveränderten Leistungsbeträgen der Pflegeversicherung zu einer Entlastung der Pflegebedürftigen. Diese Entlastung würde die Belastung ausgleichen, die entstanden ist, als die Kosten der medizinischen Behandlungspflege – zunächst nur befristet – dem SGB XI-Bereich zugeschlagen wurden. Option B lässt sich daher distributiv rechtfertigen, erhöht aber gleichfalls die kombinierten Gesamtausgaben der Kranken- und Pflegeversicherung.
- Option C: Die Pflegesätze und die Versicherungsleistungen werden gekürzt.
  Werden analog zur Reduktion der Pflegesätze auch die Pflegeversicherungsleistungen angepasst, kommt es zu einer Entlastung der Pflegeversicherung in Höhe der Belastung der Krankenversicherung und die Ausgaben der hier betrachteten beiden Zweige der Sozialversicherung bleiben insgesamt unverändert. Allerdings wird die bestehende Ungleichbehandlung zwischen häuslicher und stationärer Pflege so ceteris paribus perpetuiert.

Diese Varianten A und B beinhalten *keine* leistungsrechtlichen Veränderungen im Geltungsbereich des SGB XI, Variante C erfordert hingegen eine Absenkung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung gemäß § 43 SGB XI. Diese ist für sich genommen bei ansonsten unverändertem Leistungsrecht hinsichtlich der Verteilungsgerechtigkeit problematisch. Werden die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung zwischen den Sektoren allerdings insgesamt angeglichen, entfällt diese Problematik.

Soll die Sektorentrennung überwunden werden, ist nicht nur eine Anpassung des Leistungserbringungsrechts (s. Abschnitt 5.1.2) erforderlich. Vielmehr ist auch *eine leistungsrechtliche Homogenisierung der Leistungshöhe* unabhängig vom Ort der Leistungserbringung notwendig, damit die Wahl der Versorgungsform nicht mehr durch selektive Anreize verzerrt wird. Wie Tabelle 2 (auf S. 8) gezeigt hat, übersteigen die Leistungen bei stationärer Pflege die Leistungen bei häuslicher Pflege nur noch in den in den Pflegegraden 2 und 4 um rund ein Zehntel, während die Leistungen bei häuslicher Pflege in Pflegegrad 3 die in stationärer Pflege sogar leicht übersteigen und die Leistungshöhen in Pflegegrad 5 um weniger als 1 % voneinander abweichen Wird zudem bedacht, dass etwa teilstationäre Leistungen seit Inkrafttreten der entsprechenden Regelungen des PSG I zum 1.1.2015 zusätzlich zu den Sachleistungen in Anspruch genommen werden können, ohne den Sachleistungsanspruch zu reduzieren, wird deutlich, dass eine Angleichung, die mit entsprechenden Bestandsschutzregelungen für die derzeitigen Leistungsempfänger abgefedert werden könnte, keine großen Verwerfungen hervorruft und eine Fixierung der Leistungshöhen bei häuslicher Pflege auf die Beträge bei stationärer

Pflege keine gravierenden Mehrausgaben nach sich zieht. Insofern kann eine Festsetzung von Leistungsbeträgen bei Inanspruchnahme zugelassener Pflegeeinrichtungen, die sich nur nach der Höhe des Pflegegrades, aber nicht mehr nach dem Ort der Leistungserbringung unterscheidet, vorgeschlagen werden. Der Leistungsanspruch für ambulante Pflegeleistungen bleibt demnach gedeckelt, wobei der maximal in Anspruch zu nehmende nach Pflegegrad differenzierte Betrag mit dem Betrag übereinstimmt, der auch bei einer Vollversorgung im Pflegeheim bereitgestellt wird.

5.1.2 Leistungserbringungsrechtliche Ausgestaltung

Kern dieses Reformszenarios ist die Umgestaltung des Vergütungsrechts. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor erfolgt die Erbringung und Abrechnung aller Leistungen in diesem Szenario nunmehr modular. Grundsätzliche entsteht hierdurch die Möglichkeit, die stationäre All-In-Logik zu verlassen, indem einzelne Leistungsmodule auch durch Laien erbracht werden können. Die entsprechende finanzielle Abgeltung erfolgt dann zwischen Einrichtung und Pflegebedürftigen oder leistungserbringenden Angehörigen durch die Zahlung eines reduzierten Eigenanteils.

Ziel sollte es dabei sein, alle pflegerischen Leistungen durch Personen mit entsprechender Qualifikation erbringen zu lassen, während vor allem, nicht-pflegerische Leistungen auf nicht-pflegerisches Personal übertragen werden können. Der Modulkatalog ist also entlang der fachlich notwendigen Qualifikationen und des entsprechenden Professionenmixes zu definieren. Wie dies praktisch umgesetzt wird hängt nicht zuletzt von der ordnungsrechtlichen Ausgestaltung dieses Szenarios ab. Dabei ist es in Szenario 1a ausreichend, im stationären Sektor nur einige Module für eine Erbringung durch Angehörige und/oder zivilgesellschaftliche Akteure zu öffnen, während Szenario 1b die Öffnung aller Module impliziert, da in der häuslichen Pflege eine Leistungserbringung ganz ohne Beteiligung zugelassener Pflegedienste die Regel und nicht die Ausnahme ist. Eine derartige Öffnung schließt insbesondere ein, dass auch Leistungen erfasst werden, die nicht nur einem einzelnen Pflegebedürftigen zu Gute kommen, sondern als Kollektiv- oder Gruppenleistungen erbracht werden. Neben individuellen Pflege-, Betreuungs- und Hauswirtschaftsleistungen sind also auch Gruppenleistungen der Betreuung und Hauswirtschaft zu definieren und leistungserbringungsrechtlich zu hinterlegen. Dies ist nicht zuletzt Grundbedingung dafür, die Erbringung einzelner definierter Leistungen durch zivilgesellschaftliche Akteure auch vergüten, bzw. aus einer pauschalen Vergütung herausrechnen zu können. Ebenfalls erforderlich wird es sein, verpflichtende Basismodule zu konzipieren, über welche die unvermeidlichen Overhead-Leistungen abgedeckt werden können. Zusätzlich können leistungsanbieter-

spezifisch nach wie vor Zusatzleistungen (gemäß § 88 SGB XI in der aktuellen Fassung) angeboten werden, die grundsätzlich privat zu zahlen sind.

Für die Definition der Pflegemodule kann auf bestehende Kataloge und Systematiken zurückgegriffen werden, wie

- die länderspezifischen Modulkataloge, die in der ambulanten Pflege bereits genutzt werden,
- diverse pflegewissenschaftliche Systematiken (Pflegeinterventionsklassifkation (NIC), Praxisorientierte Pflegediagnosen (POP) oder European Nursing Care Pathways (ENP))
- den zukünftigen Maßnahmenkatalog, der im Projekt zur Personalbedarfsermittlung nach § 113c SGB XI erarbeitet und eingesetzt werden wird.

Ausgehend von der Idee, dass das gemäß § 113c SGB XI bis 2020 zu erarbeitende Personalbemessungsverfahren einen Maßnahmenkatalog vorsieht, der das derzeitige Leistungsspektrum in der stationären Pflege vollständig abbildet und langfristig eine direkte Verknüpfung dieses Maßnahmenkatalogs mit den resultierenden Personalwerten beabsichtigt ist, scheint die letztgenannte Alternative der gangbarste Weg zu sein.

Für die so definierten Module müssen Preise festgelegt werden. Wird davon ausgegangen, dass die Summe aller Module der derzeitigen Vollversorgung entspricht, müssen für die einzelnen Module nur noch Relativgewichte bestimmt werden, die das Verhältnis des Aufwands für diese Module abbilden. Damit würde eine Vergütungssystematik angewandt, die Ähnlichkeiten zur Fallpauschalenvergütung auf Basis der DRGs in deutschen Krankenhäusern aufweist. Jeweils ist zunächst eine Klassifikation zu entwickeln (im Krankenhaus für Fälle, im Pflegeheim für Module), zweitens sind aufwandsbezogene Relativgewichtige für diese Kategorien zu ermitteln (was im Krankenhausbereich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, INEK, auf Basis der Daten von Kalkulationshäusern erfolgt) und drittens ist ein Absolutwert zu bestimmen (im Krankenhaus: der Landesbasisfallwert, im Pflegeheim: der bisherige Pflegesatz als Summe für alle Module).

Bei der Preisgestaltung für die einzelnen Module muss geprüft werden, inwiefern die leistungs- und leistungserbringungsrechtliche Ausgestaltung für die (bisherigen) ambulanten und stationären Sektoren jeweils *gleich oder unterschiedlich* erfolgen soll. Dabei sind grundsätzlich vier Ausgestaltungsvarianten denkbar (Abbildung 3).

		Leistungserbringungsrecht (ambulant und stationär)	
		Gleiche Beträge für gleiche Module	Ungleiche Beträge für gleiche Module
Leistungsrecht (ambulant und stationär)	Gleiche Beträge für gleiche Module	**möglich und erstrebenswert** Problem: u. Ust. unterschiedliche Gestehungskosten	**möglich** in Szenario 1a
	Ungleiche Beträge für gleiche Module	**kaum möglich und nicht sinnvoll**	**möglich** in Szenario 1a

Abbildung 3: Optionen zur Angleichung von Leistungserbringungs- und Leistungsrecht

Um auch auf Ebene der Preisfestsetzungen konsequent eine Aufhebung der Sektorengrenzen zu erreichen oder möglich zu machen, ist eine Festsetzung *gleicher Beträge für gleiche Module* in beiden Dimensionen erforderlich, wobei immer dann, wenn der Leistungsanbieter nicht im Wohnbereich angesiedelt ist, separate Fahrtkostenabrechnungen vorzusehen sind. Selbst dann können sich die Gestehungskosten für gleiche Module zwischen den Sektoren womöglich unterscheiden, da z.B. im stationären Bereich Synergieeffekte auftreten. Allerdings können die Gestehungskosten im „Heim" aufgrund ungünstiger baulicher Ausführungen, die durch lange Wegezeiten die Leistungserbringung verteuert und höherer Verwaltungs- und Overheadkosten in großen institutionellen Settings auch höher liegen. Möglich wäre es daher auch, bei gleichen leistungsrechtlichen Ansprüchen unterschiedliche leistungserbringungsrechtliche Vergütungssätze vorzusehen. Dies setzt allerdings voraus, das „ambulant" und „stationär" noch unterscheidbar sind, was in Szenario 1b nicht mehr gegeben ist. Um eine vollständige Aufhebung der Sektorentrennung zu erreichen, ist es daher notwendig, etwaige Verwerfungen zu akzeptieren. Diese sind dann als Teil des unternehmerischen Risikos von den Leistungserbringern abzufangen, wobei zu erwarten ist, dass die infrastrukturellen Unterschiede, die als Rechtfertigung unterschiedlicher Preisgestaltung genutzt werden könnten, zwischen den Anbietern eines Sektors deutlich größer ausfallen als zwischen den beiden Sektoren. Eine gegebenenfalls nötige Regulation müsste hier über den Abschluss von ausgehandelten Rahmenverträgen erfolgen. Eine weitere Parametrisierung, durch welche unterschiedliche Leistungsvoraussetzungen der Leistungserbringer in die Preisgestaltung einbezogen werden könnten, scheint dabei nicht praktikabel.

Zusätzlich und von den einzelnen Leistungsmodulen losgelöst sind die Wegezeiten zu betrachten, die aus der Preisgestaltung der Module nach Möglichkeit auszuschließen sind. Diese müssten nach wie vor über eine eigene Abrechnungsposition vergütet werden können.

5.1.3 Ordnungsrecht

Mit der Modularisierung der Leistungserbringung, der Rückverlagerung der Finanzierungsverantwortung für die Behandlungspflege in den Geltungsbereich der Krankenversicherung und der leistungsrechtlichen Angleichung sind die notwendigen Voraussetzungen geschaffen, die sektorale Fragmentierung vollständig aufzuheben. Hierzu ist dann allerdings auch eine entsprechende ordnungsrechtliche Neugestaltung der Pflegelandschaft erforderlich, in der vor allem die Haftungsverantwortung der Leistungserbringer und damit verbunden die Mechanismen einer sektoral unabhängigen Qualitätssicherung neu zu definieren sind.

Szenario 1 bietet dabei einen weiten Raum für verschiedene Ausgestaltungsvisionen, die sich auf einem Kontinuum der heutigen vollständigen sektoralen Trennung und einer vollständigen Auflösung der Sektoren bewegen. Diese beide Extrempunkte der ordnungsrechtlichen Ausgestaltung werden nachfolgende als Szenarien 1a und 1b dargestellt.

5.1.3.1 Szenario 1a: Abwahllogik: Möglichkeit zur Reduktion des Eigenanteils

Im Szenario 1a wird die sektorale Fragmentierung nicht vollständig aufgehoben. Vielmehr bleiben der stationäre Sektor mit einer grundsätzlichen Vollversorgung und ein davon getrennter ambulanter Bereich mit „frei wählbaren“ Leistungsmodulen erhalten. Neu eingeführt wird nun allerdings die Möglichkeit, auch im stationären Sektor einzelne Leistungsmodule aus der Vollversorgung herauszulösen und durch Angehörige bzw. zivilgesellschaftliche Akteure privat erbringen zu lassen. Konkret bedeutet dies, dass in den weiterhin existierenden Pflegeheimen nach wie vor alle Leistungen, die einer heutigen stationären Vollversorgung entsprechen, angeboten werden. Auf individueller Ebene können die einzelnen Pflegebedürftigen dann aber Leistungsmodule aus dieser Vollversorgung abwählen und durch andere Personen erbringen lassen, die nicht in (arbeits-)vertraglicher Verbindung zum Pflegeheim stehen.

Ordnungsrechtlich ergibt sich hierdurch für den stationären Sektor eine weitaus komplexere Situation: Konnte bisher die Leistungsverantwortung für die gesamte Vollversorgung eindeutig einem Akteur zugeordnet werden, muss diese nun zwischen individuumsbezogen verschiedenen Leistungserbringern aufgeteilt werden. Während dabei die professionelle Leistungserbringungsverantwortung noch einfach über entsprechende Heimverträge mit genau definierten Abwahlmodulen organisiert werden kann, wird dies bei der Betrachtung von Qualitätsaspekten kaum zu trennen sein.

5.1.3.2 Szenario 1b: Zuwahllogik: Aufhebung der sektoralen Fragmentierung und der Vollversorgung

Ordnungsrechtlich wird eine vollständige Aufhebung der Sektorentrennung umgesetzt. Die Unterscheidung von Pflegeheimen und Pflege im häuslichen Setting wird abgeschafft. Bisherige Pflegeheime bieten nach wie vor „Wohnen“ an, dass aber von anderen Leistungen getrennt ist. Pflegeeinrichtungen erbringen Pflege-, Betreuungs- und hauswirtschaftliche Leistungen in verschiedenen Wohnumgebungen. Diese Wohnumgebungen können entweder rein privat organisiert sein oder ebenfalls als Angebot eines Dienstleisters in Anspruch genommen werden. Bei Inanspruchnahme von „professionellem“ Wohnen und professionellen Pflegeleistungen, können diese Leistungen durch verschiedene Dienstleister erbracht werden. Eine Gewährleistungsverantwortung des Heimbetreibers gibt es nicht mehr. Die Auswahl der in Anspruch genommenen Leistungen folgt nunmehr einer *Zuwahllogik* nach der (ausgehend von einem leeren Blatt) Pflegeleistungen aus einem Modulkatalog „eingekauft“ werden können. Auch im (bisher) stationären Bereich wird somit die Budgetkompetenz an den Pflegebedürftigen bzw. seine Stellvertreter übertragen.

5.2 Allokation

Bei der allokativen Bewertung des Reformszenarios 1 ist insbesondere zu betrachten, inwieweit die verzerrenden selektiven Anreizwirkungen aufgehoben werden und Ressourcen effizienter eingesetzt werden (Abschnitt 5.2.1) und inwiefern die Risikoallokation verbessert wird (Abschnitt 5.2.2).

5.2.1 Ressourcenallokation und gewählte Versorgungsform

Durch die Modularisierung der Leistungserbringung, die Vergütung dieser Module unabhängig vom Ort der Leistungserbringung, die Rückverlagerung der Finanzierungskompetenz für die Medizinische Behandlungspflege in die GKV und die Schaffung settingunabhängiger Leistungsansprüche für formale Pflege, deren Höhe sich nur noch bezüglich der Pflegegrade unterscheidet, sind die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Pflegebedürftige den Ort ihrer Pflege unverzerrt durch selektive Anreize der Pflegeversicherung wählen können. Eine vollständige Aufhebung der Sektorentrennung gelingt jedoch nur, wenn gleichzeitig entsprechende ordnungsrechtliche Anpassungen vorgenommen werden, also im Szenario 1b.

Die leistungserbringungsrechtliche Modularisierung des (bisherigen) stationären Sektors ermöglicht es sowohl in der Abwahllogik des Szenario 1a als auch in der Zuwahllogik des Szenario 1b, einzelne Leistungsmodule privat erbringen zu lassen. In diesen Fällen werden die entsprechenden Leistungen

selbstverständlich nicht mehr der jeweiligen Einrichtung vergütet, sondern von den Leistungskosten abgezogen. Da die Leistungshöhen des SGB XI bei voller Leistungsinanspruchnahme allein nicht kostendeckend sind, führt die teilweise private Übernahme der Pflege direkt zu einer Reduzierung der Eigenanteile, also der privat vom Pflegebedürftigen zu tragenden finanziellen Belastung. Für die Pflegebedürftigen und ggf. ihre Angehörigen als private Teil-Kostenträger entstehen somit deutliche Anreize, sich entweder selbst aktiv an der Versorgung der Heimbewohner zu beteiligen oder eine stärkere Einbeziehung anderer zivilgesellschaftlicher Akteure zu organisieren. Dies bedeutet – gerade im Zusammenhang mit dem schon existierenden und zukünftig ansteigenden Mangel an professionellen Leistungserbringern (Rothgang et al. 2012 und 2016c) – einen deutlichen Effizienzgewinn für die pflegerische Gesamtversorgung.

Durch die beschriebene Möglichkeit zur Steuerung der privaten Kosten nun auch in einem stationären Setting ist ferner zu erwarten, dass sich allgemein die Anreize zu einer Nutzung einer entsprechenden Versorgungsform verstärken. Dies gilt dabei sowohl in Szenario 1a als auch 1b. Während in Szenario 1a die klassische stationäre Pflegeheimversorgung durch Aufhebung der zwingenden Vollversorgung attraktiver und individueller zu gestalten ist, gilt dies in Szenario 1b auch für die Auswahl einer institutionellen Wohnform mit davon entkoppelter bedarfsgerechter professioneller Versorgung. Problematisch kann hierbei allerdings sein, dass zwar leistungserbringungsrechtlich die Vollversorgung aufgelöst wird, die persönlichen – über Jahrzehnte festgeschriebenen – Erwartungen der Leistungsnehmer dies jedoch nicht widerspiegeln. Wenn im ambulanten Sektor bzw. in einem versorgten Service-Wohnen, das vorher eine Heimversorgung gewesen ist, ein quasi-stationärer „all inclusive“-Anspruch entsteht oder beibehalten wird, kann dieser regelmäßig nicht erfüllt werden. Als zumindest teilweise Lösung hierzu scheint es sinnvoll, ein zeitbezogenes Modul zur Betreuung und Alltagsbegleitung regelhaft oder verpflichtend anzubieten, das wiederum durch andere Berufsgruppen als Pflegepersonal geleistet wird und somit die betreuerische Situation für die Pflegebedürftigen dann sogar noch verbessern könnte.

5.2.2 Risikoallokation

In Bezug auf das individuelle finanzielle Risiko, das aus Pflegebedürftigkeit entsteht, sind im Szenario 1 *keine* systematischen Veränderungen erfolgt. Zwar macht die Möglichkeit zur Einbindung zivilgesellschaftlicher Akteure auch in einer stationären Versorgungsform den monatlich zu erbringenden Eigenanteil analog zum ambulanten Bereich beeinflussbar, jedoch ist diese Beeinflussung nur in begrenztem Umfang möglich und vor allem direkt von den sozialen Ressourcen der Pflegebedürftigen

abhängig. Der monatliche Eigenanteil ist somit zwar beeinflussbarer geworden, jedoch weder bezüglich der absoluten monatlichen Kosten, noch hinsichtlich der Dauer der Pflege kalkulierbar. Insgesamt besteht das Problem des durch unbekannte Ausgabenhöhen pro Periode und unbekannte (Über)Lebenszeiten im Zeitverlauf unbegrenzten Gesamtrisikos auch in Szenario 1 unverändert weiter fort.

5.3 Distribution

Schon das Szenario 1 führt – im Vergleich zum Status quo – zu einer Erhöhung der *Bedarfsgerechtigkeit* für die Pflegebedürftigen. Erstens muss im stationären Setting nicht mehr auf eine professionelle Vollversorgung zurückgegriffen werden, die abhängig von der Situation der Pflegebedürftigen durchaus einer Überversorgung entsprechen kann und möglicherweise dazu führt, dass noch vorhandene Selbstversorgungskompetenzen verkümmern. Stattdessen werden nunmehr erstmals individualisierte, an den konkreten Bedarfen orientierte Versorgungsarrangements möglich. Zweitens wird hierdurch weiterhin eine zumindest teilweise Weiterführung der vor Heimeintritt bestehenden, zumeist bedarfsorientierten ambulanten Versorgung ermöglicht, bei der nicht mehr – wie bisher – beim Wechsel in ein stationäres Setting alle bisherigen Leistungs- und Hilfestrukturen zurückgelassen werden müssen.

Dies führt weitergehend auch zu einer erhöhten *Verteilungsgerechtigkeit,* da sich bei Vorhandensein der Möglichkeit einer selektiven Übernahme einzelner Leistungsmodule auch Haushalte zu einem stationären bzw. institutionalisierten Pflegesetting entscheiden können, die bisher aus rein finanziellen Gründen darauf verzichtet haben.

5.4 Stabilität

In Bezug auf die Stabilität sind insbesondere die Effekte einer Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege (Abschnitt 5.4.1), die sonstigen fiskalischen Effekte (Abschnitt 5.4.2) und die Stabilisierungseffekte in Bezug auf die notwendigen personellen Ressourcen der formalen Leistungserbringung (Abschnitt 5.4.3) zu diskutieren.

5.4.1 Medizinische Behandlungspflege

Die quantitative Abschätzung der Leistungen der Medizinischen Behandlungspflege im stationären Bereich ist – aufgrund der pauschalen Abrechnung, die keine Einzelleistungen ausweist – mit erheblichen Unsicherheiten behaftet. Für das Jahr 2011 geben Rothgang / Müller (2012) hierzu einen Ge-

samtbetrag von rund 1,8 Mrd. Euro an. Diesem steht für das gleiche Jahr eine bekannte Ausgabenhöhe für Häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V in Höhe von rund 3,6 Mrd. Euro gegenüber. Die Ausgaben für Häusliche Krankenpflege unterliegen allerdings einem kontinuierlichen Wachstum und liegen für das Jahr 2016 bereits bei einer Ausgabenhöhe von 5,72 Mrd. Euro[3]. Wird diese Steigerungsrate auf die bei Rothgang / Müller (2012) errechneten Werte angewendet, ergibt sich ein entsprechendes Leistungsvolumen der Medizinischen Behandlungspflege im Stationären Sektor von rund 2,86 Mrd. Euro. Aktuelle Ergebnisse des Verbandes katholischer Altenhilfe in Deutschland (VKAD) weisen – allerdings basierend auf einer kleinen Stichprobe – einen ähnlichen Gesamtbetrag aus, der für den gesamten Heimsektor rund 3,0 Mrd. Euro beträgt, von denen etwa 2,6 Mrd. auf die Gruppe der Sozialversicherten entfallen. Es ist also davon auszugehen, dass der GKV bei Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen Mehrausgaben von derzeit rund 2,5 - 3 Mrd. Euro entstehen. Dem stehen je nach Ausgestaltung (vgl. Abschnitt 5.1.1) Minderausgaben der Pflegeversicherung oder der Pflegebedürftigen in gleicher Höhe gegenüber.

5.4.2 Weitere finanzielle Folgen für die Pflegeversicherung

Da in Szenario 1 keine weiteren leistungsrechtlichen Veränderungen vorgesehen sind, sind mögliche Ausgaben und darauf beruhende Beitragssatzeffekt gering und resultieren lediglich aus der höheren Attraktivität des Pflegeheims und einer möglichen Verschiebung der Inanspruchnahme in Richtung stationäre Pflege. Verschiebungen in der Inanspruchnahme zwischen Pflegesachleistungen und Heimpflege führen aufgrund der bereits erfolgten weitgehenden Angleichung der Leistungen nach §§ 36 und 43 SGB XI aber lediglich zu kaum ins Gewicht fallenden Ausgabeneffekten. Dass Pflegegeldempfänger aufgrund der Möglichkeit der Abwahl einzelner Leistungsmodule bei Heimpflege in größerer Zahl in die formelle Pflege wechseln, ist dagegen unwahrscheinlich.

Fiskalische Auswirkungen auf die Sozialhilfe können nicht valide errechnet werden, da keine Datengrundlage existiert, die auf Individualebene Informationen zu Einkommen, Vermögen und Pflegebedürftigkeit enthält und Grundlage entsprechender Modellrechnungen sein kann. Da nur mit eher geringen Verschiebungen der Inanspruchnahme zu rechnen ist, sind allerdings keine größeren diesbezüglichen Effekten auf die Sozialhilfeausgaben zu erwarten. Bei ungekürzten Leistungsansprüchen der Versicherten führt die Verlagerung der Finanzierungsverantwortung für die Medizinische Behandlungspflege jedoch zu rückläufigen Sozialhilfeausgaben.

[3] https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp.

5.4.3 Personelle Stabilisierung

Über die finanziellen Auswirkungen hinaus ermöglicht das Szenario 1 einen wesentlichen Stabilisierungseffekt für das System der Pflegeversicherung, der sich durch die Nutzung nicht-professioneller Ressourcen ergibt. In der aktuellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung ist eine zwingende Vollversorgung im stationären Setting festgeschrieben. Dies impliziert, dass die Sicherung und Erbringung aller Leistungen in der Verantwortung des Leistungsanbieters liegt, der hierfür entsprechendes Personal vorzuhalten hat. Gleichzeitig impliziert es allerdings auch, dass beim Wechsel eines Pflegebedürftigen in eine stationäre Einrichtung sein bestehendes informelles Netzwerk nicht mehr genutzt werden kann. Dies ist weder im Kontext der allgemeinen demographischen Entwicklung, die zu einer sinkenden Zahl von Personen im erwerbsfähigen Alter führt, und des sich speziell im Pflegebereich entwickelnden (Fach)Kräftemangels dauerhaft tragfähig, noch unter Gesichtspunkten der Aufrechterhaltung individueller Kompetenzen und sozialer Kontakte des Pflegebedürftigen wünschenswert. Diese Implikationen korrigiert Szenario 1, indem – analog einer häuslichen Versorgung – auch in institutionalisierten Settings die Erbringung definierter Leistungskomplexe durch zivilgesellschaftliche Akteure ermöglicht wird. Auf Systemebene entsteht somit ein potenziell stabilisierender Effekt, der die Leistungserbringung durch eine Einbindung zusätzlicher personeller Akteure sichert.

5.5 Bewertung

In Szenario 1 wird zunächst nur das Problem der *sektoralen Fragmentierung* in der deutschen Pflegeversicherung bearbeitet. Es zeigt sich dabei, dass schon die hierzu notwendige Umstellung der Leistungserbringung auf ein modularisiertes System – unabhängig von der ordnungsrechtlichen Ausgestaltung – die Generierung von Effizienzgewinnen ermöglicht. Diese entstehen durch die Möglichkeit, zivilgesellschaftliche Ressourcen auch in einem (vormals) stationären Pflegesetting stärker zu nutzen und hierdurch sowohl die zwingende – aber nicht den Präferenzen der Pflegebedürftigen entsprechende – Aufgabe dieser Hilfestrukturen zu verhindern als auch die privat zu erbringenden Pflegekosten zu senken. Zwingend erforderlich ist hierfür allerdings eine Homogenisierung des grundsätzlichen Leistungserbringungsrahmens, was insbesondere die Rückverlagerung der Finanzierungsverantwortung für die Medizinische Behandlungspflege in das SGB V erfordert und eine Aufgabe der zwingenden stationären Vollversorgung impliziert. Auch wenn diese Verbesserungen bereits unter Beibehaltung der ordnungsrechtlichen Fragmentierung im Szenario 1a möglich sind, kann eine vollständige Aufhebung der innovationsfeindlichen sektoralen Fragmentierung nur durch die umfassenderen Neugestaltungen des Szenario 1b erreicht werden. Erst die darin enthaltene Neuorganisation der

Pflegelandschaft entlang der leistungserbringungsrechtlichen Trennlinie „Wohnen“ und „Pflege/Betreuung“ ermöglicht es, die Innovationspotentiale für Settings, welche über die Logik einer ambulant-stationären Trennung hinausgehen, konsequent zu fördern. Der paradigmatische Wechsel zu einer neuen organisatorischen Trennlinie bringt dabei zwangsläufig Probleme in den Bereichen Haftung, Aufsicht und Qualitätssicherung mit sich, die im Rahmen dieses Gutachtens nur angerissen werden können. Unzweifelhaft sind allerdings umfassende Neuregelungen erforderlich, bei denen das Ordnungsrecht der veränderten leistungserbringungsrechtlichen Ausgestaltung zu folgen hätte.

Insgesamt weist Szenario 1 damit allokative, distributive und stabilisierungspolitische Vorteile auf und ist dem Status quo damit grundsätzlich überlegen. Während Szenario 1a schon in Einzelfällen realisiert ist, stellt Szenario 1b eine weitreichende Reform dar, bei der Pflegebedürftige erstmals vollkommen ohne Verzerrung durch leistungsrechtliche Regelungen den Ort der Pflege ausschließlich nach eigenen Präferenzen und Vorhandensein eines informellen Netzwerkes auswählen können. Szenario 1b ist damit zwar anspruchsvoller aber auch leistungsstärker in Bezug auf die verwendeten Bewertungskriterien.

6 Szenario 2: Beibehaltung der sektoralen Fragmentierung bei individuell bedarfsgerechten Versicherungsleistungen und einem (zeitlich begrenzten) Eigenanteilssockel

Ausgangspunkt für Reformszenario 2 ist – bei Beibehaltung der ordnungsrechtlichen und leistungserbringungsrechtlichen Fragmentierung in einen ambulanten und einen stationären Sektor – das *Leistungsrecht*. Wie in Szenario 1 sind zunächst auch hier die Ausgaben für Medizinische Behandlungspflege auf die GKV zurück zu verlagern. Weiterhin wird das Verhältnis von Versicherungsleistung und Eigenfinanzierung umgekehrt: Anstelle der bisherigen Zahlung eines pauschalierten bzw. gedeckelten, nicht bedarfsdeckenden Zuschusses mit einer Selbstbeteiligung von 100% für darüber hinaus gehender Kosten (deren Höhe nicht begrenzt ist), wird nun *von allen Pflegebedürftigen* ein einheitlicher Sockelbetrag gezahlt, während darüber hinausgehende Kosten (bis zu einer absolut gedeckelten Leistungshöhe) von der Pflegekasse übernommen werden. Der Sockelbetrag wird zudem zeitlich begrenzt, so dass ein bekannter absoluter Höchstbetrag definiert ist, der im Falle einer Pflegebedürftigkeit privat aufzubringen ist. Dieser kann angespart, privat versichert oder sozialversichert werden, so dass erstmals das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit abschließend abgedeckt werden kann.

Nachstehend wird zunächst auf die rechtliche Ausgestaltung eingegangen (Abschnitt 6.1). Anschließend werden die erwartbaren Auswirkungen dieser Ausgestaltung auf Allokation (Abschnitt 6.2), Distribution (Abschnitt 6.3) sowie Stabilität (Abschnitt 6.4) diskutiert und das Szenario einer darauf aufbauenden abschließenden Bewertung unterzogen (Abschnitt 6.5).

6.1 (Rechtliche) Ausgestaltung

Wie schon in Szenario 1, wird nachstehend wieder die leistungsrechtliche (Abschnitt 6.1.1), leistungserbringungsrechtliche (Abschnitt 6.1.2) und ordnungsrechtliche (Abschnitt 6.1.3) Ausgestaltung des Szenarios beschrieben, wobei in diesem Fall nur die leistungsrechtlichen Überlegungen Gewicht haben.

6.1.1 Leistungsrechtliche Ausgestaltung

Bei der Darstellung der leistungsrechtlichen Ausgestaltung wird zunächst die grundlegende Konzeption dargelegt (Abschnitt 6.1.1.1) und dann eine mögliche Setzung konkreter Werten (Abschnitt 6.1.1.2) thematisiert.

6.1.1.1 Konzeptionelle Grundlegung

Durch die Kombination der unbegrenzten monatlichen Eigenanteile und der unbekannten Überlebensdauer der Pflegebedürftigen resultiert ein absolutes finanzielles Risiko in unbekannter Höhe. Wegen der unbekannten Dauer kann nicht durch Sparen vorgesorgt werden, aber auch eine private Aufstockung zur Vollversicherung ist nicht möglich, da die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung nicht bedarfsdeckend sind und bei zusätzlichen privaten Pflegetagegeldversicherungen unklar ist, wie groß der im Schadensfall zu tragende Eigenanteil sein wird, wenn die Pflegebedürftigkeit – typischerweise – erst ein halbes Jahrhundert nach Abschluss der Versicherung eintritt. Damit ist Lebensstandardsicherung in Bezug auf das Pflegerisiko heute nicht möglich. Hierzu notwendig wäre eine alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung, welche die beiden Dimensionen des Kostenrisikos, d.h. die unbekannte individuelle Dauer einer Pflegebedürftigkeit und die unbekannte Höhe der Selbstbeteiligung pro Periode der Pflegebedürftigkeit, eliminiert oder eliminierbar macht. Um Lebensstandardsicherung in Bezug auf das Pflegerisiko zu ermöglichen, wird in Szenario 2 daher vorgeschlagen, das Verhältnis von Versicherungsleistungen und Eigenanteil umzukehren: Pflegebedürftige zahlen bei Inanspruchnahme formaler Pflegeleistungen für einen festgelegten Zeitraum einen festen monatlichen Sockelbetrag als Eigenanteil, während darüber hinaus-

gehende bedarfsnotwendige Pflegeleistungen von der Pflegeversicherung übernommen werden. Praktisch wird das Leistungssystem der Pflegeversicherung somit von bundeseinheitlichen Pauschalen auf individuell variable Leistungshöhen umgestellt.

Diese Leistungen sind aber nicht vollständig offen konzipiert, sondern in ihrer absoluten Höhe begrenzt: Im *stationären Sektor* erfolgt die Begrenzung durch die jeweiligen Pflegesätze. Hieraus folgt, dass die Höhe der von der Pflegeversicherung gezahlten Leistungen bei stationärer Pflege pro Pflegegrad nicht mehr aus bundesweit einheitlichen Pauschalen besteht, sondern jeweils mit Bezug auf das Preisniveau der einzelnen Einrichtung variiert. Dabei wird dieses Preisniveau weiterhin extern über Verhandlungen festgeschrieben und folgt der bisherigen Pflegesatzsystematik. Wesentliche Neuerung ist hierbei, dass Unterschiede im jeweiligen Preisniveau der Einrichtungen nun aufgrund der Festsetzung des pauschalen Sockelbetrages nicht mehr zu Lasten der Pflegebedürftigen gehen, sondern durch die Pflegekassen zu tragen sind. Im *ambulanten Sektor* wird ebenfalls ein absoluter einheitlicher Sockelbetrag durch die Pflegebedürftigen, und die darüber hinaus gehenden Kosten von der Pflegekasse getragen. Da somit zwar eine Ausgabenbegrenzung über Verhandlung des *Preis*niveaus, aber keine natürliche obere Begrenzung der Leistungs*menge* gegeben ist, muss zur Eindämmung des entstehenden Moral Hazard eine normative Festsetzung der maximalen Leistungshöhe erfolgen. Diese Normierung kann entweder durch eine *individuelle Bedarfsfeststellung* bei jedem einzelnen Pflegebedürftigen im Rahmen einer individuellen Pflegeplanung erfolgen oder indem die maximalen Leistungshöhen im ambulanten Bereich *für alle* in Anlehnung an durchschnittliche Pflegesätze in Pflegeheimen festgesetzt werden.

Die konzeptionelle Grundidee einer Umkehr von Pflegeversicherungsleistungen und Eigenanteilen setzt nicht notwendigerweise voraus, dass der Eigenanteilssockel im ambulanten und stationären Sektor einheitlich ausgestaltet werden *muss*. So wäre es auch denkbar, für die beiden weiterhin existierenden fragmentierten Leistungssektoren jeweils einen spezifischen Sockelbetrag einzurichten und die Sektoren somit weiterhin mit unterschiedlichen Kostenstrukturen zu hinterlegen. Dieser sektorspezifische Sockelbetrag würde im stationären Bereich dann höher sein als im ambulanten und muss auch methodischen Gründen auch oberhalb des einheitlichen Eigenanteils liegen.

Diese Möglichkeit der alternativen Ausgestaltung wird jedoch aus drei Gründen innerhalb dieses Gutachtens *nicht* weiter verfolgt. Erstens erzeugen parallele Eigenanteilssockel, wenn sie – wie zu erwarten wäre – in ihrer Höhe differieren, zwangsläufig den Anreiz über die Auswahl der Versorgungsform das individuelle Kostenrisiko beeinflussen zu können und mindern dadurch die angestrebte Anreizneutralität. Dies führt zweitens dazu, dass das absolute Kostenrisiko über die gesamte

Dauer der Pflegebedürftigkeit nicht mehr eindeutig berechnet werden kann, das dieses auch davon abhängt, welche (Zeit)Anteile der Pflegebedürftigkeit in ambulanter und stationärer Pflege verbracht werden. Drittens würden sektorenspezifische Sockelbeträge aber vor allem einen für die in Abschnitt 2 erarbeiteten Reformperspektiven gravierenden Nachteil aufweisen: sie würden die sektorale Fragmentierung nicht nur weiterführen, sondern diese sogar noch dauerhaft weiter verstärken. Eine Kombination der beiden Reformperspektiven, wie sie später in Szenario 3 ausgearbeitet wird, wäre damit nicht mehr möglich. Nachfolgend wird daher von einem sektorübergreifenden einheitlichen Sockelbetrag ausgegangen.

Die Höhe des sektorenübergreifenden pauschalen Eigenanteilsockels ist dabei politisch bestimmt. Denkbar sind alle Werte auf einem Kontinuum, das durch zwei „Ankerpunkte“ im bisherigen System gebildet wird. Der erste Ankerpunkt besteht darin, den Sockel auf ein Niveau von Null abzusenken und somit eine Pflege*vollversicherung* zu realisieren. Hierzu müssten dann soviel zusätzliche Finanzmittel aus der Pflegeversicherung erbracht werden, wie bisher an Eigenanteilen durch die Pflegebedürftigen aufgebracht werden. Als entgegengesetzter Ankerpunkt kann der Sockelbetrag so bestimmt werden, dass die aktuell von der Gesamtheit der Pflegebedürftigen aufgebrachten Eigenanteile auch durch den neuen Sockel finanziert werden. Dies entspricht einer gesamtkostenneutralen Umstellung, die allerdings für den konkreten Pflegebedürftigen zu veränderten Zahlungshöhen führt. Abbildung 4 zeigt schematisch, wie ein derartiger Sockelbetrag bestimmt wird:

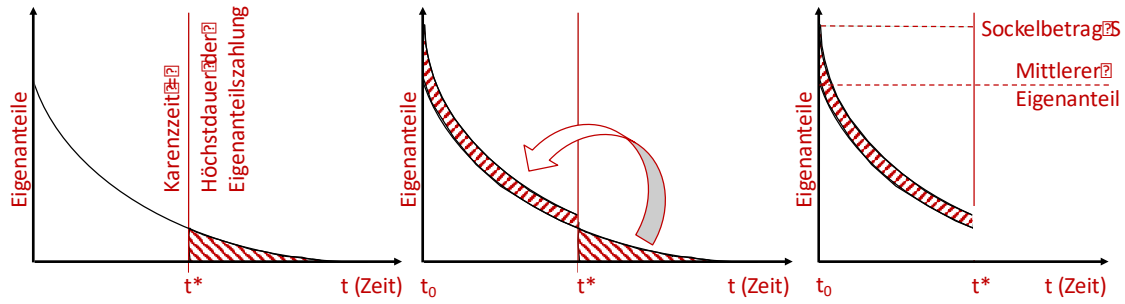

Abbildung 4: Schematische Darstellung zur Berechnung des ausgabenneutralen Sockelbetrags

Abgebildet sind die derzeit für eine Zugangskohorte anfallenden Eigenanteile. In dem Maße, in dem diese Zugangskohorte verstirbt,[4] sinken die kumulierten Eigenanteile (Abbildung 4, linkes Diagramm). Wird der Zeitraum, in dem Eigenanteile gezahlt werden müssen, auf *t** begrenzt, entfallen Eigenan-

[4] Da Pflegebedürftige einer Zugangskohorte im Zeitverlauf tendenziell in höhere Pflegegrade gelangen und auch die Pflegeformen durch zunehmende formale Pflege gekennzeichnet sind, gibt es auch einen eigenanteilsteigernden Faktor, der allerdings durch die Versterbensrate überkompensiert wird. Abgebildet ist somit genau genommen ein Nettoeffekt dieser beiden gegenläufigen Entwicklungen.

teile für spätere Zeiträume. Sie müssen nunmehr in der Zeit bis *t** zusätzlich aufgebracht werden, etwa durch einen im Zeitverlauf bis *t** konstanten Zuschlag (Abbildung 4, mittleres Diagramm). In Individualbetrachtung kann die Kurve auch als erwartete Eigenanteilszahlung interpretiert werden, die sich aus der Division der kumulierten Zahlungen durch die Kopfzahl der Zugangskohorte ergibt. Zum Zeitpunkt t_0 entspricht der Wert der Ursprungskurve dann dem Eigenanteil zu Beginn der Pflegebedürftigkeit bzw. dem mittleren Eigenanteil, wenn unterstellt wird, dass der Eigenanteil im Zeitverlauf konstant bleibt. Der Wert der oberen Kurve zum Zeitpunkt t_0 repräsentiert dagegen den Wert des Sockelbetrags, beim dem die Eigenanteile insgesamt konstant bleiben und der – ceteris paribus – daher für die Pflegeversicherung ausgabenneutral ist (Abbildung 4, rechtes Diagramm).

Für die beiden „Ankerpunkte“ werden im folgenden Abschnitt 6.1.1.2 Modellrechnungen vorgestellt. Grundsätzlich ist auch eine beliebige Sockelhöhe zwischen den beiden Ankerpunkten möglich.

6.1.1.2 Parametrisierung

Für eine *gesamtkostenneutrale Umsetzung* werden die nach dem Zeitpunkt *t** entstehenden individuellen Pflegekosten auf das Kollektiv der Leistungsnehmer und auf den Zeitraum vor *t** verlagert. Der Zeitpunkt *t** kann dabei grundsätzlich beliebig gewählt werden. Seine Setzung bestimmt die Höhe des von jedem Pflegebedürftigen monatlich zu zahlenden Sockelbetrags (S), wobei dieser Sockelbetrag desto höher ist, je näher *t** an t_0 liegt (Abbildung 5).

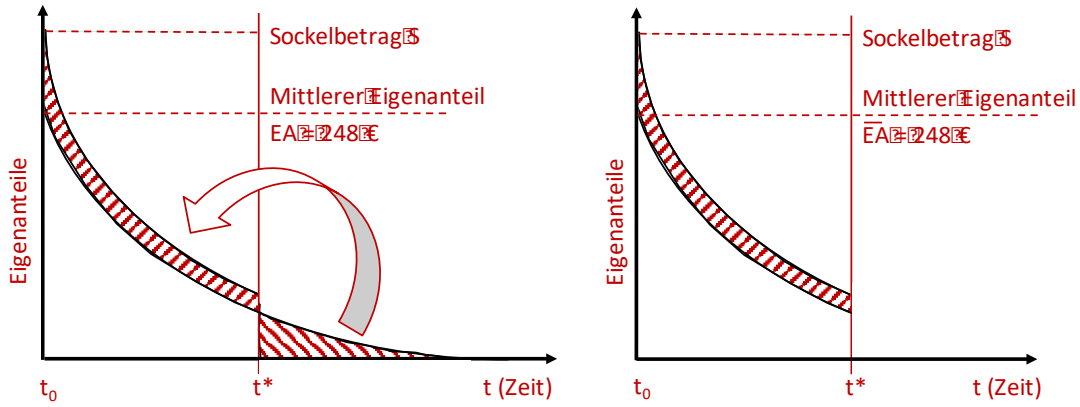

Abbildung 5: Sockelbetrag bei ausgabenneutraler Festlegung

Zur Berechnung des *ausgabenneutralen Sockelbetrags* werden Informationen über die *Dauer der Pflege* ab deren Eintritt und die Höhe des *derzeit getragenen Eigenanteils* benötigt. Abbildung 6 ent-

hält hierzu zunächst den Anteil der Überlebenden einer Zugangskohorte (blaue Kurve).[5] Für die Berechnung wurden Daten der BARMER GEK für die Zugangskohorte 2011 verwendet (Rothgang et al. 2016: 162ff.). Das Beobachtungsfenster endet nach 48 Monaten. Für den darauf folgenden Zeitraum wurde die Überlebenskurve extrapoliert, indem für das monatliche Überleben der Population der durchschnittliche Überlebensanteil der Monate 13 bis 48 in Höhe von 98,59 % angesetzt wurde.[6] Für die Abschätzung der individuellen Eigenanteile wurden für stationäre Pflege durchschnittliche Werte von monatlich 580 Euro verwendet (vgl. Abschnitt 2.2). Für die häusliche Pflege wurden auf Basis des Sozioökonomischen Panels (SOEP) für die Jahre 2010 bis 2013 durchschnittliche privat getragene Pflegekosten in der häuslichen Pflege in Höhe von 169 Euro (326 Euro, 540 Euro) für Pflegebedürftige in Pflegestufe I (II, III) ausgewiesen (Rothgang et al. 2016: 135). Hieraus folgt unter Ansatz der für das Jahr 2017 erwarteten Pflegebedürftigenzahlen und der Leistungsverbesserungen, die in Folge des PSG II an die Pflegebedürftigen fließen, eine gewichtete monatliche Eigenanteilszahlung in ambulanter Versorgung in Höhe von 125 Euro. Entsprechend der aktuellen Inanspruchnahme von stationären und ambulanten Pflegeleistungen ergibt sich hieraus der sektorenübergreifende gewogene Mittelwert von 248 Euro / Monat, der den nachfolgenden Berechnungen zugrunde gelegt wird.

Auf Basis der individuellen Überlebenswahrscheinlichkeit und der durchschnittlichen Eigenanteile ergeben sich die in Abbildung 6 enthaltenen Erwartungswerte der kumulierten Eigenanteilszahlung zu jedem Zeitpunkt *t* (rote Kurve). Die gesamten Eigenanteilszahlungen für einen Pflegebedürftigen zum Zeitpunkt *t* ergeben sich dann als Integral unter der blauen Kurve multipliziert mit 248.

[5] Damit wird einer Kollektivbetrachtung gefolgt. Bei einer Individualbetrachtung können diese Anteilswerte als die Überlebenswahrscheinlichkeit eines Mitglieds dieser Zugangskohorte ab dem Neuauftreten von Pflegebedürftigkeit angesehen werden.

[6] Bei inzidenten Pflegebedürftigenpopulationen unterscheiden sich die Überlebensraten in kurz- und langfristiger Betrachtung deutlich. Während innerhalb des ersten Jahres nach Pflegeeintritt sehr viele der Pflegebedürftigen versterben, stabilisiert sich die monatliche Überlebensquote danach, in den genutzten Daten im Bereich zwischen 98,24 % bis 98,84 %. Die Stabilität der Raten in dieser Höhe bestätigt auch eine Beobachtung der Zugangskohorte 2000 der Versicherten der Gmünder Ersatzkasse (GEK), die über 11 Jahre verfolgt werden konnte (Rothgang et al. 2012: 203ff.). Die GEK ist 2010 mit der Barmer Ersatzkasse zur BARMER GEK fusioniert, die nach der Fusion mit der Deutschen BKK seit 2017 als BARMER firmiert. Eine weitere Verfolgung dieser Kohorte war daher nicht mehr möglich.

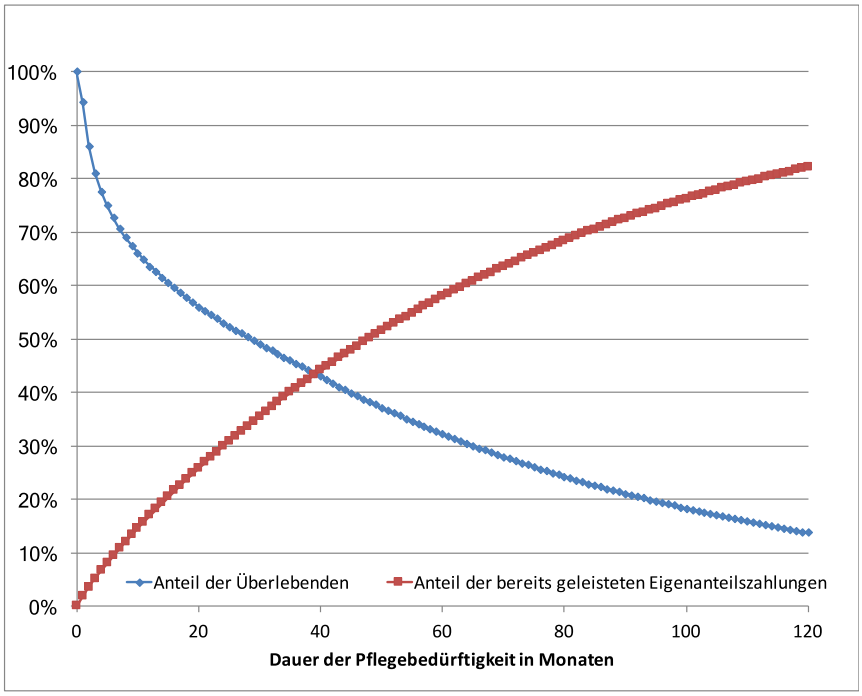

Abbildung 6: Überlebensdauer und Eigenanteilszahlungen einer Kohorte Pflegebedürftiger ab auftreten der Pflegebedürftigkeit

Für abgeschlossene Pflegeverläufe beträgt dieser Wert der durchschnittlichen Eigenanteilszahlungen bis zum Versterben ca. 13.500 Euro.[7] Hierin sind die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten für Pflegeheime *nicht* enthalten, die nach wie vor vom Pflegebedürftigen selbst zu zahlen sind. Soll vermieden werden, dass über diesen Durchschnittswert hinausgehende Ausgaben selbst finanziert werden müssen, so sind diese auf die ersten t^* Jahre umzulegen und erhöhen dort den heutigen durchschnittlichen Eigenanteil auf einen „Sockelbetrag“ (Abbildung 5). Seine Höhe steht somit in direkter Abhängigkeit von der Festlegung der Länge der Karenzzeit durch den Parameter t^*.

[7] Auf Diskontierung und Barwertberechnung wurde aus Gründen der Vereinfachung an dieser Stelle verzichtet. Angesichts der derzeitigen Zinsen ist – wenn der Kapitalmarktzins als interner Zinsfuß zugrunde gelegt wird, auch kein wesentlicher Effekt zu erwarten.

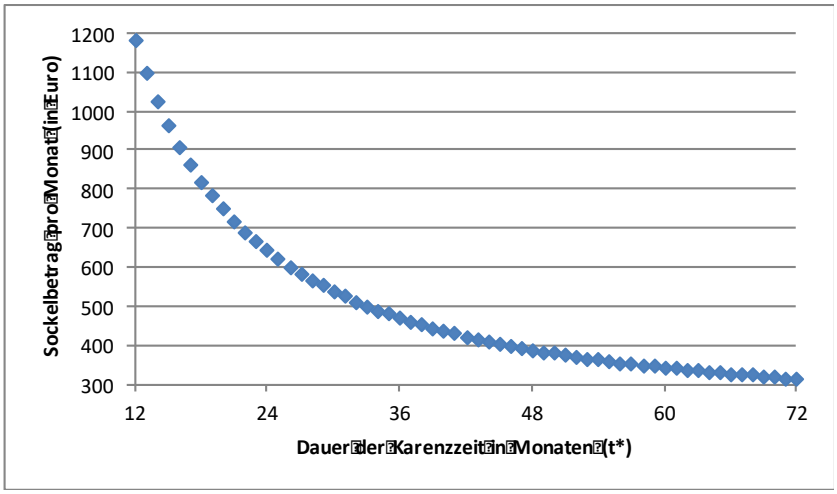

Abbildung 7: Höhe des Sockelbetrags in Abhängigkeit von der Dauer der Karenzzeit

Bei einer Karenzzeit bis zur vollen Kostenübernahme durch die Pflegeversicherung von beispielsweise t^*= 4 Jahren ergibt sich ein monatlich aufzubringender Sockelbetrag von rund 388 Euro, bei einer Laufzeit von t^* = 3 Jahren einer von rund 470 Euro (Tabelle 3).

Tabelle 3: Monatlicher Sockelbetrag Leistungshöhen nach Inkrafttreten des PSG II (€ / Monat)

t* (in Monaten)	Monatlicher Sockelbetrag (in €)	Maximaler absoluter Eigenanteil (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

Das Produkt aus Laufzeit und monatlichem Sockelbetrag ist dabei (deutlich) höher als die der Berechnung zugrunde liegenden 13.500 Euro. Das ist darauf zurückzuführen, dass im Lauf der t^* Jahre ein Teil der Pflegebedürftigen stirbt und den Sockelbetrag dann nicht mehr zahlt. Der maximal zu zahlende absolute Eigenanteil (MaE) steigt dabei mit der Länge der gewählten Karenzzeit (Tabelle 3). Bei kurzer Karenzzeit wird diese nämlich von fast allen erlebt, während der Teil der Pflegebedürftigen, der vor Ende der Karenzzeit stirbt, bei längeren Karenzzeiten wächst. Wird die Erlebenswahrscheinlichkeit berücksichtigt, ergibt sich ein mittlerer erwarteter Eigenanteil ($m\overline{EA}$), der – multipliziert mit der Karrenzzeit von t^* wieder den zugrunde liegenden Erwartungswert des kumulierten Eigenanteils von 13.500 Euro ergibt (Abbildung 8).

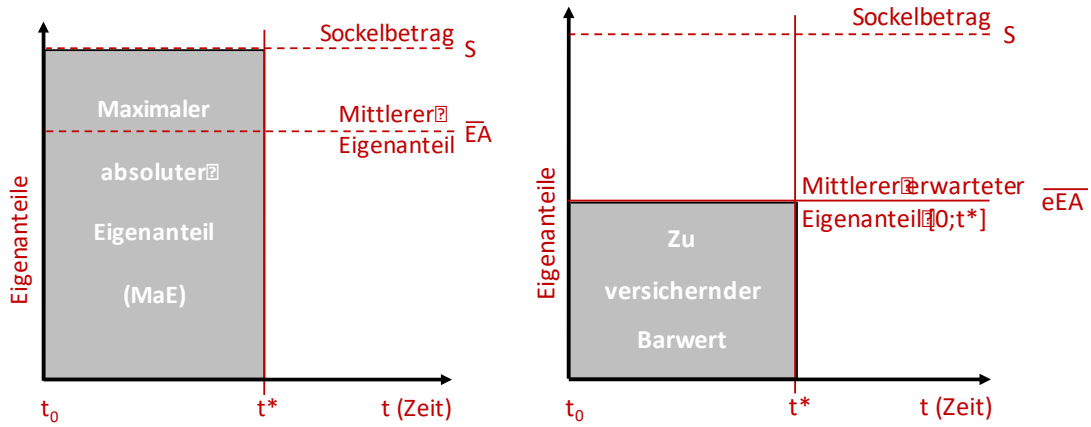

Abbildung 8: Schematische Darstellung des maximalen absoluten Eigenanteils und des zu versichernden Barwertes

Dieser *feste Erwartungswert* von 13.500 Euro kann nun aber gut privat versichert werden. Ebenso möglich wäre eine – vollständige oder teilweise – Integration in die Soziale Pflegeversicherung (und auch die private Pflegepflichtversicherung). Im Falle einer Vollversicherung wäre zur Gegenfinanzierung ein Beitragssatzanstieg von rund 0,7 Beitragssatzpunkten notwendig.[8] Dieser Wert weist dabei große Nähe zu den Berechnungsergebnissen von Lüngen (2012: 9) auf.[9]

6.1.2 Leistungserbringungsrechtliche Ausgestaltung

Die leistungserbringungsrechtliche Ausgestaltung des Szenarios 2 schreibt den Status quo der aktuellen Umsetzung der Pflegeversicherung fort. Es werden demnach weiterhin unterschiedlichen Vergütungsstrukturen in den beiden – nach wie vor existierenden – Sektoren des Pflegesystems angewendet. Für den *ambulanten Sektor* erfolgt eine modularisierte Leistungserbringung, bei der die Pflegebedürftigen darüber entscheiden, welche Leistungsmodule sie in Anspruch nehmen möchten. Diese werden bis zu einer pflegegradbezogenen Obergrenze von der jeweiligen Pflegekasse als Sachleis-

[8] Für eine Vollversicherung ist es erforderlich, die kumulierte Eigenanteilszahlung im Pflegeverlauf vollständig über die Sozialversicherung gegen zu finanzieren. Bei rund 3 Mio. Pflegebedürftigen und einem Erwartungswert der Eigenanteile in Höhe von 13.500 Euro entspricht dies zusätzlichen Ausgaben der Pflegeversicherung von zurzeit rund 40 Mrd. Euro. Diese verteilen sich über die durchschnittliche Pflegedauer, welche – bei Zugrundelegung der in den Berechnungen verwendeten Absterbeordnung – rund 4,5 Jahre beträgt, so dass pro Jahr Mehrausgaben von etwa 9 Mrd. Euro entstehen. Die angegebene Beitragssatzsteigerung in Höhe von 0,7 Prozentpunkten errechnet sich dann im Verhältnis zur erwarteten Grundlohnsumme, die mit etwa 1.270 Milliarden Euro anzusetzen ist (Rothgang/Domhoff 2017: 40ff.).

[9] Dieser nennt einen notwendigen Beitragssatzanstieg in Höhe von 1,3 Prozentpunkten, für die Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Vollkostenversicherung. In diesem Wert enthalten sind aber 0,3 Beitragssatzpunkte für die neu einzuführende Vergütung der Medizinischen Behandlungspflege, die nach Auffassung von Lüngen derzeit nicht finanziert ist, den Einrichtungen aber vergütet werden sollte. Werden weiterhin 0,3 Beitragssatzpunkte abgezogen, die den seitdem erfolgten Leistungsverbesserungen durch die Pflegestärkungsgesetzen entsprechen, ergibt sich ebenfalls ein Beitragssatzeffekt von 0,7 Beitragssatzpunkten

tung gewährt und entsprechend vergütet. Im *stationären Sektor* bleibt die Vollversorgung bestehen, die über verhandelte Pflegesätze nach individuellem Pflegegrad pro Tag abgerechnet wird. Abweichend von den aktuellen Regelungen wird allerdings die Medizinische Behandlungspflege aus der stationären Vollversorgung ausgegliedert. Die hiervon betroffenen Leistungen sind dann nicht mehr bereits über die Pflegesätze abgegolten, sondern werden analog der häuslichen Krankenpflege über die Krankenversicherung finanziert.

6.1.3 Ordnungsrecht

Veränderungen im Ordnungsrecht sind in den hier präsentierten Szenarien zur alternativen Ausgestaltung der Pflegeversicherung den jeweiligen leistungs- und leistungserbringungsrechtlichen Neuregelungen nachgeordnet und dienen dazu, die sektorale Fragmentierung vollständig aufheben zu können. Da im Szenario 2 diese Reformperspektive jedoch gar nicht verfolgt wird, sind ordnungsrechtliche Anpassungen hier nicht erforderlich. Vielmehr wird durch die Beibehaltung der ordnungsrechtlichen Ausgestaltung die bisherige Trennung der beiden Sektoren fortgeschrieben.

6.2 Allokation

Wie auch bei Szenario 1 wird in Szenario 2 nur eine der beiden in Abschnitt 2 skizzierten Reformlinien umgesetzt. In Szenario 2 wird dabei nicht die Aufhebung der sektoralen Fragmentierung verfolgt, sondern das Verhältnis von Versicherungsleistung und Eigenfinanzierung umgekehrt. Das impliziert, dass eine verzerrungsfreie, ausschließlich präferenzorientierte Auswahl des Pflegesettings durch die Pflegebedürftigen *nicht* realisiert wird. Allerdings kann die sektorenunabhängige Vereinheitlichung und Begrenzung der Eigenanteile dazu beitragen, die Wahl des (ambulanten oder stationären) Settings von finanziellen Erwägungen zu entkoppeln. Das führt zu veränderten Anreizstrukturen: War bisher eine ambulante Versorgung im Vergleich zur stationären Vollversorgung in den meisten Fällen mit geringeren privaten Eigenanteilen verbunden, nivelliert das Szenario 2 diese Unterschiede. In allen dargestellten Ausgestaltungsvarianten liegen hierdurch die resultierenden Eigenanteile für Pflegeleistungen im stationären Bereich unterhalb der heutigen Werte, während der Sockelbetrag den derzeitigen Wert der Eigenanteile im ambulanten Bereich übersteigt. Hierdurch wird der „durchschnittliche“ Anreiz für die Inanspruchnahme einer stationären Versorgung erhöht. Allerdings können sich in regional differenzierter Betrachtung noch einmal unterschiedliche Anreizveränderungen ergeben. Zentral für die allokative Bewertung des Szenarios 2 sind in Bezug auf die Ressourcenalloka-

tion aber Fragen des Moral Hazard (Abschnitt 6.2.1) sowie die Effekte in Bezug auf die Risikoallokation (Abschnitt 6.2.2).

6.2.1 Moral Hazard

Der wesentliche Vorteil einer Ausgestaltung der Pflegeversicherung mit variablen Leistungshöhen ist, dass die Konsumenten bei der Auswahl und Ausgestaltung ihres konkreten Pflegesettings keinerlei Kostenrisiko mehr tragen. Hierin liegt allerdings auch die Basis für das gravierendste Problem, das eine solche Ausgestaltung mit sich bringt: Die bisher existierenden systemimmanenten Anreize zur Begrenzung der individuellen Pflegekosten, die durch die 100%ige Selbstbeteiligung oberhalb der pauschalen Leistungen der Pflegeversicherung vorhanden sind, entfallen, so dass im Gegenteil Anreize zu einer deutlichen Leistungsausweitung bestehen, die nicht nur zu einer Ausgabensteigerung für die Pflegeversicherung führt, sondern wohlfahrtökonomisch negativ zu bewerten ist, sobald die Grenznutzen einer weiteren Leistungsausweitung die Grenzkosten dieser Leistungen übersteigen. Die Individualisierung der Leistungshöhen – bei festem Eigenanteilssockel und ohne weitere Begrenzung auf eine maximale Leistungsmenge/-höhe – erzeugt somit einen mehrfachen Anreiz zur Erhöhung der Pflegekosten, da das Eigeninteresse der Pflegebedürftigen und ihrer Familien, die Ausgaben zu begrenzen nunmehr wegfällt, da hierdurch keine Steigerung der privaten Eigenanteile mehr entsteht (Abbildung 9). Dieser von Ökonomen als Moral Hazard bezeichnete Anreiz, die Ausgaben auch über das wohlfahrtsoptimale Niveau hinaus auszudehnen, bezieht sich dabei sowohl auf die Mengenkomponente (Maximierung der individuellen Leistungsmenge bei gegebener Versorgungsform, Abschnitt 6.2.1.1), als auch auf die Preiskomponente (Auswahl teurerer Anbieter bei gegebener Versorgungsform, Abschnitt 6.2.1.2) und die Auswahl einer teureren Versorgungsform (Abschnitt 6.2.1.3), die auf Preis- und/oder Mengenunterschieden beruhen kann.

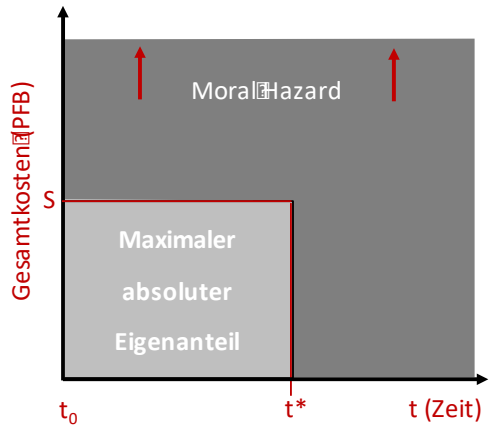

Abbildung 9: Schematische Darstellung der Wirkung von Moral Hazard bei begrenztem Eigenanteil

6.2.1.1 Maximierung der individuellen Leistungsmengen

In Bezug auf die Mengenkomponente gibt es im *stationären Bereich* in Szenario 2 insofern keinen Moral Hazard als die verhandelten Pflegesätze die für Pflegebedürftige zur Verfügung stehenden Mengen an pflegerischen und betreuerischen Leistungen leistungserbringungsrechtlich begrenzen. Da die Vollversorgung implizit als einzige Gesamtleistung betrachtet werden kann, ist es hier nicht möglich, die individuelle Leistungsmenge zu erhöhen, da die Leistung nur einmal konsumiert werden kann.[10] Anders stellt sich die Situation im *ambulanten Bereich* dar, in dem nunmehr – oberhalb des Sockels – *alle* Pflegeleistungen finanziert werden. Solange die Pflegeleistungen als nutzenstiftend angesehen werden, entsteht nunmehr der Anreiz, eine möglichst große Leistungsmenge zu konsumieren. Um einer Kostenexplosion entgegenzuwirken muss dieser Fehlanreiz über sinnvolle Steuerungsmechanismen wieder eingegrenzt werden. In Abhängigkeit von der Menge der in Anspruch genommenen Leistungen können dabei *vier Bereiche* unterschieden werden, in denen auch unterschiedliche Steuerungsmechanismen eingesetzt werden können (Abbildung 10).

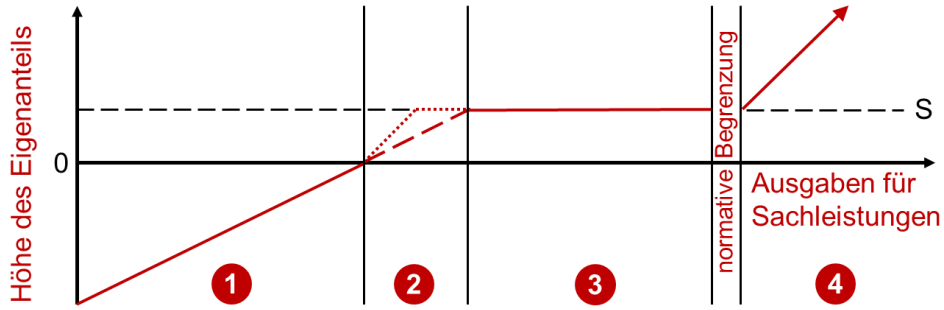

Abbildung 10: Schematische Darstellung der Höhe der Eigenanteile im ambulanten Bereich in Abhängigkeit von den Ausgaben für Sachleistungen

1. In der aktuellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung sind Pflegegeld und Pflegesachleistungen ineinander transferierbar: Wird der Sachleistungsanteil zu X Prozent ausgeschöpft, verbleibt ein Pflegegeldanspruch von 100-X Prozent. Implizit bedeutet die Inanspruchnahme von Sachleistungen daher, dass ein entsprechender Teil des Pflegegeldes hierfür eingesetzt werden muss, respektive nicht ausgezahlt werden kann. Der Verzicht auf das bar ausgezahlte Pflegegeld stellt somit die Opportunitätskosten der Sachleistungsnutzung dar. Bei der aktuellen Ausgestaltung der Leistungssätze in §§ 36 und 37 SGB XI führt die Inanspruchnahme von Sachleistungen in Höhe von jeweils zwei Euro zu einem Verzicht auf Geldleistungen in Höhe

[10] Auch die Verlagerung der Medizinischen Behandlungspflege in das Einzelabrechnungssystem des SGB V erzeugt kein Moral Hazard-Problem, da die Notwendigkeit dieser Leistungen durch die steuernden Regelungen innerhalb der Krankenversicherung kontrolliert wird.

von jeweils etwa einem Euro. Der „Eigenanteil“ liegt damit bei rund 50 %. Wird an den bisherigen Regelungen zum Pflegegeld festgehalten, stellt dieser implizite Eigenteil einen Steuerungsmechanismus dar, der den Anreiz zur Inanspruchnahme von Sachleistungen bis zum bisherigen Höchstbetrag der Sachleistungen effektiv begrenzt.

2. Im anschließenden Bereich unterhalb des Sockelbetrages (S) muss eine Regelung genutzt werden, den Eigenanteil in Anhängigkeit von den verursachten Ausgaben für ambulante Sachleistungen bis zum begrenzten Eigenanteils-Sockel ansteigen zu lassen. Sinnvoll ist hierbei, den Eigenanteil nicht stärker, etwa sprunghaft, steigen zu lassen, als der Sachleistungskonsum zunimmt. Dabei ist das Verhältnis zwischen den Sachleistungsbeträgen und dem ansteigenden Eigenanteil beliebig definierbar. Sinnvoll erscheint entweder eine Weiterführung der beschriebenen Relation zwischen Pflegegeld und Sachleistungen, die einem 50%igen Eigenanteil entspricht (gestrichelte Linie), oder die vollständige Übernahme der Sachleistungskosten bis zur Erreichung des Sockelbetrages, die einen 100%igen Eigenanteil darstellt (gepunktete Linie).
3. Im nächsten Abschnitt verbleibt der Eigenanteil auf Höhe des Sockelbetrages, in diesem Kostenbereich wird somit durch zusätzliche Leitungsinanspruchnahme keine zusätzliche Eigenanteilszahlung generiert. Hier zeigt sich das Problem des Moral Hazard hin zu einer Maximierung der individuellen Leistungshöhe: Ist die Eigenbeteiligung in Form des Sockelbetrag erst einmal bezahlt, führt – bei fehlender oberer Begrenzung dieses dritten Funktionsabschnittes – eine Mehrinanspruchnahme von Leistungen zu einer individuell besseren, jedenfalls umfangreicheren, Versorgung, ohne weitere Zuzahlungen zu erfordern. Ein rationaler Pflegebedürftiger wird somit versuchen, möglichst viele ambulante Pflegeleistungen ohne Zuzahlung zu erhalten. Hier ist daher eine normative Begrenzung der „bedarfsnotwendigen“ Leistungen erforderlich, indem eine *obere Grenze* für die Geltungsweite des Sockelbetrages eingeführt wird, für die die Pflegeversicherung die Kosten – abzüglich des Sockelbetrags – vollständig übernimmt.
4. Oberhalb der oberen Grenze werden die Kosten in voller Höhe privat zu tragen sein.

Für die Festsetzung des oberen Grenzwertes sind im Wesentlichen zwei Möglichkeiten gegeben. Es kann entweder *für alle Versicherten* eine absolute Begrenzung der individuellen Leistungsansprüche gegen die Versicherung – etwa auf das Niveau der stationären Leistungshöhen – festgesetzt werden (Abschnitt 6.2.1.1.1) oder die Limitierung muss auf Einzelfallebene durch *individuelle Leistungszuordnungen*, also eine sehr verbindliche Pflegeplanung, erfolgen (Abschnitt 6.2.1.1.2). Diese jeweilige

Deckelung führt dann dazu, dass die ambulante Mengenkomponente limitiert wird, da sie entweder keine höheren Leistungszahlungen als eine stationäre Versorgung zulässt oder im Falle der individuellen Leistungszuordnung direkt quantitativ begrenzend ist.

6.2.1.1.1 Absoluter oberer Grenzwert

Die Festlegung eines absoluten oberen Grenzwertes, durch den die maximale ambulante Sachleistungshöhe festgeschrieben wird, stellt die einfachere Möglichkeit zur Vermeidung des Moral Hazard dar. Als „natürliche“ Fokuspunkte dieser Begrenzung bietet es sich an, die weiterhin bestehenden pflegegradspezifischen Leistungshöhen im stationären Sektor zu übertragen. Hierdurch kann gewährleistet werden, dass – pflegegradspezifisch – keine Versorgungsarrangements entstehen, für die die Sozialversicherung Kosten oberhalb der Ausgaben einer vollstationären Versorgung übernimmt. Somit können in Abweichung der heutigen Ausgestaltung die Leistungsmaxima in beiden Sektoren vollständig homogen gestaltet werden. Implizit eingeschränkt wird damit allerdings – in Relation zum Status quo – der Leistungsumfang für ambulante Leistungen. Zwar liegen die Leistungsgrenzen des § 36 SGB XI für Sachleistungen im Durchschnitt der Pflegegrade weiterhin leicht unterhalb der stationären Leistungsbeträge des § 43 SGB XI, jedoch kann durch eine Leistungsstapelung mit ambulanten Nebenleistungen ein deutlich höherer Gesamtleistungsbetrag im ambulanten Setting erreicht werden – auch wenn von dieser Möglichkeit derzeit noch kaum Gebrauch gemacht wird. Für Arrangements, die diese „Stapelleistungen“ nutzen, würde die hier betrachtete Obergrenze daher mit einer Leistungskürzung einhergehen. Die gestapelten Leistungsbeträge können andererseits jedoch nicht als Obergrenzen verwendet werden, ohne ein massives Kostenrisiko für das Gesamtsystem zu erzeugen.

6.2.1.1.2 Individuelle Leistungszuordnung

Als Alternative zur pauschalen Leistungslimitierung über finanzielle Obergrenzen kann die Zuweisung individueller bedarfsgerechter Leistungsmengen erfolgen. Dies bedeutet, dass für jeden Pflegebedürftigen nicht mehr „nur“ eine NBA-Begutachtung zur Zuordnung der Pflegegrade durchgeführt werden müsste, sondern darüber hinaus eine verbindliche Pflegeplanung zu erstellen wäre. Alle in dieser Pflegeplanung enthaltenen Leistungen/Module sind dann aus der Pflegeversicherung zu finanzieren. Die Summe dieser Leistungen bietet gleichsam den individuellen Deckel, durch den für jeden Pflegebedürftigen seine spezifische Obergrenze des Sockelbetrags bestimmt wird.

6.2.1.2 Auswahl teurerer Anbieter

Durch die vorgeschlagene Ausgestaltung des Szenarios 2 werden die bestehenden unterschiedlichen Vergütungslogiken im ambulanten und stationären Sektor beibehalten. Entsprechend gibt es sektorspezifisch unterschiedliche Anreize zur Kostenkontrolle.

Im *ambulanten Sektor* gilt – unter Annahme der Einrichtung einer absoluten Höchstgrenze für die Leistungen der Pflegeversicherung – weiterhin, dass über die Auswahl des Preisniveaus des Leistungsanbieters die individuell verfügbare Leistungsmenge gesteuert wird. Bei Auswahl eines teureren Pflegedienstes können bei gleich hoher privater Zuzahlung weniger Leistungen in Anspruch genommen werden. Durch diesen Mechanismus ist für die Pflegebedürftigen ein Anreiz zur Wahl des – bei gleicher erwarteter Leistung – günstigsten Pflegedienstes gegeben.

Für den *stationären Sektor*, in dem als einzige Leistung eine Vollversorgung konsumierbar ist, besteht dieser Anreiz zur Kostenbegrenzung nunmehr nicht mehr. Da das private Kostenrisiko eliminiert ist, bestehen nun Anreize, Leistungsanbieters mit höherem Preisniveau in Anspruch zu nehmen, wenn vermutet wird, dass das Preisniveau und die Pflegequalität positiv korreliert sind. Aber auch wenn eine solche Korrelation nicht vermutet wird, besteht kein Anreiz zur Wahl der billigeren Einrichtung. Insgesamt ist daher mit einer Verschiebung der Nachfrage in Richtung auf teurere Einrichtungen zu rechnen.

Eine Möglichkeit, um dieser erwartbaren Entwicklung entgegenzutreten, liegt in der Umstellung der Heimvergütung auf einen – nach Pflegegrad differenzierten *Einheitspflegesatzes*, der sich auf das Bundesgebiet, die einzelnen Bundesländer oder noch kleinräumigere Regionen beziehen kann. Angesichts der derzeitigen deutlichen regionalen Preisunterschiede (vgl. z.B. Rothgang et al. 2016: 114), ist ein bundeseinheitlicher Pflegesatz eher unrealistisch. Möglich wäre jedoch ein einheitlicher Pflegesatz, der über landes- oder regionalspezifische Hebesätze an die jeweiligen Kostenniveaus angeglichen werden können. Praktischer Vorteil hiervon wäre es, dass nur noch der einheitliche Pflegesatz und die Hebesätze in Verhandlungen festzulegen sind. Zu erwarten ist in diesem Fall ein (Preis)Sogeffekt, der zu (eher) konstanten Preisen in schon bisher teureren Ländern und zu steigenden Preisen in den billigen Ländern führen sollte. Dieser Effekt geht direkt zu Lasten der Pflegeversicherung und erzeugt damit im Nachgang ebenso direkte Auswirkungen auf den Beitragssatz. Jedoch bieten Einheitspflegesätze einen wesentlichen theoretischen Vorteil: da der Preiswettbewerb weitgehend entfällt sollten sie zu einer Stärkung des Qualitätswettbewerbs über Ergebnisqualität führen, der im besten Fall auch zu einer Stärkung des (Prozess)Innovationswettbewerbs zwischen den Einrichtungen führen sollte. Im diesem Fall erfolgt eine Differenzierung der Anbieter dann (für die Konsumenten)

nicht mehr ausschließlich über den Preis, sondern über das Qualitätsniveau. In diesem Sinne wären auch qualitätsorientierte Zuschläge im Sinne von Pay-for-Performance denkbar. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass – unabhängig von den hier vorgestellten Überlegungen – sowohl die Regelungen im PSG III, die es Einrichtungen grundsätzlich erlauben, jeden Tarifvertrag als wirtschaftlich anerkannt und damit refinanziert zu bekommen als auch das geplante einheitliche Personalbemesssungsverfahren gemäß § 113c SGB XI Impulse in Richtung auf eine Angleichung der Pflegesätze auslösen dürften.

Als Alternative zu einheitlichen einrichtungsübergreifenden Pflegesätzen sind auch weiterhin *individuelle Preisverhandlungen* möglich. Die vollständige Kontrolle von Preisunterschieden für gleiche Leistungen entfällt dann zwar, aber in einem gewissen Rahmen kann der Anreiz zur Auswahl von teureren Anbietern limitiert werden, indem – wie bereits heute – relativ homogene lokale Preisniveaus aufgebaut oder fortgeschrieben werden.

Unabhängig davon, auf welcher Ebene die Verhandlung über Pflegesätze stattfindet, werden – im Vergleich zum Status quo – andere Akteure am Verhandlungstisch sitzen bzw. Akteure, deren Interessenlage sich vollständig geändert hat. So entfällt für Pflegebedürftige, Angehörige und Sozialhilfeträger der Anreiz zur Kostenbegrenzung, da sie jenseits des Sockelbetrages nicht mehr an den Kosten beteiligt sind. Dafür sind die Pflegekassen nunmehr erstmals direkt von Preissteigerungen als Ergebnis der Preisverhandlungen betroffen, dürften daher ein gesteigertes Kostenbegrenzungsinteresse entwickeln. Zu erwarten sind daher rigorosere Preisverhandlungen, da die Pflegekassen über einen größeren Apparat verfügen als bisher die Sozialhilfeträger und mutmaßlich sowohl durchsetzungsstärker als auch mit größerer inhaltlicher Kompetenz ausgestattet sind. Verhandlungen können dadurch im Verhältnis zu heute allerdings auch konzeptioneller und inhaltlicher geführt werden.

6.2.1.3 Auswahl einer teureren Versorgungsform

Sind die Eigenanteile gleich, entfällt der Anreiz bei der Wahl zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bestehende Preis- und Kostenunterschiede in das Entscheidungskalkül einzubeziehen und die günstigste Versorgungsform zu wählen, die die individuellen Pflegebedarfe befriedigt. Dieses Problem ist für die *Finanzsituation der Pflegeversicherung* nur dann relevant, wenn sich deren Ausgaben nach Versorgungsform signifikant unterscheiden. Dies ist derzeit Angesichts der annähernd gleichen Höhe der Leistungsbeträge für Pflegesachleistungen und vollstationäre Pflege (Tabelle 2) *nicht* (mehr) gegeben (s.o.).

6.2.2 Risikoallokation

Die wesentliche allokative Verbesserung der alternativen Ausgestaltung des Szenarios 2 liegt in der veränderten Risikoallokation. Hier wird in Umkehr der bisherigen Finanzierungslogik durch die doppelte Begrenzung der Eigenanteile auf eine monatliche (Sockel)Höhe und auf einen Maximalzeitraum das Lebens(zeit)risiko für alle Versicherten absolut festgesetzt. Entscheidend ist für die Beurteilung dabei nicht, dass dieses Risiko – im Sinne einer Vollversicherung – vollständig eliminiert werden muss, sondern nur, dass der korrespondierende absolute Maximalschaden nun bekannt ist und damit individuelle Vorsorge ermöglicht wird. Aus diesem Grund ist es für die Bewertung der Risikoallokation auch unerheblich, ob die entsprechende Absicherung konkret über Ansparen, eine private (Pflicht) Versicherung oder eine Integration in die Sozialversicherung erfolgt. Unabhängig von der diesbezüglichen Ausgestaltung, die in distributiver Hinsicht natürlich deutlich andere Effekte hervorruft, sind die alternativen Regelungen des Szenarios 2 dazu geeignet, die Pflegeversicherung zu einer funktionsfähigen Sozialversicherung umgestalten, in welcher der im Lebenslauf erworbene soziale Status nicht mehr durch das allgemeine Lebensrisiko der Pflegebedürftigkeit bedroht ist.

6.3 Distribution

In allen Varianten der Sockelberechnung, die von einem sektorenunabhängigen Pauschalsockel ausgehen, verschiebt sich das *Verhältnis der stationären und ambulanten Eigenanteilsrelation*. Unabhängig davon, ob in absoluter Höhe in den Sektoren mehr oder weniger Eigenanteile zu leisten sind, werden die stationären Eigenanteile relativ gesenkt während sich die ambulanten relativ erhöhen. In Bezug auf die in Szenario 1 thematisierte grundsätzlich anzustrebende Aufhebung der sektoralen Fragmentierung ist dies sogar als positiv einzuschätzen. Jenseits einer normativen Bewertung ist aber vor allem zu klären, wie mit diesem Effekt umzugehen ist. So sollte – um aktuelle Leistungsbezieher ambulanter Leistungen durch die Umsetzung dieses Reformszenarios nicht zu benachteiligen – eine Bestandschutzregelung einführt werden, die allerdings für eine Übergangszeit Mehrkosten nach sich zieht.

Weiterhin führt Szenario 2 in Abhängigkeit vom Preisniveau zu *regionale Umverteilungen*, insbesondere bei Heimpflege: Waren die Eigenanteile bislang in teureren Versorgungsregionen höher als in billigeren, werden diese jetzt angeglichen. Spiegelbildlich sind die Ausgaben der Pflegeversicherung pro Pflegebedürftigem – bei als unverändert unterstellten regionalen Preisrelationen – in teureren Versorgungsregionen nunmehr höher als in billigeren. Im Vergleich zum Status quo kommt es hierdurch – bei Fortbestehen der Preisunterschiede – zu einem impliziten Transfer von Versicherungs-

leistungen in Richtung der „teureren“ Anbieter, regional also von Nordost nach Südwest. Für die Pflegebedürftigen in preisschwachen Regionen, die bisher niedrigere Eigenanteile aufbringen mussten, impliziert dies, dass ihr Sockelbetrag nunmehr oberhalb der bisherigen Eigenanteile liegt, während dies für die Pflegebedürftigen in preisstarken Regionen – bei unterstellter für die Pflegeversicherung ausgabenneutraler Umstellung – genau umgekehrt ist.

Da nach den Regelungen des PSG III Tariflöhne auch dann als wirtschaftlich einzustufen und zu refinanzieren sind, wenn die Einrichtung gar nicht dem entsprechenden Tarifvertrag beigetreten ist (entsprechende Kosten aber nachweist), und mit dem für 2020 angekündigten bundeseinheitlichen Personalbedarfsverfahren sowohl bei der Preis- als auch bei der Mengenkomponente eine Angleichung der regionalen Vergütungsunterschiede zu erwarten ist, verliert dieser Aspekt im Zeitverlauf jedoch an Bedeutung.

6.4 Stabilität

Die fiskalischen Auswirkungen des Szenarios 2 auf die Gesamtausgaben der Pflegeversicherung sind in hohem Maße durch Preisverhandlungen einerseits und die konkrete Ausgestaltung der Leistungsbegrenzung andererseits steuerbar. Maßgeblich hierfür ist, dass einerseits die Preiskomponente der Ausgaben auf leistungserbringungsrechtlicher Seite durch individuelle oder kollektive Preisverhandlungen einer systematischen Kontrolle unterliegt, andererseits die Mengenkomponente der Leistungsinanspruchnahme durch konkrete leistungsrechtliche Setzungen limitiert ist. Hierdurch können die beitragssatzwirksamen Ausgaben der Pflegeversicherung in beiden Sektoren – mit entsprechenden Leistungspauschalen und sinnvollen Leistungsdeckelungen – entsprechend normativer Setzungen gesteuert werden. Dabei ist es möglich, unter Beibehaltung des aktuellen Preis- und Leistungsniveaus die Umstellung der Finanzierung auf einen einheitlichen Sockelbetrag weitgehend kostenneutral durchzuführen. In diesem Fall ist dementsprechend auch keine Anpassung der Beitragssätze zur Pflegeversicherung erforderlich. Eine Erhöhung des Leistungsniveaus wirkt sich hingegen kostenwirksam aus und kann eine Erhöhung der Beitragssätze um bis zu 0,7 Prozentpunkt, bei Einrichtung einer Pflegevollversicherung, erfordern. Weiterhin beitragssatzwirksam ist die Anpassung und/oder Erhöhung des bisher regional sehr unterschiedlichen Preisniveaus, welche allerdings auch in der aktuellen Gesetzgebung des PSG III bereits angelegt sind. Da diese Prozesse jedoch direkt von den Preisverhandlungen abhängen, kann hier kein quantitativer Anhaltspunkt für den Effekt genannt werden.

Bei einem einheitlichen Sockelbetrag für ambulante und stationäre Versorgung findet eine Umverteilung der Gesamteigenanteile statt. Hierdurch werden die durchschnittlichen stationären Eigenanteile sinken, während die durchschnittlichen ambulanten Eigenanteile steigen und die Einnahmen der Heime unverändert bleiben. Auf Ebene der individuellen Pflegebedürftigen wird hieraus eine Veränderung in Bezug auf die Sozialhilfeberechtigung erfolgen, die jedoch nur sehr grob eingeschätzt werden kann. Durch die durchschnittliche finanzielle Entlastung im stationären Sektor ist hier eine grundsätzliche Reduzierung der Sozialempfängerquote zu erwarten. Nicht detailliert einbezogen werden können in diese Aussage allerding Effekte, die aus den unterschiedlichen regionalen Preisniveaus entstehen. Tendenziell ist durch die deutliche Entlastung in hochpreisigen Gebieten hier eine starke Reduzierung zu erwarten, jedoch kann dies für preisschwache Regionen weniger klar prognostiziert werden. Einerseits sind die Reduzierungen der Eigenanteile hier deutlich geringer und können im Extrem sogar negativ werden. Andererseits korrespondieren in preisschwachen Regionen die niedrigen Pflegesätze auch mit niedrigen Einkommensniveaus der Pflegebedürftigen. Für den ambulanten Sektor sind die dargestellten Effekte in umgekehrter Wirkrichtung zu erwarten. In Summe ist somit eine Reduzierung der Sozialempfängerquote unter den Pflegebedürftigen zu erwarten, die jedoch quantitativ nicht zu erfassen ist und zudem keine Aussage über die resultierenden Gesamtausgaben der Sozialhilfeträger zulässt.

Für die Stabilität des Gesamtsystems – hier insbesondere für die vollständige Lebensstandardsicherung – ist zudem eine weitere Randbedingung in der Ausgestaltung zu beachten: Die Kombination aus fixem Eigenanteilssockel über eine festgelegte Maximaldauer, die zu einem absolut begrenzten Eigenanteil führt, erfüllt nur dann die Funktion der Risikoabsicherung, wenn beide Parameter – Sockelhöhe und Laufzeit – über die Zeit stabil gehalten werden. Dies bedeutet, dass beide Werte nicht in kurzen Zeiträumen verändert werden können, da hierdurch das individuelle Kostenrisiko wiederum unkalkulierbar und somit unversicherbar wird. Denkbar wäre allerdings eine ex ante definierte Anpassungsklausel für den Eigenanteilssockel, die etwa über eine inflationsorientiere Steigerung entstehende Kaufkraftverluste systematisch vermeidet.

6.5 Bewertung

Die Umkehrung des Verhältnisses von Versicherungsleistung und Eigenfinanzierung führt in Szenario 2 dazu, dass das allgemeine Lebensrisiko der Pflegebedürftigkeit solidarisch aufgefangen wird und damit ein zentrales Defizit des derzeitigen Systems, in dem Lebensstandardsicherung nicht möglich ist, beseitigt wird. Das durch die Umstellung des Verhältnisses von Eigenanteil und Versicherungs-

leistung ausgelöste Moral Hazard-Problem kann durch entsprechende Maßnahmen gelöst werden, so dass die *ökonomische Stabilität* der Pflegeversicherung gewährleistet werden kann.

Die Beibehaltung der sektoralen Fragmentierung führt jedoch weiterhin dazu, dass Pflegebedürftige nicht nur auf Basis ihrer persönlichen Präferenzen über ihr Pflegesetting entscheiden und dass die Entstehung innovativer Versorgungsformen behindert wird. Während also die leistungsrechtliche Ausgestaltung zielgerecht gelingt und dem Status quo deutlich überlegen ist, bleibt die negativ zu bewertende Fragmentierung der Versorgungsangebote bestehen.

7 Szenario 3: Aufhebung der sektoralen Fragmentierung bei individuell bedarfsgerechten Versicherungsleistungen und einem zeitlich begrenzten Eigenanteils-Sockel

Szenario 3 entsteht als Kombination der bereits beschriebenen Szenarien 1b und 2. Wie in Szenario 1b wird die Aufhebung der sektoralen Fragmentierung umgesetzt. Hierfür wird die Leistungserbringung – unter Verlagerung der Finanzierungsverantwortung für Medizinische Behandlungspflege in das SGB V – modular ausgestaltet und auf eine Zuwahllogik umgestellt. Auch ordnungsrechtlich wird die sektorale Trennung von ambulant und stationär aufgehoben und entlang der Trennlinie „Wohnen“ und „Pflege“ neu definiert. Leistungsrechtlich wird analog zu Szenario 2 das Verhältnis von Versicherungsleistung und Eigenfinanzierung umgekehrt: Statt der bisherigen Zahlung einer pauschalen Leistungshöhe mit einer 100%igen privaten Selbstbeteiligung darüber hinaus gehender Ausgaben (deren Höhe nicht begrenzt ist), wird nun von allen Pflegebedürftigen ein einheitlicher Sockelbetrag gezahlt, während darüber hinaus gehende Ausgaben grundsätzlich von der Pflegekasse übernommen werden. Der Sockelbetrag wird dabei zeitlich begrenzt, so dass ein bekannter absoluter Höchstbetrag definiert ist, der im Falle einer Pflegebedürftigkeit privat aufzubringen ist. Dieser kann angespart, privat versichert oder über die Sozialversicherung abgedeckt werden.

Nach einer Darstellung der rechtlichen Ausgestaltung (Abschnitt 7.1) wird zur Bewertung wiederum auf Allokation (Abschnitt 7.2), Distribution (Abschnitt 7.3) und Stabilisierung (Abschnitt 7.4) eingegangen, bevor diese Bewertungen abschließend zusammengefasst werden (Abschnitt 7.5).

7.1 (Rechtliche) Ausgestaltung

Szenario 3 entsteht als Kombination der bereits ausführlich beschriebenen Szenarien 1b und 2. Es gelten demnach in diesem Szenario grundsätzlich die bereits in den Abschnitten 5 und 6 getätigten Aussagen fort. Um Dopplungen in der Darstellung zu vermeiden, muss bezüglich der leistungsrechtlichen (Abschnitt 7.1.1), leistungserbringungsrechtlichen (Abschnitt 7.1.2) und ordnungsrechtlichen (Abschnitt 7.1.3) Ausgestaltung daher ausführlich nur noch auf die Spezifika eingegangen werden, die sich durch die Kombination der beiden Reformperspektiven neu ergeben.

7.1.1 Leistungsrechtliche Ausgestaltung

Unabhängig vom Ort der Leistungserbringung wird der bisherige Anspruch Pflegebedürftiger auf pauschale Leistungsbeträge durch ein System ersetzt, bei dem die Pflegebedürftigen einen pauschal festgelegten Eigenanteilssockel zahlen, darüber hinaus gehenden Kosten aber von der Pflegeversicherung übernommen werden. Die Versicherungsleistungen sind dabei in ihrer Höhe nicht limitiert, sondern sollen geeignet sein, die individuellen Kosten für eine bedarfsgerechte Pflege zu finanzieren. Die Möglichkeit, definierte Leistungsmodule – ebenfalls unabhängig von der Wohnsituation – privat organisiert durch zivilgesellschaftliche Akteure erbringen zu lassen, senkt den Sockelbetrag entsprechend. Abbildung 11 zeigt dies schematisch für eine bislang als „vollstationär“ klassifizierte Einrichtung. Die Module 1 bis 5 repräsentieren dabei die Gesamtheit der Leistungen, die für eine Vollversorgung notwendig sind. Die linke Seite der Abbildung zeigt eine Situation, in der alle Module formell erbracht werden und der Sockelbetrag gezahlt werden muss. Wir nun ein Modul zivilgesellschaftlich erbracht, reduziert sich der vom Pflegebedürftigen aufzubringende Sockelbetrag entsprechend der Reduktion des von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung zu zahlende Betrags.

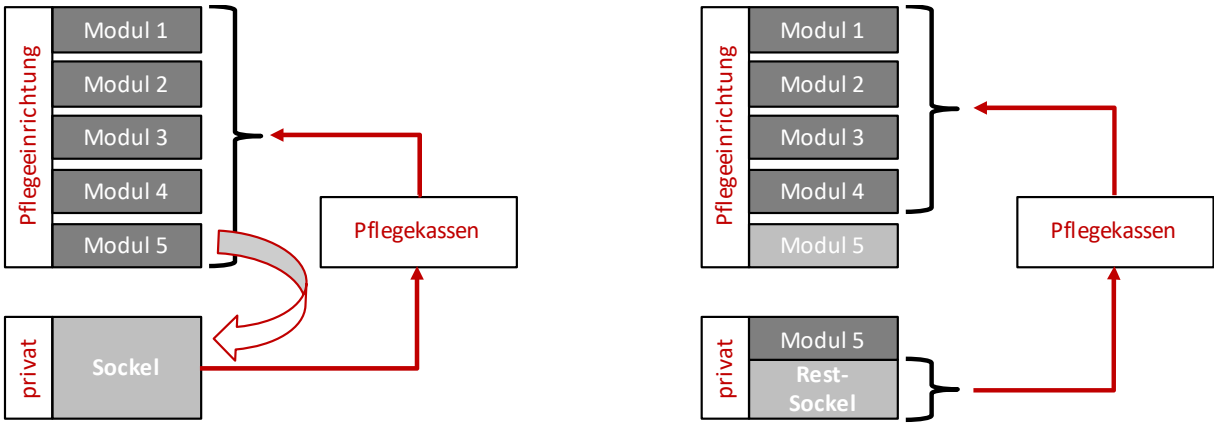

Abbildung 11: Reduktion des Sockelbetrags in „vollstationären“ Pflegearrangements

Werden dabei so viele Module privat erbracht, dass deren finanzieller Gegenwert den Sockelbetrag überschreitet, führt dies zu einem „negativen“ individuellen Sockelbetrag, der faktisch einer Auszahlung von der Pflegekasse an den Pflegebedürftigen entspricht. Dies zeigt Abbildung 12, in der beispielhaft die Module 3, 4 und 5 aus der professionellen Vollversorgung herausgelöst werden und durch zivilgesellschaftliche Akteure privat übernommen werden. Da hierbei der Gegenwert dieser Leistungsübernahme den festgelegten Sockelbetrag überschreitet, kommt es zu einer Umkehr des Zahlungsstroms zwischen Pflegebedürftigem und Pflegekasse und der Pflegebedürftige erhält Zahlungen der Pflegekasse (rechter Teil der Abbildung).

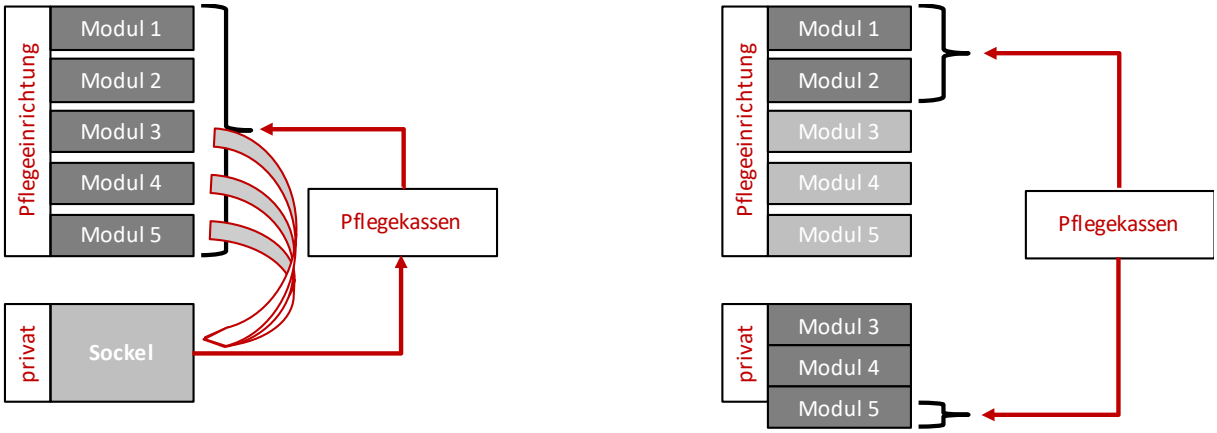

Abbildung 12: Reduktion des Sockelbetrags in „vollstationären“ Pflegearrangements und Auszahlung eines „Pflegegeldes“ auch in diesem Arrangement

In Analogie zum bisherigen dreigliedrigen Leistungssystem des SGB XI aus Pflegegeld, (ambulanten) Pflegesachleistungen und vollstationärer Pflege führt diese Umstellung somit dazu, dass auch für den vormals stationären Sektor nun die Barauszahlung einer pflegegeldanalogen Leistung erfolgen kann. Die heute bereits bestehende Möglichkeit zur Kombinationsleistung aus Pflegesachleistungen und anteiligem Pflegegeld wird damit faktisch ebenfalls unabhängig vom Ort der Leistungserbringung gewährt und so auf den bisherigen stationären Sektor ausgeweitet.

Zur Verhinderung von Moral Hazard wurden in Abschnitt 6.2.1.1 zwei Optionen diskutiert: ein absoluter oberer Grenzwert (Abschnitt 6.2.1.1.1) und eine individuelle Leistungszuordnung (Abschnitt 6.2.1.1.2). Für den absoluten oberen Grenzwert wurde eine Orientierung an den Leistungen bei vollstationärer Pflege ins Auge gefasst. Diese Option besteht in Szenario 3 nicht mehr, da die sektorale Trennung vollständig aufgehoben wird. Eine individuelle Leistungszuordnung ist insbesondere zur Verhinderung eines mengenmäßigen Moral Hazard in diesem Szenario daher notwendig. Hierfür kann an aktuelle Debatten über eine neue, erweiterte Rolle des MDK ebenso angeknüpft werden wie an ausländische Verfahren zu einem verbindlicheren Case Management, etwa in Japan.

7.1.2 Leistungserbringungsrechtliche Ausgestaltung

Die Aufhebung der sektoralen Fragmentierung wird wie auch in Szenario 1b durch die vollständige Modularisierung der Leistungserbringung eingeleitet. Auch in Szenario 3 ist dafür die Rückverlagerung der Medizinischen Behandlungspflege in den Finanzierungsbereich des SGB V zur Homogenisierung der Leistungserbringung erforderlich. Unabhängig vom Ort der Leistungserbringung werden die Module mit gleichen verhandelten Preisen hinterlegt und auch unabhängig von der Wohnsituation des Pflegebedürftigen abgerechnet. Damit wird die pauschale Vollversorgung im Sinne einer Zuwahllogik durch Wohnen mit zugewählten Pflege- und Betreuungsleistungen ersetzt. Nicht zur professionellen Erbringung ausgewählte Leistungsmodule können von zivilgesellschaftlichen Akteuren übernommen werden.

7.1.3 Ordnungsrecht

Ordnungsrechtlich wird analog zur Ausgestaltung des Szenario 1b eine vollständige Aufhebung der sektoralen Fragmentierung eingeführt. Dies beinhaltet dann auch hier, dass die Leistungserbringung, nicht mehr entlang der Trennlinie ambulant und stationär erfolgt, sondern nun nur noch zwischen den beiden parallelen Leistungsbereichen Wohnen und Pflege unterscheidet. Leistungen der Pflege werden dann unabhängig davon betrachtet, ob der Pflegebedürftige in einer rein privaten, einer organisierten oder einer institutionalisierten Wohnform lebt. Eine Erbringungsverantwortung besteht für den pflegerischen Dienstleister dann nur noch in diesem, vertraglich genau zu definierenden Bereich. Ein etwaiges organisiertes oder institutionalisiertes Wohnsetting fällt damit in den Verantwortungsbereich eines anderen Dienstleisters und ist aufsichtsrechtlich separat zu behandeln. Für die Qualitätssicherung der pflegerischen Leistungen bestehen dabei die gleichen Problemlagen, die bereits in der Darstellung des Szenarios 1b skizziert worden sind.

Insofern Module formell erbracht werden, sind qualitätssichernde Maßnahmen und aufsichtsrechtliche Regelungen vorzusehen. In Bezug auf die Strukturqualität sind dabei insbesondere die notwendige Personalmenge und die qualifikatorischen Anforderungen an das Personal zu thematisieren. Ein entsprechendes Regelungssystem würde sowohl Bundes- als auch Landesrecht sowie untergesetzliche Regelung der gemeinsamen Selbstverwaltung betreffen, ist aber für den vollständigen Abbau der sektoralen Fragmentierung erforderlich.

7.2 Allokation

Bei vollständig gleicher rechtlicher Ausgestaltung beider Bereiche werden sektoral selektive Anreize abgebaut und die Wahl der Versorgungsform kann rein präferenzgesteuert erfolgen. Erreicht wird dies durch die Möglichkeit, Familien und andere zivilgesellschaftliche Akteure in die Pflege – unabhängig vom Erbringungsort – einzubeziehen. So wird es durch die vollständige Aufhebung der Vollversorgungslogik im stationären Bereich möglich, einzelne Leistungsmodule analog zum häuslichen Setting auch im Heim privat erbringen zu lassen.

Zentral für die Ressourcenallokation ist aber wieder die Moral-Hazard-Thematik auf die nachfolgend einzugehen ist (Abschnitt 7.2.1). Anschließend wird noch die Risikoallokation behandelt (Abschnitt 7.2.2).

7.2.1 Moral Hazard

Durch die Kombination beider Reformperspektiven entsteht in Szenario 3 ein verschärftes Moral-Hazard-Problem. Die bereits in Szenario 2 beschriebenen Anreize zu Moral Hazard in Folge der Einrichtung unbegrenzter Leistungshöhen gelten auch für das Szenario 3. Da jedoch zusätzlich durch den Wegfall der stationären Vollversorgung kein „natürlicher“ Fokuspunkt mehr besteht, an dem die Leistungsmengen begrenzt werden können, liegen nun für *alle* Pflegebedürftigen unabhängig vom Ort der Leistungserbringung Anreize vor, die individuelle Leistungsmenge zu maximieren, da in der Kombination aus Szenario 1b und Szenario 2 sowohl die „natürliche“ leistungsrechtliche als auch die leistungserbringungsrechtliche Deckelung aufgehoben wird. Hierdurch entstehen – selbst unter der Annahme reglementierter Preisverhandlungen, die Preis-Moral Hazard verhindern – in der Kombination mit absolut offenen Mengenkomponenten eine nach oben vollständig unbegrenzte Inanspruchnahmemöglichkeit. Ohne Steuerungslogik entsteht somit eine „Jeder kann alles nehmen“-Situation, die eine normative Begrenzung der Leistungshöhen unbedingt erforderlich macht. Diese kann nur eingerichtet werden durch eine absolute Begrenzung der maximalen Leistungshöhen – entweder über absolute Leistungsgrenzen etwa durch die (in Verhandlungen erreichte) Definition eines Standardheims oder über eine vollständig individualisierte Leistungszuordnung. Während dabei die erste genannte Lösung der absoluten Begrenzung der Leistungshöhen im Szenario 2 noch möglich war, ist sie dies in Szenario 3 nicht mehr, da es keine Heime mehr gibt, an deren Mengenkomponente sich der ambulante Sektor anlehnen kann. Somit kann dem Moral Hazard systemimmanent nur begegnet werden, indem den Pflegebedürftigen nicht mehr Leistungsbeträge, sondern einzelne Leistungen – die dann natürlich aus der Pflegeversicherung zu finanzieren sind – individuell zugeordnet werden.

Erforderlich ist hierzu eine Ergänzung des derzeitigen Begutachtungsverfahren durch eine individuelle Leistungsplanung, die diesem Plan aber eine sehr starke Machtposition verleiht.

7.2.2 Risikoallokation

Im Bereich der Risikoallokation erfolgt wie schon im Szenario 2 eine vollständige Aufhebung des Lebens(zeit)risikos durch Pflegebedürftigkeit. Dabei ist es auch hier unerheblich, ob die entsprechende Absicherung des absoluten maximalen Eigenanteils durch Ansparungen, private (Pflicht)Versicherung oder eine Integration in das Sozialversicherungssystem erfolgt.

Das Szenario 3 ist damit das einzige Szenario, dass die beide zentralen allokativen Probleme (Ressourcen- und Risikoallokation) zielgenau adressiert und löst.

7.3 Distribution

Distributiv gelten die für Szenario 1b und 2 erfolgten Feststellungen simultan: In Bezug auf Bedarfs- und Verteilungsgerechtigkeit bietet die alternative Ausgestaltung in Form des Szenario 3 die umfangreichsten Verbesserungen. So erfolgt eine direkte, individuell bedarfsgerechte Zuordnung der zu finanzierenden Leistungsmengen, die dann unabhängig von leistungserbringungsrechtlich induzierten Anreizen nur anhand der Präferenzen der Pflegebedürftigen ohne Kostenrisiko an dem von ihnen präferierten Ort in Anspruch genommen werden können. Auf Ebene des Gesamtsystems sind die umverteilenden Wirkungen weniger klar, als in Szenario 2 beschrieben. Zwar erfolgt auch hier die in Szenario 2 ausführlich beschriebene Umverteilungen der Leistungsbeträge, die dem Gefälle des Preisniveaus von Nordost nach Südwest folgt. Unter Einsatz einer individuellen Leistungszuordnung, die als steuerndes Element gegen Moral Hazard eingesetzt wird, können jedoch auch – zumindest im Zeitverlauf – gegenläufige Tendenzen entstehen. Dies ist dabei abhängig von der noch auszuarbeitenden Praxis der Leistungszuordnung und der verhandlungsbedingten Entwicklung der regionalen Preisniveaus. Während für die allgemeine Preisentwicklung sowohl durch die schon geltende Rechtslage, als auch durch die in Szenario 3 notwendigen Preisverhandlungen eine zumindest teilweise Konvergenz zu erwarten ist, bleibt die Entwicklung der Mengenkomponente richtungsoffen. Unter Einsatz der erforderlichen individuellen bedarfsgerechten Leistungszuordnung können Effekte entstehen, die zu relativ steigenden Leistungsaufwänden der Pflegeversicherung in bisher preisschwachen Regionen führen können. Erforderlich hierfür ist allerdings, dass in diesen Regionen die individuellen Pflegebedarfe höher eingeschätzt werden, als dies bisher der Fall ist.

7.4 Stabilität

Die individuell bedarfsgerechte Leistungszuordnung birgt letztlich unter *fiskalischen Gesichtspunkten* – ohne weiteren Steuerungsmechanismus – für die Pflegeversicherung ein Kostenrisiko. Auch wenn es gelingt, das Moral Hazard-Risiko über diese Form der individualisierten Leistungszumessung zu beseitigen und somit auch die Leistungsinanspruchnahme auf (objektiv) bedarfsgerechte Leistungen zu begrenzen, ist nicht auszuschließen, dass gerade hierdurch – normativ gerechtfertigte – Kostensteigerungen entstehen. Diese erfolgen regelmäßig bei allen Pflegebedürftigen, für die auf Einzelfallebene die Gesamtkosten der zugeordneten bedarfsgerechten Leistungen die bisherigen pauschalisierten Fallkosten übersteigen. Ein solcher Effekt muss dann allerdings als ausgestaltungsimmanent gewollt betrachtet werden.

Jedoch kann mit dem heutigen Informationsstand über die potenziellen bedarfsgerechten Pflegeleistungen keine belastbare Aussage generiert werden, wie sich die von der Pflegeversicherung zu finanzierenden Leistungsmengen – auf individueller und kollektiver Ebene – entwickeln. Aus diesem Grunde – und unterstützt durch die Tatsache, dass wie beschrieben durch die Finanzierungsumkehr ein starkes Kosteninteresse der Pflegekassen entstehen wird – scheint ein sehr pflegekassennaher Sachwalter für eine valide Leistungszuordnung eher ungeeignet. Letztlich wäre es erforderlich, eine vollständig unabhängige Instanz zu beauftragen, die kein eigenes Kostensteuerungsinteresse hat. Soll die MDK-Gemeinschaft diese Rolle übernehmen, muss sie deutlich höhere Unabhängigkeit von den Pflegekassen erhalten als dies derzeit der Fall ist.

7.5 Bewertung

Insgesamt kann nur Szenario 3 die an die Strukturreform gestellten Anforderungen vollständig erfüllen. So werden die Pflegebedürftigen von ihrem Kostenrisiko entlastet und können gleichzeitig die Leistungserbringung entsprechend ihrer eigenen Präferenzen strukturieren. Dies gilt sowohl für die Auswahl eines privaten, organisierten oder institutionalisierten Wohnsettings als auch für die Auswahl der dort professionell zu erbringenden Leistungsmodule. Ebenso werden die Innovationsbremsen für neue Wohn- und Pflegeformen beseitigt. Jedoch entstehen hierdurch erhebliche praktische Steuerungsbedarfe, die in diesem Gutachten zwar benannt, jedoch nicht endgültig gelöst werden können.

8 Fazit

Die Szenarien 1 und 2 bieten – in Bezug auf die erarbeitete Reformperspektive – jeweils deutliche Verbesserungen gegenüber der aktuellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Dabei kann die vollständige Aufhebung des individuellen Kostenrisikos in Szenario 2 (und Szenario 3) als wesentlicher Schritt betrachtet werden, der die Pflegeversicherung zu einer funktionierenden Sozialversicherung werden lässt. Szenario 3 kann die Forderungen der Reformperspektive vollständig erfüllen, bringt aber die höchsten praktischen Schwierigkeiten mit sich. Zentral ist hierbei die Notwendigkeit der individuellen Leistungszuordnung, die zu einer großen Machtposition der diese Zuordnung vornehmenden Institution führt. Wird der MDK – wie derzeit diskutiert – unabhängiger, gäbe es aber eine Institution, die diese Aufgabe erfüllen könnte.

Die in diesem Gutachten vorgenommene zunächst getrennte Betrachtung der beiden Reformlinien macht deutlich, dass auch eine *sequenzielle Umsetzung* der alternativen Ausgestaltung der Pflegeversicherung möglich und sinnvoll ist. So kann etwa durchaus zuerst die sektorale Fragmentierung aufgehoben werden und der Pflegemarkt entsprechend des Szenario 1b anhand der Trennlinie Wohnen und Pflege neu strukturiert werden. Durch die zu erwartende Flexibilisierung und Individualisierung der Leistungserbringung werden schon erhebliche Verbesserungen für die Pflegebedürftigen entstehen, die primär aus dem verstärkten Einbezug individueller zivilgesellschaftlicher Ressourcen und eine somit resultierende präferenz- und bedarfsorientiere Ausgestaltung des Pflegesettings hervorgehen. Eine zeitlich nachfolgende Umstellung des Leistungsrechts auf individuell bedarfsgerechte Leistungshöhen und einen pauschalen Eigenanteilssockel wäre dann geeignet, dieses System auch unter finanziellen Gesichtspunkten so auszugestalten, dass für die Pflegebedürftigen eine maximale Freiheit zur Ausgestaltung ihrer individuellen Pflege entsteht, indem das bisher substanzielle Verarmungsrisiko in Folge pflegebedingter Privatzahlungen vollständig aufgehoben wird. Ebenso kann natürlich auch zunächst Szenario 2 umgesetzt werden. Wird dabei gleich auf einen sektorübergreifend einheitlichen Sockelbetrag abgestellt, kann anschließend durch die Szenario 1 genannten leistungs-, leistungserbringungs- und ordnungsrechtlichen Maßnahmen ebenfalls der Zustand des Szenarios 3 erreicht werden. Diese zweistufige Einrichtung des Szenarios 3 ist demnach geeignet, der Pflege in Deutschland einen großen Innovationsraum zur Entwicklung kreativer und individueller Leistungangebote zu bieten und dabei das Gesamtsystem zu einer funktionierenden Sozialversicherung weiterzuentwickeln.

9 Literatur

BMGS (=Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung) (Hg.) (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission. Berlin: Eigenverlag.

Götze, Ralf / Rothgang, Heinz (2014): Fiscal and social policy: financing long-term care in Germany, in: Companje, Karel-Peter (ed.): Financing high medical risks, Amsterdam: Amsterdam University Press, 63-100.

Hoberg, Rolf / Klie, Thomas / Künzel, Gerd (2013): Strukturreform Pflege und Teilhabe. URL: http://agpfreiburg.de/downloads/pflegeteilhabe/Reformpaket_Strukturreform_PFLEGE_TEILHABE_Langfassung.pdf (aktuell am22.10.2013)

Klie, Thomas / Schmidt, Roland (1999): Die Pflegeversicherung ist unter strategisch-politischen Gesichtspunkten ein großer Erfolg - allerdings besteht Reformbedarf. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 2/99, S. 48-53.

Lüngen, Markus (2012): Vollversicherung in der Pflege – Quantifizierung von Handlungsoptionen. Gutachten. http://www.verdi-news.de/download/17_12_Gutachten_Pflegeversicherung_ lang.pdf.

Mager, Hans-Christian (1995): in: Moral hazard in der (sozialen) Pflegeversicherung?, in: Fachinger, Uwe / Rothgang, Heinz (Hg.) (1995): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes, Berlin: Duncker & Humblot: 115-135.

Musgrave, Richard A / Musgrave, Peggy B (1984): Public Finance in Theory and Practice. 4. edition, New York u.a.: McGraw-Hill.

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

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

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

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

Rothgang, Heinz (2016): Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – die erste große Pflegeversicherungsreform, in: Sozialrecht*aktuell*, Sonderheft 2016: 18-23.

Rothgang, Heinz / Domhoff, Dominik (2017): Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion „Die LINKE“. Bremen.

Rothgang, Heinz / Müller, Rolf / Unger, Rainer (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.

Rothgang, Heinz / Jacobs, Klaus (2013a): Solidarität und Wettbewerb in einem einheitlichen Krankenversicherungssystem, in: Public Health Forum, Vol 21, Issue 4: 2-3.

Rothgang, Heinz / Jacobs, Klaus (2013b): Pflegereform 2014: Was ist zu tun? GGW, Jg. 13, Heft 3: 7-14.

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

Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas / Grabow, Jan (2016a): Strategisch kalkulieren, in: Altenheim, 55. Jg., Heft 10: 42-45.

Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas / Grabow, Jan / Tybussek, Kai / Richter, Jochen (2016b): Altenhilfestudie 2016: Münster: Curacon.

Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas / Unger, Rainer / Amsbeck, Hannah (2016c): Pflege in Deutschland im Jahr 2030 – regionale Verteilung. LebensWerte Kommune | Ausgabe 4 | 2016. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.

Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas / Müller, Rolf / Rebecca Runte / Rainer Unger (2015): BARMER GEK-Pflegereport 2015. Schwerpunkt: "Pflegen zuhause". Siegburg: Asgard-Verlag.

Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas / Müller, Rolf / Rebecca Runte / Rainer Unger (2016): BARMER GEK-Pflegereport 2016. Siegburg: Asgard-Verlag.

Rothgang, Heinz / Müller, Rolf (2012): Verlagerung der Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung. Ökonomische Expertise, gefördert von der Robert Bosch Stiftung. URL: https://archive.is/o/zqykK/agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Oekonomische_Expertise_Rothgang.pdf.

Rothgang, Heinz / Müller, Rolf / Rainer Unger / Weiß, Christian / Wolter, Annika (2015): BARMER GEK-Pflegereport 2012. Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit. Siegburg: Asgard-Verlag.