

Pflegereform 2014: Was ist zu tun?

von Heinz Rothgang¹ und Klaus Jacobs²

ABSTRACT

Für die Weiterentwicklung der Langzeitpflege und ihrer Finanzierung muss die vergangene Legislaturperiode als weitgehend verlorene Zeit betrachtet werden. Die neue Regierung muss den Reformstau in diesem Bereich in Angriff nehmen. Das betrifft nicht nur die liegen gebliebenen Aufgaben wie die Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, sondern auch strukturelle Fragen in Bezug auf die Leistungs- und Finanzierungsseite der Pflegeversicherung sowie ihre Beziehung zu anderen Sicherungssystemen.

Schlüsselwörter: Langzeitpflege, Reformstau, Pflegebedürftigkeitsbegriff, Pflegeversicherung

Regarding the further development of long-term care and its financing the ending legislative period must almost be considered a waste of time. Thus, the new government has to bring various reforms on their way. This does not only concern previously untouched tasks such as implementing new eligibility criteria for insurance benefits, but also structural questions like both the benefits and the financing of long-term care insurance as well as its relations to other systems of social security.

Keywords: long-term care, reform backlog, new eligibility criteria for insurance benefits, long-term care insurance

1 Die Notwendigkeit struktureller Reformen

Im Mai kommenden Jahres kann die Pflegeversicherung ihren 20. Geburtstag feiern: Am 26. Mai 1994 wurde das „Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit“ (Pflege-Versicherungsgesetz) im Bundesgesetzblatt verkündet. Waren die ersten Jahre durch Aufbau der Versicherung und Einführungseffekte gekennzeichnet, zeigten sich in den vergangenen Jahren zunehmend die Notwendigkeiten einer strukturellen Reform. Ausdruck hiervon sind das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 (Bieback 2009; Igl et al. 2008) und das Pflege-Neuausrichtungsgesetz von 2013, die ihren Reformanspruch jeweils bereits im Titel deutlich machten, zentrale Problemlagen aber nicht oder nicht überzeugend adressierten. Tatsächlich zeichnet sich die Notwendigkeit struktureller Reformen deutlich ab. Nachfolgend wird dabei schwerpunktmäßig auf die Finanzierungsseite eingegangen und diskutiert, welche ausgabenträchtigen Faktoren zu beachten sind, welche Finanzierungsnotwendigkeiten sich daraus ergeben und wie

diese finanziert werden können. Im Ausblick werden dann weitere strukturelle Reformnotwendigkeiten thematisiert.

2 Mehr Pflegebedürftige in veränderten Pflegearrangements

Es gibt eine Reihe von Gründen für steigenden Finanzierungsbedarf in der Pflegeversicherung (Jacobs und Rothgang 2011; Rothgang und Jacobs 2011). Der wohl augenfälligste liegt in der wachsenden Zahl pflegebedürftiger Menschen aufgrund der demografischen Entwicklung. Laut aktueller Vorausberechnung der Statistischen Ämter (Variante „mittlere Bevölkerung, Untergrenze“) nimmt die Gesamtbevölkerung gegenüber 2009 bis 2030 um gut fünf Prozent und bis 2050 um 15 Prozent ab. Im selben Zeitraum wächst die Zahl der 80-Jährigen und Älteren um rund 55 (bis 2030) beziehungsweise sogar um fast 150 Prozent (bis 2050). In absoluten Zahlen: Von den über 80 Millionen Einwohnern Deutschlands sind heute mit etwa vier Millionen rund fünf

¹Professor Dr. rer. pol. Heinz Rothgang, Zentrum für Sozialpolitik · Universität Bremen · Mary-Somerville-Straße 5 · 28359 Bremen · Telefon: 0421 218-58557 · E-Mail: rothgang@zes.uni-bremen.de

²Professor Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 34646-2182 Telefax: 030 34646-2144 · E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

Prozent 80 Jahre und älter. 2050 läge dieser Anteil bei einer auf weniger als 70 Millionen Menschen gesunkenen Wohnbevölkerung mit mehr als zehn Millionen Menschen bei fast 15 Prozent (*StatÄ 2010*).

Ob die Anzahl beziehungsweise der Anteil der Pflegebedürftigen gleichermaßen zunimmt, ist weniger gewiss. In den meisten Vorausberechnungen werden konstante altersspezifische Pflegehäufigkeiten unterstellt. Diese Annahme ist nicht unumstritten, weil die Angehörigen nachwachsender Geburtsjahrgänge im Durchschnitt gesünder altern als ihre Vorgänger (*Kuhlmey 2006*). Dadurch sinken die altersspezifischen Pflegeinzidenzen, also die Häufigkeiten des (Neu-) Auftretens von Pflegebedürftigkeit (*Rothgang et al. 2009, 127ff.*), doch hat die immer höhere Lebenserwartung zumindest bislang nicht nur zu mehr „pflegefreier“ Zeit, sondern auch zu einer Verlängerung der Lebenszeit mit Pflegebedürftigkeit geführt (*Unger et al. 2011*). „Gesünderes Altern“ führt damit per Saldo noch keineswegs automatisch zu insgesamt sinkenden Pflegeprävalenzen. Im Zeitraum von 1999 bis 2008 sind die altersstandardisierten Prävalenzen lediglich um ein Prozent gesunken (*StatÄ 2010, 27*) und damit praktisch konstant geblieben – allerdings mit einer gewissen Anteilsverschiebung in Richtung Pflegestufe 1. Eine Verlängerung der Zeitreihen auf den Zeitraum von 1998 bis 2011 mit Daten der sozialen Pflegeversicherung (SPV) bestätigt dieses Ergebnis (*Rothgang et al. 2012a, 179*). Beruhend auf im Zeitverlauf konstanten alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen ermittelt das Statistische Bundesamt einen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen auf 3,4 Millionen bis 2030 und 4,5 Millionen bis 2050, wobei das Wachstum der Fallzahlen regional allerdings sehr unterschiedlich ausfällt (Abbildung 1).

Der zweite Grund für steigenden Finanzierungsbedarf liegt in einer Verschiebung in den Versorgungsarrangements der Pflegebedürftigen. Seit Bestehen der Pflegeversicherung hat es bei der Inanspruchnahme der unterschiedlichen Leistungsarten kontinuierliche Verschiebungen gegeben. Dabei ist der Anteil der zu Hause gepflegten reinen Pflegegeldempfänger in der SPV deutlich gesunken: von 56,3 Prozent 1997 über 50,7 Prozent (2000) auf 43,9 Prozent (2012) (*BMG 2013*). Gleichzeitig hat die professionelle Pflege durch ambulante Pflegedienste und in stationären Pflegeeinrichtungen an Bedeutung gewonnen. Das hängt zum Teil damit zusammen, dass die Pflegebedürftigen im Durchschnitt immer älter werden und insbesondere Hochaltrige vergleichsweise häufiger im Heim und seltener zu Hause privat gepflegt werden (*Rothgang et al. 2012b, 33*). Letzteres wird angesichts der zu erwartenden Abnahme des privaten Pflegepotenzials aber auch generell immer schwieriger. Auch diese Entwicklung ergibt sich allein schon aus der demografischen Entwicklung – in diesem Fall aus der Abnahme der Zahl potenzieller Pflegepersonen pro Pflegebedürftigem –, aber auch aus der wachsenden Erwerbstätigkeit von Frauen in der „Töchter-

und Schwiegertöchter-Generation“ sowie zunehmend großen Entfernungen zwischen den Wohnorten von Eltern und Kindern. Um den gerade auch für die Entwicklung des Finanzierungsbedarfs relevanten Trend zur Professionalisierung der Pflege zumindest ein Stück zu verlangsamen und damit die von Pflegebedürftigen präferierte häusliche Pflege zu stabilisieren, müssen die Voraussetzungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf weiter verbessert und pflegende Angehörige wirksamer unterstützt werden.

Der dritte Grund für steigenden Finanzierungsbedarf liegt in der von allen politischen Kräften im Grundsatz unterstützten Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (*Rothgang 2013*). Wenn die nicht nur von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr erfolgte „Ansprache“, dass dabei niemand schlechter gestellt werden soll, nicht nur für heute schon Pflegebedürftige gilt, sondern sich auch zukünftig auf das Absicherungsniveau bei den bisherigen, auf somatische Einschränkungen ausgerichteten Leistungen der Pflegeversicherung bezieht, können zusätzliche Leistungen schlechterdings nur mit zusätzlichen Mitteln finanziert werden.

In diesem Kontext ist allerdings darauf hinzuweisen, dass der „neue Pflegebedürftigkeitsbegriff“ inzwischen von Erwartungen überfrachtet ist, die weit über das hinausgehen, was eine neue Definition der Zugangsvoraussetzungen zu Pflegeversicherungsleistungen tatsächlich leisten kann. Letztlich sind der Pflegebedürftigkeitsbegriff und das damit eng verbundene neue Begutachtungsassessment (NBA) lediglich Instrumente zur leistungsgerechten Verteilung knapper Ressourcen in einem Teilleistungssystem. Dabei sollte auch nicht übersehen werden, dass Menschen mit Demenz bereits heute erhebliche Leistungen der Pflegeversicherung erhalten und derzeit lediglich ein Zehntel der Leistungsbezieher mit eingeschränkter Alltagskompetenz keiner Pflegestufe angehören. Deshalb geht es bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch nicht darum, Menschen mit Demenz erstmals einen Anspruch auf angemessene Pflegeversicherungsleistungen einzuräumen, sondern darum, das inzwischen gewachsene Geflecht von Einzelregelungen und Zusatzleistungen zu lichten und mittels eines einheitlichen Assessments Leistungsgerechtigkeit herzustellen – und zwar für rein somatisch Beeinträchtigte und Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

3 Notwendige Leistungsdynamisierung

Weil es seit Einführung der Pflegeversicherung bis zum Jahr 2008 überhaupt keine Dynamisierung der Leistungen gegeben hat, wurden die Pflegebedürftigen insoweit faktisch immer schlechter gestellt, als sie, ihre Angehörigen oder letztlich doch wieder die Sozialhilfe einen immer größeren Anteil der

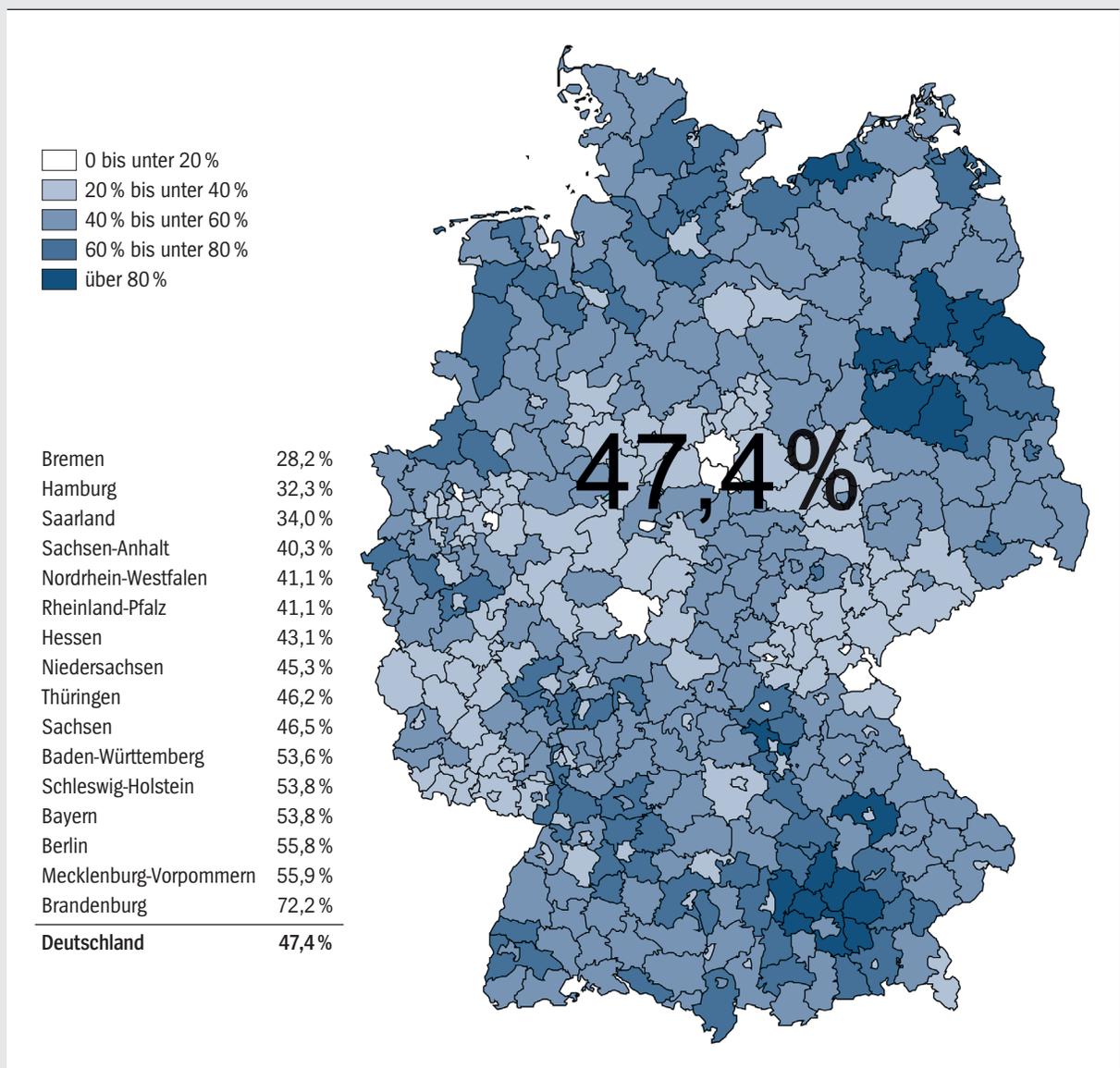
Pflegekosten tragen mussten. Die seit 2008 in drei Schritten erfolgten Leistungsanpassungen haben den zuvor seit Mitte der 1990er Jahre erfolgten Realwertverlust nicht nur in keiner Weise kompensiert, sondern waren selbst kaum in der Lage, einen weiteren Realwertverlust der Versicherungsleistungen zu verhindern. Die Leistungsanpassungen unterscheiden sich nach Pflegeform und -stufe. Werden die Inanspruchnahmeverhältnisse des Jahres 2007 zugrunde gelegt, ergibt sich für

die drei Anpassungen insgesamt ein gewogener Mittelwert von insgesamt 7,1 oder jahresdurchschnittlich 1,4 Prozent (geometrisches Mittel) für den Zeitraum von 2007 (letztes Jahr vor der Anpassung) bis 2012 (letzter Schritt der Anpassung (vgl. Rothgang 2008)).

Das Ergebnis dieser unzureichenden Anpassung lässt sich im Heimbereich gut beobachten, stellt sich aber letztlich in

ABBILDUNG 1

Relative Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen zwischen 2009 und 2030



Quelle: eigene Darstellung nach Rothgang et al. (2012b); Grafik: G+G Wissenschaft 2013

der häuslichen Pflege nicht anders dar. Wie Tabelle 1 zeigt, die jeweils bundesweite Durchschnittsentgelte enthält, wird von der Pflegeversicherung inzwischen deutlich weniger als die Hälfte der Gesamtentgelte übernommen. Darunter fallen aber auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die nach dem Willen der Väter und Mütter der Pflegeversicherung nicht von dieser übernommen werden sollten, weil sie nicht pflegebedingt seien, sondern ansonsten auch anfallen. Allerdings kann mit gutem Recht gefragt werden, welcher Rentner einen monatlichen Betrag für Mietnebenkosten und Verpflegung von 629 Euro aufbringt. Zudem sollten die Investitionskosten eigentlich von den Ländern übernommen werden. Wie die Tabelle verdeutlicht, werden stattdessen im Durchschnitt erhebliche Beträge an die Versicherten weitergereicht, wobei die sowieso schon große Streuung bei diesem Teilentgelt noch größer ist.

In Abbildung 2 ist die Veränderung der Eigenanteile nur für die direkten pflegebedingten Kosten (Pflegesätze) im Zeitverlauf dargestellt. Waren die Leistungen bei Einführung der Pflegeversicherung teilweise noch ausreichend, um die Pflegesätze zu decken (Roth und Rothgang 1999), lag der durchschnittliche Pflegesatz selbst in Pflegestufe I bei erstmaliger Durchführung der Pflegestatistik 1999 schon mehr als 100 Euro über den Versicherungsleistungen. 2011 waren durchschnittliche Eigenanteile von 350 Euro (Pflegestufe I) bis über 750 Euro (Pflegestufe III) zu verzeichnen, wobei in den Stufen I und II, in denen auch 2012 keine Leistungsanpassung stattfand, von weiteren Steigerungen auszugehen ist.

Für die Zukunft ist die Dynamisierungsregel des Paragraphen 30 SGB XI im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz dahingehend modifiziert worden, dass alle drei Jahre, erstmals im Jahr 2014, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung durch die Bundesregierung zu prüfen sind. Dabei soll die Inflationsrate als Richtschnur dienen, keinesfalls soll der Anstieg aber höher ausfallen als die Bruttolohnentwicklung. Außerdem heißt es, dass „die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden können“. Noch ehe die erste Prüfung möglicher Leistungs-

anpassungen für das Jahr 2015 erfolgt ist, lässt diese Vorschrift schon jetzt befürchten, dass der Realwertverlust der Leistungen der Pflegeversicherung weitergehen könnte. Selbst eine an der allgemeinen Inflationsrate orientierte Anpassung erscheint in einer personalintensiven Dienstleistungsbranche zur Verhinderung weiterer Realwertverluste grundsätzlich unzureichend und deshalb als „Richtschnur“ ungeeignet. Zudem verhindert die explizite Obergrenze der Bruttolohnentwicklung die Berücksichtigung von Sondereffekten, wie etwa eine Anhebung des hinsichtlich der Attraktivität der Pflegeberufe eher für zu niedrig gehaltenen Gehaltsniveaus, von weiteren Leistungsanpassungen – etwa zum Ausgleich des zwischen 1995 und 2008 erfolgten „Stillstands“ – ganz zu schweigen. Schließlich kommt der Verweis auf die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen geradezu einer Öffnungsklausel für Anpassungen nach Kassenlage gleich. Zur Sicherung der Realwertkonstanz der Pflegeversicherungsleistungen ist daher eine regelgebundene Leistungsdynamisierung geboten, die sich zu zwei Dritteln an der allgemeinen Lohn- und zu einem Drittel an der allgemeinen Preisentwicklung orientiert und damit der Tatsache Rechnung trägt, dass zwei Drittel der Kosten im Pflegebereich Personalkosten sind.

4 Untauglicher Pflege-Bahr

Vor diesem Hintergrund ist es bemerkenswert, dass die Unionsparteien in ihrem „Regierungsprogramm 2013–2017“ das Ziel der Sicherstellung eines hohen Niveaus der Pflegeleistungen formuliert haben und „einen steigenden Zuzahlungsbedarf zulasten der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der Sozialhilfeträger verhindern (wollen)“ (CDU/CSU 2013, 78). Das klingt bei ihrem aktuellen Koalitionspartner ganz anders, denn die FDP will laut ihrem „Bürgerprogramm 2013“ die Kapitaldeckung stärken; die private Pflege-Vorsorgeförderung wird als erster Schritt auf einem Weg bezeichnet, der fortgesetzt werden soll (FDP 2013, 39). Damit unterstreicht die FDP die mit der Einführung des Pflege-Bahrs verbundene Befürchtung, dass diese Form der privaten Pflegevorsorge

TABELLE 1

Monatliche Pflegekosten, Versicherungsleistungen und Eigenanteile

Pflegestufe	Pflegekosten (1)	Unterkunft u. Verpflegung (2)	Investitions- kosten (3)	Gesamt- entgelt (4) = (1)+(2)+(3)	Versicherungs- leistungen (5)	Eigenanteil Pflegekosten (6) = (1)-(5)	Eigenanteil insgesamt (7) = (4)-(5)
Stufe I	1.369	629	395	2.393	1.023	346	1.370
Stufe II	1.811	629	395	2.835	1.279	532	1.556
Stufe III	2.278	629	395	3.302	1.470	808	1.832

Quellen: Kosten für Pflege, Unterkunft und Verpflegung Pflegestatistik zum Dezember 2011; Investitionskosten: Infratest für 2010; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

mit steuerlicher Förderung zumindest partiell einen substitutiven Charakter in Bezug auf die Leistungen der Pflegeversicherung haben könnte (Jacobs und Rothgang 2012). Auch deshalb muss noch einmal deutlich betont werden, dass der Pflege-Bahr zur Absicherung des allgemeinen Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit ein grundlegend untaugliches Produkt ist (Jacobs und Rothgang 2012; Rothgang 2012).

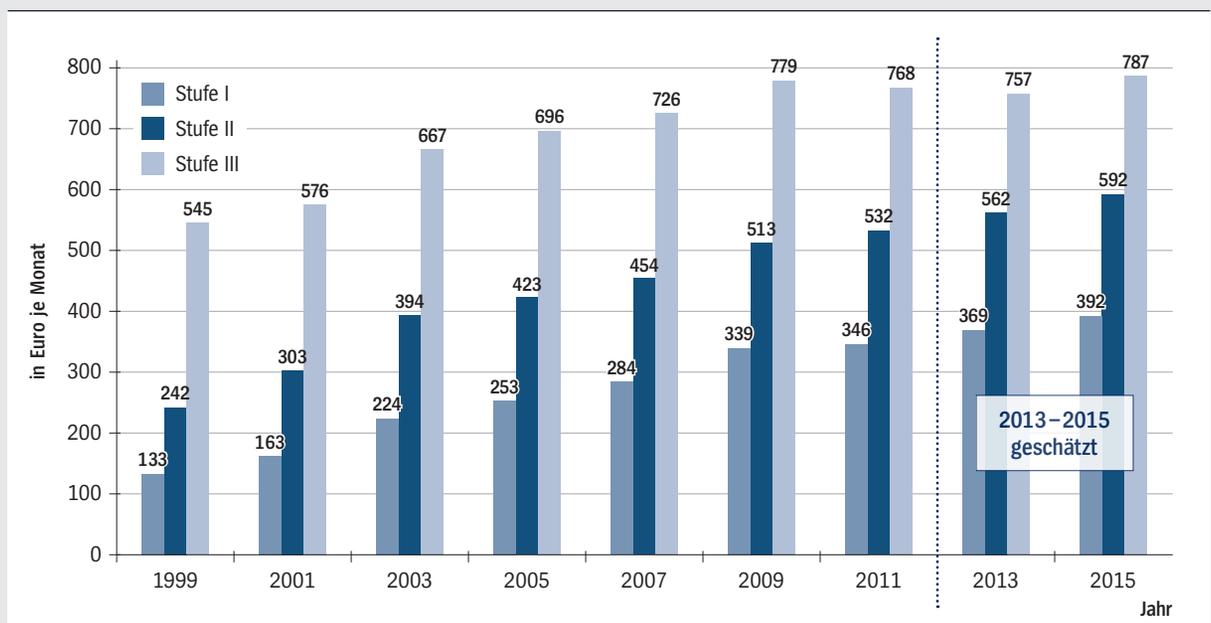
Wie die laufenden „Wasserstandsmeldungen“ zu den bisherigen Abschlüssen zeigen, scheint sich die in der Bevölkerung wahrgenommene Attraktivität des Pflege-Bahrs in Grenzen zu halten. Kurz vor Jahresmitte 2013 verkündete der PKV-Verband, dass Ende Mai 125.000 Menschen einen Fördertarif abgeschlossen hätten und inzwischen „sogar schon die Marke von 150.000 Verträgen“ angesteuert werde (PKV-Verband 2013). Das hatte sich die Bundesregierung vor Jahresfrist allerdings noch ganz anders vorgestellt. In der Begründung zu dem Mitte Juni 2012 vorgelegten Gesetzentwurf zum Pflege-Bahr heißt es, dass „angenommen (wird), dass im Jahr 2013 etwa 1,5 Millionen förderfähige Versicherungsverträge abgeschlossen werden“ (Bundestagsausschuss für Gesundheit 2012, 43). Diese Annahme war nötig, um das Volumen der erforderlichen Fördermittel abzuschätzen, denn jeder Pflege-Bahr wird bekanntlich mit fünf Euro pro Monat aus dem Bundeshaushalt gefördert. Gemessen an dieser Zielvorgabe sind die referierten „Erfolgsmeldungen“ der PKV schwer verständlich.

Positiv hebt der PKV-Verband hervor, dass der Pflege-Bahr besonders stark von jungen Leuten im Alter zwischen 25 und 35 Jahren nachgefragt werde, also von Menschen, bei denen es in der Regel noch gut und gerne fünf Dekaden oder länger dauern kann, ehe sie gegebenenfalls pflegebedürftig werden. Über derart lange Zeiträume lassen sich aber Entwicklungen weder auf der Leistungs- noch auf der Beitragsseite hinreichend gewiss voraussehen, weshalb auch die Stiftung Warentest den Pflege-Bahr für Menschen unter 40 Jahren generell für wenig geeignet hält (Stiftung Warentest 2013, 71).

- Es ist völlig ungewiss, was die vereinbarten Leistungen in Bezug auf die Finanzierungslücke zwischen den Pflegekosten und den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung wirklich wert sind, und zwar nicht heute, sondern dann, wenn die Pflegebedürftigkeit eintritt – das heißt: in einigen Jahrzehnten. Die Pflegeversicherung folgt nämlich nicht dem Teilkaskoprinzip wie viele Autoversicherungen, wo ein bestimmter Geldbetrag als Eigenleistung vereinbart wird und insofern kalkulierbar ist, sondern sie ist eine Teilleistungsversicherung, bei der die Versicherungsleistung als fixer Betrag definiert wird und der ungewisse Rest beim Pflegebedürftigen oder seinen Angehörigen verbleibt oder, wenn dort nicht genug Einkommen und Vermögen vorhanden sind, bei der Sozialhilfe. Deshalb hatte auch die Deutsche Bundesbank den Pflege-Bahr als „für untere und mittlere Einkommensgruppen weniger attraktiv“ bezeichnet (Deutsche Bundesbank 2012, 9).

ABBILDUNG 2

Eigenanteil am Pflegesatz (ohne Unterkunft/Verpflegung und Investitionskosten)



Quelle: Eigene Aktualisierung aus Rothgang et al. (2012a), 30; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

- Ebenfalls kaum absehbar ist die Entwicklung der Beiträge zum Pflege-Bahr über mehrere Dekaden hinweg. Sofern die Erwartung zutrifft, dass dieses Produkt vor allem von Menschen mit überdurchschnittlich hohem Pflegerisiko nachgefragt wird – praktisch nur ihnen wird derzeit von Verbraucherberatern überhaupt ein Abschluss empfohlen (*BdV 2013, 3; vzbv 2012, 10*) – und die Leistungen in einigen Jahren den kalkulierten Umfang merklich übersteigen, werden die Beiträge zwangsläufig in die Höhe schießen. Die Versicherten sind dann aber „gefangen“ und können nicht einmal zu einem anderen Versicherer wechseln, der von Anfang an vorsichtiger kalkuliert hat (wozu Interessenten derzeit keinerlei Informationen erhalten können).

Anstatt fragwürdige Produkte zur Reduzierung der Finanzierungslücke zwischen den Pflegekosten und den Leistungen der Pflegeversicherung zu fördern, sollte die Politik vielmehr ihr Hauptaugenmerk darauf richten, diese Lücke möglichst klein zu halten. Dass die Pflegeversicherung – aus durchaus guten Gründen – vom Grundsatz her ein Teilleistungssystem ist, sagt zunächst ja noch nichts über die Höhe des abgesicherten Teils der Pflegekosten aus. Allein um den 20- bis 25-prozentigen Kaufkraftverlust der Pflegeversicherungsleistungen in den Jahren 1993 bis 2008 auszugleichen, wäre eine Anhebung der Leistungen um 4 bis 5 Milliarden Euro nötig. Ein höherer Deckungsgrad der Pflegekosten würde auch den Wünschen des Großteils der Bevölkerung entsprechen, die schon heute im großem Umfang für die wachsende Pflegeproblematik sensibilisiert und auch durchaus bereit ist, zur Absicherung des Pflegerisikos gegebenenfalls mehr zu bezahlen, solange es dabei gerecht zugeht (*Zok 2011*).

Nicht zu Ende gedacht ist auch die Idee, die Pflegeversicherung zu einer Vollversicherung zu entwickeln – wie es etwa von der Gewerkschaft ver.di und der Partei Die Linke gefordert wird (*ver.di 2012; Die Linke 2013, 23*). Zum einen dürfte die Realisierung erheblich teurer werden, als in einem Gutachten berechnet, in dem rein status-quo-orientiert jegliche Veränderungen im Inanspruchnahmeverhalten ausgeblendet wurden (*Lüngen 2012*). So könnte eine Vollversicherung der stationären Pflege zu einem deutlichen Anstieg der Heimquote führen. Zum anderen – und vor allem – wird dieser Vorschlag aber auch ernsthaften Gefahren von Moral Hazard sowie angebots-induzierter Leistungsanspruchnahme nicht gerecht. Sowohl die Leistungsanspruchnahme (Entscheidungen über Pflegearrangements mit formeller/professioneller sowie ambulanter/stationärer Pflege) als auch der Pflegemarkt würden grundlegend neue Steuerungsstrukturen erfordern, um die Pflegeversicherung vor finanzieller Überforderung zu schützen. Dies wird von Lüngen auch konzidiert, der diese Problematik in seinem Gutachten – auftragsgemäß – nur am Rande thematisiert und feststellt, dass hinsichtlich der Steuerungsarten „Forschungsbedarf“ bestehe (*Lüngen 2012, 59*).

Deshalb scheint es richtig, an der Idee der Pflegeversicherung als Teilleistungsversicherung grundsätzlich festzuhalten. Zwischen dem heutigen Eigenanteil in einer Größenordnung von rund 50 Prozent – auch in Bezug auf die Gesamtlebenskosten für Pflege (*Rothgang et al. 2012a, 215*) – und einer vollständigen Abdeckung besteht allerdings noch viel Luft, die es durch eine substanzielle Leistungserhöhung zum Ausgleich der seit Einführung der Pflegeversicherung erfolgten Wertverluste sowie ausreichende Dynamisierungen im weiteren Zeitverlauf merklich zu vermindern gilt.

Was die Finanzierung der Mehrausgaben angeht, dürfte an einer Anhebung des Beitragssatzes kein Weg vorbeigehen. Das erforderliche Ausmaß hängt allerdings stark davon ab, inwieweit auch weitergehende Reformen zur Abgrenzung von Personenkreis, beitragspflichtigen Einnahmen und Beitragsbemessungsgrenze in Angriff genommen werden. Wenn die politischen Mehrheiten für eine Pflege-Bürgerversicherung (*Dräther et al. 2009*) nicht reichen, sollte zumindest ein systemübergreifender Solidausgleich eingeführt werden, wie er nach dem Koalitionsvertrag der großen Koalition 2005 bereits einmal vorgesehen war: „Im Gegensatz zur Krankenversicherung haben gesetzliche und private Pflegeversicherung einen einheitlichen Leistungsumfang. (...) Zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen wird ein Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung eingeführt (*CDU/CSU/SPD 2005, 107*). Modellrechnungen zeigen dabei, dass der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung dauerhaft unterhalb von 3,3 Beitragssatzpunkten gehalten werden kann, wenn die Privatversicherten einbezogen werden, die Beitragsbemessungsgrenze auf die Grenze der gesetzlichen Rentenversicherung hinaufgesetzt wird und alle Einkommensarten beitragspflichtig werden – und das bei einer dauerhaft kaufkrafterhaltenden Leistungsdynamisierung und unter Berücksichtigung von Mehrkosten durch Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (*Rothgang et al. 2011*).

5 Ausblick

Wie die vorstehenden Ausführungen deutlich gemacht haben sollten, werden die Kosten für die Versorgung einer stetig steigenden Zahl Pflegebedürftiger in den nächsten Dekaden deutlich steigen. Ein nachhaltiges Konzept zur Finanzierung dieser Finanzierungslasten muss aber erst noch beschlossen werden. Eine Privatisierung der Kosten im Sinne freiwilliger Zusatzversicherungen erscheint wenig erfolgversprechend. Stattdessen sollte angestrebt werden, den individuellen Finanzierungsbedarf, also die Lücke zwischen den Pflegekosten und der Sozialversicherungsleistung durch Leistungsverbesserungen in der sozialen Pflegeversicherung (und der daran angelehnten privaten Pflegepflichtversicherung) und eine kaufkrafterhaltende Leistungsdynamisierung zu verkleinern.

Um dies zu finanzieren, bietet es sich an, die personelle und sachliche Beitragsbemessungsgrundlage auszuweiten.

Neben den Finanzierungsproblemen sollen aber zwei weitere strukturelle Reformnotwendigkeiten zumindest kurz angesprochen werden. Die erste betrifft die künftige Sicherstellung der Pflege, die dadurch gefährdet ist, dass weder die familialen noch die professionellen Pflegekapazitäten ohne erhebliche Anstrengungen entsprechend der Zahl der Pflegebedürftigen mitwachsen werden. Aktuellen Berechnungen zufolge wird sich allein bis 2030 eine Versorgungslücke von knapp 500.000 Vollzeitbeschäftigten in der Langzeitpflege auf tun, und zwar bereits ohne eine Erhöhung der Beschäftigtenzahl pro Pflegebedürftigen, wie sie aus Gründen der Pflegequalität gefordert werden könnte (Rothgang et al. 2012b). Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung von Pflegeinfrastruktur und Pflegesystem im Hinblick auf die künftige Sicherstellung der Pflege liegen sowohl in der Unterstützung familialer Pflege, insbesondere durch verbesserte Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (und zwar jenseits der gut gemeinten, aber nicht zuletzt aufgrund des fehlenden Rechtsanspruchs gescheiterten Familienpflegezeit), als auch in der Verbesserung von Arbeitsbedingungen und Entlohnung in der professionellen Pflege, um die Attraktivität des Berufs zu steigern, sowie in der Förderung des zivilgesellschaftlichen Engagements, das vor allem bei der sozialen Betreuung von Pflegebedürftigen und der Mobilisierung von Selbstversorgungspotenzialen im Rahmen von Quartierskonzepten eine noch deutlich größere Rolle spielen kann.

Die zweite strukturelle Reformnotwendigkeit resultiert daraus, dass die institutionelle Ausgestaltung des derzeitigen Sicherungssystems dysfunktionale Anreize setzt. So „lohnt“ sich Rehabilitation bei Pflege aus Sicht der Kassen nicht, da die Rehabilitation aus der – wettbewerblich organisierten – Krankenversicherung finanziert wird, die Erfolge aber bei der – nicht wettbewerblich organisierten – Pflegeversicherung zu Buche schlagen. Kassen, die sich gemäß der Systemlogik verhalten, werden daher keine besonderen Anstrengungen unternehmen, um Rehabilitation bei Pflege zu fördern. Dieses offensichtliche Schnittstellenproblem wurde bereits bei Einführung der Pflegeversicherung thematisiert (Jacobs 1995), aber erst 2008 im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom Gesetzgeber aufgegriffen – und dann leider mit untauglichen Maßnahmen. So wurden die Krankenkassen verpflichtet, eine „Strafzahlung“ von gut 3.000 Euro an die Pflegekassen zu leisten, sollten sie durch eigenes Verschulden innerhalb von sechs Monaten eine notwendige medizinische Rehabilitationsmaßnahme nicht erbracht haben. Hier wird ein Gegensatz zwischen der Krankenkasse und „ihrer“ Pflegekasse konstruiert, der in der Realität nicht vorhanden ist – die Regelung ist daher leerlaufen. Das Problem an der Wurzel packen könnte stattdessen heißen, bei den Kassen ein unmittelbares ökonomisches Interesse an einer Vermeidung oder Verzögerung des Eintritts von Pflegebedürftigkeit im Rahmen einer wettbewerblichen

Ausgestaltung der Pflegeversicherung zu installieren, zumal es aktuell noch ein weiteres Anreizproblem gibt: Aus Sicht der Kassen ist die stationäre Pflege insofern günstiger, als die medizinische Behandlungspflege im Pflegeheim im Rahmen der Pflegeversicherung finanziert wird und damit im Kassenwettbewerb „unschädlich“ ist, während häusliche Krankenpflege von der Krankenkasse bezahlt wird und damit unmittelbar wettbewerbsrelevant ist. Diesem Anreizproblem könnte durch eine Verlagerung der Finanzierungszuständigkeit für die medizinische Behandlungspflege auf die Krankenversicherung entgegengewirkt werden, wobei der entsprechende Finanzbedarf dann allerdings im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden müsste (Hoberg et al. 2013).

Insgesamt zeigt sich damit ein erheblicher Bedarf an strukturellen Reformen bei der Absicherung des Pflegerisikos, und es bleibt zu hoffen, dass sich die kommende Bundesregierung dieser Herausforderung stellt und die Reform nicht weiter vor sich herschiebt.

Literatur

- BdV [Bund der Versicherten] (2013):** Merkblatt – „Pflege-Bahr“: Staatlich geförderte, private Pflegezusatzversicherung; www.bundderversicherten.de/Kranken-Pflege/Pflege-Bahr (letzter Zugriff: 10.07.2013)
- Bieback K-J (Hrsg.) (2009):** Die Reform der Pflegeversicherung 2008. Münster: Lit-Verlag
- BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2011):** Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (Zeitreihen 1995 bis 2012) im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten; www.bmg.bund.de -> Pflege -> Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (letzter Zugriff: 10.07.2013)
- Bundestagsausschuss für Gesundheit (2012):** Ausschuss-Drs. 17(14)287 vom 12.06.2012 (Änderungsantrag 18 zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung)
- CDU/CSU (2013):** Gemeinsam für Deutschland. Regierungsprogramm 2013–2017; www.cdu.de/regierungsprogramm (letzter Zugriff: 08.07.2013)
- CDU/CSU/SPD (2005):** Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005; www.cducsu.de/upload/koavertrag0509.pdf (letzter Zugriff: 10.07.2013)
- Deutsche Bundesbank (2012):** Monatsbericht, September 2012
- Die Linke (2013):** Wahlprogramm der Partei DIE LINKE zur Bundestagswahl 2013; www.die-linke.de/wahlen/wahlprogramm/ (letzter Zugriff: 08.07.2013).
- Dräther H, Jacobs K, Rothgang H (2009):** Pflege-Bürgerversicherung. In: Dräther H, Jacobs K, Rothgang H (Hrsg.). Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart, 71–93
- FDP (2013):** Bürgerprogramm 2013. Damit Deutschland stark bleibt!; www.fdp.de/files/565/Bürgerprogramm_A5_Online-Fassung.pdf (letzter Zugriff: 08.07.2013)

Hoberg R, Klie T, Künzel G (2013): Eckpunkte Strukturreform Pflege und Teilhabe, Kurzfassung. AGP Sozialforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg; <http://agp-freiburg.de/> (letzter Zugriff: 08.07.2013)

Igl G, Naegele G, Hamdorf S (Hrsg.) (2008): Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen. Münster: Lit Verlag

Jacobs K (1995): Zur Kohärenz von gesetzlicher Pflegeversicherung und anderen Zweigen der Sozialversicherung. In: Fachinger U, Rothgang H (Hrsg.) (1995). Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes, Berlin: Duncker & Humblot, 245–262

Jacobs K, Rothgang (2011): Zukunft der Pflegefinanzierung: Eckpunkte für eine tragfähige Reform. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW), Jg. 11, Heft 3, 14–22

Jacobs K, Rothgang H (2012): Der Pflege-Bahr: zum Schaden der Sozialen Pflegeversicherung und ihrer Versicherten. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 66, Heft 5, 41–51

Kuhlmei A (2006): Gesundes Altern – geht das? Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW), Jg. 6, Heft 1, 7–13

Lüngen M (2012): Vollversicherung in der Pflege – Quantifizierung von Handlungsoptionen. Gutachten im Auftrag von ver.di, Osnabrück

PKV-Verband (2013): Große Nachfrage nach geförderter Pflegevorsorge – gerade auch bei jungen Leuten. Pressemitteilung, Berlin, 19.06.2013.

Roth G, Rothgang H (1999): Die Auswirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes auf die Entwicklung der Heimentgelte. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Jg. 7, Heft 4, 306–334

Rothgang H (2008): Stellungnahme zum Entwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (BT-Drs. 16/7439) zur Anhörung des BT-Gesundheitsausschusses am 23.01.2008. Ausschussdruck-sache 16(44)0327(72neu)

Rothgang H (2012): Nach der Mini-Pflegereform: Wesentliche Probleme bleiben ungelöst. Soziale Sicherheit, Jg. 61, Heft 7, 245–254

Rothgang H (2013): Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und seine Umsetzung. Soziale Sicherheit, Jg. 62, Heft 7, 245–250

Rothgang H, Jacobs K (2011): Substanziell und solidarisch – zur Zukunft der Pflegeversicherung. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 65, Heft 4, 9–19

Rothgang H, Kulik D, Müller R, Unger R (2009): GEK-Pflegereport 2009. Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung, GEK-Edition. Band 73. St. Augustin: Asgard

Rothgang H, Arnold R, Sauer S et al. (2011): Berechnung der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung. Gutachten aus dem Zentrum für Sozialpolitik im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen; www.gruene-bundestag.de/fileadmin/media/gruenebundestag_de/themen_az/pflege/solidaritaet_wirkt/gutachten_pflegebuergerversicherung.pdf (letzter Zugriff: 10.7.2013)

Rothgang H, Müller R, Unger R (2012b): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung

Rothgang H, Müller R, Unger R et al. (2012a): BARMER GEK-Pflegereport 2012. Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit. Siegburg: Asgard

StatÄ [Statistische Ämter des Bundes und der Länder] (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden; www.destatis.de -> Publikationen -> Thematische Veröffentlichungen -> Bevölkerung -> Bevölkerungsvorausberechnung (letzter Zugriff: 10.07.2013)

Stiftung Warentest (2012): Lieber ohne Förderung. Gute Pflege-tagegeldversicherungen können die Finanzlücke im Pflegefall schließen, die staatlich geförderte Vorsorge taugt aber wenig. Finanztest, Heft 5, 70–77

Unger R, Müller R, Rothgang H (2011): Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit. Ausmaß und Entwicklungstendenzen in Deutschland. Das Gesundheitswesen, Jg. 73, Heft 5, 292–297

ver.di [Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft] (2012): Gutachten zur Pflege: Solidarische Vollversicherung ist längst überfällig und bezahlbar, Pressemitteilung vom 15.11.2012

vzbv [Verbraucherzentrale Bundesverband] (2012): Die Zusatzversicherung für Pflege – eine sinnvolle Ergänzung?; www.vzbv.de/10919.htm (letzter Zugriff: 10.07.2013)

Zok K (2011): Erwartungen an die Pflegereform. WIdO-monitor, Ausgabe 2; www.wido.de/wido_monitor_2_2011.html (letzter Zugriff: 10.07.2013)

DIE AUTOREN



Professor Dr. rer. pol. Heinz Rothgang, Jahrgang 1963, Studium der Volkswirtschaftslehre und Politikwissenschaft an den Universitäten Köln und Sussex (England). Promotion an der Universität Köln, Habilitation an der Universität Bremen. Seit 2005 Professor für Gesundheitsökonomie und seit 2006 Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie,



Professor Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld und Promotion an der Freien Universität (FU) Berlin. Wissenschaftliche

Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen. Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Honorarprofessor am Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen. Seit April 2009 im Erweiterten Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie.