

# Gedanken zur Reform der Pflegeversicherung<sup>1</sup>

von Franz Knieps\*

## ABSTRACT

**Die Reform der Pflegeversicherung** zählt zu den zentralen Aufgaben in der neuen Legislaturperiode. Statt eines grundlegenden Systemwechsels empfiehlt der Autor die Konzentration auf pragmatische Lösungsansätze, die den Erhalt und den Ausbau eines selbstständigen Sicherungssystems für die Pflege ermöglichen. Um den Um- und Ausbau des Leistungsspektrums der Pflegeversicherung auf Dauer finanzieren zu können, ist eine Verschmelzung von gesetzlicher und privater Pflegeversicherung mit ergänzendem Kapitalstock sinnvoll.

**Schlüsselworte:** Pflegeversicherung, Umlagefinanzierung, Kapitaldeckung, Demografie, Demenz, Betreuungsangebote, Dynamisierung

**The reform of the nursing care insurance** is one of the major issues in the new legislative period. Instead of a fundamental change of direction, the author recommends to concentrate on pragmatic solutions to maintain and develop an independent social security system for long-term care. In order to be able to finance the modification and development of the service spectrum of long-term care insurance in the long run, it would make sense to merge statutory and private long-term care insurance and provide supplementary capital stock.

**Keywords:** long-term care insurance, pay-as-you-go financing, capital cover, demography, dementia, supply of long-term care services, dynamic sampling

## ■ 1. Ausgangslage

Die Reform der Pflegeversicherung wird in der neuen Legislaturperiode zu den wichtigsten sozialpolitischen Gesetzesvorhaben zählen. Ziel einer Reform des jüngsten Zweiges der Sozialversicherung ist es nicht nur, eine nachhaltige Finanzierung unter den Bedingungen des soziodemografischen Wandels zu gewährleisten, sondern auch die Potenziale und Chancen einer älter werdenden Gesellschaft zu nutzen.

Die Pflegeversicherung<sup>2</sup> erfüllt eine zentrale Aufgabe im System der sozialen Sicherheit. Sie hat erhebliche Beschäftigungswirkung und wird in ihrer Bedeutung angesichts der Bevölkerungsentwicklung noch zunehmen. Damit Herausforderungen des sozio-ökonomischen Wandels, insbesondere der demografischen Entwicklung (siehe *Tabelle 1*), erfolgreich bewältigt werden können, müssen Webfehler behoben werden, die bei der Einführung der Pflegever-

sicherung gemacht wurden. Leistungen und Angebot der Pflegeversicherung müssen verbessert werden, damit die schleichende Entwertung der Pflegeleistungen durch gedeckelte Budgets bei gesetzlich Festgeschriebenem beendet und die familiäre Pflege gestärkt werden.

Als Folge der konjunkturell bedingten Einnahmeschwäche in der gesamten Sozialversicherung und des steigenden Anteils von Pflegebedürftigen verzeichnet die soziale Pflegeversicherung (SPV) in den letzten Jahren Defizite. Nach der Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils zur Berücksichtigung der Kindererziehung in der Pflegeversicherung wird der gegenwärtige Beitragssatz von 1,7 Prozent bis 2008 ausreichen, um bei unveränderten Leistungen die Ausgaben zu decken. Daher müssen in der neuen Legislaturperiode die Weichen für eine nachhaltige und gerechtere Finanzierung gestellt werden.

\*Franz Knieps  
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Wilhelm-

straße 49, 10117 Berlin · Tel.: 01888 441-1330 · Fax: 01888 441-4847 · E-Mail: franz.knieps@bmgs.bund.de

Die Pflegeversicherung soll als eigenständige, prinzipiell umlagefinanzierte Säule der Sozialversicherung erhalten bleiben und nicht in die Krankenversicherung integriert werden. Zwischen Kranken- und Pflegeversicherung bestehen erhebliche Systemunterschiede. Die Aufnahme der gedeckelten („Teilkasko“-)Leistungen, die einen ergänzenden Sozialhilfebedarf nicht ausschließen, in den Sachleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) würde entweder einen Sog zur Vollversicherung auslösen oder den Teilkaskogedanken in die Krankenversicherung einführen. Ein Umstieg auf eine vollständig kapitalgedeckte (private) Pflegeversicherung

überfordert die gegenwärtigen Erwerbsgenerationen ebenso wie die Einführung einer ergänzenden kapitalgedeckten Pflichtversicherung, da diese nicht nur für den Aufbau ihres eigenen Versicherungsschutzes Beiträge leisten müssen, sondern bis Ablauf des Umlagesystems selbstverständlich auch die Leistungen für ältere Generationen mit zu finanzieren hätten.

Der bundeseinheitliche, bisher nur vom Gesetzgeber veränderbare Beitragssatz sollte weiter gelten. Die Finanzierung sollte nicht als Aufschlag zum jeweiligen Beitragssatz der Krankenkasse erfol-

TABELLE 1

### Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland

#### 1. Ausgangslage bei Beginn der Beratungen zur Pflegeversicherung:

- geschätzte Zahl der Pflegebedürftigen: rund 1,65 Millionen
- davon ambulant: rund 1,2 Millionen
- stationär rund 450.000

#### 2. Bevölkerungsvorausschätzungen:

(Grundlage: 10. Koordinierte Bevölkerungsvorausschätzung)

- Anstieg der Anzahl älterer Personen (60 Jahre und älter) von 2001 bis zum Jahr 2010 um 1,4 Millionen Menschen von 19,9 auf 21,3 Millionen Menschen = rund 26 Prozent der Gesamtbevölkerung (rund 83 Millionen Einwohner)
- Anstieg von 2010 bis 2030 um weitere 6,6 Millionen Menschen auf 27,9 Millionen Menschen (= rund 34 Prozent der Gesamtbevölkerung von dann rund 81 Millionen Einwohnern)

#### 3. Lebenserwartung (Sterbetafel 1998/2000):

(Grundlage: 10. Koordinierte Bevölkerungsvorausschätzung)

- eines neugeborenen Jungen: 74,8 Jahre
- eines neugeborenen Mädchens: 80,8 Jahre
- eines 60-jährigen Mannes: 19,2 Jahre
- einer 60-jährigen Frau: 23,5 Jahre

#### 4. Risiko der Pflegebedürftigkeit:

- vor dem 60. Lebensjahr rund 0,6 Prozent
- zwischen dem 60. und dem 80. Lebensjahr rund 3,9 Prozent
- nach dem 80. Lebensjahr rund 31,8 Prozent

#### 5. Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen:

Nach den Prognosen der Rürup-Kommission entwickelt sich die Zahl der Pflegebedürftigen in der sozialen Pflegeversicherung bei konstanter altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeit wie folgt:

- 2002: 1,89 Millionen
- 2010: 2,13 Millionen
- 2020: 2,64 Millionen
- 2030: 3,09 Millionen

Quelle: BMGS, Stand: August 2005

gen. Damit müsste auch kein zusätzlicher Finanz- oder Risikostrukturausgleich in der GKV etabliert oder der Risikostrukturausgleich verändert werden, was sonst nötig wäre, um Kassen mit hohem Anteil an Pflegebedürftigen nicht übermäßig zu belasten. Die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sollten bei veränderten gesundheitspolitischen Ziel- und Weichenstellungen nicht in Konkurrenz mit anderen Leistungen der GKV treten. Die Bewältigung von Schnittstellenproblemen erfordert keine Integration der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung, sondern die klare Definition politischer Zielvorstellungen, gesetzlicher Aufgabenbeschreibungen und inhaltlicher Verantwortlichkeiten.

## ■ 2. Eckpunkte eines umfassenden Reformkonzepts

Aus Gesprächen mit Ländervertretern und Experten aus Wissenschaft und Praxis wurde innerhalb des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung ein modulhaft aufgebautes Konzept entwickelt, das sich auf folgenden Eckpunkte stützt:

- Die Pflegeversicherung soll ihre Eigenständigkeit im System der sozialen Sicherheit behalten. Dabei müssen jedoch die sich aus der Absicherung des Pflegerisikos ergebenden finanziellen Lasten gerechter auf die gesamte Bevölkerung verteilt werden.
- Die Pflegeversicherung soll weiterhin ein „Kernsicherungs-System“ bleiben. Dadurch werden die notwendige Solidarität und die unerlässliche Eigenverantwortung in eine sozialpolitisch adäquate Balance gebracht.
- Eine zusätzliche Belastung der Lohnnebenkosten soll – auch längerfristig – ausgeschlossen werden.
- Die aus dem demografischen Wandel resultierenden Lasten sollen möglichst gerecht auf die Generationen verteilt werden.
- Die inhaltliche Weiterentwicklung der Pflegeversicherung soll Maßnahmen zur Verbesserung der Situation von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz umfassen.
- Maßnahmen zur Stärkung der häuslichen Pflege und eine Dynamisierung der Pflegeleistungen sollen dem Versorgungsbedarf pflegebedürftiger Menschen gerecht werden.

## ■ 3. Der Ausbau der Pflegeversicherung

Trotz angespannter Finanzlage besteht weitgehend Konsens, dass der Leistungsrahmen der Pflegeversicherung umgestaltet und (moderat) ausgeweitet werden soll. Zur besseren Berücksichtigung des allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarfs von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sollen alle Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen sowie psychischen Erkrankungen unabhängig von ihrer Einstufung in die Pflegestufen I–III einen zusätzlichen Betreuungsbetrag (diskutiert wird ein Betrag von 100 Euro monatlich)

erhalten. Dies soll auch für diejenigen Menschen gelten, die nicht die Voraussetzungen für die Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen, jedoch nach einer Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen in der Alltagskompetenz dauerhaft erheblich eingeschränkt sind.

Den zusätzlichen Betreuungsbetrag sollen die Betroffenen insbesondere für niedrigschwellige Betreuungsangebote zur Entlastung der pflegenden Angehörigen einsetzen. Auf diese Weise werden gleichzeitig Impulse zum Aufbau solcher Angebote gegeben.

Mittelfristig wird eine grundlegende Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI angestrebt, der auch den allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf dieses Personenkreises angemessen berücksichtigt. Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit soll sich künftig nicht mehr an Zeitwerten orientieren. Damit würde auch der Kritik der Boden entzogen, es ginge in der Pflegeversicherung nur um „Minutenpflege“.

Zur Stärkung der häuslichen Pflege sollen die Sachleistungsbeträge für ambulante und stationäre Versorgung für jeweilige Neufälle schrittweise angeglichen werden. Zur Gewährleistung des Vorrangs der familiären vor der stationären Pflege würden im ambulanten Bereich die Beträge in allen Stufen schrittweise angehoben. Im stationären Bereich würden sie in der Stufe III ebenfalls angehoben und in den Stufen I und II mit Vertrauensschutzregelung abgesenkt.

Zur Stärkung der Tages- und Nachtpflege könnten die Leistungsbeträge in den einzelnen Pflegestufen in gleichem Umfang schrittweise angehoben werden wie die ambulanten Sachleistungsbeträge, um berufstätige pflegende Angehörige zu entlasten und aktivierende Elemente in der Pflegeversicherung zu stärken.

Der Höchstbetrag bei Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege könnte auf bis zu jeweils 1.500 Euro angehoben werden. Der Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote sollte zusätzlich gefördert werden. Hierzu sollen mindestens fünf Millionen Euro in Ansatz gebracht werden.

Alle Leistungen sollen künftig regelgebunden dynamisiert werden, um der fortlaufenden Entwertung der Leistungen entgegen zu wirken. Die Dynamisierung sollte knapp über dem Durchschnitt der Inflationsrate der jeweils letzten drei vorangegangenen Kalenderjahre liegen. Die Wirkung sollte jedoch nicht höher als die eingetretene Lohnentwicklung ausfallen. Ein erster Dynamisierungsschritt in 2007 könnte das Pflegegeld sowie die stationären Sachleistungen der Pflegestufen I und II umfassen. Für die übrigen Leistungen sollte die Dynamisierung mit Rücksicht auf die bis 2011

TABELLE 2

### Gegenüberstellung der Organisationsunterschiede der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung

Gesetzliche Krankenversicherung	Soziale Pflegeversicherung
■ „Vollkasko“-Versicherung	■ „Teilkasko“-Versicherung
■ Risikostrukturausgleich	■ ausgabenorientierter Finanzausgleich
■ wettbewerbliches System	■ nicht wettbewerbliches System
■ Festlegung des Beitragssatzes durch die jeweilige Krankenkasse (bei gleicher Beitragsbemessungsgrenze)	■ Festlegung des Beitragssatzes durch den Gesetzgeber (bei gleicher Beitragsbemessungsgrenze)
■ Leistungen nach dem Bedarfsprinzip	■ Leistungen nach dem Budgetprinzip
■ Heterogenität in der Ausgestaltung der Vertragsverantwortlichkeiten (unterschiedliche Vertragsausgestaltung auf Landesebene, Modellprojekte usw.)	■ gemeinsames und einheitliches Vorgehen in der Ausgestaltung der Vertragsverantwortlichkeiten (die einzelne Pflegekasse verfügt nicht über eigene Entscheidungsspielräume)
■ in der Regel Leistungsgewährung bei Inanspruchnahme (implizite Leistungsgewährung)	■ Leistungsgewährung nach Antrag und Begutachtung (explizite Leistungsgewährung)
■ sektorale Budgetierung	■ Gesamtbudget
■ geringe Wahlmöglichkeiten bei den Leistungen	■ größere Wahlmöglichkeiten bei den Leistungen (Sach- oder Geldleistungen in der ambulanten Versorgung, ambulante oder stationäre Versorgung)

Quelle: SVR 2005

vorgesehene schrittweise Anhebung der Leistungsbeträge und die damit verbundene Leistungsverbesserung ab 2012 erfolgen. Im stationären Bereich würde die 2007 einsetzende Dynamisierung in den Pflegestufen I und II die Absenkung der Leistungsbeträge für Neufälle abmildern.

Die häufig einseitig dargestellten Schnittstellenprobleme zwischen GKV und SPV können auch ohne Integration der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung gezielt beseitigt beziehungsweise abgemildert werden (siehe hierzu auch *Tabelle 2*). Die medizinische Behandlungspflege im Heim sollte in der Pflegeversicherung verbleiben und nicht auf die GKV übertragen werden, da diese ansonsten mit rund 1,2 Milliarden Euro belastet würde. Dafür sollten jedoch die Krankenkassen im Bereich der Rehabilitation zur Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit stärker in die Pflicht genommen werden.

Zur Vernetzung/Verzahnung der Versorgungsangebote sollten Regelungen getroffen werden, um

- einen nahtlosen Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege zu ermöglichen,

- die Kooperation von Ärzten, Therapeuten und Pflegeheimen zu verbessern und
- die Zusammenarbeit zwischen Reha-Einrichtungen und Pflegeheimen zu optimieren.

In kommunalen Netzwerken sollten über die üblichen Versorgungseinrichtungen hinaus auch bürgerschaftlich Engagierte einbezogen werden, zum Beispiel für soziale Betreuung wie Besuchs- und Begleitdienste.

Zur Entbürokratisierung in der Pflege müssen Maßnahmen getroffen werden, um

- unnötige Doppelpfahrungen von Pflegeeinrichtungen zu vermeiden,
- die Pflegedokumentation zu vereinfachen,
- unterschiedliche gesetzliche Regelungen besser aufeinander abzustimmen,
- Hemmnisse zur verstärkten Entwicklung neuer Wohnformen zu beseitigen.

## ■ 4. Die nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung

Um eine gerechte Verteilung der mit der Absicherung des Pflege- risikos verbundenen Finanzierungslasten auf die einzelnen Bevöl- kerungsgruppen zu erreichen, sollte die Finanzierung der heutigen sozialen und privaten Pflegeversicherung in einem System verbun- den werden, das die Vorteile beider Systeme kombiniert. Ein sol- cher Verbund wäre verfassungsrechtlich zulässig und sachlich gut begründet:

Die Einschätzung des Gesetzgebers bei Einführung der Pflege- versicherung, dass er eine sozial ausgewogene und belastungs- gerechte Zusammensetzung der jeweiligen Versicherungsgemein- schaften vornehmen werde, hat sich in der Folgezeit nicht be- stätigt. Innerhalb der Versicherungsgemeinschaft der privaten Pfl- egeversicherungen ist das Pflegebedürftigkeitsrisiko deutlich gerin- ger als in der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die Zahl der Pfl- egebedürftigen, für die die private Solidargemeinschaft einzustehen hat, ist um die Hälfte niedriger als ursprünglich eingeschätzt. Dies schlägt sich natürlich in der Prämienkalkulation nieder. Sowohl die bisherige Prämienbegünstigung im Einzelfall als auch die bemer- kenswerte Höhe der bereits aufgebauten kollektiven Finanzreser- ve der privaten Pflegeversicherung sind – anders als dies immer wieder behauptet wird – nicht auf die Überlegenheit des Kapital- deckungsprinzips zurückzuführen, sondern beruhen weitgehend auf der vom Gesetzgeber nicht gewollten besseren Risikostruktur der privat Pflegeversicherten, die zu erheblichen geringeren Lei- stungsaufwendungen bei den privaten Versicherungsunternehmen geführt hat. Im Ergebnis haben die der gesetzlichen Pflegever- sicherung zugewiesenen Mitglieder eine rund dreimal höhere Sozillast zu tragen als die der privaten Versicherung zugewiese- nen Mitglieder.

Diese Belastungsverzerrungen auf Grund der Versichertenstruk- tur und den dadurch verursachten erheblichen Unterschieden bei den Leistungsaufwendungen zwischen den beiden Solidargemein- schaften sind mit dem Grundgedanken der heute bestehenden Pflegeversicherung als einer stets so gewollten Volksversicherung nur schwer vereinbar. Hier bedarf es einer Korrektur durch den Gesetzgeber zugunsten der sozialen Pflegeversicherung.

Auf der anderen Seite ist das Element der Kapitaldeckung aus der privaten Versicherung durchaus geeignet, Lasten der demo- grafischen Entwicklung gerechter auf Generationen und Bevöl- kerungsgruppen zu verteilen. Zwar würde ein vollständiger Umstieg auf Kapitaldeckung zu einer unzumutbaren Belastung der jetzigen Erwerbstätigengenerationen führen. Auch würde es sich nicht loh- nen, eine zusätzliche private Ergänzungsversicherung auf Kapital- deckungsbasis einzuführen. Es liegt jedoch nahe, im gemeinsamen

neuen Verbundsystem Pflege einen ergänzenden Kapitalstock auf- zubauen, der aus den bisherigen Reserven beider Teilsysteme und zusätzlich durch Beitragsanteile in Höhe von 0,1 Beitragssatzpunk- ten gespeist würde. Die Abführung dieses Beitragsanteils an den ergänzenden Kapitalstock führt dazu, dass eine Anhebung des Bei- tragsatzes von 1,7 Prozent (beziehungsweise 1,95 Prozent bei Kinderlosen) unterbleiben kann.

Diese Beitragsanteile könnten von allen Versicherten, außer Rentnern, in einen Kapitalstock abgeführt werden. Der Kapital- stock müsste als Sondervermögen ähnlich wie die Versorgungsrücklagen für Versorgungsempfänger von Bund und Ländern ge- gen Zugriffe geschützt werden. Nach heutiger Datenlage könnte so bis zum Jahr 2018 ein Kapitalstock von rund 37 Milliarden Euro aufgebaut werden, der dann zur Gewährleistung von Beitragssatz- stabilität bis in die 30er Jahre eingesetzt werden könnte.

## ■ 5. Fazit: Pragmatismus statt Systemwechsel

Die Anforderungen, die veränderte gesellschaftliche und ökonomi- sche Entwicklungen an die Pflegeversicherung stellen, können ohne Systemwechsel mit pragmatischen Lösungsansätzen inner- halb des Solidarsystems bewältigt werden. Die politischen Über- legungen in SPD, CDU, CSU und bei Bündnis 90/Die Grünen sind geeignete Fundamente für eine Fortentwicklung des jüngsten Sicherungssystems, dessen Beiträge zur Gewährleistung sozialer Sicherheit vielfach nur unzureichend gewürdigt werden. Das Er- gebnis der Bundestagswahl vom 18. September 2005 macht den Weg frei zu pragmatischen Reformansätzen, die weniger der Ideo- logie denn den Anforderungen der Praxis gerecht werden. ♦

### Fußnoten

- 1 Der Beitrag skizziert Überlegungen, die in der Unterabteilung Pflegesicherung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung angestellt werden, sind aber keine offizielle Positionierung des Ministeriums. Der Verfasser dankt Frau Ministerialdirigentin Ingeborg Lutter und ihren Mitarbeitern für ihre Beiträge zu dieser Diskussion.
- 2 Ausführlich zur Geschichte und zum geltenden Recht: Igl G, Pflegeversicherung. In: von Maydell B/Ruland F (Hrsg.). Sozialrechtshandbuch (SRH), 3. Auflage. Baden-Baden, Nomos 2003, 1061 ff.

### Literatur

Anstelle detaillierter Literaturhinweise wird auf den Bericht der Enquête-Kommission des Landes Nordrhein-Westfalen zur „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“, Düsseldorf 2005, verwiesen. Dieser Bericht setzt sich umfassend mit allen Aspekten der pflegerischen Versorgung im größten Bundesland der Bundesrepublik Deutschland auseinander und darf durchaus als repräsentativ für die Gesamtentwicklung angesehen werden. Er enthält auch Handlungsempfehlungen und Aufforderungen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.

Weiter gehende Reformvorschläge kommen aus der so genannten Rürup-Kommission: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.). Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, Berlin 2003, 185 ff.

Speziell mit den Schnittstellenproblemen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung befasst sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“, Berlin 2005

Mit den (erwarteten) Wirkungen des demografischen Wandels hat sich ausführlich eine Enquête-Kommission des Deutschen Bundestags befasst, deren Endbericht in der Reihe „Zur Sache“ 2002 in Berlin erschienen ist.

### DER AUTOR



#### **Franz Knieps**

geboren 1956, Jurist, seit Anfang 2003 Abteilungsleiter „Gesundheitsversorgung, Gesetzliche Krankenversicherung, Pflegesicherung“ im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Zuvor Wissen-

schaftlicher Mitarbeiter am Institut für Arbeitsrecht und Recht der Sozialen Sicherheit der Universität Bonn und dann 15 Jahre lang in verschiedenen Funktionen, zuletzt als Geschäftsführer Politik, für den AOK-Bundesverband tätig.